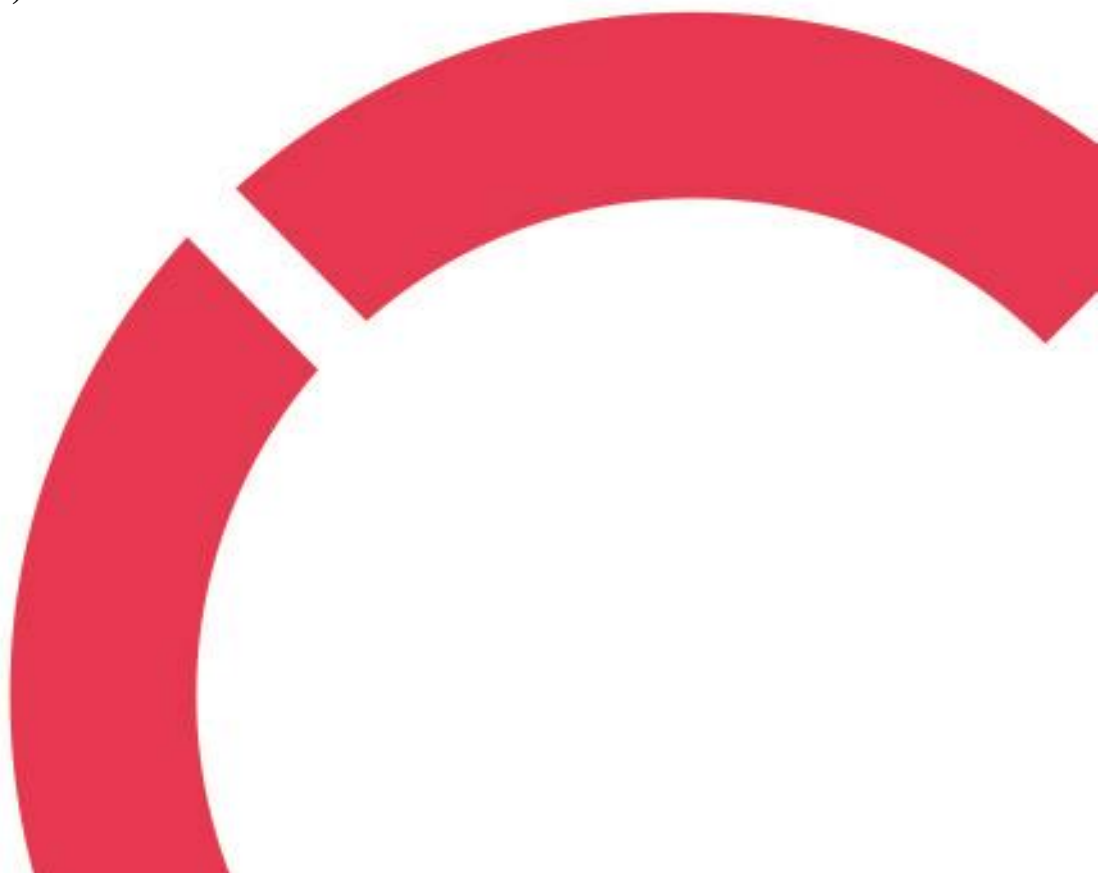


**Annika Murto & Noora Päivärinta**

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA HALLITUN FYYSISEN RAJOITTAMISEN (HFR) KÄYTÖSTÄ VÄKIVALTATILANTEISSA NUORISOPSYKIATRISELLA OSASTOLLA**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Lokakuu 2022**



<b>Centria-ammattikorkeakoulu</b>	<b>Aika</b> Lokakuu 2022	<b>Tekijä/tekijät</b> Annika Murto & Noora Päivärinta
<b>Koulutus</b> Sairaanhoitaja (AMK)	<input checked="" type="checkbox"/> AMK  <input type="checkbox"/> YAMK	
<b>Työn nimi</b> HOITAJIEN KOKEMUKSIA HALLITUN FYYSISEN RAJOITTAMISEN (HFR) KÄYTÖSTÄ VÄKIVALTATILANTEISSA NUORISOPSYKIATRISILLA OSASTOLLA		
<b>Työn ohjaaja</b> Arja Liisa Ahvenkoski	<b>Sivumäärä</b> 44 + 2	
<b>Työelämäohjaaja</b> Tuija Luoma		
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata nuorisopsykiatrisella osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia hallitun fyysisen rajoittamisen (HFR) käytöstä väkivaltatilanteiden yhteydessä, selvittää millaisia valmiuksia HFR-koulutus on antanut hoitajille ja millä osa-alueilla he kokevat haasteita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työ- ja potilasturvallisuuden edistämisen tueksi väkivaltatilanteissa sekä saada tietoa lisäkoulutustarpeesta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä avoimella kyselylomakkeella Webropol-ympäristössä. Aineistonkeruu toteutettiin keväällä 2022. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan HFR-menetelmä ja sen käyttö lisää hoitajien yhdenmukaista osaamista sekä työ- ja potilasturvallisuutta väkivaltatilanteiden yhteydessä. Menetelmään liittyvä koulutus antaa hoitajille valmiuksia potilaan hallintaan, yhdessä työskentelyyn, kommunikaatioon eri toimijoiden kesken sekä valmiuksia väkivaltatilanteiden ennakoititaitoihin ja potilasturvallisuuden toteuttamiseen. Väkivaltatilanteista selviytymiseen liittyviksi haasteiksi nousi tilanteiden arvioinnin vaativuus, peruskoulutuksen sisältö ja ajoitus, haasteet opittujen taitojen ylläpitämisessä ja erilaisissa tilanteissa toimimisessa sekä tekniikoiden toimimattomuudessa tietyissä tilanteissa. Näiden lisäksi haasteena koettiin erilaiset henkilökuntaan liittyvät ja potilaskohtaiset tekijät.</p> <p>Tutkimuksen avulla voidaan kehittää HFR-koulutuksen sisältöä ja saada koulutus vastaamaan paremmin hoitajien kokemuksiin haasteisiin.</p>		
<b>Asiasanat</b> Hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR), nuorisopsykiatrisen hoitotyö, nuoruus, potilasturvallisuus, työturvallisuus		

**ABSTRACT**

<b>Centria University of Applied Sciences</b>	<b>Date</b> October 2022	<b>Author</b> Annika Murto & Noora Päivärinta
<b>Degree programme</b> Bachelor of Health Care, Nursing		
<b>Name of thesis</b> NURSES' EXPERIENCES OF USING CONTROLLED PHYSICAL RESTRICTION IN VIOLENT SITUATIONS IN YOUTH PSYCHIATRIC WARD		
<b>Centria supervisor</b> Arja Liisa Ahvenkoski	<b>Pages</b> 44 + 2	
<b>Instructor representing commissioning institution or company</b> Tuija Luoma		
<p>The purpose of our thesis was to illustrate the experiences of the controlled physical restraint (HFR) in a youth psychiatric department with the use of HFR in cases of violence, to find out what kind of preparedness training has given nurses and in which areas they experience challenges. The aim was to provide information about the promotion of occupational and patient safety in violent situations and to obtain information on the need for additional training.</p> <p>The study was conducted using a qualitative research method. The data were collected using an electric open questionnaire in the Webropol environment. The data collection was carried out in spring 2022. The material obtained from the study was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The results of the study revealed that HFR-method and its use increased nurses' one-on-one competence and occupational safety and patient safety in cases of violence. The training in the method provides nurses with the capacity to manage the patient, work together, communicate with different operators, as well as the capacity for foresight skills in violent situations and patient safety implementation. Challenges related to coping with violent situations highlighted the need to assess situations, the content and timing of the basic training, the challenges of maintaining learned skills and acting in different situations, and the inoperability of techniques in certain situations. In addition to these, various personnel and patient-specific factors were seen as a challenge.</p> <p>Research can be used to develop the content of HFR-training and make education more responsive to the challenges experienced by nurses.</p>		
<b>Key words</b> adolescent psychiatric nursing, controlled physical restraint (HFR), patient safety, youth, work safety		

## **KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY**

### **HFR**

(Hallittu Fyysinen Rajoittaminen) hankalia asiakastilanteita varten kehitetty ryhmätyömenetelmä, jonka avulla pyritään rajoittamaan inhimillisin keinoin kontrolloimatonta ja joissain tapauksissa myös aggressiivista käytöstä.

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY  
SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 NUORISOPSYKIATRINEN HOITOTYÖ.....</b>	<b>3</b>
2.1 Nuoruus elämänvaiheena .....	3
2.2 Nuoruusiän psyykkiset haasteet.....	5
2.3 Nuorisopsykiatrinen hoitotyö.....	8
2.4 Turvallisuus nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä.....	10
2.4.1 Työturvallisuus .....	10
2.4.2 Potilasturvallisuus.....	12
<b>3 HALLITTU FYYSINEN RAJOITTAMINEN (HFR) VÄKIVALTATILANTEISSA.....</b>	<b>14</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>17</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....</b>	<b>18</b>
5.1 Toimintaympäristön kuvaus .....	18
5.2 Tutkimusmenetelmä.....	19
5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	19
5.4 Aineiston analyysi.....	21
<b>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....</b>	<b>26</b>
6.1 Millaisia kokemuksia hoitajilla on HFR-menetelmän käytöstä nuorisopsykiatrisella osastolla väkivaltatilanteissa?.....	26
6.2 Millaisia valmiuksia HFR-menetelmään liittyvä koulutus on antanut?.....	27
6.3 Millaisia haasteita hoitajat kokevat väkivaltatilanteista selviytymisessä? .....	28
<b>7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS .....</b>	<b>32</b>
7.1 Opinnäytetyön etiikka .....	32
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....	33
<b>8 POHDINTA.....</b>	<b>36</b>
8.1 Hoitajien kokemukset HFR-menetelmän käytöstä väkivaltatilanteissa.....	36
8.2 HFR-koulutuksen antamat valmiudet hoitajille.....	37
8.3 Hoitajien haasteet selviytyä väkivaltatilanteista .....	38
8.4 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu .....	39
8.5 Yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet .....	40
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>42</b>
<b>LIITTEET</b>	
<b>TAULUKKO</b>	
Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä .....	23

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena oli hoitajien hallitun fyysisen rajoittamisen (HFR) käyttöön liittyvät kokemukset väkivaltatilanteissa nuorisopsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia HFR-menetelmän käytöstä väkivaltatilanteiden yhteydessä, selvittää millaisia valmiuksia HFR-koulutus on antanut hoitajille tilanteiden hallintaan ja millä osa-alueilla he kokevat haasteita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työ- ja potilasturvallisuuden edistämiseen väkivaltatilanteissa sekä mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta.

Päädyimme valitsemaan nuoret ja mielenterveyshoitotyön opinnäytetyömme aiheeksi, sillä olemme molemmat kiinnostuneita lasten ja nuorten mielenterveyshoitotyöstä. Opinnäytetyömme aiheen valinta sai alkunsa otettuamme ensin yhteyttä lasten- ja nuorisopsykiatrian vastualuejohtajaan, joka selvitti osastoilta, millaiselle opinnäytetyölle heillä olisi tarvetta. Saamastamme aihelistasta päädyimme valitsemaan meitä kiinnostavimman aiheen, josta ei ollut aikaisemmin opinnäytetyötä tehty lasten ja nuorisopsykiatriselle osastolle kyseisessä sairaalassa, vaikka aihe nähtiin tärkeänä. Opinnäytetyömme yhdyshenkilönä työelämän puolella toimi nuorisopsykiatrisen osaston apulaisosastonhoitaja.

Osastohoidossa esiintyvistä väkivallasta ja siihen liittyvistä kokemuksista on tehty useita tutkimuksia ja opinnäytetöitä vuosien aikana. Hallitun fyysisen rajoittamisen käyttöä sen sijaan ei ole aikaisemmin nuorisopsykiatrian yksiköissä tutkittu opinnäytetöiden muodossa. Nuorisopsykiatrian osastoilla esiintyvistä väkivallasta tutkimusta on tehty myös yleisesti hyvin vähän. Tutkimusten mukaan hoitotyön väkivaltatilanteista 5–18 % johtaa potilaan ja 12–40 % henkilökunnan loukkaantumiseen (Stewart, Bowers, Simpson, Ryan & Tziggili 2009). Tämä tieto osoittaa tarpeen väkivallan rajoitusmenetelmille ja niiden oikeaoppiseen hallitsemiseen, mikä vaatii hoitohenkilökunnalta koulutuksiin osallistumista.

Tutkimus toteutettiin nuorisopsykiatrisella osastolla sähköisen avoimen kyselylomakkeen avulla. Kyseessä oli kymmenpaikkainen suljettu osasto, jossa hoidetaan 13–17-vuotiaita nuoria ja heidän perheitään. Osastolle hakeudutaan lähetteellä ja siellä on mahdollista saada kriisi-, tutkimus- tai intervallihoidoa päivämuotoisena tai pidempänä jaksohoitona. Osaston toiminnassa pyritään noudattamaan muun muassa seuraavia periaatteita: yksilöllisyys, toisten kunnioittaminen, hyvät käytöstavat, rehellisyys ja

vastuullisuus. Osaston henkilökunta koostuu osastolla työskentelevistä sairaanhoitajista, lähihoitajista, mielenterveyshoitajasta, osastonhoitajasta, psykologista ja lääkäreistä. Opinnäytetyömme kohde-ryhmäksi valitsimme osastolla työskentelevät sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat.

## 2 NUORISOPSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Tässä luvussa kuvaamme nuoruusiän kehitystä, kehityshaasteita ja nuorisopsykiatrista hoitotyötä.

### 2.1 Nuoruus elämänvaiheena

Kirjallisuudessa nuoruus määritellään sijoittuvan ikävuosien 11–25 välille. Tästä näkökulmasta katsottuna nuoruus jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: varhais-, keski- ja myöhäisnuoruus. Nuoruus on elämänvaihe, jota voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Biologisesti nuoruus nähdään alkavan usein siitä, kun henkilö saavuttaa murrosiän, joka on suurien muutosten aikaa niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Psykologisesta näkökulmasta tarkasteltuna kehitys nähdään sekä perimän, ympäristön että oman suuntautumisen summana. Kehitys on vaiheittaista, ja jokainen edellä mainittu osa-alue on liitoksissa toisiinsa. Käsitys nuoruudesta ikä kautena vaihtelee myös eri kulttuurien välillä. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 9.)

Nuoren kasvu ja kehitys voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen. Psykkinen kehitys voidaan jakaa vielä pienempiin osiin, kuten kognitiiviseen sekä persoonallisuuden kehitykseen. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003, 51.) Perimä, ympäristötekijät sekä nuoren oma aktiivisuus vaikuttavat vahvasti kehitykseen. Lapsuudessa koettu väkivalta, sillä uhkaaminen tai sen näkeminen ovat suuria riskejä kehityksen kannalta. Muita mahdollisia kehityksellisiä riskitekijöitä ovat perheessä esiintyvät päihde- ja mielenterveysongelmat, vanhempien työttömyys ja taloudelliset ongelmat sekä perheen sisäiset erimielisyydet. Erityisesti jos nuorelta puuttuvat riittävät suojatekijät edellä mainittuja kehitystä vahingoittavia tekijöitä vastaan, hänellä on suuri riski sairastua psyykkisesti tai toimia riskialttiisti sekä itsensä että muiden ihmisten kannalta. (Nurmiranta ym. 2009, 11.)

Jokaiseen nuoren kehitysvaiheeseen kuuluu erilaisia kehitystehtäviä, jotka nuoren tulisi selvittää. Kehitystehtävällä tarkoitetaan ihmisen tiettyyn kehitysvaiheeseen sijoittuvaa tavoitetta, jonka täyttäminen puolestaan edistää seuraaviin kehitysvaiheisiin kuuluvien tavoitteiden täyttymistä. (Nurmiranta ym. 2009, 14.) Kehitystehtävät voivat liittyä sekä nuoren kypsyymiseen niin sisäisesti kuin ulkoisesti, yhteiskunnallisten normien ymmärtämiseen ja noudattamiseen tai itsenäistymiseen. Yhdysvaltalaisen professorin Robert J. Havighurstin (1948) määrittelemiä nuoruuden kehitystehtäviä ovat muun muassa oman kehon hyväksyminen, hallinta ja käyttö, kypsä suhde molempiin sukupuoliin, oman sukupuolen



mukaisen roolin löytäminen, tunne-elämän itsenäisyys, moraalien ja arvomaailman kehittyminen nuoren omaa katsomusta vastaavaksi sekä valmius perheen perustamiseen. Kehitystehtävät jakaantuvat nuoruuden eri vaiheisiin, ja niiden rinnalle liittyy myös niin sanottuja kehityskriisejä, jotka jokainen nuori käy läpi. Nuoruusiän kehityskriiseiksi voidaan laskea esimerkiksi kehossa tapahtuvat muutokset murrosiän aikana, irtautuminen vanhemmista ja perheestä, sekä myöhäisnuoruudessa tapahtuva opiskelujen päättymisen ja puolestaan työelämään siirtyminen. (Nuorten Mielenterveystalo 2021.) Koska opinnäytetyömme on keskittynyt 13–17-vuotiaiden hoitoon erikoistuneen nuorisopsykiatrian osaston toimintaan, keskitymme kuvaamaan varhais- ja keskinuoruutta elämänvaiheena.

Kirjallisuuden mukaan varhaisnuoruuden nähdään usein sijoittuvan 11–15 ikävuoden väliselle ajalle. Varhaisnuoruus on vahvasti fyysisten muutosten aikaa. Tällöin nuori saavuttaa puberteetin eli murrosiän, jolla tarkoitetaan sukukypsytyteen johtavaa fyysisen sekä psyykkisen kehityksen vaihetta, jonka alkamisikä sijoittuu keskimäärin 12 ikävuoden kohdalle. (Kirveslahti, Siven, Vahala, Vihunen & Metso 2018, 172; Nurmiraanta ym. 2009, 72–73.) Psykkisellä tasolla varhaisnuoruudessa nuoren ominäkuva alkaa vähitellen muovaantua kypsemmäksi. Erilaisiin rooleihin asettuminen, kokeilunhaluisuus ja nälkä vahvoille tunne-elämyksille leimaavat vahvasti varhaisnuoruutta, jolloin nuorella on taipumusta peilata omaa toimintaansa myös kavereiden kautta, etsien näin hyväksyntää ja vahvistusta omalle minäkuvalleen. (Kirveslahti ym. 2018, 176–178; Nurmiraanta ym. 2009, 78.)

Omiin tunteisiin tutustuminen ja niiden hallitsemisen oppiminen helpottavat myöhempien, kestävämpien ihmissuhteiden luomista tulevaisuudessa (Kirveslahti ym. 2018, 177–178; Nurmiraanta ym. 2009, 78). Tämä onkin yksi keskeisimmistä kehitystehtävistä, joka nuoren tulisi saavuttaa kyseisenä ikäkautena. Yksinäisyys ja sen kokeminen voidaan puolestaan nähdä kyseiselle ikäkaudelle tyypillisenä kehityskriisinä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kouluterveyskyselyn mukaan vuonna 2017 2,7 prosenttia peruskoulun 4. ja 5.-luokkalaisista koki itsensä yksinäiseksi. Vuonna 2021 kyseinen arvo oli 4 prosenttia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Keskinuoruuden nähdään sijoittuvan 15–18 ikävuosien väliselle ajalle. Kyseiseen ajanjaksoon liittyy vahvasti nuoren omaan identiteettiin liittyviä kysymyksiä sekä omaan minään liittyvien kokemusten selkiyttämistä. (Nurmiraanta ym. 2009, 72–73.) Tässä vaiheessa varhaisnuoruuteen vahvasti liitoksissa oleva kuohunta vähenee ja nuori alkaa etsimään rajoja oman elämänsä suhteen. (Lönnqvist, Henriks-son, Marttunen & Partonen 2017, 654.) Keskinuoruuden yksi tärkeimmistä kehitystehtävistä on nuoren identiteetin muodostuminen. Nuori muodostaa neljä eri identiteettiä itselleen: persoonallisen, kulttuurisen, sosiaalisen ja seksuaalisen identiteetin. (Kirveslahti 2018, 179.) Myöhemmässä vaiheessa nuoren

ollessa lähellä aikuisuuteen siirtymistä, kyseiset identiteetit sulautuvat yhdeksi varsin ehjäksi kokonaisuudeksi (Nurmiranta ym. 2009, 78–79).

## 2.2 Nuoruusiän psyykkiset haasteet

Nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Risto Heikkisen mukaan kehitys etenee eri tavoin eri yksilöiden kohdalla. Ajoittainen heilahtelu ja haastavuus nuoren kehityksessä on normaalia. Mahdollisesta mielenterveydenhäiriöstä voidaan alkaa puhua silloin, jos nuoren normaali kehitys on pysähtynyt, kun pysytään havaitsemaan selviä pitkäaikaisia arkiseen selviytymiseen liittyviä haasteita esimerkiksi opiskelun motivaation menetystä, sosiaalisten suhteiden ylläpidon vaikeutta, persoonallisuuden muutoksia tai poikkeuksellinen vahva kuohunta ikävaiheessa, jossa sitä ei pitäisi enää esiintyä. (Lönnqvist ym. 2017, 655; Milloin haastavuus ei ole enää ikätasoista kehitystä vaan olisi syytä hakea apua? 2015.) Käytökseen liittyvien haasteiden lisäksi nuorella saattaa esiintyä sekä somaattista että suoraa psyykkistä oireilua, joka on seurausta psyykkisten suojakeinojen heikentymisestä tilapäisesti (Nuorten Mielenterveys-talo 2022). Nuoren mielenterveyshäiriöiden arviointia vaikeuttaa usein nuoren nopea kehitys sekä yksilölliset erot. Mielenterveyshäiriöiden oirekuva ei saata myöskään näyttäytyä yhtä selkeästi nuorilla verrattuna samasta häiriöstä kärsivään aikuiseen. (Lönnqvist ym. 2017, 657.)

Nuoren mielenterveyshäiriön synnyllä on monia tausta- ja riskitekijöitä (Lönnqvist ym. 2017, 657). Yleisimpiä riskitekijöitä nuorilla esiintyvien mielenterveyshäiriöiden taustalla ovat sukupuoli, perimä, ympäristötekijät, raskaudenaikaiset tekijät, kuten keskossuus, korkeat infektiosta kertovat veriarterit sekä äidin päihteen käyttö. Sukupuolten välillä on mahdollista havaita eroja erityisesti nuoren käydessä läpi murrosikää, joka voi joidenkin yksilöiden kohdalla voimistaa oireilua. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 117–119.) Hyvin usein perimän ja ympäristötekijöiden nähdään kulkevan vahvasti käsi kädessä, kun puhutaan erilaisten mielenterveydellisten häiriöiden synnystä tai pahenemisesta. Kuitenkaan esimerkiksi suvussa esiintynyt mielenterveysoireilu ei automaattisesti tarkoita sitä, että myös nuori itse sairastuisi johonkin mielenterveydenhäiriöön. Riski tälle on kuitenkin suurempi, jolloin suojaavien tekijöiden löytämiseen ja toisaalta myös uusien riskitekijöiden ilmaantumisen ehkäisyyn tulisikin kiinnittää huomiota. Suojaavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi lähipiiristä saatava tuki, riittävät koulutusmahdollisuudet, tunne kuulluksi tulemisesta sekä kokemus siitä, että pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä sekä sen kulkuun. Hyvät vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot,

myönteiset varhaiset ihmissuhteet sekä hyvä itsetunto ovat nuoresta itsestä lähtöisiä suojaavia tekijöitä. (Mieli ry 2022.)

Ympäristötekijöiden vaikutus on erityisen vahvaa keskinuoruudessa, jolloin nuori rakentaa omaa identiteettiään. Nuori on varsin altis ympäristön negatiivisille vaikutteille, jotka saattavat haitata identiteetin normaalia muodostumista. Joissain tapauksissa nuoren minäkuva alkaa muokkaantua tämän omien, toisten sekä ympäristön toiveiden vastakohtaksi, jolloin puhutaan negatiivisesta identiteetistä. (Nurmiranta ym. 2009, 79.) Nuori saattaa syrjäytyä sosiaalisista suhteista ja yhteiskunnasta, mikä lisää puolestaan riskiä mielenterveyden ongelmien ilmenemiselle. Myös siirtymä lapsuudesta nuoruuteen voidaan nähdä joissain tapauksissa riskitekijänä monen nuorella ilmenneen ongelman taustalla. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 127.)

Masentuneisuus ja erilaiset mielialahäiriöt ovat yleisimpiä nuorten keskuudessa esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Näiden lisäksi nuorten keskuudessa voi esiintyä erilaisia ahdistuneisuus-, syömis-, käytös- ja päihdehäiriöitä. (Lönqvist ym. 2017, 658.) Masennusoireilu alkaa lisääntyä yleisesti murrosiän jälkeen. Kouluikäisistä noin 0,5–1 % sairastaa masennusta, ja tämän ikävaiheen jälkeen esiintyvyys alkaa vähitellen nousta saavuttaen huippunsa noin 15–18-vuotiaiden eli keskinuoruuden jaksoa elävien nuorten keskuudessa. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 299.) Vuonna 2016 valmistuneen WHO:n raportin ja kansainvälisesti toteutetun tutkimuksen kautta saatujen tulosten mukaan 14 prosenttia 11-vuotiaista tytöistä oli kokenut mielialansa olleen matala viimeisimmän kuuden kuukauden aikana, kun taas samaa indikaattoria tarkasteltaessa poikien osalta osuus oli noin 10 %. Varsinaista masennusta murrosikää läpikäyvillä nuorilla esiintyy noin 5 prosentilla. (Huttunen 2018.)

Kouluterveyskyselyn tuloksia tarkasteltaessa vuonna 2017 oli 35,3 prosenttia lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista ollut huolissaan omasta mielialastaan kuluneen vuoden aikana, kun taas vastaavan indikaattorin lukema vuonna 2021 on ollut jopa 46,8 prosenttia. Samaa ikäryhmää tarkasteltaessa muun muassa masennusoireilun ja lievän tai vaikean ahdistuksen ilmenemisen näkökulmasta, pystytään havaitsemaan prosenttiosuuskien nousua. Vuosien 2019–2021 välisenä aikana esimerkiksi masennusoireilu on lisääntynyt jopa 6,4 prosenttia, kun taas kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta käsittelevässä taulukossa voidaan havaita 7,6 prosentin nousu. Noin 20–25 prosenttia 13–18-vuotiaista nuorista kärsii jonkin tasoisesta mielenterveyden häiriöstä ja näin ollen ne voidaankin nähdä yhtenä tavallisimmista terveysongelmista kyseisessä ikäryhmässä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022b; Merikangas, He, Burstein, Swanson, Avenevoli, Cui, Benjet, Georgiades & Swendsen 2010.)

Ahdistuneisuushäiriö voi olla jo itsessään diagnoosi mutta myös yleisnimitys ja luokitus suuremmalle joukolle diagnooseja, joiden yksi pääoireista on ahdistuksen tunne. Näitä ovat muun muassa eroahdistushäiriö, paniikkihäiriö, määräkohtaiset pelot eli fobiat, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Syömishäiriöt itsessään ovat varsin harvinainen mielenterveyshäiriöiden ryhmä koko väestön tasolla tarkasteltuna, mutta ne ovat yksi yleisimmistä nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa tavatuista häiriöistä. Siihen kuuluvat häiriöt kuten laihuushäiriö (anorexia nervosa), ahmimishäiriö (bulimia nervosa) ja ahmintahäiriö (Binge Eating Disorder, BED) ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. (Käypä hoito -suositus: Syömishäiriöt 2014.) Syömishäiriöistä anoreksian yksi esiintymishuipuista sijoittuu 13–14-vuotiaiden keskuuteen. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 331.)

Käytöshäiriöt voidaan jakaa eri alamuotoihin, joita ovat perheen sisäinen, epäsosiaalinen ja sosiaalinen käytöshäiriö. Myös uhmakkuushäiriö voidaan laskea yhdeksi käytöshäiriötyypiksi, vaikka se esiintyykin usein varsin lievänä nuorilla. Käytöshäiriöissä väkivaltainen käyttäytyminen saattaa hyvin usein olla osa oirekuvaa. Esiintyvä väkivalta voi olla moninaista. Reaktiivinen väkivalta on impulsiivista ja usein tiettyyn tilanteeseen liittyvää toimintaa, jonka taustalla on esimerkiksi väärinkäsitys keskustelutilanteessa. Proaktiivinen väkivalta on puolestaan usein harkitumpaa ja tavoitteellisempaa. Toimija kokee tällöin väkivallan olevan oikeutettua tilanteeseen nähden. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 263.) Lapsen tai nuoren väkivaltaisuutta ja uhkaavaa käytöstä on syytä seurata ja selvittää, jos se alkaa vaikeuttaa hänen kaverisuhteitaan, koulussa tai vapaa-ajalla pärjäämistä. Nuoren väkivaltaisen käytöksen taustalla voi olla myös päihteiden käyttö. (Lapsen väkivaltainen ja/tai uhkaava käytös 2018.)

Päihdehäiriöt ovat muiden mielenterveyshäiriöiden rinnalla yksi suurimmista ongelmista nuorten kohdalla. Nuoren päihdehäiriön kriteerit ovat samat kuin aikuisella, vaikka häiriön luonne poikkeaa usein useimmiten aikuisella esiintyvistä. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 312–313.) Nuorten keskuudessa haitat rajautuvat lähinnä sosiaaliselle tasolle ystävyysuhteiden ja opiskelun kärsiessä. Nuoren päihteiden käyttöön tulisi puuttua mahdollisimman pian, jotta nuoren riski aikuisiän päihdehäiriöön sairastumiseen ei pääsisi suurenemaan. (Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille 2013, 111.)

### 2.3 Nuorisopsykiatrinen hoitotyö

Nuorten mielenterveysongelmat pyritään hoitamaan aluksi avoterveydenhuollon kautta järjestettävien kontaktien ja erilaisten psykoterapioiden avulla, joihin voidaan liittää mukaan lääkehoito tarvittaessa. Nuoren on mahdollista saada ensiapua oireiluunsa myös perusterveydenhuollon palveluiden, kuten terveyskeskuksen kautta ennen kuin avohoidon kontaktin tarpeen määrittäminen tehdään. Myös opiskelijaterveydenhuollon kautta nuoren on mahdollista saada apua mielenterveyden edistämisen tueksi. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 674, 445–446.)

Nuoren psykiatrinen osastohoito tulee kyseeseen silloin, kun nuori tarvitsee kokonaisvaltaisesti hoitavaa ympäristöä eikä kouluterveydenhuollon tai avohoidon tarjoaman hoidon kautta saada riittävästi tietoa nuoren oireilusta, oireilu alkaa häiritsemään nuoren normaalia kehitystä tai jos nuorella ilmenee psykoottista oireilua tai vakava syömishäiriö. Osastolla voidaan toteuttaa kriisi-, tutkimus- tai hoitajaksoja. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 673–674.) Kriisihoitajakso ovat tyypillisesti 1–2 viikon pituisia hoitajaksoja, joiden tavoitteena on tarjota keinoja hoitoon hakeutumisen taustalla olevan ongelman vakaannuttamiseksi tai riittävän hoitosuunnitelman luomiseksi tulevaisuutta varten. Tutkimusjakso ovat puolestaan kestoltaan neljästä kuuteen viikkoa. Kyseisillä jaksoilla on tarkoitus perehtyä syvemmin nuorella esiintyvään mielenterveydenhäiriöön ja selvittää kokonaisvaltaisesti sen vaikutuksia muun muassa nuoren arjessa selviytymiseen, sosiaalisiin suhteisiin ja koulunkäyntiin. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 675–676.)

Osastohoitoon hakeudutaan pääsääntöisesti läheteellä, jonka lääkäri pystyy kirjaamaan lähetteen esimerkiksi päivystystilanteessa tehtyään riittävän psykiatrisen arvion nuoren tilasta hyödyntäen sekä nuorelle itselleen että tämän mahdollisesti mukana oleville läheisille tehtyä haastattelua. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 183.) Hoito voidaan toteuttaa joko vapaaehtoisesti (B1-lähete) tai tahdonvastaisesti (M1-lähete), jos nuori kieltäytyy tarjotusta hoidosta mutta lääkäri arvioi hänen tilansa täyttävän kriteerit tahdon vastaisen hoidon toteuttamiselle. Alaikäisen mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan kohdalla tarkastellaan pääsääntöisesti samoja kriteereitä kuin aikuispotilaan kohdalla. Alaikäisen tahdon vastaisesta hoidosta on säädetty mielenterveyslaissa seuraavasti:

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaaran-

taisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 8§.)

Osastohoidon perusteet katsotaan aina yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Pääsääntöisesti osastohoito on pitkäaikaisista neuropsykiatrisista häiriöistä tai psykoottistasoisista häiriöistä kärsiville nuorille. Siellä pyritään hoitamaan vakavasti akuutteja ja päivystyksellisiä mielenterveyshäiriöitä. Kriteerejä sairaalahoidolle voivat olla esimerkiksi itsensä tai toisten vahingoittaminen, erilaiset psykoosi- sekä sekavuustilat, vakava masennus, käytöshäiriöt tai traumaattiset kriisit, vakava laihuushäiriö sekä yksittäiset syyt, kuten nuoren hallitsematon aggressio, johon muut rajoittavat keinot eivät auta. Poikkeuksena osastohoidon tarpeelle voi olla myös tilanne, jossa nuoren vanhemmat eivät ole kyvykkäitä asettamaan nuorelle rajoja tai psykososiaaliset ongelmat liittyvät perheeseen. Edellä kuvatussa tilanteessa on akuutti lastensuojelutarve ja siihen tulee vastata lastensuojelun keinoin. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 674–675; Lapsen väkivaltainen ja/tai uhkaava käytös 2018.)

Nuorisopsykiatrisella osastolla nuorelle suunnitellaan ja toteutetaan aina hänen tarpeidensa mukainen hoito. Ennen hoidon aloittamista selvitetään nuoren kokonaistilanne ja minkälaisia oireita hänellä on. Näin määritellään, minkälaisia keinoja osastolla on tarjota oireiden hallintaan. Osastohoitojaksojen tavoitteena on saada nuoresta ja hänen hoitosuunnitelmastaan tarpeeksi vakaa ja tukeva, jotta nuori voisi siirtyä avohoitoon. Osastolla nuori on osa yhteisöä, johon kuuluu ikätovereiden lisäksi hoitohenkilökunnan muodostavia aikuisia. Tähän joukkoon kuuluvat niin osastolla työskentelevät hoitajat, lääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät kuin toimintaterapeutitkin. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 674.) Osastohoidon ajaksi nuorelle määritellään omahoitaja, joka toimii nuoren ja hänen perheensä yhteishenkilönä osastohoidon aikana. Osastojakson pituus riippuu esimerkiksi nuoren tilanteesta ja hoitojakson luonteesta. Omahoitaja ja nuori sopivat tavoitteet, joita kohti osastojakson aikana edetään. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 671.)

Yksilöllisen hoidon lisäksi nuoren hoitoon kuuluu yhteisössä toteutettavaa hoitoa sekä toiminnallisia ryhmiä, kuten kuvataide- tai musiikkiterapiaa. Yhteisöhoidon ja toiminnallisten ryhmien perimmäinen tarkoitus on vuorovaikutustaitojen kehittäminen, mutta myös virikkeiden ja mielekkään tekemisen tarjoaminen myös osastohoidon päättymisen jälkeiselle ajalle. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 674–675.) Nuoren hoitoon voi kuulua osana myös lääkehoitoa. Lääkehoito ei tulisi koskaan olla ainoa hoitomuoto nuoren mielenterveyshäiriöitä hoidettaessa, vaan se tulisi liittää osaksi muuta osastolla toteutettavaa hoitoa. (Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria 2016, 628; Lönnqvist ym. 2017, 263.)

## 2.4 Turvallisuus nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä

Hoitotyön turvallisuus koostuu työ- ja potilasturvallisuudesta. Seuraavissa luvuissa kuvaamme kyseisiä turvallisuuden osa-alueita hieman laajemmin.

### 2.4.1 Työturvallisuus

Työturvallisuus on työntekijän oikeus, jota säädetään lailla. Työturvallisuuslain 1§:n mukaan lain tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijän työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennaltaehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 1§.)

Työturvallisuus koostuu hyvin erilaisista asioista, jotka vaativat tietoja ja taitoja. Sekä työnantajalla että työntekijällä on omat velvoitteensa työturvallisuuden ylläpitämiseksi ja lisäämiseksi. Riittävä asiantuntemus ja osaaminen ovat edellytyksiä myös onnistuneelle riskinarvioinnille. Työturvallisuuslaissa korostetaan osaamisen merkitystä vaaratilanteiden selvittämisessä ja arvioinnissa. Kaikissa organisaatioissa, kuten myös sosiaali- ja terveysalalla, tulee korostaa henkilöstön työturvallisuusosaamista. Työntekijöiden on tunnistettava riittävän hyvin omaan työhönsä liittyvät vaaratekijät, jotta he voivat välttää liiallista kuormittumista ja altistumista sekä tunnistaa erityisiä toimenpiteitä vaativat vaaratilanteet. (Hanhela 2018.) Työturvallisuuslain 8§:ssä työnantajalla on yleinen huolehtimisvelvoite, jonka mukaan työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Lain mukaan työsuunnittelussa ja mitoituksessa on huomioitava, että työntekijöiden fyysiset ja henkiset edellytykset on otettu huomioon siten, että työn kuormitustekijöitä voidaan vähentää tai välttää aiheuttamasta työntekijän turvallisuudelle tai terveydelle haittaa. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738, 13§.)

Hoitajien hoitotyössä kohtaama väkivalta voi olla fyysistä, seksuaalista tai psykologista. Tavallisin näistä on psykologinen eli verbaalinen väkivalta. Se voi esiintyä toiseen henkilöön kohdistuvana loukkaamisena tai pelotteluna esimerkiksi sanallisin keinoin. Se voi sisältää myös uhkaavan ruumiinkielen. Psykologiseksi väkivallaksi, josta voidaan käyttää myös nimitystä henkinen väkivalta, voidaan laskea esimerkiksi alistaminen, arvostelu, eristäminen muista ihmisistä tai itsemurhalla uhkaaminen. Fyysinen väkivalta voi olla esimerkiksi lyömistä, kuristamista tai ampuma- tai teräaseen käyttöä toista ihmistä

kohtaan. (Tehy ry 2021, 8.) Vaikka koulutusten kautta on mahdollista saada tietoa väkivallasta ja miten sitä ehkäistään, on myös yhtä tärkeää oppia erottamaan aggressiivisuus ja aggressio. Käsitteellä aggressio viitataan usein henkilön kokemaan tunnetilaan, kun taas aggressiivisuudesta puhutaan henkilön toimintaan tai käytökseen liittyvissä tilanteissa. Aggressiivisuus voi tulla esiin esimerkiksi fyysisenä pahoinpitelynä. Kohdatessa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan tulisi hoitajalla olla taidot lähestyä ja rauhoitella. (Soisalo 2011, 94–97.)

Työturvallisuuden hallitseminen organisaatiossa vaatii riittävästi osaamista kaikissa työturvallisuuden osatekijöissä:

- Fyysiset työolosuhteet työpaikalla tarkoittavat ergonomiaa, järjestystä ja siisteyttä.
- Psykkiset työolosuhteet liittyvät työyhteisön toimivuuteen, häirintään ja muuhun epäasialliseen kohteluun sekä muuhun väkivallan uhkaan.
- Sosiaaliset työolosuhteet muodostuvat tiedonkulun toimivuudesta, yhteistyöstä sekä henkilöiden välisestä vuorovaikutuksesta. (Työturvallisuuskeskus 2022.)

Kaikkien työolosuhteiden näkökulmasta työnantajan on annettava työntekijälle riittävät tiedot työn haittoista ja vaaratekijöistä sekä huolehdittava työntekijöiden riittävästä osaamisesta. Työntekijä on perehdytettävä riittävästi työhön, työpaikan olosuhteisiin, työmenetelmiin, työssä käytettäviin välineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Työntekijän on tärkeä tuntea työolosuhteet, joissa vaaratilanteita voi syntyä, ja hänelle annetaan opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen esittämiseksi sekä työstä aiheutuvien uhkien ja vaarojen välttämiseksi. (Hanhela 2018.)

Työturvallisuus ja työntekijöiden hyvinvointi ovat tärkeä osa turvallista ja toimivaa työympäristöä. Työturvallisuuden näkökulmasta on tärkeää, että työpaikan työprosessit, työolosuhteet ja niihin liittyvät vaara ja häirtatekijät, sekä työpaikan toimintatavat ovat tiedossa. Työturvallisuus on osa työpaikan päivittäistä toimintaa, johon kuuluu työympäristö, työyhteisö, työturvallinen johtaminen sekä turvallisuusosaaminen. Työnantajan yleinen huolehtimisvelvollisuus koskee kaikkia työn tekemisen paikkoja. Työntekijällä on oikeus pidättäytyä työstä, jos siitä aiheutuu vakavaa vaaraa hengelle tai terveydelle. Vaaratilanteita ennakoimalla varmistetaan turvallinen työympäristö ja toimiva työyhteisö. (Työturvallisuuskeskus 2022.)



### 2.4.2 Potilasturvallisuus

Käsitteellä potilasturvallisuus tarkoitetaan yleisesti kaikkia niitä käytänteitä, joiden perimmäisenä tarkoituksena on hoidon toteuttaminen turvallisesti ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta hoidon aikana (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2019, 92). Potilasturvallisuus muodostuu kolmesta eri osa-alueesta: hoidon turvallisuudesta, lääkehoidon turvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta. Hoidon turvallisuudella pyritään niin hoidon kuin käytettyjen hoitomenetelmien turvallisuuteen. Potilasturvallisuuden ylläpidon kannalta on tärkeää, että vaaratapahtumat kuten myös niin sanotut "läheltä piti" -tapahtumat, joissa mahdollista vaaraa aiheuttava tekijä huomataan ajoissa ennen kuin se pääsee aiheuttamaan vaaratilanteen, raportoidaan eteenpäin, jotta vastaavilta tilanteilta voitaisiin välttyä tulevaisuudessa. Raportoinnin tarkoituksena ei ole siis etsiä syyllisiä potilasturvallisuuden vaarantaneen tapahtuman takana, vaan auttaa kehittämään toimintaa turvallisemmaksi. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 898; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006, 5.)

Terveydenhuollossa tapahtuvan toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Tämän lisäksi toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön tulisi myös laatia laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa koskeva suunnitelma. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 8§.) Terveydenhuoltolain määrittelemän suunnitelman ja sen sisällön suunnittelun tueksi on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (341/2011). Suunnitelmassa tulisi nostaa esille ainakin toimintayksikössä laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta vastaavien henkilöiden nimet sekä millä tavoin johto on vastuussa laadukkaan ja potilasturvallisen toiminnan toteuttamisesta. Esiin tulisi nostaa myös yksikön turvallisuuskulttuuria tukevat arvot, kuinka henkilöstön ja opiskelijoiden perehdytys, koulutus ja ohjaaminen työyksikössä toteutetaan sekä kuinka potilaalla on mahdollista antaa palautetta toimintayksikön potilasturvallisuuden haasteista. Tämän lisäksi suunnitelmassa tulisi esittää muun muassa toiminnan tukena käytettävät laadunhallintaa käsittelevät asiakirjat, vaara- ja haittatapahtumiin liittyvän raportoinnin periaatteet ja menettelytavat sekä yksikön toimintaympäristöä, lääkehoitoa, henkilöstöä ja käytössä olevia tietojärjestelmiä koskevat tekijät. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1§.)

Tutkimusten mukaan sairaaloissa, joissa on parempi potilasturvallisuuskulttuuri, esiintyy vähemmän komplikaatioita ja haittatapahtumia (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro 2010). Positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin taustalla ovat vahvasti muun muassa henkilökunnan saama laadukas ammatillinen koulutus ja korkeatasoinen ja turvallista toimintaa tukeva henkilöstötasoinen johtaminen, jossa vallitsee avoin toimintakulttuuri ja johon henkilöstön on helppo sitoutua. Toimintatapoihin sitoutuvuus on tärkeä tekijä potilasturvallisuuden toteutumisessa. Potilasturvallisuuskulttuuriltaan myönteisessä yhteisössä turvallisuus otetaan huomioon arvona jokaisella toiminnan tasolla päivittäisestä hoitotyöstä aina päätöksentekoon asti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 14–16.)

Terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvasti useita muutoksia, joilla on vaikutuksia potilasturvallisuuteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9). Tässä on sekä positiiviset että negatiiviset puolensa tarkastelun näkökulmasta riippuen. Riittävän ohjauksen puute, viestintä ja erityisesti siihen liittyvät ongelmat voivat johtaa väärinymmärryksiin ja potilaan saaman hoidon puutteellisuuteen. Jotta tätä osa-aluetta pystyttäisiin parantamaan, työn ohessa tulisi pyrkiä niin sanottuun varmistavaan viestintään, jossa saadun ohjeistuksen pääsisältö toistetaan takaisin sen antajalle. (Mustajoki ym. 2013, 899.) Tärkeässä osassa potilaan turvallisuudentunteen ylläpitämiseksi on huomioida potilaan näkökulma, esimerkiksi purkukeskustelujen merkitys rajoitustilanteiden jälkeen, ahdistuksen tai jopa traumakokemusten välttämiseksi (Hämäläinen ym. 2019, 96).

### 3 HALLITTU FYYSINEN RAJOITTAMINEN (HFR) VÄKIVALTATILANTEISSA

Kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä on käytössä jokin aggression hallintamenetelmä, jonka käyttöön henkilökunnalle on annettu tarvittava koulutus. Hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR) on yksi näistä aggression hallintaan kehitetyistä hallintakeinoista. Se on yleisesti käytössä oleva menetelmä hankalissa asiakas- tai potilastilanteissa. Menetelmällä voidaan rajoittaa inhimillisin keinoin kontrolloimattomia tai aggressiivista käytöstä. Ensisijainen menetelmä on vuorovaikutuksellinen, ja rajoittamisella tulee olla hoidollinen tehtävä. Rajoittaminen perustuu terapeutiseen ja asiakkaan etua ajavaan ajattelu-tapaan. Käytetyt otteet ovat turvallisia ja kivuttomia, niin ettei potilas pääse vahingoittamaan itseään tai muita.

Tämän lisäksi henkilökunta on voinut saada koulutuksen johonkin muuhun hallintamenetelmään. Näitä voivat olla esimerkiksi AHHA eli aggression hoidollinen hallintakoulutus, MAPA eli haastavan käytöksen ehkäisy ja turvallinen hoito sekä AVEKKI, joka muodostuu sanoista aggressio, vuorovaikutus, ennaltaehkäisy/hallinta, kehittäminen, koulutus ja integrointi. (Hurme & Kyllönen, 2014, 191; Mitä on MAPA? 2022; AVEKKI – koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. 2022.) Vaikka erilaisia väkivaltaan liittyviä koulutuksia järjestetään varsin laajasti, hoitajat ja opiskelijat kokevat vielä puutteita osaamisessaan sen suhteen, kuinka torjua työpaikalla esiintyvää väkivaltaa. Hoitajien tulisi aina raportoida työssä kokemastaan väkivallasta, mutta näin ei aina tapahdu. Syynä tähän voi olla asiakkaiden uhkailu, vertaisryhmän painostus tai epävarmuus siitä, mikä on työpaikkaväkivaltaa, josta pitäisi raportoida. Yleisesti ei myöskään uskota raportoinnin vähentävän väkivaltaa työpaikalla. (Soisalo 2011, 94–97.) Tutkimusten mukaan hoitoympäristöissä tapahtuvista väkivaltatilanteista 5–18 % johtaa potilaan ja 12–40 % henkilökunnan loukkaantumiseen (Stewart ym. 2009).

Erilaisilla aggression hallintaan liittyvillä koulutusohjelmilla on pyritty lisäämään henkilökunnan osaamista vaativien tilanteiden hallinnan osalta psykiatrisissa hoitoyksiköissä ja osastoilla (Kuosmanen & Laukkanen 2019, 298). Siinä missä henkilökunta tarvitsee koulutusta itse väkivallan hallintakeinoihin teknisellä tasolla, koulutus on tärkeä osa myös muutettaessa henkilökunnan asenteita pakonkäytön osalta. Ilman myönteistä suhtautumista aiheeseen pakonkäytön vähentäminen hoitoympäristössä on varsin epätodennäköistä. Potilaaseen kohdistuva psykiatrinen hoito tulee toteuttaa aina ensisijaisesti

potilaan näkökulmasta vapaaehtoisesti tai yhteistyössä hänen kanssaan. Aina tällainen menettely ei ole kuitenkaan mahdollista esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas on aggressiivinen, hoitokielteinen tai hän vastustaa hänelle tarjottua hoitoa. Tällöin potilaan hoito päädytään ainakin osittain toteuttamaan tahdonvastaisesti. (Kuosmanen & Laukkanen 2019, 295; Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa 2016, 3.)

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidon yhteydessä on hyvin tärkeä ihmisoikeus-, työ- ja potilasturvallisuuteen liitoksissa oleva aihealue. Pakon vähentäminen on tärkeä myös näyttöön perustuvan hoidon näkökulmasta katsottuna. Pakon käytön keinoille ja potilaan rajoittamiselle, joihin lasketaan muun muassa potilaan sitominen lepositein, eristäminen sekä hoidollinen kiinnipitäminen, on etsitty aktiivisesti vaihtoehtoisia keinoja, jotka tukisivat paremmin potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Kuosmanen & Laukkanen 2019, 295–296.; Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa 2016, 3.)

Viime vuosien aikana on pystytty osoittamaan kuusi toimivaa ydinstrategiaa ja Isossa-Britanniassa kehitetty Safewards-toimintamalli, jolla pakon käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa on pystytty vähentämään. Löydetyllä toimintamallilla ei pyritä korvaamaan aiemmin toimiviksi osoitettuja hoitokäytänteitä tai lääkehoitoa, vaan se tulisi liittää osaksi muita toimivia menetelmiä. Kuuden ydinstrategian malli sisältää muun muassa johtajatasen esimerkillisen toiminnan ja tuen. Tällä on osoitettu olevan suuri vaikutus osana pakon käytön vähenemistä osastoympäristössä, jossa rajoitustapahtumien määriä seurataan. Henkilöstön kouluttaminen sekä ehkäisevien työkalujen löytäminen, esimerkiksi väkivaltatilanteiden riskien arviointiin, tunnistamiseen ja rauhoittamiseen, nähdään osana pakon käytön vähentämisen prosessia. Näiden lisäksi potilaan rooli osaston toimintoja ja arvoperiaatteiden luomista, tulisi huomioida entistä laajemmin. Jälkipuintien merkityksen pakkokeinojen käytön jälkeen tulisi huomioida myös osana prosessia. (Kuosmanen & Laukkanen 2019, 926.)

Edellä esiin nostettu Safewards on puolestaan työelämän kanssa yhteistyönä muodostettu toimintamalli, jonka avulla pystytään vähentää psykiatrisilla osastoilla väkivaltatilanteita sekä niiden selvittämiseen ja rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Toimintamalli sisältää kymmenen erilaista toimenpidettä, esimerkiksi puheella rauhoittamisen, yhteisten odotusten asettamisen, avun antamisen, turvallisuuden palauttamisen ja erilaisia rauhoittamismenetelmiä. (Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa 2016, 26.)

Väkivallan uhkaa esiintyy tilastollisesti keskimääräistä enemmän sosiaali- ja terveysalalla. 70 % työntekijöistä on kokenut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja työpaikallaan. 77 % työntekijöistä oli kokenut henkisen väkivallan tekoja. Edellä mainitut tilastot kuvaavat hoitajien kokemaa väkivaltaa yleisesti sosiaali- ja terveysalojen yksiköissä. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon puolella 88 % työntekijöistä oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja ja 85 % henkisen väkivallan tekoja työpaikallaan työuran aikana. Viimeisimmän kolmen vuoden ajanjaksossa tarkasteltuna 67 % työntekijöistä oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja ja 73 % henkisen väkivallan tekoja työpaikallaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Perusterveydenhuollon puolella 82 % työntekijöistä oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja ja 82 % henkisen väkivallan tekoja työpaikallaan työuran aikana. Viimeisimmän kolmen vuoden aikana perusterveydenhuollon psykiatrisella puolella 66 % työntekijöistä oli kokenut fyysisen väkivallan uhkaa tai tekoja ja 80 % henkisen väkivallan tekoja työpaikallaan (Tehy ry 2021, 9, 20–21, 25–26).

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia HFR-menetelmän käytöstä väkivalta-tilanteiden yhteydessä, selvittää millaisia valmiuksia HFR-koulutus on antanut hoitajille ja millä osalu-alueilla he kokevat haasteita. Tavoitteena on tuottaa tietoa työ- ja potilasturvallisuuden edistämiseen väkivalta-tilanteissa sekä mahdollisesta lisäkoulutustarpeesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on HFR-menetelmän käytöstä nuorisopsykiatrisella osastolla väkivalta-tilanteissa?
2. Millaisia valmiuksia HFR-menetelmään liittyvä koulutus on antanut väkivalta-tilanteiden hallintaan?
3. Millaisia haasteita hoitajat kokevat väkivalta-tilanteista selviytymisessä?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen toimintaympäristöä, tutkimusmenetelmää, aineistonkeruuta ja analyysiä.

### 5.1 Toimintaympäristön kuvaus

Tutkimuksemme toimintaympäristönä toimi kymmenpaikkainen suljettu nuorisopsykiatrinen osasto, jossa hoidetaan 13–17-vuotiaita nuoria ja heidän perheitään. Osastosta on pyritty tekemään mahdollisimman kodinomainen, ja siellä noudatetaan yhteisohoidon periaatteita. Osastolla pyritään antamaan nuorelle tukea turvalliseen itsenäistymiseen harjoittelemalla omien mielipiteiden ilmaisua sekä ikätasoisista päätöksentekoa. Osastolla hoidetaan monenlaisia psykiatrisia haasteita, joista yleisimmät ovat itsetuhoisuus, masennus, yhteiskunnasta eristäytyminen, syömishäiriöt sekä kasvuun ja kehitykseen liittyvät vaikeudet. Nuorta kohdellaan aina yksilönä ja hoitomenetelmä valitaan hänen tarpeidensa mukaan. Osastolla toteutettavana on joko jakso-, tutkimus- tai kriisihoitoa. Peruskouluikäisille nuorille on tarjolla myös sairaalakoulu lääkärin määräämänä. Osaston henkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista, mielenterveyshoitajista, osastonhoitajasta ja kahdesta lääkäristä. (Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä Soite 2022.)

Osastolla väkivaltatilanteiden hallintaan on käytössä HFR-menetelmä. Kyseisen menetelmän kehittäminen nähtiin tarpeellisena vuonna 2006 Keski- Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä Soiten psykiatrian tulosalueella. Päätelmä tehtiin henkilökunnalle toteutetun kyselyn pohjalta, jossa vastattiin turvallisuuteen liittyvistä epäkohdista sekä osaamisvajeista. Tulosalueella aloitettiin muiden organisaatioiden tutkiminen ja etsittiin toimintafilosofiaan perustuvaa toimintamallia. Toimintafilosofian sisältöön kuuluu periaatteita, joiden tarkoitus on ennaltaehkäistä sekä rajoittaa turvallisesti asiakkaan tai potilaan käytöstä. Antti Kiikko ja Tommi Halsvahan aloittivat vuonna 2007 menetelmän kehittämisen. Tulosalueelle päädyttiin kouluttamaan kahdeksan HFR-kouluttajaa. Vakituiset tai pitkäaikaiset sijaiset osallistuivat viiden päivän koulutukseen, joka sisälsi yhden teoriapäivän ja neljää päivää käytännön harjoittelua. Työntekijät olivat velvollisia myös käymään päivityskoulutukset, kun niitä tuli. (Aspvik 2011.)

## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme toteutettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Määrällisestä tutkimuksesta poiketen laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole tilastollisen yleistettävyyden tai numeraalisten tai teknisten tulosten saavuttaminen. Sen avulla pyritään kuvaamaan tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintamallia tai antamaan teoriatasolla mielekkäämpi tulkinta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98; Vilkka 2021, 225.) Toisin sanoen laadullisen tutkimuksen päämääränä on kuvata todellisessa elämässä tapahtuvia asioita niin kokonaisvaltaisesti kuin mahdollista. Lisäksi verrattuna määrälliseen tutkimukseen laadullisen tutkimuksen avulla pyritään enemmän löytämään uutta tietoa kuin vahvistamaan jo olemassa olevaa näyttöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161.) Valitsimme laadullisen tutkimuksen, sillä tavoitteenamme oli kuvailla tutkimukseen osallistuvien henkilöiden yksilöllisiä ja näin myös ainutlaatuisia kokemuksia HFR-menetelmän käyttöön liittyen.

## 5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajien valinta tulisi olla harkittua ja tutkimuksen tarkoitukseen sopivaa. Tutkimusjoukkoa valitessa on tärkeää, että tutkimuksen tiedonantajiksi valitaan henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta aiheesta. Kun tutkimusjoukko valitaan tiettyjen kriteerien täyttymisen perusteella, voidaan puhua harkinnanvaraisesta otannasta. (Hirsjärvi ym. 1997, 165; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85.) Harkinnanvaraisen otannan lisäksi tutkimusjoukko voidaan muodostaa myös satunnaisesti valituista henkilöistä (satunnaisotanta), systemaattisen otannan tai niin sanotun lumipallo-otannan avulla, jossa toinen tiedonantaja johdattaa tutkijan toisen aiheesta tietävän tiedonantajan luokse. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 99; Vilkka 2021, 99.) Laadullisessa tutkimuksessa sattumanvarainen tai systemaattinen otanta eivät kuitenkaan palvele lopputulosta, jossa pyritään saamaan mahdollisimman paljon tietoa tiettyyn aiheeseen liittyvistä kokemuksista (Vilkka 2021, 150).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksesta saatavan aineiston koolla ei ole yhtä suuri merkitys kuin määrällisessä tutkimuksessa. Sen sijaan aineiston laatu on tässä tilanteessa tärkeämmässä osassa. Mitä kattavampi aineisto pystytään keräämään kokoon, sitä helpompaa tutkimuksesta tehtävän analyysin ja tulkintojen teko ovat tutkimuksen edetessä kyseisiin vaiheisiin. (Vilkka 2021, 150.) Tutkimuksen kohderyhmän valinnassa käytimme harkinnanvaraista otantaa, sillä valitsimme kohderyhmäksi osastolla



työskentelevät sairaanhoitajat, mielenterveystoijat ja lähihoitajat (n=28). jotka ovat osallistuneet HFR-koulutukseen ja työssään käyttäneet menetelmää väkivaltilanteiden hallintaan

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu voidaan toteuttaa haastattelua, havainnointia, kyselyä ja erilaisia dokumentteja hyödyntäen. Edellä mainittuja aineistonkeruumenetelmiä voidaan hyödyntää sekä laadullista että määrällistä tutkimusta tehdessä ja niitä voidaan käyttää joko yksittäin tai rinnakkain. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71.) Haastattelu voidaan toteuttaa monin eri keinoin joko jäsennehtynä (strukturoituna) tai avoimesti (strukturoimattomasti) yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Teemahaastattelu sijoittuu strukturoidun ja strukturoimattoman haastattelun välimaastoon. Siinä käydään läpi jo etukäteen valittuun teemaan liittyviä aiheita, joita täydennetään tarkentavilla kysymyksillä. Syvähaastattelu pohjautuu avoimien kysymyksien hyödyntämiseen, joiden sisältö on muodostettu tutkimuksen tarkoituksen pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 72–78.) Havainnointi on menetelmä, joka usein yhdistetään jonkin muun aineistonkeruutavan esimerkiksi haastattelun rinnalle. Havainnointi sopii tilanteeseen, jossa tutkittavasta aiheesta tiedetään ennestään varsin vähän tai ei ollenkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 81.)

Kysely, jota päätimme hyödyntää omassa opinnäytetyössämme tiedonkeruumenetelmänä, on menetelmä, jossa tutkimukseen valitut tiedonantajat täyttävät heille annetun kyselylomakkeen joko valvotussa ympäristössä tai esimerkiksi kotiympäristössä vapaa-ajallaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73). Haastattelun tavoin kysely voidaan toteuttaa joko jäsennehtyä tai avointa kyselylomaketta hyödyntäen. Opinnäytetyömme yhteydessä käytimme avointa kyselylomaketta (LIITE 1), jonka tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat saivat täyttää sähköisesti Webropol-ympäristössä. Työntekijät saivat linkin työ-sähköpostiinsa osastonhoitajan välittämänä. Kyselylomakkeen kysymykset perustuivat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Avoin kyselylomake antaa haastattelun tavoin tutkittavalle mahdollisuuden tuoda kokemuksensa omin sanoin esille.

Kyselylomake itsessään on strukturoidumpi tutkimusasetelma haastatteluun verrattuna, mutta se antaa vastaajalle ajallisesti vapaammat olosuhteet vastata kysymyksiin verrattuna haastatteluun, jolle määritetään poikkeuksetta tietty aika ja paikka. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74.) Tämä oli yksi peruste, miksi päädyimme valitsemaan kyselylomakkeen aineistonkeruumenetelmäksemme. Lisäksi tiedonantajille ei ollut määritelty tiettyä ajankohtaa tutkimukseen osallistumiseen, vaan he saivat tehdä kyselyn itselle parhaana ajankohtana. Kun tutkimukseen osallistuminen ei ollut liitoksissa tiettyyn aikaan ja paikkaan, se mahdollisti suuremman joukon osallistumisen kyselyyn vastaamiseen.

Ennen varsinaista aineiston keruuta suoritimme esitestauksen laatimamme kyselylomakkeen paperiver-  
sion avulla joulukuun 2021 alkupuolella. Esitestaukseen osallistuivat kaksi nuorisopsykiatrian polikli-  
nikan hoitajaa, jotka olivat kohderyhmään kuuluvien henkilöiden tavoin suorittaneet HFR-koulutuk-  
sen. Esitestaus toteutettiin kohderyhmän ulkopuolisten henkilöiden avulla, jotta kaikki kohderyhmään  
kuuluvat henkilöt voisivat osallistua viralliseen kyselyyn eikä anonymiteetti heidän osaltaan kärsi-  
nyt. Virallinen aineistonkeruu toteutettiin helmikuussa 2022, jolloin kyselylomake oli kuukauden ajan  
avoinna vastaajille.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysiä on mahdollista tehdä joko aineisto- (induktiivinen) tai teorialähtöisesti (deduktiivi-  
nen). Tässä tutkimuksessa saamamme aineiston analysoinnin toteutimme induktiivisen eli aineistoläh-  
töisen sisällönanalyysin avulla, jossa käsitteitä yhdistelemällä pyritään löytämään vastaus esitettyihin  
tutkimuskysymyksiin. Milesin ja Hubermanin (1994) kuvaamana induktiivinen sisällönanalyysi näh-  
dään usein kolmesta vaiheesta koostuvana prosessina. Nämä kolme vaihetta ovat: aineiston redusointi  
eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luo-  
minen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.) Jokaisen vaiheen tarkoituksena on tiivistää aineistoa muotoon,  
jonka kautta se on ymmärrettävissä paremmin.

Aineistolähtöisessä analyysissä tavoitteena on löytää toiminnan tai ilmiön takana oleva logiikka tai  
näille tyypillinen punainen lanka, jota ohjaa kerätty tutkimusaineisto. Aiheeseen liittyvällä aikaisem-  
malla tiedolla ei tulisi olla vaikutusta luokkien ja niiden määräytymisen suhteen. Luokkia ei tulisi  
muodostaa etukäteen, vaan tutkija päättää vasta aineiston keruun jälkeen, mistä toiminnan takana ole-  
vaa punaista lankaa lähdetään etsimään ja millaisia luokkia aineistosta on mahdollista muodostaa. Läh-  
es poikkeuksetta analyysissä esiin nousevat luokat määräytyvät tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimus-  
kysymyksen mukaisesti. (Vilka 2021, 163–164; Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Teorialähtöisessä sisäl-  
lönanalyysissä puolestaan lähdetään liikkeelle jo olemassa olevasta teoriasta, joka ohjaa vahvasti ana-  
lyysin etenemistä ja sitä, millaisia luokkia aineistosta luodaan. Tutkittava ilmiö tai aihe on määritelty  
jo jonkin olemassa olevan mukaisesti, jolloin uudella tutkimuksella pyritään usein esimerkiksi uudista-  
maan teoreettista käsitystä tutkittavasta aiheesta tai selvittämään, miten tietty ilmiö näyttäytyy erilai-  
sessa ympäristössä. (Vilka 2021, 170–171; Tuomi & Sarajärvi 2013, 96–97.)

Analyysiprosessimme aloitimme käymällä läpi sähköisen avoimen kyselylomakkeen kautta saamamme tutkimusaineiston. Seuraavaksi jaoin yksittäisen tiedonantajan vastauksen pienempiin osiin, jos vastaus sisälsi useamman tutkimuskysymykseen vastaavan kohdan. Tämän jälkeen kirjoitimme vastaukset Word-tiedostoon siinä muodossa, jossa tiedonantajat olivat ne esittäneet. Auki kirjoituksen jälkeen käynnistyi aineiston pelkistys- eli redusointivaihe, jolloin kävimme aineiston uudelleen läpi. Tässä analyysin vaiheessa aineistoa on tarkoitus karsia ja saada tiiviimpään muotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Pelkistämävaiheessa nostimme ja kirjasimme ylös alkuperäisistä ilmauksista ne kohdat, jotka vastasivat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin.

Kun alkuperäiset ilmaukset oli saatu pelkistettyä tiiviimpään muotoon, siirryimme ryhmittely- eli klusterointivaiheeseen. Tämän vaiheen tarkoituksena on löytää kyselylomakkeissa esitettyjen vastausten joukosta samankaltaisuuksia, mutta myös toisistaan poikkeavia ilmauksia (Alasuutari 2014, 237). Yhdistimme samanlaiset ilmaukset saman alaluokan alle, jonka myöhemmin nimesimme kyseistä luokkaa kuvaavalla tavalla. Yksittäisten ilmausten yhdistyessä saman alaluokan alle aineisto tiivistyy entisestään. Klusterointivaiheen tarkoituksena on muodostaa pohja sekä luoda alustavia kuvauksia tutkittavalle aiheelle. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Kun aineiston joukosta alkaa nousemaan riittävästi esiin samankaltaisia vastauksia ja tiedonantajien vastauksista ei ole mahdollista saada tutkimuksen kannalta uutta tietoa, vaan materiaali alkaa toistaa itseään, puhutaan saturaatiosta. Tietty määrä aineistoa tutkimuksesta riippuen on riittävä nostamaan esiin tutkimuksen teoreettisen perustan tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Lisäksi tehtyjen havaintojen yhdistelyn avulla tutkija pyrkii tarkastelemaan aihettaan yksittäistapauksia yleisemmällä tasolla, mikä onkin induktiivisen sisällönanalyysin pohjimmainen tarkoitus. (Alasuutari 2014, 237; Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.)

Abstrahointivaiheessa, joka nähdään usein osana ryhmittelyvaihetta, tutkimukselle olennaisesta tiedosta muodostetaan edelleen erilaisia ala-, ylä- ja pääluokkia. Sitä millaiseksi luokat määräytyvät, ohjaavat tutkimuksen tarkoitus sekä saadun aineiston laatu. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2018, 167.) Abstrahointivaiheen toteutimme yhdistelemällä saman teeman alle kuuluvia alaluokkia, joista muodostui yksi yläluokka. Tämän yläluokan nimesimme tavalla, joka vastasi asetettuun tutkimuskysymykseen. Alla on esimerkki, kuinka sisällönanalyysin prosessi eteni tämän opinnäytetyön kohdalla (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>Kaikilla tulisi olla sama päämäärä</i>	Kaikilla sama päämäärä	Yhdenmukainen tieto	HFR lisää yhdenmu- kaista osaamista väkival- tatilanteissa
<i>Kaikilla tulisi olla sama tieto, miten tehdään.</i>	Kaikilla sama tieto, mitä tehdään		
<i>Tiedän, että toiminta ti- lanteissa on johdonmu- kaista</i>	Tieto toiminnan johdon- mukaisuudesta		
<i>Tekniikat ovat turvalli- sia, jos kaikki työntekijät ovat kouluttautuneet</i>	Tekniikat turvallisia, jos kaikki kouluttautuneet		
<i>Ymmärrystä että tilanteet turvallisia, kun koko hen- kilökunnalla koulutus käytynä.</i>	Ymmärrys tilanteiden turvallisuudesta, kun henkilökunta käynyt kou- lutuksen		
<i>Yhdenmukaisia riippu- matta kuka hoitaja tilan- teessa</i>	Yhdenmukaisia hoita- jasta riippumatta	Yhdenmukaiset toimintatavat	
<i>Niin lähes jokaisella työntekijällä on saman- lainen lähestymistapa vä- kivaltatilanteista koh- taan</i>	Samanlaiset lähestymis- tavat väkivaltatilanteisiin		
<i>Turvalliset otteet jotka kaikilla tiedossa</i>	Kaikilla tiedossa olevat turvalliset otteet		
<i>Yhtenäiset työskentely ta- vat lisäävät laatua</i>	Yhtenäiset työskentelyta- vat lisäävät laatua		
<i>Tilanteet hallitumpia, kun kaikki toimii saman koulutuksen/ ohjeistuksen mukaan</i>	Hallitummat tilanteet, kun kaikki toimivat sa- man ohjeistuksen mu- kaan		
<i>Yhtenäiset työskentely ta- vat lisäävät turvalli- suutta</i>	Yhtenäiset työskentelyta- vat lisäävät turvallisuutta	Rajoitustilanteiden hoita- minen yhdessä	
<i>Ne pohjautuvat, ettei läh- detä mitään rajoittamis- tilannetta hoitamaan yks- sin vaan riittäväällä hen- kilöstöllä vähintään 2-3 hoitajaa toisinaan enem- mänkin.</i>	Ne pohjautuvat riittäväällä henkilöstöllä rajoitusti- lanteiden hoitamiseen		
<i>siinä korostetaan, ettei lähdetä mitään rajoitta- mistilannetta hoitamaan yksin</i>	Korostetaan, ettei yksin hoideta rajoittamistilan- teita		

TAULUKKO 1. (jatkuu)

<i>Lisäksi se rauhoittaa mieltä, että tietää koko henkilökunnan saaneen saman koulutuksen</i>	Rauhoittaa mieltä		
<i>Varmuutta, tilanteissa rauhoittaa, kun tietää että henkilökunnalla sama koulutus käytynä</i>	Varmuus rauhoittaa väkivaltatilanteissa	Luottamus kollegoihin	
<i>Koulutus kollegoiden kesken tuo luottamusta väkivaltatilanteisiin</i>	Luottamus kollegoiden kesken väkivaltatilanteissa		
<i>Tiedän, että toiminta tuo myös turvaa henkilökunnalle</i>	Toiminta on henkilökunnalle turvallista	Henkilökunnan turvallisuus	
<i>Turvallisuus lisääntynyt hoitajalla</i>	Hoitajan turvallisuus		
<i>yhteisesti sisäistetyt toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti sisäistetyt toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta		
<i>Mikäli otteita käytetään menetelmän mukaisesti ovat ne mahdollisimman turvallisia henkilökunnalle</i>	Menetelmän mukaisesti käytettynä otteet turvallisia henkilökunnalle	Henkilökunnan loukkaantumisriski pienenee	HFR lisää työturvallisuutta
<i>Loukkaantumisriskit ovat vähäisemmät.</i>	Loukkaantumisriski vähäisempi		
<i>Laskee loukkaantumisriskiä</i>	Laskee loukkaantumisriskiä		
<i>yhteisesti opetellut ja sisäistetyt toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti opetellut toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta		
<i>yhteisesti sovitut toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti sovitut toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta	Yhteiset toimintatavat työturvallisuudessa	
<i>yhteisesti sisäistetyt toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti sisäistetyt toimintatavat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta		
<i>yhteisesti sovitut toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti sovitut toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta	Yhteiset toimintatekniikat työturvallisuudessa	
<i>yhteisesti opetellut toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta</i>	Yhteisesti opetellut toimintatekniikat ovat omiaan tukemaan työturvallisuutta		

TAULUKKO 1. (jatkuu)

<i>Suunnitelmallisuutta</i>	<b>Suunnitelmallisuutta</b>		
<i>Oma halua pitää muistissa</i>	Oma halu muistaa		
<i>Oma halu pitää yllä osaamista</i>	Oma halu osaamisen ylläpitoon		
<i>Turvallinen tapa, jota olisi mahdollista harjoitella ja ylläpitää harjoittelemalla</i>	Turvallinen tapa		
<i>Systemaattinen tapa, jota olisi mahdollista harjoitella ja ylläpitää harjoittelemalla</i>	Systemaattinen tapa		
<i>Tekniikat eivät pohjaudu kivun tuottamiseen vaan hallittuihin otteisiin, jolloin parannetaan potilasturvallisuutta</i>	Tekniikat eivät pohjaudu kivun tuottamiseen, jolloin parannetaan potilasturvallisuutta	Oman osaaminen ylläpito	
<i>Tekniikat ovat turvallisia, jos kaikki työntekijät ovat päivittäneet otteita.</i>	Tekniikat turvallisia, jos kaikki päivittäneet otteita		
<i>Mikäli otteita käytetään menetelmän mukaisesti ovat ne mahdollisimman turvallisia potilaille; otteet eivät esim. väännätä potilaan raajoja, paina hengitysteitä yms.</i>	Menetelmän mukaisesti käytettynä otteet turvallisia potilaille		
<i>Turvallisuus lisääntynyt nuorella</i>	Nuoren turvallisuus lisääntyy		
<i>Tiedän, että toiminta on potilaalle mahdollisimman turvallista</i>	Tieto toiminnan turvallisuudesta potilaalle		
<i>myötäilee luonnollisia liikeratoja</i>	Myötäilee luonnollisia liikeratoja	Otteiden turvallisuus	HFR lisää potilasturvallisuutta
<i>Mahdollisuus tiukentaa tarpeen mukaan (pitelyseisten, istuen, polvilla, makuulla)</i>	Mahdollisuus tiukentaa pitelyasentoa tarpeen mukaan		
<i>Mahdollisuus purkaa tarpeen mukaan (pitelyseisten, istuen, polvilla, makuulla)</i>	Mahdollisuus purkaa pitelyasentoa tarpeen mukaan		
		Otteiden säätely tilanteen mukaan	

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen tuloksia tutkimuskysymyksittäin ja esitetään suoria lainauksia tiedonantajien antamista vastauksista.

### 6.1 Millaisia kokemuksia hoitajilla on HFR-menetelmän käytöstä nuorisopsykiatrisella osastolla väkivaltatilanteissa?

Tutkimuksen tulosten perusteella tiedonantajat kokivat HFR-menetelmien käytön nuorisopsykiatrisella osastolla lisäävän yhdenmukaista osaamista sekä työ- ja potilasturvallisuutta väkivaltatilanteissa. Yhdenmukaista osaamista perusteltiin yhdenmukaisen tiedon ja toimintatapojen lisääntymisellä sekä rajoitustilanteiden yhdessä hoitamisen ja kollegoihin luottamisen lisääntymisellä. Kun tieto on yhdenmukaista, kaikki tietävät mitä tehdä ja kaikilla on sama päämäärä. Tekniikat ovat turvallisia, jos kaikki ovat kouluttautuneet ja toiminta on johdonmukaista. Henkilökunnalla on myös ymmärrys tilanteen turvallisuudesta, kun kaikki ovat käyneet koulutuksen.

*Tekniikat ovat turvallisia, jos kaikki työntekijät ovat kouluttanut.*

Yhdenmukaista osaamista kuvattiin myös toiminta- ja lähestymistapojen yhdenmukaisuutena riippumatta siitä, kuka hoitaja on tilanteessa. Kaikilla on tiedossa turvalliset otteet. Yhtenäiset työskentelytavat lisäävät laatua ja turvallisuutta. Tilanteet ovat hallitumpia, kun kaikki toimivat saman ohjeistuksen mukaan. Korostetaan, ettei rajoitustilannetta lähdetä hoitamaan yksin vaan riittävällä henkilöstöllä. Luottamus ja varmuus kollegoihin väkivaltatilanteissa rauhoitti mieltä.

*Ne pohjautuvat, ettei lähdetä mitään rajoittamistilannetta hoitamaan yksin vaan riittäväällä henkilöstöllä vähintään 2–3 hoitajaa toisinaan enemmänkin.*

*Yhdenmukaisia riippumatta kuka hoitaja tilanteessa.*

Työturvallisuuden lisääntyminen näkyy menetelmän turvallisuutena henkilökunnalle ja loukkaantumisriskin pienenemisenä, yhteisinä toimintatapoina ja tekniikoina sekä oman osaamisen ylläpitämisenä. Toiminnan koettiin olevan turvallista henkilökunnalle ja hoitajien turvallisuuden lisääntyneen. Menetelmän mukaisesti käytettynä otteet ja toimintatekniikat tukevat työturvallisuutta ja laskevat loukkaantumisriskiä. Yhteisesti opetellut, sovitut ja sisäistetyt toimintatavat ja -tekniikat tukevat työturvallisuutta. Oman osaamisen näkökulmasta nousi esille suunnitelmallisuus, oma halu muistaa ja ylläpitää

osaamista. Tiedonantajilla on mahdollisuus saada turvallisia ja systemaattisia tapoja toimia, joita voidaan puolestaan ylläpitää harjoittelemalla.

*Mikäli otteita käytetään menetelmän mukaisesti ovat ne mahdollisimman turvallisia henkilökunnalle*

*Tiedän, että toiminta tuo myös turvaa henkilökunnalle.*

Potilasturvallisuuden lisääntyminen HFR-menetelmää käytettäessä liitettiin otteiden turvallisuutteen ja säätelyyn tilanteiden mukaan. Käytössä olevat tekniikat eivät pohjautu kivun tuottamiseen, jolloin toiminta on nuorelle mahdollisimman turvallista. Päivitetynä ja menetelmän mukaisesti käytettynä tekniikat ja otteet ovat turvallisia potilaille. Otteiden säätely tilanteiden mukaan mahdollistaa luonnollisten liikeratojen myötäilemistä sekä pitelyasentojen tiukentamisen ja purkamisen tarpeen mukaan.

*Tiedän, että toiminta on potilaalle mahdollisimman turvallista.*

## **6.2 Millaisia valmiuksia HFR-menetelmään liittyvä koulutus on antanut?**

HFR-menetelmään liittyvä koulutus on antanut valmiuksia potilaan hallintaan, yhdessä työskentelyyn, kommunikaatioon eri osapuolien kanssa, ennakointitaitoihin ja potilasturvallisuuden toteuttamiseen. Potilaan hallintaan liittyviä valmiuksia ovat kiinnipito- ja kuljetustekniikat, rajoittamistilanteissa toimiminen ja valmiudet toimia turvallisesti. Koulutuksessa on ollut mahdollista oppia käytössä olevat turvalliset otteet ja kiinnipitotekniikat, sekä kuljetustekniikat potilaan turvallista siirtämistä varten. Työntekijän on osattava toimia, kun on tarvetta rajoittaa. Koulutuksella voidaan varmistaa, että jokaisella työntekijällä on samanlaiset lähestymistavat rajoittamistilanteisiin. Henkilökunta on saanut valmiuksia väkivaltatilanteiden hoitamiseen turvallisesti ja taitoja toimia tilanteissa, joissa voi joutua yksin väkivallan kohteeksi.

*Harjoittelun ja toistojen kautta osaa toimia, kun tarvetta rajoittaa.*

*Niin lähes jokaisella työntekijällä on samanlainen lähestymistapa rajoittamistilanteista kohtaan.*

*Menetelmiä, joiden avulla väkivaltatilanteet on saatu hoidettua mahdollisimman turvallisesti.*

Valmiudet yhdessä työskentelyssä sisäistävät väkivaltatilanteen ratkaisemisen ja potilaan rauhoittamisen yhdessä. HFR-koulutus on antanut ohjeita ja toimintatapoja väkivaltatilanteiden ratkaisemiseen



sekä valmiuksia työskennellä osana työryhmää väkivaltatilanteissa. Se on antanut myös ohjeita ja toimintatapoja potilaan rauhoittamiseen.

Kommunikaatio eri osapuolten kanssa tarkoittaa sekä potilaan että muiden työntekijöiden kanssa toteutettua kommunikointia. Kaikkien osapuolten kanssa voidaan käydä purkukeskustelu.

*HFR- koulutus on antanut hyvät valmiudet työskennellä osana työryhmää väkivaltatilanteissa.*

*Kommunikaatio muiden hfr toteuttajien kanssa.*

HFR-koulutuksen koettiin lisäävän valmiuksia potilasturvallisuuden toteuttamiseen. Tiedonantajat kokivat saavansa valmiuksia ennakoitaitoihin, jotka sisälsivät potilaan esitietojen hyödyntämisen arvioinnissa ja ennakoinnin väkivaltatilanteissa. Potilaan tunteminen antaa valmiuden ennakointiin ja väkivaltatilanteen välttämiseen. Ennakoivasti toimiessa on oltava hyvä perustieto ja riittävät tekniikat väkivaltatilanteissa toimimiseen. Tällöin ennaltaehkäisevien HFR-menetelmien merkitys korostuu. Potilasturvallisuuteen liittyvinä valmiuksina nähtiin yhteiset toimintatavat ja -tekniikat sekä turvallisuuden tunteen turvaaminen. Yhteisesti opetellut, sovitut ja sisäistetyt toimintatavat ja -tekniikat tukevat potilasturvallisuutta. Turvallisuudentunteen vahvistamisen kannalta on tärkeää, että nuori pystyy ennakoimaan, miten hoitaja toimii. Tällä voidaan taata potilaan turvallisuus.

*Hyvää perustietoutta kuinka toimia ennakoivasti mahdollisissa väkivaltatilanteissa.*

*Jos kiinnipito tilanteet toistuu saman nuoren kohdalla. Nuorelle turvallisempaa, kun pystyy ennakoimaan miten hoitaja toimii.*

*Aineistossa nousi esille myös maininta valmiuksista henkilökunnan turvallisuuden lisääntymiseen, mutta mihinkään ylä-/alaluokkaan se ei sopinut.*

### **6.3 Millaisia haasteita hoitajat kokevat väkivaltatilanteista selviytymisessä?**

Tiedonantajien mukaan väkivaltatilanteissa selviytymisessä koettiin haasteina tilanteiden arvioinnin vaativuus, peruskoulutuksen sisältö ja ajoitus, haasteet opittujen taitojen ylläpitämisessä, erilaisissa tilanteissa toimimisessa ja tekniikoiden toimimattomuudessa. Tämän lisäksi haasteena koettiin erilaiset henkilökuntaan liittyvät ja potilaskohtaiset tekijät. Tilanteiden arvioinnin vaativuutta perusteltiin tilan-

teiden nopeudella ja vaihtelevuudella. Tilanteet tulevat usein nopeasti, eikä aina ehdi miettimään, miten toimitaan. Jokainen väkivaltatilanne on erilainen. Joskus nämä tilanteet saattavat olla hyvinkin rajuja. Tilanteesta riippuen tekniikat eivät aina toimi tiedonantajien vastauksien perusteella.

*Tilanteet ovat niin rajuja, että alkuun ei ehdiä juuri miettimään mitä tehdään.  
-> joudutaan ottamaan kiinni ”mistä saa.*

Haasteena tutkimusaineistosta nousi esille peruskoulutuksen sisältö ja ajoitus. Koulutuksen osalta koettiin tarvetta ytimekkäälle peruskoulutukselle sekä saatavissa olevalle lyhyelle ohjeistukselle. Peruskoulutus tulisi toteuttaa mahdollisimman pian uusille työntekijöille. Peruskoulutuksessa tulisi pidättäytyä keskeisimmissä tekniikoissa ja koulutuksen toivottiin olevan lyhyempi. Käytössä olevista menetelmistä tulisi olla lyhyt aukikirjoitettu ohjeistus henkilökunnan saatavilla.

*Peruskoulutuksessa voitaisiin pidättäytyä keskeisimmissä tekniikoissa.*

*uusille työntekijöille peruskurssi hfr-koulutuksesta (viikko) mahdollisimman pian.*

Liian harvoin järjestetyt koulutukset tuovat haasteen myös opittujen taitojen ylläpitämiseen. Tässä koettiin haasteena jo aikaisemmin mainittu koulutuksen ja taitojen vähäisen kertaamisen mahdollisuus, koulutuksen päivittäminen sekä riittävän harjoittelun puute, joka johtaa opitun unohtumiseen. Opittujen taitojen ylläpitäminen vaatisi koulutuksen ja taitojen säännöllistä kertaamista jo kouluttautuneille. Kertaamista toivottiin varsinkin kuljettamisen ja otteiden osalta. Vastauksissa nousi esille toive, että omassa työpisteessä olisi mahdollisuus opittujen taitojen kertaamiseen. Koulutuksen ylläpitämisen suhteen toivottiin säännöllisempiä päivityskoulutuksia. Päivityskoulutuksille olisi tarvetta enemmän, mitä niitä on tällä hetkellä tarjolla. Kertausta tulisi toteuttaa sopivin väliajoin esimerkiksi kertauspäivien muodossa. Esille nousi kertaaminen osastolla eniten käytettyihin otteisiin sekä päähoitajan toimintaan ja otteisiin. Päähoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, jolla on päävastuu fyysisen rajoittamisen tilanteesta.

*lisää säännönmukaisia päivityksiä, päivityksien väli voi olla vuosienkin mittainen.*

*Hoitajille 1-2 x vuodessa 8h kertaus päivä.*

Tiedonantajat kokivat, että väkivaltatilanteissa selviytymisessä haasteena tulee esille opitun unohtuminen. Tämä näkyy esimerkiksi otteiden unohtumisena, joka puolestaan johtuu vähäisestä harjoittelusta. Tiedonantajien vastauksista nousi esille erityisesti tekniikoiden ja toimintatapojen unohtuminen, jos niitä ei pääse harjoittelemaan riittävän usein. Otteiden unohtumisen takia on hankala toimia laaduk-

kaasti ja toiminta koettiin sekavaksi. Harjoituksen puute heijastuu eri tilanteissa henkilökunnan toiminnan kautta. Erilaisissa tilanteissa toimiminen luo omia haasteita tiedonantajien mukaan. Näissä tilanteissa toimimiseen tueksi he haluaisivat esimerkiksi erilaisia käytännön harjoitteita. Käytännön harjoitteista nostettiin esille erilaiset simulaatio- ja mielikuvaharjoitteet. Toivottiin myös erilaisten potilastilanteiden harjoittelua, kuten eri kokoisten ja eri tavoin käyttäytyvien potilaiden osalta. Näiden lisäksi haluttiin harjoitteita harvinaisempien otteiden ja tilanteiden osalta.

*Harjoituksen puute näkyy kapeutuneena toimintana tilanteissa (esim. yksi ja sama ote, asento koko pitelyn ajan vaikka tilanne muuttuu.)*

*Tasaisin väliajoin harjoitella ”harvinaisempia otteita”, jotta taidot säilyvät.*

Tekniikoiden toimivuus koettiin haastavaksi käytännössä. Jotta tekniikoista tulisi toimivampia, käytäntöön sopivien tekniikoiden löytämiseen tulisi panostaa enemmän ja tarpeettomia tekniikoita tulisi karsia pois. Tiedonantajien mukaan opetellaan liikaa tekniikoita ja kikkoja, joita ei tarvita ja/tai käytetä. Käytännöllisempien tekniikoiden löytämiseksi tulisi informoida työyhteisöä niin hyvistä kuin huonoistakin käytännöistä. Näiden tietojen perusteella voidaan määritellä, mitkä tekniikoista eivät toimi käytännössä ja minkä tilalle voidaan vaihtaa toimivampia tekniikoita.

*Opetellaan liikaa tekniikoita, joita ei koskaan käytetä.*

*jos huomataan tekniikoita, mitkä toimivat harjoittelutilanteessa mutta ei käytännössä, vaihdetaan ne toisiin.*

Väkivaltatilanteissa selviytymisessä on useita henkilökunta- ja potilaskohtaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat haasteita. Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä olivat tekniikan hallintaan, roolien jakoon ja otteisiin liittyvät haasteet. Kaikki hoitajat eivät ole tietoisia, miten toimia yhdessä väkivaltatilanteissa. Kaikkien osapuolten tulisi osata tilanteessa tarvittavat tekniikat, jotta tilanne saataisiin selvitettyä mahdollisimman turvallisesti. Käytännön tilanteissa roolijako on joskus epäselvä. Aina tilanteeseen osallistuvat eivät tiedä, kuka tekee mitäkin tai kuka johtaa. Otteisiin liittyviin haasteisiin tiedonantajat nostivat esiin hikoilun aiheuttaman liukkauden, jonka takia ote alkaa helpommin lipsua. Kiinnipitotilanteissa tämä nostaa henkilökunnan riskiä loukkaantua. Haasteena voivat olla myös henkilökunnan omat fyysiset tekijät, esimerkiksi yleiskunto ja hoitajan pituus.

*käytännössä joskus epäselvää kuka tekee mitäkin tilanteissa.*

*Kaikki väkivaltatilanteessa olevat hoitajat eivät ole tietoisia, miten toimia yhdessä sovitulla tavalla.*

*oma loukkaantumisen riski (esim. venähdykset, krampit - pitkäkestoinen staattinen jännitys kiinnipitotilanteissa).*

Potilaskohtaisiin tekijöihin kuuluvat potilaiden yksilöllisyys, haasteet fyysisesti vahvan ja/tai erittäin väkivaltaisen potilaan kanssa ja tekniikoiden toimimattomuus nuorten kohdalla. Haasteita luovat potilaiden erilaisuus niin koon kuin käytöksenkin perusteella. Erittäin väkivaltaisen tai fyysisesti vahvan potilaan kohdalla otteet eivät välttämättä toimi tai sovellu tilanteeseen. Tekniikat eivät aina toimi nuoren koosta tai voimista riippuen. Kiinnipitotilanteet ovat toimineet usein päinvastoin, mikä on ollut tavoite esimerkiksi potilaan rauhoittumisen näkökulmasta.

*Potilaat erilaisia, esim. pienempikokoisia jopa vaikeampi pidellä ettei väännä raajoja.*

*Kiinnipitotilanteet varsinkin nuorten kohdalla ovat käytännössä toimineet hyvin useasti päinvastoin kuin mikä on ollut tavoite (potilaan rauhoittuminen).*

Vaikka tiedonantajien vastauksista nousi esille useita haasteita väkivaltatilanteista selviytymisessä, esille nousi myös kokemus HFR-taitojen riittävydestä eikä uusille taidoille koettu tarvetta.

## 7 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötämme tehdessä toimimme eettisiä periaatteita noudattaen. Loimme sellaiset puitteet tutkimuksellemme, että saisimme mahdollisimman luotettavaa ja käyttökelpoista aineistoa, jota pystytään hyödyntämään tulevaisuudessa nuorten psykiatrisella osastolla. Seuraavaksi tulemme avaamaan tiettyjä kriteereitä tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyen ja sitä, miten huomioimme ne opinnäytetyötä tehdessämme.

### 7.1 Opinnäytetyön etiikka

Tutkimuksen eettisyys nähdään kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä ja sen kehittäminen on ollut keskiössä niin hoitotieteellisessä kuin muidenkin tieteenalojen tutkimuksissa jo kauan. Suomessa tutkimukseen liittyvä eettisyys turvataan Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Se on kansanvälisesti hyväksytty tutkimuseetiikkaan liittyvä ohjeistus, jonka suomennos on hyväksytty Suomen Lääkäriliiton hallituksessa vuonna 2001. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2018, 211–212.) Hoitotieteellisen tutkimuksen toteutumista eettisesti oikein ohjailevat myös lainsäädännöstä löytyvät eri säädökset ja ohjeistukset, kuten muun muassa laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Eettisesti hyviin tutkimuskäytänteisiin kuuluvat muun muassa vilpin ja piittaamattomuuden välttäminen. Vilpillä ja piittaamattomuudella tarkoitetaan tutkimuksen yhteydessä tehtyjen havaintojen ja saatujen tulosten vääristämisen eli sepittämisen että toisen tutkijan havaintojen esittämisen omina havaintoinaan eli plagioinnin (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 221.) Opinnäytetyössämme huomioimme tämän pitämällä huolen siitä, että erottelimme selvästi lähdemateriaalista lainatun tekstin ja omat päätelmämme toisistaan lähdeviitteitä apuna käyttäen. Ennen opinnäytetyömme teon aloittamista osastoympäristössä haimme tutkimusluvan johtajaylihoitajalta sekä laadimme opinnäytetyösopimuksen yhdessä työelämäohjaajamme sekä työtämme ohjaavan opettajan kanssa. Tutkimusluvan saaminen sekä opinnäytetyösopimuksen laatiminen ja allekirjoittaminen ennen tutkimuksen aloittamista osastolla ovat tutkimuksen eettisyyden toteutumisen kannalta tärkeitä vaiheita. Tutkimusta tehdessämme noudatimme hyviä ja yleisesti hyväksytyjä tutkimuskäytänteitä. Saamaamme aineistoa analy-

soidessamme huolehdimme siitä, että esitimme kyselylomakkeemme avulla kerätyt tulokset siinä muodossa, missä ne oli siihen annettu. Teimme havaintomme sen aineiston pohjalta, minkä tutkimuksemme tiedonantajat olivat meille antaneet, emmekä tehneet päätelmiä, joita aineistomme ei tukenut.

Tutkimukseen osallistuvan henkilön itsemääräämisoikeus on yksi tutkimuksen tärkeimmistä lähtökohdista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 218–219). Myös tutkittavan vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumiseen sekä mahdollisesti siihen osallistumisesta kieltäytymiseen, missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, nähdään tärkeänä osana tutkimuksen eettisyyttä. Suorittaessamme opinnäytetyön aineiston keräämistä osastolla, pidimme huolen, että tutkimuksemme osallistuneet tiedonantajat ovat antaneet tietoisesti suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Ennen kyselylomakkeen luovuttamista osastolle laadimme tiedotteen (LIITE 2) opinnäytetyöhömmme liittyen. Tiedotteen perusteella kohderyhmään kuuluvat henkilöt pystyivät päättämään tutkimukseen osallistumisesta.

Osallistujien anonymiteetistä huolehdittiin koko tutkimuksen ajan. Tämä tarkoitti opinnäytetyössämme sitä, että esitestaus toteutettiin kohderyhmän ulkopuolisten henkilöiden avulla, sähköiseen kyselylomakkeeseen vastaaminen tehtiin nimettömästi. Näin ollen kyselylomakkeeseen vastaamisen kautta ei jäänyt vastaajan henkilötietoja tai sähköpostiosoitetta. Lisäksi kyselylomake ja sen kysymykset muodostettiin niin ettei kyselylomakkeen täyttäjää voitu tunnistaa myöskään hänen antamiensa vastausten perusteella. Tutkimusaineiston analysoinnin yhteydessä pidimme huolen, ettei tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyttä voitu päätellä annettujen vastausten perusteella. Tutkimuksemme aikana säilytimme kerätyn aineiston salasanasuojatussa kansiossa tietokoneella, johon ulkopuoliset eivät päässeet käsiksi. Tutkimuksen päätyttyä tuhosimme kerätyn tutkimusaineiston asianmukaisesti poistamalla kaikki tekstitiedostot aineistoon liittyen tietokoneelta.

## **7.2 Opinnäytetyön luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa ei voida käyttää samoja kriteereitä kuin määrällisessä tutkimuksessa (Pietarinen 2002, 59). Kvalitatiivisen tutkimuksen kohdalla luotettavuutta voidaan arvioida Cuban ja Lincolnin luomien kriteerien perusteella tutkimuksen uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden osalta, mutta sitä voidaan arvioida myös tutkimuksen tarkoituksen, tutkimusasetelman, otoksen ja sen valinnan, käytetyn analyysimenetelmän reflektiivisyyden sekä relevanssin näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197–205).

Pohjimmiltaan laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse ja hänen oma rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena ovat olleet tutkijan itse tekemät valinnat ja ratkaisut aineiston tulkinnan suhteen (Vilka 2021, 196 [Eskola & Suoranta 2000, 208–210]). Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulee huomioida myös tutkimuksen toistettavuuden näkökulma. Tutkimusta itsessään ei voida käytännössä toistaa sellaisenaan, sillä jokainen laadullinen tutkimus on ainutlaatuinen. Tämän takia eri tutkijat saattaisivat päätyä erilaisiin tuloksiin luokittelu- ja tulkintavaiheen aikana. Tutkimuksen toteuttamisen kuvauksen avulla toisen tutkijan tulisi kuitenkin pystyä löytämään uusien tulkintojen lisäksi vähintään se tulkinta, jonka tutkimuksen alkuperäinen toteuttaja on oman tutkimuksensa perusteella esittänyt. Muussa tapauksessa on syytä kyseenalaistaa tutkijan tekemiä valintoja luokittelu- ja tulkintasäännöksiin suhteen, sekä hänen kykyään esittää tekemänsä tutkimuskäytänteet niin, että muut ymmärtäisivät tutkimuksen tarkoituksen. (Vilka 2021, 197–198.)

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetun tutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava, kun tutkimuksen kohteena ollut aihe tai ilmiö ja tulkinnan alla ollut materiaali ovat yhteensopivia eivätkä lopputuloksen muodostamiseen ole päässeet vaikuttamaan satunnaiset tekijät (Vilka 2021, 196). Luotettavuuden ylläpitämiseksi valitsimme tutkimusmenetelmän, kohderyhmän sekä tiedonkeruumenetelmän, joiden avulla meidän oli mahdollista saada vastauksia oikeasta näkökulmasta opinnäytetyömme keskiössä oleviin tutkimuskysymyksiin. Sopimattomalla aineiston keruumenetelmällä tai analysoinnilla saattaa olla tutkimuksen luotettavuutta heikentäviä vaikutuksia. Kyselylomakkeen esitestauksella varmistimme kyselylomakkeen luotettavuuden ennen aineiston keräämisvaihetta. Luotettavuuden arviointia tehdään jokaisessa tutkimuksen vaiheessa suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluihin, tulkintaan, saatuihin tuloksiin ja tehtyihin johtopäätöksiin. (Vilka 2021, 197.)

Itse avoimeen kyselylomakkeeseen aineiston kerääjänä liittyy sekä luotettavuutta parantavia että heikentäviä tekijöitä. Toisaalta tutkittavan on mahdollista tuoda turvallisesti kokemuksensa esiin pystyesään täyttämään kyselylomakkeen itsenäisesti ilman paineita, joita esimerkiksi haastattelutilanne saattaisi synnyttää heihin. Toisesta näkökulmasta tarkasteltuna kyselylomake voi toisaalta myös karsia kyselyyn vastaajien määrää ja heidän kauttaan saatavaa hyödyllistä informaatiota, jos vastaaja ei esimerkiksi osaa tai pysty tuomaan ajatuksiaan esiin kirjallisessa muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85.) Jotta kyselylomakkeen kautta saatava aineisto olisi mahdollisimman luotettavaa ja monipuolista, valitsimme aineiston keruun ajankohdaksi sellaisen aikavälin, joka ei sijoittunut lomakausille, mikä olisi osaltaan saattanut karsia tutkimukseen osallistujien määrää ja näin myös tutkimuksesta

saatavan aineiston määrää. Tutkimusaineiston analysointivaiheessa aineiston riittävyys pystyttiin todentamaan huomattavamme, kuinka saatu materiaali alkoi toistaa itseään. Tutkimusaineistomme oli siis kylläntynyt, jolloin se voidaan saturaatio-käsitteen näkökulmasta nähdä luotettavana.

Sekä aineistonkeruu että aineiston analyysi kuvattiin mahdollisimman tarkasti, jotta lukija pystyisi seuraamaan tutkimuksemme etenemistä vaihe vaiheelta. Jotta analyysin eteneminen aukeaisi vieläkin konkreettisemmin lukijalle, lisäsimme esimerkin tekemästämme analyysistä. Analyysin kautta tekemiämme tulkintoja tukemaan valitsimme suoria lainauksia tiedonantajien antamista vastauksista, jotka lisäävät aineiston sekä tehdyn analyysin välistä luotettavuutta.



## 8 POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme tutkimuksemme tuloksia tutkimuskysymyksittäin, oppimisprosessiamme ja ammatillista kasvuamme opinnäytetyömme työstämisen aikana sekä jatkotutkimusaiheita tulevaisuutta varten.

### 8.1 Hoitajien kokemukset HFR-menetelmän käytöstä väkivaltatilanteissa

Tutkimuksemme ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli tiedonantajien kokemuksia HFR-menetelmän käyttöä nuorisopsykiatrisella osastolla. Tutkimustulosten mukaan HFR-koulutuksen ja menetelmän koettiin lisäävän yhdenmukaista osaamista sekä työ- ja potilasturvallisuutta väkivaltatilanteissa. Yhdenmukainen osaaminen koostui yhdenmukaisesta tiedosta ja toimintatavoista, joita HFR-koulutusten nähtiin lisäävän. Yhdenmukainen osaaminen lisäsi luottamusta kollegoihin ja siihen, että rajoitustilanteet hoidettaisiin yhdessä. Saadun tiedon ollessa yhdenmukaista kaikilla toimijoilla on käsitys siitä, mitä tehdä. Kaikilla on sama päämäärä tilanteessa, potilaan rauhoittaminen hallituin keinoin. Tiedonantajat kokivat tekniikoiden olevan turvallisia, jos kaikki osastolla työskentelevät henkilöt ovat koulutautuneet. Tämä tekee toiminnasta johdonmukaista rajoitustilanteen tullessa eteen. Kaikilla rajoitustilanteessa mukana olevilla hoitohenkilökunnan jäsenillä on myös ymmärrys tilanteen turvallisuudesta, kun kaikki ovat käyneet HFR-koulutuksen.

Yhdenmukaisen tiedon ja osaamisen tärkeys nousi esiin myös siitä näkökulmasta, jossa toiminta- ja lähestymistavat rajoitustilanteeseen toivottiin olevan yhdenmukaisia riippumatta siitä, kuka hoitaja rajoitustilanteeseen osallistuu. Tämä edellyttää sitä, että jokaisella hoitajalla on tiedossa, mitkä ovat turvalliset otteet nuoren rajoittamiseen. Yhtenäiset työskentelytavat lisäävät niin turvallisuutta kuin myös laatua. Tilanteet ovat hallitumpia, kun niissä mukana olevat toimivat saman ohjeistuksen mukaan. Tiedonantajien kokemuksista nousi esiin myös huomio siitä, ettei rajoitustilannetta lähdetäisi hoitamaan yksin vaan aina riittävällä henkilöstöllä. Luottamuksen ja varmuuden omiin kollegoihin koettiin rauhoittavan mieltä väkivaltatilanteessa.

Tämän lisäksi tiedonantajien jakamista kokemuksista nousi esille työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden lisääntyminen. HFR-menetelmän koettiin olevan turvallinen henkilökunnalle ja näin myös pienentävän loukkaantumisriskiä. Yhteisesti opetellut, sovitut ja sisäistetyt toimintatavat ja -tekniikat näh-

tiin tukevan työturvallisuutta erityisesti silloin, kun käytössä olevia otteita ja toimintatekniikoita käytetään menetelmän mukaisesti. Myös mahdollisuus oman osaamisen ylläpitämiseen nähtiin osana työturvallisuuden lisääntymistä. Työntekijän on tärkeä tuntea työolosuhteet, joissa vaaratilanteita voi syntyä. Hänelle tulee antaa riittävästi opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä työstä aiheutuvien uhkien ja vaarojen välttämiseksi. (Hanhela 2018.) Oman osaamisen ylläpidon näkökulmasta suunnitelmallisuus, oma halu ja ylläpitää osaamistaan koettiin tiedonantajien mukaan tärkeänä osana työturvallisuuden toteutumista. Kokemukset potilasturvallisuuden lisääntymisestä linkittyivät erityisesti käytössä olevien otteiden turvallisuutteen ja mahdollisuuteen säädellä niitä tilanteiden mukaan. Otteiden säätely tilanteiden mukaan mahdollistaa luonnollisten liikeratojen myötäilemisen sekä pitelyasentojen tiukentamisen ja purkamisen tarpeen mukaan. Kun luonnollisten liikeratojen myötäileminen mahdollistetaan, potilaan ei tulisi myöskään tuntea kipua rajoitustilanteessa. Kun tekniikoita käytetään menetelmän mukaisesti, ne ovat kivuttomia ja turvallisia potilaalle.

## **8.2 HFR-koulutuksen antamat valmiudet hoitajille**

Tutkimuksessamme halusimme tietää, miten tiedonantajat ovat kokeneet HFR-koulutuksen ja minkälaisia valmiuksia se on antanut heille. Tutkimustulosten perusteella koulutus oli antanut heille valmiuksia potilaan hallintaan, yhdessä työskentelyyn, kommunikaatioon eri osapuolten kanssa, ennakoitaitoihin ja potilasturvallisuuden toteuttamiseen. Potilaan hallintaan liittyviä valmiuksia olivat kiinnipito- ja kuljetustekniikat, rajoittamistilanteissa toimiminen ja valmiudet toimia turvallisesti. Tiedonantajamme kokivat, että koulutuksen myötä olleensa itsevarmempia oman sekä kollegan tekemisen suhteen. He kokivat kommunikaation eri osapuolten kanssa toimivan, ja purkukeskustelut olivat mahdollisia kaikkien osapuolien kanssa. Tutkimuksen tuloksista nousi myös esille kollegoihin ja luottaminen siihen, että heillä on samanlaiset lähestymistavat rajoitustilanteisiin ja niiden ratkaisemiseen ja potilaan rauhoittamiseen yhdessä osana työryhmää.

HFR-koulutuksen koettiin lisäävän potilasturvallisuutta ja auttavan sen toteuttamista. Henkilökunnan saama laadukas ammatillinen koulutus ja tämän lisäksi korkeatasoinen ja turvallista toimintaa tukeva henkilöstötasoinen johtaminen, jossa vallitsee avoin toimintakulttuuri ja johon henkilöstön on helppo sitoutua, on todettu lisäävän positiivista potilasturvallisuuskulttuuria (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 14–16). Tiedonantajat kokivat saavansa valmiuksia ennakoitaitoihin ja miten välttää väkivaltatilanteet. Potilaan esitietojen tunteminen ja niiden hyödyntäminen antoi tiedonantajille valmiuden ennakointiin ja väkivaltatilanteiden välttämiseen. Toimiessa ennakoivasti tulisi olla hyvä perustieto ja

riittävä tekniikka väkivaltatilanteissa toimimiseen. Tällöin ennaltaehkäisevän HFR-menetelmän merkitys korostuu. Yhteisesti opeteltujen, sovittujen ja sisäistettyjen toimintatapojen ja -tekniikoiden koettiin tukevan potilasturvallisuutta. Turvallisuudentunteen vahvistamisen kannalta koettiin tärkeänä, että nuori pystyy ennakoimaan, miten hoitaja toimii.

### **8.3 Hoitajien haasteet selviytyä väkivaltatilanteista**

Tiedonantajien mukaan väkivaltatilanteissa selviytymisessä haasteina olivat tilanteiden arvioinnin vaativuus, peruskoulutuksen sisältö ja ajoitus, haasteet opittujen taitojen ylläpitämisessä, erilaisissa tilanteissa toimimisessa ja tekniikoiden toimimattomuudessa. Näiden lisäksi haasteena koettiin erilaiset henkilökuntaan liittyvät ja potilaskohtaiset tekijät. Tilanteet tulevat usein nopeasti ja vaihtelevat paljon, mikä vaikeuttaa niiden arviointia. Tiedonantajien vastauksista nousi esille, että erittäin nopeissa tilanteissa ei ehdi miettiä mitä tehdään. Nämä tilanteet saattavat olla joskus hyvinkin rajuja, jolloin tekniikat eivät aina toimi.

Peruskoulutuksen sisältö ja ajoitus nähtiin myös yhtenä haasteena. Peruskoulutuksen toteuttaminen uusille työntekijöille koettiin tapahtuvan liian hitaasti. Peruskoulutuksesta toivottiin lyhyempi ja ytimekkäämpi, jotta keskittyminen pitäytyisi keskeisimmissä tekniikoissa. Liian harvoin järjestetyt koulutukset loivat omia haasteitaan, ja toivomuksena esille nousi päivityskoulutuksien säännöllinen tarjonta. Kertaamista toivottiin varsinkin kuljettamisen ja otteiden osalta sekä päähoitajan toimintaan ja otteisiin. Koulutuksen päivittämisen sekä riittävän harjoittelun puutteen koettiin johtavan opitun unohtumiseen. Tämä näkyy tiedonantajien mukaan otteiden unohtumisena, erityisesti tekniikoissa ja toimintatavoissa. Tästä syystä koettiin vaikeutta toimia laadukkaasti ja toiminnan olevan sekavaa, varsinkin henkilökunnan toiminnan osalta.

Tilanteissa toimimisen tueksi nostettiin esille erilaiset käytännön harjoitteet esimerkiksi simulaatio- ja mielikuvaharjoitteet, sekä potilastilanteiden harjoittelu eri kokoisten ja eri tavoin käyttäytyvien potilaiden osalta. Tämä auttaisi myös tekniikoiden toimivuutta käytännössä. Tiedonantajat kokivat, että opetellaan liikaa tekniikoita ja kikkoja, joita ei tarvita tai käytetä oikeissa tilanteissa. Käytännöllisten tekniikoiden löytämiseksi tulisi informoida työyhteisöä tekniikoista, jotka ovat hyviä ja toimivia sekä huonoistakin käytänteistä. Näin voisi toimimattomien tekniikoiden tilalle kehittää ja ottaa käyttöön uusia tekniikoita. Lisäksi ehdotettiin lyhyttä aukikirjoitettua ohjeistusta henkilökunnan saataville.

Väkivaltatilanteissa selviytymisessä on useita henkilökunta- ja potilaskohtaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat haasteita. Henkilökuntaan liittyviä tekijöitä olivat tekniikan hallintaan, roolien jakoon ja otteisiin liittyvät haasteet. Kaikki hoitajat eivät olleet tietoisia, miten toimia yhdessä väkivaltatilanteissa. Jokaisen osapuolen tulisi osata tarvittavat tekniikat, jotta tilanteesta selviydyttäisiin mahdollisimman turvallisesti. Tiedonantajien mukaan myös roolijako tilanteissa on ollut epäselvää, osallistujat eivät olleet tietoisia, kuka tekee mitä ja kuka johtaa. Esille nostettiin myös otteisiin liittyviä tekijöitä, jotka voivat nostaa henkilökunnan riskiä loukkaantua. Potilaskohtaisiin tekijöihin kuuluvat potilaiden yksilöllisyys, haasteet fyysisesti vahvan ja/tai erittäin väkivaltaisen potilaan kanssa ja tekniikoiden toimimattomuus nuorten kohdalla. Haasteita luovat potilaiden erilaisuus niin koon kuin käytöksenkin perusteella. Erittäin väkivaltaisen tai fyysisesti vahvan potilaan kohdalla koettiin otteiden olevan toimimattomien tai tilanteeseen soveltumattomina.

Tiedonantajat toivat esille kokemuksia kiinnipitotilanteiden toteutumisesta usein päinvastoin kuin mikä ollut tavoitteena esimerkiksi potilaan rauhoittumisen näkökulmasta. Työelämän kanssa yhteistyönä muodostettu Safewards-toimintamallin avulla pystytään vähentämään psykiatrisilla osastoilla väkivaltatilanteita sekä niiden selvittämiseen ja rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Toimintamalli sisältää kymmenen erilaista toimenpidettä, esimerkiksi puheella rauhoittamisen, yhteisten odotusten asettamisen, avun antamisen, turvallisuuden palauttamisen ja erilaisia rauhoittamismenetelmiä, joita voidaan hyödyntää osastolla esiintyvissä väkivaltatilanteissa. (Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa 2016, 26.) Vaikka tiedonantajien vastauksista nousi esille useita haasteita väkivaltatilanteista selviytymisessä, esille nousi myös kokemus HFR-taitojen riittävydestä, eikä uusille taidoille koettu tarvetta.

#### **8.4 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu**

Ennen opinnäytetyömme työstämisen aloitusta hallitun fyysisen rajoittamisen käsite oli meille täysin uusi. Sen sisäistäminen vaati paljon taustatyön tekemistä ennen kirjoitusprosessin aloittamista. Työmme edetessä olemme kuitenkin pystyneet kasvattamaan tietouttamme opinnäytetyömme keskiössä olevasta menetelmästä ja siihen liittyvästä koulutuksesta niin kirjallisella kuin käytännönkin tasolla. Erityisesti käytännön harjoittelu avasi HFR-menetelmän sisältöä meille entisestään. nuoruus aihealueena oli meille kummallekin tuttu, mutta saimme työmme edetessä siitä myös paljon uutta ja hyödyllistä tietoa, jota voimme hyödyntää myöhemmin työelämässä. Opinnäytetyömme teoriaosuuden

työstäminen antoi meille myös mahdollisuuden syventää tietouttamme nuorisopsykiatrisesta hoitotyöstä. Tietomme nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta lisääntyi, erityisesti siitä näkökulmasta millä periaatteilla siellä hoitoa toteutetaan ja millä tavoin hoito poikkeaa aikuisen psykiatrisen potilaan hoitopolusta.

Opinnäytetyömme työstäminen mahdollisti meille tutkimuksen eri vaiheisiin perehtymisen niin teorian kuin käytännönkin tasolla toteuttaessamme oman laadullisen tutkimuksemme ja kaikki sen vaiheet aina avoimen kyselylomakkeen luomisesta tulosten auki kirjoituksesta aina analysointiin saakka. Saimme paljon hyödyllistä kokemusta ja tietoa eri tutkimusmenetelmistä, analyysin toteuttamisesta sekä tulosten auki kirjoittamisesta asiaan kuuluvalla tavalla. Opinnäytetyömme kirjoittamisvaiheessa pystyimme hyödyntämään useita eri tiedonlähteitä ja löysimme runsaasti tietoa aiheeseemme liittyen. Tiedon rajaaminen aiheitamme paremmin vastaavaksi aiheutti haasteita, mutta toisaalta tämä myös kehitti kriittisen ajattelun taitojamme.

Teimme opinnäytetyömme yhdessä jakamalla osuudet tasan teorian suhteen. Kun kumpikin oli saanut omat osuutensa valmiiksi, kävimme ne yhdessä läpi ja muokkasimme yhdessä tekstiä aiheitamme paremmin vastaavaksi. Näin opimme vastuullisuutta itselle asetetun työpanoksen suorittamiseen aikataulussa. Toisaalta myös tiimityöskentelytaitomme kehittyivät muokatessamme ja työstäessämme opinnäytetyötämme eteenpäin yhdessä, muun muassa tulosten analyysi- ja auki kirjoitusvaiheessa, kuten myös pohdinnan työstämisessä. Lisäksi valmiutemme itsenäiseen tiedonhakuun, luotettavan tutkimustiedon hakuun sekä tiedon hyödyntämiseen osana opinnäytetyötämme paranivat prosessin aikana. Nämä ovat tärkeitä osaamisalueita myös työelämässä.

## **8.5 Yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyömme tulosten ja tiedonantajien jakamien kokemusten perusteella voidaan todeta hoitajien sisäistäneen HFR-koulutuksen sisällön potilas- ja työturvallisuuden ylläpidon ja toisaalta myös lisäämisen tasolla. Hoitajat myös tiedostavat yhdenmukaisen tiedon ja toiminnan sekä tiiminä työskentelyn merkityksen osana rajoitustilanteiden hoitamista. Tulosten perusteella voidaan nähdä HFR-koulutuksen antaneen nuorisopsykiatrisen hoitohenkilökunnalle laajasti valmiuksia toimia hallitusti ja yhdenmukaisesti rajoittamista vaativissa väkivaltatilanteissa niin potilaan hallinnan, yhdessä työskentelyn, kommunikaation, ennakoitaitojen kuin myös potilasturvallisuuden tasolla. Kuitenkin esiin nousi myös

useita haasteita tilanteen arvioinnin, peruskoulutuksen sisällön ja ajoituksen, opittujen taitojen ylläpitämisen, erilaisissa tilanteissa toimimisen ja tekniikoiden toimivuuden tasolla. Myös tietyt henkilökuntaan liittyvät ja potilaskohtaiset tekijät nousivat omiksi ryhmikseen haasteina. Erityisesti edellä mainittuihin haasteisiin tulisi kiinnittää huomiota tulevaisuudessa kehitettäessä HFR-menetelmään liittyvää koulutusta ja sen sisältöä, jotta se saataisiin vastaamaan esiin nousseisiin hoitajien kokemuksiin haasteisiin.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi määrällisen tutkimuksen toteuttaminen hoitajien valmiuksiin ja haasteisiin liittyviin osa-alueisiin HFR-menetelmien käytöstä. Tieto tukisi toteuttamamme laadullisen tutkimuksen rinnalla HFR-koulutuksen kehittämisprosessia aste asteelta suuntaan, jossa koulutus tarjoaisi entistä laadukkaamman tietopaketin hoitohenkilökunnan käyttöön. Hoitajien hallitun fyysisen rajoittamisen osaamisen ja heidän työkokemuksensa määrän välistä yhteyttä pystyttäisiin myös tulevaisuudessa tutkimaan.

## LÄHTEET

- Aaltonen M., Ojanen T., Vihunen R. & Vilen M. 2003. *Nuoren aika*. 2. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Alasuutari P. 2014. *Laadullinen tutkimus 2.0*. 5.painos. Tampere: Vastapaino.
- Aspvik U. 2011. *HFR-toimintamallin kuvaus*. Soite – psykiatria- ja päihdepalvelut.
- AVEKKI – koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. 2022. Saatavissa: <https://www.savonia.fi/paivita-osaamistasi/taydennyskoulutus/avekki/>. Viitattu 30.8.2022.
- Hanhela R. 2018. Osaaminen työturvallisuuden kivijalkana. Saatavissa: <https://tttlehti.fi/tyoturvalisuuskeskukseen-rauno-hanhela-osaaminen-tyoturvalisuuden-kivijalkana/>. Viitattu 13.4.2022.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. 1.–2. painos. Tampere: Tammer-paino.
- Hurme K. & Kyllönen T. 2014. *Turvassa! Vahvista lapsen turvallisuuden tunnetta ja varaudu vaaratilanteisiin*. Juva: PS-kustannus.
- Huttunen M. 2018. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00383>. Viitattu 25.7.2022.
- Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C. & Seuri T. 2019. *Mielenterveyshoitotyö*. 5.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen. 2018. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.–6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. 2002. *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Tammer-paino.
- Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvotukuntayhtymä Soite. Nuorisopsykiatrian osasto 17. Saatavissa: <https://www.soite.fi/>. Viitattu 28.4.2021.
- Kirveslahti K., Siven T., Vahala M., Vihunen R. & Metso V. 2018. *Kasvun aika*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuosmanen L. & Laukkanen E. 2019. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14927>. Viitattu 7.7.2022.
- Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 2016. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lapsen väkivaltainen ja/tai uhkaava käytös. 2018. Mielenterveystalo. Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/kayttaytymisen\\_hairiot/Pages/lapsen\\_vakivaltainen\\_ja\\_tai\\_uhkaava\\_kaytos.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/kayttaytymisen_hairiot/Pages/lapsen_vakivaltainen_ja_tai_uhkaava_kaytos.aspx). Viitattu 19.7.2022.
- Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T (toim.) 2017. *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mardon, R., Khanna K., Sorra, J., Dyer N. & Famolaro T. 2010. Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events. *Journal of Patient Safety* 6(4), 226–232. Saatavissa: [doi: 10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00). Viitattu 14.3.2022.

Merikangas K., He J., Burstein M., Swanson S., Avenevoli S., Cui L., Beniet C., Georgiades K. & Swendsen J. 2010. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents' Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 49(10), 980-989. Saatavissa: [doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017). Viitattu 14.3.2022.

*Mielenterveyslaki*. 14.12.1990/1116. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>. Viitattu 27.7.2022.

Mieli ry. 2022. *Suojatekijät vahvistavat, riskitekijät heikentävät mielenterveyttä*. Päivitetty 21.10.2021. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mita-mielenterveys-on/suojatekijat-vahvistavat-riskitekijat-heikentavat-mielenterveytta/>. Viitattu 13.3.2022.

*Milloin haastavuus ei ole enää ikätasoista kehitystä vaan olisi syytä hakea apua?* 2015. Video. Haastateltava: Risto Heikkinen, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri. Haastattelija: Marja-Liisa Autio. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Opetushallitus, Helsingin kaupungin opetusministeriö, Sophie Mannerheimin koulu, HYKS Psykiatria. Saatavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=4KRKMieG32s&t=96s>. Viitattu 10.3.2022.

Mitä on MAPA?. 2022. Suomen MAPA keskus. Saatavilla: <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/>. Viitattu 30.8.2022.

Mustajoki M., Alila A., Matilainen E., Pellikka M., Rasimus M. (toim.) 2013. *Sairaanhoidajan käsikirja*. 8. uudistettu painos. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

*Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. 2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-647-2>. Viitattu 14.3.2022.

Nuorten mielenterveystalo. 2022. Johdanto nuoruusikään. Saatavissa: [https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa\\_mielenterveydesta/nuorten\\_mielenterveysongelmat/Pages/Johdanto-nuoruusik%C3%A4%C3%A4n.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/Johdanto-nuoruusik%C3%A4%C3%A4n.aspx). Viitattu 5.4.2022.

*Nuorisolaki*. 21.12.2016/1285. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>. Viitattu 3.2.2022.

Nurmiranta H., Leppämäki P., & Horppu S. *Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen*. 2009. Hämeenlinna: Kirjapaja.

*Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. 2016. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>. Viitattu 13.2.2022.

Soisalo R. 2011. *Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Suomen psykologinen Instituuttiyhdistys ry.



*Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.* 341/2011. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>. Viitattu 17.3.2022.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2006. *Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussuunnitelma.* Helsinki: Valopaino Oy. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193972>. Viitattu 10.3.2022.

*Syömishäiriöt.* 2014. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>. Viitattu 14.3.2022.

Tehy Ry. *Aula Research Selvitys väkivallasta sote-alalla Tulospaketti.* 2021. Saatavissa: [https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu\\_dokumentti/tehy\\_n\\_kysely\\_vakivallasta\\_sote\\_alalla\\_2021\\_paatulokset\\_id\\_17211.pdf](https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/muu_dokumentti/tehy_n_kysely_vakivallasta_sote_alalla_2021_paatulokset_id_17211.pdf) Viitattu 7.7.2022.

*Terveydenhuoltolaki.* 30.12.2010/1326. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 17.3.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. *Kouluterveyskysely.* Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely>. Viitattu 7.1.2022. Päivitetty 30.6.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022a. *Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020: Lähes joka viidennellä 18–22-vuotiaalla oli mielenterveyteen liittyvä käynti julkisessa terveydenhuollossa vuonna 2020.* Tilastoraportti 21/2022. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022060342738>. Viitattu 25.7.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022b. *Nuorten mielenterveyshäiriöt.* Päivitetty 3.3.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>. Viitattu 11.3.2022.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011. *Potilasturvallisuusopas.* Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085259>. Viitattu 10.3.2022.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* 6.painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* 10.painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Työturvallisuuskeskus. 2022. *Työnantajan yleiset velvollisuudet.* Saatavissa: <https://ttk.fi/tyoturvaluus/vastuut-ja-velvoitteet/tyonantajan-yleiset-velvollisuudet/#73397de3>. Viitattu 13.3.2022.

*Työturvallisuuslaki.* 23.8.2002/738. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. Viitattu 13.3.2022.

Vilkkä H. 2021. *Tutki ja kehitä.* 5. päivitetty painos. Jyväskylä: PS Kustannus.

## **Avoin kyselylomake**

**1. Millaisia valmiuksia HFR-koulutus on antanut väkivaltilanteiden selvittämiseen?**

**2. Millaisia haasteita olet kokenut HFR-tekniikoiden käytössä väkivaltilanteissa?**

**3. Millä tavalla HFR-koulutuksessa opitut tekniikat tukevat potilas- ja työturvallisuutta?**

**4. Miten HFR-koulutusta voitaisiin mielestäsi kehittää edistämään potilas- ja työturvallisuutta?**

**5. Millaisia taitoja koet tarvitsevasi lisää väkivaltatilanteissa toimimiseen?**

**6. Mitä HFR-taitojen ylläpitäminen mielestäsi edellyttää?**

**Tiedote**

Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Annika Murto ja Noora Päivärinta Centrian ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Teemme opinnäytetyötä, jonka aihe on "Hoitajien kokemuksia hallitun fyysisen rajoittamisen (HFR) käytöstä väkivaltatilanteissa nuorisopsykiatrisella osastolla". Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia HFR-menetelmän käytöstä väkivaltatilanteiden yhteydessä, selvittää millaisia valmiuksia HFR-koulutus on antanut heille ja millä osa-alueilla hoitajat kokevat haasteita. Tavoitteena on tuottaa tietoa työ- ja potilasturvallisuuden edistämiseen väkivaltatilanteissa.

Kyseessä on laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerätään osastolla työskenteleviltä hoitajilta, jotka ovat suorittaneet HFR- koulutukseen. Opinnäytetyömme aineisto kerätään kohderyhmältä Webproliin luodun avoimen kyselylomakkeen avulla, johon tutkimukseen osallistuvat henkilöt saavat linkin sähköpostitse. Kyselylomakkeen kysymykset perustuvat opinnäytetyömme keskiössä oleviin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake on avoinna kolme viikkoa. Kohderyhmällä on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää kyselylomakkeeseen vastaaminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Vastaajien anonymiteetti turvataan muokkaamalla kyselylomake ja sen kysymykset sellaiseen muotoon, ettei kyselylomakkeeseen vastaajaa voida tunnistaa hänen antamiensa vastausten perusteella. Tutkimuksemme aikana säilytämme kerätyn aineiston salasanasuojatussa kansiossa tietokoneella, johon ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Aineiston analysoinnin ja tutkimuksen päätyttyä tuhoamme keräämämme materiaalit asianmukaisesti.

Ystävällisin terveisin,

**Annika Murto**

annika.murto@centria.fi

Sairaanhoitajaopiskelijat, Centria AMK

**Noora Päivärinta**

noora.paivarinta@centria.fi

Sairaanhoitajaopiskelijat, Centria AMK