

samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

JOHANNA KOIVUNEN
SALLA AL-SULTANI

Turvamoduulit pakkokeinojen käytön vähentämisessä hoitajien kokemana

HOITOTYÖN TUTKINTO-OHJELMA
2024

TIIVISTELMÄ

Al-Sultani, Salla & Koivunen, Johanna: Turvamoduulit pakkokeinojen käytön vähentämisessä hoitajien kokemana
Opinnäytetyö, AMK
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2024
Sivumäärä: 40, 7 liitettä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamoduulityöskentelystä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, millaiset asiat vaatisivat vielä kehittämistoimenpiteitä, jotta turvamoduulityöskentely olisi toimivaa ja miten turvamoduulit koetaan eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumisessa.

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen ja tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten laaditulla sähköisellä kyselylomakkeella. Tutkimuksen kohdeyhtymänä oli Pirkanmaan hyvinvointialueen, psykiatrian toimialueen kahden osaston hoitotyöntekijät (N=49). Kyselyyn vastasi 10 hoitajaa (n=10). Vastausprosentiksi muodostui 20,4 %. Tutkimusaineisto analysoitiin strukturoitujen kysymysten kohdalla tilastollisesti ja avoimien kysymysten kohdalla teemoittelua käyttämällä.

Tuloksista ilmenee hoitajien arvioimana, että eristyshoidon kesto ei ole lyhenyt turvamoduulien ansiosta. Hoitajat kokivat, ettei turvamoduulityöskentely ole lähtenyt sujumaan ongelmitta. Hoitajat myös kokivat henkilöstöresurssoinnin riittämättömiksi osastolla, jos potilasta siirryttiin hoitamaan turvamoduulissa. Hoitajat kokivat turvamoduulit itselleen turvallisiksi, mutta potilaalle ei. Hoitajat kehittäisivät tilojen suunnittelua, toivovat turvamoduulit sellaiseen käyttöön kuin ne ovat suunniteltu sekä ylipäänsä turvamoduulien käytön lisäämistä.

Kehittämishaasteita ilmeni. Turvamoduulit tulisi saada sellaiseen käyttöön, joihin ne ovat tarkoitettu. Tilojen suunnittelu ja muokkaaminen toimiviksi siltä osin kuin se on mahdollista, olisi tärkeää. Koulutuksia tulisi järjestää enemmän. Turvamoduulityöskentelyn ohjeistuksia tulisi muokata selkeämmiksi ja konkreettisemmiksi. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme, että kysely toistettaisiin sitten, kun turvamoduulit ovat olleet pidempään käytössä, ja siinä käyttötarkoituksessa, kuin ne ovat tarkoitettu. Lisäksi kyselyn voisi toistaa, kun kehittämistoimenpiteitä on tehty ja ne ovat olleet käytössä jonkin aikaa.

Avainsanat: Psykiatrinen hoito, pakkotoimet, turvamoduuli, hoitotyön etiikka

ABSTRACT

Al-Sultani, Salla & Koivunen, Johanna: Safety modules in reducing the use of coercive measures as experienced by nurses.

Bachelor's thesis

Degree program in nursing

May 2024

Number of pages: 40, 7 attachments

The purpose of this thesis was to map the nursing staff's experiences of the new safety module work. The aim of the thesis was to produce information about what kind of issues would still require development measures for safety module work to be functional and how safety modules are perceived in the implementation of ethical and high-quality restrictions.

The study was quantitative in nature and the research material was collected using an electronic questionnaire prepared for this study. The target group of the study was the nursing staff of the Pirkanmaa welfare area, two departments in the domain of psychiatry (N=49). The response percentage was 20,4. The research material was analyzed statistically for structured questions and thematically for open questions.

The results show, as assessed by the nurses, that the duration of isolation treatment has not been shortened due to safety modules. The nurses felt that working in the safety module has not started to go smoothly. The nurses also felt that the staff resources in the department were insufficient if the patient was transferred to the safety module. The nurses perceived the safety modules as safe for themselves, but not for the patient. Nurses would develop the design of the facilities, hope for the use of safety modules as they were designed, and generally increase the use of safety modules.

Development challenges emerged. Safety modules should be put to the use for which they are intended. Planning and modifying the premises to be functional as far as possible would be important. More training should be organized. The safety module working instructions should be modified to be clearer and more concrete. As a further research proposal, we propose the survey to be repeated when the security modules have been in use for a longer period, and for the purpose of use for which they are intended. In addition, the survey could be repeated when development measures have been implemented and have been in use for some time.

Keywords: Psychiatric care, coercive measures, safety module, nursing ethics

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TURVAMODUULIT PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	6
2.1 Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet psykiatrialla	7
2.2 Eettinen ja laadukas rajoittaminen.....	8
2.3 Turvamoduulityöskentely	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	14
4.1 Tutkimusmenetelmä	14
4.2 Mittarin laadinta	15
4.3 Aineistonkeruumenetelmä	16
4.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	18
5 TULOKSET	19
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden taustatiedot	19
5.2 Eettinen ja laadukas rajoittaminen.....	22
5.3 Turvamoduulityöskentely	24
5.4 Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden kehittämissuositukset	25
6 POHDINTA	26
6.1 Tulosten tarkastelu	27
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	32
6.3 Opinnäytetyön eettisyys	34
6.4 Ammatillinen kehittyminen ja kasvu.....	36
6.5 Kehittämissuositukset ja jatkotutkimussuositukset.....	36
LÄHTEET.....	37
LIITE 1: TUTKIMUSLUPA.....	41
LIITE 2: SAATEKIRJE KYSELYN SAAJILLE.....	42
LIITE 3: KYSELYTUTKIMUKSEN KYSYMYKSET.....	43
LIITE 4: AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET- TAULUKKO	49
LIITE 5: KIRJALLISUUSHAKU- TAULUKKO.....	56
LIITE 6: SISÄÄNOTTO JA POISSULKUKRITEERIT- TAULUKKO.....	58
LIITE 7: STRUKTUROIDUT VÄITTÄMÄT JA FREKVENSIT.....	59

1 JOHDANTO

Psykiatrisessa sairaanhoidossa pakkokeinojen käytön vähentäminen on tärkeä ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys. Systemaattiseen pakonkäytön vähentämiseen velvoittavat eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä eettiset periaatteet. (Korhonen ym., 2016, s. 3.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aloitteesta perustettiin työryhmä pakkokeinojen käytön vähentämiseksi ja turvallisuuden lisäämiseksi. Työryhmä keräsi muun muassa tietoa siitä, miten pakkokeinojen käyttöä voitaisiin turvallisesti vähentää. Yhtenä kehittämissuunnitelmana oli, että uusien psykiatristen sairaaloiden suunnittelussa ja toteutuksessa tehtäisiin sairaaloihin vierihoitotila- tai alue. (Korhonen ym., 2016, s. 3, 34.) Suomen sairaaloihin mallia on haettu muista pohjoismaisista psykiatrisista sairaaloista, joissa turvatilat- ja alueet ovat olleet käytössä. Kansainvälisesti tunnettuja termejä ovat HIC (High Intensive Care) ja PICU (Psychiatric Intensive Care Unit). (Aromaa, 2024b; Toikka, 2023, s. 9.)

Suomen uusiin psykiatrisiin sairaaloihin on rakennettu erilaisia turvatila-alueita, joista käytetään muun muassa nimityksiä turvasolu, turvamoduuli sekä intensiivinen hoitotila (Aromaa, 2024a; Korte, 2020, s. 8; Toikka, 2023, s. 9). Turvamoduuli on erillinen alue osaston sisällä, jossa pystytään hoitamaan erityistä haastavasti käyttäytyviä potilaita ja tarvittaessa soveltamaan tahdonvastaisia toimenpiteitä, jotka mielenterveyslaki määrittelee. (Korte, 2020, s. 8.) Pirkanmaan hyvinvointialueella sijaitsevan psykiatrian toimialueen osastojen turvamoduulit on otettu käyttöön tammikuussa 2024 (Aromaa, 2024a).

Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska turvamoduulityöskentely on uusi toimintamalli, joka vähentää voimakkaampien pakkokeinojen käyttöä. Lisäksi

hoitajien kokemuksia turvamoduulien toimivuudesta ei ole vielä selvitetty niillä osastoilla, joihin opinnäytetyömme kohdistuu. (Aromaa, 2024b.) Pakkokeinojen käytön vähentäminen psykiatrisissa sairaaloissa on myös ajankohtainen ja tärkeä asia (Korhonen ym., 2016, s. 3). Uudet toimintatavat vaativat usein paljon kehittämistyötä vielä käyttöönoton jälkeenkin. Aihe valittiin opinnäytetyöntekijöiden kiinnostuksesta syventää psykiatrisen hoitotyön osaamista ja perehtymistä itselleenkin uusiin turvatilamalleihin. Opinnäytetyön teko syventää näyttöön perustuvan toiminnan ja tutkimustiedon hyödyntämistä työelämässä sekä niiden systemaattista tiedonhakuprosessia. Lisäksi opinnäytetyömme tulee syventämään osaamistamme potilasturvallisuuden merkityksestä psykiatrisessa hoitotyössä. (Sotetie, n.d.)

Opinnäytetyön tarve on työelämälähtöinen. Työn tilaajana on Pirkanmaan hyvinvointialue, psykiatrian toimialue. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamoduulityöskentelystä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, millaiset asiat vaatisivat vielä kehittämistoimenpiteitä, jotta turvamoduulityöskentelystä tulisi toimivaa sekä miten turvamoduulit koetaan eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumisessa.

2 TURVAMODUULIT PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Psykiatria on tietämystä mielenterveyden häiriöistä, häiriöiden oireista ja näennäisyydestä, syistä, kehityksestä ja hoidosta sekä niiden ehkäisystä. Mielenterveyden häiriöitä arvioidaan muun muassa biologisesta, psykodynaamisesta ja sosiaalipsykiatrista näkökannasta käsin. Psykiatria haarautuu erikoisalana aikuispsykiatriaan, lastenpsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan sekä oikeuspsykiatriaan. Hoito pohjautuu tieteellisistä tutkimuksista saatuun toistuvasti uusiutuvaan näyttöön. Hoito tukeutuu alan eettisiin periaatteisiin. (Lehtonen & Lönnqvist, n.d., s. 12.)

2.1 Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet psykiatrialla

Mielenterveyslaki (1990/1116, 4a luku 22 a §, 22 b §) määrittelee, että potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Toimenpiteet tulee suorittaa mahdollisimman turvallisesti sekä ihmisarvoa kunnioittaen. Mikäli tilanne sallii, potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Lisäksi potilaalle tulee laatia hoitosuunnitelma hoitoa toteutettaessa. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 4a luku 22 d §.)

Pakkokeinoja ovat muun muassa liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen, sitominen sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Nämä ovat laissa määritellyjä luvallisia keinoja, mutta edellyttää psyykkistä sairautta, ja että potilas on määrätty tahdonvastaiseen hoitoon. Opinnäytetyössämme keskitytään potilaan liikkumisvapauden rajoittamiseen ja eristämiseen, joka tapahtuu turvamuodulissa. (Repo-Tiihonen ym., 2012.)

Pakkokeinoja käytetään siis psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi. Pakkokeinoja käytetään esimerkiksi potilaan aggressiivisuuden tai muun haastavan käyttäytymisen vuoksi. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019.) Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta sekä muista rajoitustoimenpiteistä päättää potilasta hoitava lääkäri ja tästä on tehtävä yksilöity päätös. Mielenterveyslain mukaan (1990/1116) potilas voidaan eristää muista potilaista tahdonvastaisesti, mikäli hän käyttäytymisellään tai uhkauksiensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Perusteina eristämislle voi myös olla se, että potilas käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai vahingoittaisi omaisuutta merkittävästi. Potilaan eristäminen voi myös olla välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Mikäli potilas ei itse ole kykenevä päättämään hoidostaan asiasta tulee keskustella hänen omaistensa tai muiden läheistensä kanssa. Lääkäri arvioi, milloin rajoitustoimenpide voidaan lopettaa ja se pitää lopettaa välittömästi, kun sille ei enää ole perusteltua tarvetta. (Mielenterveyslaki 1990/1116, 4a luku 22 d § 2 mom., 22 e §; Valvira, n.d.)

Pakkokeinojen käyttö aiheuttaa negatiivisia tuntemuksia potilaalle sekä henkilökunnalle. Pakkokeinojen käytön vähentäminen on ollut kansallinen ja kansainvälinen tavoite usean vuoden ajan. (Laukkanen, 2017, Dosis 325.) Rae ym. (2017, s. 505) kuvaavat tutkimuksessaan hoitajien (N=22) tyytymättömyyttä ja ahdistusta rajoittamiseen liittyen. Pääasiassa hoitajat eivät halunneet käyttää pakkokeinoja potilaaseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa hoitajista koki pakkokeinojen olevan negatiivinen asia, josta on kuitenkin hyötyä potilaan hoidossa.

Terveystieteidenhuollossa, mutta varsinkin psykiatrisessa hoitotyössä vastuu ja valta näkyvät selvästi. Hoitotyössä potilaan on merkittävää saada sellainen tunne ja olo kohtaamisesta, että hänen identiteettiään kunnioitetaan ja, että hänen kanssaan pyritään pääsemään yhteisymmärrykseen ilman minkäänlaisia johdatteluja tai painostuksia. Potilaalla on itsemääräämisoikeuden mukaan oikeus myös kieltäytyä tietyistä hoidoista. Itsemääräämisoikeus ei tarkoita sitä, että potilas voisi vaatia hänen itsensä valitsemia hoitotoimenpiteitä itselleen, vaan päätöksen tulee aina perustua lääketieteelliseen ja hoitotieteelliseen tietoon. Itsemääräämisoikeuteen sisältyy myös velvollisuudet. (Hämäläinen ym., 2017, s. 53-54.)

2.2 Eettinen ja laadukas rajoittaminen

Potilasturvallisuus käsitteenä tarkoittaa yleisesti käytäntöjä, joiden tavoitteena on hoidon turvallinen toteutuminen ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta (Hämäläinen ym., 2017, s. 92). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää sen, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Lisäksi potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2 luku 3 § 2 mom.)

Potilasturvallisuus on laadukkaan terveydenhuollon lähtökohta ja tämän kehittäminen on yksi merkittävimmistä haasteista, myös psykiatrisessa hoitotyössä. Terveystieteidenhuoltolailla (2022/581) varmistetaan potilasturvallisuus.

Terveydenhuollon toiminnan täytyy perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan pitää olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuus on määritelty potilaan perspektiivistä vapautena välttyä hoitoon liittyviltä mahdollisilta haitoilta. Nämä voivat olla esimerkiksi tiedonkulkuun, hoidossa käytettäviin/käytettyihin laitteisiin tai johonkin muuhun terveydenhuollon järjestelmään liittyviä. Potilasturvallisuus voidaan myös määritellä terveydenhuollon yksiköiden työvälteenä, varoina ja tekoina, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja näin ehkäistään tarpeeton haitta potilaalle. Tilojen, laitteiden ja tietojärjestelmien turvallisesta ja asianmukaisesta käytöstä tulee myös huolehtia. Toimiva tiedonkulku on tärkeää potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Hämäläinen ym., 2017, s. 92; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2022, s. 12; Terveydenhuoltolaki 2022/581, 1 luku 8 § 1 mom.)

Psykiatrisessa sairaalahoidossa vähäinen pakkokeinojen käyttö on tärkeä laatumittari ja hyvän hoidon edellytys. Turvamoduulit ovat mahdollistaneet sen, että erittäin haavoittuvassa asemassa olevat potilaat voidaan hoitaa entistä laadukkaammin ja eettisemmin. (Korte, 2020, s. 35; Kuosmanen & Laukkanen, 2019.) Laadukkaan hoidon toteutuminen vaatii hoitohenkilöstöltä riittävää osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä erilaisin täydennyskoulutuksin, koska hoitohenkilöstö on ratkaisevassa asemassa pakkokeinojen käytön käynnistämässä. Laadukkaan hoidon toteutumisen edellytyksenä on myös riittävä henkilöstöresursointi. (Boman, 2021, s.12.)

Terveydenhuollon ammattiryhmillä on omat eettiset periaatteensa, koska terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti elämän peruskysymysten äärellä. Tehtävänä terveydenhuollossa on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikka ohjaa ihmisiä tekemään valintoja, arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan oman toiminnan perusteita. Etiikka tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä, koska valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin ei ole. Keskeisinä asioina terveydenhuollon ammattietiikassa ovat esimerkiksi ihmisarvon ja

itseään määräämisoikeuden kunnioittaminen, lisäksi monissa ohjeissa kielletään kidutus ja muu epäinhimillinen toiminta. (ETENE, 2001.)

Psykiatrisessa hoitotyössä esiintyy runsaasti eettisiä ongelmia ja kysymyksiä. Syyinä tälle voi olla psyykkisten häiriöiden luonne ja vaikutukset. Psyykkiset häiriöt vaikuttavat usein potilaan ajatteluun ja itsenäiseen päätöksentekoon, jotka vaikuttavat omaan terveyteen. Psyykkiset häiriöt ovat yleisimpiä sairauksia, jotka aiheuttavat inhimillistä kärsimystä ja toimintakyvyttömyyttä. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 264.) Rae ym. (2018, s. 189-192) kuvaavat tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan (n=22) kokemuksia fyysisen rajoittamisen aiheuttamista eettisistä ja moraalisisista ongelmista. Tutkimuksessa tuotiin ilmi hoitohenkilökunnan kehittämisehdotuksia, kuinka ehkäistä fyysisistä rajoittamista. Keskeisimpinä asioina tutkimuksessa nousi se, että potilaan kohtaaminen ja hyvät keskustelutaidot vaikuttavat positiivisesti hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisiin suhteisiin, joka auttaisi ennakoidaan väkivaltaista käytöstä ja näin myös ennaltaehkäisisi fyysisistä rajoittamista. Resurssivaje, ajanpuute ja työn määrä ovat liian suuressa asemassa siinä, ettei ehditä ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita.

Salzmann-Eriksonin (2018, s. 1858-1859) tutkimuksessa kuvattiin henkilöstön (N=12) kokevan eettisiä ja moraalisia huolia potilaaseen käytettävien pakkokeinojen vuoksi. Rae ym. (2017, s. 505) tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilöstön (N=22) kokemuksia fyysisestä rajoittamisesta. Keskeinen tulos oli, että hoitajat pitivät fyysisistä rajoittamista välttämättömänä pahana. Tutkimukseen osallistuneet painottivat turvallisuuden tärkeyttä rajoittamistoimenpiteitä tehdessä. Osallistujat halusivat luoda täysin rajoituksettoman ympäristön potilaille. Eettisten kysymysten pohdinta on erityisen tärkeää psykiatrisessa hoitotyössä. Kunnioittaminen, yksilönvapaus, itseään määräämisoikeus eli ihmisoikeus ovat psykiatrian etiikan peruslähtökohta. Eettisen toiminnan voidaan katsoa olevan vastuuta siitä, mikä on oikeaa ja asianmukaista potilaan auttamisessa. (Lehtonen & Lönnqvist, n.d.; Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 264.)

Berg ym. (2021 s. 40-44) tekemässä tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilöstön (n=21) kokevan turvatilahoidon olevan eettisesti kestävä rajoitustoimenpide ja

se mahdollisti potilaan inhimillisen ja potilaslähtöisen kohtaamisen. Power ym. (2020 s. 676-679) tekemässä tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilöstön (n=65) kokevan fyysisen rajoittamisen olevan vain viimeinen vaihtoehto. Hoitohenkilökunta koki, että fyysinen rajoittaminen ei ole hoitajalle eettisesti helppoa tehdä. Fyysinen rajoittaminen jättää henkisen jäljen niin hoitohenkilökuntaan, kuin potilaaseenkin.

2.3 Turvamoduulityöskentely

Uusiin psykiatriin sairaaloihin on rakennettu osastojen yhteyteen erillisiä turvatila-alueita. Korhonen ym. (2016, s. 33) ovat laatimassaan työkirjassaan todenneet, että eristämisen vaihtoehtona voivat olla erilaiset vierihoitotilat- tai alueet. Tilassa on mahdollista liikkua ja oleskella. Tilaan tulee mahtua potilaan lisäksi 1-2 hoitajaa. Tilan kalusteet ovat turvallisia ja potilaalla on mahdollisuus television katseluun tai tietokoneen käyttöön. Suihku- ja WC- tilojen tulisi olla samassa tilassa tai ainakin sen välittömässä läheisyydessä. TurvaSiipi- hankkeen yhteenvedossa todetaan, että turvatilan kalustus tulee olla sellainen, joka tukee hoitohenkilöstön työturvallisuutta ja antaa tilaa potilaan yksityisyyteen ja rauhoittumiseen (Berg ym., 2021, s. 80). Toikan (2023, s. 44) tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilökunnan (n=19) kokemuksia intensiivihoitotiloista, jossa he mainitsevat, että intensiivihoitotilojen suunnittelussa tulee ottaa huomioon tarkasti tilan turvallinen kalustus, sijainti sekä muut toiminnot. Henkilökunnan resurssoinnin tulee myös olla riittävää.

TurvaSiipi- hanke toteutettiin vuosina 2019-2022. Hankkeessa lähtökohtana oli hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Tässä hankkeessa kehitettiin Suomeen turvatilamallia ja tehtiin erilaisia tutkimuksia hankkeen aikana hoitajille ja potilaille. Turvatilamallin turvatilat määritellään erilliseksi tilaksi, jossa hoitotyöntekijä voi hoitaa uhkaavasti käyttäytyvää potilasta jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Turvatilojen tarkoituksena on rauhoittaa potilasta, varmistaa riskin arviointi sekä tiivis vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä. Käyttämällä turvatilaa pyritään vähentämään eristyshuoneen käyttöä. (Berg ym., 2021, s. 7, 20.)

Berg ym. (2021. s.40-44) tekemässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan (n=21) mukaan turvatilassa oleminen edisti potilaan kanssa vuorovaikutuksessa olemista ja mahdollisti riskinarvioinnin, jolloin tilanteen hoidollisuus vahvistui. Lähtökohtana on, että potilasta hoidetaan turvatilassa vapaaehtoisuuteen perustuen. Potilaan vastustaessa turvatilassa hoitamista, voidaan siellä hoitaa myös tahdosta riippumatta. Tällöin turvatilahoito on tahdosta riippumaton rajoittamistoimenpide. Turvatilahoito on kuitenkin inhimillisempi verrattuna eristämishoitoon tai sitomiseen. (Berg ym., 2021, s. 56.)

Pirkanmaan hyvinvointialueella, psykiatrian toimialueelle rakennettiin neljälle osastolle turvamoduulit, jotka ovat erillisiä alueita osastolla. Turvamoduulien yhteydessä on kaksi varsinaista eristystilaa ja näiden välissä on valvontahuone. Potilaan ollessa eristystilassa, on hoitaja aina valvontahuoneessa. Turvamoduuleissa on olohuone, vessa sekä tupakointiin tarkoitettu huone. Tilojen tarkoituksena on rauhoittaa osaston tilannetta, antaa potilaille mahdollisuus keskittyä omaan hoitoonsa sekä lyhentää potilaiden eristysaikoja. Turvamoduuleihin sijoitetaan sellaisia potilaita, jotka voivat olla itselleen tai toisille osaston potilaille vaaraksi, erityistä silmänpitoa vaativat potilaat, maaniset (yliaktiiviset) potilaat tai päihtyneet lomalta palaavat potilaat, jotka eivät kykene olemaan omassa huoneessaan. Potilaan kanssa tulee keskustella turvamoduuliin siirtymisestä ja toivottavaa olisi, että potilas siirtyy sinne hyvässä yhteistyössä. Potilaalle tulee perustella asiat ja sopia turvamoduulissa vietettävä aika. (Aromaa, 2024c; Pirkanmaan hyvinvointialue, 2023.)

Potilaan siirto turvamoduuliin pohditaan monialaisesti ja lääkäri tekee tästä päätöksen. Turvamoduulissa voidaan hoitaa myös vapaaehtoisesti hoidossa olevaa potilasta, mutta se perustuu aina potilaan kanssa tehtävään sopimukseen. Turvamoduuliin sijoitetun potilaan hoidosta ja valvonnasta vastaa se hoitaja, joka hänelle on vuoroon nimetty. Turvamoduuli ei lähtökohtaisesti sovellu potilaille, joiden aggressiivisuus ja väkivalta voi kohdistua hoitohenkilökuntaan. Potilaan väkivaltariskinarviointi suoritetaan havainnoinnin lisäksi BVC-mittarin avulla. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2023.)

BVC-mittari (The Brøset Violence Checklist) on lyhyen aikavälin väkivaltaris-
kiarvio. Mittarilla arvioidaan hämmennystä, ärtyneisyyttä, kiukkuisuutta, sanal-
lisiä uhkauksia, fyysisiä uhkauksia ja esineisiin kohdistuvia hyökkäyksiä, joko
paikalla oleviin tai poissa oleviin. Oletuksena on, jos henkilö osoittaa kahta tai
useampaa tällaista käyttäytymistä, tulee hän olemaan väkivaltainen seuraa-
van 24 tunnin aikana. (Almvik ym., 2000.)

Uusien toimintamallien ja tilojen kehittäminen vie oman aikansa, ennen kuin
saadaan toimivat ja yhdenmukaiset käytännöt. Usein kehittämisen nähdään
olevan konkreettista toimintaa, jolla tähdätään jonkun selkeästi määritellyn ta-
voitteen saavuttamiseen. Pyrkimyksenä voi olla esimerkiksi toimintatavan tai
rakenteen kehittäminen. Kehittämisen voidaan katsoa olevan asioiden korjaa-
mista, parantamista ja edistämistä. Kehittämisen onnistuminen saattaa myös
levitä muiden toimijoiden ja organisaatioiden tietoisuuteen, jolloin kehittäminen
tähtää myös uuden tiedon ja taidon siirtoon. Kehittämistoiminta voi kohdistua
myös työntekijöihin ja heidän osaamiseensa. Yleensä silloin tavoitellaan muu-
tosta työnteon tavassa tai menetelmissä. (Toikko & Rantanen, 2009, s. 14-16.)

Karvinen & Laasonen (2022, s. 38- 50) selvittivät tutkimuksessaan turvaso-
luissa työskenteleviltä hoitajilta (n=49) kehittämistä vaativia asioita. Henkilö-
kunnasta enemmistö toivoi tilojen pelkistämistä ja vaarallisten materiaalien
poistamista. Tilojen toimivuudelle sekä materiaalien kestävyydelle toivottiin ke-
hittämistä. Myös henkilöstöressurssille toivottiin parannusta, koska henkilöstö-
vaje syntyy välittömästi osastolle, kun hoitaja siirtyy turvasoluun. Turvasolussa
toimimiseen kaivattiin selkeää ohjeistusta. Hoitajien mielestä pakkotoimien
käytön vaihtoehtoja tulisi arvioida aiempaa tarkemmin, koska vastaajien mie-
lestä niitä voisi käyttää nykyistä herkemmin. Kyselyyn vastaajat olivat toden-
neet, että perehdytys on ollut suurilta osin liian vähäistä ja sitä ei ole kirjallisena
ollut saatavilla. Lisäksi iso osa vastaajista koki turvattomuutta työskennelles-
sään turvasolussa. (Karvinen & Laasonen, 2022, s. 38-50.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamoduulityöskentelystä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, millaiset asiat vaatisivat vielä kehittämistoimenpiteitä, jotta turvamoduulityöskentely olisi toimivaa ja miten turvamoduulit koetaan eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumisessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutuu turvamoduuleissa hoitajien kokemana?
2. Millaisia kokemuksia hoitajilla on turvamoduulityöskentelystä ja sen turvallisuudesta?
3. Millaisia kehittämissuhteita hoitohenkilökunnalla on turvamoduulitoimintaan liittyen?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö oli luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Menetelmä valittiin, koska haluttiin kartoittaa hoitotyöntekijöiden mielipiteitä. Työntilaajan kanssa sovittiin tutkimustapa, joka oli kyselytutkimus. Tutkimukseen osallistuva perusjoukko oli suuri (N=49), joten kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä ei ollut mahdollinen. Kyselytutkimuksen katsotaan olevan enimmäkseen määrällistä tutkimusta ja myös määrällisellä tutkimuksella voidaan saada yksityiskohtaista tietoa. (Vehkalahti, 2014, s. 13.)

4.2 Mittarin laadinta

Mittari laadittiin aikaisempien tutkimuksien (Berg ym., 2021, Karvinen & Laasonen, 2022, Toikka, 2023) sekä aiheeseen liittyvään teorian tietoon perustuen. Mittarissa oli neljä osiota. Ensimmäisessä osiossa (kysymykset 1-4) kysyttiin vastaajien taustatiedot. Toisessa osiossa esitettiin väittämiä (kysymykset 5-22) eettisestä ja laadukkaasta rajoittamisesta. Lisäksi osiossa on avoin kysymys (23) liittyen eettiseen ja laadukkaaseen rajoittamiseen. Kolmannessa osiossa (kysymykset 24-45) käsiteltiin turvamoduulityöskentelyä. Lisäksi osiossa oli avoin kysymys (46) liittyen turvamoduulityöskentelyyn. Toisen ja kolmannen osion avoimien kysymyksen tarkoituksena oli, että vastaaja sai halutessaan tarkentaa vastauksiaan osion teemaan liittyen. Viimeisessä osiossa oli yksi avoin kysymys, (47) liittyen turvamoduulityöskentelyn kehittämisehdotuksiin. Kyselytutkimuksen kysymykset löytyvät työn lopusta (liite 3).

Kyselylomakkeessa oli 44 strukturoitua kysymystä, eli ne olivat kaikille vastaajille samat. Strukturoidut kysymykset ovat suljettuja eli niissä on valmiit vastausvaihtoehdot ja näistä vaihtoehdoista vastaaja valitsee sopivan. Kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset, samalla tavalla. (Heikkilä, 2014, s. 51; Hirsjärvi ym., 2009, s.193.) Lisäksi kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä. Mittarin laadinnassa käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Mielenpidetiedusteluissa on kysymysten muodossa esitettyjä väittämiä ja näihin otetaan kantaa asteikkotyypin vastausvaihtoehdoin, joista vastaajat valitsevat parhaiten sopivan vaihtoehdon. Mielenpitemitä ja arvoja mitattaessa suljetuin kysymyksin, on Likertin asteikko käyttökelpoinen tähän tarkoitukseen ja usein käytetty. (Heikkilä, 2014, s. 51, 54.)

Laadittu mittari tulee aina esiteltä. Testaamiseen riittää 5-10 henkilöä. Esitestaamiseen osallistujilta toivottiin palautetta kysymysten ja ohjeiden selkeydestä ja yksiselitteisyydestä. Lisäksi palautetta toivottiin vastausvaihtoehtojen sisällöllisestä toimivuudesta sekä vastaamisen raskaudesta ja siihen kulu-neesta ajasta. Lisäksi oli tärkeä testata kyselylomakkeen sähköisen linkin toimivuus. Opinnäytetyöhömmme laaditun mittarin toimivuus ja kysymykset esiteltiin viidellä terveydenhuollon ammattilaisella. Palaute esiteltäajilta oli

pääasiassa positiivista. Kysely oli selkeä, vastaaminen koettiin helpoksi ja nopeaksi ja se onnistui myös puhelimella tehtäväksi. Vastausvaihtoehdot olivat aina samat, joten se teki vastaamisesta loogisen. Yksi esitestajaajista mietti, olisiko potilaaseen liittyvät kysymykset pitänyt olla omana kokonaisuutena. Opinnäytetyön tekijöiden näkemyksestä, näiden väittämien tulee olla turvamoduulityöskentely osiossa, joten tähän ei tehty muutoksia. Esitestauksen jälkeen sähköinen kyselylomake (liite 3) saatekirjeineen (liite 2) lähetettiin työelämäohjaajalle, joka välitti kyselyn sovitusti perusjoukolle. (Heikkilä, 2014, s. 58.)

4.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto kerättiin tätä opinnäytetyötä varten suunnitellulla mittarilla, joka oli sähköinen kyselylomake (liite 3). Valmiita mittareita ei ollut saatavilla aiheeseen liittyen, joita olisimme voineet hyödyntää. Kyselytutkimus on tärkeä tapa kerätä tietoja. Kyselytutkimuksen avulla saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto usealta henkilöltä ja kyselytutkimuksen avulla voidaan kysyä monia asioita. Kyselytutkimusta käytetään esimerkiksi silloin, kun kerätään arkaluonteista tietoa ja halutaan tietoa tutkittavan mielipiteistä ja asenteista. Kyselylomakkeen toteutuksessa käytettiin Satakunnan ammattikorkeakoulun E-lomaketta. (Hirsjärvi ym., 2009, s. 195; Vehkalahti, 2014, s. 11; Vilka, 2021b, s. 95.)

Aineisto voidaan kerätä monella tavalla, yksi tapa on kysely. Tämä tunnetaan survey- tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey termi tulee englannista ja tarkoittaa sellaisia kyselyyn, haastattelun tai havainnoin muotoja, joissa aineisto kerätään standardoidusti. Tämä tarkoittaa sitä, että kysyttävää asiaa kysytään kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Standardoidusti kerätty aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Kyselylomake on tavallisin aineiston keruutapa. Tutkimuksessa, jossa käytetään kyselylomaketta, vastaaja itsenäisesti lukee annetun kysymyksen ja kirjallisesti vastaa tähän. Kyselytutkimuksen etuina voidaan pitää tehokkuutta, koska se säästää tutkijan aikaa. Eduksi voidaan myös katsoa se, että vastaajan anonymiteetti säilyy aina. Kysely voidaan sähköisesti lähettää usealle henkilölle, kustannukset on helppo arvioida

ja vastaukset on helppoa käsitellä erilaisten tilastollisten menetelmien avulla. Tyypillisin haitta kyselylomakkeen käytössä on riski siitä, että vastausprosentti jää alhaiseksi, jolloin puhutaan tutkimusaineiston kadosta. Sähköisesti toteutetussa kyselylomakkeessa anonymiteetin turvaaminen on vaikeaa, koska usein sähköpostiosoite paljastaa vastaajan. (Hirsjärvi ym., 2009, s. 193- 195; Vilka 2021, s. 94- 95.)

Kyselylomakkeen saajille tulee laatia saatekirje, josta tulee ilmetä tutkimuksen perustiedot eli mistä tutkimuksessa on kysymys. Saatekirjeestä tulee ilmetä tutkimuksen tekijät, miten vastaajat on valittu ja mihin tarkoitukseen tutkimuksen tuloksia käytetään. Saatekirjeellä on tärkeä merkitys siinä vastaako kyselyn saaja kyselyyn. On arvioitu, että vastausmotivaatio tulee siitä, että aihe on vastaajasta entuudestaan kiinnostava. Hyvin laaditulla saatekirjeellä voi kuitenkin saada kyselyn saajan mielenkiinnon herätettyä. (Vehkalahti, 2014, s. 46-47.)

Organisaatiot määrittelevät haetaanko ennen aineistonkeruuta tutkimuslupa. Opinnäytetyön tutkimuslupa haetaan yleensä joko ylihoitajalta tai ylilääkäriltä, jos kyse on isommasta organisaatiosta. Opinnäytetyön tekemisestä määritetään ja kirjataan osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Sopimuksessa sovitaan keskeiset pelisäännöt opinnäytetyöhön liittyen. Näitä ovat esimerkiksi aihe ja aikataulu, tausta-aineisto ja niiden käyttöoikeudet sekä salassa pidettävä ja muu luottamuksellinen aineisto. (Arene, 2019, s. 6; Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen, 2013, s. 222; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6; Vilka, 2021b, s. 47.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuslupa (liite 1) haettiin Pirkanmaan hyvinvointialueen ohjeistuksien mukaisesti. Tutkimusluvan myönsi ylihoitaja 28.3.2024. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijöiden, Satakunnan ammattikorkeakoulun ja työelämän puolesta laadittiin opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyösopimuksen allekirjoittivat kaikki osapuolet, jonka jälkeen aineistonkeruu voitiin aloittaa. Kyselylomake saatekirjeineen (liite 2) lähetettiin 9.4.2024 työelämäohjaajalle sähköpostitse, joka välitti sen sovittulle perusjoukolla (N=49) 10.4.2024.

Muistutusviestit lähetettiin sähköpostitse 16.4.2024 ja 23.4.2024 sähköpostitse työelämäohjaajalle, joka välitti ne perusjoukolle. Kysely suljettiin 26.4.2024 klo 23:59 ja määräaikaan mennessä vastauksia tuli kymmenen (n=10). Vastausprosentiksi muodostui 20,4 %.

4.4 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyöntekijät käsittelivät kerätyn aineiston huhtikuussa 2024. E-Samk lomakkeelta tiedot siirrettiin Exeliin havaintomatriisiksi, jossa tehtiin tarvittavat koodaukset. Koodauksen jälkeen tiedot siirrettiin Tixel- tilastointi- ohjelmiin. Strukturoitujen kysymysten osalta aineisto analysoitiin Tixel- tilasto-ohjelmalla. Tulokset kuvattiin opinnäytetyössä frekvensseinä. Aineistoa kuvailtaessa yksinkertaisin tapa on laskea erisuuruisten havaintojen lukumääriä eli frekvenssejä etenkin aineiston ollessa pieni. (Nummenmaa, 2021, s. 108.)

Avoimien kysymysten osalta analyysi toteutettiin teemoitellen. Teemoja eli tutkimusongelman kannalta keskeisiä aiheita muodostetaan aineistolähtöisesti tavoittelemalla tekstistä vastauksia yhdistäviä tai erottavia tekijöitä. Teemojen luomisessa käytetään apuna koodausta tai kvantifiointia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Teemoittelua suositellaan aineiston analysointitavaksi, kun halutaan ratkaista jokin käytännöllinen ongelma (Eskola & Suoranta, 2008, s. 174-180). Kaiken kaikkiaan kyse on laadullisen aineiston paloittelemisesta ja jaottelusta eri aihepiirien mukaan. Tällä tavoin voidaan vertailla spesifien teemojen esiintymistä kyseisessä aineistossa. Aineistosta kerätään toistuvasti esiintyviä teemoja ja ne tiivistetään. (Tuomi & Sarajärvi, 2011, s. 93.) Opinnäytetyössämme kerätystä aineistosta etsimme vain sellaista tietoa, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Kyselylomake (liite 3) on jaettu neljään osioon. Toisen, kolmannen ja neljännen osioiden otsikoinneista muodostuivat teemat. Kerätystä aineistoista etsimme teemaa kuvaavia usein toistuvia käsitteitä.

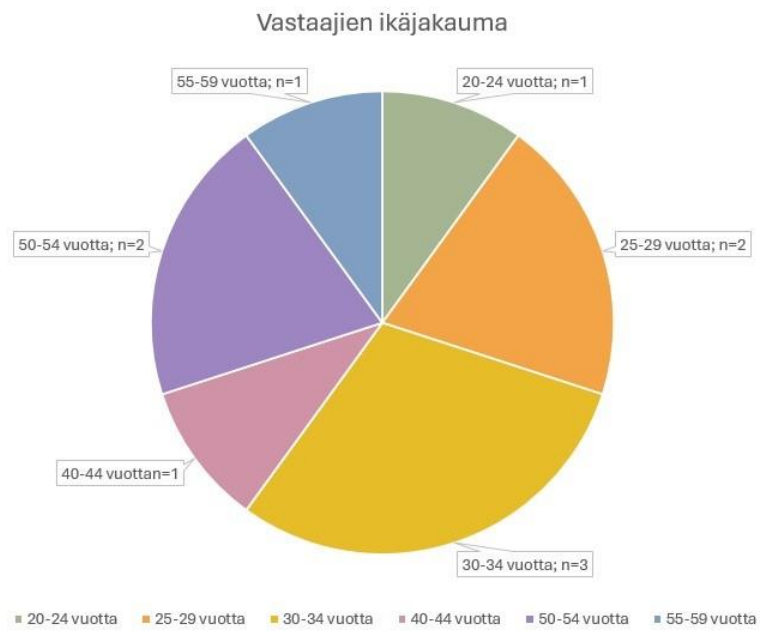
5 TULOKSET

Tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaan hyvinvointialueella sijaitsevan psykiatrian toimialueen kahden osaston hoitotyöntekijöiltä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamoduulityöskentelystä. Sähköinen kyselylomake lähetettiin työelämäohjaajan kautta kahden osaston hoitotyöntekijälle (N=49). Kyselyyn vastasi kymmenen hoitotyöntekijää (n=10) ja vastausprosentti oli 20,4 %. Kaikki vastatut lomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen. Sähköinen kyselylomake sisälsi neljä osiota, joissa käsiteltiin taustatietoja, eettistä ja laadukasta rajoittamista, turvamoduulityöskentelyä sekä kehittämisehdotuksia turvamoduulityöskentelyyn liittyen.

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden taustatiedot

Vastaajien taustatiedot kuvataan ympyräkaaviona. Kaikissa ympyräkaavioissa otsikointi kertoo, mitä asiaa tarkasteltiin. Ympyräkaavioissa raportoidaan vain ne luokat, joihin vastauksia saatiin. Liitteessä 7 on näkyvissä kaikki vastausvaihtoehdot. Ympyräkaavioiden alaosasta selviää mikä väri kuvastaa mitäkin taustatietoa. Väriin ulkopuolella olevasta laatikosta selviää kysytty taustatieto tai esimerkiksi ikävuodet, ja frekvenssi (n=) eli montako vastaajaa kyseistä taustatietoa edusti.

Suurin osa vastaajista oli 20–34- vuotiaita (n=6). 35–59- vuotiaita vastaajia oli hieman vähemmän (n=4). Alla esitetään vain ne ikäluokat, jotka kyselyyn vastasivat. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma

Vastanneiden sukupuoli jakaantuivat tasaisesti miesten (n=5) ja naisten välillä (n=5). (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien sukupuoli

Suurin osa vastaajista oli suorittanut alemman (AMK) tai ylempään (YAMK) ammattikorkeakoulututkinnon (n=7). Loput vastaajista olivat suorittaneet toisen asteen ammatillisen perustutkinnon (n=3).



Kuvio 3. Vastaajien ylin koulutustaso.

Puolella vastaajista oli työkokemusta 5- 10-vuotta (n=5). Lisäksi muutama vastaaja oli työskennellyt alalla yli 30 vuotta (n=2) ja yksi työskennellyt alalla alle 5 vuotta (n=1). Tähän väliin sijoittui muutama vastaaja, jotka olivat työskennelleet alalla 21-30- vuotta (n=2). (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Työkokemus vuosina.

5.2 Eettinen ja laadukas rajoittaminen

Toisessa osiossa hoitotyöntekijöiltä kysyttiin eettiseen ja laadukkaaseen rajoittamiseen liittyviä väittämiä. Väittämiin 12 ja 21, jotka käsittelivät eristyshoidon keston lyhentymistä turvamoduulien ansiosta sekä eettiset ongelmat/kysymykset ovat vähentyneet turvamoduulien ansiosta, oli yksi (n=1) vastaajista jättänyt vastaamatta, jolloin vastaajien lukumäärät ovat pienemmät (n=9), kuin muissa väittämissä. Eettisen ja laadukkaan rajoittamisen osiossa viimeinen kysymys (23) oli avoin kysymys, johon saatiin kaksi (n=2) vastausta. Koulutukseen liittyvät väittämät olivat myös eettisen ja laadukkaan rajoittamisen osiossa, koska koulutukseen liittyvät asiat liittyvät hoitotyön ja tässä tapauksessa rajoittamisen laatuun. Kuvioon 5 osa väittämistä ei mahtunut kokonaisuudessaan, joten nämä väittämät ovat ennen kuviota kirjoitettu kokonaisuudessaan nähtäväksi. Väittämät ovat nähtävissä myös liitteessä 6 ja frekvensseineen liitteessä 7.

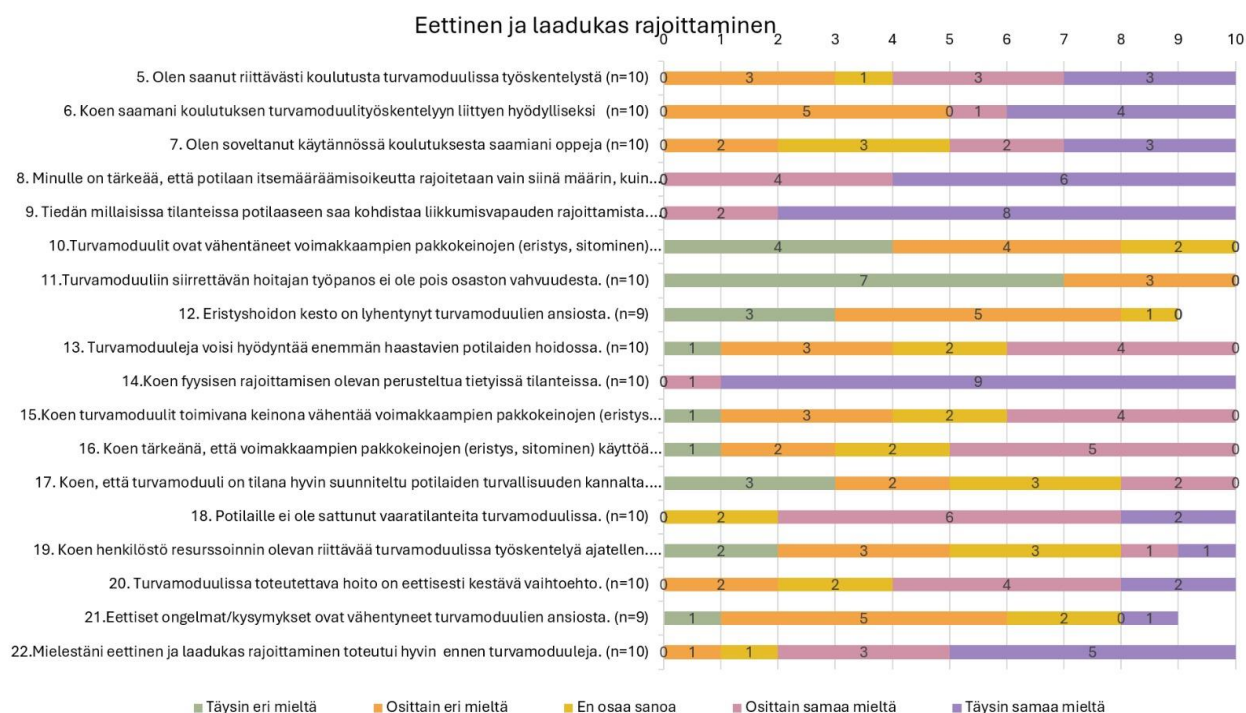
Reilu puolet vastaajista (n=6) koki saaneensa riittävästi koulutusta turvamoduulityöskentelyyn. Koulutuksen hyödyllisyys jakaantui vastaajien kesken puoliksi. Puolet vastaajista (n=5) koki koulutuksen olleen hyödyllinen, kun taas puolet (n=5) koki sen hyödyttömäksi. (Kuvio 5.)

Suurin osa vastaajista (n=8) arvioi, että turvamoduulit eivät olleet vähentäneet eristyksen ja sitomisen käyttöä. Vastaajista suurin osa (n=8) arvioi, että eristyshoidon kesto ei ole lyhentynyt turvamoduulien käyttöönoton jälkeen. Turvamoduulissa toteutettavaa hoitoa ei vastaajien mielestä (n=6) koettu eettisesti kestäväksi vaihtoehtona. Eettiset ongelmat/ kysymykset eivät vastaajien (n=6) mukaan olleet vähentyneet turvamoduulien käyttöönoton jälkeen. (Kuvio 5.)

Kaikki vastaajat (n=10) koki hoitajan työpanoksen olevan pois osaston vahvuudesta, mikäli potilasta hoidettiin turvamoduulissa. Turvamoduuleja pidettiin toimivana keinona vähentää voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä (n=4) ja toisaalta ei (n=4). Turvamoduuleja voisi osan mielestä (n=4) hyödyntää enemmän, osan mielestä (n=4) ei. (Kuvio 5.)

Vastaajista puolet (n=5) arvioi, ettei turvamoduulin tilat olleet potilaalle turvalliset. Suurimmalle osalle vastaajista (n=7) ei ollut sattunut tilannetta, jossa potilaille olisi turvamoduulissa sattunut vaaratilanteita. Valtaosa vastaajista (n=8) koki, että eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutui hyvin myös ennen turvamoduuleja. (Kuvio 5.)

Kuvio 5 väittämä numero 8 on kokonaisuudessaan ”Minulle on tärkeää, että potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain siinä määrin kuin tilanne sitä edellyttää”. Väittämä numero 10 ”Turvamoduulit ovat vähentäneet voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä”. Väittämä 15 ”Koen turvamoduulit toimivana keinona vähentää voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä”. Väittämä 16 ”Koen tärkeänä, että voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä pystytään vähentämään turvamoduulin avulla”.



Kuvio 5. Eettinen ja laadukas rajoittaminen.

Kysymykseen 23: Vapaa sana liittyen eettiseen ja laadukkaaseen rajoittamiseen vastasi kaksi (n=2), joista molemmat vastaajat toivat ilmi, että eristäminen on yleisempää.

”...eristystä käytetään edelleen enemmän.” (2)”

”...kehitys inhimillisempään ja eettisempään suuntaan on jatkunut kymmeniä vuosia, onneksi. Valitettavasti uudessa sairaalassa kehitys on pysähtynyt. Eristäminen on yleisempää ja eristämiset pidempiä.” (10)”

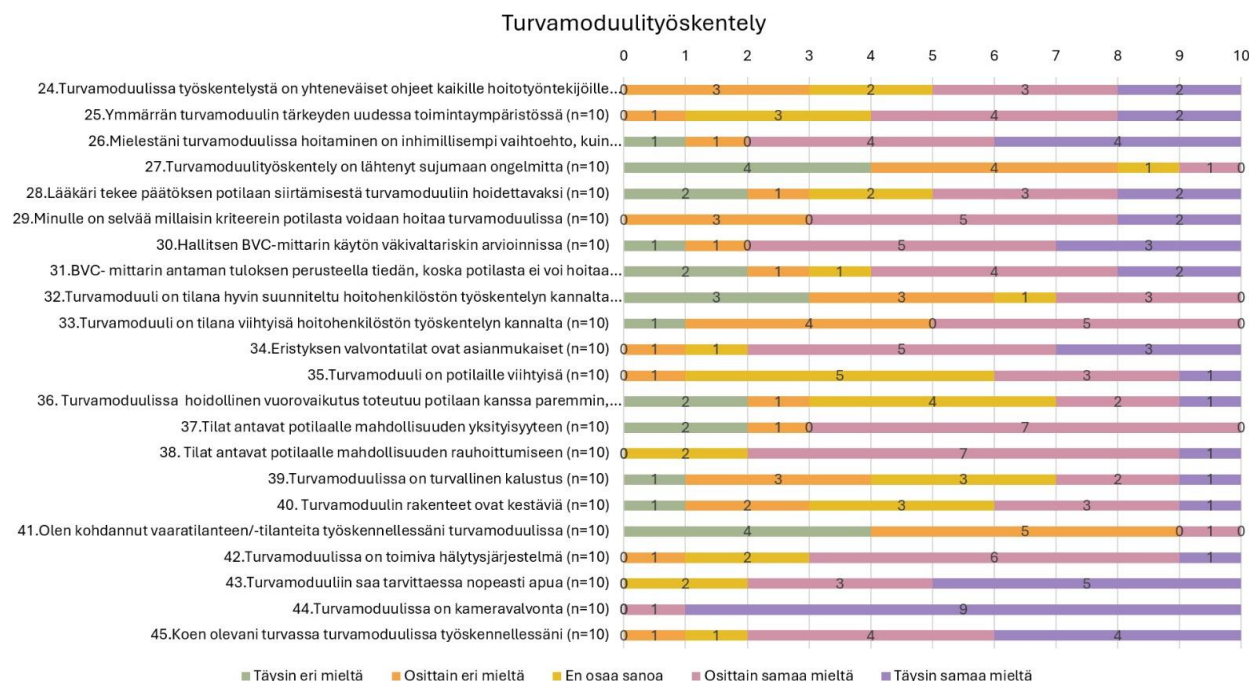
5.3 Turvamoduulityöskentely

Kolmannessa osiossa hoitotyöntekijöiltä kysyttiin turvamoduulityöskentelyyn liittyviä väittämiä. Osion viimeinen kysymys (46) oli avoin kysymys osion teemaan liittyen, tähän kysymykseen vastasi yksi (n=1) vastaaja. Kuvioon 6 osa väittämistä ei mahtunut kokonaisuudessaan, joten nämä väittämät ovat ennen kuviota kirjoitettu kokonaisuudessaan nähtäväksi. Väittämät ovat nähtävissä myös liitteessä 6 ja frekvensseineen liitteessä 7.

Hieman alle puolet vastaajista (n=4) koki, ettei turvamoduulityöskentelystä ole yhteneväisiä ohjeita. Puolet vastaajista (n=5) sen sijaan koki, että yhteneväiset ohjeet olisivat. Suurin osa vastaajista (n=8) koki, että turvamoduulit olivat inhimillisempi vaihtoehto verrattuna eristämiseen tai sitomiseen. Suurin osa vastaajista (n=8) kokee, että turvamoduulityöskentely ei ole lähtenyt sujumaan ongelmitta. Suurimmalle osalle vastaajista (n=7) oli selvää, millaisin kriteerein potilasta voidaan hoitaa turvamoduulissa. BVC- mittaria käytetään potilaan väkivaltariskin arvioinnissa, ja vastaajista osa (n=4) ei kokenut sen perusteella osaavansa arvioida, voiko potilasta hoitaa turvamoduulissa. Vastaajista yli puolet (n=6) koki, ettei turvamoduuli ole tilana hyvin suunniteltu hoitajan työskentelyn kannalta. Osa vastaajista (n=4) kokee turvamoduulin kalustuksen olevan turvallinen, kun taas osa vastaajista (n=4) kokee kalustuksen turvattomaksi. Hoitohenkilöstön turvallisuus koettiin hyvänä turvamoduuleissa. Tiloissa oli vastaajien (n=9) mukaan kameravalvonta. Vastaajista suurin osa (n=8) koki, että apua sai turvamoduuliin tarvittaessa nopeasti. Turvamoduulin hälytysjärjestelmä koettiin toimivaksi suurimman osan vastaajien (n=7) kokemana. (Kuvio 6.)

Kuvio 6: Väittäjä numero 26 ”Mielestäni turvamoduulissa hoitaminen on inhimillisempi vaihtoehto, kuin eristäminen tai sitominen”. Väittäjä numero 31

”BVC- mittarin antaman tuloksen perusteella tiedän, koska potilasta ei voi hoitaa turvamoduulissa”. Väittäjä numero 36 ”Turvamoduulissa hoidollinen vuorovaikutus toteutuu potilaan kanssa paremmin, kuin ennen turvamoduuleja”.



Kuvio 6. Turvamoduulityöskentely.

Kysymykseen 46: Vapaa sana liittyen turvamoduulityöskentelyyn, yksi (n=1) vastaaja toi näkemyksiään. Hän kertoi, että potilaita ei hoideta pidempistä kestoista turvamoduulissa. Potilaiden tulohaastatteluihin turvamoduulia oli hyödynnetty. Vastauksessaan vastaaja pohti, että mahdollisesti lääkärin huoneen sijoittelu oli syynä siihen, miksi turvamoduuli ei ollut sellaisessa käytössä, johon se oli tarkoitettu.

”Meillä ei hoideta potilaita turvamoduulissa. Osittain syynä on yksi lääkärin toimisto, jonne kuljetaan turvamoduulin kautta. Oikeasti turvamoduulissa on tehty ainoastaan tulohaastatteluita, yhtään potilasta ei ole siellä pidetty sen pidempään.” (10)”

5.4 Tutkimukseen osallistuneiden hoitotyöntekijöiden kehittämissuhteet

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä (47) tiedusteltiin avoimen kysymyksen avulla hoitotyöntekijöiden kehittämissuhteita turvamoduulityöskentelyyn liittyen. Lähes kaikki vastaajat (n=9) toivat omia näkemyksiään tähän

osioon. Avoimista kysymyksistä muodostui kolme aihepiiriä, jotka vastauksissa toistuivat.

Vastaajien (n=4) keskuudessa nousi esille se, että turvamoduulin käytön lisääminen olisi suotavaa.

”Moduulin varsinainen käyttö hoidollisessa rajoittamisessa vielä siis vähäistä...”(7)”

”Turvamoduuli on lopulta melko pienessä käytössä osastollamme...”(8)”

”Nykyisellään sen käyttö jää todella vähäiseksi.” (3)”

Tilojen suunnittelu nousi yhdeksi aihepiiriksi siten, että muutamat (n=2) vastaajista nostivat asioita aiheeseen liittyen. Toinen vastaajista (n=1) pohti, että turvamoduuli olisi toimivampi, jos se olisi oma erillinen tila. Toinen vastaajista (n=1) pohti, että turvamoduulissa olisi hyvä olla sänky, ettei potilaan tarvitsisi nukkua sohvalla.

”Moduuli olisi hyvä ja käyttökelpoinen vaihtoehto, jos se olisi oma erillinen huone.”(3)”

”Sänky jossa levätä ettei tarvi sohvalla maata...”(4)”

Kolmanneksi aihepiiriksi nousi tilat. Vastaajista (n=3) toivoi, että tilat otettaisiin sellaiseen käyttöön, kuin ne ovat suunniteltu.

”Meillä turvamoduuli toimii liian usein varastona...”(4)”

”Käytetään enemmän rauhoittumistilanteisiin, eristyksen purkuun...” (5)”

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamoduulityöskentelystä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa,

millaiset asiat vaatisivat vielä kehittämistoimenpiteitä, jotta turvamoduulityöskentely olisi toimivaa ja miten turvamoduulit koettiin eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumisessa.

Turvamoduulit ovat Suomessa uusia turvatila- alueita, joita on rakennettu uusiin psykiatriin sairaaloihin. Näiden avulla pyritään vähentämään voimakkaampien pakkokeinojen käyttöä ja kun pakkokeinoina käytetään lievintä mahdollista keinoa eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutuu. Tästä syystä, aiheesta on vielä vähän tutkittua tietoa Suomessa. (Korhonen ym., 2016, s. 3, 34.) Kirjallisuushakuun (liite 5) ja aineistonkeruuseen käytettiin työn alkuvaiheessa paljon aikaa, ja kun sitä ymmärsimme yksinkertaistaa, löytyi aiheeseemme sopivia tutkimuksia. Teoriankeruuseen emme käyttäneet kuukausia aikaa, mutta teimme niiden viikkojen aikoja pitkiä päiviä, kun teoriaa haimme. Käytimme tutkimuksien hakuun Google Scholaria, SAMK- Finnan kansainvälisiä E-aineistoja sekä Medici:ä. Medic:stä ei löytynyt työhön sopivia tutkimuksia. Kansainvälisiä tutkimuksia sen sijaan aiheeseen liittyen löytyi enemmän ja näitä myös työssämme hyödynsimme. Liitteessä 4 on taulukko käyttämistämme tutkimuksista. Sisäänotto ja poissulkukriteerit valittuihin tutkimuksiin on esitetty liitteessä 6.

Opinnäytetyönteko sujui hyvin laatimassamme aikataulussa. Kyselyyn olisimme toivoneet enemmän vastaajia, jotta olisimme saaneet tästä edustavan tutkimuksen tehtyä. Jokainen kuitenkin tietää, että kun erinäisiä kyselyitä tulee, niihin vastaaminen usein jää. Tutkimuskysymyksiimme saimme vastaukset. Uskomme kuitenkin, että työntilaaaja saa tästä tarvitsemaansa tietoa turvamoduulityöskentelyn kehittämiseksi.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten tarkastelussa on huomioitava vastaajien vähäinen lukumäärä. Emme tiedä, mitä muut 39 kyselyn saajaa olisivat kysymyksiimme vastanneet. Tulokset olisivat voineet olla täysin erilaiset, jos vastaajien määrä ja näin ollen vastausprosentti olisi ollut suurempi. Erilaista vertailua taustatietojen ja

vastausvaihtoehtojen välillä ei ollut järkevää tehdä vähäisten vastausten vuoksi. Kyselyssä käytettiin 5- portaista Likertin asteikkoa, johon sisältyi vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”, jota oli jonkin verran käytetty. Osittain tämä oli tulkittavissa niin, että kun turvamoduulit eivät sellaisessa käytössä ole olleet, kuin väittämässä on kysytty, niin on valittu tämä vastausvaihtoehto. Liitteessä 7 on strukturoitujen väittämien taulukot frekvensseineen esitetty.

Tutkimukseen osallistui Pirkanmaan hyvinvointialueen psykiatrian toimialueen kahden osaston hoitotyöntekijöitä. Vastanneiden ikäjakauma oli 20-59- vuotta. Reilu puolet vastaajista olivat 20- 34- vuotiaita. Hieman alle puolet vastaajista olivat 35- 59- vuotiaita. Sukupuoli vastanneiden kesken jakaantui tasaisesti. Suurin osa vastaajista oli suorittanut alemman (AMK) tai ylemmän (YAMK) korkeakoulututkinnon. Vähemmistö vastaajista oli suorittanut toisen asteen ammatillisen perustutkinnon. Puolella vastaajista oli työkokemusta alalla 5-10- vuotta. Kahdella vastaajalla oli työkokemusta alalla yli 30- vuotta. Yksi vastaaja on ollut alalla alle 5 vuotta. Vastanneiden ikäjakauman ja vähemmän työkokemuksen perusteella näytti siltä, että etenkin nuoremmat ja uudemmat alalla kokivat tärkeäksi kyselyyn vastata ja olla kehittämässä turvamoduulityöskentelyä.

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä selvitettiin miten eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutuu turvamoduuleissa hoitajien kokemana. Koulutusta vastaajat olivat saaneet, mutta puolet vastaajista koki sen vähintään melko hyödyttömäksi. Suurin osa vastaajista koki, että eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutui hyvin jo ennen turvamoduuleja. Suurimman osan vastaajien vastauksista oli pääteltävissä, että kyseisillä osastoilla ei turhaan käytetä esimerkiksi liikkumisvapauden tai itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Suurin osa vastaajista koki, ettei turvamoduulit olleet vähentäneet voimakkaampien pakkokeinojen käyttöä. Reilu puolet vastaajista kokivat, ettei turvamoduulissa hoitaminen ole eettisesti kestävä vaihtoehto. Tulokset ovat poikkeavat Berg ym., (2021) tekemään tutkimukseen, jossa kuvattiin hoitohenkilöstön (n=21) kokevan turvatilahoidon olevan eettisesti kestävä rajoitustoimenpide ja se mahdollisti potilaan inhimillisen ja potilaslähtöisen kohtaamisen. (Berg ym., 2021 s. 40-44). Poikkeavaan tutkimustulokseen on voinut vaikuttaa se, että vastaajilla

ei vielä ole riittävästi tietoa ja kokemusta turvamoduuleista. Vastaajista puolet koki saamansa koulutuksen vähintään osittain hyödyttömäksi. Yleensä kouluttajat keräävät palautetta koulutustilaisuuksien jälkeen. Mikäli tämä asia olisi tullut ilmi heti, koulutusta olisi voitu alkaa kehittämään vastaamaan paremmin tarpeita. Vastausten perusteella voidaan ajatella, että potilaisiin kohdistuneet rajoittamistoimenpiteet ovat eettisiä ja laadukkaita, mutta turvamoduulit eivät olleet syy siihen. Turvamoduulien käyttöönoton jälkeen eristyshoidon kesto ei ollut vastaajien arvioimana lyhentynyt, joka kertoo myös osaltaan sen, ettei turvamoduulit ovat olleet sellaisessa käytössä kuin ne ovat suunniteltu.

Vastaajien kokemana henkilöstöresursointi ei ole ollut riittävää, hoitajan työpanos oli pois osastolta, mikäli potilasta siirryttiin hoitamaan turvamoduulissa. Karvisen ja Laasonen (2022) tutkimuksen kanssa nämä tulokset olivat yhteneväiset. (Karvinen & Laasonen, 2022, s. 38-50). Rae ym. (2018, s. 189-192) kuvasivat myös tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan arvioineen resurssivajeen johtavan siihen, ettei ehditä ehkäisemään väkivaltatilanteita, jotka johtivat fyysiseen rajoittamiseen. Yhteneväisyys on oman tutkimuksemme kanssa. Ne vastaajat, jotka kokivat, ettei turvamoduulia voisi hyödyntää enemmän haastavien potilaiden hoidossa, eivät myöskään kokeneet turvamoduuleja toimivina keinoina vähentää voimakkaampien pakkotoimien käyttöä. Karvisen ja Laasonen (2022) tutkimuksessa hoitajat (n=49) kokivat, että vaihtoehtoisia pakkotoimia voisi käyttää enemmän, joten tulokset eivät ole yhteneväisiä. (Karvinen & Laasonen, 2022, s. 49). Mikä johtaa poikkeaviin tuloksiin on vaikea arvioida. Ovatko vastaajat saaneet riittävästi teoriassa tietoa vaihtoehtoisten pakkotoimien käytöstä ja niiden tärkeydestä?

Potilaiden turvallisuuden kannalta turvamoduulin tiloja puolet vastaajista eivät kokeneet turvallisiksi, mutta vaaratilanteita ei kuitenkaan ollut sattunut. Riittävä henkilöstöresursointi parantaisi potilasturvallisuutta, mikä tukisi eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumista. Tilojen turvallisuuteen potilasturvallisuuden takaamiseksi tulisi tehdä muutoksia. Vaaratilanteita ei ollut sattunut, koska potilaita ei oltu turvamoduuleissa hoidettu. Potilaiden turvallisuuden parantaminen voisi tuoda myös enemmän rohkeutta ottaa turvamoduuleja käyttöön.

Toisessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin, millaisia kokemuksia hoitajilla on turvamoduulityöskentelystä ja sen turvallisuudesta. Suurin osa vastaajista koki, että turvamoduulissa hoitaminen on inhimillisempi vaihtoehto verrattuna eristämiseen tai sitomiseen. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että turvamoduulityöskentely ei ole lähtenyt sujumaan ongelmitta. Vastaajista puolet kokivat ohjeet yhteneväisiksi ja puolet vastaajista ei osannut sanoa tai oli eri mieltä. Reilu puolet vastaajista kokivat, ettei turvamoduuli ole tilana hyvin suunniteltu hoitajan työskentelyn kannalta. Suurin osa vastaajista on samaa mieltä siitä, että tilat mahdollistavat potilaalle rauhoittumisen. Valtaosa vastaajista koki, että tilat mahdollistavat potilaalle yksityisyyden. Berg ym. (2021) tutkimuksen yhteenvedossa kuvataan, että turvatilan kalustus tulee olla sellainen, joka tukee hoitohenkilöstön työturvallisuutta ja antaa tilaa potilaan yksityisyyteen ja rauhoittumiseen (Berg ym., 2021, s. 80.)

Vastausten perusteella hoitohenkilöstön turvallisuus koettiin hyvänä turvamoduuleissa. Vastaajilla ei juurikaan ollut vielä kokemusta turvamoduulityöskentelystä hoidolliseen rajoittamiseen liittyen. Ainoastaan turvamoduulissa sijaitsevat eristyshuoneet ovat olleet käytössä ja ne oltiin todettu toimiviksi kyselyyn vastanneiden osalta. Turvamoduulien käyttämättömyys ilmeni osion avoimesta kysymyksestä. Kuitenkin monissa väittämässä on vastattu niin, että voisi tulkita turvamoduulien olleen käytössä haastavien potilaiden hoidossa. Ohjeistuksista turvamoduuleihin liittyen saatiin vaihtelevat tulokset. Onko asia todella näin, vai onko kysymys ollut epäselvä ja tulkittu väärin?

Hoitajien turvallisuus koettiin turvamoduuleissa hyvänä niiden vastaajien osalta, jotka kyselyyn vastasivat. Karvisen & Laasosen (2022) tutkimukseen verrattuna tulokset ovat poikkeavia. Heidän tutkimuksessaan hoitajat kokivat olonsa turvattomiksi turvamoduuleissa. (Karvinen & Laasonen, 2022, s. 38-50.) Tuloksia ei voi suoraan kuitenkaan verrata, koska tutkimukset ovat kohdistuneet eri sairaaloihin. Karvisen ja Laasosen tekemä tutkimus kohdistui aiemmin valmistuneeseen sairaalaan, joten mahdollisesti uudempien sairaaloiden turvallisuuteen on osattu tehdä erilaisia ratkaisuja. Lisäksi haastavasti käyttäytyneitä potilaita ei juurikaan ole hoidettu turvamoduuleissa, joten hoitajien turvallisuus ei myöskään ole ollut uhattuna.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin, millaisia kehittämissuhteita hoitohenkilökunnalla on turvamoduulitoimintaan liittyen. Vastauksista nousi seuraavat asiat: Turvamoduulin käyttöä tulisi lisätä, turvamoduuleja käytettäisiin siihen tarkoitukseen kuin ne ovat suunniteltu ja tilojen suunnittelussa olisi parannettavaa. Toikan (2023) tutkimuksessa myös hoitohenkilöstö (n=19) koki tilojen suunnittelussa tärkeänä itse suunnittelun ja toiminnot. (Toikka, 2023, s. 44.) Karvisen ja Laasonen (2022) tekemässä tutkimuksessa hoitotyöntekijät toivoivat tilojen toimivuuden kehittämistä. (Karvinen & Laasonen, 2022, s. 48.) Näiden tutkimusten kanssa on yhteneväisyys omaamme. Kehittämissuhteukset ovat tärkeitä ja osa varmasti myös toteutettavissa olevia. Uudet toimintatavat usein aiheuttavat muutosvastarintaa, eivätkä kaikki halua tai jaksaa opetella uusia toimintatapoja. Lisäksi jatkuva muutos ja kehitystyö kuormittaa hoitotyöntekijöitä entisestään henkisesti rankan ja fyysisentyön lisäksi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että turvamoduulityöskentely ei ole lähtenyt sujumaan toivotulla tavalla. Tiloja oli hyödynnetty potilaan tulohaastattelun tekoon, mutta hoidolliseen rajoittamiseen ei ilmeisesti kertaakaan huhtikuuhun 2024 mennessä. Turvamoduulit oli otettu käyttöön tammikuussa 2024. Koulutusta vastaajat olivat saaneet ja ohjeistuksia oli tehty, mutta vastausten perusteella koulutus ja ohjeistukset eivät kovin hyvin vastaa vielä tarpeita. Säämiemme vastausten perusteella turvamoduulien ansiosta eristyshoito ja sen kesto eivät ole vähentyneet. Valtaosa kuitenkin mielsi turvamoduulit toimiviksi voimakkaampien pakkokeinojen vähentämisessä. Henkilöstöresursointi koettiin vastaajien mielestä riittämättömiksi siinä vaiheessa, kun hoitaja osastolta siirtyi turvamoduuliin hoitamaan potilasta. Potilaiden turvallisuuden kannalta tiloissa oli vastanneiden mukaan parantamisen varaa. Hoitohenkilökunnan turvallisuus turvamoduuleissa on hyvin huomioitu vastanneiden mukaan. Vastanneiden vastausten perusteella voisi tulkita, että turvamoduulit eivät ole kovin hyödyllisiä eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteuttamisessa, sillä eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutui hyvin myös ennen turvamoduuleja, eettiset ongelmat/ kysymykset eivät ole vähentyneet turvamoduulien käyttöönoton jälkeen, eikä turvamoduulissa toteutettava hoito ole eettisesti kestävä vaihtoehto.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Reliabiliteetti ja validiteetti ovat peruskäsitteet mittausteorialle. Mittaustuloksen toistettavuutta ja virheettömyyttä kuvaa reliabiliteetti. Tämä tarkoittaa sitä, että saadaan samat tulokset, mikäli tutkimus tehdään uudelleen samalla mittarilla. Mittauksen laatua kuvaa validiteetti eli kertovatko tehdyt mittaukset luotettavasti käsitteistä, joita tutkimuksessa on mitattu eli onko tutkittu oikeita asioita. (Kananen, 2010, s. 128; Nummenmaa, 2021, s. 501.) Teoreettisen taustan käsitteet operationalisoitiin, jotta ne saatiin ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. Käsitteiden operationalisoinnin onnistuessa kerätty aineisto suurella todennäköisyydellä vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tekijät tunsivat tutkimuksen perusjoukon, jolloin olimme varmistuneet siitä, että teoreettiset käsitteet siirtyivät empiiriselle tasolle ymmärrettävällä tavalla. (Vehkalahti, 2014, s. 18; Vilkka, 2021a, s. 193; Vilkka, 2021b, s. 101-102.)

Tutkimuksen validiteettia eli luotettavuutta tarkastelimme jo tutkimuksen suunnittelu vaiheessa. Tämä todetaan sillä, että mittaria (kyselylomaketta) laadittaessa olimme jo miettineet tarkasti sitä, että mittari mittaa varmasti sitä mitä oli tarkoitus mitata, eli tulemme saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Pohdimme käsitteet, perusjoukon ja muuttujat tarkasti, aineiston keruu ja mittari suunniteltiin huolellisesti. Valitsimme opinnäytetyöhömmä oikean tutkimusmenetelmän ja tämä on työssämme perusteltu. Tarvittaessa olimme myös valmiita pidentämään kyselyyn vastausaikaa. Vastausaikaa emme kuitenkaan nähneet järkeväksi pidentää, koska työelämäohjaajan lähettämät muistutusviestitkään eivät juuri ollenkaan lisää vastauksia tuoneet. (Kananen 2010, s. 144; Vilkka, 2021b, s. 193-194.)

Opinnäytetyöhömmä laaditun mittarin toimivuus ja kysymykset esitettiin viidellä terveydenhuollon ammattilaisella. Saamamme palaute oli lähtökohtaisesti positiivista, joten muutoksia ei kyselylomakkeeseen ei tarvinnut tehdä. Kysymysten sisältöön vastaajat eivät osanneet ottaa kantaa, koska turvamo-
duulit olivat kaikille vastaajille vieras käsite. Esitestaamisen luotettavuutta olisi parantanut se, että esitestaajat olisi valittu jostakin sellaisesta sairaalasta, jossa turvatila-alueet ovat käytössä. Näin oltaisiin saatu myös kysymysten

sisältöön palautetta. Työelämäohjaajan palautteen perusteella kyselyä kuitenkin muokattiin hieman, jotta opinnäytetyö varmasti vastasi tilaajan tarpeita. (Heikkilä, 2014, s. 58.)

Tutkimuksen aikana luotettavuutta voivat heikentää monet asiat. Satunnaisvirheitä voi syntyä jokaisessa tutkimuksessa. Vastaaja voi muistaa jonkin asian väärin tai ymmärtää asian eri tavalla mitä opinnäytetyöntekijät tarkoittivat. Satunnaisvirheitä voi syntyä myös analysointivaiheessa opinnäytetyöntekijöiden toimesta tietoja tallentaessa. Tietojen tallennuksessa tarkastimme kaikki vastaukset vähintään kahteen kertaan, jotta tällaisia virheitä ei syntyisi. (Vilkka, 2021, s. 194.)

Olennainen tutkimuksen luotettavuuden ilmaisoin on vastausprosentti. Vastausprosentti kertoo, kuinka moni kyselyn saajista vastasi ja palautti kyselylomakkeen. Luotettavuuden kannalta on erittäin tärkeää, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri ja vastausprosentti korkea. Kysymysten tulee mitata oikeita asioita niin, että tutkimusongelmat ratkeavat. Opinnäytetyömme vastausprosentti jäi 20,4: n. Tähän emme voi olla tyytyväisiä, koska se vaikuttaa olennaisesti tutkimuksen luotettavuuteen. Vastausprosentin suuruutta yritimme kasvattaa työelämäohjaajan lähettämällä muistutusviesteillä kyselyyn vastaamisesta. Tutkimuksen kadon syytä on vaikea arvioida, mutta osasyynä sille on voinut olla se, että turvamoduulit ovat olleet vielä niin vähän aikaa käytössä ja on ajateltu, ettei itsellä ole juuri sanottavaa aiheeseen. Tutkimuksen tulosta ei voi ollenkaan yleistää kaikkiin osastoihin, joissa turvamoduulit ovat käytössä, koska kysely toteutettiin vain kahdella osastolla ja tutkimukseen osallistuneiden vastaajien lukumäärä oli niin pieni. Tutkimuksen yleistettävyyden ja luotettavuuden olisi parantunut, jos mukaan olisi valittu kaikki neljä osastoa, joissa uudet turvamoduulit ovat käytössä. (Heikkilä, 2014, s.178; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 63; Vehkalahti, 2014, s. 44.)

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Organisaatiot määrittelevät haetaanko ennen aineistonkeruuta tutkimuslupa. Opinnäytetyön tutkimuslupa haetaan yleensä joko ylihoitajalta tai ylilääkäriltä, jos kyse on isommasta organisaatiosta. Tutkimuslupa (liite 1) haettiin ohjeiden mukaisesti Pirkanmaan hyvinvointialueelta, kun opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty ohjaavan opettajan ja työelämäohjaajan puolesta. Opinnäytetyön tekemisestä määritetään ja kirjataan osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Sopimuksessa sovietaan keskeiset pelisäännöt opinnäytetyöhön liittyen. Näitä ovat esimerkiksi aihe ja aikataulu, tausta-aineisto ja niiden käyttöoikeudet sekä salassa pidettävä ja muu luottamuksellinen aineisto. Opinnäytetyön teosta laadittiin kirjallinen sopimus opiskelijoiden, Satakunnan ammattikorkeakoulun ja työntilaajan kanssa sen jälkeen, kun tutkimuslupa myönnettiin. Tutkimuslupan ja opinnäytetyösopimuksen ollessa kunnossa, aloitettiin aineistonkeruu. (Arene, 2019, s. 6; Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen, 2013, s. 222; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6; Vilka, 2021b, s. 47.)

Opinnäytetyöntekijöillä on eettinen vastuu tutkimustyöstään. Opinnäytetyö tehtiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvää tieteellisen käytännön ohjeistusta (HTK-ohjeistus, 2023) noudattaen opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa. Eettisesti kestävä tutkimus edellyttää hyvää tieteellisen käytännön noudattamista, joka tarkoittaa sitä, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyöhön olemme tiedonhankinnassa käyttäneet oman alan tieteellistä kirjallisuutta ja muita asianmukaisia tietolähteitä. (Hirsjärvi ym., 2009, s. 23; Vilka, 2021b, s. 41-42.)

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että opinnäytetyön tekijät toimivat vilpittömästi ja rehellisesti muita tutkijoita kohtaan eli olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden tekemiä töitä, joita tässä opinnäytetyössä käytettiin. Tämä osoitetaan muun muassa sillä, että lähdeviittaukset ja lähdeluettelo on merkitty tarkasti ja oikein. Työssämme käytetty lähdemateriaali on arvioitu kriittisesti. Opinnäytetyö on mennyt plagiaatin- tunnistusohjelman kautta, joka myös

takaa sen, että olemme rehellisesti ja oikein lähdeviitteet merkinneet. (Arene, 2019, s. 7; Vilkkä, 2021b, s. 42.)

Opinnäytetyön raportoinnissa olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä eli suunnittelimme, toteutimme ja raportoimme laadukkaasti tekemämme työn. Opinnäytetyön raportoinnissa olemme noudattaneet tarkkuutta, rehellisyyttä ja täsmällisyyttä. (Kananen, 2010, s. 144; Vilkkä, 2021b, s. 45.)

Opinnäytetyöraportissa ei tuotu ilmi mihin osastoihin tutkimus kohdistuu. Noudatimme Pirkanmaan hyvinvointialueen ohjeistusta siinä, miten tilaaja organisaatio sai opinnäytetyöraportissa näkyä. Opinnäytetyöntekijät ovat kunnioittaneet kyselyyn vastanneiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Opinnäytetyö toteutettiin siten, ettei se aiheuttanut kyselyyn vastanneille eikä työtilaajalle haittoja tai vahinkoja. Kyselytutkimukseen osallistujien vastaajien anonymiteetti on säilynyt koko prosessin ajan, tiedot eivät ole tulleet edes opinnäytetyöntekijöille. Opinnäytetyöntekijät eivät ole käsitelleet henkilötietoja (nimi, sähköposti, puhelinnumero) missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kyselyyn vastaamisen sai jättää kesken niin halutessaan. Saatekirjeeseen (liite 2) laitettiin nämä tiedot tutkimukseen osallistujille. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että kyselyyn vastaaminen tarkoitti suostumusta siihen, että vastauksia saa käyttää opinnäytetyössä. Saatekirjeessä osallistujille kerrottiin myös opinnäytetyön tarkoituksesta sekä milloin opinnäytetyöraportti on valmis, ja mistä valmis opinnäytetyö on luettavissa. Opinnäytetyöntekijät noudattivat avoimuutta opinnäytetyön raportoinnissa ja julkaisussa. Opinnäytetyöhön kerätty aineisto ei joutunut väärin käsiin missään vaiheessa prosessia. Aineisto säilytettiin salasanoin lukituissa tietokoneissa. Opinnäytetyöraportin valmistuttua kerätty aineisto hävitettiin asianmukaisesti. (Arene, 2019, s. 7; Kankkunen & Vehviläinen-Julkuinen, 2013, s. 217-219; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, s. 7-9, 13; Vilkkä, 2021b, s. 46-47.)

6.4 Ammatillinen kehittyminen ja kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ammatillisesti tukenut omaa kehittymistämme uusien tietojen ja taitojen hankinnassa. Olemme syventyneet prosessin aikana psykiatriseen hoitotyöhön ja oppineet perusteellisesti uusia asioita. Esimerkiksi turvamoduulit olivat ennen opinnäytetyöprosessin alkua vieras käsite. Olemme kehittyneet systemaattisessa tiedonhakuprosessissa ja miten aikaisempaa tutkimustietoa voidaan hyödyntää kehittämistyössä sekä kirjallisten töiden laadinnassa. Olemme hankkineet uusia tietoja ja taitoja opinnäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa perehtymällä kattavasti aiheen teoretietoon ja esimerkiksi aineiston analysoinnissa käytettäviin tietoteknisiin menetelmiin. Lisäksi olemme toimineet yhteistyössä ohjaavan opettajamme ja työelämäohjaajan kanssa ja kokeneet nämä todella tärkeäksi opinnäytetyön valmiiksi saattamisessa. Ymmärrämme sosiaali- ja terveysalan työn perustuvan jatkuvaan oppimiseen, koska opiskeltava alamme vaatii jatkuvaa näyttöön perustuvaa kehittämistyötä. Olemme reflektoineet omaa työskentelyämme ja vastaanottaneet palautetta tekemistämme ratkaisuista, nämä ovat olleet tärkeitä asioita opinnäytetyöprosessissa ja ammatillisessa kehittymisessämme.

6.5 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Turvamoduulit pitäisi saada sellaiseen käyttöön, joihin ne on tarkoitettu. Tilojen suunnitteluun ja muokkaamiseen on varmasti jälkikäteen vaikea tehdä muutoksia, mutta pystyisikö niitä kuitenkin joltain osin muokkaamaan toimivammaksi ja potilaan kannalta turvallisemmaksi? Koulutuksia tulisi järjestää mahdollisesti enemmän ja pyytää hoitohenkilökunnalta ehdotuksia mihin asioihin koulutusta tulisi saada. Ohjeistuksia voisi muokata selkeämmiksi ja konkreettisemmiksi, jotta kaikille olisi selvää, millaisissa tilanteissa potilaita voidaan turvamoduuleissa hoitaa, ja miten se käytännössä tapahtuu. Jatkotutkimusehdotuksena esitämme, että kysely toistettaisiin sitten, kun turvamoduulit ovat olleet pidempään käytössä ja siinä käyttötarkoituksessa, kuin ne ovat tarkoitettu. Lisäksi kyselyn voisi toistaa, kun kehittämistoimenpiteitä on tehty ja ne ovat olleet käytössä jonkin aikaa.

LÄHTEET

Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, Specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. 1284-1296. <https://doi-org.lillukka.samk.fi/10.1177/088626000015012003>

Arene. (2019.). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Haettu 14.3.2024 osoitteesta <https://bit.ly/3TA257L>

Aromaa, P. (14.2.2024a). Työelämäpalaveri. Henkilökohtainen keskustelu Osastonhoitaja Pasi Aromaan kanssa, Teams-palaveri.

Aromaa, P. (21.2.2024b). Osastonhoitaja Pasi Aromaan henkilökohtainen sähköposti tiedonanto.

Aromaa, P. (14.3.2024c). Osastonhoitaja Pasi Aromaan henkilökohtainen sähköposti tiedonanto.

Berg, M., Korte, M., Lahti, M., Lindroos, A., Makkonen, P., Mishina, K., Toikka, P., Vainila, V. & Varvikko, K. (2021). Hoitajien työturvallisuus ja työnhallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Turun ammatti korkeakoulujen raportteja 287. Theseus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-216-811-5>

Boman, K. (2021). Psykiatrisen potilaan vapauden rajoittaminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta [Pro gradu- tutkielma, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202104122918>

Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). Johdatus laadulliseen tutkimukseen (8. painos). Vastapaino.

ETENE. (2001). ETENE-julkaisuja 1 Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Haettu 4.3.2024 osoitteesta <http://bit.ly/48KjRJT>

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus (9., uudistettu painos). Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). Tutki ja kirjoita. Tammi.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). Mielenterveyshoitotyö (5., uudistettu painos). Sanoma Pro.

Karvinen, T. & Laasonen, M. (2022). Turvasolun käytön kehittäminen käyttökokemusten ja johtamisen näkökulmasta [YAMK-opinnäytetyö, Karelia-ammattikorkeakoulu]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202205118698>

Kananen, J. (2010). Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä (3., uudistettu painos). Sanoma Pro.

Korte, M. (2020). Turvatilamallin kehittäminen ja käyttöönotto [YAMK-opinnäytetyö, Turun ammattikorkeakoulu]. Theseus.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202004245869>

Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. (2019). Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. eRepo. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/7663>

Korhonen, J., Kuosmanen, L., Kärkkäinen, J. (toim.), Makkonen, P. & Putkonen, A. (2016). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 35/2016.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Haettu 25.2.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laukkanen, E. (2017). Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa – onko asenteella väliä? Dosis 37: 324–338. Suomen farmasialiitto. Haettu 19.2.2024 osoitteesta https://dosis.fi/wp-content/uploads/2021/09/324-338_Dosis_321_Laukkanen.pdf

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. (n.d.). Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim. Haettu 29.2.2024 osoitteesta https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). Etiikka hoitotyössä (8.-9. painos). Sanoma Pro.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Haettu 20.2.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nummenmaa, L. (2021). Tilastotieteen käsikirja. Tammi.

Pirkanmaan hyvinvointialue. (2023). Potilaiden hoitaminen T-rakennuksen turvamuoduleissa. Osastonhoitaja Pasi Aromaan henkilökohtainen sähköposti tiedonanto.

Power, T., Baker, A. & Jackson, D. (2020). ‘Only ever as a last resort’: Mental health nurses’ experiences of restrictive practices. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/inm.12701>

Rae, S., Ray, M., Rouse, L. & Wilson, C. (2017). Is restraint a ‘necessary evil’ in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>

Rae, S., Ray, M., Rouse, L. & Wilson, C. (2018). Mental health inpatients’ and staff members’ suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/jpm.12453>

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. (2012). Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaanhoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Haettu 1.3.2024 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo10637>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Haettu 13.3.2024 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Salzmann-Erikson, M. (2018.) Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care unit. International Journal of Mental Health Nursing. <https://doi.org/10.1111/inm.12494>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2022). Asiakas- ja potilasturvallisuus strategia ja toimeenpano suunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2022:2 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>

Sotetie. (n.d.) Yleissairaanhoitajan (180op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Haettu 12.3.2024 osoitteesta <https://sotetie.fi/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimukset-ja-sisallot/>

Terveystieteiden laitos. (2022/581). Haettu 3.3.2024 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

Toikka, P. (2023). "Kaksteränen miekkahan se on"- Psykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta [pro- gradu- tutkielma, Turun yliopisto]. UTUPub. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023050240275>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). Tutkimuksellinen kehittämistoiminta (3. korjattu painos). Tampereen yliopisto paino- Juvenes print. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2011). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Haettu 13.3.2024 osoitteesta https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Haettu 13.3.2024 osoitteesta https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Haettu 13.3.2024 osoitteesta https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Valvira. (n.d.). Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haettu 5.3.2024 osoitteesta <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaraamisoikeuden-rajoittaminen>

Vilka, H. (2021a). Näin onnistut opinnäytetyössä: Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-Kustannus.

Vilka, H. (2021b). Tutki ja kehitä. PS-Kustannus.

Vehkalahti, K. (2014) Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. <http://doi.org/10.31885/9789515149817>

LIITE 1: TUTKIMUSLUPA

Pirkanmaan
hyvinvointialueLUPAHAKEMUS
AMK- ja YAMK-opinnäytetyöille

1/1

Opiskelijan nimi Salla Al-Sultani	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka
Johanna Koivunen	
Sähköposti salla.al-sultani@student.semk.fi	Puhelin
Johanna.k.koivunen@student.semk.fi	
Ammatikorkeakoulu Satakunnan ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma / yksikkö Hoitotyö
Opinnäytetyön nimi Turvamuodullit pakkokolainojen vähentämisessä hoitajien kokemukset Pirhan toimintayksikkö, jossa opinnäytetyö toteutetaan	
Opinnäytetyön tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta turvamuodull työssäkäynnistä. Ainaiston karuu toteutetaan sähköisen kyselylomakkeen avulla.	
Työryhmä	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimeselvennys (AMK)	Ohjaajan allekirjoitus ja nimeselvennys (Pirha)
Elena Lahtinen	Pasi Aromaa
Sähköposti	Sähköposti
Päivämäärä	Opinnäytetyölupaa haavevan henkilön allekirjoitus ja nimeselvennys Salla Al-Sultani & Johanna Koivunen

Päätös

Lupa opinnäytetyölle

- Myönnetään hakemuksen mukaisesti
 Hylätään, perustelut:

Päivämäärä

28.3.2024

Päätäjän allekirjoitus ja nimeselvennys

Marja Nordling v.s.yh

Hakija vastaa

- opinnäytetyötietä syntyvistä kustannuksista
- valmiin opinnäytetyön toimittamisesta sovittuun tahoille Pirkanmaan hyvinvointialueelle.

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus.

Pirkanmaan hyvinvointialue saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan.

Jakelu: 1) alkuperäinen päätöksellä, 10 v
2) lupahakemuksen tekijälle

LIITE 2: SAATEKIRJE KYSELYN SAAJILLE

Hyvä hoitotyöntekijä!

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porin kampuksella sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia turvamoduulityöskentelystä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, millaiset asiat vaatisivat vielä kehittämistoimenpiteitä, jotta turvamoduuli työskentelystä tulisi toimivaa ja miten turvamoduulit koetaan eettisen ja laadukkaan rajoittamisen toteutumisessa.

Tutkimusaineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella, joka tulee samassa viestissä tämän saatekirjeen kanssa. Osallistumalla tähän tutkimukseen, sinulla on mahdollisuus olla kehittämässä osastollanne käytössä olevaa turvamoduuli toimintaa ja olla edistämässä laadukkaan ja eettisen rajoittamisen toteutumista.

Kyselylomake on avoinna 10.4.2024- 26.4.2024 klo 23:59 asti ja toivomme sinun tässä ajassa ehtivän osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastaamiseen menee n. 10-15 minuuttia.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Sinulla on myös oikeus jättää vastaaminen kesken. Kyselyyn vastataan nimettömänä, joten vastaajan henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Kyselyiden tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tietoja kerätään vain tähän opinnäytetyöhön. Vastauksiasi käsitellään niin, ettei niistä pysty sinua tunnistamaan. Opinnäytetyön raportoinnin jälkeen tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti. **Vastaamalla tähän kyselyyn toimii se suostumuksena käyttää vastauksiasi opinnäytetyösämme.**

Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua kesäkuussa 2024 ja se on luettavissa Theseuksesta (www.theseus.fi).

Opinnäytetyömme ohjaavana opettajana toimii Elina Lahtinen Satakunnan ammattikorkeakoulusta.

Mikäli sinulle tulee kysyttää tutkimukseemme liittyen, voit matalalla kynnyksellä olla meihin yhteydessä.

Linkki kyselyyn: <https://elomake.samk.fi//lomakkeet/15551/lomake.html> (linkin saa auki hiiren oikeaa painiketta painamalla ja valitsemalla sieltä "avaa linkki" tai kopioidulla alleviivatun osoitteen ja liittämällä sen osoiteriville.)

Kiitos jo etukäteen vastauksistasi!

Ystävällisin terveisin

Johanna Koivunen

sairaanhoitajaopiskelija

Satakunnan ammattikorkeakoulu

johanna.k.koivunen@student.samk.fi

Salla Al-Sultani

sairaanhoitajaopiskelija

Satakunnan ammattikorkeakoulu

salla.al-sultani@student.samk.fi

LIITE 3: KYSELYTUTKIMUKSEN KYSYMYKSET

Kyselytutkimus turvamoduulityöskentelystä hoitotyöntekijöille

Lomakkeessa on neljä osiota, joista ensimmäisessä kysytään taustatiedot (4 kysymystä). Toisessa osiossa käsitellään eettistä ja laadukasta rajoittamista. Kolmannessa osiossa käsitellään turvamoduulityöskentelyä ja turvallisuutta. Nämä osiot sisältävät yhteensä 40 väittämää.

Vastausvaihtoehtoja on viisi ja näistä valitset yhden mielipidettäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Jokaisen osion lopussa on yksi käsiteltävään teemaan liittyvä avoin kysymys sekä erillinen vastausruutu, jossa voit halutessasi tarkentaa vastauksiasi. Viimeinen osio koostuu ainoastaan avoimesta kysymyksestä, jossa jaat näkemyksiäsi mahdollisista kehittämissideoista turvamoduulityöskentelyyn liittyen.

Vastaamiseen menee noin 10-15 minuuttia. Kyselyn taustatieto osio ja viimeisen osion avoin kysymys ovat merkitty *, joka tarkoittaa sitä, että näihin pitää vastata ennen kuin kyselyn voi palauttaa. Kiitos etukäteen osallistumisestasi!

Taustatiedot

1. Ikä:

Alle 20 vuotta ____

20-24 vuotta ____

25-29 vuotta ____

30-34 vuotta ____

35-39 vuotta ____

40-44 vuotta ____

45-49 vuotta ____

50-54 vuotta ____

55-59 vuotta ____

Yli 60 vuotta ____

2. Sukupuoli:

Nainen ____

Mies ____

Muu ____

En halua sanoa ____

3. Ylin koulutustaso:

Toisen asteen ammatillinen peruskoulutus ____

Alempi (AMK) ammattikorkeakoulutus ____

Ylempi (YAMK) ammattikorkeakoulutus ____

muu koulutus, mikä? _____

4. Työkokemus vuosina:

Alle 5 vuotta ____

5-10 vuotta ____

11-15 vuotta ____

16-20 vuotta ____

21-25 vuotta ____

26-30 vuotta ____

Yli 30 vuotta ____

Eettinen ja laadukas rajoittaminen

Lue väittämät huolellisesti läpi ja valitse vastaukseksi se, joka kuvaa parhaiten mieli-
pidettäsi. 1= Täysin eri mieltä, 2= Osittain eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4= Osittain
samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä.

5. Olen saanut riittävästi koulutusta turvamoduulissa työskentelystä.

1 ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____

6. Koen saamani koulutuksen turvamoduulityöskentelyyn liittyen hyödylliseksi.

1 ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____

7. Olen soveltanut käytännössä koulutuksesta saamiani oppeja.

1 ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____

8. Minulle on tärkeää, että potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain siinä määrin, kuin tilanne sitä edellyttää.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
9. Tiedän millaisissa tilanteissa potilaaseen saa kohdistaa liikkumisvapauden rajoittamista.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
10. Turvamoduulit ovat vähentäneet voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
11. Turvamoduuliin siirrettävän hoitajan työpanos ei ole pois osaston vahvuudesta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
12. Eristyshoidon kesto on lyhentynyt turvamoduulien ansiosta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
13. Turvamoduuleja voisi hyödyntää enemmän haastavien potilaiden hoidossa.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
14. Koen fyysisen rajoittamisen olevan perusteltua tietyissä tilanteissa.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
15. Koen turvamoduulit toimivana keinona vähentää voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
16. Koen tärkeänä, että voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä pystytään vähentämään turvamoduulin avulla.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
17. Koen, että turvamoduuli on tilana hyvin suunniteltu potilaiden turvallisuuden kannalta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
18. Potilaille ei ole sattunut vaaratilanteita turvamoduulissa.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
19. Koen henkilöstö resurssoinnin olevan riittävää turvamoduulissa työskentelyä ajatellen.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

20. Turvamoduulissa toteutettava hoito on eettisesti kestävä vaihtoehto.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

21. Eettiset ongelmat/kysymykset ovat vähentyneet turvamoduulien ansiosta.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

22. Mielestäni eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutui hyvin myös ennen turvamoduuleja.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

23. Vapaa sana liittyen eettiseen ja laadukkaaseen rajoittamiseen:

Turvamoduulityöskentely

Lue väittämät huolellisesti läpi ja valitse vastaukseksi se, joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi.

1= Täysin eri mieltä, 2= Osittain eri mieltä, 3= En osaa sanoa,

4= Osittain samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä.

24. Turvamoduulissa työskentelystä on yhteneväiset ohjeet kaikille hoitotyöntekijöille.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

25. Ymmärrän turvamoduulin tärkeyden uudessa toimintaympäristössä.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

26. Mielestäni turvamoduulissa hoitaminen on inhimillisempi vaihtoehto, kuin eristäminen tai sitominen.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

27. Turvamoduulityöskentely on lähtenyt sujumaan ongelmitta.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

28. Lääkäri tekee päätöksen potilaan siirtämisestä turvamoduuliin hoidettavaksi.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

29. Minulle on selvää minkä kuntoisia potilaita voi hoitaa turvamoduuleissa.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

30. Hallitsen BVC-mittarin käytön väkivaltariskin arvioinnissa.

1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___

31. BVC- mittarin antaman tuloksen perusteella tiedän,
koska potilasta ei voi hoitaa turvamoduulissa.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
32. Turvamoduuli on tilana hyvin suunniteltu hoitohenkilöstön työskentelyn kannalta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
33. Turvamoduuli on tilana viihtyisä hoitohenkilöstön työskentelyn kannalta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
34. Eristyksen valvontatilat ovat asianmukaiset.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
35. Turvamoduuli on potilaalle viihtyisä.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
36. Turvamoduulissa hoidollinen vuorovaikutus toteutuu
potilaan kanssa paremmin, kuin ennen turvamoduulia.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
37. Tilat antavat potilaalle mahdollisuuden yksityisyyteen.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
38. Tilat antavat potilaalle mahdollisuuden rauhoittumiseen.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
39. Turvamoduulissa on turvallinen kalustus.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
40. Turvamoduulin rakenteet ovat kestäviä.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
41. Olen kohdannut vaaratilanteen/-tilanteita työskennellessäni turvamoduulissa.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
42. Turvamoduulissa on toimiva hälytysjärjestelmä.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
43. Turvamoduuliin saa tarvittaessa nopeasti apua.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
44. Turvamoduulissa on kameravalvonta.
1___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___
45. Koen olevani turvassa turvamoduulissa työskennellessäni.

1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____

46. Vapaa sana liittyen turvamuulityöskentelyyn.

Turvamuulityöskentelyn kehittäminen

47. Millaisia ehdotuksia sinulla on turvamuulityöskentelyn kehittämiseksi?

LIITE 4: AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET- TAULUKKO

Tekijä(t), otsikko, vuosi, maa	Tutkimuk- sen tarkoi- tus	Kohderyhmä	Käytetyt mit- tarit/aineis- ton keruu	Keskeiset tu- loket
Toikka, P. ”Kakste- ränen miek- kahan se on” – psyki- atrisen osaston hoitohenki- lökunnan näkemys psykiatri- sesta inten- siivihoi- dosta, 2023, Suomi	Tutkimuk- sen tarkoi- tuksena on kuvata psy- kiatristen osastojen hoitohenki- lökunnan näkemystä intensiivi- hoidosta sekä saada ymmärrys intensiivi- hoitoon ja sen toteut- tamiseen yhteydessä olevista te- kijöistä.	Tutkittavat koostuivat neljän psyki- atrisen vuo- deosaston hoitohenki- lökunnasta (n=19), jotka olivat osallis- tuneet psyki- atrisen inten- siivihoidon pi- lotointiin tai joilla oli tar- jota näke- myksiä inten- siivihoidosta.	puolistruktu- roitu fokus- ryhmähaas- tattelu	intensiivihoi- don suunnitte- lussa tulee ot- taa huomioon tilan kalustuk- sen, sijainnin, toiminnot sekä intensiivihoi- toiminnan re- sursointi. Hoi- tohenkilökunta näki intensiivi- hoidon mah- dollisesti va- pauttavan re- sursseja mui- hin toimintoi- hin sekä sääs- tävän pitkällä aikavälillä yh- teiskunnan ja organisaation kuluja. Inten- siivihoidon sijoittumisesta fyysiseen ympä- ristöön tämä tutkimus toi uutta tietoa siitä, kuinka intensiivihoi- toiminnan tulisi hoitohenki- lökunnan näkemys- ten mukaan lähellä muuta henkilökuntaa ja toisaalta huone-eristys- tiloja. Etenkin muun hoito- henkilökunnan avun

				hälyttäminen sekä nopea ja esteetön saapuminen tilaan koettiin tärkeänä. Osallistujat toivat esiin hoitohenkilökunnan toiminnan yhtenäisyyden tärkeyden.
Ceri Wilson, Lorna Rouse, Sarah Rae, Manaan Kar Bay, Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint, 2017, Iso-Britannia	Tutkimuksen tarkoitus on kerätä fyysisesti rajoitettujen potilaiden sekä rajoitettavan hoitohenkilökunnan kokemuksia fyysisestä rajoittamisesta.	Tutkimukseen osallistui 22 hoitohenkilökunnan jäsentä NHS-säätiöstä. (N=22)	Kyselyhaastattelu	Keskeisenä tuloksena oli huomattu, että hoitohenkilökunta pitää potilaan fyysisistä rajoittamista välttämättömänä pahana. Hoitohenkilöstö sekä rajoitetut potilaat eivät pitäneet rajoituksesta. Haastateltavat painottavat turvallisuuden tärkeyttä rajoitustoimenpiteitä tehdessä. Kaikki haastateltavat halusivat luoda täysin rajoituksettoman ympäristön, vaikka se onkin vaikeaa. Tutkimuksen tuloksena ajateltiin, että kaikki hyötyisivät enemmän, jos mielenterveysystyötä kehitettäisiin suuntaan,

				jossa ihmistä ei tarvitse rajoittaa.
<p>Berg, M., Korte, M., Lahti, M., Lindroos, A., Makkonen, P., Mishina, K., Toikka, P., Vainila, V. & Varvikko, K.</p> <p>Hoitajien työturvallisuus ja työnhallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatriassa sairaalassa. (2021), Suomi</p>	<p>TurvaSiipi-hankkeen aikana toteutetussa tutkimuksessa kehitettiin ja tutkittiin uutta turvatila hoitomallia haastavien potilaiden hoidossa.</p>	<p>Hoitohenkilökunta (n=21)</p>	<p>Ryhmähaastattelu</p>	<p>Hoitajat kuvasivat turvatilan olevan käyttökelpoinen vaihtoehto pakkotoimenpiteille. Turvatilassa oleminen edisti potilaan kanssa vuorovaikutuksessa olemista ja mahdollisesti riskinarvioinnin, jolloin tilanteen hoidollisuus vahvistui. Turvatilahoito näyttäytyi hoitajille eettisesti kestäväna toimintana, jolloin mahdollistui potilaan inhimillinen ja potilaslähtöinen kohtaaminen. Hoitajat kokivat, että turvatila on hyödyllinen myös hoidon nivelvaiheissa esim. eristyshoidon päättyessä. Keskeinen haaste hoitajien mukaan on resurssikysymykset. Hoitajien kehittämis ehdotuksena oli, että varmistettaisiin riittävä</p>

				hoitajaresurssi, mahdollisuus tilan muunneltavuuteen, turvallisuuteen liittyvät seikat sekä potilaalle mielekästä tekemistä hoidon ajaksi.
Salzmann-Erikson, Martin, Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care unit, 2018, Ruotsi	Tutkimuksen tavoitteena oli löytää ja kuvata henkilökunnan eettisiä ja moraalisia huolenaiheita heidän työssään.	Tutkimukseen osallistui hoitohenkilökunta (N=12)	Ryhmähaastattelu	Tutkimuksessa huomattiin, että hoitajien käyttäytymisellä ja yleisellä ulosannilla on suuri vaikutus potilaan kokemukseen hoidosta. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että henkilöstöllä oli moraalisia ja eettisiä huolenaiheita turvallisen työympäristön luomiseen liittyvistä näkökohdista, sillä se yleensä merkitsi potilaiden etujen vastaista toimintaa. Tulokset osoittivat myös sen, että henkilökunta oli huolissaan eettisyyden menettämisestä.
Karvinen, T. & Laasonen, M. Turvasolun käytön	Tutkimuksen tavoitteena haluttiin selvittää henkilöstön	Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta (n=49)	Sähköinen kyselytutkimus, joka toteutettu	Henkilökunnasta enemmistö toivoi tilojen pelkistämistä ja

<p>kehittäminen käyttökokemusten ja johtamisen näkökulmasta, 2022, Suomi</p>	<p>näkemykset turvasolun käytöstä, toimivuudesta, turvallisuudesta sekä perehdytyksestä, jotta saatujen vastausten perusteella toimintaa voidaan alkaa kehittää.</p>		<p>Webropol-kyselynä.</p>	<p>vaarallisten materiaalien poistamista. Tilojen toimivuudelle sekä materiaalien kestävyydelle toivottiin kehittämistä. Myös henkilöstöressurssille toivottiin parannusta, koska henkilöstövaje syntyy välittömästi osastolle, kun hoitaja siirtyy sieltä turvasoluun. Selkeää ohjeistusta turvasolussa toimimiseen myös kaivattiin. Myös pakotoimien käytön vaihtoehtoja tulisi arvioida aiempaa tarkemmin, vastaajien mielestä niitä voisi käyttää nykyistä herkemmin. Kyselyyn vastaajat olivat todenneet, että perehdytys on ollut suurilta osin liian vähäistä ja sitä ei ole kirjallisena ollut saatavilla. Lisäksi iso osa vastaajista koki turvattomuutta</p>
--	--	--	---------------------------	--

				työskennelles- sään turvaso- lussa.
Ceri Wil- son, Lorna Rouse, Sa- rah Rae, Manaan Kar Bay, Mental health inpa- tients' and staff mem- bers' sug- gestions for reducing physical re- straint: A qualitative study, 2018, Iso-Britan- nia.	Tutkimuk- sen tarkoi- tuksena oli tutkia poti- laiden ja henkilökun- nan ehdo- tuksia vä- hentää fyy- sistä rajoit- tamista.	Tutkimukseen osallistui hoi- tohenkilökun- taa. (N=22)	Kyselyhaas- tattelu	Suurin osa hoitohenkilö- kunnasta oli sitä mieltä, että potilaan kohtaaminen ja hyvät kes- kustelutaidot vaikuttavat po- siitiivisesti hoi- tohenkilökun- nan ja potilai- den välisiin suhteisiin, joka auttaisi enna- koimaan väki- valtaista käy- töstä ja näin ennaltaehkäi- sisi myös fyy- sistä rajoitta- mista. Tutki- muksessa kävi ilmi myös, että hoitohenkilö- kunnan re- surssivaje, ajan puute ja työn määrä on liian suuressa asemassa, jonka vuoksi aina ei välttä- mättä ehditä ennaltaeh- käistä väkival- tatilanteita.
Tamara Power, Ash- ley Baker, Debra Jackson, 'Only ever as a last re- sort': Men- tal health	Tutkimuk- sen tarkoi- tuksena oli tutkia hoita- jien koke- muksia ja mielipiteitä fyysisestä	Tutkimukseen osallistui hoitohen- kilökuntaa. (N=65)	Kysely- haastattelu, internet kyse- lyllä.	Tutkimuk- sessa huomatiin, että hoito- henkilökun- taan kuuluvien mielestä fyy- sistä rajoitta- mista pidetään viimeisenä

nurses' experiences of restrictive practices, 2020, Australia	rajoittamisesta.			vaihtoehtona ja sitä jopa hieman pelättään. Suurimpana pelkona hoitohenkilökunnalla oli oma ja potilaan turvallisuus.
---	------------------	--	--	---

LIITE 5: KIRJALLISUUSHAKU- TAULUKKO

Tietokanta	Hakusanat ja hakutyyppi	Tulokset	Hyväksytyt
Google Scholar	turvasolu AND rajoitustoimenpide AND hoitohenkilöstön kokemukset	4	0
	psykiatrinen hoitotyö AND turvatila OR turvamoduuli OR turvasolu - opinnäytetyö (rajaukset 2014→)	11	1
	turvatila AND psykiatrinen hoito	18	1
	Psykiatria AND turvasolu AND henkilöstö	12	1
Samk-Finna kansainväliset E-aineistot	Mental ward AND restraint AND nursing (rajaukset: v.2014→, englantia, kokoteksti, vertaisarvioitu)	10273	1

	Nursing AND mental AND restraint (rajauk- set: v. 2014->, englanti, koko- teksti, vertaisarvi- oitu)	77 282	2
	Inpatient AND mental health AND nursing et- hics (rajoitukset, koko teksti julkai- suvuosi 2014→)	23 602	1
Medic	turvati* OR tur- vaso* OR turva- mod* OR intensii- vinen hoit* AND rajoittam*	68	0

LIITE 6: SISÄÄNOTTO JA POISSULKUKRITEERIT- TAULUKKO

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu 2014-2024	Yli 10 vuotta vanha artikkeli
Suomen, ruotsin, englannin kielinen	Muun kieliset
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Saatavilla koko teksti	Koko tekstiä ei saatavilla
Liittyy opinnäytetyön aiheeseen	Ei liity opinnäytetyön aiheeseen riittävästi

LIITE 7: STRUKTUROIDUT VÄITTÄMÄT JA FREKVENSsit

EETTINEN JA LAADUKAS RAJOITTAMINEN

	Täysin eri mieltä n=	Osittain eri mieltä n=	En osaa sanoa n=	Osittain samaa mieltä n=	Täysin sa- maa mieltä n=
5. Olen saanut riittävästi koulutusta turvamoduulissa työskentelystä (n=10)	0	3	1	3	3
6. Koen saamani koulutuksen turvamoduulityöskentelyyn liittyen hyödylliseksi (n=10)	0	5	0	1	4
7. Olen soveltanut käytännössä koulutuksesta saamiani oppeja (n=10)	0	2	3	2	3
8. Minulle on tärkeää, että potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain siinä määrin, kuin tilanne sitä edellyttää. (n=10)	0	0	0	4	6
9. Tiedän millaisissa tilanteissa potilaaseen saa kohdistaa liikumisvapauden rajoittamista (n=10)	0	0	0	2	8
10. Turvamoduulit ovat vähentäneet voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä (n=10)	4	4	2	0	0
11. Turvamoduuliin siirrettävän hoitajan työpanos ei ole pois osaston vahvuudesta (n=10)	7	3	0	0	0
12. Eristyshoidon kesto on lyhentynyt turvamoduulien ansiosta (n=9)	3	5	1	0	0
13. Turvamoduuleja voisi hyödyntää enemmän haastavien potilaiden hoidossa (n=10)	1	3	2	4	0
14. Koen fyysisen rajoittamisen olevan perusteltua tietyissä tilanteissa (n=10)	0	0	0	1	9
15. Koen turvamoduulit toimivana keinona vähentää voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä (n=10)	1	3	2	4	0
16. Koen tärkeänä, että voimakkaampien pakkokeinojen (eristys, sitominen) käyttöä pystytään vähentämään turvamoduulin avulla (n=10)	1	2	2	5	0
17. Koen, että turvamoduuli on tilana hyvin suunniteltu potilaiden turvallisuuden kannalta (n=10)	3	2	3	2	0
18. Potilaille ei ole sattunut vaaratilanteita turvamoduulissa (n=10)	0	0	2	6	2
19. Koen henkilöstö resurssoinnin olevan riittävää turvamoduulissa työskentelyä ajatellen (n=10)	2	3	3	1	1
20. Turvamoduulissa toteutettava hoito on eettisesti keskeinen vaihtoehto (n=10)	1	5	3	0	1
21. Eettiset ongelmat/kysymykset ovat vähentyneet turvamoduulien ansiosta (n=9)	1	5	2	0	1
22. Mielestäni eettinen ja laadukas rajoittaminen toteutui hyvin myös ennen turvamoduuleja (n=10)	0	1	1	3	5

TURVAMODUULITYÖSKENTELY

	Täysin eri mieltä n=	Osittain eri mieltä n=	En osaa sa- noa n=	Osittain samaa mieltä n=	Täysin sa- maa mieltä n=
24.Turvamoduulissa työskentelystä on yhteneväiset ohjeet kaikille hoitotyöntekijöille (n=10)	0	3	2	3	2
25.Ymmärrän turvamoduulin tärkeyden uudessa toimintaympäristössä (n=10)	0	1	3	4	2
26.Mielestäni turvamoduulissa hoitaminen on inhimillisempi vaihtoehto, kuin eristäminen tai sitominen (n=10)	1	1	0	4	4
27.Turvamoduulityöskentely on lähtenyt sujumaan ongelmitta (n=10)	4	4	1	1	0
28.Lääkäri tekee päätöksen potilaan siirtämisestä turvamoduuliin hoidettavaksi (n=10)	2	1	2	3	2
29.Minulle on selvää, millaisin kriteerein potilasta voidaan hoitaa turvamoduulissa (n=10)	0	3	0	5	2
30.Hallitsen BVC-mittarin käytön väkivaltariskin arvioinnissa (n=10)	1	1	0	5	3
31.BVC- mittarin antaman tuloksen perusteella tiedän, koska potilasta ei voi hoitaa turvamoduulissa (n=10)	2	1	1	4	2
32.Turvamoduuli on tilana hyvin suunniteltu hoitohenkilöstön työskentelyn kannalta (n=10)	3	3	1	3	0
33.Turvamoduuli on tilana viihtyisä hoitohenkilöstön työskentelyn kannalta (n=10)	1	4	0	5	0
34.Eristyksen valvontatilat ovat asianmukaiset (n=10)	0	1	1	5	3
35.Turvamoduuli on potilaille viihtyisä (n=10)	0	1	5	3	1
36. Turvamoduulissa hoidollinen vuorovaikutus toteutuu potilaan kanssa paremmin, kuin ennen turvamoduulia (n=10)	2	1	4	2	1
37.Tilat antavat potilaalle mahdollisuuden yksityisyyteen (n=10)	2	1	0	7	0
38. Tilat antavat potilaalle mahdollisuuden rauhoittumiseen (n=10)	0	0	2	7	1
39.Turvamoduulissa on turvallinen kalustus (n=10)	1	3	3	2	1
40. Turvamoduulin rakenteet ovat kestäviä (n=10)	1	2	3	3	1

41.Olen kohdannut vaaratilanteen/-tilanteita työskennellessäni turvamuulissa (n=10)	4	5	0	1	0
42.Turvamuulissa on toimiva hälytysjärjestelmä (n=10)	0	1	2	6	1
43.Turvamuuliin saa tarvittaessa nopeasti apua (n=10)	0	0	2	3	5
44.Turvamuulissa on kameravalvonta (n=10)	0	0	0	1	9
45.Koen olevani turvassa turvamuulissa työskennellessäni (n=10)	0	1	1	4	4