

# LISÄÄ VAIHTOEHTOISIA MENETELMIÄ POTILASTYÖN TUEKSI

Kehittämishanke alaikäisten potilaiden  
psykiatrisen osastohoidon yksikössä

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sosiaali- ja terveysalan  
kehittäminen ja johtaminen  
Opinnäytetyö ylempi AMK  
Syksy 2017  
Tiina Tiainen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

TIAINEN, TIINA:

Lisää vaihtoehtoisia menetelmiä  
potilastyön tueksi

Kehittämishanke alaikäisten  
potilaiden psykiatrisen osastohoidon  
yksikössä

75 sivua, 25 liitesivua

Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

---

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää vaihtoehtoisia menetelmiä vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tueksi osaston rauhoittumishuoneesta muunneltuun turvalliseen ja monikäyttöiseen menetelmähuoneeseen. Potilaan näkökulmasta tarkoituksena oli vähentää tarvetta pakkotoimien käytölle, sekä parantaa oireiden hallintaa. Osaston toiminnan näkökulmasta tarkoituksena oli potilaslähtöisen hoitotyön ja sen interventioiden lisääminen.

Toimintatutkimuksellisella lähestymistavalla toteutettua kehittämishanketta varten perustettiin yhdestätoista henkilöstä koostuva hankeryhmä, sekä viidestä henkilöstä koostuva ohjausryhmä. Tiedonkeruuta toteutettiin hankeryhmälle pidetyssä aivoriihessä ja ryhmäkeskusteluissa, sekä ohjausryhmältä saatujen palautteiden kautta. Kehittämishankkeen tuloksena oli hankeryhmän ja ohjausryhmän tuottamien aineistojen perusteella syntynyt konkreettinen tuotos nimeltä Hoitotyön tavoitteiden manuaali. Se pitää sisällään potilastyöhön käytettäväksi tarkoitettuja vaihtoehtoisia menetelmiä, menetelmien käyttämisen prosessin lyhyen kuvauksen, sekä luettelon asioista, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen.

Kehittämishankkeen tulosta tarkasteltaessa voidaan todeta, että kehitetyt menetelmät ja muut manuaaliin nostetut asiat ovat hyvin samankaltaisia kuin muissakin samaan aihepiiriin liittyvissä julkaisuissa. Tärkeäksi nähtiin työntekijän toiminta, potilaan oman version kiireetön kuuleminen, oikean ajankohdan valinta, turvallisuuden huomioiminen ja potilaan oireiston tunteminen. Keskeiseksi tekijäksi nousi ajatus siitä, että lähes kaikki mukava ja jaettu vuorovaikutus potilaan kanssa voi olla eteenpäin vievää.

Avainsanat: lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastohoito, vaihtoehtoiset menetelmät, pakon käytön vähentäminen

Lahti University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Social and Health Care

TIAINEN, TIINA:

Increasing alternative treatment  
methods for patient care

Thesis for child and adolescent  
psychiatric patient unit

75 pages, 25 pages of appendices

Autumn 2017

## ABSTRACT

---

The aim of this Thesis was to create alternative treatment methods for child and adolescent psychiatric patient unit. The alternative treatment methods were aimed to support the care of patients who are challenging to treat. The methods were planned to be used in a room that was specially selected to be a multipurpose method room. The room was previously used for relaxation purposes and was now modified slightly to suit this new purpose. For the patient, the purpose of the Thesis was to reduce the use of coercive measures and to improve the control over the symptoms. For the unit, the purpose was to add the use of patient-oriented nursing and to add the variety and amount of interventions.

In practice, the Thesis was conducted using action research approach. Two groups were formed, one group consisting of eleven people whose purpose was to develop the methods in practice and one group of five people whose purpose was to control and supervise the development process. The data was collected from the eleven-person group during one brainstorming session and two group discussions, and from the five-person group in the form of written and spoken feedback. The collected data was used to form a manual with written instructions. These written instructions consist of a list of alternative treatment methods, guidelines of the practical usage of these methods and a list of issues that should be observed while using these methods.

As a conclusion, it can be stated that the advanced methods and other additions to the manual are very similar as in other publications concerning the same subject. In practice, the most important issues are associated with the actions of the staff member practicing these methods, taking the time to thoroughly listen to the patient, choosing the right timing, the sense of safety and the knowledge of the patient history. All in all, it can be said that almost all easygoing and pleasant interaction with the patient can have a positive influence on the care.

Key words: child and adolescent psychiatric inpatient care, alternative treatment methods, reducing coercion

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio	3
2.2	Kehittämishankkeen tausta	5
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS	6
4	ALAIKÄISTEN PSYKIATRISEN ERITYISOSASTOHOIDON ILMIÖITÄ	7
4.1	Alaikäisten psykiatrinen oireilu ja sairaalahoito	7
4.2	Vaikea psykiatrinen oireilu	11
4.3	Pakkotoimien vähentäminen ja vaihtoehtoiset menetelmät	14
4.4	Erilaiset hoidolliset tilat ja niissä käytettävät menetelmät	20
5	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT	24
5.1	Toimintatutkimus lähestymistapana	24
5.2	Kehittämismenetelmät	26
5.3	Tuotettujen aineistojen käsittelystä	29
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	31
6.1	Kehittämishankkeen eteneminen	31
6.2	Aivoriihen aineisto ja sen käsittely	35
6.3	Ensimmäisen ryhmäkeskustelun aineisto ja sen käsittely	38
6.4	Toisen ryhmäkeskustelun aineisto ja sen käsittely	42
6.5	Koulutuspäivä	45
7	TULOKSENA HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI	47
8	POHDINTA	51
8.1	Kehittämishankkeen toteutuksen ja prosessin arviointi	51
8.2	Kehittämishankkeen tuloksen arviointi	55
8.3	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	62
8.4	Jatkokehittämisen ehdotuksia	66
	LÄHTEET	68
	LIITTEET	80

## 1 JOHDANTO

Psykiatrisen hoitotyön keskeisiä kehittämistavoitteita niin Suomessa kuin Euroopassa ovat pakon käytön vähentäminen, vaihtoehtojen tarjoaminen ja potilaan osallisuuden lisääminen hoidossa. Jos potilasta rajoitetaan, tulisi keinoksi valita vähiten itsemääräämisoikeutta rajoittava toimenpide. Rajoittavia toimenpiteitä ovat sitominen, eristäminen, kiinnipitäminen ja vierihoito. Vaihtoehtoiset menetelmät ovat kuitenkin ensisijainen ratkaisu potilaan rajoittamista vaativissa tilanteissa. (Kontio, Laaksonen, Paavilainen, Sailas, Soinin & Syvänen 2010, 1.)

Ensimmäinen askel vaihtoehdoksi sitomiselle ja eristämiseksi on potilaslähtöinen hoitotyö ja sen interventiot. Jokapäiväisiä hoitotyön interventioita voivat olla esimerkiksi läsnäolo, keskustelu ja empaattinen vuorovaikutus, tiedon ja palautteen antaminen, aktiviteetit, sekä rauhoittuminen tai ”aikalisä” rauhallisessa tilassa tai omassa huoneessa. (Kontio ym. 2010, 9.)

Osana hoitajien työn hallintaa psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa kartoittanutta hanketta henkilökunta pohti osaston levottomuuden hallintaan liittyviä ongelmia ja ratkaisuja. Yhtenä osastojen yhteisistä kehittämisalueista nähtiin potilaiden virikkeellisyyden ja aktiviteettien puute, johon nähtiin ratkaisuna moniammatillisen tiimin ottaminen mukaan aktiviteettien suunnitteluun. (Välimäki, Lantta, Anttila, Pekurinen, Alhonkoski, Suvanne, Laine, Kannisto & Kontio 2013, 65.)

Myös vallitsevalla hoitokulttuurilla on voitu todeta olevan vaikutusta tahdosta riippumatta toteutettujen hoitotoimenpiteiden käyttämiseen. Potilaiden ja henkilökunnan yhteisyyden kokemiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi mahdollisimman isolla yhteisten tilojen määrällä. Lisäämällä hoidollista vuorovaikutusta, tilanteiden ennakointia, läsnäoloa ja yhdessä tekemistä voidaan vaikuttaa pakkotoimien määrään vähentävästi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016a, 32.)

Jo olemassa olevista vaihtoehtoisista menetelmistä tulisi käyttää osastoilla kaikkia mahdollisia, jotta voitaisiin vähentää sitomista ja eristämistä.

Joissakin suomalaisissa sairaaloissa on kehitetty toimintaohjeita, joissa kerrotaan käytettävissä olevista vaihtoehtoisista menetelmistä.

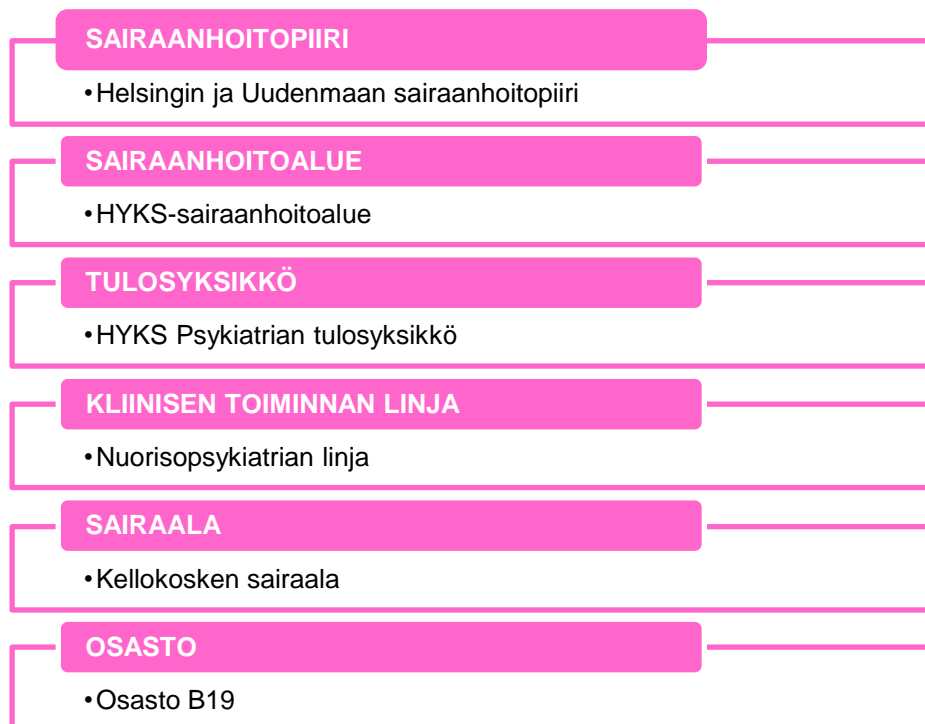
Vaihtoehtoisina menetelminä voidaan nähdä esimerkiksi hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen, vakauttaminen, ohjaaminen toiminnallisuuteen, rauhallisen tilan käyttäminen, sekä potilaan toiveiden toteuttaminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23.)

Tämän toimintatutkimuksellisella lähestymistavalla toteutetun kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää vaihtoehtoisia menetelmiä vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten hoidon ja kuntoutuksen tueksi psykiatrisella osastolla. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli pyrkimys vähentää pakkotoimien käyttöä, parantaa potilaiden oireiden hallintaa, sekä lisätä potilaslähtöistä hoitotyötä ja sen interventioita.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Kehittämishankkeen kohdeorganisaationa on Kellokosken sairaalan vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten tutkimus- ja hoito-osasto B19, joka kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) (Kuvio 1). HUS on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen, joista Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) sairaanhoitoalue on suurin. HYKS-sairanhoitoalueeseen kuuluu kuusi jäsenkuntaa, sekä 17 sairaalaa, joista muodostuu yliopistollinen sairaala. HYKS-sairanhoitoalue pitää sisällään 14 eri tulosyksikköä, joista HYKS Psykiatrian tulosyksikkö jakautuu seitsemään erilliseen kliinisen toiminnan linjaan. Kohdeorganisaatio kuuluu nuorisopsykiatrian linjaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017a.)



KUVIO 1. Kohdeorganisaation sijoittuminen sairaanhoitopiirissä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017a)

Jokainen sairaanhoitopiiri kuuluu yhteen viidestä erityisvastuualueesta (erva-alue), joiden tehtävänä on erityistason sairaanhoidon järjestäminen. HYKS erityisvastuualueeseen kuuluvat HUS:in lisäksi Kymenlaakson sairaanhoitopiiri ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. (Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 812/2012, 1 §.) Vastuu vaativan sekä hyvin harvinaisten tautien hoidon tarjoamisesta kuuluu siis HYKS erityisvastuualueelle (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017a).

Syksyllä 2012 perustettu kuusi sairaansijaa käsittävä osasto palvelee sekä HUS lastenpsykiatria että HUS nuorisopsykiatria. Osaston toiminnalla on pystytty poistamaan tarve lähettää lapsia ja nuoria sairaanhoitopiirin ulkopuolisiin psykiatriisiin sairaaloihin tutkimuksiin tai hoitoon. (Kettunen & Kollanen 2015, 134.) Tarve osaston tarjoamille erityistason erikoissairaanhoidon palveluille arvioidaan lähettävän tahon toimesta lastenpsykiatrian tai nuorisopsykiatrian osastolla (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017b).

Osaston potilasaineisto koostuu 8–17-vuotiaista lapsista ja nuorista, joita on pääsääntöisesti hoidettu jo pitkään muissa lastenpsykiatrian tai nuorisopsykiatrian yksiköissä. Potilaan osastojakso alkaa useimmiten tutkimusjaksolla, jota jatketaan tarvittaessa hoitajaksoilla. Tutkimusjakso kestää tavallisesti kuudesta kahdeksaan viikkoa, jonka jälkeen arvioidaan potilaan tarve erityisosastohoidolle. Suunniteltu hoitoaika on keskimäärin 4 kuukautta, mutta käytännössä vaihtelee jonkin verran. Potilailla on usein oireistossaan hallitsematonta impulsiivis-aggressiivista käyttäytymistä, joka kohdistuu joko itseen tai muihin. (Tähti 2017.)

Osaston moniammatillinen työryhmä sisältää osastonylilääkärin, osastonlääkärin, osastonhoitajan, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, psykologin, toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän. Käytössä on myös tarvittaessa muun muassa fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin, liikunnanohjaajan ja sairaalapastorin palveluita. (Tähti 2017.) Itse työskentelyn kohdeorganisaatiossa sairaanhoitajana.



## 2.2 Kehittämishankkeen tausta

Osaston B19 käytännön työssä on havaittu tarve uusille keinoille toteuttaa väkivaltaisesti oireilevan potilaan yksilöllistä ja potilaslähtöistä hoitoa, sekä ennaltaehkäistä pakon käyttöä. Työryhmässä on ideoitu osastolla olevan rauhoittumishuoneen kehittämistä palvelemaan paremmin potilaiden monimuotoista hoidon tarvetta. Rauhoittumishuone on ollut pääosin vähäisessä käytössä, eikä käyttö ole yleensä ollut huoneen alkuperäisen käyttötarkoituksen mukaista. Työryhmässä on ideoitu, että muunnellussa huoneessa voitaisiin suunnitellusti toteuttaa vaihtoehtoisia menetelmiä, kuten toimintaa, virikkeitä ja rauhoittumiskeinoja tarkoin valituin välinein. Ensisijaisena ajatuksena on se, että tilan itsessään tuoman hyödyn lisäksi tunnistettaisiin, kehitettäisiin ja kokeiltaisiin erilaisia menetelmiä käytettäväksi muunnellussa huoneessa potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen säätelyn tueksi. (Niukkanen & Tiainen 2015.)

Lähivuosina HUS Psykiatriassa on pyritty aktiivisesti kehittämään pakkotoimia vähentäviä lähestymistapoja. Yhtenä keinona on ollut Vaihtoehtoja pakolle -hanke, jonka tarkoituksena oli pakon käytön vähentäminen, vaihtoehtoisten menetelmien käyttöönotto, sekä psykiatrisen hoitotyön laadun parantaminen. Hankkeeseen sisältyi muun muassa käytäntöjen yhtenäistämistä, jälkipuintien tehostamista, sekä henkilöstön kehittämistä koulutusohjelmien avulla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015a.)

Jatkona hankkeelle aloitettiin HYKS Psykiatrian tulosityksikössä vuonna 2015 Safewards -projekti potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Tarkoituksena oli tutkimukseen perustuvan turvaosastomallin käyttöönotto kaikilla psykiatrian osastoilla. Projektilla pyrittiin uudistamaan osastohoitojen sisältöä huomioiden potilaiden osallisuuden ja turvallisuuden näkökulmat. Tavoitteena oli vähentää väkivaltatilanteita ja pakkotoimien käyttöä lisäten samalla vaihtoehtoisia menetelmiä osaksi hoitotyötä. Safewards -malli on englantilaisen hoitotieteen professorin Len Bowersin kehittämä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

### 3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää vaihtoehtoisia menetelmiä vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tueksi. Vaihtoehtoisia menetelmiä kehitetään käytettäväksi osaston rauhoittumishuoneesta muunneltuun turvalliseen ja monikäyttöiseen menetelmähuoneeseen. Kehitettyjä vaihtoehtoisia menetelmiä ja niiden käyttämistä kuvataan kehittämisen konkreettisena tuotoksena rakentuvassa kirjallisessa manuaalissa.

Potilaan näkökulmasta kehittämishankkeen tarkoituksena on vähentää tarvetta pakkotoimien käytölle, sekä parantaa oireiden hallintaa. Osaston toiminnan näkökulmasta kehittämishankkeen tarkoituksena on potilaslähtöisen hoitotyön ja sen interventioiden lisääminen.

## 4 ALAIKÄISTEN PSYKIATRISEN ERITYISOSASTOHOIDON ILMIÖITÄ

### 4.1 Alaikäisten psykiatrinen oireilu ja sairaalahoito

Lastenpsykiatriassa voimakas psyykkinen ja fyysinen kehitys ovat keskeisessä asemassa, jonka vuoksi normaali kasvu ja kehitys täytyy tuntea. Ympäristöllä, kasvuolosuhteilla ja perheellä on keskeinen rooli lapsen tilanteessa. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä lapsuusiässä ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt (ADHD), uhmakuus- ja käytöshäiriöt, sekä masennustilat. Myös autismikirjon häiriöt ovat yleisiä, samoin useammat samanaikaiset mielenterveyden häiriöt tai kehityshäiriöt. Riskitekijät voivat liittyä lapseen itseensä, vanhempiin, perheeseen tai lähiympäristöön. Keskeisiä riskitekijöitä ovat esimerkiksi sukupuoli, perintötekijät ja ympäristötekijät. Riskiin voivat vaikuttaa myös lapseen kohdistunut väkivalta tai esimerkiksi vieraaseen maahan muuttamiseen liittyvät haasteet. Lapsuusiän mielenterveyden häiriöt edellyttävät vain harvoin erikoissairaanhoidon palveluita. (Sourander & Marttunen 2016, 117 – 120; Sourander & Aronen 2014.)

Psyykkisesti oireilevalle lapselle tai nuorelle voidaan tehdä lähete erikoissairaanhoidon esimerkiksi silloin, kun hän on selvästi psyykkisesti sairas, hänen tilanteeseensa liittyy huomattavia sosiaalisia ja lastensuojelullisia ongelmia, perustason toimenpiteet eivät ole vieneet tilannetta tarpeeksi eteenpäin, tai hänen toimintakykynsä on merkittävästi heikentynyt (Almqvist 2004, 181). Lasten itsetuhoinen ja psykoottinen oireilu ovat erikoissairaanhoidon arviota edellyttäviä tilanteita, samoin esimerkiksi lapsen vakava-asteiset mielialahäiriöt, neuropsykiatriset häiriöt ja impulssikontrollin häiriöt. Nuorisopsykiatrinen erikoissairaanhoido taas edellyttää mielenterveyden häiriön vakavaa oireenkuvaa, kuitenkin itsetuhoisuutta, psykoosia tai psykoosi-epäilyä lukuun ottamatta. (Kaltiala-Heino, Kaukonen & Borg 2016, 453 – 454.)

Osastolla toteutettavaa psykiatrista tutkimusta ja hoitoa tarvitaan silloin, kun avohoidon keinot ja mahdollisuudet eivät ole riittäviä. Perhe on osallisena hoidollisessa kokonaisrakenteessa, koska alaikäinen potilas on

aina jollain tavoin sidoksissa ja riippuvainen suhteessa perheeseensä. (Piha 2004, 422.) Vanhempien osallistuminen alaikäisen potilaan hoitoon voidaankin nähdä jotakuinkin välttämättömänä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014). Lasten ja nuorten psykiatrisessa osastohoidossa korostuu hoitotyön lisäksi monitieteisyys, sekä yhteistyö eri ammattikuntien välillä. Potilaiden kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito on sidoksissa eri ammattikuntien työnjakoon ja yhteistoimintaan. Monenkin erilaisen lähestymistavan käyttäminen on mahdollista, jos työntekijöiden monipuolinen ammattitaito onnistutaan yhdistämään yli ammattikuntien rajojen. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 150 – 151.) Osastohoidossa onkin mahdollista saada potilaan tilanteesta kokonaisvaltainen käsitys (Almqvist 2004, 181). Ensisijaisina taustaviitekehyksinä ovat lääketiede, hoitotyö, sosiaalityö, psykologia ja toimintaterapia (Taipale 1998, 389).

Nuoruusiän yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt sekä päihde- ja käytöshäiriöt. Nuoruusikäisillä mielenterveyden häiriöitä esiintyy jotakuinkin yhtä paljon kuin aikuisikäisillä, sekä noin kaksinkertaisesti suhteessa lapsuusikäisiin. Nuoruusiän kehitykseen ja elämänpiiriin liittyy monia mahdollisia riskitekijöitä, kuten sosiaalisten suhteiden ongelmat, seksuaalisuuteen liittyvät haasteet, puberteetti ja koulukiusaaminen. Nuoruusikäisillä useamman mielenterveyden häiriön samanaikaisuus on melko yleistä. Nuorisopsykiatrian palvelut ovat usein erikoissairaanhoidon palveluita. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014.)

Monihäiriöisyys tarkoittaa sitä, että potilaalla esiintyy samaan aikaan useampia mielenterveyden häiriöitä tai kehityshäiriöitä. Useat samanaikaiset häiriöt voivat myös yhdistelmänä muodostaa oman oireyhtymänsä. Monihäiriöisyys on yleistä sekä lapsilla että nuorilla. Häiriön ennuste ja valitut hoidot ovat riippuvaisia häiriöiden määrästä, samoin hoidolla saavutettavat tulokset ja ennuste toipumiselle. Monilla häiriöillä on myös yhteisiä riskitekijöitä. Esimerkiksi varhaisen kiintymyssuhteen häiriöiden, traumaattisten kokemusten, vanhemmuuden ongelmien ja sosiaalisen tuen puutteen tiedetään olevan riskitekijöitä lasten ja nuorten kohdalla. (Sourander & Marttunen 2016, 117.)

Lastenpsykiatrisen osastohoidon palvelujärjestelmää on kehitetty paljon viime vuosina. Osastojaksoja on lyhennetty, niiden tavoitteita on tarkennettu, ja osastohoidon rooli on mielletty yhdeksi hoitoprosessin osa-alueeksi keskeisimmän sijasta. Ympäri vuorokautista osastohoitoa voidaan pitää tehohoitona, jota tarvitaan vaikeiden häiriöiden ja kriisitilanteiden hoitamisessa. (Kaukonen & Repokari 2016, 440.) Osastohoidossa yksilöllisellä hoitosuhteella on tärkeä asema. Erilaisia hoitotyön menetelmiä on paljon. Kognitiivisen lähestymistavan kautta voidaan harjoitella esimerkiksi tunteiden tunnistamista, tunnesäätelyä, ahdistuksenhallintaa, sekä vaihtoehtoisia käytös- ja ajatusmalleja. Lisäksi osastoilla pyritään sanoittamaan potilaiden tunteita ja vahvistamaan potilaiden myönteistä käytöstä. Erilaisten hoidollisten ryhmien kautta voidaan pyrkiä kehittämään potilaiden käyttäytymisen säätelyä, sosiaalisia taitoja ja tunnetaitoja, harjoittamaan liikuntaa ja rentoutumista, sekä viettämään yhdessä aikaa jakaen kokemuksia ja iloa. (Koskinen & Sourander 2016, 671 – 672.)

Nuorisopsykiatrista palvelujärjestelmää on myös kehitetty avohoitopainotteiseksi. Kuntoutusyksiköt ja päiväosastot ovat tulleet suljettujen osastojen rinnalle ja niiden tarvetta vähentämään. Myös ympärivuorokautisiin ja laitospainotteisiin sosiaalihuollon yksiköihin on sijoitettuna paljon nuoria, joilla on mielenterveyden häiriöitä. (Pylkkänen & Haapasalo-Pesu 2016, 450.) Nuorisopsykiatrisen osastohoito on tavallisesti yhteisöhoitoon perustuvaa sisältäen paljon ryhmämuotoisia interventioita, sekä elementtejä esimerkiksi musiikki- ja kuvataideterapioista. Hoidolliset ryhmät tähtäävät yleensä vuorovaikutustaitojen kehittämiseen ja mielekkääseen toimintaan. Oppivelvollisille potilaille tarjotaan myös lain velvoittama mahdollisuus koulunkäyntiin sairaalan sijaintikunnan järjestämässä sairaalakouluissa. (Kaltiala-Heino & Lindberg 2016, 674 – 675, 679.)

Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon alaikäinen on mahdollista määrätä silloin, jos hänellä oleva vakava mielenterveyden häiriö sitä vaatii. Edellytyksenä on, että muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi, tai hoitamatta jättäminen pahentaisi sairautta tai

vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 8 §.) Edellytyksenä olevan mielenterveyden häiriön ei kuitenkaan täysi-ikäisistä potilaista poiketen tarvitse alaikäisen potilaan kohdalla olla luonteeltaan psykoottinen. Kyseessä voi olla esimerkiksi asteeltaan vaikea itsetuhoisuus. (Huttunen 2016.) Kestoltaan potilaan tahdosta riippumatta toteutettu hoitajakso on korkeintaan kolme kuukautta, jonka jälkeen hoitoa antavan sairaalan ulkopuolinen lääkäri osallistuu hoidon jatkumisen edellytyksien arvioimiseen (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013, 5).

Alaikäiseltä potilaalta on selvitettävä mielipide häneen kohdistuviin hoitotoimenpiteisiin iän ja kehitystason tarjoamien mahdollisuuksien mukaisesti. Hoitamisen pitää ensisijaisesti tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Alaikäisen ollessa kykenemätön päättämään hoidostaan, tulee sen tapahtua yhteisymmärryksessä huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016, 5; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 7 §.) Potilaan itsemääräämisoikeuden tai muiden perusoikeuksien rajoittamisen yleisenä edellytyksenä on se, että potilas on joko otettu tarkkailuun, tai määrätty tutkimukseen tai hoitoon (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001, 22 a §). Jos potilaaseen täytyy kohdistaa hänen tahdostaan riippumattomia hoito- tai tutkimustoimenpiteitä, päättää niistä hänen hoidostaan vastaava lääkäri (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001, 22 b §).

Lastenpsykiatrisen tutkimuksen ja hoidon piiriin kuuluvat 0–12-vuotiaat potilaat perheineen. Nuorisopsykiatrisen osastohoito taas palvelee 13–17-vuotiaita potilaita. (Kaltiala-Heino ym. 2016, 453 – 454.) Kohdeorganisaatiossa hoidetaan potilaita sekä lastenpsykiatrian että nuorisopsykiatrisen erikoisalueilta (Tähti 2017).

## 4.2 Vaikea psykiatrinen oireilu

Kohdeorganisaation perustamisvaiheessa on tehty valinta siitä, että puhutaan vaikeasta oireilusta vaikeahoitoisuuden sijasta. Pyrkimyksenä on kuvata potilaan psyykkisen oireilun haasteellisuutta välttämällä lapsen tai nuoren mahdollista leimaamista vaikeasti hoidettavaksi. (Tähti 2017.)

Lasten ja nuorten vaikeahoitoisuus on ilmiönä monimuotoinen.

Vaikeahoitoisten potilaiden taustalla on jokaisella omanlaisensa elämänpolku. Vaikeahoitoisuuden taustatekijöitä ovat perhetausta, koulunkäynti, lastensuojelutoimet ja terveyspalveluiden käyttö.

Vaikeahoitoisten potilaiden oireiden kirjo on laaja-alainen, mutta erityisesti siinä korostuvat mielialaoireet, itsetuhoisuus ja psykoottiset oireet. (Paakkonen 2012, 51, 56.)

Suomessa erityisen vaikeahoitoisiksi ja vaarallisiksi luokiteltuja alaikäisiä potilaita hoidetaan valtakunnallisesti keskitetyssä erikoissairaanhoidossa kahdessa asetuksilla määritetyssä hoitoyksikössä Tampereella ja Kuopiossa. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on yksi vaikeahoitoisten alaikäisten osasto. Sairaansijoja on yhteensä kolmellekymmenelle potilaalle, joiden hoito alueellisilla osastoilla ei ole ollut mahdollista. Osastoilla voidaan tarvittaessa tehdä alaikäisten mielentilatutkimuksia. (Kaltiala-Heino & Lindberg 2016, 679; Pylkkänen & Haapasalo-Pesu 2016, 450; Marttunen & Kaltiala-Heino 2014, 678 – 679.)

Erityistason hoito alkaa usein viikkoja tai jopa kuukausia kestäväällä vakauttavalla hoidolla, jonka jälkeen kuntouttava toiminta voidaan hiljalleen aloittaa. Potilaiden motivoiminen ja voimavarojen löytäminen hoitoon voi olla hyvin haastavaa. Hoitokaudet ovat keskimäärin pidempiä kuin muilla osastoilla. (Kaltiala-Heino & Lindberg 2016, 679.) Yksiköt tarjoavat hoitoa vakaviin mielenterveyden häiriöihin, joihin liittyy usein vaikeita väkivaltaongelmia. Osastoilla on erityisesti huomioitu turvallisuuden näkökulma niin tilojen, henkilöstön mitoituksen kuin toiminnankin puolesta. Potilaan perhe, oppilaitos, sosiaalitoimi ja

kriminaalihuolto kuuluvat melko tavallisesti tahoihin, joiden kanssa hoitoa toteutetaan. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014, 678 – 679.)

Mielenterveysongelma ei välttämättä ole itsessään ennustava tekijä väkivaltaiselle käyttäytymiselle, vaan siihen liittyy paljon muitakin tekijöitä, kuten päihteiden väärinkäyttö. Huomionarvoista onkin, että suurimman osan väkivallanteoista tekevät henkilöt, joilla ei ole mielenterveyden ongelmia. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 22.) Nuoren tekemä väkivalta on usein yhteydessä muihin ongelmakäyttäytymisen muotoihin, kuten rikollisuuteen, pakonomaiseen valehteluun, päihteiden väärinkäyttöön, sekä koulusta lintsaamiseen ja sen keskeyttämiseen. Väkivallaisuuden taustalla voi olla esimerkiksi se, että on nähnyt tai kokenut väkivaltaa kotiolosuhteissa, joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi, tai elänyt pitkäaikaisesti sotaolosuhteissa. (World Health Organization 2002, 42.)

Aggressiivisen käyttäytymisen kehittymisen taustalla voi olla monia erilaisia riskitekijöitä. Yhdessä jaottelutavassa riskitekijät jaotellaan kahteen erilaiseen alaryhmään, eli henkilökohtaisiin riskitekijöihin ja ympäristöön liittyviin riskitekijöihin. Henkilökohtaisia riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi biologiset tekijät, neuropsykologiset tekijät, mielenterveyden häiriöt, persoonallisuuden piirteet, sekä asenteet. Ympäristöön liittyviä riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi perheeseen liittyvät tekijät, asuinympäristö, kouluun liittyvät tekijät, sekä sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät. (Hage, Van Meijel, Fluttert & Berden 2009, 662 – 664.) Toisen jaottelun mukaan nuorten väkivallaisuuteen liittyy yksilöllisiä, yhteisöllisiä ja rakenteellisia riskitekijöitä, mutta myös tilannesidonnaisia riskitekijöitä. Yksilöllisiin riskitekijöihin kuuluu biologisia, psykologisia ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Lisäksi vaikutusta on ihmissuhdetekijöillä, kuten perheellä ja vertaisryhmillä. Yhteisöllisiin riskitekijöihin kuuluu asuinalue ja yhteisön sosiaalinen pääoma, rakenteellisiin riskitekijöihin taas väestölliset ja sosiaaliset muutokset, tuloerot, poliittiset rakenteet ja kulttuuriset vaikutukset. (World Health Organization 2002, 50 – 58.)



Tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen kontrollin häiriöt liittyvät usein psykiatriin häiriöihin. Ne voivat ilmentyä muun muassa aggressiivisena käyttäytymisenä. Psykiatrian yksi tehtävä onkin asiakkaan auttaminen käyttäytymisen säätelyssä, jonka vuoksi aggressiivisen potilaan hoidollinen kohtaaminen on noussut psykiatrian keskeiseksi ammatilliseksi haasteeksi. Aggressio voi kohdistua joko ulospäin tai sisäänpäin, eli joko toisiin ihmisiin ja esineisiin tai omaan itseen. (Vuori-Kemilä 2007, 145.) Aggressio voi ilmetä joko reaktiivisena tai proaktiivisena. Reaktiivinen aggressio syntyy impulsiivisesti jonkin ärsykkeen aiheuttamana, proaktiivinen aggressio taas ilman provokaatiota, harkitusti ja päämäärähakuisesti. Proaktiivinen aggressio liittyy usein epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ilmeten esimerkiksi tappeluiden aloittamisena. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014; Sourander & Aronen 2014; Viemerö 2006, 19.)

Reaktiivista väkivaltaoireilua on usein perusteltua arvioida ja pyrkiä hallitsemaan psykiatrian menetelmin (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014). Joskus potilaan väkivaltaisuus on kuitenkin oire jostakin toisesta häiriöstä, kuten persoonallisuushäiriöstä. Tällöin hoitomahdollisuuksia tulee pohtia olemassa olevan tiedon valossa. Hoitomahdollisuuksien uupuesssa tulee asiaa pyrkiä ratkaisemaan joko sosiaalihuollon tai rikosoikeusjärjestelmän keinoin. (Kaltiala-Heino 2003, 28.) Erityisesti proaktiivista väkivaltaoireilua pyritään hallitsemaan lastensuojelun ja kriminaalihuollon tarjoamin mahdollisuuksin. Väkivaltainen oireilu vaatii silti usein arviointia psykiatrian palveluiden piirissä. Väkivaltaisuuden riskiä on tärkeää pyrkiä selvittämään sen mahdolliseksi pienentämiseksi. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014.)

ADHD ja autismin kirjon häiriöt kuuluvat neuropsykiatriin sairauksiin, jotka alkavat jo lapsuudessa, mutta saattavat aiheuttaa lisääntyviä haasteita nuoruusiässä. ADHD:n oireistoon kuuluu impulssikontrollin häiriöitä ja sosiaalisten taitojen puutteita, jotka voivat aiheuttaa moninaisia ongelmia. Autismikirjon häiriöihin liittyy myös ongelmia kommunikaatiossa ja sosiaalisessa hahmottamisessa, sekä aggressio-ongelmia ainakin kliinisen kokemuksen perusteella. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2014.) Puutteet kyvyssä tuottaa ärsykkeen ja reaktion välille viive, ovat tavallisia ADHD:ssä (Närhi 2011). Uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin liittyy usein

aggressiivista käyttäytymistä, sekä joskus myös vaikeuksia kyvyssä kokea tunteita tai syyllisyyttä, sekä tunnistaa ja huomioida toisten ihmisten tunteita. Sosiaalisten taitojen harjoittelu nähdään osana hoitoa niin ADHD:n kuin käytöshäiriöidenkin kohdalla. (Sourander & Aronen 2014.)

#### 4.3 Pakkotoimien vähentäminen ja vaihtoehtoiset menetelmät

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2009–2015 kohdistuneen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yhtenä päämääränä oli asiakkaan aseman vahvistaminen, johon sisältyi viisi eri ehdotusta. Yksi ehdotuksista käsitteli tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia, sekä niitä koskevia säädöksiä. Suunnitelman mukaan psykiatrisissa sairaaloissa tulisi olla pakon käytön vähentämiseen luotu ohjelma, joka sisältää hyviä käytäntöjä tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien käytön vähentämiseksi, sekä koulutussuunnitelmia asenteiden muuttamiseksi. Suomessa käytetään pakkotoimia kansainväliseen tasoon nähden runsaasti, joten tavoitteena oli saada lukema madaltumaan lähes puoleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoon liittyi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimeenpanosuunnitelman osalta kaksi asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyvää kärkihanketta. Toinen kärkihanke oli valtakunnallinen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma. Ohjelman taustoissa vaikutti esimerkiksi se, että kansainväliset asiantuntijat olivat erilaisten vertailujen yhteydessä ottaneet toistuvasti kantaa pakkotoimien käytön määrään Suomessa. Kysymys voitiin ja voidaan yhä nähdä tärkeänä niin ihmisoikeudellisesta kuin psykiatrisen hoidon uskottavuuden näkökulmasta. (Moring 2010, 66 – 67.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa koskeneessa väliraportissa koottiin yhteen psykiatrisen sairaalahoidon tilastoja Suomesta vuosilta 2004–2009. Tilastojen perusteella pystyttiin tekemään johtopäätös, jonka mukaan pakon käytön vähenemistä ei ollut kyseisellä aikavälillä olennaisesti tapahtunut, mutta jotakin viitettä siihen suuntaan näkyi vuosien 2008–2009 tilastoissa. Suurien alueellisten erojen

nähtiin kuitenkin kertovan siitä, että toiminta on mahdollista myös pienemmällä pakkotoimien käyttämisellä. (Tuori 2011, 49.) Raportissa todettiin alueellisten erojen liittyvän myös henkilökunnan mitoitukseen ja koulutukseen, sekä turvallisuusjärjestelyihin (Moring 2011, 154).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman loppuraportissa kerrotaan suunnitelmaa toimeenpanneen ohjausryhmän näkemyksiä suunnitelman toteutumisesta. Raportissa kerrotaan, että tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoitteiden käyttöä on onnistuttu vähentämään, vaikka erot alueittain ovat yhä huomattavia. Yhtenä onnistumisena nähtiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen lähteminen mukaan kansallisen pakon käytön vähentämiseksi perustetun ohjelman koordinoimiseen. THL on mukana myös vuonna 2011 perustetussa Pohjoismaisessa verkostossa, joka pyrkii pakon käytön vähentämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 16, 22, 53 – 54.)

Hoitokeinojen ja käytäntöjen kehittäminen yksiköissä ja laitoksissa voi vähentää pakon käyttöä. Yhdysvalloissa vuonna 2012 kehitetyn toimintamallin sisältämät kuusi ydinstrategiaa ovat johtajuus, tieto ohjaamaan käytäntöä, henkilöstön kehittäminen, ennaltaehkäisyökalujen käyttö, potilaiden rooli, sekä jälkipalaverit. Henkilöstön kehittämiseen sisältyy vaihtoehtojen tarjoamisen sisällyttäminen sitomis- ja eristämiskoulutukseen. Yhtenä keskeisenä tekijänä nähdään myös se, että potilaille voidaan tarjota riittävässä määrin hoidollisia toimintoja, sekä harjoitteita väkivallan esioireiden tunnistamiseen ja kriisien itsehallintaan. Ennaltaehkäisyökalujen käytössä taas painotetaan sitä, että hoitoympäristöä kehitetään, ja potilaille tarjotaan esimerkiksi sensorista modulaatiota, tunteiden- ja itsehallinnan harjoitteita tai rauhoittumis- tai aistihuoneen käyttöä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 18 – 19; LeBel, Duxbury, Putkonen, Sprague, Rae & Sharpe 2014, 22 – 26.)

Yhtenä pakkotoimia vähentävänä toimintamallina nähdään Safewards (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 26). Safewards -mallin mukaan yhtenä lähtökohtana pakkotoimien käytön vähentämiselle on se, että pyritään ennaltaehkäisevin toimenpitein katkaisemaan yhteys potentiaalisen ja konkreettisen tapahtuman väliltä (Bowers 2014, 500).

Safewards -malliin kuuluu kymmenen konkreettista toimenpidettä, joista voidaan valita sopivimmat toteutettaviksi osastolla säännöllisesti.

Esimerkiksi rauhoittumismenetelmät -toimenpide sisältää erilaisia esineitä ja tavaroita levottoman olon ja aggressiivisten ajatusten hallitsemisen tueksi. (Kontio, Joutsenniemi, Hottinen & Paavilainen 2015, 10 – 11.) Sellaisia ovat esimerkiksi stressipallot, rentouttava musiikki, unimaski ja korvatulpat, sateenkaariväriprojektorit, yrttitee, purukumi, kirjeen kirjoitusvälineet, sekä lämpimät tai kylmät tuoksupyyhkeet. Muita rauhoittumiskeinoja ovat esimerkiksi viisitoista minuuttia henkilökunnan seuraa, runojen lukeminen, rentoutumis- ja syvähengitysharjoitukset, kuplamuovin poksauttelu, fyysinen harjoittelu, sekä piirtäminen, maalaaminen tai askartelu. (Safewards 2017.)

Hottisen (2013, 39) tutkimuksessa selvitettiin kokemuksia ja mielipiteitä sellaisilta nuorilta, jotka olivat tulleet sidotuiksi osastojakson aikana. Nuoret ehdottivat vaihtoehtoiksi sitomiselle muun muassa erilaisia aktiviteetteja, aikalisän ottamista, mahdollisuuden kuntosalille pääsemiseen, painopeiton käyttämisen ja ”pehmustettuun” huoneeseen pääsemisen. Kontion (2011, 27) väitöskirjassa taas pyrittiin tukemaan sitomis- ja eristämiskäytäntöjen näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä psykiatrisissa sairaaloissa. Aiempaan kirjallisuuteen viitaten Kontio totesi, että väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen hallintaan tarvitaan uusia ja tehokkaita menetelmiä, joiden käyttämiseen henkilökuntaa tulee kouluttaa. Myös potilaan näkökulmat tulisi ottaa huomioon osastolla tapahtuvien väkivaltilanteiden hallintaa kehitettäessä.

Yhdessä Kontion väitöskirjaan liittyneessä tutkimuksessa selvitettiin jo käytössä olevia, sekä ehdotuksia uusiksi vaihtoehtoiksi sitomiselle ja eristämiseksi hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden näkökulmasta. Yhtenä vaihtoehtoisena kategoriana nähtiin erilaiset hoitotyön interventiot, kuten hoitajien läsnäolo, keskustelu potilaan tunteista, peloista ja mahdollisuuksista, potilaan näkemyksen kuuleminen omaan hoitoon liittyen, sekä aktiviteettien, kuten ryhmien, liikunnan tai toimintaterapian tarjoaminen. Lisäksi koettiin tärkeäksi, että aggressiiviselle potilaalle on

mahdollista tarjota hiljainen ja vähä-ärsykeinen paikka. (Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott & Joffe 2010, 70 – 71.)

Toinen Kontion väitöskirjaan liittynyt tutkimus käsitteli psykiatristen potilaiden kokemuksia ja käytännön ehdotuksia sitomis- ja eristämiskäytäntöjen parantamiseen ja vaihtoehtojen käyttämiseen sitomisen ja eristämisen vähentämiseksi. Potilaat näkivät tärkeimpänä vaihtoehtona empaattisen vuorovaikutuksen. Tarpeellisiksi koettiin myös hoidollinen yhteisö, lääkehoito ja mielekkäät aktiviteetit osastolla ja sen ulkopuolella. Vuorovaikutuksessa nähtiin tärkeäksi empaattinen kuuntelu, huomion ja ymmärryksen tarjoaminen, aito ja tietoinen läsnäolo, tahdikkuus, sekä inhimillinen suhtautuminen sairauteen. Mielekkääksi aktiviteetiksi koettiin esimerkiksi ryhmät, kahvinkeitto, liikunta, ulkoilu ja toimintaterapia. Potilaat myös toivoivat kannustamista aktiviteetteihin, vaikka he olisivat väsyneitä ja jaksamattomia. (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki 2012, 21.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016b, 23 – 25) työpaperissa vaihtoehtoisia menetelmiä kuvataan osana pakon käytön vähentämistä ja turvallisuuden lisäämistä psykiatrisessa hoidossa. Vaihtoehtoisena menetelmänä kuvatussa hoidollisen vuorovaikutuksen lisäämisessä nähdään tärkeäksi potilaan kiireetön kuuleminen sen ymmärtämiseksi, mitä potilas todella haluaa sanoa. Vakauttamisen menetelmällä taas viitataan siihen, että hoitaja opettaa ja tukee potilasta vakauttamiskeinojen harjoittamisessa osana ahdistuksen hallintaa. Vakauttamisella pyritään tukemaan potilaan orientaation palautumista ja itsenäisyyttä. Ruumiillisten oireiden kartoittamisen jälkeen pyritään lievittämään oireita erilaisin harjoittein, kuten hengitysharjoituksin. Toiminnallisuuteen ohjaamisella tarkoitetaan esimerkiksi ulkoilua, musiikin kuuntelua tai toiminnallisten ryhmätilanteiden tarjoamista. Rauhallisella tilalla taas esimerkiksi rauhoittumishuonetta, jossa käytetään hyödyksi rauhoittumista tukevia interventioita, kuten musiikin kuuntelemista. Potilaan toiveiden toteuttamisen keinoksi ehdotetaan esimerkiksi sitä, että osaston säännöissä joustettaisiin tarpeen vaatiessa.

Psykoedukaatio nähdään yhtenä keskeisenä tapana vähentää pakkotoimia lisäämällä potilaan ja hänen läheistensä ymmärrystä potilaan sairauteen ja sen hallintaan liittyen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, 29). Psykoedukaatiolla tarkoitetaan neuvontaa, ohjaamista, opettamista, tiedon tarjoamista, sekä tieto- ja tunneperäistä tukemista. Alaikäisen potilaan kohdalla se sisältää myös psykososiaalisen kehityksen tukemista. Psykoedukaatioon liittyy potilaan näkemyksien, mielipiteiden ja toiveiden kuunteleminen. Sitä annetaan usein valmiiksi hankittujen materiaalien kanssa etukäteen suunnitelluissa yksilötapaamisissa, mutta se on mahdollista toteuttaa myös ryhmässä. Materiaaleina voi olla esimerkiksi kuvia, harjoituksia, tekstisisältöjä, videoita ja opetuksellisia pelejä. (Santalahti, Mäki & Välimäki 2016, 493 – 495.)

Väkivallan ennaltaehkäisemiseksi psykiatrisissa sairaaloissa tulisi henkilökuntaa kouluttaa huomaamaan aggression varhaiset merkit sekä yleisesti että yksilön tasolla. Hoitohenkilökunnan pitäisi pyrkiä mahdollisimman tiiviiseen yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa, jotta varhaisten merkkien tunnistaminen olisi helpompaa. Hoitohenkilökunnan tulisi myös opastaa potilaille tekniikoita rauhoittumiseen ja rentoutumiseen. Osastolla tulisi olla mahdollista erotella potilaita useampiin tiloihin, joka on mahdollista esimerkiksi yhden hengen huoneiden ja rauhoittumishuoneen avulla. Osastolla olisi myös hyvä olla erikseen varattu tila kiihtymisen ja levottomuuden vähentämiseen ja rauhoittumisen tukemiseen. Potilaan kanssa voidaan keskustella ja sopia toimintamalleista, joita tulisi käyttää hänen alkaessaan kiihtyä. Vuorovaikutuksellisten keinojen käyttäminen on tärkeää. Potilaalle tulisi puhua arvostavasti ja empaattisesti. (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 212.)

Sitomiskokemuksia selvittäneessä tutkimuksessa potilaat kuvasivat, että vuorovaikutuksen lisääminen työntekijöiden kanssa olisi voinut estää sitomisen. Potilaat kuvastivat alkaneensa kiihtyä, koska kokivat henkilökunnalta saamansa tiedon riittämättömäksi tai epäjohdonmukaiseksi. Potilaat myös kokivat, etteivät olleet tulleet kuulluiksi. (Ling, Cleverley & Perivolaris 2015, 386, 388.) Vuorovaikutuksellisten keinojen lisääminen ylipäätänsä on tärkeässä

roolissa väkivaltatilanteiden ehkäisyssä. Potilaan osallistaminen hoitoon on yksi vuorovaikutuksen tavoite, samoin potilaan riittävä tiedonsaanti. Potilaiden tylsistymisen ja turhautumisen huomioiminen on myös tärkeää, koska sillä voi olla vaikutusta väkivaltatilanteiden syntyyn. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2016a, 30.)

Osastoympäristössä väkivallan ennakointi tulee huomioida laaja-alaisesti muun muassa tilasuunnittelun keinoin, sekä toiminnan ja virikkeiden suunnittelussa. Väkipalta ja sen uhka pyritään ehkäisemään ennakkoiden esimerkiksi koulutuksen, työnohjauksen ja rakenteellisten seikkojen huomioimisella. Osastoilla tulisi myös olla erillinen rauhoittumishuone, jonne on järjestetty esimerkiksi rauhoittavia värejä, kodikas sisustus, ja rauhoittavaa musiikkia. (Kontio ym. 2010, 10.) Rauhoittumishuone ja mielekäs tekeminen voidaankin nähdä rajoittamisen ja pakon käytön tarvetta vähentävinä vaihtoehtoisina menetelminä (Kontio ym. 2015, 9).

Kinnusen Pro gradu -tutkielmassa selvitettiin huone-eristyspotilaan hoitotyötä psykiatrisella osastolla. Hoitajien kokemus oli se, että eristämiseen päädyttiin vasta sitten, kun kaikki muut hoitotyön keinot oli kokeiltu. Tällaisiksi muiksi keinoiksi kuvattiin esimerkiksi hoidollista vuorovaikutusta, läsnäoloa ja rauhalliseen tilaan ohjaamista. (Kinnunen 2013, 19 – 20.) Väkipaltatilanteiden ennakkoinnissa potilaan rauhoittaminen on keskeisessä roolissa. Tällaisia rauhoittavia elementtejä ovat muun muassa kokemus hyväksytyksi tulemisesta, mahdollisuus itseilmaisuun, hyvä tiedottaminen, sekä turvallinen ympäristö. (Savonia ammattikorkeakoulu, 15.) Myös taiteelliset aktiviteetit voidaan nähdä ratkaisuna heikosti kommunikoivan ja potentiaalisesti väkipaltaisten potilaan kanssa. Esimerkiksi väriliitujen käyttäminen voi helpottaa potilasta kertomaan tunteistaan. (Learning from Each Other 2003, 27.)

Vaihtoehtoisista hoitotyön menetelmistä on tehty Suomessa muun muassa kaksi AMK-opinnäytetyötä sekä nuorisopsykiatriassa että aikuispsykiatriassa. Molemmista näistä opinnäytetöistä haastateltiin hoitajia pakon käytön vähentämisen näkökulmasta. (Janhunen & Lehto 2016; Lindholm 2016.)

#### 4.4 Erilaiset hoidolliset tilat ja niissä käytettävät menetelmät

Kansainvälisissä julkaisuissa kuvataan melko samankaltaisia tavoitteita, menetelmiä, välineitä ja sisustusta sisältäviä monikäyttöisiä hoidollisia tiloja muun muassa nimillä aistihuone (sensory room), multisensorinen tila (multisensory room) ja rauhoittumishuone (comfort room). Esimerkiksi Champagne (2017) on todennut, että aistihuoneen (sensory room) yläkäsitteellä voidaan kuvata laajaa valikoimaa erilaisia hoidollisia tiloja, joista esimerkkinä aistisäätelyhuoneet (sensory modulation room), sensorisen integraation huoneet (sensory integration room) ja snoezelen huoneet (snoezelen room). Hänen mukaansa aistihuoneita yhdistää se, että ne on suunniteltu ja niitä on hyödynnetty itsesäätelyn ja positiivisen muutoksen edistämiseen monenlaisissa käytännön olosuhteissa.

Sensoristen lähestymistapojen käyttäminen on lisääntynyt mielenterveyspalveluissa nopeasti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tarkoituksena on ollut ensisijaisesti pakkotoimien vähentäminen. Terapeutit ovat pyrkineet tarjoamaan uusia mahdollisuuksia sensorisille lähestymistavoille osana päivittäisiä käytäntöjä. Sensorisia lähestymistapoja on suunniteltu auttamaan potilaita tehokkaampaan emotionaaliseen ja keholliseen itsesäätelyyn. Sensorisia lähestymistapoja on useita, joista mielenterveyspalveluissa on otettu käyttöön ainakin multisensorisia tiloja. (Scanlan & Novak 2015, 277.)

Multisensoriset tilat ovat laitoshoidossa tai asumispalveluissa käytettäviä tiloja, jotka on suunniteltu erityisesti tarjoamaan erilaisia menetelmiä aistilähtöiseen rauhoittumiseen. Tilassa voi olla esimerkiksi värillisiä valoja, luontokuvia, aromaattisia tuoksuja, hierontavälineitä, stressinpoistoon kehitettyjä välineitä, erilaisia tekstiilejä, maustettua teetä, rentouttavaa musiikkia, keinutuoleja, sekä painopeittoja ja -liivejä. Tarkoituksena on tuottaa aistikokemuksia kaikille aisteille. Tilaa on mahdollista käyttää myös niin sanotun aikalisän ottamiseen, ja sen käyttäjä voi toteuttaa konkreettisia toimia itsensä tyyntymiseksi ja rauhoittamiseksi. (West, Melvin, McNamara & Gordon 2017, 254; Scanlan & Novak 2015, 277.) Multisensorisen tilan käyttäminen voi tapahtua joko henkilökunnan tai



potilaan aloitteesta, mutta olla myös liitettynä osaksi osaston päivittäistä tai ryhmämuotoista toimintaa (Bobier, Boon, Downward, Loomes, Mountford & Swadi 2015, 391 – 392).

Sekä multisensoristen tilojen käyttö että aistiharjoitukset voidaan nähdä hyödyllisenä osana psykiatrista hoitoa. Niiden avulla voidaan laajentaa käytettävissä olevien hoidollisten menetelmien repertuaaria, sekä välttää ja vähentää tilanteita, jotka saattaisivat johtaa sitomiseen tai eristämiseen. Henkilökunnan näkökulmasta menetelmien kautta voidaan vahvistaa hoitosuhdetta, sekä tarjota potilaille luovia ja kokonaisvaltaisia menetelmiä, joiden avulla voidaan edistää potilaiden vointia. Lähtökohtaisesti menetelmien voidaan olettaa soveltuvan käytettäviksi kaikille mielenterveyspalveluiden tasoille ja kaiken ikäisille potilaille diagnoosista riippumatta. (Champagne & Stromberg 2004, 6.)

Tutkittaessa multisensoristen tilojen hyödyntämistä nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa todettiin, että niiden käyttäminen voi olla hyödyllinen työkalu erityisesti aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden kohdalla. Tutkijat arvioivat, että kyseisen potilasryhmän kohdalla voisi olla perusteltua ottaa multisensorisessa tilassa hyväksi havaittuja menetelmiä käyttöön muissakin yhteyksissä, kuten kotona ja koulussa. (West ym. 2017, 258.) Akuuttipsykiatriassa tehdyssä pilottitutkimuksessa todettiin aistihuoneen käytön olevan hyödyllistä ahdistuksen ja häiriökäyttäytymisen lievittämisessä, vaikka väkivaltaisuuden tai eristämisen määrässä ei havaittukaan vähenemistä. Aistihuone voitiin nähdä inhimillisenä ja tehokkaana tapana tukea itsehoitoa lievissä ja kohtalaisissa häiriöissä. Tulokset tukivat myös painopeiton käyttöä psykiatrisessa osastohoidossa. (Novak, Scanlan, McCaul, MacDonald & Clarke 2015, 405.)

Lasten- ja nuorisopsykiatrisella osastolla tehdyssä tutkimuksessa potilaat kokivat multisensorisen tilan käytöllä olevan mielialaa ja vireystilaa kohentavia vaikutuksia huolimatta siitä, tavoiteltiinko tilan käytöllä toiminnallisuutta vai rauhoittumista. Tilaa käytettiin kerralla keskimäärin noin puoli tuntia. Tutkijat arvioivat, että multisensorisen tilan käyttäminen voi olla hyödyllistä lasten ja nuorten psykiatrisessa osastohoidossa.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että multisensorisen tilan käyttöönotolla voidaan tukea potilaita levottomuuden ja ahdistuneisuuden hallitsemisessa, sekä edesauttaa pyrkimystä vähentää sitomista ja eristämistä. (Bobier ym. 2015, 396 – 397, 399.) Rentoutumismenetelmien harjoittelu, tietoisien läsnäolon menetelmien sovellettu harjoittelu, psykoedukaatio ja mielikuvatekniikat ovatkin ahdistuneisuushäiriön hoidossa tärkeitä elementtejä (Ranta & Koskinen 2016, 273). Ahdistuneisuushäiriöiset potilaat kokivat multisensorisen tilan käyttämisellä olevan edullisia vaikutuksia levottomuuteen, ahdistukseen ja tunteiden säätelyyn (West ym. 2017, 258).

Keskittymisen vaikeuksia tai taipumusta turhautumiseen ja aggressioon omaaville potilaille olisi hyödyllistä tarjota alueita, joissa ärsykkeet ja riski aistien liialliseen kuormittumiseen on minimoitu. Alue voi sisältää esimerkiksi mahdollisuuden lukea, kuunnella musiikkia tai viettää aikaa toisen potilaan kanssa. Yhtenä vaihtoehtona on myös se, että potilaita ohjattaisiin keräämään itselleen pieneen laatikkoon sellaisia välineitä, joiden avulla potilas voisi tarvittaessa auttaa itseään stressaavan tilanteen tullen. Laatikkoon voisi laittaa esimerkiksi värityskirjan, kirjoituspaperia tai puristeltavan pallon. (Learning from Each Other 2003, 22, 27.)

ADHD:n oireistoon kuuluu aistitiedon säätelyn vaikeuksia, joihin liittyy aistilyherkkyyttä ja aistihakuisuutta. Aistitiedon sietämisen ja käsittelyn haasteita liittyy usein muihinkin kehityksellisiin häiriöihin. (Puustjärvi & Kippola-Pääkkönen 2016.) Tutkimuksen mukaan ADHD-lasten aistitiedon säätelyn vaikeuksilla saattaa olla vaikutusta lasten käyttäytymiseen ja oppimiseen. Kliinisen työn kannalta olisikin tärkeää harkita sensoristen strategioiden ja apukeinojen käyttöönottoa osana ADHD-lasten oireiden hallintaa. (Shimizu, Bueno & Miranda 2014, 351.) ADHD-lasten kohdalla nähdään perustelluksi kokeilla myös muun muassa aerobista liikuntaa, sekä työmuistiin vaikuttavia menetelmiä esimerkiksi joogan kaltaisin harjoittein (Sourander & Aronen 2014).

Rauhoittumishuone on yksi vaihtoehto huoneelle, joka on suunniteltu aisteja tukevaan ja aistienvaraiseen rauhoittumiseen. Siellä voidaan

harjoitella rauhoittumisen tekniikoita levottomuuden ja aggressiivisen käyttäytymisen vähentämiseksi. Huoneen käyttämisen tavoitteena on sellaisten käytännön taitojen kehittäminen, joita voidaan käyttää myös sairaalan ulkopuolella. Rauhoittumishuone voidaan nähdä henkilökunnan työkaluna, jonka avulla voidaan estää sitomisen ja eristämisen käyttöä. Huoneen käytön tulee perustua vapaaehtoisuuteen, eikä sitä tule käyttää rangaistuksena tai palkkiona. Huonetta tulisi käyttää ennen kontrolloimattoman käyttäytymisen alkamista. (MacDaniel 2009, 7.)

Henkilökunnan olisi tärkeää uskoa huoneen käyttämisen toimivuuteen, koska muuten huone jää helposti käyttämättä. Henkilökunnan näkökulmasta huoneen käyttö vähentää riskiä uupumiselle ja vahingoittumiselle, sekä parantaa henkilökunnan ja potilaiden välisiä suhteita. Henkilökunnan on mahdollista keskittyä yksilöön, ei pelkästään käyttäytymiseen. Potilaille huone tarjoaa ympäristön, jossa voi harjoitella itseohjautuvaa käyttäytymistä, lisätä itsetuntemusta, kehittää joustavuutta, toteuttaa itsehoitoa, sekä kehittää taitoa tunnistaa ja käsitellä laukaisevia tekijöitä. Potilaat voivat saada kokemuksen, että henkilökunta todella välittää heistä. (MacDaniel 2009, 9 – 10.)

Huoneessa voidaan toteuttaa monenlaista toimintaa, kuten lukemista, musiikin ja äänikirjojen kuuntelemista, pelien pelaamista, valokuvaamista, askartelua, käsitöiden tekemistä, saippuakuplien puhaltamista, turvapaikan rakentamista ja kynsien hoitoa. Huoneessa voidaan myös käyttää erilaisia välineitä, kuten keinutuolia, tuoksuja, painopeittoa, niskatyynyä, nilkka- ja rannepainoja, hierovaa tuolia, liitutaulua, rentoutus cd-levyjä, peittoja ja huopia, stressi- ja hierontapalloja, säkkituolia, värityskirjoja, erilaisia valaisimia, tunneleita, koko vartalon verhovia ”sukkia” (body socks), täriseviä tuotteita, pimeässä hohtavia tuotteita, sekä erilaisia materiaaleja tuntoaistia stimuloimaan. (MacDaniel 2009, 82 – 85.)

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT

### 5.1 Toimintatutkimus lähestymistapana

Kehittämistoiminta alkaa sopivan lähestymistavan valinnalla (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 51). Toimintatutkimus on yksi kehittämistoiminnan lähestymistapa, jossa pyritään samanaikaisesti tuottamaan tietoa ja aikaansaamaan käytännön muutos. Muutoksen nivoutuminen käytäntöön on keskeistä, jonka vuoksi on tärkeää saada kohdeorganisaatiossa toimivat ihmiset osallistumaan kehittämistyön aktiivisiksi toimijoiksi. Toimintatutkimuksessa pyritään hyödyntämään ihmisten keskinäistä vuorovaikutusta osana kehittämistyötä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 38.)

Kehittämistoiminnassa pyrkimyksenä on tuottaa tietoa, jonka merkitys ja kriteerit ovat kuitenkin erilaiset kuin perinteisissä tutkimuksissa. Aikaansaatu tieto on luonteeltaan käytännöllistä. Sitä voidaankin käyttää kehittämisen tukena. Tiedon tuottamisen merkitys voi vaihdella. Sen tehtävänä voi olla esimerkiksi johdon vaatimukseen vastaaminen, toimijoiden oppiminen ja oman toiminnan kehittäminen, kehittämistoiminnan suuntaaminen tai arviointi, sekä saatujen tulosten siirrettävyys. Toimintatutkimuksessa tiedon tehtävä on usein kehittämistoiminnan suuntaamisessa uudelleen, kun tavoitteita ja toimintamuotoja tarkennetaan havaintojen reflektoinnin kautta. Kehittämistoiminnassa eteneminen on tavallisesti tilannekohtaisesti määrittyvää, joka asettaa omat haasteensa. Useamman aineiston tapauksissa voidaan valita pääasiallinen tiedonlähde, jota muut aineistot täydentävät. (Toikko & Rantanen 2009, 113 – 115.)

Kehittämistoiminta ylipäätensä voidaan nähdä prosessina, joka sisältää tiettyjä tehtäviä. Tehtäviä voidaan nähdä olevan viisi, jotka ovat perustelu, suunnittelu, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen. Varsinaisen toiminnan jälkeen tulevaa tulosten levittämistä voidaan parantaa tuotteistamisen avulla, jolla tarkoitetaan esimerkiksi selkeän ja ymmärrettävän mallin luomista. Kehittämistoiminnan etenemistä ja

rakennetta voidaan kuvata erilaisin mallein. Toimintatutkimuksessa kehittämisprosessia kuvataan tavallisesti spiraalimallin mukaisesti. Spiraalimallissa kehittämistoiminta etenee jatkuvana syklinä, joka muodostuu peräkkäin toteutetuista toisiaan täydentävistä kehistä. Kehissä vuorottelevat aina perustelujen jälkeen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Toikko & Rantanen 2009, 56, 62 – 63, 66 – 67.)

Toimintatutkimuksen tyypillisinä erityispiirteinä voidaan nähdä käytäntöön suuntautuminen, toimintatutkijan ja tutkittavien aktiivinen osallistuminen, syklinen prosessi, muutokseen pyrkiminen, sekä ongelmakeskeisyys (Kuula 1999, 218 – 219). Toimintatutkimus itsessään yhdistää teorian ja käytännön, ja tietoa siinä tuotetaan usein prosessimaisella tavalla. Toimintatutkimusta ei siis voida suunnitella liian tarkasti etukäteen, sillä kehittämistyön myötä saatu tieto ja havainnot ohjaavat kehittämistoimintaa tiettyyn suuntaan. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Toimintatutkijan ja kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden välinen yhteistyö on tavallista. Kaikki osallistujat ovat tasa-arvoisia ja vastuullisia sekä itselleen että muille, niin myös aktiivisena ryhmän jäsenenä oleva toimintatutkija. Kehittämisen kohteeksi sopii esimerkiksi jokin ilmiö, toiminnan kehittäminen tai uudenlaiset työtavat. Yhdessä kehittämällä aikaansaadut ratkaisut hyväksytään usein helpommin kuin täysin ulkopuolelta tulevat. (Ojasalo ym. 2014, 58 – 59.)

Toimintatutkimuksellinen kehittämistoiminta alkaa kehittämisen tavoitteiden määrittelyllä, jonka jälkeen ryhdytään perehtymään aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja tutkimukseen. Toimintatutkimuksessa tehtyjä asioita tulee arvioida jatkuvasti, ja myös tavoitetta voidaan täsmentää myöhemmin. (Ojasalo ym. 2014, 61.)

Valitsin tämän kehittämishankkeen lähestymistavaksi toimintatutkimuksen, koska kehittämisen kohde oli käytännönläheinen, aktiivisina toimijoina olivat kohdeorganisaation työntekijät, ja kehittäminen tapahtui vuorovaikutuksellisin keinoin. Tämä kehittämishanke myös eteni syklisesti, ja sen toimintatavat täydentyivät kehittämistoiminnan edetessä. Tässä

kehittämishankkeessa aihe nousi työyhteisöstä, ja kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden ja toimintatutkijan välinen yhteistyö oli keskeistä.

## 5.2 Kehittämismenetelmät

Sopivan lähestymistavan valitsemisen jälkeen ryhdytään pohtimaan käytettäviä kehittämismenetelmiä. Toimintatutkimus on usein lähestymistapana laadullinen, joten osallistavat kehittämismenetelmät soveltuvat siihen hyvin. Erilaisia kehittämismenetelmiä ovat esimerkiksi ryhmäkeskustelu, haastattelu ja havainnointi, joita on myös mahdollista yhdistää. (Ojasalo ym. 2014, 51, 61.)

Kehittämishankkeen toimijoista muodostetaan hankeryhmä, jolle tarvittaessa määrätään erillinen koordinaattori tai johtaja. Kehittämisen kannalta olennaiset tahot ja yhteistyökumppanit voivat lisäksi muodostaa ohjausryhmän, jotta saataisiin mahdollisimman laaja hyväksyntä toimintaympäristössä. Kehittämistoimintaan tulisi osallistua mahdollisimman monien henkilöiden, joita kehittäminen jollakin tavalla koskettaa. (Toikko & Rantanen 2009, 58 – 59.)

Tätä kehittämishanketta varten perustettiin yhdentoista hengen hankeryhmä, johon kokosin mahdollisimman monipuolista osaamista niin moniammatillisuus, työkokemukset kuin lisäkoulutuksetkin huomioiden. Oma roolini oli toimia hankeryhmän vetäjänä. Hankeryhmän lisäksi perustettiin viiden hengen ohjausryhmä, johon kokosin esimies- tai asiantuntijatehtävissä toimivia henkilöitä, joilla on kokemusta sekä kliinisestä työstä että kehittämistyöstä.

### **Aivoriihi**

Aivoriieä voidaan käyttää apuna luovassa ongelmanratkaisussa, jossa se onkin yksi standardimenetelmistä. Sen kautta voidaan tuottaa uusia ideoita tai ratkaisuja johonkin ongelmaan ryhmässä, johon kuuluu tavallisesti 6–12 henkeä. Aivoriiehestä käytetään myös nimityksiä brainstorming ja ideointityöpaja. (Ojasalo ym. 2014, 160.) Aivoriiehi on siis yhteisöllinen ideointimenetelmä, jossa ryhmä ihmisiä käy yhdessä läpi

tiettyä annettua teemaa vapaasti ja kriitikittömästi. Ideoita on tavoitteena saada aikaan ja kirjatuksi mahdollisimman paljon. Aivoriihi voidaan toteuttaa usein erilaisin menetelmin. (Ojasalo ym. 2009, 44.)

Aivoriihessä on aina vetäjä, jonka johdolla aivoriihikokoukset toteutetaan. Aivoriihen vetäjällä on keskeinen rooli aivoriihen tuloksellisuuteen vaikuttamisessa. Vetäjä huolehtii prosessin oikeanlaisesta toteutumisesta, rytmittämisestä ja aikataulusta. Vetäjän tulee ohjata ryhmän työskentelyä puheenvuorojen jakamisesta lähtien, sekä huolehtia sääntöjen noudattamisesta. Tärkeää on, ettei ideointivaiheessa siirryttäisi ennenaikaisesti arviointiin. (Ojasalo ym. 2014, 160 – 161.)

Aivoriihitapaamiset muodostuvat erilaisista vaiheista, joita ovat esivaihe, lämmittelyvaihe, ideointivaihe ja valintavaihe. Esivaiheen tavoitteena on aivoriihen tavoitteiden asettaminen. Lämmittelyvaiheessa käydään vetäjän johdolla läpi tapaamisen toimintaperiaatteet, sekä pyritään päästämään irti ennakkoluuloista ja muista mielen tuomista rajoituksista. Ideointivaihe alkaa vapaalla osuudella, jossa ideoita ei perustella tai arvioida. Ideat kirjataan vetäjän toimesta ylös, jonka jälkeen niitä yhdistellään ja kehitetään edelleen. Valintavaiheessa aikaansaatuja ideoita aletaan arvioida ja tarkastella kriittisesti. Jokainen saa puheenvuoron, ja niissä voidaan velvoittaa käyttämään tiettyä tekniikkaa. (Ojasalo ym. 2014, 161.)

Valitsin hankeryhmän ensimmäiseen tapaamiseen kehittämismenetelmäksi aivoriihen. Aivoriihi mahdollisti ideoiden, eli tässä kehittämishankkeessa vaihtoehtoisten menetelmien tuottamisen.

### **Ryhmäkeskustelu**

Toimintatutkimuksessa yhtenä kehittämismenetelmänä on kehittämistoimintaan osallistuvien henkilöiden käymät ryhmäkeskustelut. Kehittämisen edetessä edelliset keskustelut toimivat alustana seuraaville. Keskustelujen sisällöt ja toiminnot dokumentoidaan, ja nousseet ideat ovat käyttökelpoisia välineitä kehittämistyöhön. Ryhmäkeskustelusta aikaansaadut dokumentit toimivat tutkimusaineistona. (Ojasalo ym. 2014, 61 – 62.) Ryhmäkeskustelu on tiedonkeruun metodi, jossa ihmisiä

kutsutaan käymään ennalta määrätyksi ajaksi fokusoitua ja vapaamuotoista keskustelua annetusta aiheesta (Valtonen 2005, 223).

Ryhmäkeskuselu tarvitsee vetäjän, joka pyrkii aikaansaamaan oikeanlaisen ilmapiirin, kannustaa osallistujia keskusteluun, sekä ohjaa keskustelua kohti tavoitteita osallistumatta kuitenkaan itse liian aktiivisesti. Vetäjä pyrkii siis siirtämään vastuuta keskustelusta osallistujille ja saamaan heidän välilleen vuorovaikutusta tarjoamalla keskusteltavia ja kommentoitavia teemoja esimerkiksi kysymyksiä. Osallistujien keskinäinen sekä vetäjän ja osallistujien välinen vuorovaikutus synnyttää ryhmäkeskustelun aineiston, jossa tiedoksi lasketaan myös vaikeneminen. (Valtonen 2005, 223 – 224.)

Ryhmäkeskusteluun osallistuvien henkilöiden valintaa määrittää usein samantyyppisuuden tai erilaisuuden näkökulmat. Monesti lähdetään siitä, että keskustelulle olisi olemassa jonkinlainen yhteinen alusta esimerkiksi osallistujien mielenkiinnon, osaamisen tai statuksen näkökulmasta. Yhteinen tehtävä ja tavoitteet ovat edellytyksenä ryhmän toiminnalle, ja ryhmän osallistujat ominaisuuksineen taas määrittävät tilanteen vuorovaikutukselliset lähtökohdat. (Valtonen 2005, 229.)

Ryhmäkeskusteluun osallistuu usein noin 6–12 henkilöä. Sen avulla voidaan kerätä tietoa useamman ihmisen joukosta. Käsiteltävästä ilmiöstä puhutaan usein arkikielellä, ja aiheisiin päästään paneutumaan syvällisemmin kuin yksilön kanssa käytävissä keskusteluissa. Ryhmässä keskusteluun nousee myös helpommin aiheita, joita yksilönä tavattu henkilö ei olisi välttämättä tullut muistaneeksi. (Ojasalo ym. 2009, 42.)

Ryhmäkeskustelussa käydyt puheenvuorot ovat usein ikään kuin lyhyitä toisiaan jatkavia tai täydentäviä kertomuksia. Vetäjä voi ylläpitää kertomuksien kertomista pyytämällä tarkennusta tai esittämällä lisäkysymyksiä. Kysymysten lisäksi tärkeä keino tuottaa keskustelua on aktiivinen ja kannustava kuuntelu. Yhtenä vaihtoehtona on myös erilaisten luovuutta tukevien virikemateriaalien käyttäminen. Sellaisia voivat olla esimerkiksi kuvat, videot, mainokset, esitteet tai roolipelit. Niiden avulla



voidaan lisätä ja rytmittää keskustelua. Kaikki osallistujat tulisi saada osallistumaan keskusteluun. (Valtonen 2005, 235 – 238.)

Ryhmäkeskustelu voi toimia muutosta edistävänä tekijänä ja yhteishengen parantajana. Ryhmän välille muodostuu luovuuden potentiaali, jonka avulla uudenlaiset ja yllättävätkin näkökulmat voivat nousta esille osallistujien ideoiden, kommenttien ja näkemysten innostaessa toisiaan. Vetäjän tulee kuitenkin pyrkiä välttämään ryhmäkeskustelulle ominaista ongelmaa, eli sitä, ettei hän antaisi vain tietynlaisille kommentteille sanallista tai sanatonta hyväksyntää viestittäen samalla käsityksiä siitä, millaisia kommentteja odotetaan. Myös siihen tulee kiinnittää huomiota, ettei keskustelu muutu liian haastattelumaiseksi esimerkiksi niin, että vetäjä esittää paljon kysymyksiä vain tietyille osallistujille, tai että osallistujat pyrkivät haastattelemaan vetäjää. (Valtonen 2005, 226 – 227, 237.)

Kun ryhmäkeskustelu on käyty, alkaa vetäjä käydä aineistoa läpi. Saatua dataa on mahdollista lähestyä monin eri tavoin, ja lopulta analysoitaviksi päätyvät osuudet eivät välttämättä ole niitä, joita olisi voinut ensimmäiseksi olettaa. Ryhmän erilaiset reaktiot voivat tuoda tärkeää tietoa käsiteltyihin aiheisiin liittyen. Kun vetäjä havainnoi analysoitaviksi tulevia kohtia, tulee hänen pohtia myös sitä, miten kiinnostavat huomiot on mahdollista ja järkevää tuoda esille. Tärkeää on myös pohtia toteutunutta vuorovaikutusta ja sen moninaisuutta. (Valtonen 2005, 239 – 241.)

Valitsin hankeryhmän kahteen jälkimmäiseen tapaamiseen kehittämismenetelmäksi ryhmäkeskustelun. Ryhmäkeskustelu mahdollisti syvällisen paneutumisen kehittämisen kohteeseen, eli tässä kehittämishankkeessa kirjalliseen manuaaliin.

### 5.3 Tuotettujen aineistojen käsittelystä

Laadullisissa tutkimuksissa aineistoista pyritään löytämään toimintatapoja, samanlaisuuksia tai erilaisuuksia. Sisältöä analysoitaessa tarkastelun kohteeksi nousee asioiden ja tapahtumien merkitykset, seuraukset ja

yhteydet. Analyysin avulla voidaan kuvata aineiston sisältöä tai tehdä sen avulla päätelmiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 – 22.)

Toiminnallisesti toteutetussa laadullisessa opinnäytetyössä aineiston analyysin toteutus tapahtuu usein teemoittelun, tyypittelyn tai molempien keinoin. Kerätyn aineiston analysointi ei kuitenkaan ole välttämätöntä, vaan sitä voidaan myös käyttää lähdemateriaalina. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57, 64.) Teemoittelussa laadullista aineistoa ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaan. On esimerkiksi mahdollista etsiä aineistosta sellaisia näkemyksiä, jotka kuvaavat jotakin tiettyä teemaa. Tyypittelyssä erilaisten teemojen sisältä löydetyistä yhtenäisistä ominaisuuksista voidaan muodostaa eräänlaisia yleistyksiä. Tärkeää on huomioida se, että laadullisesta aineistosta voi aina löytyä jotakin sellaista, jota ei olisi osannut odottaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Toimintatutkimuksessa aineiston analysointi on usein prosessimaista. Analyysin avulla voi mahdollistua esimerkiksi tutkimustehtävän täsmentäminen, tulevan aineistonkeruun linjaaminen, sekä tutkimuksen kohdistaminen tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Analyysin eri vaiheita ovat esimerkiksi aineiston jäsentely ja luokittelu erilaisiin teema-alueisiin, sekä aineistoa kannattelevan juonen etsiminen. Analyysi on toimintatutkijan henkilökohtainen konstruktio, joka tekee toimintatutkimuksesta luonteeltaan tulkinnallisen. (Kiviniemi 1999, 73, 76 – 78.)

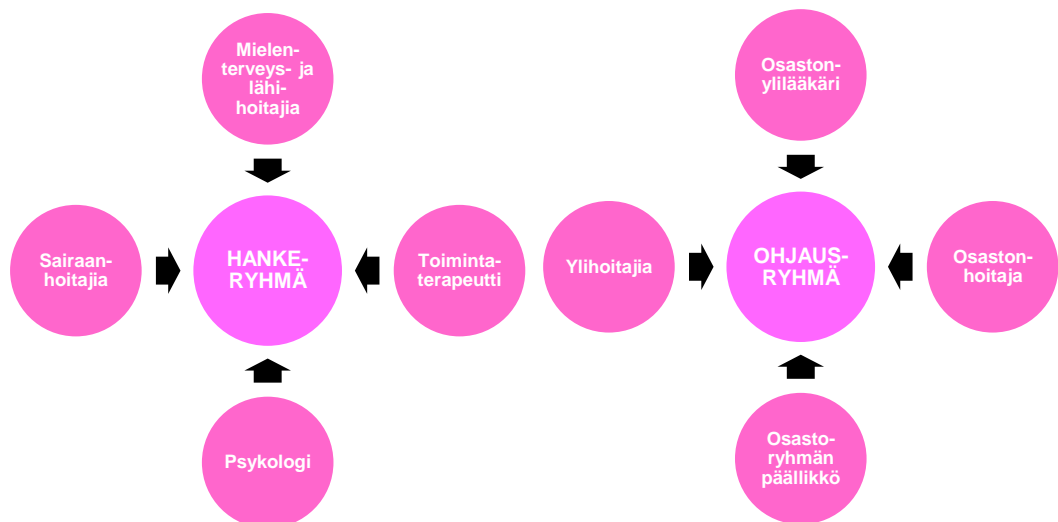
Tässä kehittämishankkeessa aineistoja käsiteltiin sisällön analyysiä soveltaen. Pääasiallisena aineistona olivat hankeryhmän tapaamisissa tuotetut materiaalit, jota ohjausryhmän tuottamat materiaalit täydensivät. Aineistoja läpikäymällä täsmensin kehittämishankkeen tavoitetta ja tarkoitusta, sekä linjasin seuraavien tapaamisten tiedonkeruuta suunnitteleamalla tapaamisten sisältöjä ja materiaalien tuottamista ohjaavia kysymyksiä. Hankeryhmän tapaamisissa taas tapahtui tuotetun aineiston osalta teemoittelun ja tyypittelyn kaltaista jaottelua vetäjän ohjaamana.

## 6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

### 6.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Aiheseminaarin, suunnitelmaseminaarin, sekä muiden kehittämishankkeeseen liittyvien käytännön asioiden hoitamisen jälkeen nostin kehittämishankkeen esille työyhteisössä osana arjen keskustelua. Lokakuussa 2016 toteutuneessa koko työryhmälle suunnatussa koulutuspäivässä kävin läpi tulevan kehittämishankkeen alustavan tavoitteen, tarkoituksen, tietoperustan, lähestymistavan ja kehittämismenetelmän.

Koulutuspäivän jälkeen suunnittelin hankeryhmän ja ohjausryhmän kokoonpanot, ja aloin työstää runkoja tuleviin tapaamisiin. Hankeryhmän kokosin moniammatillisuuden näkökulmasta, kun taas ohjausryhmän henkilöistä, jotka toimivat hallinnollisissa ja koordinoivissa tehtävissä (Kuvio 2).



KUVIO 2. Hankeryhmän ja ohjausryhmän osallistujat

Lokakuun aikana keskustelin henkilökohtaisesti jokaisen hankeryhmän ja ohjausryhmän jäsenen kanssa heidän mahdollisuudestaan ja halukkuudestaan osallistua. Suostumuslomakkeen osallistumisesta toimitin myöhemmin lähetetyssä tiedotteessa.

Hankeryhmän tapaamisten alustavat ajankohdat sovin ensiksi esimiehen kanssa, jonka jälkeen työvuorolistoja tekevien henkilöiden kanssa. Sain sovittua tapaamiset kolmelle eri työvuorolistalle, jolla pyrin välttämään ylenmääräisiä haasteita työvuorojen suunnittelulle. Toiveenani oli, että ensimmäiseen tapaamiseen pääsee osallistumaan mahdollisimman monta hankeryhmän jäsentä, koska tavoitteena oli saada aikaan mahdollisimman paljon materiaalia. Aikaansaadun materiaalin jatkostyöstämisen taas arvelin onnistuvan muissa tapaamisissa myös hieman pienemmällä kokoonpanolla.

Yhtä hankeryhmän tapaamista varten varasin aikaa kaksi tuntia. Tapaamiset järjestin osaston neuvotteluhuoneessa, jossa oli mahdollisuus saada tietokoneen kuva näkymään isolle kankaalle. Tämä mahdollisti sen, että pystyin kirjaamaan kehittämistä suoraan koneelle siten, että osallistujat näkivät kirjaamista ajankohtaisesti. Lisäksi käytössäni oli ääninauhuri. Sen avulla pystyin kuuntelemaan ja tarkastelemaan tapaamisten kulkua ja tuotoksen kehittymistä jälkikäteen vaihe vaiheelta, eikä keskittymiseni mennyt liiaksi muistiinpanojen ja havaintojen kirjoittamiseen.

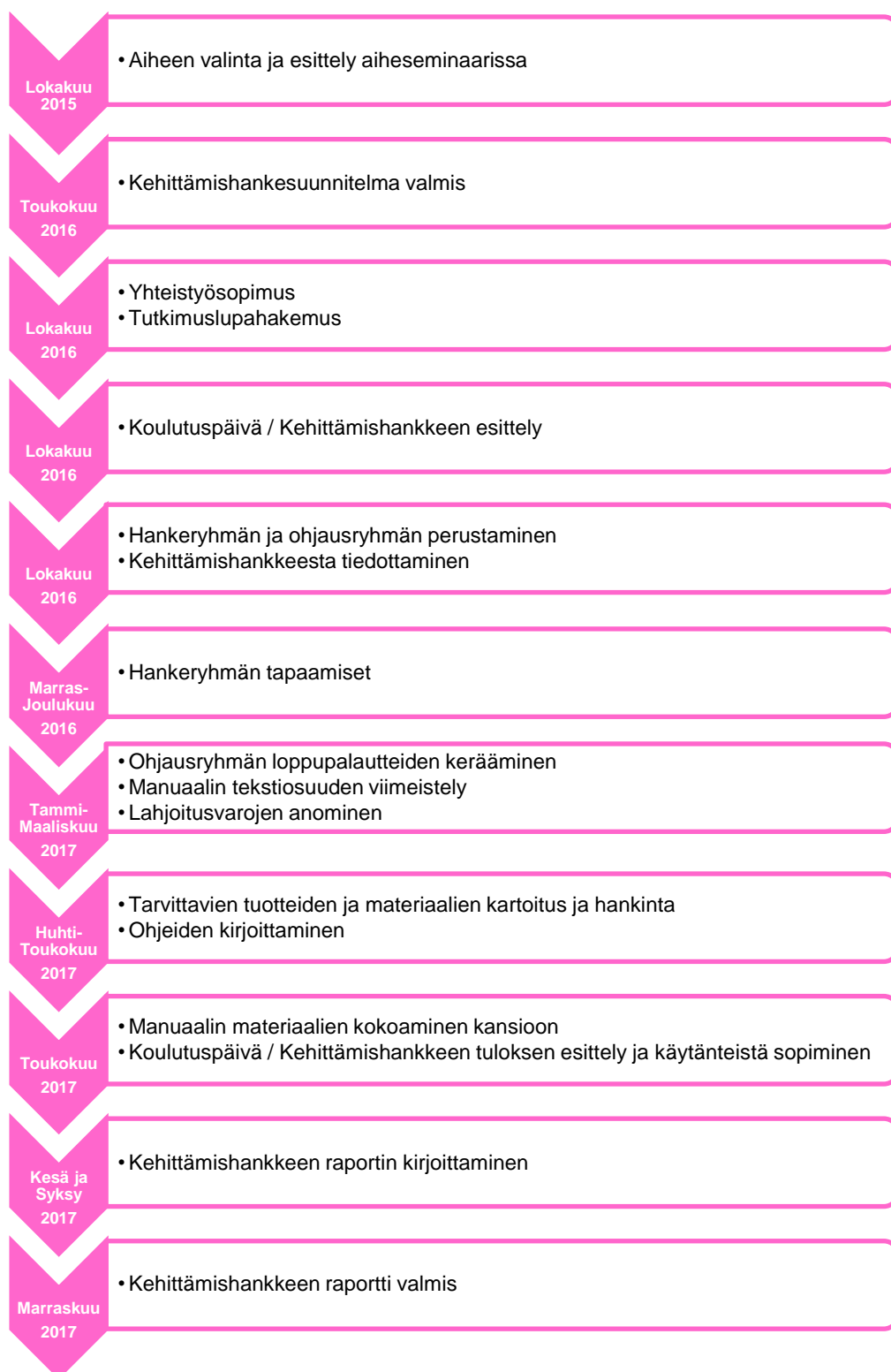
Ohjausryhmän toiminta muodostui lähtökohtaisesti sähköpostitse käytävästä yhteydenpidosta. Lähetin ohjausryhmän jäsenille ajankohtaisen tuotoksen jokaisen hankeryhmän tapaamisen jälkeen. Pyysin ohjausryhmältä palautetta, ajatuksia ja ideoita kehittämisen tueksi ja sitä ohjaamaan. Lähetin ohjausryhmälle yhteensä viisi tiedotetta. Viimeisessä tiedotteessa pyysin kommentteja ja ajatuksia kirjallisen tuotoksen lopullista viimeistelyä ohjaamaan.

Koko työryhmälle lähetin viisi tiedotetta, joista ensimmäisen kaksi viikkoa ennen hankeryhmän ensimmäistä tapaamista. Muutama päivä ennen

hankeryhmän ensimmäistä tapaamista lähetin toisen tiedotteen, jossa kerroin hankeryhmän ja ohjausryhmän osallistujat, sekä hankeryhmän tapaamisten alustavat päivämäärät. Kannustin myös käymään asian tiimoilta mahdollisimman paljon monipuolista ja avointa keskustelua osaston arjessa. Kolmannessa tiedotteessa kerroin hankeryhmän ensimmäisen tapaamisen aikaansaannoksista, sekä kannustin viemään omia ideoita hankeryhmän jäsenten tietoon. Viimeisen tiedotteen lähetin maaliskuussa 2017. Siinä oli viimeisin version kehittämishankkeen tuotoksesta, sekä kuvaus sovitusta käytännön järjestelyistä. Kannustin myös käyttämään menetelmiä siltä osin, mihin on olemassa tarvittavia tuotteita ja materiaaleja, sekä mitkä tuntuvat selkeiltä ja tutuilta.

Hankeryhmälle lähetin lisäksi neljä omaa tiedotetta. Ensimmäisessä tiedotteessa kerroin hankeryhmän osallistujat ja tulevien tapaamisten ajankohdat. Kerroin myös jo aiemmin jakamani suullisen informaation varmistamiseksi tiedon siitä, ettei hankeryhmään osallistuminen edellytä jokaiseen tapaamiseen pääsemistä, vaikka se toivottavaa onkin. Lisäksi muistutin siitä, että olen ilmoittanut osallistujat työvuorolistojen tekijöille, ja heidät pyritään sijoittamaan tapaamispäivinä päivävuoroon, mutta kuitenkin niin, että henkilökohtaiset toiveet menevät annetun informaation ohi. Toisessa tiedotteessa toistin suullisesti jakamani informaation siitä, että tapaamiset äänitetään. Hankeryhmän viimeisen tiedotteen lähetin noin viikkoa ennen viimeistä tapaamista.

Hankeryhmän tapaamisten jälkeen, kevään 2017 aikana, viimeistelin kehittämishankkeen lopullista kirjallista tuotosta, keräsin loppupalautteita ohjausryhmän jäseniltä, pyrin osallistumaan käytännön järjestelyihin mahdollisuuksien mukaan, sekä suunnittelin koko henkilökunnalle tulossa olevan koulutuspäivän sisältöä. Kehittämishankkeen lopullista raportointia tein pääosin kesällä ja syksyllä 2017. Koko prosessin ajan apuna olivat opinnäytetyön ohjausryhmän tapaamiset. Kehittämishankkeen etenemistä pyrin havainnollistamaan kuviolla (Kuvio 3).



KUVIO 3. Kehittämishankkeen eteneminen

## 6.2 Aivoriihen aineisto ja sen käsittely

Hankeryhmän ensimmäinen tapaaminen pidettiin marraskuussa 2016. Paikalla oli kahdeksan hankeryhmän jäsentä, joista kaikki osallistuivat tapaamisen sen alusta loppuun. Tapaamisessa oli kehittämismenetelmänä aivoriihi.

Ideointivaiheessa aiheen asetteluna oli kysymys siitä, millaisia menetelmiä, työskentelytapoja tai interventioina menetelmähuoneessa voitaisiin käyttää ja toteuttaa. Ideoinnin aikana kirjoitin valmiita ideoita papereilta koneelle. Ideapapereita oli yhteensä 32, ja ne sisälsivät 62 ideaa. Seuraavaksi lähdettiin keskustellen pohtimaan sitä, mitä ideoita nykyiset ideat tuovat mieleen. Kehotin myös nostamaan esille sellaisia ideoita ja toimintoja, joita jo toteutetaan, sekä pohtimaan nykyisten yksilötapaamisten sisältämiä elementtejä. Tarkoituksena oli edelleenkin vain tuottaa lisää, ei vielä arvostella tai perustella. Ohjeistin etenemään järjestyksessä ja ohittamaan oman puheenvuoron, jos mitään ideaa ei sillä hetkellä mielessä ollut. Näin saatiin vielä 31 ideaa lisää.

Valintavaiheessa aihetta lähestyttiin kysyen sitä, miten aikaansaatuja ideoita voitaisiin ryhmitellä tai jaotella, sekä millaisilla yläkäsitteillä tai millaisina kokonaisuuksina ideoista voitaisiin puhua. Aikaansaannoksena oli aluksi 11, mutta tarkennettuna 13 yläotsikkoa. Yläotsikot olivat rentoutuminen, ahdistuksenhallinta, liikunnalliset keinot, tietoisuustaidot, huomion muualle suuntaaminen, sosiaalisten taitojen vahvistaminen, ymmärretyksi tuleminen, aistiharjoitukset, toiminta, oman tilanteen ymmärtäminen / oirehallinta, itsehallinta / tunteiden hallinta / itsetuntemus, vakauttaminen, sekä vuorovaikutukselliset keinot. Otsikointivaiheessa syntyi vielä seitsemän uutta ideaa menetelmiksi. Seuraavaksi alettiin pohtia sitä, minkä yläotsikon alle mikäkin menetelmä menee. Samalla kehotin arvioimaan ja tarkastelemaan ideoita kriittisesti, poistamaan toiston, sekä pohtimaan perusteita ideoiden takana.

Keskustelua käytiin esimerkiksi liittyen menetelmään, jossa pyritään pitämään kahdestaan ilmapalloa ilmassa. Se nähtiin liikunnallisena keinoa,

joka edellyttää keskittymisen ja huomion suuntaamista. Sen nähtiin liittyvän myös sosiaalisiin taitoihin, koska se edellyttää toisen ihmisen toiminnan havainnointia, sekä oma toiminnan mukauttamista toisen ihmisen toiminnan mukaisesti. Spiraali-peli taas oli osalle osallistujista vieraampi, joten menetelmän ennestään tuntevat osallistujat pohtivat sen käyttämistä ja asettumista yläotsikoiden alle. Peli nähtiin vuorovaikutuksellisenä keinona, jonka avulla voidaan kerätä tietoja potilaasta. Lisäksi se koettiin yhdeksi tavaksi toteuttaa psykoedukaatiota ja lisätä potilaan oman tilanteen ymmärtämistä.

Jaottelun tekemiseen liittyi myös haasteellisuutta, josta nousi paljon keskustelua. Lopulta päädyttiin siihen, että tuotos jaetaan kahteen osaan. Näitä osia päätettiin kutsua oirehallinnan mukaisen jaottelun osalta Manuaaliksi, sekä välineiden ominaisuuksien mukaisen jaottelun osalta Laatikoksi. Manuaalin jaottelussa välineet listattiin kunkin tavoitteellisen yläotsikon alle, eli kuvattiin vaihtoehtoiset menetelmät kunkin oirehallinnan kategorian alla. Laatikoiden jaottelussa tavoitteelliset yläotsikot jaettiin kunkin yksittäisen välineen alle, eli kuvattiin kunkin vaihtoehtoisen menetelmän toivottuja vaikutuksia oirehallintaan. Molemmat lähestymistavat sisälsivät siis samat tiedot, mutta kahdella eri tavalla ilmaistuna.

*On ne Laatikot ja se Manuaali. Niihin Laatikoihin on jaottelu nimenomaan sen välineen ominaisuuksien mukaan. Manuaali sen oirehallinnan mukaisesti, mimmosiin tavoitteisiin niitä välineitä voidaan hyödyntää.*

Kaikkien haluttujen muutosten tekeminen ei ollut ajankohtaisesti mahdollista, joten aivoriihen lopuksi sovittiin, että viimeistelen sovitut muutokset ja teen konkreettisesta tuotoksesta alustavan rungon seuraavaa tapaamista varten. Valintavaiheen jälkeen vedin tapaamisen lyhyesti yhteen, sekä annoin vapaata tilaa pohtia tapaamisen tuottamia ajatuksia. Pohdintaa herättivät käytännön asiat, kuten turvallisuus, sekä valvontakameran järjestäminen käytettäviin tiloihin.

Aivoriihen jälkeen konkreettinen tuotos oli lista sanoja jaoteltuina kolmentoista erilaisen yläotsikon alle. Lähdin käymään materiaaleja läpi



kuuntelemalla ja auki kirjoittamalla äänitteen, sekä kirjoittamalla tuotoksen puhtaaksi. Niitä läpikäymällä aloin työstää runkoa ja kysymyksiä seuraavaa tapaamista varten (Liite 1).

Apuna oli myös ohjausryhmän tuottama materiaali. Hankeryhmä sai positiivista palautetta tuotteliaisuudesta. Työskentelyn nähtiin alkaneen lupaavan runsaana. Tuotoksen osalta palautteissa kehoitettiin pohtimaan yläotsikoiden määrän vähentämistä, sekä mahdollista tieteellistä, kliinistä tai kokemuksellista tietoa menetelmien tueksi. Hyvänä nähtiin se, että kokonaisuudessa oltiin huomioitu potilaan psykofyysinen yksilöllisyys kattavasti. Tiivistämistä ja hienosäätöä kehoitettiin tekemään kehittämisen edetessä.

Manuaalin näkökulma oirehallinnasta nähtiin hyvänä asiana, mutta siihen toivottiin vielä tarkennuksia helpottamaan oikean menetelmän valintaa kullekin potilaalle. Menetelmälähtöinen lähestymistapa sai positiivista palautetta. Sen kautta nähtiin mahdollisuus siihen, että potilas osallistuu menetelmän valintaan. Potilaan mahdollisuus olla mukana päätöksenteossa ja osallistumisessa nähtiin tärkeäksi teemaksi perustuen siihen, että se on noussut toistuvasti esille ja painotettavaksi asiaksi eri yhteyksissä valtakunnallisella tasolla.

Ajankohtaisten aineistojen, dokumenttien ja havaintojen valossa arvioin kehittämistoiminnan toteutusta. Aikaansaadun tuotoksen perusteella tulin siihen tulokseen, että kehittämishanketta tulee suunnata uudelleen. Täsmensin tavoitetta sisältämään maininnan manuaalista kehittämishankkeen konkreettisena tuotoksena, sekä tiedon siitä, että menetelmiä suunnitellaan käytettäväksi siihen erikseen varatussa huoneessa. Menetelmien käyttämispaikan mainitsemisella halusin korostaa menetelmien käyttämisen olevan erillinen interventio, jota voidaan käyttää yksilötapaamisen lähtökohtana. Yksinkertaistin myös kehittämishankkeen tarkoitusta, sekä tarkensin sitä vastaamaan paremmin kehittämishankkeen taustalla olevia intressejä.

Dokumentit antoivat viitettä siitä, millainen kehittämishankkeen konkreettinen tuotos tulee olemaan. Näin aikaansaadun tuotoksen keskeneräisyyden vuoksi perustelluksi sen, että tuotoksen työstämiselle, arvioimiselle ja jatkokehittämiselle annetaan lisää aikaa. Se tarkoitti sitä, että esimerkiksi käytäntöön viemisen tarkempi suunnittelu jäisi myöhempään vaiheeseen.

Havaitsin, ettei kokeilutoimintaa ole mahdollista toteuttaa sen varsinaisessa merkityksessä. Aikomuksena oli ollut viedä samanaikaisesti kehittämishankkeen tuotosta mukaan arjen työhön pyrkien osallistamaan hankeryhmän ulkopuolisia työntekijöitä kokeilutoimintaan.

Kokeilutoiminnassa kaikki henkilökunnan jäsenet olisivat saaneet mahdollisuuden testata opastettuina hankeryhmän suunnittelemaa menetelmiä käytännön potilastyössä. Varsinaisen kokeilutoiminnan toteuttamiselle näin esteeksi erityisesti kaksi syytä. Toinen syy oli se, että lopullisen tuotoksen aikaansaaminen tulisi viemään kaikki kolme tapaamiskertaa. Toinen syy oli se, että iso osa menetelmistä oli sellaisia, joihin tarvittavia materiaaleja ja tuotteita ei vielä ollut.

### 6.3 Ensimmäisen ryhmäkeskustelun aineisto ja sen käsittely

Hankeryhmän toinen tapaaminen pidettiin joulukuussa 2016 tasan kolme viikkoa edellisestä tapaamisesta. Paikalla oli tapaamisen alkaessa neljä hankeryhmän jäsentä, joista kaksi poistui hieman ennen tapaamisen loppua. Tapaamisessa oli kehittämismenetelmänä ryhmäkeskustelu. Tapaamisen tavoitteena oli jatkaa tuotoksen käsittelyä, arviointia ja jatkokehittämistä osittain annetuin teemoin, mutta osittain ryhmän käymän spontaanin, avoimen ja vastavuoroisen keskustelun avulla.

Ryhmäkeskustelun aluksi annoin osallistujille työstettäväksi kaksi tasoa, joiden kautta pyrittäisiin saamaan senhetkisestä tuotoksesta helpommin lähestyttävä. Ensimmäiseksi lähdettiin kehittämään teknisiä ratkaisuja selventämään jäsentelyä. Se edellytti yhdistelemistä ja ristiriitaisuuksien poistamista sekä otsikoiden että menetelmien nimien osalta. Toisena tasona oli lisätä tuotokseen lyhyitä ja yksinkertaisia selitteitä ja ohjeita,

sekä hieman tietoa ja materiaalia joidenkin menetelmien käyttämisen tueksi.

Otsikkotasoja muokattiin ja järjesteltiin uudelleen (Liite 2). Yläotsikkotasoja jäi jäljelle neljä, joista kolmeen päätettiin jättää alkuperäisen otsikoinnin mukaiset alaotsikkotasot. Kaikkia otsikoita pyrittiin selventämään ja yhtenäistämään. Otsikot pidettiin koko muokkaamisen ajan näkyvillä yhdellä sivulla, jotta kokonaistilanteen hahmottaminen onnistuisi helpommin. Yläotsikot päädyttiin nimeämään sen mukaisesti, millaisiin tavoitteisiin sen alle tulevilla menetelmillä pyritään tähtäämään. Alaotsikoiden poistamisesta keskusteltiin hetken aikaa, mutta lopulta päädyttiin siihen, että ne voidaan jättää näkyviin helpottamaan ja ohjaamaan tuotosta käyttävän henkilökunnan toimintaa.

Kaikki otsikot päädyttiin jättämään omalle sivulleen Manuaalin alkuun. Sivun tarkoituksena oli toimia Manuaalin käyttämistä hahmottelevana sisällysluettelona. Tuotos pidettiin edelleen kahtena erillisenä asiakirjana. Manuaalin uudeksi nimeksi päätettiin pitkän keskustelun jälkeen vaihtaa Hoitotyön tavoitteiden manuaali. Uuden nimen koettiin olevan kuvaavampi ja kertovan siitä, mitä tuotos pitää sisällään. Laatikot sai uudeksi nimekseen Menetelmälaatikot, jotta nimi kertoisi tarkemmin, että kyse on menetelmistä. Yhtenä ryhmäkesustelun teemana oli pohtia sitä, miten tuotosta käytännössä käytetään. Keskustelua nousi esimerkiksi siitä, millaista perehtymistä ja ymmärtämistä tuotoksen sisältö ja menetelmien käyttäminen vaativat henkilökunnalta ja potilaalta. Tärkeänä pidettiin sitä, että hoitajille muodostuisi tietoisuus siitä, mitä vaihtoehtoja voidaan antaa.

Menetelmälaatikot -kohdasta poistettiin luettelot siitä, mihin asiaan kullakin menetelmällä haetaan vaikutusta. Tällöin kaikki menetelmät saatiin mahtumaan yhdelle sivulle, jota olisi mahdollista näyttää myös potilaalle. Pelkät menetelmien nimet sisältävän listan avulla työntekijä ja potilas voisivat etsiä ja löytää yhteistä tekemistä ja toimintaa siten, että potilaalle saataisiin mahdollisimman matala kynnyys osallistua päätöksentekoon. Samalla voitaisiin tarjota potilaalle kuva siitä, millaista aktiviteettia osastolla voidaan hänelle tarjota. Kaikki menetelmillä tavoiteltavat

päämäärät nähtiin sellaisiksi, joista ei ole juuri kenellekään potilaalle haittaa, vaikka näyttöä yksilökohtaisesta hyödystä uupuisikin. Kaikki menetelmät nähtiin sellaisiksi, että niitä voitaisiin toteuttaa useimpien lasten ja nuorten kanssa ainakin sovelletusti. Tärkeänä pidettiin sitä, että pyritään lisäämään potilaaseen kohdistuvia interventioita, aktiviteetteja, vuorovaikutusta, läsnäoloa, yhteistä tekemistä ja potilaan osallistamista hoidon suunnitteluun, vaikka sitten menetelmästä riippumatta. Kaiken mukavan vuorovaikutuksen, mikä on jaettava, nähtiin potentiaalisesti olevan eteenpäin vievää.

Osaan menetelmistä päätettiin lisätä lyhyitä ja yksinkertaisia ohjeistuksia, sekä hieman tietoa käyttämisen tueksi (Liite 3). Osassa menetelmistä suositeltiin moniammatillisen tiimin osaamisen hyödyntämistä, osassa todettiin valmiiden ohjeistuksien olevan saatavissa Internetistä. Turvallisuuden ja suunnitelmallisuuden näkökulmat olivat myös havaittavissa ohjeistuksissa. Joidenkin menetelmien kohdalla nähtiin tarpeelliseksi kehittää erilliset, pidemmät ja kattavammat ohjeet. Tällaisia menetelmiä olivat esimerkiksi olotilaympyrä, ketjuanalyysi ja vakauttavat mielikuvaharjoitukset, joiden nimet eivät suoraan kerro sitä, miten ja miksi menetelmää käytetään.

Joitakin menetelmistä ei koettu niinkään menetelminä, vaan enemmänkin hoitajasta lähtöisin olevina toimintatapoina. Tällaisia olivat esimerkiksi validointi ja hoitajan tietoinen läsnäolo. Ryhmä alkoikin pohtia sitä, voisiko manuaali sisältää oman osuuden työntekijältä vaadittavista edellytyksistä menetelmien käyttämiselle. Keskustelussa alkoi hahmottua kokonaiskuva prosessista, joita menetelmien käyttäminen vaatii. Ryhmä pohti asioita, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen.

*Musta se on jotenkin kauheen tärkeätä, että se, kuka ikinä sen nuoren kanssa tekee, niin ymmärtää, ettei mene mukaan siihen nuoren tunnetilaan.*

Yhtenä ryhmäkeskustelun teemana oli käydä läpi ohjausryhmältä saadut palauteet aiempaan tuotokseen liittyen. Ohjausryhmän palautteisiin liittyen pohdittiin sitä, pystytäänkö yksittäisten menetelmien käyttöä perustelemaan tieteellisellä näytöllä.

*Ei kaikilta osin. Hirveän iso osa tästä tulee ihan niinku kliinisen kokemuksen kautta. Onko jokaisen yksittäisen menetelmän perustelu niin tärkeätä, kun pointtihan on juuri se, että menetelmiä voi kokeilla, ja hakea sitä omaa henkilökohtaista toimivuutta.*

Monien menetelmien nähtiin perustuvan näyttöön erilaisten menetelmäkoulutusten kautta. Myös menetelmien käyttämisen tavoitteiden nähtiin olevan näyttöön perustuvia useiden häiriöiden kohdalla. Keskustelussa nostettiin esille se, että moni toiminto jää tekemättä ja moni menetelmä käyttämättä, jos pyritään löytämään tutkimustuloksia niiden käytöstä. Menetelmien toimivuuden arviointi kohdeorganisaation potilasryhmän kohdalla nähtiin olevan seuraavan tutkimuksen mahdollinen aihe. Vaihtoehtoisten menetelmien käsitteen koettiin kuvaavan sitä, että voidaan kokeilla jotakin totutusta poikkeavaa.

Keskustelun päätteeksi päädyttiin katsomaan menetelmät kohta kohdalta läpi siltä varalta, että jokin menetelmä olisi selvästi sellainen, jonka käytölle ei löydetä minkäänlaisia perusteluja, tai se voisi esimerkiksi olla merkittävällä tavalla vaaraksi potilaalle. Samalla alettiin yhdistellä toisiaan vastaavia menetelmiä samojen yläkäsitteiden alle erilaisiksi kokonaisuuksiksi (Liite 4).

Kaikkien haluttujen muutosten tekeminen ei ollut ajankohtaisesti mahdollista, joten ryhmäkeskustelun lopuksi päädyttiin sopimaan niin, että viimeistelen sovitut muutokset ja teen konkreettisesta tuotoksesta alustavan rungon seuraavaa tapaamista varten. Ryhmäkeskustelun päätyttyä annoin vapaata tilaa pohtia tapaamisen tuottamia ajatuksia, jolloin nousi idea lahjoitusvarojen anomisesta tuote- ja materiaalihankintoja varten.

Ensimmäisen ryhmäkeskustelun jälkeen konkreettinen tuotos oli alustava runko manuaalista. Lähdin käymään materiaaleja läpi kuuntelemalla ja auki kirjoittamalla äänitteen, sekä kirjoittamalla tuoksen puhtaaksi. Äänitteestä poimin yhteneviä viittauksia potilaan oireiston tunnistamisen tärkeydestä, omien havaintojen raportoinnin tärkeydestä, sekä menetelmien jatkokehittämisen huomioimisesta käytön yhteydessä.

Materiaaleja läpikäymällä aloin työstää runkoa ja kysymyksiä seuraavaa tapaamista varten (Liite 5). Toisen tapaamisen jälkeen ohjausryhmältä ei saatu palautteita, mikä selittynee osittain sillä, että tuotokseen tehdyt muutokset olivat ensisijaisesti rakenteellisia.

#### 6.4 Toisen ryhmäkeskustelun aineisto ja sen käsittely

Hankeryhmän kolmas tapaaminen pidettiin joulukuussa 2016 tasan kaksi viikkoa edellisestä tapaamisesta. Paikalla oli tapaamisen alkaessa neljä hankeryhmän jäsentä, joista kaikki osallistuivat tapaamisen sen alusta loppuun. Tapaamisessa oli kehittämismenetelmänä ryhmäkeskustelu. Tapaamisen tavoitteena oli saada tuotos viimeisteltyä lopulliseen muotoonsa osittain annetuin teemoin, mutta osittain ryhmän käymän spontaanin, avoimen ja vastavuoroisen keskustelun avulla.

Tapaamisen aluksi käytiin pikaisesti läpi edellisellä kerralla sovitut muutokset pääpiirteissään. Menetelmiä alettiin käydä kohta kohdalta läpi lisäten niihin lyhyitä selitteitä ja ohjeita. Tuotosta läpikäytäessä menetelmiin tuli vielä yksi idea lisää, jolloin yksittäisten ideoiden kokonaismääräksi tuli sata. Menetelmiin jäi edelleenkin jonkin verran toistoa, mutta sitä ei nähty ongelmaksi. Monet menetelmät koettiin väkisinkin jossain määrin päällekkäisiksi.

Menetelmälaatikot sivulle päädyttiin keskustelun päätteeksi jättämään menetelmien perään otsikkotasoihin viittaavat numerot ja kirjaimet sulkeisiin, mille kirjoitettiin selite alaviitteeseen. Manuaalissa menetelmien perään jätettiin myös sulkeissa numerot kauttaviivoilla kuvaamaan sitä, kuinka monen eri alaotsikon alta kyseinen menetelmä on löydettävissä.

Seuraavaksi keskusteltiin hetki turvallisuuteen liittyvistä näkökulmista. Turvallisuus nähtiin tarpeelliseksi mainita erikseen, ja siihen liittyvät näkökulmat koettiin tärkeäksi olla mietittynä etukäteen. Turvallisuuden suhteen tärkeiksi asioiksi nousivat sekä menetelmän käyttämisen turvallisuus että tilanteen turvallisuuden arviointi ja huomioiminen. Ne päädyttiin lisäämään asioihin, joita kannattaa huomioida. Myös toiminnan

ajoittaminen nähtiin yhtenä keskeisenä teemana. Oikean hetken valitseminen nähtiin tärkeänä asiana potilaan ajankohtaisen tilanteen näkökulmasta. Potilaan vireystilan, psyykkisen voinnin ja ajankohtaisen tunnetilan tiedostamista pidettiin ensiarvoisen tärkeänä.

Yhtenä menetelmänä oli potilaan oman version kuuleminen. Keskustelua heräsi siitä, tulisiko kyseinen menetelmä laittaa ensimmäisen sivun ohjeisiin. Yhtenä näkökulmana nousi myös esille kiireettömyys. Potilaan kiireetöntä kuulemista pohdittiin suhteessa validointiin ja tietoiseen läsnäoloon. Kyky kuunnella ja kuulla nähtiin työntekijän taitoihin liittyvänä asiana.

*Et antaa toiselle tilaa kertoa, vaikka se kuulostais ihan et ei se nyt noin menny. Ennenku rupee tarttumaan siihen ja väittämään vastaan, ni pystyis kuuntelemaan sen. Vaik ois itte eri mieltä, mut ei heti niinku katkasis sitä, vaan antas toisen kertoa.*

*Mä ehkä laittaisiin siihen vielä, et kiinnitettävä huomiota potilaan oman version kiireettömään kuulemiseen, et varaa siihen sen ajan ja rauhallisuuden. Sä ehdit sit myöhemmin alkaa esittää vastaväitteitä ja muita näkökulmia jos on tarpeen, et ensin käyttää rauhassa aikaa siihen, et toinen saa kakastua ulos mikä se oma juttu on.*

Psykoedukaatio termille päätettiin asettaa kaksi eri toteutustapaa, joilla kuvataan sitä, onko psykoedukaatio suullista vai kirjallista. Psykoedukaatio pidettiin edelleen yläkäsitteenä, mutta sen alla sitä kuvattiin sanoilla ohjaaminen ja tiedon jakaminen.

Manuaalin alkuun päätettiin laittaa otsikoiden lisäksi mahdollisimman yksinkertainen käyttöohje alkaen otsikkotasojen valinnasta, potilaan tilanteen arvioinnista ja menetelmien valinnasta. Käytettävän menetelmän valintaan liittyvässä ohjeessa päätettiin mainita myös se, että se tehdään potilaan toiveet huomioiden.

Lopuksi sovittiin tekijät muutamien tarkempia ohjeistuksia vaativien menetelmien ohjeille. Tarkemmat ohjeet haluttiin menetelmille olotilaympyrä, läheisyysympyrä, vakauttavat mielikuvaharjoitukset, ketjuanalyysi ja huolilaatikko. Kahdelle hankeryhmän jäsenistä jaettiin vastuualueeksi valmiiden linkkien ja ohjeiden etsiminen niitä vaativiin

menetelmiin. Samalla päätettiin myös pyytää joitakin valmiita ohjeita toimintaterapeutilta ja fysioterapeutilta. Lisäksi kaksi hankeryhmän jäsentä lupasivat kartoittaa ja hankkia tarvittavia materiaaleja ja tuotteita.

Toisen ryhmäkeskustelun jälkeen konkreettinen tuotos oli viimeistelyä vaille valmis versio manuaalista. Lähdin käymään materiaaleja läpi kuuntelemalla ja auki kirjoittamalla äänitteen, sekä kirjoittamalla tuotoksen puhtaaksi. Aineistoja läpikäymällä aloin työstää runkoa tulevaa koulutuspäivää varten (Liite 6).

Apuna oli myös ohjausryhmän tuottama materiaali, joka sisälsi konkreettisia muutos- ja korjausehdotuksia. Niiden perusteella muutin manuaalin lopulliseen muotoonsa. Saaduissa palautteissa toivottiin lisää avaavia ohjeita, jotta tuotos olisi helpommin lähestyttävä myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden näkökulmasta. Potilaille toivottiin omaa selkeää versiota, jonka avulla voitaisiin pyrkiä kartoittamaan myös potilaan perheen kanssa sitä, millaisista toiminnoista potilas on aiemmin hyötynyt. Yhdessä loppupalautteessa toivottiin alaotsikoita myös yläotsikolle Sosiaalisten taitojen vahvistamiseen tähtäävät menetelmät. Alaotsikoita pohdittiin ja ideoitiin yhdessä ohjausryhmän jäsenen kanssa. Lopulta päädyttiin otsikoihin Leikilliset menetelmät ja Ryhmämuotoiset menetelmät.

Tuotoksen ensimmäiselle sivulle toivottiin lisäystä kohtaan Asioita, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen. Lisäykseksi toivottiin maininta, että työntekijän on hyvä varmistua siitä, että potilas pystyy käyttämään menetelmän edellyttämää vuorovaikutusta rakentavasti ja omaan oirekuvaansa nähden hyödyllisesti. Tällä haluttiin viitata esimerkiksi psykoosisairauden, tunnekylmien ja manipulatiivisten piirteiden, sekä impulsiivisten piirteiden vaikutuksiin menetelmän valinnassa.

Käytettäväksi tulevaan tuotokseen toivottiin myös valokuvia menetelmiä havainnollistamaan. Mahdollisia lisäyksiä kehoitettiin myös tekemään jatkossa, kun tuotoksen käytön toimivuutta ollaan voitu arvioida



käytännössä. Manuaali nähtiin täydentyvänä teoksena, jota on mahdollista tarkentaa jatkuvasti käytön yhteydessä.

## 6.5 Koulutuspäivä

Osaston aikataulujen puitteissa oli toivottu mahdollisuutta käydä kehittämishankkeen tuotosta läpi siten, että paikalla olisi mahdollisimman monta työryhmän jäsentä. Koulutuspäivälle järjestyi mahdollisuus toukokuulle 2017. Ajankohta oli hyvä, sillä toukokuuhun mennessä olin saanut kerättyä ohjausryhmän loppupalautteet, manuaalin kirjallinen tuotos oli lähes valmis, ja iso osa tarvittavista hankinnoista oli saatu tehtyä.

Koulutuspäivä toteutettiin osana kehittämishanketta, koska koulutuspäivälle huomattiin tarve tuloksen käytäntöön viemisen näkökulmasta. Toukokuussa 2017 järjestetyssä koulutuspäivässä oli kehittämishankkeelle varattu aikaa noin yhdestä kahteen tuntiin, tarpeen mukaisesti. Hankeryhmän jäsenistä oli paikalla seitsemän, ohjausryhmän jäsenistä kaksi. Ennen koulutuspäivää kaksi hankeryhmän jäsentä olivat valmistelleet manuaalia varten kansion, johon oli valokuvattu hankittuja välineitä. Lisäksi olin tulostanut kansioon hankeryhmän jäsenten valmistelemaat pidemmät ohjeet muutamia menetelmiä varten. Yksi hankeryhmän jäsen oli kevään aika kartoittanut sitä, mitä kaikkia välineitä osastolla jo on, sekä millaisia hankintoja vielä tarvitaan. Hän oli myös aloittanut tuotteiden saatavuuden kartoittamisen ja tilaamisen eri tavarantoimittajilta.

Suunnittelin koulutuspäivää varten tietokoneelta näytettävän diaesityksen, jonka suullinen esittäminen oli jaettu itseni lisäksi viidelle paikalla olleelle hankeryhmän jäsenelle. Aluksi kertosin kehittämishankkeen tavoitteen ja tarkoituksen, jonka jälkeen yksi hankeryhmän jäsen kertoi menetelmien käyttämisen prosessista. Toinen hankeryhmän jäsen esitteli asioita, joita kannattaa ottaa huomioon menetelmien käyttämiseen liittyen. Kolmas hankeryhmän jäsen opasti manuaalin käyttöä, jonka jälkeen neljäs hankeryhmän jäsen kertoi tuotehankintojen ajankohtaisen tilanteen,

ohjeisti välineiden käyttämisen käytänteitä, sekä esitteli muutamia tuotteita. Lopuksi yksi hankeryhmän jäsen kävi läpi yhteisesti sovittavia.

Yhteisesti sovittavana asiana oli se, miksi entistä rauhoittumishuonetta aiotaan jatkossa kutsua. Kaikki saivat ehdottaa nimeä, joista yhdessä valittiin sopivin. Huoneen uudeksi nimeksi valikoitui Boxi. Toinen yhteisesti sovittava asia oli se, minkä otsikon alle menetelmien käyttämistä kirjataan hoitokertomukseen. Vaihtoehtoina olivat otsikot yksilötapaaminen, potilasryhmä, aktiviteetti ja toiminnallisuus, sekä psyykinen vointi. Käytettäviksi valikoituivat kaksi ensimmäistä otsikkoa riippuen siitä, onko kyseessä yksilö- vai ryhmämuotoisesti toteutettu tapaaminen. Kolmantena pohdittavana asiana oli se, sovitaanko menetelmien käyttämiselle jokin tavoitteellinen frekvenssi. Koulutuspäivässä sovittiin, ettei mitään toiminnalle vielä aseteta minkäänlaisia säännönmukaisia aikatauluja, vaan lähdetään seuraamaan sitä, kuinka menetelmien käyttö lähtee arjessa käyntiin.

## 7 TULOKSENA HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

Tämän kehittämishankkeen tulos rakentui kehittämishankkeessa tuotettujen aineistojen kautta. Tuloksena on konkreettinen tuotos nimeltä Hoitotyön tavoitteiden manuaali (Liite 7).

Manuaali pitää sisällään potilastyöhön käytettäväksi tarkoitettuja menetelmiä, menetelmien käyttämisen prosessin lyhyen kuvauksen, sekä luettelon asioista, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen. Yhtenäinen tuotos sisältää 19 sivua ja 52 menetelmää. Osa menetelmistä on yläkäsitteitä useamman menetelmän muodostamille kokonaisuuksille. Yksittäisiä menetelmiä voidaan laskea olevan yhteensä 77. Manuaali jakautui neljälle yläotsikkotasolle, joista kunkin alla on kahdesta viiteen alaotsikkotasoa, joista kunkin alla on yhdestä yhteentoista menetelmää. Sama menetelmä voi olla useamman otsikkotason alla, jos sillä nähdään voitavan tavoitella useampia asioita. Menetelmien perässä suluissa olevat numerot kertovat kuinka monta kertaa ja kuinka monennen kerran menetelmä on manuaalissa.

Manuaalin ensimmäisellä sivulla on kuvattuna **Menetelmien käyttämisen prosessi**. Se on jaettu viiteen vaiheeseen, joista ensimmäisessä edellytetään työntekijältä riittävää perehtymistä potilaan tilanteeseen, riittävää vuorovaikutussuhdetta potilaaseen, sekä potilaan ajankohtaisen tilanteen huomioimista. Toisessa vaiheessa edellytetään työntekijän henkilökohtaista tutustumista menetelmiin, menetelmien harjoittamista itse, sekä menetelmiin luottamista. Kolmannessa vaiheessa edellytetään työntekijän tutustumista menetelmiin yhdessä potilaan kanssa, menetelmien valitsemista, sekä menetelmien käyttämistä potilaan kanssa. Neljäs vaihe edellyttää työntekijältä menetelmän toimivuuden havainnointia, potilaan voinnin havainnointia, potilaan kokemuksen tiedustelemista voinnista ennen ja jälkeen menetelmän käyttämisen, potilaan kokemuksen raportoimista, omien havaintojen sanoittamista, sekä omien havaintojen raportoimista. Viimeisessä vaiheessa edellytetään menetelmien käyttämisen yleisen tuloksellisuuden seuranta ja arviointia, sekä menetelmien kehittämistä tarpeen mukaan.

Seuraavaksi manuaalissa on lueteltuna **Asioita, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen**. Ensimmäisenä on mainittu työntekijän tietoinen läsnäolo, sekä oman toiminnan ja tunteiden hallinta. Sitten todetaan, että vuorovaikutuksessa tulee kiinnittää huomiota potilaan oman version kiireettömään kuulemiseen ja validointiin. Seuraavaksi kehoitetaan huomioimaan potilaan vireystila ja psyykkinen vointi, sekä havaitsemaan potilaan ajankohtainen tunnetila. Sen jälkeen ohjeistetaan kiinnittämään huomiota menetelmän käyttämisen turvallisuuteen, mutta myös tilanteen turvallisuuden arviointiin ja huomioimiseen.

Erityisen tärkeänä pidetään sitä, että työntekijä selvittää millaisen oireiston ympärillä potilaan psyykkinen problematiikka pyörii. Työntekijää kehoitetaan varmistumaan siitä, että potilas pystyy käyttämään menetelmän edellyttämää vuorovaikutusta rakentavasti ja omaan oirekuvaansa nähden hyödyllisesti. Työntekijää kehoitetaan huomioimaan esimerkiksi potilaan mahdolliset psykoottiset oireet, tunnekylmät ja manipulatiiviset piirteet, impulsiiviset piirteet, sekä traumoja laukaisevat signaalit. Lopuksi muistutetaan siitä, että ennen aisteja stimuloivien menetelmien käyttämistä tulee huomioida potilaan mahdolliset aistitiedon prosessoinnin pulmat, joista voi tarvittaessa konsultoida toimintaterapeuttia. Sivun lopussa todetaan vielä, että ”Kaikki mukava vuorovaikutus, mikä on jaettu, on eteenpäin vievää.”.

Manuaalin toisella sivulla ohjeistetaan lyhyesti **Manuaalin käyttö**, sekä kerrotaan manuaalin sisältämät otsikkotasot. Manuaalin käyttöön ohjeistetaan neljässä eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa kehoitetaan työntekijää tutustumaan menetelmien käyttämisen prosessiin ja asioihin, joita kannattaa huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen. Toisessa vaiheessa kehoitetaan työntekijää valitsemaan tilanteeseen sopiva yläotsikko, jonka jälkeen kolmannessa vaiheessa kehoitetaan tutustumaan alaotsikoihin. Viimeisessä vaiheessa kehoitetaan työntekijää valitsemaan käytettävä menetelmä potilaan toiveet huomioiden. Vaiheiden jälkeen muistutetaan vielä siitä, että kaikki menetelmät ovat listattuna viimeisellä sivulla, johon on mahdollista tutustua myös yhdessä potilaan kanssa.

Manuaalin viimeinen sivu on nimeltään **Menetelmälaatikot**. Sivulla menetelmien perässä suluissa on yläotsikkotasoa kuvaava numero ja alaotsikkotasoa kuvaava kirjain. Sivun alareunassa on selite, jossa kerrotaan menetelmien perässä olevilla numeroilla ja kirjaimilla viitattavan manuaalissa esiintyviin otsikkotasoihin.

Ensimmäiseksi yläotsikkotasoksi ja hoitotyön tavoitekokonaisuudeksi valikoitui **Ahdistuksen hallintaan tähtäävät menetelmät**. Sen alle muodostui viisi alaotsikkotasoa: rentoutumismenetelmät, ahdistuksen lievittämisen menetelmät, tietoisuustaitoihin suunnatut menetelmät, liikunnalliset menetelmät, sekä aistiharjoittelun menetelmät.

Rentoutumismenetelmiin kuuluu fysioakustinen tuoli, ohjattu rentoutuminen, hierontapallot, kehonhuolto, kirjallisuus, kuvallinen ilmaisu, käsillä tekeminen, musiikin kuuntelu, painotuotteet, tasapainotuotteet, sekä palapelit. Ahdistuksen lievittämisen menetelmiin kuuluu mielikuvaharjoitukset, hengitysharjoitukset, kylmäpussit ja lämminpussit, jääpalat, kuminauhat, kuplamuovin paukuttelu, repiminen ja rikkominen, sekä äänten tuottaminen. Tietoisuustaitoihin suunnattuja menetelmiä ovat hierontapallot, kuvallinen ilmaisu, käsillä tekeminen, puristeltavat esineet käsiin, saippuakuplien puhaltaminen ja poksauttelu, sekä huomion tietoinen suuntaaminen. Liikunnallisiin menetelmiin kuuluu intensiivinen harjoitus / liikunta hengästymiseen asti, esineiden pitäminen ilmassa, hyppynarulla hyppely, nyrkkeilysäkki, kehonhuolto, sekä palloleikit. Aistiharjoittelun menetelmiä ovat erilaiset valot ja lamput, erilaiset hajut, erilaiset maut, pullot, joissa massaa, hierontapallot, kirjallisuus, käsillä tekeminen, musiikin kuuntelu, painotuotteet, tasapainotuotteet, sekä puristeltavat esineet käsiin.

Toiseksi yläotsikkotasoksi valikoitui **Sosiaalisten taitojen vahvistamiseen tähtäävät menetelmät**. Sen alle muodostui kaksi alaotsikkotasoa: leikilliset menetelmät, sekä ryhmämuotoiset menetelmät. Leikillisiä menetelmiä ovat ohjattu leikki, sosiaalisten tilanteiden jäsentäminen, sekä käsinuket ja figuurit. Ryhmämuotoisena menetelmänä on ryhmien kokoontuminen.

Kolmanneksi yläotsikkotasoksi valikoitui **Psyykkisten taitojen vahvistamiseen tähtäävät menetelmät**. Sen alle muodostui kolme alaotsikkotasoa: toiminnalliset menetelmät, itsehallintaan ja tunteiden hallintaan suunnatut menetelmät, sekä vakauttamisen menetelmät.

Toiminnallisiin menetelmiin kuuluu pelien pelaaminen, palikoilla rakentaminen, tabletin käyttö yhdessä potilaan kanssa, kirjallisuus, kuvallinen ilmaisu, käsillä tekeminen, musiikin kuuntelu, palapelit, saippuakuplien puhaltaminen ja poksauttelu, sekä palloleikit. Itsehallintaan ja tunteiden hallintaan suunnattuja menetelmiä ovat olotilaympyrä, läheisyysympyrä, terapeutitiset kortit, huomion tietoinen suuntaaminen, ryhmien kokoontuminen, käsinuket ja figuurit, sekä tyhjät eriväriset korttipohjat. Vakauttamisen menetelmiä ovat vakauttavat mielikuvaharjoitukset, kuvallinen ilmaisu, musiikin kuuntelu, sekä huomion tietoinen suuntaaminen.

Neljänneksi yläotsikkotasoksi valikoitui **Itsetuntemuksen lisäämiseen tähtäävät menetelmät**. Sen alle muodostui neljä alaotsikkotasoa: oman tilanteen ymmärtämiseen ja oirehallintaan suunnatut menetelmät, ymmärretyksi tulemiseen suunnatut menetelmät, vuorovaikutukselliset menetelmät, sekä psykoedukaatio.

Oman tilanteen ymmärtämiseen ja oirehallintaan suunnattuja menetelmiä ovat ryhmien kokoontuminen, käsinuket ja figuurit, ketjuanalyysi, sekä Spiraali-peli. Ymmärretyksi tulemiseen suunnattuihin menetelmiin kuuluu huolilaatikko, käsinuket ja figuurit, tyhjät eriväriset korttipohjat, ketjuanalyysi, sekä kokemusten kirjoittaminen. Vuorovaikutuksellisia menetelmiä ovat kahdenkeskeinen yhdessäolo/läsnäolo, juttelu, Valovoima-peli, käsinuket ja figuurit, ketjuanalyysi, Spiraali-peli, sekä kokemusten kirjoittaminen. Psykoedukaation menetelminä ovat suullinen ohjaaminen ja tiedon jakaminen, sekä kirjallinen ohjaaminen ja tiedon jakaminen.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Kehittämishankkeen toteutuksen ja prosessin arviointi

Toteutuksen seuranta on tärkeää tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa. Seurannan tulee olla sellaista, että sen avulla mahdollistuu prosessin suuntaaminen ja arviointi. Kehittämistoiminnan dokumentointi on yksi tapa toteuttaa seuranta. Dokumentointiin liittyy usein eri tavoin kerättyjä dokumenttiaineistoja, joita voidaan nähdä olevan erilaisia tyyppisiä. Yhteen tyyppiin kuuluvat viralliseen toteutukseen liittyvät dokumentit, kuten työryhmien muistiot, kun yhteen taas kuvauksia toiminnasta esimerkiksi kalenterimerkinnöin. Merkintöjen avulla voidaan myöhemmin kuvata kehittämisen etenemistä, osallistujien toimintaa, sekä tehtyjä käytännön toimenpiteitä. Yhdessä dokumentaatiotyyppissä korostuu epävirallinen seuranta, kuten päiväkirjamerkinnät, joiden kautta voidaan jälkikäteen havaita prosessin kiehtovimmat vaiheet. Merkinnöissä voi olla esimerkiksi kuvausta prosessin linjauksiin, tavoitteisiin ja työtapoihin vaikuttaneista oivalluksista, yhteistyötahojen ja osallistujien kanssa tehdystä työskentelystä, ristiriidoista, yllättävistä käänteistä, sekä kokemuksien purkamista. Yksi dokumentaatiotyyppi sisältää arviointidokumentit, joita voivat olla esimerkiksi kehittämistoimintaan liittyvät kyselyt. Kaikki seurannan dokumenttiaineistot voivat toimia myös arviointiaineistona. (Toikko & Rantanen 2009, 80 – 82.)

Arvioinnissa tuodaan näkyviin prosessissa ilmenneet uudet näkökulmat, onnistumiset, epäonnistumiset, taitekohdat, sekä oppimiseen liittyvät prosessit. Arvioinnin kautta saadaan myös tietoa kehittämisen kohteesta verrattuna kehittämissuunnitelmaan, esimerkiksi täyttyivätkö tavoitteet, missä onnistuttiin, missä epäonnistuttiin, ja toimiiko kehitetty tuote tai asia. Yksi arvioinnin näkökulma perustuu siihen, keitä kaikkia arviointiin osallistuu. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Arvioinnin tarkoituksena on suunnata kehittämistyötä, sekä antaa palautetta siihen osallistuville henkilöille. Arviointi edellyttää tavoitteiden, prosessin ja aikaansaannosten tunnistamista ja tarkkaa kuvaamista. Arviointia on tarkoituksenmukaista

tehdä vaihe vaiheelta, arvioiden muun muassa suunnitteluvaihetta, käytettyjä menetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta, sekä osallistujien vuorovaikutusta ja sitoutumista. (Ojasalo ym. 2009, 47 – 48.)

Arvioinnissa tuotetaan tietoa ohjaamaan kehittämisprosessia. Siihen kuuluu kehittämistoiminnan perustelun, suunnittelun ja toteutuksen analysointia, jolloin lopputuloksena voi olla jopa tavoitteiden ja keskeisten toimintatapojen muuttaminen. Kehittämistoiminnassa arviointia tehdään sekä virallisten että epävirallisten dokumenttien kautta.

Kehittämistoiminnassa aineistoa kerätään ja arvioidaan jo prosessin aikana ja vaiheittain. Arvioinnin kautta saatu tieto täsmentää kehittämistoimintaa. Jopa kehittämisen kohde saattaa muuttua arvioinnin seurauksena. Kehittämistoiminnassa koko prosessin ohjaaminen perustuu arviontiin. (Toikko & Rantanen 2009, 61, 82 – 83.) Loppuarviointi antaa osviittaa siitä, kuinka kehittämistyössä on onnistuttu. Kriteereinä voi käyttää esimerkiksi tavoitteiden toteutumista, tavoitteiden pääsemiseen merkittävimmin vaikuttaneita toimintoja, sekä lopputuloksen toistettavuutta, levitettävyyttä tai yksinkertaisuutta. (Ojasalo ym. 2009, 47 – 48.)

Tässä kehittämishankkeessa toteutin seuranta ja arviointia erilaisten dokumenttiaineistojen avulla. Sellaisia olivat muun muassa sähköpostikeskustelut ja tiedotteet, sekä henkilökohtaiset muistiinpanot. Tärkeimpänä seuranta ja arviointia mahdollistavina dokumenttiaineistoina olivat jokaisen hankeryhmän tapaamisen konkreettinen kirjallinen tuotos ennen ja jälkeen sovittujen muutosten, tapaamisissa nauhoitetut äänitteet, sekä ohjausryhmältä saadut palautteet. Kehittämishankkeen kehittämismenetelminä käytetyt aivoriihi ja ryhmäkeskustelu soveltuivat mielestäni kehittämishankkeen tarpeisiin ja toteutukseen hyvin.

Olisin myös voinut perehtyä vieläkin laajemmin aihetta koskevaan tietoperustaan, jonka kautta olisi voinut saada valmiin tavan jaotella menetelmiä. Tällöin menetelmien kehittämistä oltaisiin voitu alun perin suunnata valmiiden kategorioiden alle. Nyt aikaa meni paljon otsikkotasojen pohtimiseen, menetelmien lajitteluun, sekä muihin rakenteellisiin tekijöihin. Prosessi eteni kuitenkin siinä määrin tuotteliaasti,



että lopullisen tuotoksen sisältö on looginen ja helposti ymmärrettävä ohjekirjamainen kokonaisuus. Toimintatutkimuksen lähestymistapa mahdollisti sen, että prosessin oli mahdollista kehittyä monivaiheisesti vielä kehittämistoiminnan alettua.

Aineistonkeruun toteutuksessa hyödynnetyt äänitteet kuuntelin useamman kerran huolellisesti läpi, ensimmäisen kerran heti tapaamisen jälkeen. Aivan kaikkea dataa, kuten käytyjen keskustelujen yksityiskohtaisia sisältöjä, en kuitenkaan nähnyt järkeväksi tai edes mahdolliseksi raportoida. Äänitteitä käytin ensisijaisesti kehittämisprosessin kuvaamisen välineenä, sekä keskustelujen yhteenvetojen kuvaamiseen, sillä aikaansaatu konkreettinen tuotos oli kirjattu erilliselle asiakirjalle jo tapaamisten aikana.

Aineistonkeruun toteutuksessa hyödynnetyt äänitteet olivat vain minun saatavilla, ja hävitin ne asianmukaisesti raportoinnin valmistuttua. Vaikka äänitteissä osallistujat olivat minulle tunnistettavissa, ei raportoinnissa muodostunut ongelmaa nimettömyyden takaamisessa. Ensimmäisessä tapaamisessa ääninauhurin läsnäolo herätti hieman keskustelua, vaikka siitä olikin jo kerrottu tiedotteissa etukäteen. Keskustelun yhteydessä perustelin ääninauhurin käytön tarpeellisuutta, sekä kerroin äänitteisiin liittyvät toimintamallit. Tapaamisissa nauhoitettuja äänitteitä kuuntelemalla havaitsin omassa toiminnassani joitakin piirteitä, mihin pyrin vaikuttamaan seuraavilla kerroilla. Noteerasin esimerkiksi olevani melko paljon äänessä, joka tosin ainakin osittain selittyi sillä, että pyrin kirjaamaan tuotosta mahdollisimman tarkasti.

Hankeryhmän työskentely sujui pääosin ongelmitta. Ensimmäinen tapaaminen toteutui suunnitelmien mukaisesti. Toisen ja kolmannen tapaamisen toteuttamiseen kohdistui minun toiminnastani riippumattomia haasteita, joka vaikutti osallistujien määrään.

Toisessa tapaamisessa avoimen vuorovaikutustilanteen kehittyminen asetti omat haasteensa. Omalta osaltani ohjeistus menetelmään olisi voinut olla selkeämpi ja parempi, samoin tapaamisen tavoitteiden asettelu.

Minulla oli valmiina keskusteluun rohkaisevia johdattelevia kysymyksiä. Keskustelun pitäminen vireänä vaati kuitenkin jonkin verran tukea ja ohjaamista. Muutamia kertoja joku hankeryhmän jäsenistä haki minulta varmistelua johonkin ehdotukseen, jolloin pyrin ohjaamaan kysymystä muille osallistujille. Joissakin vaiheissa oli myös havaittavissa haasteellisuutta löytää selkeitä ja toimivia ratkaisuja havaittuihin ongelmiin, joihin ryhmä lähti kuitenkin kannustettuna hakemaan ratkaisuja lisäämällä vastavuoroista keskustelua ja ääneen pohtimista. Tällaisia kohtia olivat esimerkiksi otsikkotasojen muokkaaminen ja uudelleenjärjestely, sekä manuaalin nimen uudelleenmuotoilu.

Kolmannessa tapaamisessa vuorovaikutus oli sujuvaa ja dialogista, mikä selittyi varmasti osittain sillä, että tuotoksen rakentuminen oli jo todella hyvässä vaiheessa, ja vaati enimmäkseen tarkennuksia. Kaksi ensimmäistä tapaamista olivat määrällisesti tuotteliaampia, mutta viimeisessä tapaamisessa tehtiin paljon hyviä oivalluksia, ja sitä kautta viimeistelyä tuotoksen ilmiasuun ja lopulliseen kokonaisuuteen.

Ohjausryhmän työskentely perustui lähtökohtaisesti sähköpostitse käytyyn viestintään, ja aineistoa saatiin melko suppeasti. Pääsääntöisesti palaute oli positiivista, mutta haastoi myös oikealla tavalla pohtimaan kehittämisen taustoja näyttöön perustuvan toiminnan näkökulmasta. Loppupalautteiden saaminen vei aikansa, mutta niiden kautta manuaali saatiin viimeistelyä lopulliseen muotoonsa. Tuotoksen loppuarviointia tehtiin sekä hankeryhmän että ohjausryhmän toimesta. Hankeryhmän viimeisessä tapaamisessa käytiin tuotos läpi pohtien sen lopullista sisältöä, rakennetta ja ilmiasua. Sama tehtävä annettiin myös ohjausryhmälle. Ohjausryhmän loppupalautteet toimivat siis tuotoksen viimeistelyn ja loppuarvioinnin välineenä.

Koko henkilökunnan osalta arvioin kehittämishankkeelle joitakin riskitekijöitä jo suunnitelmavaiheessa. Haasteena näin esimerkiksi sen, että osastotyö vaikeasti oireilevien potilaiden parissa on luonteeltaan hektistä ja raskasta, jonka vuoksi aikaa ja energiaa kehittämiseen on rajallisesti, eivätkä kaikki pääse osallistumaan kaikkiin vaiheisiin. Lisäksi

tiesin kehittämishankkeen olevan osaston arjen näkökulmasta melko pitkäkestoinen, joka saattaisi myös aiheuttaa haasteita henkilöstön sitoutumiselle. Riskitekijöitä pyrin tiedostamaan ja huomioimaan koko prosessin ajan. Vaikka aikaa oli tapaamisten ja epävirallisen koulutuspäivän välissä runsaasti, ei se vaikuttanut aiheuttavan erityisiä haasteita. Suurempana haasteena on arvioni mukaan se, kuinka menetelmien käyttö nivoutuu osaksi arjen työtä.

Alkuperäisen aikataulun venymiseen vaikutti osittain se, että kehittämishankkeen lopullisen kirjallisen tuotoksen kokoaminen ja viimeistely oli melko työlästä siihen tarvittavien ohjeiden, esimerkkien, linkkien ja kuvien vuoksi. Ohjausryhmän lopullisten palautteiden saaminen vei myös arvioitua enemmän aikaa. Kevään aikana pyrin olemaan mukana tuotoksen käytäntöön viemiseksi tehdyissä toiminnoissa, sekä suunnittelin tulevaa koulutuspäivää.

Kehittämishankkeesta kyseltiin minulta osaston arjessa paljon heti sen varmistumisesta asti, ja se vaikutti herättävän positiivista mielenkiintoa. Kehittämishankkeelle asetettu tavoite oli täsmennyttyään selkeä, ja se täyttyi aikaansaadulla tuotoksella. Itse olisin kuitenkin voinut parantaa kehittämistoiminnan johdonmukaisuutta perehtymällä vieläkin paremmin tutkivan kehittämisen teorian tietoon.

## 8.2 Kehittämishankkeen tuloksen arviointi

Hoidollista vuorovaikutusta, läsnäoloa, keskustelua, sekä hoitajan ja potilaan yhteistä aikaa painotetaan useissa tietoperustan lähteissä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23 – 25; Ling ym. 2015, 386, 388; Kontio ym. 2012, 21; Kontio ym. 2010, 9; Learning from Each Other 2003, 27). THL:n työpaperissa kuvataan hoidollisen vuorovaikutuksen lisäämisessä tärkeäksi se, että potilasta kuullaan kiireettömästi ja ymmärtäen potilaan todellinen sanoma (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23 – 25). Myös hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille näkemyksiä potilaan kiireettömästä kuulemisesta ja validoinnista yhtenä keskeisenä asiana menetelmien käyttämiseen liittyen. Manuaaliin siitä tuli

maininta ensimmäiselle sivulle. Pöyhtäri ja Ranta (2016, 538 – 539) kuvaavat validointia yhtenä dialektisen käyttäytymisterapiaan (DKT) liittyvänä työskentelytapana, jonka avulla viestitetään potilaalle sitä, että hänen tunteensa tai kokemuksensa on ymmärrettävä tai hyväksyttävä tietyissä olosuhteissa. Potilasta pyritään ymmärtämään ilman arvostelua ja tulkintaa, vaikka siinä ei automaattisesti lohduteta tai olla samaa mieltä potilaan kanssa. Validoinnissa osoitetaan aitoa kiinnostusta potilaan tilannetta kohtaan.

Kontion väitöskirjaan liittyneessä tutkimuksessa potilaat näkivät yhtenä vaihtoehtona sitomisen ja eristämisen vähentämiseksi empaattisen vuorovaikutuksen, johon liitettiin empaattinen kuuntelu, huomion ja ymmärryksen tarjoaminen, aito ja tietoinen läsnäolo, tahdikkuus, sekä inhimillinen suhtautuminen sairauteen (Kontio ym. 2012, 21). Myös toisessa potilaiden näkemyksiä kartoittaneessa tutkimuksessa potilaat kokivat, että vuorovaikutuksen lisääminen työntekijöiden kanssa olisi voinut estää sitomisen. Potilailla oli myös kokemuksia kiihtymisestä siksi, etteivät he olleet tulleet kuulluiksi. (Ling ym. 2015, 386, 388.)

Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille näkemyksiä siitä, että työntekijän tietoinen läsnäolo, työntekijän oman toiminnan ja tunteiden hallinta, potilaan oireiston ymmärtäminen, sekä potilaan kiireetön kuuleminen ja validointi on tärkeää huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen. Aineistossa nousi myös esille ajatus siitä, että kaikki mukava ja jaettu vuorovaikutus on pääsääntöisesti eteenpäin vievää.

Sosiaalisten taitojen harjoittelu voidaan nähdä osana hoitoa sekä ADHD:n että käytöshäiriöiden kohdalla (Sourander & Aronen 2014).

Kohdeorganisaation potilasaineistossa sekä ADHD:n että käytöshäiriön oireet ovat melko tavallisia. Myös hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille sosiaalisten taitojen vahvistamiseen tähtääviksi luokiteltuja menetelmiä, jotka jaettiin leikillisiksi ja ryhmämuotoisiksi menetelmiksi. Yksittäisiksi menetelmiksi nousivat ohjattu leikki, sosiaalisten tilanteiden jäsentäminen esimerkiksi rooliharjoittelun keinoin, käsinukein ja figurein toteutettava tilanteiden läpikäyminen, sekä erilaisten ryhmien kokoontuminen.

THL:n työpaperissa vakauttamista kuvataan osana ahdistuksen hallintaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23 – 25). Vakauttaminen nähtiin kehittämishankkeessa osana vaihtoehtoisia menetelmiä. Manuaalissa vakauttamisen menetelmät laitettiin omaksi alaotsikkotasokseen psyykkisten taitojen vahvistamiseen tähtäävissä menetelmissä.

Safewards -mallin rauhoittumismenetelmät -toimenpide sisältää erilaisia tavaroita levottoman olon ja aggressiivisten ajatusten hallintaa varten (Safewards 2017; Kontio ym. 2015, 10 – 11). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille joitakin menetelmiä, jotka ovat rinnastettavissa kyseisiin tavaroihin. Sellaisia olivat esimerkiksi stressipallot, kuplamuovin paukuttelu, erilaiset hajut, kahdenkeskeinen yhdessäolo/läsnäolo, rentoutusnauhoite, hengitysharjoitukset, musiikin kuuntelu, erilaiset valot ja lamput, kehonhuolto, liikunta hengästymiseen asti, sekä kuvallinen ilmaisu.

Yhdysvalloissa tehdyssä pakkotoimien vähentämistä koskevassa julkaisussa taiteelliset aktiviteetit nähdään yhtenä keinona heikosti kommunikoivan ja potentiaalisesti väkivaltaisten potilaan hoidossa (Learning from Each Other 2003, 27). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille kuvallisen ilmaisun menetelmien käyttäminen, joka huomioitiin sekä ahdistuksenhallintaan että psyykkisten taitojen vahvistamiseen tähtäävissä menetelmissä. Kuvallisen ilmaisun menetelmä eriteltiin koskemaan piirtämistä, maalaamista ja värittämistä.

Psykoedukaatiota on aiemmin nostettu esille pakon vähentämisen näkökulmasta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, 29; Kontio ym. 2010, 9). Myös hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille psykoedukaatio, joka on omana alaotsikkonaan itsetuntemuksen lisäämiseen tähtäävissä menetelmissä. Manuaalissa se haluttiin jakaa sekä suulliseen että kirjalliseen ohjaamiseen ja tiedon jakamiseen. Santalahti, Mäki ja Välimäki (2016, 493 – 495) ehdottavat psykoedukaatioon käytettäväksi materiaaleiksi esimerkiksi videoita ja opetuksellisia pelejä.

Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousikin yhtenä toiminnallisena menetelmänä esille tabletin käyttö yhdessä potilaan kanssa esimerkiksi videoita katsomalla, pelaten tai valmiilla verkkomateriaaleilla. Stenbergin (2016, 506 – 508) mukaan Internetissä saatavilla olevat, tietokoneen tai mobiililaitteen kautta käytettävät sovellukset, palveluportaalit ja oma-apuohjelmat voivat olla oikein käytettyinä hyviä apuvälineitä myös alaikäisten psykiatrisessa hoidossa. Valmiita lapsille ja nuorille kohdennettuja suomenkielisiä tuotteita on ajankohtaisesti saatavilla vain rajoitetusti, mutta esimerkiksi nuortenmielenterveystalo.fi-portaali ja Toivo-oma-apuohjelma sopivat alaikäisten potilaiden lisäksi käytettäväksi myös heidän vanhemmilleen, sekä työvälineeksi hoitavalle henkilökunnalle.

Väkivallan ennaltaehkäisemisen keinona psykiatrisissa sairaaloissa voidaan nähdä esimerkiksi se, että hoitajat opastavat potilaille tekniikoita rentoutumiseen (National Institute for Health and Care Excellence 2015, 212). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa rentoutumismenetelmät nousivat esille useammassa kohdassa, joten niille päädyttiin laittamaan manuaalin oma alaotsikkotasonsa. Sen alla menetelminä mainitaan esimerkiksi ohjattu rentoutuminen, fysioakustinen tuoli, hierontapallot, kehonhuolto, kirjallisuus, musiikin kuuntelu ja painotuotteet.

Hottisen tutkimuksessa nuoret ehdottivat vaihtoehtoiksi sitomiselle esimerkiksi mahdollisuuden kuntosalille pääsemiseen, sekä painopeiton käyttämisen (Hottinen 2013, 39). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille kolme erilaista painotuotetta, joita päädyttiin kuvaamaan termillä painotuotteet. Omiksi menetelmikseen kuvattiin myös kehonhuolto ja liikunta hengästymiseen asti, joiden toteuttamisessa menetelmähuonetta suunniteltiin käytettäväksi kuntosalia korvaavana tilana silloin, kun potilaan ei ole mahdollista poistua osastolta.

Sensoristen lähestymistapojen ja erilaisten aistihuoneiden käyttö mainitaan useissa eri julkaisuissa (West ym. 2017, 254; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016b, 18 – 19; Bobier ym. 2015, 391 – 392; Novak ym. 2015, 405; Scanlan & Novak 2015, 277; LeBel ym. 2014, 22 – 26; Shimizu ym. 2014, 351; Champagne & Stromberg 2004, 6). Niitä

ehdotetaan lähteestä riippuen muun muassa ADHD-lasten hoidon tueksi, emotionaalisen ja kehollisen itsesäätelyyn parantamisen tueksi, mielialaa ja vireystilaa kohentamaan, sekä itsehoidon tueksi (Bobier ym. 2015, 396 – 397, 399; Novak ym. 2015, 405; Scanlan & Novak 2015, 277; Shimizu ym. 2014, 351). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esiin useita aistiharjoittelun menetelmiä, jotka haluttiin huomioida manuaalisissa omana alaotsikkonaan. Sen alle kehitettyjä menetelmiä olivat esimerkiksi erilaiset valot ja lamput, erilaiset hajut ja maut, hierontapallot, musiikin kuuntelu, tasapainotuotteet ja painotuotteet.

Rauhoittuminen, rauhoittumismenetelmät ja rauhoittumishuone nousivat myös esille useista eri lähteistä (Safewards 2017; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23; Kontio ym. 2015, 9; National Institute for Health and Care Excellence 2015, 212; LeBel ym. 2014, 22 – 26; Kontio ym. 2010, 9; MacDaniel 2009, 7). MacDanielin kuvauksessa rauhoittumishuoneen käytöllä tavoitellaan aisteja tukevaa ja aistienvaraista rauhoittumista, ja siellä voidaan toteuttaa monenlaista toimintaa erilaisia välineitä apuna käyttäen (MacDaniel 2009, 82 – 85). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa mainituista toiminnoista sivutaan ainakin lukemista, musiikin kuuntelua, äänikirjojen kuuntelua, pelien pelaamista, käsitöiden tekemistä, saippuakuplien puhaltamista, sekä turvapaikan rakentamista. Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi erilaisista välineistä esiin omina menetelminään esimerkiksi erilaiset tuoksut, painopeitto, rentoutus cd, stressi- ja hierontapallot, sekä erilaiset valaisimet.

Erilaiset aktiviteetit, virikkeet ja ohjaaminen toiminnallisuuteen toistuivat myös useissa tietoperustan lähteissä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23; Kontio ym. 2015, 9; Hottinen 2013, 39; Välimäki ym. 2013, 65; Kontio ym. 2012, 21; Kontio ym. 2010, 9). Sekä potilaat että hoitava henkilökunta kokivat mielekkääksi aktiviteetiksi muun muassa liikunnan ja erilaiset ryhmät (Kontio ym. 2012, 21; Kontio ym. 2010, 70 – 71). Ryhmät nousivat esille myös THL:n työpaperissa, kun kuvattiin potilaiden ohjaamista toiminnallisuuteen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23 – 25). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa nousi esille ryhmien

kokoontuminen niin sosiaalisten taitojen vahvistamiseen, pyykkisten taitojen vahvistamiseen kuin itsetuntemuksen lisäämiseen tähtäävissä menetelmissä. Liikunnallisille menetelmille haluttiin manuaalissa oma alaotsikkotasonsa, johon valikoitui menetelmiksi esimerkiksi intensiivinen harjoitus hengästymiseen asti, esineiden pitäminen ilmassa, hyppynarulla hyppely, nyrkkeilysäkki, palloleikit, sekä kehonhuolto esimerkiksi jumppaohjelman, venyttelyohjelman tai kuminauhujen avulla.

Musiikin kuuntelu nousi esille niin toiminnallisuuteen ohjaamisen kuin rauhoittumisenkin näkökulmasta (Safewards 2017; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 23 – 25; MacDaniel 2009, 82 – 85). Hankeryhmän tuottamassa aineistossa musiikin kuuntelu nousi esille useampaan otteeseen. Manuaalissa se huomioitiin alaotsikkotasolla rentoutumismenetelmät, aistiharjoittelun menetelmät, toiminnalliset menetelmät, sekä vakauttamisen menetelmät.

Kehittämishankkeen aineiston avulla rakennetun manuaalin sisältö mukailee paljolti tietoperustan materiaaleissa esiintyviä kuvauksia. Samankaltaisia asioita on siis noussut jo aiemmin esille sekä potilaisiin että henkilökuntaan kohdistuneissa tutkimuksissa ja aiheeseen liittyvissä ohjeistuksissa. Voidaankin nähdä, että tämän kehittämishankkeen tulos sisältää elementtejä sellaisesta kokonaisuudesta, jota ei vielä ole paljoa tutkittu, ja jonka termistö vaihtelee, mutta joka on kuitenkin nostanut päätään psykiatrisen hoitotyön kentällä jo joidenkin vuosien ajan. Menetelmien tasolla yhteneväisyyksiä oli runsaasti, mutta kokonaisuuksia kuvaava termistö oli vaihtelevaa. Joissain yhteyksissä puhuttiin välineistä, joissain menetelmistä, joissain interventioista. Samoilla menetelmillä nähtiin eri yhteyksissä voitavan pyrkiä erilaisiin tavoitteisiin, joka ilmeni myös kehittämishankkeen tuloksessa.

Vaikka vaihtoehtoisten menetelmien kategoriointi poikkeaa eri julkaisuissa toisistaan, löytyy aivan samoja tai selkeästi verrattavissa olevia menetelmiä useista eri materiaaleista. Ennen hankeryhmän ensimmäistä tapaamista pohdin sitä, kannattaisiko aivoriihen ideointia suunnitella etukäteen vastaamaan eri lähteissä usein nousseita jaotteluja. Sellaisia



olisivat voineet olla esimerkiksi rauhoittumista tukevat menetelmät, aktiviteetit ja toiminnalliset menetelmät, aistilähtöiset menetelmät, vuorovaikutusta lisäävät menetelmät, liikunta ja rentoutus, sekä ryhmämuotoiset menetelmät. En kuitenkaan halunnut ottaa riskiä siitä, että etukäteen tehty luokittelu vaikuttaisi ideointiin rajoittavasti.

Kehittämishankkeen tulos vastaa kehittämishankkeelle asetettuun tavoitteeseen vaihtoehtoisten menetelmien kehittämisestä ja niiden kokoamisesta kirjalliseksi manuaaliksi. Manuaalin kohdalla onnistuttiin luomaan kokonaisuus, jossa ei pelkästään luetella vaihtoehtoisia menetelmiä, vaan kuvataan myös hyvin keskeisiä työntekijän toimintaan ja potilaan kokonaistilanteen ymmärtämiseen liittyviä seikkoja, joita tulee huomioida menetelmien käyttämiseen liittyen. Lisäksi tarjotaan menetelmien käyttämistä kuvaava prosessi, jonka kautta on ymmärrettävissä menetelmien käyttämiseen liittyviä perusedellytyksiä.

Manuaalin toimivuudesta ei vielä toistaiseksi ole pitkäkestoista kokemusta, mutta sen voidaan kuitenkin nähdä sisältävän kaikki tarvittavat tiedot alkuun pääsemiseksi. Manuaalista tuli pääosin loogisesti etenevä ja helppolukuinen tuotos, joka liitteineen sisältää kattavan valikoiman potilaslähtöisen hoitotyön interventioita. Keskeisenä näkökulmana on se, että asioita tehdään ja koetaan yhdessä potilaan kanssa, esimerkiksi yksilötapaamisten yhteydessä. Potilaan ei siis ole tarkoituksena käyttää menetelmiä yksin, vaikka se mahdollista olisikin.

Manuaali on sellaisenaan hyödynnettävissä kohdeorganisaatiossa. Manuaalilla on siis olemassa käytännön merkitys palvelemissa psykiatrisessa hoitotyössä työskenteleviä ammattilaisia ja palveluita käyttäviä potilaita. Vaikka useimpien yksittäisten menetelmien käytön hyödystä ei olekaan saatavilla kliinistä tutkimusta, voidaan manuaalin käytöllä ajatella olevan potilaan hyvää potentiaalisesti edistäviä vaikutuksia. Menetelmien manuaalissa kuvatulla käytöllä voidaan joka tapauksessa lisätä potilaan kanssa vietettyä aikaa, tarjota vuorovaikutusta ja mielekästä tekemistä, sekä lisätä potilaasta saatavaa informaatiota.

### 8.3 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Suomessa tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut kaikkia tieteenaloja koskevat tutkimuksen hyvää tieteellisestä käytäntöä käsittelevät yhteiset ohjeet. Niitä noudattamalla voidaan varmistaa tutkimuksen luotettavuus, laatu ja uskottavuus. Eettiset lähtökohdat ovat osa koko tutkimuksen tekemisen prosessia. Avoin ja kriittinen keskustelu tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä ja ongelmista on ilmentymä hyvästä tutkimuseetikasta. (Kuula 2011, 34 – 36, 39.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa se, että tutkimustyön tekeminen, tallentaminen, esittäminen, arviointi ja raportointi on huolellista ja tarkkaa, tiedonhankinta on eettisesti kestävä, viestintä on avointa ja vastuullista, muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otetaan asianmukaisesti huomioon, tutkimukseen on hankittu lupa, ja tutkimukseen osallisten roolit jaetaan kaikkien hyväksymällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on tutkimusryhmän jäsenten lisäksi vastuussa koko tiedeyhteisö. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6 – 7.)

Tähän kehittämishankkeeseen liittyvää viestintää pyrin toteuttamaan huolellisesti. Tiedotteita olisi kuitenkin voinut olla vähemmän, ja ne olisivat voineet olla lyhyempiä, jolloin niitä olisi mahdollisesti luettu huolellisemmin. Tiedotteiden lähettäminen sähköpostitse ei ollut välttämättä paras vaihtoehto. Saapuvan postin määrä on isossa organisaatiossa todella suuri, jolloin viestit häviävät helposti muiden sekaan. Jälkikäteen tarkasteltuna viestien sisältö saattoi myös olla hieman vaikeasti ymmärrettävä muille kuin hankeryhmään osallistujille, mutta toisaalta niissä kannustettiin keskustelemaan hankeryhmän jäsenten kanssa, sekä olemaan tarvittaessa yhteydessä minuun.

Työelämälähtöistä kehittämistä koskevat samat eettiset normit kuin tieteellistä tutkimusta. Jo kehittämiskohteen valinnassa on huomioitava sen tarpeellisuus niin organisaation, käytännön kuin yhteiskunnallisestakin näkökulmasta. Kehittämistyö on inhimillistä toimintaa, jonka vuoksi hankkeeseen osallistuvien ihmisten vajavaisuudet ja rajoitukset ovat yhtenevät koskemaan koko hanketta. (Ojasalo ym. 2014, 48.) Tutkivassa

kehittämisessä keskeisiä eettisiä näkökulmia ovat aiheen valinnan eettisyys, tietoperustan lähteiden valinta, kehittämismenetelmien valinta, aineistonkeruun toteuttaminen, kehittämisessä aikaansaadun tiedon analysointi ja raportointi, sekä kehittämishankkeen luotettavuuden arviointi. Kehittämistoiminnan kohdentaminen on harkittava tarkoin perustellen se sillä, millaisia asioita halutaan kehittää ja edistää. Potilaisiin kohdistuva hyvä on keskeinen päämäärä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44 – 45.)

Tässä kehittämishankkeessa pyrin valitsemaan aiheen siten, että se on tarpeellinen niin organisaation, käytännön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Aihe on työelämälähtöinen, ja nousee käytännön työtä tekevien henkilöiden halusta tarjota potilaalle parempaa hoitoa. Aiheen valinnassa vaikutti myös oma kiinnostukseni, tosin työntekijän roolissa ja henkilökunnan yhteisten intressien kautta.

Tietoperustan kokoamisessa pyrin käyttämään mahdollisimman laajasti eri artikkelitietokantoja. Suurin osa luetuista tutkimusartikkeleista jäi kuitenkin käyttämättä siksi, ettei niissä ollut työn kannalta olennaista sisältöä. Valituissa lähteissä oli tutkimuslähteitä, käytäntötietoa ja oppikirjoja. Tutkimuslähteiden valinnassa pyrittiin kiinnittämään huomiota niiden julkaisukanavaan, ikään ja kehittämishankkeen kannalta keskeisiin tuloksiin tai johtopäätöksiin. Joillakin tutkimuksilla pystyin perustelemaan tarvetta kehittämishankkeelle, mutta itse kehittämisen kohteesta löytyi enemmänkin esimerkin kaltaisia mainintoja. Oppikirjalähteitä oli jonkin verran myös kehittämismenetelmien ulkopuolelta, koska niissä kuvattiin tietoperustassa määriteltyjä palvelujärjestelmän käsitteitä. Lähteet pyrin raportoimaan mahdollisimman tarkasti ja yhdenmukaisesti.

Tässä kehittämishankkeessa pyrin perustelemaan kehittämismenetelmien valinnan mahdollisimman hyvin sekä toimintatutkimuksellisen lähestymistavan että kehitettävänä olevan kohteen näkökulmasta. Pyrin valitsemaan usein käytetyt ja hyvin kuvatut standardimenetelmät, jotka mahdollistavat dialogisen vuorovaikutuksen ja luovan ilmapiirin.

Luotettavuus on olennainen tunnusmerkki myös tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa. Kehittämistoiminnassa luotettavuutta voidaan tarkastella kehittämismenetelmien, kehittämisprosessin ja kehittämishankkeen lopputulosten näkökulmasta. Kehittämistoiminnassa luotettavuutta voidaan pohtia menetelmistä riippuen myös reliabiliteetin, validiteetin ja vakuuttavuuden näkökulmasta. Laadullisella lähestymistavalla toteutetussa kehittämistoiminnassa arvioidaan lähtökohtaisesti vakuuttavuutta. Se tarkoittaa sitä, että kehittämistoimintaan liittyvät valinnat ja tulkinnat tehdään näkyviksi. Aineisto ja sen argumentointi tulee olla mahdollisimman avointa ja uskottavaa. Lisäksi kehittämistoiminta edellyttää johdonmukaisuutta, eli aineistoa tulee kuvata läpinäkyvästi ja huolellisesti. Yksi luotettavuuteen vaikuttava tekijä on osallistujien sitoutumisen aste, jolla on vaikutusta niin käytetyn menetelmän kuin saatujen aineistojen ja tulosten luotettavuuteen. Luotettavuudella tarkoitetaan kehittämistoiminnan kohdalla ensisijaisesti käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä, eli sitä, että aikaansaatu tieto ja tuotos ovat hyödynnettävissä olevia. Tiedon voidaan nähdä olevan totta sen ollessa käyttökelpoista. (Toikko & Rantanen 2009, 121 – 126.)

Tämän kehittämishankkeen etenemistä olen kuvannut vaihe vaiheelta, jota on helpottanut prosessin aikana tuotetut ja säilytetyt dokumentit. Kaikki kehittämishankkeeseen kohdistuneet valinnat pyrin perustelemaan ymmärrettävästi ja tarkoituksenmukaisesti. Kehittämishankkeen raportoinnissa kiinnitin huomiota mahdollisimman havainnollistavaan kuvaamiseen. Aikaansaadun tuotoksen siirrettävyys ja hyödynnettävyys jäävät toisten yksiköiden arvioitavaksi. Pyrin kuitenkin siihen, ettei tuotoksen toteutuksesta muodostuisi estettä siirrettävyydelle. Kohdeorganisaatiossa tuotos on otettavissa käyttöön arjen työhön, jossa sitä voidaan edelleen täydentää ja muuttaa tarpeiden mukaan. Ennen viimeistä koulutuspäivää manuaaliin kerättiin liitteeksi ohjeita, esimerkkejä, linkkejä ja kuvia, jotka helpottavat manuaalin käyttöä entisestään. Koko kehittämisprosessi on teoriassa mahdollista toteuttaa myös jossain toisessa yksikössä, mutta sosiaalisen luonteensa vuoksi lopullinen tuotos voisi olla aivan erilainen.

Kehittämistyö vaatii rehellisyyttä. Joskus se voi aiheuttaa hankaluutta sitoutua kohdeorganisaation tai toimeksiantajan arvioihin ja käytänteisiin. Epärehellisyyttä voidaan välttää esimerkiksi kiinnittämällä huomiota siihen, ettei raportointi ole harhaanjohtavaa ja puutteellista, tai ettei tuloksia yleistetä kriitikittömästi. Kehittämistyön eettisyyttä voidaan parantaa muun muassa kehittäjän tarkkuudella ja huolellisuudella, tiedonhankinnan eettisyydellä, arvioinnin eettisyydellä, lähteiden asianmukaisella merkitsemisellä, sekä oikeudellisten kysymyksien selvittämisellä. Kehittämiseen osallistuvien henkilöiden on tiedettävä hankkeen tavoitteet ja tarkoitus, sekä oma roolinsa sen toteuttamisessa. Tärkeä seikka on osallistujien nimettömyyden takaaminen, sekä heidän kykynsä tehdä järkevää ja kypsää arviointia. Kehittämistyössä kohderyhmän osallistuminen on oletusarvo, jonka vuoksi kehittäjän on pohdittava suostuttelun ja pakottamisen rajaa. Kehittäjän tulee kiinnittää huomiota oman toimintansa huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen. (Ojasalo ym. 2014, 48 – 49.)

Hankeryhmään ja ohjausryhmään osallistujien kanssa kävin alustavat keskustelut kasvotusten. Sitä ei ole mahdollista arvioida, vaikuttiko työkaveruus siihen, että henkilöt suostuivat osallistumaan. Pysin kuitenkin ilmaisemaan asian siten, että henkilöille tarjoutui mahdollisuus kieltäytyä niin halutessaan. Osallistumiseen suostuminen ei myöskään velvoittanut osallistumiseen. Pysin perustelemaan osallistujien valikoitumisen kehitettävän olevan kohteen näkökulmasta. Koko henkilöstöä pyrin osallistamaan säännöllisellä tiedottamisella ja arjessa käytävällä keskustelulla. Aihe vaikutti herättävän kiinnostusta, ja sain paljon kannustavaa palautetta henkilökunnalta. Ammattitaitoinen ja monipuolisesti koulutautunut hankeryhmä vaikutti innostuneelta aiheesta, joten vapaaehtoisuuden osalta arvioisin onnistuneeni ainakin näennäisesti.

Kaikki hankeryhmän jäsenet eivät toiminnan turvaamiseen liittyvistä syistä päässeet osallistumaan kaikkiin tapaamisiin. Hankeryhmän yhdestätoista jäsenestä yksi ei päässyt yhteenkään tapaamiseen, yksi pääsi kaikkiin kolmeen tapaamiseen, viisi pääsi yhteen tapaamiseen ja neljä kahteen

tapaamiseen. Ohjausryhmän jäsenistä yhdeltä ei saatu palautetta lainkaan. Ohjausryhmän jäsenten työnkuvat saattoivat olla osallistumista ajallisesti rajoittava tekijä. Koko työryhmän sitoutuminen oli lopullisessa muodossaan toteutuneen kehittämishankkeen osalta suppeaa, koska varsinaista kokeilutoimintaa ei toteutettu. Konkreettisen tuotoksen valmistuminen tapahtui myös melko pitkän ajan päästä tapaamisista ja tiedotteista, joten haasteeseen pyrittiin vastaamaan epävirallisella koulutuspäivällä, jossa suurin osa henkilökunnasta oli paikalla. Omana vajavaisuutena näen ajankäytölliset ongelmat, mutta toisaalta tein tietoisesti ratkaisun siitä, että suuntaan tapaamisten jälkeen resurssejani enemmän kehittämisprosessin jatkumiseen osastolla.

#### 8.4 Jatkokehittämisen ehdotuksia

Mahdollisena jatkotoimenpiteenä voisi olla tuotoksen jatkokehittäminen siten, että myös palvelunkäyttäjät, eli lapset ja nuoret, olisivat mukana kehittämisessä. Erityisen tärkeää olisi saada manuaalista paremmin potilaiden käyttöön soveltuva versio, sekä kuulla vaikeasti oireilevien lasten ja nuorten ajatuksia siitä, millaisten vaihtoehtojen tarjoaminen voisi heidän kokemuksensa ja näkemyksensä mukaan auttaa heitä parhaiten. Palvelunkäyttäjiltä saatavan tiedon avulla voitaisiin saada käyttöön paljon uusia menetelmiä, sekä kehittää käytännön työtä vielä uudelleen suuntaan. Mahdollista olisi myös toistaa vastaavanlainen kehittämishanke toisessa yksikössä, jonka jälkeen tuotoksia voitaisiin verrata ja yhdistellä.

Yhtenä jatkotoimenpiteenä voitaisiin kehittää menetelmien yksilökohtaista käyttöä varten oma lomake, joka täytettäisiin aina menetelmän käyttämisen jälkeen. Siihen voitaisiin kirjata havaintoja potilaan toiminnasta, josta voisi olla hyötyä esimerkiksi toimintaterapeutin tai psykologin tutkimuksen yhteydessä. Lomake voisi myös olla apuna menetelmien käyttämisen raportoinnissa potilaskertomukseen, jotta kirjaamiskäytännöistä saataisiin jossain määrin yhtenäisiä. Mahdollista olisi myös liittää yksilökohtainen suunnitelma menetelmien käyttämisestä potilaan hoitosuunnitelmaan. Jos menetelmien käyttäminen sovittaisiin

säännöllisesti yksilötapaamisissa toteutettavaksi, voitaisiin samaan aikaan seurata esimerkiksi lyhyen aikavälin mittareilla potilaan väkivaltariskiä.

Mahdollisina jatkotutkimuksen aiheina voisi olla kohdeorganisaatiossa tapahtuva menetelmien käyttämisen määrällinen tai laadullinen seuranta ja arviointi. Tutkimusta voitaisiin tehdä sekä henkilökunnan että potilaiden kokemuksista. Menetelmien vaikuttavuutta voitaisiin arvioida esimerkiksi pakon käytön tarpeen vähenemisen näkökulmasta, sekä manuaalissa ilmenevän tavoitelähtöisyyden näkökulmasta.

Yhtenä jatkotoimenpiteenä voisi olla jonkinlainen suunnitelma siitä, kuinka henkilökunta voi jatkossa jakaa koulutuksissa ja käytännön työssä hankittua osaamista. Erilaisiin koulutuksiin sisältyy paljon menetelmäosaamista, jota voitaisiin hyödyntää arjen työssä ilman, että kaikkien tarvitsee tuntee koko viitekehystä. Lisäksi työelämässä on paljon pitkän linjan ammattilaisia, joilla on hiljaista tietoa kliinisen hoitotyön toteuttamisesta. Jo hoitotyön tutkintokoulutuksissa olisi tärkeää huomioida vaihtoehtoisten menetelmien käyttäminen osana psykiatrista hoitotyötä, jotta se tapahtuisi luontevasti arjen työssä.

## LÄHTEET

Almqvist, F. 2004. Tutkimukseen lähettäminen. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 181 – 186.

Bobier, C., Boon, T., Downward, M., Loomes, B., Mountford, H. & Swadi, H. 2015. Pilot Investigation of the Use and Usefulness of a Sensory Modulation Room in a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit. *Occupational Therapy in Mental Health* 31(4), 385 – 401.

Bowers, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(6), 499 – 508. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237187/pdf/jpm0021-0499.pdf>

Champagne, T. 2017. Sensory Rooms in Mental Health [viitattu 22.8.2017]. Saatavissa: <https://www.ot-innovations.com/clinical-practice/sensory-modulation/sensory-rooms-in-mental-health-3>

Champagne, T. & Stromberg, N. 2004. Sensory Approaches in Inpatient Psychiatric Settings. Innovative Alternative to Seclusion & Restraint. *Journal of Psychosocial Nursing* 42(9), 1 – 6. Saatavissa: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/rsri/sensory-article.pdf>

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Hage, S., Van Meijel, B., Fluttert, F. & Berden, G.F. 2009. Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(7), 661 – 669. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2009.01454.x/abstract>



Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2017a. HUS-tietoa [viitattu 26.6.2017]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2017b. Sairaanhoido [viitattu 26.6.2017]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. HUS Vaihtoehtoja pakolle [viitattu 22.11.2015]. Saatavissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisäisiltä intra-sivuilta:

[http://tiimit.hus.fi/hankkeet/psykiatria\\_vaihtoehtoja\\_pakolle/Sivut/default.aspx](http://tiimit.hus.fi/hankkeet/psykiatria_vaihtoehtoja_pakolle/Sivut/default.aspx)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015b. Turvaosastomallin käyttöönotto HYKS Psykiatriassa potilasturvallisuuden lisäämiseksi (Safewards/Len Bowers) [viitattu 22.11.2015]. Saatavissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisäisiltä intra-sivuilta:

<http://tiimit.hus.fi/hankkeet/safewards/Sivut/default.aspx>

Hottinen, A. 2013. Containment Measures in Adolescent Psychiatric Care – Focus on Mechanical Restraint. Turku: Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa:

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1>

Huttunen, M. 2016. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim, Terveyskirjasto [viitattu 18.8.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00512](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512)

Janhunen, N. & Lehto, T. 2016. Pakkotoimet ja niiden vaihtoehdot nuorten psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa:

[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108293/Janhunen\\_Nina\\_Le](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108293/Janhunen_Nina_Le)

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114029/Selv200307.pdf?sequence=1>

Kaltiala-Heino, R. 2003. Alaikäisen tahdosta riippumaton hoito: Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:7. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114029/Selv200307.pdf?sequence=1>

Kaltiala-Heino, R., Kaukonen, P. & Borg, A.-M. 2016. Tutkimukseen lähettäminen ja kirjaaminen. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 452 – 459.

Kaltiala-Heino, R. & Lindberg, N. 2016. Nuorisopsykiatrinen osastohoito. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 673 – 680.

Kaukonen, P. & Repokari, L. 2016. Lastenpsykiatrinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 437 – 443.

Kettunen, K. & Kollanen, M. 2015. Nuorisopsykiatria eilen, tänään ja tulevaisuudessa. Teoksessa Vataja, R., Kontio, R. & Laaksonen, T. (toim.) Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu 1915–2015 Sata vuotta. Kellokoski: Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2015, 130 – 135. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/Documents/Kellokoski%20juhlakirja%20nettiversio.pdf>

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130999/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130999.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf)

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: PS-Viestintä Oy, 63 – 83.

Kontio, R. 2011. Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals - Towards Evidence Based Clinical Nursing. Turku: Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. Perspectives in Psychiatric Care 48(1), 16 – 24. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x/abstract>

Kontio, R., Joutsenniemi, K., Hottinen, A. & Paavilainen, E. 2015. Käsikirja vaihtoehtoisista menetelmistä ja mielenterveystilain mukaisista rajoitustoimpeiteistä HUS Psykiatriassa. Päivitetty 15.3.2016. Helsinki: HUS, HYKS PSYKIATRIA. Saatavissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sisäisiltä intra-sivuilta: [http://tiimit.hus.fi/erikoisalat/HUS-Psykiatrian\\_yhteiset/Ksikirja%20vaihtoehtoisista%20menetelmist/Forms/Kansiot.aspx](http://tiimit.hus.fi/erikoisalat/HUS-Psykiatrian_yhteiset/Ksikirja%20vaihtoehtoisista%20menetelmist/Forms/Kansiot.aspx)

Kontio, R., Laaksonen, T., Paavilainen, E., Sailas, E., Soininen, P. & Syvänen, S. 2010. Käsikirja vaihtoehdoista sekä mielenterveystilain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Päivitetty 5.4.2013. Kellokoski: Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2010.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? Nursing Ethics (17)1, 65 – 76. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009350140>

Koskinen, M. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatrinen osastohoito ja - tutkimus. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 668 – 672.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino. Verkkokirja. Saatavissa:

<https://www.ellibslibrary.com>

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. 1. painos. Tampere: Vastapaino. Verkkokirja. Saatavissa:

<https://www.ellibslibrary.com>

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2.uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 21 – 44.

Learning from Each Other. 2003. Success Stories and Ideas for Reducing Restraint/Seclusion in Behavioral Health. American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association and National Association of Psychiatric Health System with support from the American Hospital Association Section for Psychiatric and Substance Abuse Services. Saatavissa: [http://www.aha.org/content/00-](http://www.aha.org/content/00-10/learningfromeachother.pdf)

[10/learningfromeachother.pdf](http://www.aha.org/content/00-10/learningfromeachother.pdf)

LeBel, J.L., Duxbury, J.A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C. & Sharpe, J. 2014. Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. Journal of Psychosocial Nursing 52(11), 22 – 29.

Saatavissa: <https://www.researchgate.net/publication/266947426>

Lindholm, T. 2016. Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät pakon käytölle aikuispsykiatriassa. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö. Saatavissa:

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/108766/Lindholm%20Taina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. 2015. Understanding Mental Health Service Users Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. Canadian Journal of Psychiatry 60(9), 386 – 392. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574714/pdf/cjp-2015-vol60-sept2015-386-392.pdf>

MacDaniel, M. 2009. Comfort Rooms. A Preventative Tool Used to Reduce the Use of Restraint and Seclusion in Facilities that Serve Individuals With Mental Illness. Ideas & Instructions for Implementation. New York: New York State Office of Mental Health. Saatavissa:

[https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort\\_room/comfort\\_rooms.pdf](https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf)

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2014. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 645 – 680.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2014. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Päivitetty 13.3.2017. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Verkkokirja [viitattu 16.8.2017]. Saatavissa:

<http://www.oppiportti.fi>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Moring, J. 2011. Mitä kuuluu THL:n kärkihankkeille? Teoksessa Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015.

Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 6/2011, 152 – 156. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Moring, J. 2010. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta toimeenpanoon. THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön avauksia 2010:16, 64 – 70.

Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80006/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71.pdf?sequence=1>

National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings. Updated edition. NICE guideline NG10. Saatavissa:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253>

Niukkanen, J. & Tiainen, T. 2015. Investointiesitys vuoden 2016 talousarviota ja vuosien 2017-2018 toiminta- ja taloussuunnitelmaa varten: KELL osB19 Rauhoittumishuoneen hyödyn ja käytön maksimointi.

Novak, T., Scanlan, J., McCaul, D., MacDonald, N. & Clarke, T. 2015. Pilot study of a sensory room in an acute inpatient unit. Australian Psychiatry 20(5), 401 – 406. Saatavissa:

<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1039856212459585>

Närhi, V. 2011. ADHD ja kognitiiviset taustatekijät. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 18.8.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01789>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paakkonen, T. 2012. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta ja Niuvanniemen sairaala. Väitöskirja. Saatavissa:

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0660-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-0660-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0660-1/urn_isbn_978-952-61-0660-1.pdf)

Piha, J. 2004. Osastohoito hoitomenetelmänä. Teoksessa Almqvist, F., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Piha, J., Räsänen, E. & Tamminen, T. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 422 – 427.

Puustjärvi, A. & Kippola-Pääkkönen, A. 2016. Aistitiedon käsittelyn vaikeudet ja ADHD. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 18.8.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00941>

Pylkkänen, K. & Haapasalo-Pesu, K.-M. 2016. Nuorisopsykiatrinen palvelujärjestelmä. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 443 – 451.

Pöyhtäri, J. & Ranta, K. 2016. Dialektinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 536 – 543.

Ranta, K. & Koskinen, M. 2016. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 117 – 279.

Safewards. 2017. Rauhoittumiskeinot [viitattu 20.8.2017]. Saatavissa: <http://www.safewards.net/fi/2015-07-03-10-10-24/rauhottumiskeinot>

Santalampi, P., Mäki, P. & Välimäki, M. 2016. Psykoedukaatio. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 492 – 502.

Savonia ammattikorkeakoulu. Tietoa sosiaali- ja terveysalalle: Ennakoi väkivaltaa työssä. Saatavissa:

[http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi\\_vakivaltaa.pdf](http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi_vakivaltaa.pdf)

Scanlan, J.N. & Novak, T. 2015. Sensory approaches in mental health: A scoping review. Australian Occupational Therapy Journal 62(5), 277 – 285. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1440-1630.12224/abstract>

Shimizu, V.T., Bueno, O.F. & Miranda, M.C. 2014. Sensory processing abilities of children with ADHD. Brazilian Journal of Physical Therapy 18(4), 343 – 352. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183255/pdf/rbfis-18-04-0343.pdf>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2016. Potilaan oikeudet. Saatavissa:

[http://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Potilaan\\_oikeudet\\_2016\\_suomi.pdf/92a2b4b2-2d36-4f26-b939-e363a69f4913](http://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Potilaan_oikeudet_2016_suomi.pdf/92a2b4b2-2d36-4f26-b939-e363a69f4913)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2013. Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista.

Saatavissa:

[http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Tahdosta\\_riippumaton\\_hoito.pdf](http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Tahdosta_riippumaton_hoito.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Saatavissa:

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS\\_JA\\_PAIHDESUUNNI1487308985.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_PAIHDESUUNNI1487308985.pdf)



Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>

Sourander, A. & Aronen, E. 2014. Lastenpsykiatriset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Päivitetty 13.3.2017. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Verkkokirja [viitattu 16.8.2017]. Saatavissa:

<http://www.oppiportti.fi>

Sourander, A. & Marttunen, M. 2016. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 116 – 124.

Stenberg, J.-H. 2016. Internet ja tietokone lasten ja nuorten hoidossa. Teoksessa Kumpulainen K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 506 – 508.

Taipale, V. 1998. Lasten mielenterveystyö. 3. painos. Porvoo: WSOY.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Hoidon ja hoitojärjestelmän merkitys pakon vähentämisessä. Teoksessa Makkonen, A., Putkonen, A., Korhonen, J. Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2016, 28 – 37.

Saatavissa:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Pakon käytön ennaltaehkäisy. Teoksessa Makkonen, A., Putkonen, A., Korhonen, J. Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2016, 18 – 27. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 1. painos. Tampere: Tampere University Press. Verkkokirja. Saatavissa: <https://masto.finna.fi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuori, T. 2011. Psykiatrinen sairaalahoito Suomessa vuosina 2004–2009. Teoksessa Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 6/2011, 41 – 50. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tähti, H. 2017. Osastonhoitaja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Suullinen tiedoksianto 10.11.2017.

Valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 812/2012. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120812>

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja

vuorovaikutus. 1. painos. Tampere: Vastapaino, 223 – 241. Verkkokirja.  
Saatavissa: <https://masto.finna.fi>

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 24(3),  
18 – 22. Saatavissa: <https://journal.fi/tt/article/view/56593/18746>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki:  
Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A. 2007. Uhkaavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen.  
Teoksessa Annala, T., Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A.  
(toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4.  
uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 145 – 151.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M.,  
Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn  
hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turku: Turun Yliopisto,  
Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja 66/2013.

Saatavissa:

[https://www.tsr.fi/documents/20181/40645/111298Loppuraportti\\_Julkaisu\\_A66.pdf/fce5796b-7949-4287-b4dd-517badd52522](https://www.tsr.fi/documents/20181/40645/111298Loppuraportti_Julkaisu_A66.pdf/fce5796b-7949-4287-b4dd-517badd52522)

West, M., Melvin, G., McNamara, F. & Gordon, M. 2017. An evaluation of  
the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric  
inpatient unit. Australian Occupational Therapy Journal 64(3), 253 – 263.

Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1440-1630.12358/abstract>

World Health Organization. 2002. Nuorisoväkivalta. Teoksessa Krug,  
E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lorenzo, R. (toim.) Väkivalta  
ja terveys maailmassa – WHO:n raportti, 42 – 76. Saatavissa:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/full\\_fi.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf)

## LIITTEET

### LIITE 1

#### Aivoriihen materiaalien käsittelyä

<b>Materiaaleista tehdyt havainnot ja päätelmät</b>	<b>Materiaalin tuottamista ohjaavat kysymykset</b>	<b>Tiedonkeruun tavoite (I) Materiaalin tuottamisen tapa (II)</b>
<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Yläotsikkotasoja liikaa</li> <li>-Tieteellistä näyttö menetelmien tueksi</li> <li>-Kliinistä näyttöä menetelmien tueksi</li> <li>-Kokemuksellista tietoa menetelmien tueksi</li> <li>-Kehityksellinen ja edukatiivinen näkökulma</li> <li>-Potilaalle oma versio mahdollistamaan osallistumista ja päätöksentekoa</li> <li>-Työntekijälle oma versio</li> <li>-Perehdytyksen tuki</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Palautetta, ajatuksia ja ideoita kehittämisen tueksi ja sitä ohjaamaan</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <p>Tuotoksen arviointi ja etenemisen suunnittelu (I)</p> <p>Ohjausryhmän palautteet (II)</p>
<p>=&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tuotoksen jäsentely epäselvä</li> <li>-Paljon samankaltaisia menetelmiä</li> <li>-Yläotsikoita liikaa ja osittain päällekkäisiä</li> <li>-Menetelmien käyttöön vaadittava välineistö tultava esille</li> <li>-Menetelmät eivät aukea tarpeeksi ilman selitteitä tai ohjeita</li> <li>-Menetelmien käytölle tarvitaan yleispätevä ohje</li> <li>-Tieteellinen, kliininen ja kokemuksellinen tieto menetelmien takana uupuu</li> <li>-Kahden eri version kohdentuminen eri käyttäjäryhmille</li> <li>-Osa menetelmistä enemmänkin toimintatapoja</li> </ul>	<p>=&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Millaiset tekniset ratkaisut selventäisivät tuotoksen jäsentelyä?</li> <li>-Voitaisiinko joitakin menetelmiä yhdistää kokonaisuuksiksi?</li> <li>-Millaista tietoa ja materiaalia menetelmien käyttämisen tueksi tarvitaan?</li> <li>-Millaisia lyhyitä ja yksinkertaisia ohjeita, menetelmät tarvitsevat?</li> <li>-Miten tuotosta käytännössä käytetään?</li> <li>-Miten vastataan ohjausryhmän palautteisiin?</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <p>Tuotoksen jatkokehittäminen (I)</p> <p>Hankeryhmän ryhmäkeskustelu (II)</p>

## LIITE 2

### Otsikoiden uudelleenjärjestelyä

<b>Yläotsikkotaso</b>	<b>Alaotsikkotaso</b>
(1) Ahdistuksen hallintaan tähtäävät menetelmät	-Rentoutumismenetelmät -Ahdistuksen lievittämisen menetelmät -Tietoisuustaitoihin suunnatut menetelmät -Liikunnalliset menetelmät -Aistiharjoittelun menetelmät
(2) Sosiaalisten taitojen vahvistamiseen tähtäävät menetelmät	
(3) Psykkisten taitojen vahvistamiseen tähtäävät menetelmät	-Toiminnalliset menetelmät -Itsehallintaan ja tunteiden hallintaan suunnatut menetelmät -Vakauttamisen menetelmät
(4) Itsetuntemuksen lisäämisen tähtäävät menetelmät	-Oman tilanteen ymmärtämiseen ja oirehallintaan suunnatut menetelmät -Ymmärretyksi tulemiseen suunnatut menetelmät -Vuorovaikutukselliset menetelmät -Psykoedukaatio

### LIITE 3

#### Esimerkkejä menetelmäkohtaisista ohjeistuksista

<b>Menetelmä</b>	<b>Ohjeistus</b>
Fysioakustinen tuoli	-Sijaitsee NIA:n tiloissa -Ohje tuolin läheisyydessä -Valmiit ohjelmat -Huomioi rajoitteet
Ohjattu rentoutuminen	-Valmiita ohjeistuksia saatavissa Internetistä -Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen
Kylmäpussit	-Huomioitava käyttöaika -Ei suoraan ihoa vasten
Kuminauhhat	-Potilas pujottaa käsivarteensa ja räpsäyttelee ihoaan vasten
Hierontapallot	-Tarvittaessa toisen työntekijän läsnäolo liittyen potilaan oireiluun
Painotuotteet	-Huomioitava tuotteen paino suhteessa potilaan kokoon -Suunnitelmallisuus tuotteiden käytössä (säännöllisyys, käyttötarkoitus, ennakoitavuus) -Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen
Ryhmien kokoontuminen	-Ryhmän vetäjän riittävä koulutus tai perehtyminen -Suunnitelmallisuus huomioitava

## LIITE 4

### Menetelmien yhdistämistä kokonaisuuksiksi

<b>Menetelmän yläkäsite</b>	<b>Menetelmän alaryhmät</b>
Käsillä tekeminen	-Virkkaaminen -Neulominen -Muovailuvaha -Kineettinen hiekka
Kuvallinen ilmaisu	-Piirtäminen -Maalaaminen -Värittäminen
Kehonhuolto	-Jumppaohjelma -Venyttelyohjelma -Jumppapallo -Kuminauhut
Äänten tuottaminen	-Huutaminen -Kuiskaaminen -Ääniä tuottavat välineet
Tasapainotuotteet	-Tasapainolauta -Keinu -Keinulauta
Painotuotteet	-Painopeitto -Painotyyny -Painoliivi
Huomion tietoinen suuntaaminen	-Ympäristön aistiärsykkeisiin (esim. värit, äänet, hajut) -Kehon tuntemuksiin (esim. hengitys, kosketustuntemukset)
Sosiaalisten tilanteiden jäsentäminen	-Rooliharjoittelu (esim. tilanteiden harjoittelu etukäteen) -Omien tunteiden sanoittaminen erilaisin apuvälinein (esim. tunnekortein, kuvakortein) -Tilanteiden mallintaminen erilaisin apuvälinein (esim. sarjakuvin, kirjoittaen)
Ohjattu rentoutuminen	-Liharentoutus -Hengitysharjoitukset -Rentoutusnauhoite
Ohjattu leikki	-Hoitaja valvoo ja ohjaa kahden potilaan leikkiä -Hoitaja leikkii potilaan kanssa
Käsinuket ja figuurit	-Mielen sisällön tuottaminen -Tilanteiden läpikäyminen -Esim. Mikä hahmo haluaisit olla?

## LIITE 5

### Ensimmäisen ryhmäkeskustelun materiaalien käsittelyä

<b>Materiaaleista tehdyt havainnot ja päätelmät</b>	<b>Materiaalin tuottamista ohjaavat kysymykset</b>	<b>Tiedonkeruun tavoite (I) Materiaalin tuottamisen tapa (II)</b>
<p data-bbox="387 499 427 521">&lt;=</p> <p data-bbox="387 562 547 584">-Ei aineistoa</p>	<p data-bbox="746 499 786 521">&lt;=</p> <p data-bbox="746 562 1058 651">-Palautetta, ajatuksia ja ideoita kehittämisen tueksi ja sitä ohjaamaan</p>	<p data-bbox="1098 499 1137 521">&lt;=</p> <p data-bbox="1098 562 1433 618">Tuotoksen arviointi ja etenemisen suunnittelu (I)</p> <p data-bbox="1098 658 1425 719">Ohjausryhmän palautteet (II)</p>
<p data-bbox="387 730 427 752">=&gt;</p> <p data-bbox="387 792 715 1357">-Psykoedukaatio sana vaikeasti lähestyttävä -Otsikoiden nimet eivät yhtenäisiä -Turvallisuuden näkökulma uupuu -Muutamien lauseiden nostamista äänitteestä manuaaliin harkittava -Käytännön toteutusta ei olla pohdittu vielä lainkaan -Jotkin menetelmät edelleen vailla selkeitä ohjeistuksia -Jotkin menetelmät tarvitsevat esimerkinomaisen ohjeen</p>	<p data-bbox="746 730 786 752">=&gt;</p> <p data-bbox="746 792 1066 1167">-Onko tuotoksen kokonaisuus ja järjestys selkeä ja ymmärrettävä? -Mitä menetelmien käyttämiseen ja turvallisuuteen liittyviä näkökulmia nähdään tarpeelliseksi mainita? -Mitä käytännön asioita täytyy alkaa järjestellä tuotoksen käyttöönottoon liittyen?</p>	<p data-bbox="1098 730 1137 752">&lt;=</p> <p data-bbox="1098 792 1409 848">Tuotoksen loppuarviointi ja viimeistely (I)</p> <p data-bbox="1098 889 1361 945">Hankeryhmän ryhmäkeskustelu (II)</p>



## LIITE 6

### Toisen ryhmäkeskustelun materiaalien käsittelyä

<b>Materiaaleista tehdyt havainnot ja päätelmät</b>	<b>Materiaalin tuottamista ohjaavat kysymykset</b>	<b>Tiedonkeruun tavoite (I) Materiaalin tuottamisen tapa (II)</b>
<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaavien ohjeiden lisääminen</li> <li>-Yläotsikolle 2 alaotsikot</li> <li>-Käyttöohjeen täydentäminen ja käyttöönoton helpottaminen</li> <li>-Yhtenäiset kirjauskäytännöt tilastoimisen tueksi</li> <li>-Havainnollistavien kuvien lisääminen</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kommentteja ja ajatuksia kirjallisen tuotoksen lopullista viimeistelyä ohjaamaan</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tuotoksen loppuarviointi ja viimeistely (I)</li> <li>Ohjausryhmän palautteet (II)</li> </ul>
<p>=&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Käytännön asioista sopiminen järkevää tehdä mahdollisimman suurella kokoonpanolla</li> <li>-Kokonaisuuden luettaminen hankeryhmän ulkopuolisella</li> <li>-Suullisen palautteen saaminen</li> <li>-Manuaalin kokoaminen yhdeksi kokonaisuudeksi</li> </ul>	<p>=&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mitä välineitä on?</li> <li>-Missä välineet ovat?</li> <li>-Miten välineitä käytetään?</li> <li>-Miksi kutsutaan huonetta, jossa menetelmiä käytetään?</li> <li>-Millaisella suunnitelmalla ja useudella toimintaa aletaan toteuttaa?</li> <li>-Minkä otsikon alle toimintaa kirjataan?</li> </ul>	<p>&lt;=</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tuotoksen käyttöönotto (I)</li> <li>Koulutuspäivä (II)</li> </ul>

## LIITE 7

### Hoitotyön tavoitteiden manuaali

#### HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

##### MENETELMIEN KÄYTTÄMISEN PROSESSI

- \* Riittävä perehtyminen potilaan tilanteeseen.
- \* Riittävä vuorovaikutussuhde potilaaseen.
- \* Potilaan ajankohtaisen tilanteen huomioiminen.  
=>
- \* Menetelmiin tutustuminen itse.
- \* Menetelmien harjoittelu itsellä.
- \* Menetelmiin luottaminen.  
=>
- \* Menetelmiin tutustuminen potilaan kanssa.
- \* Menetelmän valitseminen.
- \* Menetelmän käyttäminen potilaan kanssa.  
=>
- \* Menetelmän toimivuuden havainnoiminen.
- \* Potilaan voimien havainnoiminen.
- \* Potilaan kokemuksen tiedusteleminen voimista ennen ja jälkeen menetelmän käyttämisen.
- \* Potilaan kokemuksen raportointi.
- \* Omien havaintojen sanoittaminen.
- \* Omien havaintojen raportointi.  
=>
- \* Menetelmien käyttämisen yleinen tuloksellisuuden seuraaminen ja arviointi.
- \* Menetelmien jatkokehittäminen tarpeen mukaan.

##### ASIOITA, JOITA KANNATTAA HUOMIOIDA MENETELMIEN KÄYTTÄMISEEN LIITTYEN

- \* Työntekijän tietoinen läsnäolo, sekä oman toiminnan ja tunteiden hallinta.
  - \* Vuorovaikutuksessa kiinnitettävä huomiota potilaan oman version kiireettömään kuulemiseen ja validointiin.
  - \* Potilaan vireystilan huomioiminen.
  - \* Potilaan psyykkisen voimien huomioiminen.
  - \* Potilaan ajankohtaisen tunnetilan havaitseminen.
  - \* Menetelmän käyttämisen turvallisuus.
  - \* Tilanteen turvallisuuden arviointi ja huomioiminen.
  - \* Erityisen tärkeää on selvittää millaisen oireiston ympärillä potilaan psyykinen problematiikka pyörii.
  - \* On varmistuttava siitä, että potilas pystyy käyttämään menetelmän edellyttämää vuorovaikutusta rakentavasti ja omaan oirekuvaansa nähden hyödyllisesti.
  - \* Huomioitava esimerkiksi mahdolliset psykoottiset oireet, tunnekylläisyys ja manipulatiiviset piirteet, impulsiiviset piirteet, sekä traumoja laukaisevat signaalit.
  - \* Ennen aisteja stimuloivien menetelmien käyttämistä tulee huomioida potilaan mahdolliset aistitiedon prosessoinnin pulmat - konsultoi tarvittaessa toimintaterapeuttia.
- "Kaikki mukava vuorovaikutus, mikä on jaettava, on eteenpäin vievää."

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### MANUAALIN KÄYTTÖ

1. TUTUSTU MENETELMIEN KÄYTTÄMISEN PROSESSIIN JA ASIOIHIN, JOITA KANNATTAA HUOMOIDA MENETELMIEN KÄYTTÄMISEEN LIITTYEN (sivu 1)

=>

2. VALIKOI TILANTEESEEN SOPIVA YLÄOTSIKKO (1, 2, 3, 4)

=>

3. TUTUSTU ALAOTSIKUIHIN (A, B, C, D, E)

=>

4. VALITSE KÄYTETTÄVÄ MENETELMÄ POTILAAN TOIVEET HUOMIOIDEN

HUOM. KAIKKI MENETELMÄT OVAT LISTATTUNA VIIMEISELLÄ SIVULLA, JOHON ON MAHDOLLISTA TUTUSTUA MYÖS YHDESSÄ POTILAAN KANSSA (MENETELMÄLAATIKOT)

### (1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT (sivu 3)

(A) RENTOUTUMISEN MENETELMÄT

(B) AHDISTUKSEN LIEVITTÄMISEN MENETELMÄT

(C) TIETOISUUSTAITOIHIN SUUNNATUT MENETELMÄT

(D) LIKUNNALLISET MENETELMÄT

(E) AISTI HARJOITTELU MENETELMÄT

### (2) SOSIAALISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT (sivu 10)

(A) LEIKILLISET MENETELMÄT

(B) RYHMÄMUOTOISET MENETELMÄT

### (3) PSYKKISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT (sivu 12)

(A) TOIMINNALLISET MENETELMÄT

(B) ITSEHALLINTAAN JA TUNTEIDEN HALLINTAAN SUUNNATUT MENETELMÄT

(C) VAKAUTTAMISEN MENETELMÄT

### (4) ITSETUNTEMUKSEN LISÄÄMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT (sivu 15)

(A) OMAN TILANTEEN YMMÄRTÄMISEEN JA OIREHALLINTAAN SUUNNATUT MENETELMÄT

(B) YMMÄRRETYKSI TULEMISEEN SUUNNATUT MENETELMÄT

(C) VUOROVAIKUTUKSELLISET MENETELMÄT

(D) PSYKOEDUKAATIO

### MENETELMÄLAATIKOT (sivu 19)

Huom. Menetelmien perässä olevilla numeroilla viitataan siihen, kuinka monen eri alaotsikon alta kyseinen menetelmä on löydettävissä.

(1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

**(A) RENTOUTUMISMENETELMÄT**

**\*FYSIOAKUSTINEN TUOLI (1/1)**

Ohjeistus:

- Sijaitsee NIA:n tiloissa
- Ohje tuolin läheisyydessä
- Valmiit ohjelmat
- Huomioi rajoitteet

**\*OHJATTU RENTOUTUMINEN (1/1)**

- Lihasrentoutus
- Hengitysharjoitukset
- Rentoutusnauhoite

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

**\*HIERONTAPALLOT (1/3)**

Ohjeistus:

- Tarvittaessa toisen työntekijän läsnäolo liittyen potilaan oireiluun

**\*KEHONHUOLTO (1/2)**

- Jumppaohjelma
- Venyttelyohjelma
- Jumppapallo
- Kuminauhat

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

**\*KIRJALLISUUS (1/3)**

- Lukeminen
- Äänikirjat

**\*KUVALLINEN ILMAISU (1/4)**

- Piirtäminen
- Maalaaminen
- Värittäminen

**\*KÄSILLÄ TEKEMINEN (1/4)**

- Virkkaaminen
- Neulominen
- Askartelu
- Muovailuvaha
- Kineettinen hiekka

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### \*MUSIIKIN KUUNTELU (1/4)

#### \*PAINOTUOTTEET (1/2)

- Painopeitto
- Painotyyny
- Painoliivi

#### Ohjeistus:

- Huomioitava tuotteen paino suhteessa potilaan kokoon
- Suunnitelmallisuus tuotteiden käytössä (säännöllisyys, käyttötarkoitus, ennakoitavuus)
- Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

#### \*TASAPAINOTUOTTEET (1/2)

- Tasapainolauta
- Keinu
- Keinulauta

#### Ohjeistus:

- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen
- Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

#### \*PALAPELIT (1/2)

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (B) AHDISTUKSEN LIEVITTÄMISEN MENETELMÄT

##### \*MIELIKUVA-HARJOITUKSET (1/1)

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen
- Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

##### \*HENGITYSHARJOITUKSET (1/1)

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

##### \*KYLMIÄPUSSIT JA LÄMMINPUSSIT (1/1)

Ohjeistus:

- Huomioitava käyttöaika
- Ei suoraan ihoa vasten

##### \*JÄÄPALAT (1/1)

Ohjeistus:

- Huomioitava käyttöaika
- Ei suoraan ihoa vasten

##### \*KUMINAUHAT (1/1)

Ohjeistus:

- Potilas pujottaa käsivarteensa ja räpsäyttelee ihoaan vasten

##### \*KUPLAMUOVIN PAUKUTTELU (1/1)

##### \*REPIMINEN JA RIKKOMINEN (1/1)

- Pahvilaatikot
- Sanomalehdet
- Paperirullien hylsy

##### \*ÄÄNTEN TUOTTAMINEN (1/1)

- Huutaminen
- Kuiskaaminen
- Ääntä tuottavat välineet

(1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

(C) TIETOISUUSTAITOIHIN SUUNNATUT MENETELMÄT

\*HIERONTAPALLOT (2/3)

Ohjeistus:

-Tarvittaessa toisen työntekijän läsnäolo liittyen potilaan oireiluun

\*KUVALLINEN ILMAISU (2/4)

- Piirtäminen
- Maalaaminen
- Värittäminen

\*KÄSILLÄ TEKEMINEN (2/4)

- Virkkaaminen
- Neulominen
- Askartelu
- Muovailuvaha
- Kineettinen hiekka

Ohjeistus:

-Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

\*PURISTELTAVAT ESINEET KÄSIIN (1/2)

- Stressipallot
- Puristuskahvat

\*SAIPPUAKUPLIEN PUHALTAMINEN JA POKSAUTTELU (1/2)

\*HUOMION TIETOINEN SUUNTAAMINEN (1/3)

- Ympäristön aistiärsyksiin (esim. värit, äänet, hajut)
- Kehon tuntemuksiin (esim. hengitys, kosketustuntemukset)

Ohjeistus:

-Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (D) LIIKUNNALLISET MENETELMÄT

\*INTENSIIVINEN HARJOITUS / LIIKUNTA HENGÄSTYMISEEN ASTI (1/1)

\*ESINEIDEN PITÄMINEN ILMASSA (1/1)

- Ilmapallo
- Höyhen
- Saippuakupla

\*HYPPYNARULLA HYPPELY (1/1)

\*NYRKKEILYSÄKKI (1/1)

\*KEHONHUOLTO (2/2)

- Jumppaohjelma
- Venyttelyohjelma
- Jumppapallo
- Kuminauhat

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

\*PALLOLEIKIT (1/2)

- Pallon heittäminen seinään
- Pallon heittäminen toiselle
- Pallon pomputtelu



## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (1) AHDISTUKSENHALLINTAAN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (E) AISTIHARJOITTELUN MENETELMÄT

##### \*ERILAISET VALOT JA LAMPUT (1/1)

Ohjeistus:

-Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

##### \*ERILAISET HAJUT (1/1)

- Tuoksuvat elintarvikkeet ja mausteet
- Valmiit tuoksutuotteet

Ohjeistus:

-Ympäristön luonnon hyödyntäminen

##### \*ERILAISET MAUT (1/1)

- Perusmaut: hapan, kitkerä, suolainen ja makea
- Esim. chilikarkit, valkosipuli, sitruuna, pastillit tms.

##### \*PULLOT, JOISSA MASSAA (1/1)

Ohjeistus:

-Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

##### \*HIERONTAPALLOT (3/3)

Ohjeistus:

-Tarvittaessa toisen työntekijän läsnäolo liittyen potilaan oireiluun

##### \*KIRJALLISUUS (2/3)

- Lukeminen
- Äänikirjat

##### \*KÄSILLÄ TEKEMINEN (3/4)

- Virkkaaminen
- Neulominen
- Askartelu
- Muovailuvaha
- Kineettinen hiekka

Ohjeistus:

-Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

##### \*MUSIIKIN KUUNTELU (2/4)

##### \*PAINOTUOTTEET (2/2)

- Painopeitto
- Painotyyny
- Painoliivi

Ohjeistus:

-Huomioitava tuotteen paino suhteessa potilaan kokoon  
-Suunnitelmallisuus tuotteiden käytössä (säännöllisyys, käyttötarkoitus, ennakoitavuus)  
-Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### \*TASAPAINOTUOTTEET (2/2)

- Tasapainolauta
- Keinu
- Keinulauta

#### Ohjeistus:

- Fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen
- Toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntäminen

### \*PURISTELTAVAT ESINEET KÄSIIN (2/2)

- Stressipallot
- Puristuskahvat

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (2) SOSIAALISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (A) LEIKILLISET MENETELMÄT

##### \*OHJATTU LEIKKI (1/1)

- Hoitaja valvoo ja ohjaa kahden potilaan leikkiä
- Hoitaja leikkii potilaan kanssa

##### \*SOSIAALISTEN TILANTEIDEN JÄSENTÄMINEN (1/1)

- Rooliharjoittelu (esim. tilanteiden harjoittelu etukäteen)
- Omien tunteiden sanoittaminen erilaisin apuvälinein (esim. tunnekortein, kuvakortein)
- Tilanteiden mallintaminen erilaisin apuvälinein (esim. sarjakuvin, kirjoittaen)

##### \*KÄSINUKET JA FIGUURIT (1/5)

- Mielen sisällön tuottaminen
- Tilanteiden läpikäyminen
- Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (2) SOSIAALISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (B) RYHMÄMUOTOISET MENETELMÄT

##### \*RYHMIEN KOKOONTUMINEN (1/3)

- ART-ryhmä (Aggression Replacement Training)
- Toimintaterapia-ryhmä
- Oireenhallinta-ryhmä
- SCIT-ryhmä (Social Cognition and Interaction Training)

##### Ohjeistus:

- Ryhmän vetäjän riittävä koulutus tai perehtyminen
- Suunnitelmallisuus huomioitava

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (3) PSYKKISTEN TAIDOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (A) TOIMINNALLISET MENETELMÄT

- \*PELIIEN PELAAMINEN (1/1)
    - Pelikortit
    - Lautapelit
  
  - \*PALIKOILLA RAKENTAMINEN (1/1)
    - Rakennuspalikat
    - Pehmopalikat
  
  - \*TABLETIN KÄYTTÖ YHDESSÄ POTILAAN KANSSA (1/1)
    - Videoiden katsominen
    - Valmiit verkkomateriaalit
    - Pelit
  
  - \*KIRJALLISUUS (3/3)
    - Lukeminen
    - Äänikirjat
  
  - \*KUVALLINEN ILMAISU (3/4)
    - Piirtäminen
    - Maalaaminen
    - Värittäminen
  
  - \*KÄSILLÄ TEKEMINEN (4/4)
    - Virkkaaminen
    - Neulominen
    - Askartelu
    - Muovailuvaha
    - Kineettinen hiekka
- Ohjeistus:  
-Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä
- \*MUSIIKIN KUUNTELU (3/4)
  
  - \*PALAPELIT (2/2)
  
  - \*SAIPPUAKUPLIEN PUHALTAMINEN JA POKSAUTTELU (2/2)
  
  - \*PALLOLEIKIT (2/2)
    - Pallon heittäminen seinään
    - Pallon heittäminen toiselle
    - Pallon pomputtaminen

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (3) PSYKKISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (B) ITSEHALLINTAAN JA TUNTEIDEN HALLINTAAN SUUNNATUT MENETELMÄT

##### \*OLOTILAYMPYRÄ (1/1)

- Oman vireystilan tunnistaminen

Ohjeistus:

- Keskustelun apuvälineeksi
- Ks. Erillinen ohje

##### \*LÄHEISYYSYMPYRÄ (1/1)

- Henkilökohtaisen tilan tunnistaminen

Ohjeistus:

- Keskustelun apuvälineeksi
- Ks. Erillinen ohje

##### \*TERAPEUTTISET KORTIT (1/1)

- Nallekortit
- Hevoskortit
- Tunnekortit
- Vahvuuskortit
- Pantomiinikortit
- Muistikortit
- Elämän tärkeät asiat -kortit

##### \*HUOMION TIETOINEN SUUNTAAMINEN (2/3)

- Ympäristön aistiärsykkeisiin (esim. värit, äänet, hajut)
- Kehon tuntemuksiin (esim. hengitys, kosketustuntemukset)

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

##### \*RYHMIEN KOKOONTUMINEN (2/3)

- ART-ryhmä (Aggression Replacement Training)
- Toimintaterapia-ryhmä
- Oireenhallinta-ryhmä
- SCIT-ryhmä (Social Cognition and Interaction Training)

Ohjeistus:

- Ryhmän vetäjän riittävä koulutus tai perehtyminen
- Suunnitelmallisuus huomioitava

##### \*KÄSINUKET JA FIGUURIT (2/5)

- Mielen sisällön tuottaminen
- Tilanteiden läpikäyminen
- Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?

##### \*TYHJÄT ERIVÄRISET KORTTIPOHJAT (1/2)

- Tunnetilan piirtäminen
- Mikä väri vastaa mitäkin tunnetta?

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (3) PSYYKKISTEN TAITOJEN VAHVISTAMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (C) VAKAUTTAMISEN MENETELMÄT

##### \*VAKAUTTAVAT MIELIKUVAHARJOITUKSET (1/1)

- Turvapaikka traumatisoituneelle potilaalle

Ohjeistus:

- Ks. Erillinen ohje

##### \*KUVALLINEN ILMAISU (4/4)

- Piirtäminen
- Maalaaminen
- Värittäminen

##### \*MUSIIKIN KUUNTELU (4/4)

##### \*HUOMION TIETOINEN SUUNTAAMINEN (3/3)

- Ympäristön aistiärsyksiin (esim. värit, äänet, hajut)
- Kehon tuntemuksiin (esim. hengitys, kosketustuntemukset)

Ohjeistus:

- Valmiita ohjeistuksia saatavissa internetistä

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (4) ITSETUNTEMUKSEN LISÄÄMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (A) OMAN TILANTEEN YMMÄRTÄMISEEN JA OIREHALLINTAAN SUUNNATUT MENETELMÄT

##### \*RYHMIEN KOKOONTUMINEN (3/3)

- ART-ryhmä (Aggression Replacement Training)
- Toimintaterapia-ryhmä
- Oireenhallinta-ryhmä
- SCIT-ryhmä (Social Cognition and Interaction Training)

Ohjeistus:

- Ryhmän vetäjän riittävä koulutus tai perehtyminen
- Suunnitelmallisuus huomioitava

##### \*KÄSINUKET JA FIGUURIT (3/5)

- Mielen sisällön tuottaminen
- Tilanteiden läpikäyminen
- Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?

##### \*KETJU-ANALYYSI (1/3)

- Oman toiminnan ymmärtäminen

Ohjeistus:

- Ks. Erillinen ohje

##### \*SPIRAALI -PELI (1/2)

- Asperger potilaan itsetuntemukseen vaikuttava peli



(4) ITSETUNTEMUKSEN LISÄÄMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

(B) YMMÄRREYKSI TULEMISEEN SUUNNATUT MENETELMÄT

\*HUOLILAATIKKO (1/1)

-Mieltä kuormittavien asioiden ilmaiseminen kirjoittamalla

Ohjeistus:

-Ks. Erillinen ohje

\*KÄSINUKET JA FIGUURIT (4/5)

-Mielen sisällön tuottaminen

-Tilanteiden läpikäyminen

-Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?

\*TYHJÄT ERIVÄRISET KORTTIPOHJAT (2/2)

-Tunnetilan piirtäminen

-Mikä väri vastaa mitään tunnetta?

\*KETJU-ANALYYSI (2/3)

-Oman toiminnan ymmärtäminen

Ohjeistus:

-Ks. Erillinen ohje

\*KOKEMUSTEN KIRJOITTAMINEN (1/2)

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (4) ITSETUNTEMUKSEN LISÄÄMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (C) VUOROVAIKUTUKSELLISET MENETELMÄT

\*KAHDENKESKEINEN YHDESSÄOLO/LÄSNÄOLO (1/1)

\*JUTTELU (1/1)

\*VALOVOIMA -PELI (1/1)

-Tutustumis-, tunne- ja voimavarapeli  
-Itsetuntemuksen edistämiseksi, voimavarojen tunnistamiseksi ja tunteiden puhumista rohkaisemaan

\*KÄSINUKET JA FIGUURIT (5/5)

-Mielen sisällön tuottaminen  
-Tilanteiden läpikäyminen  
-Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?

\*KETJU-ANALYYSI (3/3)

-Oman toiminnan ymmärtäminen

Ohjeistus:

-Ks. Erillinen ohje

\*SPIRAALI -PELI (2/2)

-Asperger potilaan itsetuntemukseen vaikuttava peli

\*KOKEMUSTEN KIRJOITTAMINEN (2/2)

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### (4) ITSETUNTEMUKSEN LISÄÄMISEEN TÄHTÄÄVÄT MENETELMÄT

#### (D) PSYKOEDUKAATIO

\*SUULLINEN OHJAAMINEN JA TIEDON JAKAMINEN (1/1)

\*KIRJALLINEN OHJAAMINEN JA TIEDON JAKAMINEN (1/1)

## HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN MANUAALI

### MENETELMÄLAATIKOT

- \*FYSIOAKUSTINEN TUOLI (1A)
- \*OHJATTU RENTOUTUMINEN (1A)
  - Lihasrentoutus
  - Hengitysharjoitukset
  - Rentoutusnauhoite
- \*HIERONTAPALLOT (1A 1C 1E)
- \*KEHONHUOLTO (1A 3D)
  - Jumppiohjelma
  - Venyttelyohjelma
  - Jumppapallo
  - Kuminauhat
- \*PAINOTUOTTEET (1A 1E)
  - Painopeitto
  - Painotyyny
  - Painoliivi
- \*TASAPAINOTUOTTEET (1A 1E)
  - Tasapainolauta
  - Keinu
  - Keinulauta
- \*MIELIKUVA-HARJOITUKSET (1B)
- \*HENGITYSHARJOITUKSET (1B)
- \*KYLMPUSSIT JA LÄMMINPUSSIT (1B)
- \*JÄÄPALAT (1B)
- \*KUMINAUHAT (1B)
- \*KUPLAMUOVIN PAUKUTTELU (1B)
- \*REPIMINEN JA RIKKOMINEN (1B)
  - Pehvileikit
  - Sanomalehdet
  - Paperirullien hylsyt
- \*ÄÄNTEN TUOTTAMINEN (1B)
  - Huutaminen
  - Kulksaaminen
  - Ääntä tuottavat välineet
- \*PURISTELTAVAT ESINEET KÄSIIN (1C 1E)
  - Stressipallot
  - Puristuskahvat
- \*INTENSIIVINEN HARJOITUS / LIIKUNTA HENGÄSTYMISEEN ASTI (1D)
- \*ESINEIDEN PITÄMINEN ILMASSA (1D)
  - Ilmapallo
  - Höyhen
  - Seippukupla
- \*HYPPYNARULLA HYPPELY (1D)
- \*NYRKKEILYSÄKKI (1D)
- \*ERILAISET VALOT JA LAMPUT (1E)
- \*ERILAISET HAJUT (1E)
  - Tuoksuvesi elintarvikkeet ja mausteet
  - Valmiit tuoksu tuotteet
- \*ERILAISET MAUT (1E)
  - Perusmaut: hapen, kitkerä, suolainen ja makea
  - Esim. chiliherkut, valkosipuli, sitruuna, pastillit tms.
- \*PULLOT, JOISSA MASSAA (1E)
- \*KIRJALLISUUS (1A 1E 3A)
  - Lukeminen
  - Äänikirjat
- \*KUVALLINEN ILMAISU (1A 1C 3A 3C)
  - Piirtäminen
  - Maalaaminen
  - Värittäminen
- \*KÄSILLÄ TEKEMINEN (1A 1C 1E 3A)
  - Virikkaaminen
  - Neulominen
  - Muovailuvaha
  - Kineettinen hiekka
- \*MUSIIKIN KUUNTELU (1A 1E 3A 3C)
- \*PALAPELIT (1A 3A)
- \*SAIPPUAKUPLIEN PUHALTAMINEN JA POKSAUTTELU (1C 3A)
- \*HUOMION TIETOINEN SUUNTAAMINEN (1C 3B 3C)
  - Ympäristön esittärsykeisiin (esim. värit, äänet, hajut)
  - Kehon tuntemuksiin (esim. hengitys, kosketustuntemukset)
- \*PALLOLEIKIT (1D 3A)
  - Pallon heittäly seinään
  - Pallon heittäly toiselle
  - Pallon pomputtelu
- \*OHJATTU LEIKKI (2A)
  - Hoitaja valvoo ja ohjaa kahden potilaan leikkiä
  - Hoitaja leikkii potilaan kanssa
- \*SOSIAALISTEN TILANTEIDEN JÄSENTÄMINEN (2A)
  - Rooliharjoittelu (esim. tilanteiden harjoittelu etukäteen)
  - Omien tunteiden sanoittaminen erilaisin apuvälinein (esim. tunnekortit, kuvakortit)
  - Tilanteiden mallintaminen erilaisin apuvälinein (esim. sarjakuvin, kirjoittain)
- \*KÄSINUKET JA FIGUURIT (2A 3B 4A 4B 4C)
  - Mielen sisällön tuottaminen
  - Tilanteiden läpikäyminen
  - Esim. Mikä hahmo olet tai haluaisit olla?
- \*RYHMIEN KOKOONTUMINEN (2B 3B 4A)
  - ART-ryhmä (Aggression Replacement Training)
  - Toimintaterapia-ryhmä
  - Oireenhoito-ryhmä
  - SCT-ryhmä (Social Cognition and Interaction Training)
- \*PELIEEN PELAAMINEN (3A)
  - Pelikortit
  - Lautapelit
- \*PALIKOILLA RAKENTAMINEN (3A)
  - Rakennuspallikat
  - Pehmopallikat
- \*TABLETIN KÄYTTÖ YHDESSÄ POTILAAN KANSSA (3A)
  - Videoiden katsominen
  - Valmiit verkkomateriaalit
  - Pelit
- \*OLOILAYMPYRÄ (3B)
  - Oman viireystilan tunnistaminen
- \*LÄHEISYYSYMPYRÄ (3B)
  - Turvallisen etäisyyden tunnistaminen
- \*TERAPEUTTISET KORTIT (3B)
  - Nallekortit
  - Hevoskortit
  - Tunnekortit
  - Vahvuuskortit
  - Pantominiikortit
  - Muistikortit
  - Elämän tärkeät asiat -kortit
- \*VAKAUTTAVAT MIELIKUVAHARJOITUKSET (3C)
  - Turvapalikka traumatisoituneelle potilaalle
- \*TYHJÄT ERIVÄRISET KORTTIPOHJAT (3B 4B)
  - Tunnetilan piirtäminen
  - Mikä väri vastaa mitäkin tunnetta?
- \*HUOLILAATIKKO (4B)
  - Mietä kuormittavien asioiden ilmaiseminen kirjoittamalla
- \*KETJU-ANALYYSI (4A 4B 4C)
  - Oman toiminnan ymmärtäminen
- \*SPIRAALI -PELI (4A 4C)
  - Asperger potilaan itsetuntemukseen vaikuttava peli
- \*KOKEMUSTEN KIRJOITTAMINEN (4B 4C)
- \*KAHDENKESKEINEN YHDESSÄOLO/LÄSNÄOLO (4C)
- \*JUTTELU (4C)
- \*VALOVOIMA -PELI (4C)
  - Tutustumis-, tunne- ja voimavapeli
  - Itsetuntemuksen edistämiseksi, voimavarojen tunnistamiseksi ja tunteiden puhumista rohkaisevaan
- \*SUULLINEN OHJAAMINEN JA TIEDON JAKAMINEN (4D)
- \*KIRJALLINEN OHJAAMINEN JA TIEDON JAKAMINEN (4D)

Huom. Menetelmien perässä olevilla numeroilla ja kirjaimilla viitataan hoitotyön tavoitteiden manuaalissa esiintyviin otsikkotasoihin.