

**DASA-mittarin käyttö väkivaltariskin arvioinnissa –
haastattelututkimus hoitohenkilökunnalle**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Forssa

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Kevät, 2019

Tuukka Kahri

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa

Tekijä	Tuukka Kahri	Vuosi 2019
Työn nimi	DASA-mittarin käyttö väkivaltariskin arvioinnissa – haastattelututkimus hoitohenkilökunnalle	
Työn ohjaaja	Kirsi Hentinen	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia psykiatrisessa sairaalassa työssä olevien hoitajien kokemuksia potilaiden väkivaltariskin arvioinnista DASA-mittarin avulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä mittarin käyttöä hoitajien työvälineenä ja sitä kautta edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kaakkois-Suomessa sijaitseva psykiatrinen sairaala, jossa mittari on ollut käytössä loppuvuodesta 2015 lähtien.

Opinnäytetyö toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Haastateltavina oli kolme ryhmää, joissa jokaisessa oli neljä psykiatrisen sairaalan aikuispsykiatrian akuuttiosastoilla työssä olevaa hoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Saatu aineisto käsiteltiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.

Hoitajien mielestä DASA oli käyttökelpoinen ja selkeä väline potilaiden väkivaltaisuuden arviointiin. Mittarin käytön koettiin lisänneen hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä ja keskustelua. Mittarin vaikutus tähänastisten väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä oli kuitenkin jäänyt heikoksi. Sitä käytettiin liian vähän ja käyttö tapahtui yleensä väkivaltatilanteen jo tapahduttua.

Opinnäytetyön perusteella voidaan tulla siihen johtopäätökseen, että hoitajat olivat melko yksimielisiä DASA-mittarin käytön lisäämisestä. Mittarin käyttöä voitaisiin lisätä koulutusta ja ohjeistusta parantamalla sekä muuttamalla paperisessa muodossa oleva mittari osaksi sähköistä hoitokertomusjärjestelmää. Tästä opinnäytetyöstä saatua tietoa, tuloksia ja kehittämissuhteita voitaisiin hyödyntää tilaajaorganisaatiossa ja siten parantaa sekä hoidon suunnittelua että laatua.

Avainsanat väkivaltariski, psykiatrinen osastohoito, psykiatrisen potilaan väkivalta, DASA-mittari

Sivut 37 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Degree Programme in Nursing
Forssa

Author	Tuukka Kahri	Year 2019
Subject	Use of DASA in Violence Risk Assessment – Field Survey for Nursing Staff	
Supervisor	Kirsi Hentinen	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study how the nurses in a psychiatric hospital have experienced the patient violence risk assessment when using the DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) instrument for the assessment. The aim of the thesis was to increase the use of the instrument as a tool for promoting secure and patient-oriented nursing. The thesis was commissioned by a psychiatric hospital in southeastern part of Finland, where DASA has been used since the late 2015.

The method used was a semi structured theme interview. Three groups were interviewed each consisting of four nurses working in acute adult wards. The interviews were recorded and transcribed. The material was processed by inductive content analysis.

According to the interviewees, DASA was a useful and clear tool in the patient violence risk assessment. The use of the instrument increased co-operation and discussion among the nursing staff. However, the effect of DASA on preventing violence until now has been small since it was used too rarely and usually only after the action of violence.

Based on the thesis, the nurses were quite unanimous about increasing the use of DASA, for example, by improving staff training, sharing instructions and changing the paper version DASA to a part of the electronic medical recording system of the hospital. In addition, the commissioner of the thesis could utilize the knowledge, results and proposals of this thesis and thereby improve the quality of nursing.

Keywords Risk of violence, psychiatric ward nursing, the violence of psychiatric patient, DASA instrument

Pages 37 pages including appendices 7 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	2
2.1	Väkivaltaisuuden ja väkivaltariskin määrittelyä.....	2
2.2	Väkivaltaisuus psyykkisissä sairauksissa	3
2.3	Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat eettiset ohjeet ja lainsäädäntö	4
2.4	Väkivaltaisuus psykiatrisessa osastohoidossa.....	5
2.5	Välittömän väkivaltariskin arviointi DASA-mittarilla.....	6
2.6	Aikaisemmat tutkimukset	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	10
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	10
4.1	Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat.....	10
4.2	Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä	11
4.3	Sisällönanalyysi aineiston analyysimenetelmänä	12
5	TULOKSET	13
5.1	DASA-mittarin käytön hyödyt	13
5.2	DASA-mittarin käytön haasteet	15
5.3	Väkivaltilanteiden ehkäiseminen DASA-mittarin avulla	17
5.4	DASA-mittarin käytön lisääminen	19
6	POHDINTA.....	21
6.1	Tulosten tarkastelu.....	21
6.2	Opinnäytetyön eettiset kysymykset.....	24
6.3	Tulosten luotettavuus	25
	LÄHTEET.....	27

Liitteet

Liite 1	Tutkimuslupa-anomus
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Saatekirje haastateltaville
Liite 4	Haastattelurunko
Liite 5	DASA-mittari
Liite 6	DASA-mittarin täyttöohje
Liite 7	Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä

1 JOHDANTO

Potilaiden väkivaltaisuuteen psykiatrisessa sairaalassa liittyy pakkotoimien käyttöä. Tutkimusten mukaan pakkotoimien tehokkuudesta ja hyödyistä pitkällä aikavälillä ei kuitenkaan ole vaikuttavaa näyttöä. Vaihtoehtoisten hoitomuotojen ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kehittäminen ja käyttöönotto olisivat sen vuoksi tärkeitä. Ne edistäisivät hyviä hoitokäytäntöjä ja parantaisivat potilaiden kokemusta hoidosta. (Tuohimäki 2007, 47 – 48; Rovasalo & Juriloo 2011, 6.)

Yliopistollisten sairaaloiden psykiatrisilla toimialueilla on ollut useita väkivallan hallintaan liittyviä kehittämishankkeita 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama MIELI 2009 -asiantuntijatyöryhmä valmisteli kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman v. 2009 - 2015, jonka yhtenä keskeisenä tavoitteena oli pakkohoidon vähentäminen. (STM 2016.) Sen jälkeen Terveys- ja hyvinvoinnin laitos kokosi psykiatristen sairaaloiden edustajista pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmän. Työryhmän työn tuloksena syntyi työkirja, jossa esitellään mm. pakon käytön ennaltaehkäisyyn liittyviä tutkimusnäyttöön ja käytännön kokemukseen perustuvia toimintamalleja. Yhtenä näistä tuodaan esille väkivaltariskin arviointimenetelmät. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 3, 21.) Turun yliopiston hoitotieteen työryhmässä on meneillään Violin-tutkimushanke vuoteen 2020 saakka. Tutkimuksen avulla pyritään kehittämään käyttäjälähtöinen menetelmä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn, arvioimaan menetelmän vaikuttavuutta ja soveltamaan menetelmää käytäntöön. Tutkimukseen osallistuu 15 psykiatrista sairaalaa ja 27 psykiatrista osastoa. (Anttila 2017.) Yksi näistä on tutkimuksessa mukana oleva sairaala.

Potilaiden väkivaltariskin arvioiminen liittyy edellä mainittuihin pakkotoimien vähentämiseen ja väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn pyrkiviin hankkeisiin. DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) on menetelmä psykiatristen potilaiden akuutin väkivaltaisuuden arviointiin. DASA mittaa seitsemän käyttäytymistavan avulla potilaan todennäköisyyttä väkivaltaiseen käyttäytymiseen seuraavan 24 tunnin aikana. Se kehitettiin Australiassa vuonna 2006. (Ogloff & Daffern 2006, 799.) DASA otettiin käyttöön Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa loppuvuodesta 2015.

Sain opinnäytetyön aiheen psykiatrisen sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavalta ylilääkäriltä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajien kokemuksia väkivaltariskin arviointiin tarkoitettusta DASA-mittarista. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa lisäämällä mittarin käyttöä hoitajien työvälineenä.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoreettisessa viitekehyksessä tuodaan esille näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisuudesta sekä pyritään selvittämään tutkimusongelmien kannalta keskeisiä avainsanoja. Teoriaosuudessa määritellään väkivaltaisuu- den ja väkivaltariskin käsitteitä ja psyykkisiin sairauksiin liittyviä riskitekijöitä. Psykiatrisen hoitotyön osuudessa tuodaan esille mielenterveyshoito- työn etiikkaa, sairaalahoidon näkökulmasta keskeistä lainsäädäntöä sekä väkivaltaisuutta psykiatrisessa osastohoidossa.

Hoitotyössä väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ennaltaehkäistä riskejä arvioimalla. Arviointiin kehitettyjen mittareiden tarkoituksena on tukea hoitajia tunnistamaan ne potilaat, joiden väkivaltariski on kohonnut. Tämän työn kannalta keskeinen mittari on lyhyen aikavälin eli välittömän väkivaltariskin arviointimittari DASA. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 21.) Teoreettisessa osiossa esitellään DASA-mittari ja sen käyttöön liittyvät asiat sekä siihen liittyviä aiempia tutkimuk- sia.

Tiedonhaku tehtiin käyttämällä vapaata tiedonhakua ja Medic ja Google Scholar tietokantoja. Hakusanat mukailivat opinnäytetyön avainsanoja. Tiedonhakua täydennettiin jo löydettyjen tutkimusten ja artikkelien lähde- luetteloista.

2.1 Väkivaltaisuuden ja väkivaltariskin määrittelyä

Väkivaltaa ja väkivaltaisuutta ei voida määritellä yksiselitteisesti eikä sitä ole kirjallisuudessa määritelty yhdellä ainoalla hyväksytyllä tavalla. Väki- valta voidaan jaotella esimerkiksi fyysiseen ja henkiseen väkivaltaan. Väki- valtaisella toiminnalla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, joka loukkaa ruu- miillista koskemattomuutta kuten lyömistä, esineiden heittäminen tai niillä lyömistä. Henkistä väkivaltaa ovat esimerkiksi mitätöinti, halventaminen, uhkailu, nimittely, syyttely ja pelottelu. Henkinen väkivalta voi tapahtua sanoin, teoin, elein ja ilmein. (Tiihonen 2005, 21.) Yleensä väkivalta liittyy aggression tunteisiin, mutta väkivaltaisuutta voi ilmetä myös ilman aggres- siota muista motiiveista ja tilanteista johtuen. Aggressiolla tarkoitetaan va- hingoittamiseen liittyvää tunnetilaa, ei itse toimintaa. (Lagerspetz 1998, 26.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n käyttämän määritelmän mukaan ”väki- valta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vammantapauksen syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttämättä jäämiseen” (WHO 2012, 21). Nykysuo- men sanakirja määrittelee toiselle vahingon tuottamisen lisäksi väkivallan

toisen oikeuksien ja etujen loukkaukseksi sekä toisen vastustuksesta välittämättömäksi pakko- tai voimakeinojen käytöksi (Nykysuomen sanakirja 1996, 624).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa riskit voivat kohdistua henkilöihin, toimintaprosesseihin ja toimintaympäristöön tai aiheutua niistä. Riskienhallinnan ja turvallisuussuunnittelun lähtökohtana on varmistaa potilaalle turvallinen ja laadukas hoito. Riskit tulee tunnistaa, arvioida niiden todennäköisyys ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin niiden hallitsemiseksi. Riskienhallintaa ja turvallisuutta tulee seurata turvallisuuspoikkeamien ilmoitus-, käsittely- ja seurantajärjestelmistä, joissa tuodaan esiin mm. työturvallisuus, tapaturmat, väkivalta- ja uhkatilanteet sekä läheltä piti –tilanteet. (STM 2011, 10, 21, 27.)

Potilaan riski käyttäytyä väkivaltaisesti on suurentunut, jos hän on aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti. Potilaan tavanomaisessa käytöksessä tapahtuneet muutokset voivat myös ennakoida kohonnutta väkivaltariskiä. Nämä muutokset voidaan havaita esim. potilaan vuorovaikutuksessa ja kielenkäytössä sekä uhkaavana käyttäytymisenä ja ne voivat olla hyvin yksilöllisiä. Väkivaltariskiä ennakoivat tunnetilan muutokset kuten kiihtyneisyys, pelokkuus, ahdistuneisuus, kireys ja ärtyneisyys. Ulospäin näkyvät fyysiset muutokset kuten motorinen levottomuus ja kasvojen ilmeiden muutokset voivat myös kertoa kohonneesta väkivaltariskistä. Psykiatrisella osastolla levoton ilmapiiri, riidan haastaminen, toisten potilaiden ärsyttäminen ja potilaiden klikkiytyminen voivat myös ennakoida lisääntyntä väkivaltariskiä. (Naukarinen 2015.)

2.2 Väkivaltaisuus psyykkisissä sairauksissa

Tutkimustulokset psykiatristen häiriöiden ja väkivaltaisen käyttäytymisen yhteydestä ovat ristiriitaisia. Niiden perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien riski käyttäytyä stressaavissa tilanteissa väkivaltaisesti on muuta väestöä korkeampi. (Lantta 2014, 4-5.) Väkivaltainen käyttäytyminen liitetään yksilön psykologisiin ominaisuuksiin, elämäntaustaan ja erilaisiin tilanne- ja ympäristötekijöihin. (Eronen, Kautiala – Heino & Kotilainen 2007, 2375; Tiihonen 2017, 707.) Schulmanin mukaan väkivaltainen käyttäytyminen syntyy geneettisen ja sosiaalisen perimän, fyysisten ja sosiaalisten ympäristötekijöiden sekä erityisesti yksilön persoonallisuuden yhteisvaikutuksesta. Nämä tekijät ovat kietoutuneet monimutkaisesti toisiinsa ja niiden suhteellista osuutta väkivallan ilmenemiseen on vaikea erottaa toisistaan. Väkivaltaisessa käyttäytymisessä voi olla kysymys yrityksestä jäsentää ja puolustaa olemassaoloaan sekä saada kokemus omasta olemassaolosta. Väkivaltainen ihminen on keinoton käsittelemään tunteitaan muutoin kuin vahingoittavan toiminnan kautta. (Schulman 2004, 149.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä lisäävät ja väkivaltaan turvautumisen kynnystä madaltavat päihdyttävien ja huumaavien aineiden käyttö, aiempi väkivaltainen käyttäytyminen, väkivallan ihannoiti ja se, ettei kadu väkivallantekojaan. Vihamieliset ja levottomuuteen sekä epäluuloisuuteen liittyvät tunnetilat nostavat väkivaltariskiä. Hoidon ja psykiatrisen hoidon laiminlyönnin katsotaan myös lisäävän riskiä. (Pitkänen 2003, 19; Tiihonen 2004.)

Väkivaltariskiä lisääviin mielenterveyshäiriöihin luetaan skitsofrenia, mania, erilaiset persoonallisuushäiriöt (epävakaa, impulsiivinen, antisosiaalinen) ja psykoottinen masennus (Tiihonen 2004). Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan mielenterveysdiagnoosin saaneista ja väkivaltaisia tekoja tehneistä henkilöistä 36 % sairasti skitsofreniaa, 28 % maniaa, 27 % erilaisia elimellisperäisiä psykooseja ja 12 % muita mielisairauksia (Pereira, Pietromartire & Lipsedge 2008, 167).

Aktiiviset psykoottiset oireet lisäävät väkivaltariskiä. Erityisesti mielisairauden akuutissa vaiheessa väkivaltariski on kohonnut. Tutkimusten mukaan sairaalahoitoon tulevista potilaista jopa 40 prosenttia on käyttäytynyt väkivaltaisesti sairaalahoitoa edeltäneen kahden viikon aikana. Mielisairauteen liittyvät aistiharhat voivat lisätä väkivaltariskiä. Muita vahingoittamaan kehottavat harhat voivat kaksinkertaistaa riskiä. Jos tällaisilla aistiharhoilla on tietty olemassa oleva kohde, on väkivallan riski erityisen suuri. Harhaluulojen, erityisesti uhkaavien ja kontrolloivien harhaluulojen vaikutus mahdolliseen väkivaltaiseen käyttäytymiseen tulee arvioida huolellisesti. (Tiihonen 2004; Pereira ym. 2008, 163.)

Vaikka miesten osuus yleensä yhteiskunnassa väkivallanteoista on selvästi suurempi kuin naisten, psykiatrisessa osastohoidossa miesten ja naisten välillä ei tässä suhteessa ole merkittävää eroa. Naisilla positiiviset psykoottiset oireet johtivat miehiä todennäköisemmin väkivaltaiseen käytökseen. Psykoosisairautta sairastavilla miehillä taas keskeisiä riskejä lisääviä tekijöitä olivat laaja-alainen päihdeongelma ja aiemmat lapsuuden käyttäytyshäiriöt. (Tiihonen 2004; Pereira ym. 2008, 162 – 163.)

2.3 Psykiatrista hoitotyötä ohjaavat eettiset ohjeet ja lainsäädäntö

Mielenterveyshoitotyöhön liittyviä keskeisiä ohjeita ovat ETENE:n (valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta) mukaan: ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittamisen periaate, asiakkaan ja potilaan edun korostaminen, arvostava ja inhimillinen vuorovaikutus, ammatillisesta osaamisesta huolehtiminen ja vastuullisten päätösten tekeminen. Eettiset ohjeet auttavat hyvän ja pahan erottelussa, vaikka ne eivät ole yhtä sitovia kuin lainsäädäntö. (Hämäläinen ym. 2017, 50 – 51.)

Keskeisempiä eettistä toimintaa määritteleviä lakeja mielenterveyshoitotyössä ovat Suomen perustuslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista

sekä mielenterveyslaki. Perustuslain mukaan kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Lisäksi laki takaa oikeuden elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. (Suomen perustuslaki 1999/731 § 6, 7.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää oikeudet hyvään hoitoon, inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 3, 5, 6.) Mielenterveyslaissa määritellään mielenterveyspalveluiden järjestäminen ja tahdosta riippumaton hoito. Itsemääräämisoikeutta rajoittavat mielenterveyslain säädökset psykiatrisessa sairaalahoidossa koskevat potilaan hoitoa tahdosta riippumatta, tarkkailulausuntoa ja hoitoon määräämispäätöstä sekä potilaan perusoikeuksien rajoittamista tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. (Mielenterveyslaki 1990/1116 luku 2 ja 4 a.)

2.4 Väkivaltaisuus psykiatrisessa osastohoidossa

Psykiatrisella osastolla väkivallan on kuvattu olevan verbaalista tai sanatonta viestintää, fyysisellä väkivallalla uhkaamista tai väkivaltaista käyttäytymistä ja tekoja. Väkivalta voi kohdistua henkilökuntaan, toisiin potilaisiin, osaston tiloihin, esineisiin sekä potilaaseen itseensä. (Lantta 2014, 10.)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan työssä kohdatusta väkivallasta lähes neljännes tapahtuu terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattiryhmistä hoitohenkilökunta altistuu eniten väkivallalle. Tutkimusten mukaan psykiatrisilla osastoilla väkivallan esiintyvyys on yleisintä. Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan yli puolet psykiatrisista hoitajista oli kokenut väkivaltaa potilaiden taholta. Kansainvälisten tutkimusten tulokset vaihtelivat mm. erilaisen väkivaltakäsitteen määrittelyn vuoksi. (Välimäki ym. 2013, 19 – 20.)

Suomessa tutkimuksissa saadut tulokset ovat samansuuntaisia. Helsingissä tehdyn tutkimuksen mukaan 63 % psykiatrian henkilökunnasta oli kokenut väkivalta- ja uhkatilanteita, joista suuri osa oli sanallista loukkaamista ja uhkailua. (Pitkänen 2003, 5 – 6.) Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunnasta 71 % oli kokenut fyysistä väkivaltaa, 89 % sanallista häirintää ja uhkailua 67 % (Tiihonen 2005, 2). Suomessa tutkittiin vuonna 2011 väkivallan yleisyyttä 13 psykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksessa oli mukana 1098 työntekijää 90 eri osastolta. Vastanneista 15 % ei ollut kokenut suoranaista fyysistä väkivaltaa, 31 % oli kokenut väkivaltaa 1-2 kertaa vuodessa ja 8 % vähintään kerran viikossa. (Tauriainen n.d., 7.)

Rajoittamisella pyritään estämään potilasta vahingoittamasta itseään tai muita. Rajoittamisen tulee olla hoidollista ja sen tulee kestää vain niin kauan kuin se on välttämätöntä. Potilaan tahdosta riippumattomassa hoidossa käytettäviä pakkokeinoja ovat liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkistaminen, henki-

lötarkastus ja –katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen, sitominen ja tahdonvastainen toimenpide. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Rajoittamistoimet voivat kuitenkin kääntyä itseään vastaan ja potilaan väkivaltainen käytös voi niiden seurauksena lisääntyä (Tauriainen n.d., 14).

Psykiatrisessa hoidossa pakon käytön vähentäminen on tällä hetkellä keskeinen tavoite. Siihen velvoittavat eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset ja hoidon eettiset periaatteet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoidon toteutumiseen vapaaehtoisuuden pohjalta ja yhteistyössä potilaan kanssa. Vapaaehtoisuuteen perustuvaa hoitoa kehittämällä on onnistuttu puolittamaan pakkokeinojen käyttö väkivallan lisääntymättä. Hoitohenkilöstön asenteilla ja osaamisella, hoitokulttuurilla ja tilaratkaisuilla on keskeinen asema pakon vähentämisessä ja turvallisuuden lisäämisessä. (Makkonen ym. 2016, 3 – 4, 18.)

Hoitomenetelmien laadun ja sisällön kehittäminen ja hoitohenkilökunnan parantunut asiantuntemus ja kyky ennakoida ja hallita väkivaltatilanteita ovat vähentäneet pakkokeinojen käytön tarvetta. Hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia ennakoida tulevia väkivaltatilanteita ovat parantaneet väkivaltariskin arvioimiseen kehitetyt mittarit. Pakon käyttöä hoidossa ovat vähentäneet myös potilaiden oikeuksien parempi huomioiminen ja potilaiden parempi osallisuus hoitotilanteissa sekä avohoidon resurssien lisääntyminen. (Makkonen ym. 2016, 21 – 22, 44.)

2.5 Välittömän väkivaltariskin arviointi DASA-mittarilla

Sairaalahoidossa olevien psykiatristen potilaiden väkivaltainen käyttäytyminen on yleinen ja vakava ongelma ja siihen puuttuminen on yksi keskeisimmistä asioista psykiatrisessa osastohoidossa. Systemaattinen riskinarvio on tärkeä osa väkivallan ennaltaehkäisyä. (Ogloff & Daffern, 2006, 800.)

DASA on välittömän vaarallisuuden arviointimittari (Dynamic Appraisal of Situational Aggression). Sen kehittivät Ogloff ja Daffern Australiassa vuonna 2006. Se on strukturoitu arviointimenetelmä sairaalahoidossa olevien psykiatristen potilaiden akuutin väkivaltaisuuden arviointiin. Aikaisemmat väkivallan arviointimenetelmät olivat mitanneet potilaiden pysyviä ominaisuuksia ja mahdollista väkivaltariskiä keski- tai pitkällä aikavälillä. DASA kehitettiin nimenomaan jatkuvasti käytettäväksi riskiennusteeksi ja sillä pystytään arvioimaan potilaassa tapahtuneita akuutteja muutoksia ja väkivaltariskin kasvamista lyhyellä aikavälillä. Alun perin DASA:n avulla arvioitiin aluksi vankimielisairaalan potilaiden väkivaltariskiä, mutta mittarin kehittäjien mielestä se soveltuu hyvin myös muussa psykiatrisessa osastohoidossa tehtävän arvioinnin välineeksi. (Ogloff & Daffern 2006, 799 – 800.)

DASA mittaa pistein seitsemän käyttäytymistavan (arvioitavat asiat liitteessä 5) avulla potilaan todennäköisyyttä väkivaltaiseen käyttäytymiseen

seuraavien 24 tunnin aikana. Todennäköisyys perustuu edellisen 24 tunnin seurantaan. Mittari sisältää myös tapahtuneen väkivallan seurannan. Siinä seurataan esineisiin kohdistuvaa väkivaltaa sekä muihin ihmisiin kohdistuvaa sanallista ja fyysistä väkivaltaa. (Ogloff & Daffern 2006, 804, 808; Liite 5.)

Mittarilla arvioidaan sen hetkistä mielenterveyden tilaa ja sen vaikutuksia potilaan ajatteluun ja käyttäytymiseen. Kunkin seitsemän arvioitavan käyttäytymistavan kohdalla arvioiva hoitaja miettii onko se lisääntynyt edeltävän 24 tunnin aikana. Jos mainittu käytös on lisääntynyt, hän antaa pisteen. Näin potilas voi saada arvioinnissa pisteitä välillä 0 - 7. Jos potilas saa 0-pistettä, väkivallan riski on matala ja 1 - 3 pisteillä väkivallan riski on kohtalainen. Jos potilas saa 4 pistettä tai enemmän, väkivaltaisen käytöksen riski on korkea. Potilailla, jotka saavat 6 – 7 pistettä, väkivaltariski on ilmeinen ja ehkäiseviin toimenpiteisiin tulisi ryhtyä. Korkeat pisteet eivät kuitenkaan automaattisesti tarkoita väkivaltaisen käyttäytymisen mahdollisuutta eivätkä matalat pisteet välttämättä kerro matalasta väkivallan riskistä. Mittarissa yhdistyvät potilaslähtöiset väkivaltariskiä lisäävät tekijät sekä kliininen ammatillinen arvio. Saatujen pisteiden ja kliinisen arvioinnin perusteella potilaan tulevan 24 tunnin väkivaltariski arvioidaan korkeaksi, kohonneeksi tai matalaksi. (Ogloff & Daffern 2006, 808 – 809; Liite 5.)

Mittarien kehittäjien mukaan se on helppokäyttöinen ja tehokas. Valitut käyttäytymistavat ja potilaan tila ovat helposti arvioitavia ja arvioinnin teko ei vie kerralla viittä minuuttia kauempaa. Arviointi ei vaadi potilaan kanssa käytävää keskustelua ja kuka tahansa hoitajista voi sen tehdä. DASA:n käyttäminen ei vaadi hoitajilta erityistaitoja tai pitkää koulutusta. Paras vaihtoehto olisi, jos potilaan parhaiten tunteva hoitaja sen tekisi. Myös muu potilaan tunteva hoitohenkilökunta voi osallistua arviointiin. (Ogloff & Daffern 2006, 809.)

Mittarin kehittäjien mielestä mittari sisälsi joitakin puutteita ja heikkouksia. Yksi oli se, etteivät saadut pisteet suoraan kerro tulevasta väkivaltaisuudesta. On mahdollista, että arvion tehneet hoitajat olivat jo potilaan hoidossa huomioineet potilaan väkivaltariskin ja toimineet sen mukaisesti. DASA-mittarin avulla ei myöskään voitu arvioida potilaan pidemmän ajan riskiä väkivaltaiseen käytökseen, eikä sitä voitu käyttää potilaan osastolta kotiuttamisen harkinnan välineenä. (Ogloff & Daffern 2006, 810.)

2.6 Aikaisemmat tutkimukset

Turun yliopiston toimesta toteutettiin vuosina 2012 – 2013 hanke ”Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa”. Hankkeen tuloksena julkaistiin loppuraportti ja sen päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon

laatua kehittämällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Hankkeessa toteutettu tutkimus tehtiin kolmella HUS sairaanhoitopiirin psykiatrisella osastolla. Alkuvaiheen tutkimukseen osallistui hoitajien lisäksi potilas- ja omaisjärjestöistä valittuja haastateltavia ja tutkimus eteni osastojen potilaiden, henkilökunnan ja tutkijoiden osastokohtaisena yhteistyönä. (Välimäki ym. 2013, 6, 44 - 47, 69 – 73.)

Potilaiden väkivaltariskin arvioiminen oli yksi tutkimuksen kohteista. Väkivallan arvioimiseen käytetyistä mittareista valittiin tutkimukseen DASA, koska se oli jo ennestään käytössä tutkittavilla osastoilla. Hoitajat pitivät DASA-mittarin hyvinä puolina nopeutta ja helppokäyttöisyyttä. DASA:n arvioitiin parantavan kirjaamista ja kiinnittävän huomiota väkivaltariskin arvioimisessa olennaisiin asioihin, mikä nähtiin tärkeäksi erityisesti uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden kannalta. DASA:n arvioitiin lisäävän potilaiden ja hoitajien välistä vuorovaikutusta. Huonoina puolina pidettiin sitä, että väkivaltilanteisiin oli jo ehditty reagoida ennen DASA:n antamia tuloksia. Pisteiden ei aina koettu kuvastavan todellista tilannetta. DASA:n puutteena pidettiin sitä, ettei siinä arvioitu esimerkiksi pelottavia ilmeitä. Potilaiden keskuudessa DASA:n käyttö herätti ristiriitaisia näkemyksiä. Toisaalta potilaat olivat kiinnostuneita DASA:sta ja se puhutti heitä ja toisaalta potilaat olivat loukkaantuneita DASA-pisteytyksestä ja sen perusteista. Mielenterveyden keskusliiton tutkimuksesta antaman palautteen mukaan DASA-mittarin avulla saadaan näyttöön perustuvaa tietoa potilaan väkivaltaisen käytöksen ennaltaehkäisemiseksi. Sen mukaan mittari on selkeä menetelmä ja se voidaan liittää osaksi hoitokäytänteen arkea. (Välimäki ym. 2013, 71 – 73, 93, 131.)

Tella Lantan väitöskirjatutkimuksen mukaan hoitajilla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia DASA-mittarin käytöstä. Positiivisena asiana pidettiin yhteistyön lisääntymistä hoitohenkilökunnan kesken. Myös potilaan osallistumista väkivaltariskin arviointiin pidettiin tärkeänä. DASA-mittarin käyttöä ei koettu aikaa vieväksi. Mittarin katsottiin helpottavan erityisesti vähän aikaa hoitotyössä olleiden hoitajien työtä. Mittari koettiin käyttökelpoiseksi varsinkin uusien osastolle tulleiden potilaiden väkivaltariskin arvioinnissa. Mittarin käytön yhtenä positiivisena seurauksena pidettiin hoitotyön kirjaamisen tarkentumista. (Lantta 2016, 56.)

Monet hoitajat pitivät kliinistä väkivaltariskin arviointia mittarin käyttöä parempana ja joidenkin mukaan mittarista ei ollut apua potilaan väkivaltariskin tunnistamisessa. Mittarin tuottama tieto koettiin vaikeaksi yhdistää keinoihin, joilla voitaisiin estää väkivaltaista käyttäytymistä. Rutiininomaista riskiarviointia pidettiin turhana ja mittarin käyttöä jopa ajanhukkana. Mittarin käyttöön liittyvän koulutuksen lisäämistä pidettiin välttämättömänä. Joidenkin hoitajien mielestä potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde vaikutti liikaa mittarin avulla saatuihin tuloksiin. (Lantta 2016, 56.)

Jenni Kaunomäki on tutkinut väkivaltariskin arvioinnin jälkeen tehtyjä interventioita ja niiden vaikuttavuutta psykiatrisella vastaanotto-osastolla. Kaunomäen mukaan DASA-mittari on tehokas menetelmä tunnistettaessa väkivaltariskin mahdollisuutta suomalaisessa potilasjoukossa, vaikkakin osa väkivallasta jää näin huomaamatta. Hänen mukaansa hoitajat käyttivät usein pakkokeinoja interventioina, vaikka tutkimuksen tulosten mukaan DASA-pistemäärät laskivat myöhemmissä arvioinneissa vain potilailla, joille tarjottiin kevyempiä interventioita. (Kaunomäki 2015, tiivistelmä.) Tätä tulosta vahvistaa Kaunomäen ym. (2017) myöhemmin tekemä tutkimus, jonka mukaan mielenterveyslain mukaiset pakkotoimet, tarvittava lääkitys tai keskustelu hoitajan kanssa eivät madaltaneet arvioitua väkivaltariskiä. Muut interventiot ryhmään kuuluneet päivittäiset aktiviteetit kuten ulkoilu ja urheilu madalsivat eniten väkivaltariskiä. (Kaunomäki ym. 2017, 5 – 6.)

Uusimpana suuntauksena väkivaltariskin arvioinnissa on tullut mukaan potilaiden entistä suurempi mukaan otto tutkimukseen. Tämä tulee ilmi Lanttan ym. (2016) julkaisemasta artikkelista, jossa potilaiden näkemykset riskinarvioinnista tulevat vahvasti esille. Potilaiden mielestä DASA-mittarin käyttö lisäsi kommunikointia potilaiden ja hoitajien välillä ja myös potilaiden kesken. Keskustelu saaduista pisteistä oli omiaan vähentämään väkivaltariskiä. Potilaat olivat kiinnostuneita DASA:sta ja suhtautuivat positiivisesti sen käyttöön. Hyvänä asiana pidettiin sitä, että potilaat huomasivat mittarin käytön olevan osa hoitotyön rutiinia. Potilaat luottivat arviointimethodeihin ja pitivät hyvänä, että kaikki arvioitiin tasapuolisesti, eivätkä hoitajien asenteet ja ennakkonäkemykset vaikuttaneet arviointiin. (Lantta ym. 2016.)

Potilaiden mukaan DASA:n käytön heikkous oli se, että siinä keskityttiin vain potilaiden negatiiviseen käytökseen. Positiivinen käytös jäi huomioimatta. Potilaat olivat myös usein järkyttyneitä tutkimustilanteessa ja tutkimusta pidettiin jopa loukkaavana. Osa potilaista ei luottanut arvioinnin objektiivisuuteen. Heidän mielestään hoitajien asenteet vaikuttivat liikaa tuloksiin. DASA:n käytön koettiin myös olevan ajanhukkaa ja siihen käytetyn ajan olevan pois muusta hoitotyöstä. Heikkoutena pidettiin myös sitä, että hoitajilla ei ollut tarpeeksi aikaa keskustella potilaiden kanssa DASA:n tuloksista varsinkin silloin, jos saadut pisteet vaikuttivat heidän hoitoonsa. (Lantta ym. 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa työssä olevien hoitajien kokemuksia väkivaltariskin arvioinnista DASA-mittarin avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mittarin käyttöä hoitajien työvälineenä ja sitä kautta edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa.

Kysymykset, joihin opinnäytetyöllä haetaan vastauksia ovat:

- 1) Millaisia kokemuksia hoitajilla on ollut DASA-mittarin käytöstä?
- 2) Miten mittarin käyttö on ohjannut väkivaltaa ehkäiseviä toimia?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön käytännön toteuttamista. Aluksi kerrotaan missä tutkimus tehtiin, ketä valittiin tutkimuksen kohderyhmäksi ja millaisia ennakkotoimia tarvittiin ennen varsinaiseen tutkimukseen ryhtymistä. Seuraavaksi perustellaan miksi tutkimustavaksi valittiin laadullinen tutkimus ja miksi aineisto kerättiin haastattelututkimuksen avulla. Lisäksi esitellään näihin tutkimustapoihin liittyvää teoretietoa. Lopuksi perehdytään laadullisissa tutkimuksissa yleisesti käytettävään ja myös tässä opinnäytetyössä käytettyyn induktiiviseen sisällönanalysiin.

4.1 Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin psykiatrisesta sairaalasta aikuispsykiatrian akuuttiosastoilta 1 ja 2. Sairaala järjestää ja tuottaa psykiatrisen osastohoidon palveluja Kymenlaakson maakunnan asukkaille. Kymenlaakson sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Kymsote koostuu kuudesta jäsenkunnasta ja se aloitti toimintansa 1.1.2019. (Kymsote 2019.)

Tutkimuslupa-anomus tehtiin silloiselle Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (CAREA) johtajaylihoitajalle. Tutkimuslupa-anomuksen (Liite 1) liitteinä olivat tutkimussuunnitelma, haastattelurunko (Liite 4) ja saatekirje (Liite 3) haastatteluun osallistuville. Tutkimukselle myönnettiin tutkimuslupa joulukuussa 2018 (Liite 2).

Tutkimusluvan saamisen jälkeen sovimme työpaikkaohjaajana toimineen palvelutoiminnan esimiehen kanssa tutkimuksen käytännön järjestelyistä osastoilla. Hänen siirryttyään toisiin tehtäviin alkuvuodesta 2019 käytännön järjestelyistä vastasivat molempien osastojen palveluesimiehet. He valitsivat tutkimukseen osallistuneet hoitajat ja antoivat heille etukäteen tutustuttavaksi tutkimukseen liittyvän haastattelurungon ja saatekirjeen.

4.2 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. ”Laadullisen terveystutkimuksen avulla tuotetaan tietoa ihmisten terveyteen liittyvästä todellisuudesta yksilöiden, yhteisöjen ja kulttuurien näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset.” (Kylmä & Juvakka 2012, 7, 16.)

Kvalitatiivinen tutkimustapa sopii hyvin aiheisiin, jotka liittyvät tutkimuksen kohteena olevien ihmisten näkemyksiin ja asenteisiin. Laadullisen menetelmän tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja ja näkökulmia tutkitavasta asiasta. Hoitotyöhön liittyviä asioita ja ilmiöitä ei voida usein selittää määrällisesti mittaamalla, vaan niiden ymmärtämiseen tarvitaan ihmisten henkilökohtaisia kuvauksia ja kokemuksia. Kvalitatiivisen tutkimustavan valintaan vaikuttaa myös se, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden määrä on sen verran pieni, että kvantitatiivisen tutkimuksen tekeminen ei ole mielekäästä. Toisin kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa, kvalitatiivisissa tutkimuksissa ei pyritä yleistettävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 65 - 67, 74 - 75, 83.)

Haastattelututkimuksen kautta hoitajien omat kokemukset tulevat parhaiten näkyviin ja se antaa heille mahdollisuuden kertoa vapaasti omista kokemuksistaan. Haastattelututkimukseen voidaan valita henkilöt, joilla on eniten tietoa ja kokemuksia tutkittavasta asiasta. Haastattelututkimuksen etuna on myös sen joustavuus. Haastattelun kautta haastattelija voi tarkentaa haastateltavilta saamaansa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73, 86.)

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä on käytetty puolistrukturoitua teemahaastattelua. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten vuorovaikutustilanteissa asioille antamat tulkinnat ja merkitykset. (Hirsjärvi – Hurme 2011, 47 – 48.) Teemahaastattelun avulla pyritään löytämään merkityksellisiä tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin liittyviä vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Tämän tutkimuksen haastatteluteemat ja haastattelurunko perustuivat tutkimuskysymyksiin ja ne ovat tutkimuksen liitteenä (Liite 4).

Tutkimuksessa käytettiin ryhmähaastattelumenetelmää. Haastateltavan ryhmän ihanteellinen koko on 3 – 12 henkeä riippuen tilanteesta ja aiheesta. Ryhmähaastattelu on eräänlainen keskustelu, jossa osanottajat kommentoivat esille otettavia asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta asiasta. Sen avulla on mahdollista saada samanaikaisesti tietoja usealta eri vastaajalta. Ryhmäti-

lanteissa on mahdollisuus saada esille kahdenkeskistä haastattelua paremmin moniulotteisempi kuva todellisuudesta. Osanottajien keskinäinen vuorovaikutus ja virikkeiden saaminen toisilta voi tuoda esille asioita, joita muuten ei saataisi selville. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 61, 63; Kylmä & Juvakka 2012, 84 – 85.)

Haastattelut tehtiin Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa 22.2. ja 1.3.2019. Tutkimuksessa oli mukana kolme ryhmää, joissa jokaisessa oli neljä haastateltavaa. Haastateltavat olivat sairaanhoitajia sekä mielenterveys- ja lähihoitajia. Yksi ryhmistä koostui akuuttiosasto 1:n hoitajista, toinen akuuttiosasto 2:n hoitajista ja kolmannessa ryhmässä oli molempien osastojen hoitajia. Hoitajien työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä vaihteli muutamasta vuodesta vuosikymmeniin. Haastattelut etenivät melko vapaamuotoisena keskusteluna. Haastattelijan rooliksi jäi tarvittaessa ohjata keskustelua niin, että pysyttiin ennalta laaditussa haastattelurungossa. Haastattelut tallennettiin tietokoneella ja ne kestivät puolesta tunnista tuntiin.

4.3 Sisällönanalyysi aineiston analyysimenetelmänä

Opinnäytetyössä haastattelun avulla saatu aineisto on analysoitu sisällönanalyysiä käyttäen. Se on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. Sen avulla voidaan analysoida tutkimuksen perustana olevia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja saada tutkitavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysin avulla saadaan tutkittava aineisto järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2015, 163; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, jossa analysoitavat asiat valittiin tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti ja niiden avulla pyrittiin saamaan vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Induktiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkittavasta aineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot ja teorit ohjaa analyysiä (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2015, 167).

Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin eli litteroitiin sen jälkeen mahdollisimman tarkasti, kuitenkin niin, että selvästi haastattelurunkoon kuulumattomat asiat jätettiin litteroimatta. Litteroitua materiaalia kertyi noin 20 A4-kokoista sivua. Näin saadut tekstit luettiin läpi useaan kertaan. Haastattelumateriaalista etsittiin tämän jälkeen haastateltavien kommentteja DASA-mittarin käytössä esiin tulleista hyvistä puolista ja ilmenneistä puutteista ja ongelmista. Samoin etsittiin haastateltavien mielipiteitä siitä, oliko DASA-mittarin käytöllä pystytty ehkäisemään väkivaltilanteita. Asetetun

tutkimustavoitteen mukaisesti etsittiin myös hoitajien mielipiteitä DASA-mittarin käytön lisäämisestä hoitajien työvälineenä.

Litteroidusta haastattelumateriaalista alleviivattiin edellä mainittuihin asioihin liittyvät kommentit eri väreillä ja sen jälkeen ne koottiin aiheittain yhteen ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Näin saatiin tutkimuksen pohjana olevat alkuperäisilmaukset, jotka pelkistettiin helpommin käsiteltävään muotoon (Liite 7). Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin samaan alaluokkaan ja sille annettiin sen sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyn jälkeen saadut saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, jotka liittyivät asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja joiden avulla oli tarkoitus saada vastauksia niihin. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2015, 169.) Näin saadut taulukot on liitetty mukaan lukuun viisi ja ne ovat tutkimuksen tulosten esittelyn perustana.

5 TULOKSET

Seuraavassa tarkastellaan haastattelututkimuksen perusteella saatuja opinnäytetyön tuloksia. Tulosten analysoinnissa ja esittelyssä on keskitytty asetettujen tutkimuskysymysten kannalta olennaisiin aiheisiin. Aluksi esitellään hoitajien myönteisiä kokemuksia DASA-mittarista eli mittarin käytön hyötyjä. Toiseksi tarkastellaan mittarin käytön haasteita eli mitä ongelmia tai puutteita mittarin käytössä on hoitajien mielestä esiintynyt. Kolmanneksi esitellään hoitajien kokemuksia siitä, onko DASA-mittarin käytön avulla pystytty ehkäisemään väkivaltatilanteita. Lopuksi perehdytään hoitajien käsityksiin mittarin käytön lisäämisen tarpeellisuudesta sekä siihen, miten sen käyttöä voisi lisätä.

5.1 DASA-mittarin käytön hyödyt

Haastattelujen perusteella käy ilmi, että DASA-mittarin käyttö oli lisännyt hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä ja keskustelua, mitä pidettiin selkeästi hyvänä asiana. Mittari oli ohjannut käytyä keskustelua siten, että osattiin kiinnittää huomio väkivaltariskin kannalta olennaisiin asioihin. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että mittari täytettiin työryhmässä.

”Työryhmän kesken jaetaan se potilaasta saatu tieto siitä väkivaltariskistä ja se tulee puheeksi.”

”Mul oli aluks sellanen ajatus, että väkerrän yksin niitä vastauksii siihen...sit alko tulee kommenttii, että porukal tehää.”

Mittarin käytön katsottiin myös parantaneen tiedonkulkua niin hoitajien kesken kuin lääkärienkin suuntaan. Tieto potilaan mahdollisesta väkivaltariskistä tulee myös niiden hoitajien tietoon, jotka eivät ole olleet vähään aikaan työvuorossa tai eivät ole vakituisesti kyseisellä osastolla työssä. DASA-mittarin avulla saatu tieto mahdollisesta väkivaltariskistä koettiin todelliseksi eli ”*fakta-tiedoksi*”.

”Se konkretisoi kaikille, että kyseessä on väkivaltainen potilas. Kyllähän sen pitäis herättää kaikki.”

DASA-mittarin käyttö oli haastattelujen perusteella myös lisännyt potilaiden tarkkailua ja sitä kautta parantanut hoidon laatua varsinkin niiden potilaiden kohdalla, jotka olivat saaneet kohonneet pisteet.

”Alkaa huomioimaan ja seuraamaan käyttäytymistä, eleitä, ilmeitä ja asenteita.”

”Kun näkee muutoksen, niin pystyy just suoraan puhumaan sen potilaan kanssa.”

Ne hoitajista, jotka olivat itse käyttäneet DASA-mittaria, korostivat sitä, että se oli nopea täyttää. He pitivät mittaria helppokäyttöisenä, eikä se heidän mielestään työllistänyt liikaa. Pisteytyskriteerit olivat haastateltavien mielestä riittävän selkeät, eivätkä jättäneet tulkinnanvaraa.

”Ei se kauaa vie se DASA:n täyttäminen. Siinä päiväraportilla varmaan viisi minuuttia.”

”Siinä on selkeesti laitettu ne kriteerit.”

”Käytettävyydeltään se on ihan hyvä ja näppärä.”

Taulukko 1 DASA-mittarin käytön hyödyt

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka
Mittari lisää keskustelua työryhmässä. Sitä ei tehdä yksin vaan työryhmässä. DASA lisää keskustelua. Mittari ohjaa hyvään keskusteluun.	Yhteistyön lisääntyminen	DASA-mittarin käytön hyödyt
Tieto väkivaltariskistä lisääntyy ja se tulee puheeksi. Tieto väkivaltariskistä menee lääkärille. Väkivaltariski tulee niidenkin hoitajien tietoon, jotka eivät tunne potilasta. Tieto väkivaltaisesta potilaasta konkretisoituu. Mittarin avulla tulee faktatietoa.	Tiedon kulun paraneminen	
Työryhmän potilaaseen kohdistama tarkkailu tehostuu. Seurataan käyttäytymistä, eleitä, ilmeitä ja asenteita. Vuorovaikutus potilaan kanssa lisääntyy. Huomio kiinnittyy tiettyihin asioihin.	Tarkkailun lisääntyminen	
Mittari on nopea täyttää. Täyttäminen vie viisi minuuttia. Mittari on riittävän lyhyt.	Mittarin täyttöaika lyhyt	
Mittarissa on selkeät kriteerit. Mittari ei jätä tulkinnanvaraa. Mittari on selkeä ja yksinkertainen. Mittari on helppo eikä työllistä liikaa. Mittari on lyhyt ja yksinkertainen keino arvioida väkivaltariskiä.	Mittarin selkeys ja yksinkertaisuus	

5.2 DASA-mittarin käytön haasteet

Hoitohenkilökunnan riittämätöntä perehdytystä pidettiin haastattelujen perusteella DASA-mittarin käytön yhtenä keskeisimpänä puutteena. Koulutuksen ja ohjauksen puuttuminen tai vähäisyys tuli esiin kaikissa haastatteluissa.

”Siihen tarvis niinku muuhunkin hoitotyöhön asianmukainen koulutus.”

Osa haastatelluista ei ollut saanut lainkaan koulutusta DASA-mittarin käyttöön. Joku muisti saaneensa tietoa mittarista ja sen käytöstä torstaikoulutuksessa. Haastateltujen mukaan myöskään sairaalan toimintaohjeissa ei puhuttu mitään DASA-mittarista ja sen käytöstä.

”Toimintaohjeissa sen mittarin näkyvyydestä mulla ei ole mitään hajua.”

DASA-mittarin käyttöön liittyvä kirjaaminen koettiin ongelmalliseksi ja siihen liittyvä ohjaus puutteelliseksi.

”Kun sais selkeän ohjeen niin sit kaikki tietäis sen kirjaamisen.”

Ongelmaksi koettiin myös se, että DASA:n käyttöön liittyvät ohjeet ja syntyvät dokumentit ovat paperimuodossa, vaikka muun hoitotyön kirjaaminen tapahtuu tietokoneella.

”Kun se on paperinen niin se ei hyökkää silmille sieltä.”

Haastateltujen hoitajien mielestä mittarin käyttö oli jäänyt pääsääntöisesti hoitajien vastuulle ja tehtäväksi. Toivottiin moniammatillisuutta ja erityisesti lääkärin osallistumista mittarin täyttöön. Toisaalta ymmärrettiin, että lääkärin aika ei riittänyt siihen, että he olisivat tunteneet arvioitavan potilaan tilanteen tarpeeksi hyvin.

”Lääkärit ei varmaan osallistu täyttämiseen, kun ne ei nää potilaita kuin hyvin vähän.”

DASA-mittaria pidettiin myös keinona, jonka avulla saadaan lääkärit ottamaan todesta hoitajien huoli potilaan väkivaltaisuudesta.

”Me tarvitaan mustaa valkoselle, että ottakaa vakavasti tää meidän huoli.”

Haastateltavat pohtivat mittarin täytön ajankohtaan liittyviä ongelmia. Mittari täytetään yleensä iltapäiväraportilla, minkä ei nähty olevan tiedonkulun kannalta aina optimaalisin ajankohta. Paikalla ei välttämättä ole hoitajia, jotka ovat hoitaneet potilasta edeltävän 24 tunnin aikana. Silloin mittari joudutaan täyttämään hoitokirjausten perusteella.

”Siitä ei välttämättä tuu samanlainen kuva, kun jos ihminen itse olis hoitanu sitä potilasta.”

Mittarin täyttö ei ollut tullut osaksi päivittäistä toimintaa, koska se oli jäänyt vieraaksi liian vähäisen käytön vuoksi. Mittarin käyttöönoton toivottiin olevan helpompaa. Täyttäminen saattaa unohtua, jos ei ole vähään aikaan ollut väkivaltilanteita.

”Se ei oo meille vielä sellanen tuttu ja rutiininomainen mittari.”

Yhtenä syynä mittarin käytön vähäisyyteen pidettiin sitä, että nykytilanteessa sen hoitoon liittyvä vaikutus on vähäinen. Haastateltavien mukaan DASA:n käyttö lisääntyisi, jos siitä tulisi osa hoitoprosessia ja oikeasti hoitoa ohjaava asia.

”Kun me tehään sitä, siitä ei oikeen seuraa mitään.”

Taulukko 2 DASA-mittarin käytön haasteet

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Kaikkia ei ole koulutettu. Käyttöön tarvitaan asianmukainen koulutus. Mittarista ei mainintaa toimintaohjeissa. Mittarin käyttöön ei ole annettu ohjeistusta.	Koulutuksen ja ohjauksen puute	DASA-mittarin käytön haasteet
Mihin mittarin avulla saatu tieto ja tapahtuneet muutokset kirjataan? Paperinen DASA jää arkistoon. Tarvitaan selkeä ohje kirjaamisesta. DASA unohtuu potilaskansion väliin. Paperisen DASA:n täyttö unohtuu.	Kirjaamisen ongelmat	
Täyttäminen jää usein hoitajien vastuulle. Koko työryhmä ei ole täyttämässä DASA:a. Lääkärit eivät osallistu täyttämiseen. Yhteistä keskusteluaikaa on liian vähän. Lääkärit ja psykologit eivät ole täyttäneet DASA:a.	Moniammatillisuuden puute	
Mikä on täytön paras ajankohta tiedonkulun kannalta? Täyttö aloitetaan yleensä myöhässä. Täyttö tehdään usein hoitokirjausten perusteella. Iltapäiväraportti on väärä hetki täyttämiseen. Niiden pitäisi täyttää, jotka ovat hoitaneet viimeisten 24 tunnin aikana.	Mittarin täytön ajankohta	
Ei ole vielä tuttu mittari. Mittaria käytetään liian vähän. Täyttö unohtuu, kun ei ole väkivaltilanteita. Mittarin tutuksi tuleminen helpottaisi käyttöönottoa.	Ei käytön rutiinia	
Mittaria pidetään muun arvioinnin lisänä. Mittarin vaikutus on pieni. Mittarin pitäisi oikeasti ohjata hoitoa. Mittarin täytöllä ei ole vaikutusta.	Mittarin hyödyttömyys	

5.3 Väkivaltilanteiden ehkäiseminen DASA-mittarin avulla

Haastateltujen hoitajien mukaan DASA:n käytöllä ei tähän mennessä ole ollut suoranaista vaikutusta väkivaltilanteiden ennaltaehkäisyssä. Väkivaltaa ehkäiseviin toimenpiteisiin ryhtyminen ei ollut DASA:n käytöstä johdettavaa, vaan perustui enemmänkin muuhun arviointiin.

”En tiää johtaako ne korkeat pisteet hoidon arviointiin tai riskinhallintasuunnitelman tekoon.”

”Tehdyt toimenpiteet ei oo ollu DASA:n ansiota, vaan enemmänkin potilaan voimien arviointia muuten.”

Suurimmaksi syyksi miksi DASA:lla ei koettu olleen väkivaltilanteita ennaltaehkäisevää vaikutusta koettiin se, että DASA:n käyttö tapahtui ikään kuin jälkikäteen. DASA otettiin käyttöön vasta sitten, kun joku väkivaltilanne oli jo tapahtunut.

”Usein DASA kaivetaan esiin, kun ollaan jo todettu, että täs on riskit olemassa.”

”Toimenpiteet perustuu usein siihen väkivaltilanteeseen mikä on tapahtunu.”

Suurin merkitys DASA:n käytöllä koettiin olleen siinä, että sen kautta mahdollisesti väkivaltaisesti käyttäytyvä potilas tuli tarkemman seurannan alle.

”Havainnoidaan ehkä piirun aikasemmas vaihees.”

”Havainnoidaan ehkä hitusen tarkemmin ja osataa ehkä ne kohat, mihin kiinnitetää huomiota.”

”DASA:n teon jälkeen on ollut sellast tiiviimpää seurantaa.”

DASA:n käytöllä koettiin kuitenkin myös olleen vaikutusta tehtyihin hoito-toimenpiteisiin ja mahdollista tulevaa väkivaltaisuutta ehkäiseviin toimiin.

”Usein niille potilaille, joille DASA on täytetty, on tehty START-arvio ja se vaikuttaa myös.”

”Näitten kirjausten avulla pystyttäs kattomaan mikä on muuttunu ja pystyttäs tulevaisuudes ehkä estämään se.”

Potilaita hoitavien lääkärien toimenpiteisiin DASA:n teolla ja siitä saaduilla pisteillä uskottiin myös olevan vaikutusta.

”On korkeat pisteet ja siitä käyty keskustelu varmaan tehostanu lääkitystä.”

”Me tiedetään se riski, mut me tarvitaan jotain mustaa valkosella, että lääkäritkin uskoo.”

Taulukko 3 Väkivaltatilanteiden ehkäiseminen DASA-mittarin avulla

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
DASA:lla ei ole ollut selkeää ehkäisevää vaikutusta. Vaikutus hoidon arviointiin on ollut epäselvää. Ei ole pystytty ehkäisemään väkivaltatilanteita. Tehdyt toimenpiteet ovat perustuneet muuhun voinnin arviointiin. Ei ole ollut merkittävää vaikutusta hoitoon.	Ei ehkäisevää vaikutusta	DASA-mittarin merkitys ennaltaehkäisyssä
DASA otetaan käyttöön vasta riskien havaitsemisen jälkeen. DASA tehdään vasta jälkeinpäin. Toimenpiteet perustuvat tapahtuneeseen väkivaltatilanteeseen.	DASA:n käyttö myöhässä	
Mittari on varhaistanut havainnointia. Mittarin avulla havainnointi on tarkentunut ja täsmentynyt. DASA on johtanut tiiviimpään voinnin seurantaan. DASA:n seurauksena tehdään usein START-arvio. Kirjattuja muutoksia seuraamalla voitaneen väkivaltariskiä ehkäistä. Korkeat pisteet ovat vaikuttaneet lääkitykseen ja mahdollisesti eristysluvan saamiseen. DASA todentaa väkivaltariskin lääkäreille.	Tarkemman seurannan toteutuminen	

5.4 DASA-mittarin käytön lisääminen

Suurin osa haastatteluun osallistuneista piti DASA:n tähänastista vaikutusta väkivaltatilanteiden ehkäisyssä vähäisenä. Kuitenkin katsottiin, että sitä käytetään liian vähän ja jatkossa sen merkitys voisi korostua käytön lisäämisen myötä. Haastatteluun osallistuneista hoitajista suurin osa oli sitä mieltä, että DASAa tulisi käyttää nykyistä enemmän.

”Aika harvoin sitä loppujen lopuksi käytetään.”

”Painotan edelleen sitä, että käytön pitäis olla laajempaa.”

DASA:n vähäisen käytön katsottiin johtuvan siitä, että sitä ei vielä tunnettu tarpeeksi ja sen käyttöön ei ollut muodostunut rutiinia. DASA:n käyttö voisi lisääntyä esimerkiksi siten, että se tehtäisiin aina potilaan sairaalaan tulon yhteydessä.

”Siinä tulohaastatteluvaiheessa pitäis jotain kysyä väkivaltariskistä. Oli se sitten DASA tai joku muu.”

”Et siitä tulis jatke niille muille tulo- ja lähtö-tilanteille.”

DASA:n käyttöön liittyvän koulutuksen ja ohjeistuksen uskottiin myös lisäävän sen käyttöä. DASA:n paremman tuntemisen ja koulutuksen kautta sen käyttöönotto olisi helpompaa. Koulutuksen katsottiin tähän asti olleen liian vähäistä ja kaikilla ei ollut mahdollisuutta olla mukana tähän mennessä järjestetyissä koulutustapahtumissa.

”Varmaan sitä ruvetas käyttämään, mut ensin pitäs saada selkeät ohjeet.”

”Koulutusta pitäs olla aika ajoin, että uudetkin työntekijät pääsis siihen mukaan.”

Yhtenä syynä DASA:n käytön vähäisyyteen pidettiin sitä, että se tehdään manuaalisesti, kun lähes kaikki muu hoidon kirjaaminen ja tiedonsiirto tapahtuu nykyisin sähköisesti. Paperilomakkeelle tehty DASA unohdetaan herkästi sairauskertomuskansioon ja aloitettu täyttö jää kesken.

”Missä se kaavake pitäs olla, kun ollaan paperittomassa ajassa”

”Jos se on siellä kansion välis, ei välttämättä tuu katottuu.”

DASA-arvioinnin uskottiin lisääntyvän ja tulevan osaksi päivittäistä hoitorutiinia, mikäli se olisi osana sähköistä hoitokertomusta.

”Pitäiskö olla siellä koneella joku sellanen, että se välkyytää DASAa, kun sen aukasee?”

”Että sähköisesti ois se DASA samalla tavalla kuin Rafaela. Vois täyttää sillä koneella”

”Vois rakentaa valmiit komponenttei sinne hokeen. Siellähän on valmiita mallipohjia.”

Taulukko 4 DASA-mittarin kehittämistarpeet

Pelkistys	Alaluokat	Yläluokka
DASA:a käytetään harvoin. DASA:n käyttöä pitäisi lisätä. Mittarin käytön pitäisi olla laajempaa. DASA:a tehdään liian vähän.	DASA:n käytön lisääminen	DASA-mittarin kehittämistarpeet
DASA pitäisi aloittaa tulohaastattelun yhteydessä. DASA tulisi tehdä osana muita tulo­rutiineita. DASA tulisi tehdä kaikille potilaille. Selkeät ohjeet lisääisivät DASA:n käyttöä. Säännöllisen koulutuksen avulla uudetkin työntekijät saataisiin DASA:n käyttäjiksi. Koulutusta voisi antaa osastotunneilla. Vähäinen käyttö nostaa mittarin käyttämisen kynny­stä.	DASA:n käyttöön rutiinia	
Mikä olisi kaavakkeen oikea paikka paperittomassa ajassa? DASA pitäisi liittää sähköiseen Lifecare-potilastietojärjestelmään niin, että siihen olisi pakko reagoida. Sähköisen hoitokertomuksen pitäisi muistuttaa DASA:sta. DASA voitaisiin liittää sähköisen hoitokertomuksen suunnitelmaan. DASA voisi sisältyä hoitokertomuksen mallipohjaan. DASA:a voisi täyttää sähköisessä muodossa kuten Rafaelaa.	DASA sähköiseen muotoon	

6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön tuloksia ja niiden suhdetta aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Erityishuomion saavat tulokset, jotka ovat uusia tai poikkeavat aiempien tutkimusten tuloksista. Opinnäytetyön tulosten esittelyn lopuksi käsitellään sitä, miten työn tulokset voisi huomioida käytännön hoitotyön kehittämisessä ja ehdotetaan mahdollisia jatkotutkimusaiheita käsiteltyyn aiheeseen liittyen. Seuraavaksi perehdytään tässä opinnäytetyössä esiin nousseisiin eettisiin kysymyksiin. Lopuksi tarkastellaan opinnäytetyön luotettavuutta.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin haastattelujen avulla hoitajien tähänastisia kokemuksia DASA-mittarin käytöstä. Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa käytössä olevissa ohjeissa (Liite 6) korostetaan, että mittari tulee

täyttää työryhmässä ja sen tulee ohjata henkilökunnan välistä keskustelua. Tämä tuntuikin haastattelujen perusteella toteutuneen. Hoitohenkilökunnan yhteistyön lisääntymistä ja keskustelun parantumista pidettiin hyvinä asioina. Mittarin käyttö oli myös lisännyt ja tehostanut potilaiden tarkkailua. Sen avulla osattiin kiinnittää paremmin huomio väkivaltariskin kannalta olennaisiin asioihin.

Mittaria pidettiin myös sopivan lyhyenä ja riittävän helppokäyttöisenä. Samankaltaisia havaintoja oli tehty myös aiemmin DASA-mittarin käyttöön liittyvissä tutkimuksissa. (Lantta 2016, 56; Välimäki ym. 2013, 73.) Mittarin helppokäyttöisyys ja lyhyys olivat myös sen kehittäjien tavoitteena. Heidän mukaansa mittarin täyttö ei saanut viedä viittä minuuttia kauempaa, jotta se saataisiin mukaan osaston päivittäiseen toimintaan. (Ogloff & Daffern 2006, 809.)

Yhtenä mittarin käytön ongelmana tai haasteena pidettiin sitä, että mittarin käyttöön ei oltu saatu riittävää koulutusta ja käytön ohjausta. Tella Lantta on väitöskirjatutkimuksessaan tullut samaan tulokseen (Lantta 2016, 56). Mittarin alkuperäisten kehittäjien mukaan mittarin käyttö on kuitenkin tehty niin helpoksi, että se ei vaadi käyttäjältään mitään erityistaitoja, vaan kuka tahansa hoitajista voi sen tehdä (Ogloff & Daffern 2006, 809). Haastatellut hoitajatkin korostivat mittarin käytön helppoutta ja selkeyttä. Mittari oli osalle hoitajista vielä vieras asia. Tuntuukin siltä, että koulutuksen toivottiin lisäävän nimenomaan tietoa mittarin olemassa olosta ja sen käyttömahdollisuuksista.

Haastatteluissa tuli esiin useaan otteeseen se, että DASA-mittarin täyttämiseen eivät osallistuneet muut kuin hoitajat. Kaivattiin erityisesti lääkäreiden osallistumista. Toisaalta ymmärrettiin, että lääkäreillä ei ollut aikaa eikä mahdollisuuksia osallistua mittarin täyttöön. DASA-mittarin käytön ohjeissa korostetaan mittarin täyttöä moniammatillisesti ja työryhmässä sekä sitä, että päivystävien lääkäreiden tulisi ainakin tuntea mittari (Liite 6). DASA:n kehittäjien mukaan mittarin täyttö on nimenomaan hoitajien tehtävä. Sitä näkemystä, että lääkäreiden pitäisi osallistua mittarin täyttöön tai että mittari pitäisi täyttää työryhmässä, ei heidän kirjoittamastaan artikkelista löydy. (Ogloff & Daffern 2006, 809.)

DASA oli jonkin verran vaikuttanut hoitotoimenpiteisiin ja sitä kautta voinut ehkäistä väkivaltatilanteita. Kertyneen kokemuksen perusteella haastatellut hoitajat katsoivat, että DASA:n väkivaltatilanteita ehkäisevä vaikutus oli kuitenkin jäänyt heikoksi. Yksi syy siihen miksi näin oli, on varmasti se, että DASA-mittaria käytettiin varsin vähän, mikä kävi ilmi useiden haastateltujen hoitajien kommentteista. Toisena syynä oli se, että DASA-mittari otettiin käyttöön vasta, kun väkivaltatilanne oli jo tapahtunut. Mittarihan oli kehitelty nimenomaan ehkäisemään väkivaltatilanteita ennakolta. Välimäen ym. tutkimuksesta käy myös ilmi, että väkivaltatilanteisiin oli ehditty reagoida muilla keinoin ennen kuin DASA-pisteet saatiin (Välimäki ym. 2013, 73).

Vaikka mittarin ei uskottu tähän mennessä kovin hyvin toimineen väkivaltatilanteiden ehkäisijänä, ei luottamus mittarin toimivuuteen kuitenkaan ollut mennyt. Tämä käy ilmi siitä, että valtaosa haastatelluista hoitajista oli sitä mieltä, että DASA-mittaria käytettiin liian vähän ja samalla toivottiin ja haluttiin mittarin käytön lisäämistä jatkossa. Kuten aiemmin raportista käy ilmi, haastatelluista hoitajista selvä enemmistö ilmoitti mielipiteenään, että mittarin käyttöä tulisi lisätä. Haastatteluissa tuotiin esiin myös ajatus, että DASA:n käyttö voi jatkossa leimata potilasta liikaa, koska tieto DASA-pisteistä jää hoitokertomukseen.

Haastatelluilla hoitajilla oli ajatuksia kuinka DASA-mittarin käyttöä saataisiin lisättyä. Yhdeksi keskeiseksi syyksi mittarin vähäiseen käyttöön pidettiin sitä, että sen käyttöön ei ollut syntynyt rutiinia. Mittari tulisi tutummaksi ja sen käyttöönottokynnys madaltuisi, jos sitä käytettäisiin enemmän. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että DASA pitäisi tehdä kaikille potilaille heti tulotilanteesta alkaen. Osa piti tällaista rutiininomaista mittausta turhana ja työllistävänä. Koulutuksen ja ohjeistuksen avulla mittarin käyttö saataisiin hoitajille tutummaksi ja sitä kautta sen käyttö lisääntyisi. Yhtenä syynä mittarin käytön aiempaan vähäisyyteen oli se, että sen käyttö koettiin hyödyttömäksi. Mittarin käytön uskottiin lisääntyvän, jos sillä olisi enemmän vaikutusta tehtäviin hoitoratkaisuihin.

Keskeiseksi asiaksi haastatteluissa nousi DASA-mittariin liittyvä kirjaaminen. Monien hoitajien mielestä nykytilanteessa kirjaaminen oli ongelmallista, koska DASA-mittari ei ollut sähköisessä muodossa, vaan paperiversiona. Hoitajien mielestä DASA:n sähköisestä kirjaamiskäytännöstä ei oltu annettu organisaatiokohtaista ohjeistusta. Haastatellut hoitajat ehdottivat DASA-mittaria sisällytettäväksi rakenteisen kirjaamisen valmiiseen mallipohjaan, jolloin se muistettaisiin osana hoitotyön prosessin kirjaamista ja sen käyttö lisääntyisi. Edelleen ehdotettiin DASA:n käytön lisäämiseksi sen kirjaamista omille kirjausaloille kuten esimerkiksi somaattisten riskitietojen ja Rafaela-hoitoisuusluokituksen osalta on käytäntö.

Käytännön hoitotyössä opinnäytetyön tulokset voisi huomioida siten, että DASA:n tunnettavuutta tulisi hoitohenkilökunnan keskuudessa lisätä tehostamalla aiheeseen liittyvää koulutusta ja ohjeistusta. Tärkein DASA-mittarin käyttöä lisäävä tekijä opinnäytetyön tulosten valossa on DASA:n saaminen osaksi sähköistä potilaskertomusta siten, että sovittaisiin tarkemmin DASA-mittariin liittyvistä sähköisistä kirjaamiskäytännöistä ja kehitettäisiin DASA:n sähköistä käytettävyyttä.

Mahdolliset aiheeseen liittyvät jatkotutkimukset nousevat esiin uusimpien DASA-mittariin liittyvien tutkimusten pohjalta. Lantan väitöskirjatutkimuksessa potilaat ja myös omaiset on otettu mukaan DASA-mittarin arviointiin (Lantta 2016, 56). Kaunomäen ym. tutkimuksessa todettiin, että ns. kevyemmät interventiot kuten ulkoilu ja urheilu madalsivat väkivaltariskiä pak-

kotoimia paremmin (Kaunomäki ym. 2017, 5 – 6). Jatkotutkimusten aiheena voisivat olla hoitajien kokemukset siitä, onko näitä edellä mainittuja toimia käytetty ja onko niillä ollut väkivaltariskiä alentavaa vaikutusta.

6.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimuksen luotettavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut liittyvät vahvasti toisiinsa. Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa ns. hyvää tieteellistä käytäntöä. Tässä opinnäytetyössä sitä on pyritty toteuttamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksen mukaisesti. (TENK 2012.)

Tämä opinnäytetyö on tehty Hämeen ammattikorkeakoulun laatimien ja ohjaavalta opettajalta sekä työpaikkaohjaajalta saatujen ohjeiden mukaisesti. Prosessin eri vaiheissa on pyritty noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Työ alkoi tutkimussuunnitelman laatimisella ja aihetta käsitteleviin lähteisiin ja aiempiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin perehtymisellä. (TENK 2012.)

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen sovittiin haastattelujen käytännön järjestelyistä. Haastatteluihin osallistuneille hoitajille annettiin etukäteen tutkimukseen liittyvä saatekirje (Liite 3) ja haastattelurunko (Liite 4), joista selvisivät tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Haastattelun alussa haastateltaville korostettiin, että osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja he voisivat koska tahansa keskeyttää haastattelun. Heille kerrottiin, että haastatteluista saatavat tiedot ja haastateltavien henkilöllisyys tulisivat pysymään salassa ja, että nauhoitukset ja niistä tehdyt litteroinnit tultaisiin tutkimuksen valmistuttua hävittämään. Tutkimukseen osallistuneille kerrottiin, että tutkimuksessa saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille eikä niitä käytetä muuhun kuin kyseiseen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimusraportissa on mukana haastatteluista otettuja suoria murreasuisia lainauksia, jotka saattavat anonymiteetin säilymisen kannalta olla ongelmallisia varsinkin, jos haastateltavien joukko on pieni (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 221). Mukana olleet haastateltavat puhuivat kaikki Kymenlaaksossa käytettävää murretta, joten heitä ei voi käytetyistä lainauksista tunnistaa.

Tutkimustulosten saamiseksi haastattelut analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Analyysin tuloksena saadut ala- ja yläluokat perustuvat saatuun haastattelumateriaaliin ja pyrkivät mahdollisimman totuudenmukaisesti kuvaamaan haastateltavien näkemyksiä. Tutkimusraportti on pyritty laatimaan mahdollisimman rehellisesti aiemman teoriatiedon ja saatujen tutkimustulosten perusteella. Kirjallisuutta, sähköisiä lähteitä ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia on käytetty niiden tekijöiden oikeuksia kunnioittaen. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Kymenlaakson psykiatrinen sairaala. Taloudellista hyötyä opinnäytetyön tekijä ei ole saanut. (TENK 2012.)

6.3 Tulosten luotettavuus

Tieteellisellä tutkimuksella pyritään tuottamaan tutkittavasta asiasta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin avulla selvitetään saadun tiedon totuudenmukaisuus. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Tutkimusten luotettavuutta arvioidaan yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimus mittaa sitä mitä sen pitäisi mitata ja reliabiliteetti tutkimuksen toistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä näiden käsitteiden käyttöä on arvosteltu, koska niiden avulla on yleensä arvioitu kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa mitään yksiselitteisiä ohjeita. Sitä arvioidaan kokonaisuutena ja arvioinnissa painottuu sisäinen johdonmukaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136, 140.)

Tämän opinnäytetyön tulosten luotettavuus on pyritty takaamaan siten, että se on tehty mahdollisimman huolellisesti ja hyvän tutkimustavan eettisiä periaatteita noudattaen (TENK 2012). Lukijoille on tarkoitus antaa uskottava selitys aineiston kokoamisesta ja sen analysoinnista. Tutkimusraportissa selvitetään lukijoille miten tutkimus on tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 – 141.)

Teoreettiseen viitekehykseen pyrittiin löytämään tutkittavan aiheen kannalta keskeisiä tutkimuksia ja muita lähteitä. Käytetyt lähteet olivat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja. Sitä vanhemmat lähteet olivat työn aiheen kannalta niin keskeisiä, että ne päätettiin ottaa mukaan. Tästä esimerkkinä DASA-mittarin kehittäjien Ogloffin ja Daffernin alkuperäiskielellä julkaisema tieteellinen artikkeli. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelumenetelmää käyttäen. Haastattelututkimuksen luotettavuuteen ja laatuun kiinnitettiin huomiota tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan etukäteen laatimalla haastattelua varten haastattelurunko lisäkysymyksiin (Liite 4). Sen tarkoituksena oli varmistaa, että haastattelussa saataisiin tietoja ja vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Saatu aineisto litteroitiin pian haastattelujen jälkeen, jotta saatu materiaali olisi mahdollisimman hyvin vastannut todellisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184 – 185.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden keskeisenä arviointikriteerinä käytetään uskottavuutta. Tässä opinnäytetyössä uskottavuuteen pyrittiin kuvaamalla tulokset siten, että niistä selviää miten analyysi on tehty. Saadut ala- ja yläkategoriat saatiin tutkimusaineistoa analysoimalla ja ne pohjautuvat saatuun haastatteluaineistoon. Tutkimustulosten yhteyttä haastattelumateriaaliin havainnollistettiin mukana olevien taulukoiden sekä haastatteluista otettujen suorien lainausten avulla. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 198.)

Tutkijan on tunnettava omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä ja arvioitava miten nämä taustatekijät vaikuttavat hänen työhönsä. Tässä tutkimuksessa uskottavuutta lisäsi se, että mielenkiinto tutkittavaa aihetta kohtaan oli syntynyt aiemman työkokemuksen kautta. (Kylmä & Juvakka 2012, 128, 129.) Aiempi kokemus tutkittavasta aiheesta voi vaikuttaa myös siten, että syntyneet ennako-odotukset ohjaavat liiaksi tutkimuksen kulkua. Tutkijan on oltava tietoinen omista ennako-oletuksistaan tutkittavaa ilmiötä kohtaan ja pyrittävä toimimaan siten, etteivät nämä ohjaa tutkimusta haluttuun suuntaan (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013, 202). Tässä opinnäytetyössä haastattelija antoi haastateltavien vapaasti kertoa näkemyksistään pyrkimättä ohjailemaan keskustelua haluttuun suuntaan. Haastattelija puuttui keskusteluun ainoastaan silloin, kun keskustelu rönsyili sovittujen haastatteluteemojen ulkopuolelle.

Opinnäytetyön kannalta luotettavuutta heikentävinä asioina voidaan pitää tutkijan kokemattomuutta sekä haastattelijana että tutkimuksen tekijänä. Tutkimuskysymysten hahmotteleminen ja tutkimustulosten analysoiminen veivät aikaa ja olivat tutkimuksen kannalta haastavimpia asioita.

LÄHTEET

Anttila, M. (2017). *Psykiatrisen hoidon kehittäminen näyttöön perustuvan toiminnan avulla; kokemuksia violini tutkimus- ja kehittämishankkeesta*.

Power point –esitys. Viitattu 26.1.2018. https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/tapahtumakalenteri/documents/mt_tee-mapv_2017/mt2017_violin_minnaanttila.pdf

Eronen, M., Kaltiala - Heino, R. & Kotilainen, I. (2007). Vaarallisuuden arvioiminen. *Duodecim* 123, 2375-2380. Viitattu 24.1.2018. www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/19/duo96779

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2011). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University Press.

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. (2015). *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. – 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaunomäki, J. (2015). *Patient interventions after the assessment of violence risk: Observational study in a Finnish psychiatric admission ward*. Pro gradu –tutkielma. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. (2017). *Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward*. Viitattu 8.10.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/173280/12913_2016_Article_1942.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2012). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kymsote (2019). Tietoa Kymsotesta. Viitattu 2.5.2019. <https://www.kymsote.fi/fi/tietoa-kymsotesta>

Lagerspetz, K. (1998). *Naisten aggressio*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 15.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lantta, T. (2016). *Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study*. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen osasto. Väitöskirja. Viitattu 8.10.2018.

<http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125695/Anna-les%20D%201255%20Lantta%20DISS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Lantta, T. (2014). Hoitajien kokemukset väkivaltatilanteista ja osastoilma-
piiristä sekä kehittämisehdotukset väkivallan ennaltaehkäisemiseksi psy-
kiatrisilla sairaalaosastoilla. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tu-
run yliopisto.

Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. & Välimäki, M. (2016). *Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpa-
tients: a feasibility study*. Dove Medical Press (NZ). Volume 2016:10. 691
– 701. Viitattu 9.10.2018. [https://www.dovepress.com/using-the-dy-
namic-appraisal-of-situational-aggression-with-mental-heal-peer-re-
viewed-fulltext-article-PPA](https://www.dovepress.com/using-the-dy-
namic-appraisal-of-situational-aggression-with-mental-heal-peer-re-
viewed-fulltext-article-PPA)

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J.
(toim.) (2016). *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen
psykiatrisessa hoidossa*. THL. Viitattu 26.1.2018. [www.jul-
kari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN ISBN 978-952-302-751-
0.pdf?sequence=](http://www.jul-
kari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-
0.pdf?sequence=)

Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 15.10.2018. [https://www.fin-
lex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](https://www.fin-
lex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116)

Naukkarinen, H. (2015). *Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen*. Luento hen-
kilökunnalle. 10.10.2015. Kymenlaakson psykiatrisen sairaala.

Nykysuomen sanakirja, osa 6. (1996). 14. painos. Juva: WSOY.

Ogloff, J.R.P. & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational
aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psy-
chiatric inpatients. *Behavioral sciences and the law* 24, 799 – 813.

Pereira, S., Pietromartire, S. & Lipsedge, M. (2008). Risk assessment and
management. Teoksessa *Psychiatric intensive care*. Second edition. Cam-
bridge university press, 161 – 180.

Pitkänen, A. (2003). *Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatri-
sessä hoitotyössä*. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 26.1.2018. [https://tam-
pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1](https://tam-
pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90604/gradu00243.pdf?sequence=1)

Rovasalo, A. & Juriloo, A. (2011). Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim*. 127. 5 – 7. Viitattu 26.1.2018. www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/1/duo99270

Schulman, G. (2004). *Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys*. Suomen lääkärilehti 3/2004. 149 -153. Viitattu 16.10.2018. <http://www.perhejaverkostokeskus.fi/tiedostot/20/Schulman%20-%20Vakivalta%20ja%20sietamattomien.pdf>

STM (2011). *Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15. Viitattu 17.1.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72811/URN%3aNBN%3afe201504226148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM (2016). *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015*. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Viitattu 26.1.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74820>

Suomen perustuslaki 1999/731. Viitattu 15.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tauriainen, P. (2016). *Mitä psykiatrisilla sairaalaosastoilla tapahtuu uhkaja vaaratilanteissa*. Studia Generalia. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 15.10.2018. [https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/tapahtumakalenteri/Documents/MT teemapv 2016/MT Tauriainen 2016.pdf](https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/tapahtumakalenteri/Documents/MT%20teemapv%202016/MT%20Tauriainen%202016.pdf)

TENK (2012). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 2.5.2019 <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tiihonen, E. (2004) Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. *Työ-terveyslääkäri* 22 (3). Viitattu 24.1.2018. www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=t100140&p_haku=akuutin

Tiihonen, J. (2017). Oikeuspsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriks-son, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 12. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 704 – 721.

Tiihonen, K. (2005). Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto.

Tuohimäki, C. (2007). *The use of coercion in the finnish civil psychiatric in-patients*. Väitöskirja. Universitatis Ouluensis. D 940. Viitattu 18.3.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514285424.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uud. laitos. Helsinki: Tammi.

Turun yliopiston tiedote (2016). *Potilaat ja omaiset avuksi väkivallan ennaltaehkäisyyn*. Turun yliopiston tiedote 3.11.2016. Viitattu 19.1.2019 <https://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/vaitostiedotteet/Sivut/potilaat-ja-omaiset-avuksi-vakivallan-ennaltaehkaisyyn.aspx>

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*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. (Hanke 111298) loppuraportti. Turku 2013.

WHO (2012). *Väkivalta ja terveys maailmassa*. WHO:n raportti. Viitattu 24.1.2018. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Tuukka Kahri

tuukka.kahri@student.hamk.fi

Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksikkö

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä johtajaylihoitaja Pia Rantamäki

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen tällä hetkellä sairaanhoitajan opintoihin liittyvää opinnäytetyötä. Tarkoitukseni olisi tutkia Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa väkivaltariskin arviointia DASA-mittarin avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä mittarin käyttöä hoitajien työvälineenä ja sitä kautta edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa.

Pyydän kohteliaimmin lupaa saada tehdä ryhmähaastatteluja Kymenlaakson psykiatrisen sairaalan osastoilla PSY1 ja PSY2. Ryhmähaastattelut suunnattaisiin sairaanhoitajille, lähihoitajille ja mielenterveyshoitajille. Haastattelut tehtäisiin kolmelle neljästä hoitajasta koostuvalle ryhmälle. Haastattelut on tarkoitus nauhoittaa.

Haastattelut on tarkoitus toteuttaa syksyn 2018 aikana. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja saatu tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyö on tarkoitus kirjoittaa syksyllä 2018 siten, että se valmistuisi vuoden 2018 loppuun mennessä.

Pyydän kohteliaasti lupaa tutkimuksen tekemiseen.

Kouvolassa

Tuukka Kahri



Päätös Päivämäärä	Päätösnumero
10.12.2018	55/2018

Asia ja päätös

Asia: Tutkimuslupa opinnäytetyöhön

Päätös: Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti ammatti-korkeakoulututkinnon opinnäytetyölle "DASA-mittarin käyttö väkivaltariskin arvioinnissa - haastattelututkimus hoitohenkilökunnalle".

Carean/ Kymsoten yhteyshenkilönä opinnäytetyöntekijöihin päin toimii palvelutoiminnan esimies Satu Ukkola.

Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa joko paperisena tai sähköisenä versiona johtajaylihoitajalle.

Asianosaiset

Tuukka Kahri

Perustelut

Liitteenä olevassa tutkimuslupahakemuksessa ja -suunnitelmassa.

Viranomaisen allekirjoitus ja virka-asema

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Pia Rantamäki
johtajaylihoitaja

Lisätietojen antaja

jyh Pia Rantamäki p. 0206332004, pia.rantamaki@carea.fi

Saaja/Tiedoksi

Tuukka Kahri, tuukka.kahri@student.hamk.fi;
Kirsi Hentinen, kirsi.hentinen@hamk.fi;
Satu Ukkola, satu.ukkola@carea.fi

Asiakirjat/liitteet

Tutkimuslupahakemus ja -suunnitelma

Päätös nähtävänä

17.12.2018

Oikaisuvaatimus-ohje

Päätökseen tyytymätön voi tehdä oikaisuvaatimuksen Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitukselle, os. Kotkantie 41, 48210 Kotka. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaamisesta.

Saatekirje haastateltavalle

KUTSU HAASTATTELUUN

Hyvä vastaanottaja

Olen Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötä väkivaltariskin arvioinnista DASA-mittarin avulla.

Toteutan yksikössänne haastattelututkimuksen. Kutsun sinut osallistumaan ryhmähaastatteluun opinnäytetyötäni varten. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelussa pyydän sinua kertomaan DASA-mittarin käyttöön liittyvistä kokemuksistasi Kymenlaakson psykiatrisessa sairaalassa. Ryhmähaastattelut toteutetaan syksyn 2018 aikana. Haastattelut nauhoitetaan aineiston analysoimisen helpottamiseksi. Haastatteluun varataan aikaa noin 1,5 tuntia. Haastatteluaineistoa käsitellään ja tutkimusraportti tehdään siten, että yksittäiset osallistujat eivät ole tunnistettavissa.

Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelut hävitetään asianmukaisesti. Tutkimustulokset raportoidaan Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä, joka on nähtävissä Theseus-tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi.

Tietosi tutkittavasta asiasta on erittäin arvokasta, joten toivon sinun osallistuvan ryhmähaastatteluun.

Yhteistyöterveisin

Tuukka Kahri
Sairaanhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu
Forssan yksikkö
tuukka.kahri@student.hamk.fi

Ohjaava opettaja: Kirsi Hentinen, hoitotyön lehtori
kirsi.hentinen@hamk.fi

Haastattelurunko

1. Miten DASA-mittarin avulla on pystytty ehkäisemään väkivaltatilanteita?
Mahdollisia apukysymyksiä:
 - Onko mittarin käyttö lisännyt potilaiden tarkempaa huomiointia? Miten se näkyy hoitotyössä?
 - Johtavatko kohonneet tai korkeat pisteet nopeaan hoidon arviointiin ja riskienhallintasuunnitelman tekemiseen? Miten se näkyy hoitotyössä?
2. Millaisia puutteita tai ongelmia on ilmennyt DASA-mittarin käytössä?
Mahdollisia apukysymyksiä:
 - Millaisia puutteita on mittarin käyttöönotossa, täytön ajankohdassa tai kirjaamisessa?
3. Mitkä tekijät ovat edistäneet ja mitkä estäneet DASA-mittarin käyttöä?
Mahdollisia apukysymyksiä:
 - Millainen mittari on käytettävyydeltään?
 - Miten mittarin käyttöä on ohjeistettu?
4. Millä tavalla mittarin käyttö on ohjannut käytännön hoitotyötä?
Mahdollisia apukysymyksiä:
 - Miten mittarin avulla saatua tietoa on hyödynnetty?
 - Miten hoitoa on suunniteltu ja mitä hoitokeinoja on käytetty kohtalaisen ja korkean väkivaltariskin potilailla?
5. Miten mittarin käyttöä pitäisi lisätä?
Mahdollisia apukysymyksiä:
 - Miten DASA-mittarin käyttö näkyy toimintaohjeissa?
 - Tulisiko kaikkien osastolle tulevien potilaiden väkivaltariski mitata? Miten se tulisi tehdä?
6. Mitä muuta haluat kertoa mittarin käytöstä?



Nimi: _____
Viikko: _____

	Määräaika (Ympyrä)	Tiistai (Ympyrä)	Keskiviikko (Ympyrä)	Torstai (Ympyrä)	Perjantai (Ympyrä)	Lauantai (Ympyrä)	Sunnuntai (Ympyrä)
Airyys Podias airyynyt tai suuttu helposti. Hän ei siedä toisten läsnäoloa.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Impulsiivisuus Podiaan käyds ja tunteet ovat epävakaita (esim. meliolla tai käyttäytyminen vaihtelevat dramaattisesti, kyvyttömyys pysyä työssä ja keskittymässä).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Haluomus roudetta annettuja ohjeita Podias muuttu herkeksi vihaiseksi tai aggressiiviseksi tilanteissa, jossa häntä pyydetään noudattamaan hoitoon liittyviä sopimuksia ja sääntöjä tai osaston käytäntöjä.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Herkyys reagoida provokaatioon Podias kokee muiden toiminnan tarkoituksellena ja hallitsemattomana, hän saattaa tulkita väärin muiden toiminnan tai reagoi airykykseen sen kokoon nähden suhteelloman voimakkaasti.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Suuttu herkeksi kun pyritään ei suostua Podiaan sietokyky on heikko ja hän suuttu helposti, jos toiveisiin ei suostuta tai jos häntä pyydetään odottamaan.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Negatiiviset asenteet Podialla on yhteiskuntavastaisia ja negatiivisia asenteita ja uskonnollisia, jotka saattavat liittyä väkivaltaan tai aggressiiviseen käyttäytymiseen.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Suulliset uhkaukset Podialla on esillä vihanpurkauksia, joiden yhteydessä ei vain ääni ole kohonnut, vaan joiden tarkoituksena on ollut pelotella tai uhata toisia henkilöitä.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Yhteensä	7	7	7	7	7	7	7
Riskiarvio Arvio saatujen yhteispisteiden ja kliinisen arvioinnin perusteella podiaan tulevan 24 tunnin väkivaltaisen kohtaamisen (KO, kehonneeksi (K) tai aiheiseksi (A)).							
Väkivaltaikäytymisen historia Onko podias käyttäytynyt tulonneen 24 tunnin aikana aggressiivisesti joiden suoravasta tavosta? (Merkitse rasilla soveltuvat kohdat)							
ESINEISIIN kohdistuva väkivalta Palkko ovia, potkii huonekalua, heittää tavaroita, lyö ikkunoita, syöttää tulipalja, heittää tavaroita.							
MUIHIN IHMIISIIN kohdistuva samallinen väkivalta Huutaa vihaisesti, esitää, kiroilee kovaaäänellä, riko kielenkärkiä suuhunsa tai esittää selkeitä väkivaltauhkauksia.							
MUIHIN IHMIISIIN kohdistuva fyysinen väkivalta Käyttää uhkaavia esineitä, nautoo muiden kohti, tarttuu vaatteisiin, lyö, potkii, tönä, repii hiuksia tai hvykkää muidä kohti.							

Arviota ei saa perustaa pelkälle pistelaskulle, pisteitä voi ja pitää käyttää klinisen arvion tekemisessä. **Varsinaiselle arviolle ("arvioi riski matalaksi, kohonneeksi tai korkeaksi") on mittarissa oma kohta, tämä on SE ARVIO minkä pitäisi ohjata toimintaa; matalat pisteet eivät automaattisesti tarkoita väkivallattomuutta ja korkeat pisteet eivät automaattisesti tarkoita väkivaltaisuutta.**
 (60% väkivaltaisista potilaista on saanut pelkässä pisteilyssä 4 tai enemmän pisteitä, 10% väkivaltaisista potilaista ei saa pistellä mittarista lainkaan.)

Arvio pitää tehdä moniammatillisesti ja kohonneen/korkean riskin potilaisiin pitää kiinnittää osastolla erityisesti huomiota. Tämä tarkoittaa myös sitä, että kaikkien päivystävien lääkäreiden pitää tuntea mittari. **Arvion ei myöskään pidä perustua yhden henkilön tuntuun/näkemykseen.**

→ esim. raporttien aikana

Kliinisessä työssä näyttää siltä, että mittarin suurin anti ei ole varsinaisessa arviossa, vaan itse arviotilanteessa. Osastot, joilla mittari on jäänyt päivittäiseen käyttöön kuvaa, että tilanne jossa keskustellaan jokaisesta potilaasta ajatuksella ja mietitään potilaskohtaisia toimintamalleja, parantaa sekä potilaiden hoidon laatua että väkivaltariskin huomioimista osastolla.

→ DASA itsessään ei ole interventio, vaan ohjaa käyttämään interventioita

→ Mittari jota ei käytetä/täytetä oikein, ei hyödytä ketään

(moniammatillinenyhteistyö/vuorovaikutus)

Mittari sinällään ei anna "viimeistä sanaa", vaan osaston dynamiikan ja toimintatapojen pitää olla sellaiset, että mittari ohjaa henkilökunnan välistä keskustelua ja väkivaltaa ehkäiseviä toimia. Lisäksi osaston toimintatapojen pitää olla notkeat, jottei ainut keino vähentää väkivaltaisuutta tms. ole ainoastaan tarvittavan lääkkeen antaminen tai listalääkityksen lisääminen.

Mittaria, jonka avulla saadaan suoraan pistelaskennan perusteella arvio riskistä ja mielellään toimintaohjeet potilaan hoitamiseksi, ei ole olemassa. Riskinä tällaisten mittarien käytössä on se, että väkivallattomat mutta korkeat pisteet saaneet potilaat joutuvat aiheetta rajoitteiden tms. kohteeksi. Väärät positiiviset tulokset ovat siis ongelma.

Haastavan käytöksen syyt eivät myöskään selviä mittarilla, ne pitää kysyä potilaalta. Tämän historian, diagnostiikan, päihteldenkäytön, sukupuolen jne. perusteella tiedetään kuka on altis väkivaltaiselle käytökselle, taustatiedot eivät kumminkaan kerro, missä tilanteessa potilas tulee käyttäytymään näin

→ Väkivaltaisuus puheeksi kaavake

Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä

Liite 7

Alkuperäisilmaukset	Pelkistys
"Siinä suhteessa DASA on hyvä, kun se työryhmän kesken keskustellaan."	Mittari lisää keskustelua työryhmässä.
"Sitä tehdä työryhmän eikä yhen hoitajan toimesta."	Sitä ei tehdä yksin vaan työryhmässä.
"Toi DASA toi just enemmän sitä keskustelua."	DASA lisää keskustelua.
"Ihan ok, melko pienellä vaivalla hyvää keskustelua herättävä mittari."	Mittari ohjaa hyvään keskusteluun.
"Työryhmän kesken jaetaan se potilaasta saatu tieto siitä väkivaltariskistä ja se tulee puheeksi."	Tieto väkivaltariskistä lisääntyy ja se tulee puheeksi.
"Ja sitte se tukee raportoitua lääkärille."	Tieto väkivaltariskistä menee lääkärille.
"Jos ei oo ollu vuoros vähää aikaa tai on joku ulkopuolinen, niin tulee tietoo mahdollisesta riskipotilaasta."	Väkivaltariski tulee niidenkin hoitajien tietoon, jotka eivät tunne potilasta.
"Se konkretisoi kaikille, että kyseessä on väkivaltainen potilas. Kylhän sen pitäs herättää kaikki."	Tieto väkivaltaisesta potilaasta konkretisoituu.
"Tulee kuitenkin hyödyllisempää tietoa – ihan faktaa."	Mittarin avulla tulee faktatietoa.
"Mut siilloin se työryhmä varmaan tarkkailis ja kiinnittäis huomioo, kun sitä DASAA tehtäis."	Työryhmän potilaaseen kohdistama tarkkailu tehostuu.
"Alkaa huomioimaan ja seuraamaan käyttäytymistä, eleitä, ilmeitä ja asenteita."	Seurataan käyttäytymistä, eleitä, ilmeitä ja asenteita.
"Kun näkee muutoksen, niin pystyy just suoraan puhumaan potilaan kanssa."	Vuorovaikutus potilaan kanssa lisääntyy.
"Dasan myötä on sit kiinnitetty enemmän huomiota joihinkin tiettyihin asioihin."	Huomio kiinnittyy tiettyihin asioihin.
"Ku ei se kuitenkaan sitte vie ajallisesti kauan."	Mittari on nopea täyttää.
"Ei se kauaa vie se DASAn täyttäminen. Siinä päiväraportilla varmaan viisi minuuttia."	Täyttäminen vie viisi minuuttia.
"Riittävän tavallaan sillee lyhyt."	Mittari on riittävän lyhyt.
"Siinähan on selkeesti laitettu ne kriteerit."	Mittarissa on selkeät kriteerit.
"Ei jää kauheasti tulkinnanvaraa."	Mittari ei jätä tulkinnanvaraa.
"Selkeä paketti ja semmonen aika sillai yksinkertainen."	Mittari on selkeä ja yksinkertainen.
"Helppo, en usko et se on niin työllistävä."	Mittari on helppo eikä työllistä liikaa.
"Riittävän tavallaan sillee lyhyt ja simppele siihen tarkoitukseen mihin se on kehitelty."	Mittari on lyhyt ja yksinkertainen keino arvioida väkivaltariskiä.