

Opinnäytetyö (YAMK)

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

2020

Mikko Korte

TURVATILAMALLIN KEHITTÄMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTO



Mikko Korte

TURVATILAMALLIN KEHITTÄMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTO

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suoritettavien mielenterveyslain mukaisten tahdonvastaisten toimenpiteiden yhteydessä on suuri riski työ- ja potilasturvallisuuden vaarantumiselle esimerkiksi potilaan henkilökuntaan kohdistaman väkivallan muodossa. Työssä kohdattu väkivalta ja sen riski ovat kriittisiä heikentäviä tekijöitä psykiatrialla työskentelevän hoitohenkilökunnan fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sovellettavilla hoidollisilla interventioilla, kuten vuorovaikutuksen lisäämisellä tai yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisellä, on merkittävä vaikutus tahdonvastaisten toimenpiteiden määrään ja siten myös työ- ja potilasturvallisuuteen.

Kehittämiprojektin tarkoitus oli määrittää ja mallintaa toiminta- ja hoitomalleja, joilla pystytään turvallisesti hoitamaan vaikeasti oireilevia potilaita akuuttipsykiatrisessa hoitoympäristössä. Tällaisia toiminta- ja hoitomalleja ovat esimerkiksi väkivaltariskin arviointiin käytetty arviointimittari Brøset Violence Checklist, jolla voidaan luotettavasti arvioida potilaan riskiä väkivaltaiselle käyttäytymiselle, ja psykiatrisen hoitotyön tarpeisiin kehitetty hoitajan terapeutista vuorovaikutusta tukeva hoito-ohje.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli edistää ja kouluttaa turvallisia toiminta- ja hoitomalleja projektiin osallistuvien yksiköiden turvatilojen pilottikokeilua varten. Kehittämiprojektin tuotoksena kehitettiin kirjallinen turvatilamalli, jossa ohjeistetaan turvatilassa suoritettavaa käytännön päivittäistä psykiatrista hoitotyötä, ja kuvaillaan työ- ja potilasturvallisuutta edistäviä toiminta- ja hoitomalleja. Turvatilamallia soveltamalla pystytään edistämään henkilökunnan ja potilaiden välistä vuorovaikutusta, parantamaan potilaiden yksilöllisen hoidon suunnittelua, ja vähentämään psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suoritettavia tahdonvastaisia toimenpiteitä.

ASIASANAT:

psykiatria, hoitotyö, osaamisen kehittäminen, työturvallisuus

Mikko Korte

SAFETY CELL MODEL – DEVELOPMENT AND INTRODUCTION

Coercive measures in acute psychiatric setting are significant risk factors what comes to occupational hazards, such as verbal or physical violence, towards mental health professionals. Occupational risks and violent incidents have lowering impact to both mental and physical well-being of mental health professionals. Certain interventions and action models, such as increased interaction between the staff and patient, or introducing an individual crisis plan for the patient, can have positive impact to the usage of coercive measures, and therefore to occupational- and patientsafety.

The purpose of the development project was to identify and introduce interventions and action models, which can be used in treating patients with challenging behavior in acute psychiatric setting. Such interventions are for example Brøset Violence Checklist, that can be used in assessing the acute risk of violent behavior, and a specially developed guideline for psychiatric nursing staff, that promotes therapeutic interaction between staff and the patient.

The aim of the development project was to promote and introduce safe interventions and action models to the participating acute psychiatric wards concerning their safety cell pilot study. As a product of the development project, a written safety cell model was developed, which instructs daily psychiatric nursing routines taking place in the safety cells during the pilot study, and describes interventions and action models that promote occupational- and patientsafety. Introducing safety cell model can increase interaction between the staff and the patients, improve individual patient treatment plans, and decrease the number of coercive measures needed in acute psychiatric setting.

KEYWORDS:

psychiatry, nursing, competence development, occupational safety

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Kehittämiprojektin tausta, tarve ja toimeksiantaja	6
2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	7
2.3 Kehittämiprojektin toimintaympäristö	7
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	9
3 TURVATILAMALLIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	13
3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	13
3.2 High and Intensive Care-malli	14
3.3 Brøset Violence Checklist (BVC)	15
3.4 Pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa	16
3.5 Terapeuttisen vuorovaikutuksen malli	19
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT	21
5 TURVATILAMALLI	23
6 TURVATILAMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO	24
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	25
7.1 Tuotoksen merkitys	25
7.2 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus	27
7.3 Jatkokehittämisaiheet	28
7.4 Kehittämiprojektin kokonaisarviointi	30
LÄHTEET	37
LIITTEET	40
LIITE 1 – Brøset Violence Checklist	40
LIITE 2 – Turvatilamalli	42
LIITE 3 – Sovellettu SWOT-nelikenttä	49

1 JOHDANTO

Tämän kehittämisprojektin keskiössä oli haastavasti käyttäytyvien akuuttipsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden hoidon kehittäminen ja akuuttipsykiatrisen hoitoympäristön työ- ja potilasturvallisuuden kehittäminen. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa suoritettavien mielenterveyslain mukaisten tahdonvastaisten toimenpiteiden yhteydessä on suuri riski työ- ja potilasturvallisuuden vaarantumiselle esimerkiksi potilaan henkilökuntaan kohdistaman väkivallan muodossa. Työssä kohdattu väkivalta ja sen riski ovat kriittisiä heikentäviä tekijöitä psykiatrialla työskentelevän hoitohenkilökunnan fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sovellettavilla hoidollisilla interventioilla, kuten vuorovaikutuksen lisäämisellä tai yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisellä on merkittävä vaikutus tahdonvastaisten toimenpiteiden määrään ja siten myös työ- ja potilasturvallisuuteen. (Lantta 2016, 51, 72; Lantta ym. 2016; Tuovinen 2018, 33-34; Lahti ym. 2018, 54-59.)

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena kehitettiin turvatilamalli, jonka avulla pyritään edistämään haastavasti käyttäytyvien potilaiden hoidon vuorovaikutuksellisuutta huomioiden samalla työ- ja potilasturvallisuuteen liittyvät haasteet, sekä parantamaan yksiköissä tehtävää väkivaltariskin arviointia.

Kehittämisprojektin raportissa kuvataan kehittämisprojektin lähtökohdat, turvatilamallin kehittämisen ja käyttöön oton prosessi, turvatilamallin taustalla olevat keskeinen teoreettinen viitekehys ja turvatilamallin sisältö. Lisäksi arvioidaan turvatilamallin soveltuvuutta toimeksiantajan käyttöön ja sen jatkokehittämismahdollisuuksia. Kehittämisprojekti toteutui syksyn 2018 ja kevään 2020 välillä, sen tuotoksena syntynyt turvatilamallia koulutettiin toimeksiantajan yksiköissä kehittämisprojektin turvatilapilotoinnin puitteissa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tausta, tarve ja toimeksiantaja

Eriasteisista mielenterveysterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita tulisi hoitaa parhaan mahdollisen näytön ja käytäntöjen pohjalta (World Health Organization 2015). Suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa hoidettiin vuonna 2017 lähes 200 000 potilasta, joista vuodeosastojaksoja oli lähes 38 000. Tahdonvastaisten hoitotoimien kohteeksi joutui 4 912 eri hoitajakson puitteissa 4 026 eri potilasta. Kaikkiaan tahdonvastaisia toimenpiteitä tehtiin 11 478, joista yli 1 000 oli mielenterveyslaissa määriteltyjä huone-eristyksiä. Tahdonvastaisten toimenpiteiden määrä on kriittinen, sillä niiden yhteydessä on suuri riski työ- ja potilasturvallisuuden vaarantumiselle esimerkiksi potilaan henkilökuntaan kohdistaman väkivallan muodossa. Työssä kohdattu väkivalta ja sen riski ovat kriittisiä heikentäviä tekijöitä psykiatrialla työskentelevän hoitohenkilökunnan fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Oikeuspsykiatrian erikoisalalla tehdyn väitöstutkimuksen (Tuovinen 2018) mukaan hoidollisilla interventioilla, kuten vuorovaikutuksen lisäämisellä tai yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisellä on merkittävä vaikutus tahdonvastaisten toimenpiteiden määrään ja siten myös työ- ja potilasturvallisuuteen. Jotta psykiatria pystyisi erikoisalana kilpailemaan osaavasta työvoimasta myös tulevaisuudessa, on tärkeää kiinnittää huomiota psykiatriseen hoitoympäristöön ja hoidollisiin interventioihin, joilla potilaan väkivaltaista käytöstä pyritään ennakkoimaan ja estämään. (Lantta 2016, 51, 72; Lantta ym. 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018; Estryn-Behar ym. 2008, 107-114; Tuovinen 2018, 33-34; Lahti ym. 2018, 54-59.)

Kehittämiprojektin toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) psykiatrian toimialueen (Tyks psykiatria) psykoosien hoidon vastuualue, jolla hoidetaan sekä akuuttia, että kuntouttavaa hoitoa vaativia potilaita. Vastuualue muodostuu avohoidon palveluista ja vuodeosastoista, se on yksi Tyks psykiatrian kaikkiaan kahdeksasta vastuualueesta.

2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoitus oli määrittää ja mallintaa toiminta- ja hoitomalleja, joilla pystytään turvallisesti hoitamaan vaikeasti oireilevia potilaita akuuttipsykiatrisessa hoitoympäristössä. Kehittämiprojektin tavoitteena oli edistää ja kouluttaa turvallisia toiminta- ja hoitomalleja projektiin osallistuvien yksiköiden turvatilojen pilottikokeilua varten.

Tällaisia toiminta- ja hoitomalleja ovat esimerkiksi väkivaltariskin arviointiin käytetty arviointimittari Broset Violence Checklist (BVC, Liite 1), jolla voidaan luotettavasti arvioida potilaan riskiä väkivaltaiselle käyttäytymiselle, ja EriTurva-hankkeessa kehitetty hoitajan terapeutista vuorovaikutusta tukeva hoito-ohje. (Almvik 2008; Lahti ym. 2018, 77-79.)

Kehittämiprojektin tuotoksena oli kirjallinen turvatilamalli, joka kuvataan kappaleessa 5. Turvatilamallin sisältö koulutettiin pilotointiin osallistuvien yksiköiden henkilökunnalle kehittämiprojektin aikana. Toimintamallissa kuvataan turvatilassa suoritettavaa käytännön päivittäistä hoitotyötä sekä työ- ja potilasturvallisuutta edistäviä toiminta- ja hoitomalleja.

2.3 Kehittämiprojektin toimintaympäristö

Kehittämiprojektiin liittyvässä turvatilapilotoinnissa olivat mukana toimeksiantajan osastot P1 Kupittaa sairaalasta ja P2 Halikon sairaalasta. Molemmat osastot ovat suljettuja akuuttivastaanotto-osastoja, jotka hoitavat niin vapaaehtoisessa, kuin tahdonvastaisessakin hoidossa olevia potilaita. Yksiköiden henkilöstö koostuu lääkäreistä, hoitotyön ammattilaisista, erityistyöntekijöistä, kuten psykologeista, sosiaalityöntekijöistä ja toimintaterapeuteista, sekä laitoshuoltajista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a.)

VSSH on suunnittelemaan uuden psykiatrian sairaalan rakentamista Turkuun. Uuden sairaalan suunniteltu valmistumisajankohta on 2024. Uudisrakennukseen on tarkoitus sijoittaa

psykiatrian toimialueen akuutit vastaanotto-osastot, jotka sisältävät useita turvasolu-osastoja. Turvasolu tarkoittaa erillistä tilaa, jossa pystytään tarkoituksenmukaisesti hoitamaan eri syistä haastavasti käyttäytyviä potilaita ja tarvittaessa soveltamaan mielen-terveyslain määrittelemiä tahdonvastaisia toimenpiteitä.

Kehittämiprojektin taustahankkeen puitteissa pilotointiin osallistuville toimeksiantajan kahdelle osastolle rakennettiin turvatilat, joissa mallinnettiin ja kokeiltiin tämän kehittämiprojektin puitteissa kehiteltäviä toiminta- ja hoitomalleja. Turvatilojen käyttöönotto liittyi osaltaan VSSHP:n strategiaan tavoitteisiin vuosille 2019-2020, tällaisia tavoitteita ovat osaamisen ja palveluiden kehittäminen toimimalla yhteistyöverkostoissa, henkilöstön työssäjaksamisen turvaaminen, sekä potilaan hoitoon osallistumisen ja asiakaskokemuksen huomiointi. (VSSHP 2019b.)

Kehittämiprojekti liittyi VSSHP:n, Turun Yliopiston ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteiseen, Työsuojelurahaston rahoittamaan, vuosina 2019-2021 toteutettavaan TurvaSiipi-hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatriassa sairaalassa-hankkeeseen. Projektipäällikkönä toimi Turun Ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija, joka työskentelee VSSHP:n psykiatrian toimialueen riippuvuuspsykiatrian vastuualueella osastonhoitajan sijaisuuksissa. Tutoropettajana toimi Turun Ammattikorkeakoulun yliopettaja ja työelämämentorina VSSHP:n psykiatrian toimialueella työskentelevä osastonhoitaja. Kehittämiprojektin käytännön toimintaa ohjasivat projektiryhmä ja ohjausryhmä. Projektiryhmän muodostivat toinen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija, jonka kehittämiprojekti liittyy TurvaSiipi-hankkeeseen, ja pilotointiin osallistuvien yksiköiden osastonhoitajat. Ohjausryhmään kuuluivat tutoropettajan ja työelämämentorin lisäksi Tyks psykiatrian psykoosien hoidon vastuualueen vastuualuejohtaja, ylihoitaja, hallinnollinen osastonhoitaja ja uuden psykiatrian sairaalan suunnittelusta vastaava projektipäällikkö. Kehittämiprojektin käytännön toteutusta suunniteltiin yhdessä projektityöryhmän kanssa. Ohjausryhmä varmisti, että kehittämiprojektissa huomioitiin organisaation näkemykset ja tavoitteet, ja että kehittämiprojektissa toteutuivat käytännön toteutukseen liittyvät mahdolliset reunaehdot esimerkiksi yksiköiden resursointiin tai muuhun toimintaan liittyen.

2.4 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämisprojektin eteneminen on kuvattu erillisessä taulukossa (Taulukko 1). Kehittämisprojekti käynnistyi tapaamisilla toimeksiantajan kanssa, mikä tässä yhteydessä tarkoittaa Tyks psykiatrian turvasolukonseptityöryhmää, josta tuli kehittämisprojektin ohjausryhmä. Turvasolukonseptityöryhmä vastasi psykiatrialle suunnitellun uudisrakennuksen turvasolutilojen toiminnallisesta suunnittelusta ja tilasuunnittelusta. Siihen kuului työryhmää johtanut uudisrakennushankkeen projektipäällikkö, uudisrakennushankkeen vastaava sairaalasuunnittelija, kaksi kokemusasiantuntijaa, psykoosin hoidon vastuualuejohtaja, edellämainitun vastuualueen ylihoitaja ja hallinnollinen osastonhoitaja, kaksi osastonhoitajaa riippuvuuspsykiatrialta ja psykoosien hoidon kuntoutusosastolta, sekä hoitotyöntekijöitä psykoosien hoidon, riippuvuuspsykiatrian, vanhuspsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja akuuttipsykiatrian vastuualueilta.

Kehittämisprojektin suunnitteluvaiheen tavoite oli tutustua turvatilapilotointiin osallistuviin yksiköihin, aloittaa kehittämisprojektin kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku ja näiden pohjalta aloittaa turvatilamallin sisällön suunnittelu. Ohjausryhmän ja toisen TurvaSiipi-taustahankkeessa työskennelleen projektipäällikön kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta laadittiin projektisuunnitelma ja valittiin menetelmät (dialogiin perustuvat työpajat, valmentava työote), joilla kehittämisprojektin suunnitteluvaihetta vietiin eteenpäin. Projektipäällikkö teki yhdessä toisen TurvaSiipi-taustahankkeessa työskentelevän projektipäällikön kanssa orientoivat vierailut turvatilapilotointiin osallistuviin yksiköihin marraskuussa 2018, ja aloitti tiedonhaun prosessin kehittämisprojektin kirjallisuuskatsausta varten. Näiden pohjalta – suunnitteluvaiheen tuotoksena – laadittiin ensimmäinen luonnosversio turvatilapilotoinnissa käytettävästä turvatilamallista.

Kehittämisprojektin toteutusvaihe käynnistyi kehittämisprojektin suunnitelman valmistuttua, sen tavoitteena oli viimeistellä kehittämisprojektin kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku, tunnistaa turvatilamallissa tarvittavia keskeisiä sisältöjä, ja näiden pohjalta viedä turvatilamallia eteenpäin. Turvatilamallin laadinnassa oleelliseksi osa-alueeksi katsottiin pilotointiin osallistuvien yksiköiden henkilöstön osallistaminen toimintamallin kehittämiseen. Kehittämisprojektin työpajoja järjestettiin molemmissa yksiköissä kaksi joulukuussa 2018. Työpajat alustettiin esittelyllä Hollannissa sijaitsevan Tilburgin psykiatrisen

sairaalan turvasolusta. Työpajoihin kutsuttiin osastojen eri ammattiryhmien lisäksi kokemusasiantuntijoita. Työpajatyöskentelyn vetäneet projektipäälliköt laativat pidettyjen työpajojen, ohjausryhmän näkemysten ja teoreettisen taustamateriaalin pohjalta suunnitelluun vaiheeseen jälkeen päivitetyn luonnoksen turvatilamallista, joka esiteltiin toukokuussa 2019 yksiköiden henkilökunnille. Esittelyiden yhteydessä turvatilamallin sisällöstä käytiin edelleen keskustelua ja otettiin vastaan kehittämissuhteita, joiden pohjalta turvatilamallia päivitettiin edelleen.

Syksyllä 2019 suunniteltiin ja toteutettiin kuusi koulutusvideota tukemaan Brøset Violence Checklist (BVC)-väkivaltariskin arviointimittarin menetelmäkoulutusta, jotka toteutettiin turvatilatoimintamallin koulutusten yhteydessä. Projektipäällikkö suunnitteli ja toteutti koulutusvideot yhdessä toisen taustahankkeessa työskentelevän projektipäällikön kanssa. Tehdyt suunnitelmat hyväksyttiin projektin ohjausryhmällä, koulutusvideot kuvattiin Halikon sairaalan käytöstä poistetulla osastolla, videoissa esiintyi kuusi Tyks psykiatrian hoitotyöntekijää. Videoilla kuvataan kuusi erilaista kuvitteellista psykiatrisen hoitotyön tilannetta, joiden pohjalta koulutukseen osallistuvien tehtävä on arvioida kuhunkin tilanteeseen liittyvää väkivallan riskiä BVC-väkivaltariskin arviointimittarin avulla.

Kehittämishankkeen toteutusvaiheen tuotoksena syntyivät turvatilamallin viimeistely, koulutettava versio, sekä BVC-mittarin menetelmäkoulutuksiin suunnitellut videot. Turvatilamallin menetelmäkoulutukset TurvaSiipi-hankkeen osastoille aloitettiin lokakuussa 2019 ja niitä toteutettiin yhteensä yhdeksän kappaletta yhden koulutuksen ollessa kestoaltaan kaksi tuntia. Koulutuksiin osallistui ensisijaisesti yksiköiden hoitohenkilökuntaa, mutta myös muiden ammattiryhmien edustajia. Kaikkiaan koulutusten puitteissa koulutettiin 84 hoitohenkilökunnan edustajaa (sairaanhoitajia, lähihoitajia ja mielenterveyshoitajia) ja kuusi lääkäriä, lisäksi kahteen koulutukseen osallistui hallinnollinen esimies (muukaan lukien projektipäällikön mentori), kokemusasiantuntija oli mukana niinkään kahdessa koulutuksessa. Koulutus sisälsi turvatilamallin läpikäymisen lisäksi osiot BVC-mittarin käytöstä ja EriTurva-hankkeen tuotoksena kehitetystä turvallisen vuorovaikutuksen mallista. Projektipäällikön lisäksi koulutusten vetämiseen osallistui neljä muuta taustahankkeessa työskentelevää henkilöä.

Kehittämiprojektin TurvaSiipi-taustahanke alkoi 1.9.2019 ja jatkuu 31.8.2021 asti. Kehittämiprojektin tuotoksena laaditun turvatilamallin pilottikokeilu aloitettiin osallistuvissa yksiköissä 8.1.2020, pilotointi jatkuu kymmenen kuukauden ajan.

Kehittämiprojektin arviointivaiheessa tavoitteena oli kerätä turvatilapilotointiin osallistuvien yksiköiden henkilöstöltä kokemuksia ja palautetta turvatilamallin kehittämisprosessin ja koulutusten toimivuuteen ja onnistumiseen liittyen. Turvatilapilotointiin osallistuvissa yksiköissä suoritettiin turvatilamallin arviointi sovelletulla SWOT-menetelmällä turvatilapilotoinnin käynnistyttyä huhtikuussa 2020. Lisäksi käytiin palautekeskustelu toimeksiantajaa edustaneen kehittämiprojektin ohjausryhmän (Tyks psykiatrian psykoosin hoidon vastuualueen johto) kanssa. Kehittämiprojektin arviointivaiheen tuotoksena syntyi tässä raportissa kuvattu kehittämiprojektin kokonaisarviointi.

Taulukko 1. Kehittämisprojektin aikataulu.

LOKA-JOULUKUU 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Psykiatrian uudisrakennuksen turvasolukonseptityöryhmän (ohjausryhmän) tapaamiset 8.10 ja 22.11 - Kehittämisprojektin ideointivaihe - Tiedonhaun suunnittelu ja aloittaminen - Orientoivat vierailut pilottiyksiköihin ja alustava tilakatselmus 20.11 (P1), 27.11 (P2), 28.11 (P1), 11.12 (P1) ja 19.12 (P2) - Toimintamallin luonnosversio ohjausryhmälle
TAMMI-KESÄKUU 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Kehittämisprojektin tiedonhaku valmis - Työpajavierailut pilottiyksiköihin 9.1 (P2), 17.1 (P1), 5.2 (P1) ja 6.2 (P2) - Projektin suunnitelmaseminaari huhtikuussa 2019 - Projektin tuotoksen (turvatilamalli) versio 1 valmis, esittely pilottiyksiköiden henkilöstölle 16.5 (P2), 17.5 (P1), 24.5 (P2) ja 19.6 (P1) - Psykiatrian uudisrakennuksen turvasolukonseptityöryhmän (ohjausryhmän) tapaamiset 7.1, 31.1, 7.3, 2.4, 30.4 ja 29.4 - Taustahankkeen projektiryhmän kokoaminen
ELO-JOULUKUU 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Toimintamallin materiaali viimeistelty - Taustahankkeen projektiryhmän tapaamiset 27.8, 9.9, 30.9, 4.11 ja 9.12 - BVC-koulutusvideoiden suunnittelu (29.8) ja toteutus (3.9) - Toimintamallin ja BVC-mittarin menetelmäkoulutukset hankeosastoilla valmentavalla otteella 17.10 (R1), 28.10 (R1/P3), 29.10 (P1), 30.10 (P2), 1.11 (R1/P3), 8.11 (P1) ja 19.12 (yhteinen), (29.1.2020 yhteinen) - Kehittämisprojektin väliseminaari 10.12.2019 taustahankkeen projektiryhmän kanssa
TAMMI-HUHTIKUU 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Turvatilapilotoinnin käynnistäminen osastoilla 8.1.2020 - SWOT-arviointikeskustelu osallistuvilla osastoilla 31.3.2020 ja 1.4.2020 - Toimintamallin koulutusten onnistumisen arviointi taustahankkeen projektiryhmän tapaamisten yhteydessä 20.1, 10.2 ja 7.4 - Palautekeskustelu kehittämisprojektin ohjausryhmän kanssa 3.3.2020 - Kehittämisprojektin raportin valmistuminen huhtikuussa 2020 - Kehittämisprojektin raporttiseminaari 21.4.2020 ja TALK-seminaari 12.5.2020

3 TURVATILAMALLIN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys muodostui tutkimuskysymysten pohjalta tehdystä kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta. Teoreettisen viitekehyksen aineistoa valitessa on oleellista valitun aineiston relevanssi ja sen tarjoaman tiedon suhde muuhun ilmiötä käsittelevään tutkimustietoon, ja miten valittu aineisto vastaa esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja kehittämiprojektin tarpeisiin. Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineisto muodostuu aiemmin julkaistusta, aihetta koskevasta tutkimustiedosta, ja tiedonhaku on suoritettu pääasiallisesti elektronisista lähteistä tai manuaalisella haulla. Tutkimuskysymyksiin vastaamiseen tähtäävässä tiedonhaun sisällön arvioinnissa ja analyysissä on pyritty synteesiin, joka edellyttää aineiston syvällistä tuntemusta (Hirsjärvi ym. 2009, 121; Kangasniemi ym. 2013, 296-297).

Kehittämiprojektin tiedonhaun aineiston rungon voi muodostaa yksi tai useampi päälähte, joita tarpeen mukaan täydennetään, täsmennetään tai kritisoidaan. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.) Kehittämiprojektin ja sen teoreettisen viitekehyksen kaksi keskeistä päälähdettä ovat Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) työpaperi 35/2016 Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatriassa (Makkonen ym. 2016) ja EriTurva-konsortiohankkeen tuloksia ja hoitohenkilökunnan työturvallisuutta edistämään tarkoitettua terapeuttisen vuorovaikutuksen työtapaa kuvaava raportti Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana (Lahti ym. 2018).

THL:n työpaperi 35/2016 on tarkoitettu kansalliseksi suositukseksi psykiatrisen hoidon kehittämisen ja hoidossa tapahtuvan pakon käytön vähentämiseksi, ja erityisesti työpaperissa kuvatut pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa ja väkivaltaisen käyttäytymisen riskin arviointiin käytettävät arviointimittarit näyttäytyvät kehittämiprojektin kannalta keskeisinä tieteelliseen näyttöön, sekä kliniseen kokemukseen perustuvina pakon käytön vähentämisen työkaluina. (Makkonen ym. 2016, 18–22.)

Kehittämiprojektin taustahanketta edelsi vuosina 2016–2018 toteutettu Turun Ammatti-
korkeakoulun, Turun Yliopiston ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kellokos-
ken sairaalan konsortiohanke EriTurva – hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan
huone- ja sidontaeristykseen aikana. Kehittämiprojektin taustalla toteutuva TurvaSiipi-
hanke jatkaa EriTurva-hankkeessa esiin nousseiden jatkokehittämisaiheiden parissa
muun muassa hoitohenkilökunnan kouluttamisen, turvallisuutta lisäävien ja hoidon ai-
kaista potilaisiin kohdistuvaa pakkoa vähentävien työskentelymenetelmien ja psykiatri-
sen hoitoympäristön turvallisuutta lisäävien tekijöiden näkökulmista.

Tämän kehittämiprojektin tiedonhakua ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Millaista näyttöä on High and Intensive Care-mallin vaikutuksista työ- ja potilas-
turvallisuuteen?
2. Millaista näyttöä on Brøset Violence Checklist-väkivaltariskin arviointimittarin vai-
kutuksista työ- ja potilasturvallisuuteen?

3.2 High and Intensive Care-malli

Kehittämiprojektin tuotoksena toimivan toimintamallin kehittelyn yhtenä keskeisenä
kansainvälisenä vertailukohtana on Hollannissa 2010-luvulla kehitetty High and Inten-
sive Care (HIC)-malli ja nimenomaisesti psykiatrisilla osastoilla toteutettavat hoitointer-
ventiot ja hoidon laadun ja sisällön seuranta ja kehittäminen. Hollannissa käynnistettiin
2007 psykiatrisen hoidon pakon käytön vähentämiseen tähtäävä kansallinen toimenpi-
deohjelma, ja vuonna 2012 Eindhoveniin perustettiin ensimmäinen High and Intensive
Care Centre. Kansallisissa osaamiskeskuksissa vuosina 2012–2014 kehitettyä HIC-mal-
lia ja sen implementointiin kehitettyä HIC Monitoria on tutkittu psykiatrisessa hoitoympä-
ristössä ja sen on todettu vähentävän tahdonvastaisten toimenpiteiden määrää sekä hoi-
don kustannuksia. HIC-mallia käyttöön otettaessa huomioidaan hoitoympäristön suun-
nittelu yksikön perustehtävää palvelevaksi, avo- ja osastohoidon saatavuuden ja hoidon

laadun kehittäminen, vaihtoehtoisten tahdonvastaisia toimenpiteitä ennaltaehkäisevien toimintamallien, kuten esimerkiksi vuorovaikutuksen lisääminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä, käytön lisääminen, sekä uhkaavan ja aggressiivisen toiminnan riskin arviointi strukturoidusti ja laadukkaasti. (Almvik ym. 2000; Van de Sande ym. 2013; Van Mierlo ym. 2014; Bierbooms ym. 2017; Van Melle ym. 2018.)

3.3 Brøset Violence Checklist (BVC)

Riski väkivaltaiseen käytökseen ja toimintaan ovat sidoksissa moniin yksilön henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten elämäntaustaan, persoonallisuuden piirteisiin ja psykologisiin ominaisuuksiin. Väkivaltaisen toiminnan ennakointi on haastavaa sekä käytännössä, että eettisesti, koska väkivaltaiseksi leimaantuminen voi vaikuttaa voimakkaasti yksilön saamaan kohteluun ja hoitoon. (Eronen ym. 2007.) Brøset Violence Checklist (BVC) (Liite 1) on norjalaisen Roger Almvikin kehittäämä 6-kohtainen välittömän väkivaltariskin arviointimittari, jolla pyritään arvioimaan tutkittavan henkilön riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen seuraavan 24 tunnin aikana. Mittarin kehittämisen lähtökohtana on ajatus, että väkivaltaista käytöstä ennakoivat tietyt toimintatavat, joita seuraamalla ja tunnistamalla väkivaltaista käytöstä pystytään ennakoimaan. (Almvik 2008, 47–48.) BVC-mittaria on testattu ympäri maailmaa erityyppisissä psykiatrisissa hoitoympäristöissä, ja sen vaikuttavuudesta ja soveltamisen tuloksista on laadittu useita tieteellisiä artikkeleita ja opinnäytteitä. (Almvik 2008, 50–51; Abderhalden 2008, 91–120; Lantta 2016, 31.)

BVC-mittarissa huomioidaan seuraavat osa-alueet: sekavuus, ärtyisyys, riehakkuus, sanalliset uhkaukset, fyysinen uhkaavuus ja esineiden kohdistuva aggressio. Jokainen kohta arvioidaan asteikolla 0-1, mittarin kokonaispistemäärän ollessa kuusi pistettä. BVC-mittarista saatujen pisteiden on todettu korreloivan väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyyden kanssa, ja mittari on todettu toimivaksi työkaluksi väkivaltaisen käyttäytymisen ennustamisessa. Mittarin pisteiden tulkinnassa ja väkivaltaisen toiminnan ennustamisessa on kuitenkin omat haasteensa, ja mittari tulisikin nähdä osana psykiatrisen potilaan hoidon tarpeen arviointia, eikä hoidollisia päätöksiä esimerkiksi potilaan

toiminnan rajoittamisen suhteen tulisi tehdä pelkästään yhden arviointimenetelmän perusteella. (Almvik ym. 2000; Almvik 2008, 64-65; Abderhalden 2008, 100-101; Sarver ym 2019.) BVC-mittarin ehdottomana vahvuutena voidaan kuitenkin nähdä selkeys ja helpokäyttöisyys, mittarin käytön kouluttaminen on nopeaa, eikä arvioitavien kohteiden suppeuden ole todettu suoraan vaikuttavan mittarin luotettavuuteen verrattuna laajempiin väkivaltariskin arviointimittareihin. (Almvik 2008, 64–67; Abderhalden 2008, 105–120.)

3.4 Pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) työpaperissa Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa (Makkonen ym. 2016) mainitaan pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa (Six Core Strategies), joita on kehitelty ja jalkautettu kansallisena hankkeena useissa Yhdysvaltain osavaltioissa vuosituhanteen vaihteesta alkaen. Yhdysvaltojen lisäksi kuutta ydinstrategiaa on sovellettu ja tuotu käytäntöön muun muassa Australiassa, Yhdistyneissä Kuningaskunnissa ja Suomessa. Kuuden ydinstrategian osiot ovat: johtajuus, tieto ohjaamaan käytäntöä, henkilöstön kehittäminen, ennaltaehkäisytyökalujen käyttö, potilaiden roolin huomiointi, ja erilaisten riskitilanteiden jälkeen pidettävä jälkipalaveri. Kuuden ydinstrategian vaikuttavuudesta pakon käytön vähentämisessä on kertynyt positiivista näyttöä Suomessa ja kansainvälisesti. (Huckshorn 2004; Putkonen ym. 2013; LeBel ym. 2014.)

Johtajuus kuvautuu strategioista merkittävimpanä, ylemmän johdon määrätietoinen, jatkuva osallistuminen pakkokeinojen vähentämiseen sekä tapahtumien ja tulosten seurantaan näyttäytyy merkittävä sekä toiminnan laadun paranemisen, että esimiesten ja potilastyössä toimivan henkilökunnan kokemusten näkökulmista (Huckshorn 2014; Lantta ym. 2016). Organisaation johdon tehtävä on laatia visio toivotusta toiminnan kehittämisestä, mahdollistaa muutos omalta osaltaan, tukea henkilöstön vastuunottoa ja osaamisen kehittämistä, ja seurata tehtävien toimenpiteiden vaikuttavuutta. Visiota ja käytännön kehittämistoimenpiteitä suunnitellessa tulisi huomioida kehittämistoiminnan moniammatillisuus, pakon käytön riskitilanteita ennakoivat ja ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja toiminnan laadun jatkuva parannus (Makkonen ym. 2016, 18.)

Johtamisen merkitystä voidaan tarkastella myös työturvallisuuden kautta, jonka keskeisenä perusteena on työhyvinvointi, jolla taas tarkoitetaan turvallista, terveellistä, ja tuotavaa työskentelyä, jota tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa työskentelevät ammattitaitoiset työntekijät (Työterveyskeskus 2018; Työterveyslaitos 2018). Sosiaali- ja terveysministeriön 2011 julkaisemassa oppaassa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johdolle ja turvallisuussuunnittelijoille todetaan, että mahdollisten riskien hallinta ja turvallisuussuunnittelu ovat keskeinen osa johtamista siten, että ylin johto vastaa riskien hallinnasta, turvallisuussuunnittelusta ja toimenpiteiden arvioinnista strategisella tasolla, ja operatiivinen johto päivittäisten toimintojen tasolla (STM 2011).

Systemaattinen pakon käytön vähentäminen edellyttää riittävää tietoa organisaation nykytilasta, ja tämän tiedon tulee ohjata käytännön kehittämistyötä. Riittävän tilastollisen tiedon ja tunnuslukujen lisäksi organisaation johdolla pitää olla analyttistä osaamista ja kyvykkyyttä asettaa tavoitteita ja seurata niiden saavuttamista. Rajoittamistoimista ja niihin mahdollisesti vaikuttavista organisaatioon, henkilökuntaan tai potilaisiin liittyvistä olosuhteista pitää olla saatavilla riittävästi tietoa. (Huckshorn 2004; Makkonen ym. 2016, 18.)

Henkilöstön kehittämisellä pyritään ensisijaisesti luomaan vähemmän pakottava ja konfliktteja luova ympäristö, jossa potilaille on tarjolla riittävästi toiminnallisia ja hoidollisia vaihtoehtoja, ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kajoavat rajoittamistoimenpiteet olisivat viimeinen keino ratkaista haastava tilanne. Lisäksi henkilöstön rajoittamistoimenpiteisiin liittyvä koulutus voi olla hyvin puutteellista, joka johtaa eri sairaaloiden ja jopa saman sairaalan eri yksiköiden välisiin eroihin toimintamalleissa- ja käytännöissä, yhte näisten toimintatapojen luominen olisikin hyvin tärkeää. Henkilökunnan riittävän tiedon ja osaamisen varmistamiseksi osaamisen kehittäminen tulisi nähdä jatkuvana prosessina, joka sisältää riittävästi vuorovaikutusta, mentorointia ja seuranta. (Huckshorn 2004; Lantta ym. 2016; Lahti ym. 2018, 83; Makkonen ym. 2016, 18-19.)

Ennaltaehkäisytyökaluja on tarkoituksenmukaista integroida osaksi hoitavan tahon toimintoja ja potilaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Tällaisia ennaltaehkäisytyökaluja ovat muun muassa erilaiset kliiniseen voimnin arvioon liittyvät mittarit ja potilaan

terveydentilaa ja henkilöhistoriaa kartoittavat työkalut, potilaan kanssa täytettävä kriisisuunnitelma (hoitotahto) tai itsehillintää ja tunnesäätelyä kehittävät hoidot. Osa ennaltaehkäisytyökaluista voi olla myös hoitoympäristöön liittyviä, kuten yksiköissä sijoitettavat rentoutumishuoneet tai erilaiset toiminnallisuuteen ohjaavat ratkaisut. THL:n 2016 julkaistun Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa-työpaperin suosituksista on laadittu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueelle mukailtu ohje, jolla pyritään tuomaan THL:n suosituksia vastaavia ennaltaehkäisytyökaluja osaksi Tyks Psykiatrian osastojen toimintoja. (Huckshorn 2004; Makkonen ym. 2016, 19; Ekelund 2018.)

Potilaiden, heidän läheistensä ja tukihenkilöidensä roolia korostamalla pystytään lisäämään palveluidenkäyttäjien osallisuutta oman hoitonsa ja sitä tuottavan järjestelmän kehittämässä. Esimerkiksi ensipsykoosipotilaiden hoidossa läheisten osallisuuden ja sen edistämisen tulisi olla hoidollisia lähtökohtia, toki potilaiden ja läheisten toiveet ja voimavarat huomioiden. THL:n suosituksen mukaisesti potilaat ja muut oleelliset sidosryhmät tulisi ottaa mukaan erilaisiin rooleihin järjestelmän tasoille tukemaan ja edistämään pakon käytön vähentämistä psykiatrisessa hoidossa. Roolit voisivat liittyä kokemusasiantuntijuuteen esimerkiksi kehittämistoiminnan suorittamisessa ja arvioinnissa, vertaistukipalveluissa tai erilaisiin valtuutetun rooleihin organisaatioiden toimikunnissa. Merkittävien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulisi pyrkiä omalta osaltaan edistämään ja ylläpitämään toimintoja, joilla palveluiden käyttäjät olisivat mukana kehittämässä organisaatioita. (Huckshorn 2004; Kilku 2008, 141; Makkonen ym. 2016, 19.)

Haastavien tilanteiden jälkeen käytävät jälkipalaverit ovat merkittäviä pakon käytön vähentämisen, hoidon laadun ja työhyvinvoinnin näkökulmista. Pakkotoimenpiteiden, väkivaltaisten tapahtumien tai muiden uhkatilanteiden käsittely ohjaa prosesseja ja käytäntöjä, ja osaltaan auttaa ennaltaehkäisemään vastaavien tilanteiden syntyä. Asioiden käsittely voi myös vähentää haastavien tilanteiden aiheuttamaa traumatisoitumista henkilökunnassa, potilaissa ja muissa tilanteissa mahdollisesti osallisina olleissa henkilöissä. Työhyvinvoinnin ja työn hallinnan näkökulmista merkityksellisinä korostuvat välittömästi haastavien tilanteiden jälkeen tehtävät purkukeskustelut, jotka voivat olla joko muodollisesti järjestettyjä, tai pienimuotoisempia keskusteluhetkiä. (Huckshorn 2004; Makkonen ym. 2016, 19; Lahti ym. 2018, 84-85.)

3.5 Terapeuttisen vuorovaikutuksen malli

Vuosina 2016–2018 toteutettiin EriTurva – hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana-konsortiohanke yhteistyössä Turun Ammattikorkeakoulun, Turun Yliopiston ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Kellokosken sairaalan kesken. Hankkeen toteutusta ja tuloksia kuvataan julkaisussa Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana (Lahti ym. 2018), lisäksi hankkeeseen liittyen laadittiin useita opinnäytteitä ja keskeisiä tuloksia kuvattiin vertaisarvioituissa tieteellisissä artikkeleissa. Hankkeen päätavoitteena oli kehittää haastavia huone- ja sidontaeristyksiä varten hoitohenkilökunnalle hyvän terapeuttisen vuorovaikutuksen toimintaohje ja tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä, hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä, joista edelleen on niukasti tieteellistä näyttöä. (Lahti ym. 2018, 6-7.)

Hankkeeseen liittyvä tutkimus oli nelivaiheinen. Ensimmäinen osio muodostui huone- ja sidontaeristykseen liittyviä, hoitohenkilökuntaan kohdistuvia riskitekijöitä kartoittavasta kirjallisuuskatsauksesta, toisessa osiossa kuvattiin potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta eristystilojen turvakameratallenteiden avulla, kolmannessa kerättiin hoitohenkilökunnan ehdotuksia eristämistilanteiden kehittämiseen liittyen ja edelleen kartoitettiin kyseisiin tilanteisiin liittyviä riskejä fokusryhmähaastatteluin, lopuksi laadittiin terapeuttisen vuorovaikutuksen toimintaohje huone- ja sidontaeristystilanteita varten. (Lahti ym. 2018, 20–24.)

Terapeuttista vuorovaikutusta kuvataan empaattisena, aitoa huolta ja huolenpitoa ilmentävänä toimintana ja mielenkiintona potilaaseen ainutkertaisena yksilönä, toimintana se on aktiivista kuuntelemista, ymmärtämistä ja uskomista potilaaseen. (Higgs ym. 2014.) Keskeistä terapeuttisessa vuorovaikutuksessa on tietoisuus, joka voidaan kuvata myös keskitetyksi huomioksi. Tietoisuus mahdollistaa terapeuttisen läsnäolon, jossa hoitava henkilö ”tuo itsensä kokonaan” vuorovaikutustilanteeseen ilman ennako-oletuksia tai tuomitsevaa lähestymistapaa, joka edelleen mahdollistaa sen, että hoidettava kokee tulewansa ymmärretyksi, ja saavutetaan keskinäinen luottamus yhteistyöhön (Brownie ym. 2016).

Terapeuttinen vuorovaikutus sisältää muutakin kuin sanoja, kuten ei-verbaalisen viestinnän, joka sisältää muun muassa ilmeitä, eleitä, kehon kieltä, tarkkaavaista kuuntelua ja huomaavaista hiljaisuutta, sekä muita muuttujia, kuten asennoituminen tilanteeseen, keskinäinen luottamus ja toimintaympäristö (Annoni & Miller 2016). EriTurva-hankkeen kirjallisuuskatsauksessa tunnistettiin seuraavia terapeuttisen vuorovaikutuksen menetelmiä: luottamuksen rakentaminen, potilaan kunnioittava kohtelu, yhdessä tekeminen, potilaan fyysisistä tarpeista huolehtiminen, huumorin käyttäminen vuorovaikutuksessa, vapaamuotoinen keskustelu potilaan kanssa ja hoitajan aika potilaan kanssa. (Lahti ym. 2018, 50–52.)

EriTurva-hankkeen kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että huone- ja sidontaeristystilanteisiin liittyvästä hoitohenkilökuntaan kohdistuvasta väkivallasta on saatavilla hyvin niukasti näyttöä, esille nousi kolme keskeistä teemaa eristykseen liittyvää väkivaltaa koskien: potilaan aggression hallinta, hoitajaan kohdistuneet vammat ja aggressiivisen käytöksen ja toiminnan ennaltaehkäisy. Turvakameramateriaalin perusteella havaittiin, että huoneeristyksen aikana potilaat ovat pääasiallisesti itsekseen, ja olo eristyksessä voidaan jakaa kolmeen luokkaan: levottomaan ja rauhalliseen toimintaan, ja henkilökunnan kanssa kontaktissa oloon. Hoitajien toiminta sen sijaan oli eristysten aikana monipuolista ja suunnitelmallista, kuten perus- tai lääkehoidon toteutusta ja potilaan tarpeista huolehtimista eri tavoin, eristystiloissa hoitajat työskentelivät pareittain tai tiiminä. Hoitohenkilökunta tunnisti niin ikään monia eristystilanteisiin liittyviä riskitekijöitä, saadut kehittämissuositukset tilanteisiin liittyen voidaan jakaa työperäisiin, fyysisiin, psykologisiin ja ympäristöllisiin. (Lahti ym. 2018, 41–44, 54–59, 60–74.)

EriTurva-hankkeen tutkimusosioiden pohjalta esitettiin hoitajien työturvallisuutta tukevia toimintaohjeita hyvään potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen haastavissa tilanteissa. Toimintaohjeiden teemat olivat haastavien tilanteiden ennakointi, hoitajien toiminnan kirjallinen ohjeistus, vuorovaikutuksen keinot, potilaan fyysisen tilan seuranta, yhteydenpito omaisiin, hoitajien toiminnan dokumentointi ja seuranta, sekä hoitajien täydennyskoulutus. (Lahti ym. 2018, 77–79.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT

Kehittämiprojektin kehittämisen menetelmiä olivat dialogiin perustuvat työpajat ja valmentava työote, joka perustuu juurruttamisvaiheessa omasta toiminnasta tapahtuvan oppimisen arviointiin. Kehittämiprojektin arviointiin käytettiin SWOT-menetelmää ja palautekeskusteluita. Kehittämisen ja arvioinnin menetelmät olivat yhteneväiset projektiryhmään kuuluvan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavan projektipäällikön kehittämiprojektin menetelmien kanssa.

Dialoginen työskentely voidaan nähdä oppivan organisaation keskeisenä prosessina, dialogiin perustuvan toiminnan tavoitteena on kasvattaa ymmärrystä eri osapuolten näkemyksistä (Holm ym. 2018). Toimintamallia suunniteltaessa, menetelmäkoulutuksissa ja juurruttamisvaiheessa työryhmien jäseniä kannustettiin tuomaan esiin omia näkemyksiään ja kokemuksiaan toimintamallista. Lisäksi kehittämiprojektin projektiryhmän ja ohjausryhmän toiminta perustui paljolti keskusteluihin, projektiryhmän sisällä ja yhdessä ohjausryhmän kanssa käytävät keskustelut toimivat myös kehittämiprojektin etenemistä arvioivana jatkuvan arvioinnin elementtinä.

Työpajoja käytetään erilaisten teemojen käsittelyyn pienryhmätyöskentelynä (Haukijärvi ym. 2014, 35). Kehittämiprojektin työpajoissa käsiteltäviä aiheita suunniteltiin yhdessä ohjausryhmän kanssa, lopulliset teemojen kuvaukset muotoiltiin kahden TurvaSiipi-hankkeessa työskentelevän projektipäällikön yhteistyönä. Käsiteltäviä teemoja olivat turvatilassa hoidettavat potilasryhmät, turvatilassa hoidettavien potilaiden voinnin kliininen arviointi ja turvatilassa tapahtuva käytännön työskentely.

Valmentavan työotteen lähtökohta on työryhmän omien voimavarojen ja potentiaalin löytäminen ja sen vahvistaminen. Valmentavassa työryhmässä kysytään, kuunnellaan, tarvittaessa haastetaan ja pyritään huomioimaan onnistumiset (Kallio 2016, 53-54). Valmentavaa työtettä sovellettiin turvatilamalliin liittyviä käytännön toimintoja, sekä potilaan kliinistä arviointia koulutettaessa. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että työpajojen pienryhmätyöskentelyn ja menetelmäkoulutusten yhteydessä kouluttajat tukivat

työryhmän osaamisen esiin tuomista ja kehittymistä ja uuden toimintamallin oppimista edistämällä positiivista ja rakentavaa keskustelua.

Työyhteisön omasta toiminnasta tapahtuvaa oppimista voidaan edistää keskusteluin. Keskustelut voivat olla osa toiminnan kehittämistoimenpiteiden jalkautuksen jatkuvan kehittämisen prosessia, jossa omaa toimintaa pyritään arvioimaan ja edelleen oppimaan (Ojala 2018). Toimintamallin juurruttamisen yhteydessä henkilöstöä tavattiin säännöllisesti osastoilla, keskusteluissa työryhmä sai mahdollisuuden reflektoida sitä, mikä uuden turvatilamallin käyttöönotossa on mennyt hyvin ja missä on kehitettävää, lisäksi onnistumisille ja kehittämiskohteille pyrittiin tunnistamaan syitä.

Työryhmien kanssa tehty turvatilamallikoulutusten sovellettu SWOT-arviointi (Liite 3) toteutettiin keskustelevana ryhmäarviointina, josta keskeiset havainnot kirjattiin ylös. Ryhmäarviointi toteutettiin osasto P1:n osalta 31.3.2020 ja osasto P2:n osalta 1.4.2020. Projektin arviointia varten sovelletun SWOT-nelikenttämallin mukaisesti arvioitiin toimintamalliin liittyviä vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia, näkökulmina olivat työryhmän, organisaation ja ulkomaailman näkökulmat (Lindroos ym. 2010, 219).

Kehittämiprojektiin liittyvä palautekeskustelu toimeksiantajan kanssa järjestettiin 3.3.2020. Dialogiin perustuvassa palautekeskustelussa psykoosin hoidon vastuualueen vastuualuejohtaja, ylihoitaja, hallinnollinen osastonhoitaja ja turvatilapilotointiin osallistuneiden kahden yksikön esimiehet kävivät yhdessä projektipäällikön kanssa läpi kehittämisprojektin vaiheita ja etenemistä, sekä mahdollisia havaittuja vaikutuksia suhteessa kehitysprojektille asetettuihin tavoitteisiin.

5 TURVATILAMALLI

Kehittämiprojektin tuotoksena laadittu turvatilamalli (Liite 2) sisältää turvatilahoidon yleisten periaatteiden kuvauksen, ja yksityiskohtaiset ohjeistukset hoitomuodon käytön perusteista, turvatilahoidon aloittamisesta, lopettamisesta, sekä turvatilahoidon eri vaiheiden kirjaamisesta. Lisäksi turvatilamalli antaa suuntaviivoja turvatilahoidossa olevan potilaan kanssa tehtävistä päivittäisistä toiminnoista, kuten ulkoilujen, läheisten vierailujen ja ruokailujen järjestämisestä.

Turvatilamallin tarkoitus ei ole antaa valmiita vastauksia haastaviin hoitotilanteisiin, vaan yhdessä muiden koulutettujen osioiden (BVC-mittari, turvallisen vuorovaikutuksen malli) kanssa auttaa turvatilamallia soveltavia työyhteisöjä yhtenäistämään käytäntöjään ja toimintatapojaan haastavissa hoitotilanteissa. Turvatilamallin onnistunut käyttöönotto edellyttää työryhmältä hyvän tason vuorovaikutusosaamista, ja kyvykkyyttä ja tahtoa etsiä vaihtoehtoja mielenterveyslain määrittelemille rajoitustoimenpiteille myös tilanteissa, joissa työ- ja potilasturvallisuus potentiaalisesti saattaa vaarantua.

Keskeisissä turvatilahoitoa määrittävissä periaatteissa korostetaan potilaslähtöistä ja yksilöllistä hoidon suunnittelua, turvalliseen ja laadukkaaseen vuorovaikutukseen pyrkimistä myös haastavissa hoitotilanteissa, työ- ja potilasturvallisuusriskien parempaa tunnistamista ja ennakointia, ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyen hoitosuosituksen ja suomalaisen lainsäädännön edellyttämää lievimmän puuttumisen periaatetta. Turvatilamallin tavoitteena on parantaa psykiatrialla työskentelevän henkilökunnan työturvallisuutta, sekä psykiatrinen potilaiden saaman hoidon vuorovaikutuksellisuutta ja laatua.

Turvatilamallin koulutus sisälsi itse toimintamallin koulutuksen lisäksi turvatilahoidon tarpeen arvioinnin kannalta keskeisen BVC-väkivaltariskin arviointimittarin menetelmäkoulutuksen, sekä erillisen osion EriTurva-hankkeen yhteydessä kehitetystä turvallisen vuorovaikutuksen mallista, joka katsottiin keskeiseksi koulutettavan henkilöstön vuorovaikutusosaamisen kehittämisen tukemisen kannalta.

6 TURVATILAMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO

Turvatilamallin menetelmäkoulutusten päätyttyä ja pilotointivaiheen käynnistyttyä taustahankkeen tutkimushoitajat seuraavat pilotoinnin etenemistä olemalla säännöllisesti yhteydessä osallistuvien yksiköiden esimiehiin, vierailemalla yksiköissä, ja osallistumalla tarpeen mukaan esimerkiksi yksiköiden osastotunneille. Kehittämishankkeen projektipäällikkö jatkaa taustahankkeen projektiryhmässä Tyks psykiatrian edustajana, ja suunnitelma on, että molemmat turvatilamallin kehittäneet projektipäälliköt ovat taustahankkeen puitteissa yksiköiden käytettävissä toimintamallin käyttöönoton aikana. Käytännössä tämä tarkoittaa dialogiseen ja valmentavaan työotteeseen perustuvaa työskentelyä, jolla mallin kehittäneet projektipäälliköt seuraavat mallin soveltuvuutta taustahankkeen ja osallistuvien yksiköiden tarpeisiin, ja tarvittaessa neuvovat ja ohjaavat osallistuvien yksiköiden henkilökuntaa turvatilamallin soveltamisessa.

Kymmenen kuukauden pilotoinnin aikana ja jälkeen turvatilamallin käyttöönoton onnistumista ja soveltuvuutta yksiköiden toteuttamaan hoitoon arvioidaan taustahankkeen puitteissa. Arviointiin kuuluu henkilöstölle tehtävät kyselytutkimukset ennen ja jälkeen pilotointijakson, pilotointijakson aikana kerättävät potilaskokemukset turvatilahoidosta, sekä tilastolliset vertailut, jossa tarkastellaan työ- ja potilasturvallisuusilmoitusten sekä mielenterveyslain määrittelemien tahdonvastaisten toimenpiteiden määrää taustahankkeeseen osallistuvissa yksiköissä, ja turvatilamallin soveltamisen mahdollisia vaikutuksia työ- ja potilasturvallisuusilmoitusten ja tahdonvastaisten toimenpiteiden määrään.

Taustahankkeeseen liittyvän tutkimuksen ja turvatilamallin arvioinnin lisäksi toimintamallia on tarkoitus edelleen kehittää osana Tyks psykiatrian toimialueen henkilöstön työ- ja potilasturvallisuuteen liittyviä koulutuksia.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

7.1 Tuotoksen merkitys

Kehittämiprojektin tuotoksena toimii kehittämiprojektin TurvaSiipi-taustahankkeen turvatilapilotointia varten suunniteltu turvatilamalli, joka on kuvattu kappaleessa 5. TurvaSiipi-taustahankkeen tutkimussuunnitelmassa hankkeen tuotokseksi on määritelty suositus turvatilojen käytöstä Tyks psykiatrialla. Jo pilotointivaiheessa turvatilamallin kehittäminen ja sen kouluttaminen osallistuvien yksiköiden henkilökunnalle on keskeisessä asemassa koko taustahankkeen onnistumisessa. Kehittämiprojektin tuotoksena toimivan turvatilamallin merkitystä voidaan tarkastella toimeksiantajaorganisaation, turvatilamallia soveltavan henkilökunnan, hoidossa olevien potilaiden, ja ympäröivän yhteiskunnan näkökulmista.

Toimeksiantajan näkökulmasta turvatilamalli toimii pohjana henkilökunnan koulutuksille, joilla pyritään parantamaan akuuttipsykiatriasta hoitoa haastavasti käyttäytyvillä potilailla, huomioiden samalla työ- ja potilasturvallisuuden eri näkökulmat ja henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtimisen. Edellä mainittu on linjassa useiden VSSHP:n strategisten tavoitteiden kanssa, koskien muun muassa henkilöstön osaamisen kehittämistä, henkilöstön työhyvinvoinnin turvaamista, potilaslähtöisyyttä, ja entistään laadukkaamman psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarjoamista tulevaisuudessa (VSSHP 2019b). Turvatilamalli ja sen käyttöön soveltuvien tilojen kehittäminen on tärkeässä roolissa myös toimeksiantajan valmisteleman psykiatrian uudisrakennuksen suunnittelussa.

Henkilökunnan näkökulmasta tuotos tarjoaa yhteen koottuna kirjallisena ohjeena näyttöön perustuvia suuntaviivoja ja työkaluja haastavien potilaiden hoitoon, sekä haastavien tilanteiden ennakkoinnin, että niiden hallinnan näkökulmista. Henkilöstön osaamisen kehittäminen ja tilanteiden ennakkoinnin merkitys nousivat esiin myös pakon käytön vähentämisen kuudessa ydinstrategiassa, EriTurva-hankkeen yhteydessä laadituissa turvalista hoitoa tukevissa toimintaohjeissa nostettiin edellisten lisäksi tärkeäksi tekijäksi myös selkeiden kirjallisten ohjeiden saatavuus. Yksiköiden henkilöstön osallistamisen ansiosta tuotoksessa on huomioitu osallistuvien yksiköiden toiveet ja yksikkökohtaiset haasteet.

Erityisesti turvatilamallin työstämisessä sovellettu osallistava työpajatyöskentely, turvatilamallin saattaminen kirjalliseen muotoon ja turvatilamallin kattava kouluttaminen osallistuvien yksiköiden henkilöstölle voivat osaltaan edistää turvatilamallin käyttöönoton onnistumista (Kontio 2011, 56), ja yksiköiden henkilöstön työtyytyväisyyttä ja kokonaistyöhyvinvointia, mitkä osaltaan voivat parantaa työssä jaksamista, työmotivaatiota ja työhön sitoutumista (Laukkanen 2015, 9; Lantta ym. 2016).

Potilaiden näkökulmasta turvatilamalli tukee potilaiden yksilöllistä hoidon suunnittelua, ja vahvistaa potilaiden itsemääräämisoikeutta lisäämällä potilaiden ja henkilöstön mahdollisuuksia ja rakennetta hoidolliseen vuorovaikutukseen myös haastavissa hoitotilanteissa. Lisäksi turvatilamalli yhdessä sen käyttöön soveltuvien tilojen kanssa parantaa potilaiden saaman hoidon laatua tarjoamalla vähemmän rajoittavia ja potilaslähtöisempiä vaihtoehtoja haastavissa tilanteissa käytetyille mielenterveyslain määrittelemille tahdonvastaisille toimenpiteille.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta turvatilamalli on merkittävä, koska sillä pyritään hoitamaan erittäin haavoittuvassa asemassa olevia potilaita entistäkin laadukkaammin ja eettisemmin, ja samalla parantamaan niin henkilökunnan työssään, kuin potilaidenkin hoidossaan kokemaa työ- ja potilasturvallisuutta. Kehittämisprojektin toimeksiantajan lisäksi useat muut suomalaiset sairaanhoitopiirit suunnittelevat uudisrakennuksia psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöön. Turvatilamalli on herättänyt kiinnostusta useissa sairaanhoitopiireissä, ja kevään 2020 aikana projektipäällikkö on toimittanut tuotoksen turvatilapilotoinnissa käytettävän version Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin ja Satasairaalan toimijoiden käyttöön, lisäksi turvatilamallia ja sen suunnittelua on käyty esittelemässä useissa seminaareissa, ja yhteistyö muiden sairaanhoitopiirien kanssa on suunniteltu jatkumaan kehittämisprojektin taustahankkeen aikana vuosina 2020-2021.

7.2 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta tarkastellaan raportoinnin luotettavuuden arvioinnin, arviointimenetelmien luotettavuuden, ja työpajoihin osallistuvien henkilöiden yksityisyyden suojaamisen näkökulmista. Raportoinnin luotettavuuden varmistamisessa keskeistä on tosiasioissa pysyminen, ja vaikka projektipäällikön rooliin kuuluu organisoida arvioinnin eri osa-alueita, kuten itsearviointia, on oleellista, että hän ei toteuta arviointeja yksin, koska omalle työskentelylleen voi sokeuta, eikä arviointi tällöin ole luotettavaa. Onnistunut arviointi edellyttää avoimuutta ja itsekriittistä asennetta, tällöin myös mahdolliset negatiiviset havainnot pystytään käsittelemään rakentavasti, mikä on oleellista eettistä toimintakulttuuria luomaan pyrkivässä prosessissa, etenkin pyrittäessä parantamaan hoidon laatua ja turvallisuutta pidemmällä aikavälillä. (Silfverberg 2007, 13-14; Paasivaara ym. 2013, 95). Kehittämiprojektissa tehty sovellettu SWOT-arviointi ja juurruttamisvaiheen valmentava työote mahdollistivat työryhmien osallistamisen itsearvioinnin tekemiseen, ja palautekeskustelussa olivat mukana psykoosin hoidon vastuualueen esimiehet. Itsearvioinnin tarkoituksena oli tarkastella turvatilamallin jalkautuksen onnistumista suhteessa asetettuihin tavoitteisiin, ja sopia mahdollisista muutoksista, jotta tavoitteet saadaan saavutettua. Toimintamallin vaikuttavuutta arvioidaan TurvaSiipi-hankkeen yhteydessä tehtävässä tutkimuksessa.

Toimintamallin kehittämiseen osallistuvien henkilöiden yksityisyydensuojasta huolehdittiin siten, että työpajatyöskentelyn yhteydessä tehtyihin muistiinpanoihin ei tehty merkintöjä, jotka mahdollistaisivat osallistuneiden henkilöiden tunnistamisen, lisäksi yksittäiset esitetyt mielipiteet eivät olleet tunnistettavissa kehittämiprojektin tuotoksesta tai raportista. Toimintamallin kehittämisen ja juurruttamisen vaiheissa turvatilan soveltamiseen liittyvään keskusteluun nousi myös potilashoidon tilanteita. Potilashoidon tilanteita käsiteltiin näissä keskusteluissa ilman potilaiden nimiä tai muita tunnistetietoja, potilaiden yleisen hoidon tarpeen ja kliinisen oirekuvan kautta, ei tunnistettavina yksittäistapauksina.

Tässä kehittämiprojektissa Tietosuojalain mukaiset vaatimukset otettiin huomioon. Tämän kehittämiprojektin materiaalit eivät sisällä kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden henkilötietoja, eikä projektin ideoinnin, suunnittelun, toteutuksen tai arvioinnin

vaiheissa käsitelty tai tallennettu mitään tiedonkeruuseen osallistuvien henkilöiden henkilötietoja tai yhteystietoja. Työpajatyöskentelyyn esitettiin henkilöstölle suunnatut kutsut osallistuvien yksiköiden esimiesten kautta, jotka ovat osa kehittämisprojektin projektiryhmää. Lisäksi työpajoihin kutsuttiin VSSHP:n kouluttamia kokemusasiantuntijoita. Kutsujen yhteydessä potentiaalisille osallistujille toimitettiin keskustelujen teemat ja niihin liittyviä kysymyksiä pohdittavaksi. Työpajatyöskentelyyn osallistuminen katsottiin tie-toiseksi suostumukseksi osallistua kehittämisprojektin tiedonkeruuseen. Työpajojen aluksi osallistujille kuvattiin edellämainitut tiedonkeruun periaatteet, ja heillä oli mahdollisuus olla osallistumatta, tai keskeyttää osallistumisensa työpajatyöskentelyyn.

7.3 Jatkokehittämisaieet

Kehittämisprojektin jatkokehittämismahdollisuuksia- ja aiheita voidaan tarkastella taustahankkeen ja toimeksiantajan näkökulmista. Taustahankkeen näkökulmasta kehittämis- ja tutkimustoiminta jatkuu kehittämishankkeen päätyttyä, ja projektipäällikkö jatkaa taustahankkeen projektiryhmässä sekä toimeksiantajaorganisaation edustajana, että yhden taustahankkeessa mukana olevan yksikön esimiehen ominaisuudessa. Ennen turvatilapilotoinnin alkua pilottiyksiköissä teetettiin työhyvinvointia ja yksiköiden ilmapiiriä kartoittavat kyselyt, pilotointivaiheen päätyessä syksyllä 2020 vastaavat kyselyt teetetään uudestaan, jotta voidaan arvioida pilotoinnin mahdollisia vaikutuksia työhyvinvointiin ja työskentelyilmapiiriin.

Taustahankkeen puitteissa kerätään haastatteluin tietoa potilaiden kokemuksista turvatilahoidossa, turvatilassa hoidettujen potilaiden ominaisuuksista ja diagnooseista, ja vertaillaan turvatilamallin pilotoinnin mahdollisia vaikutuksia mielenterveyslain määrittelemien rajoitteiden käyttöön tutkimusosastoilla, sekä työ- ja potilasturvallisuuspoikkeamailmoitusten määrään ennen ja jälkeen pilotoinnin. Tavoitteena on saada monipuolisesti tietoa turvatilan, ja sen käytössä sovellettavan turvatilamallin käytettävyydestä ja mahdollisista vaikutuksista tutkimusyksiköiden hoitohenkilöstön työturvallisuuteen- ja tyytyväisyyteen ja työn hallinnan kokemiseen, lisäksi halutaan arvioida turvatilan ja turvatilamallin soveltuvuutta haastavasti käyttäytyvän potilaan hoitoon potilaiden

itsensä kokemana. Kerätyn tiedon pohjalta taustahankkeen tuotoksena laadittaisiin suositus turvatilan käytöstä psykiatrisessa hoidossa.

Toimeksiantajan näkökulmasta kehittämisprojekti ja sen päättymisen jälkeen jatkuva taustahanke ovat merkittävässä roolissa ajatellen Turkuun suunniteltua psykiatrian uudisrakennusta. VSSH:n henkilöstön osaamiseen, työhyvinvointiin ja uudistuviin toimintoihin liittyvät strategiset tavoitteet (VSSH 2019b) haastavat nykyiset käytännöt, ja uusien tilojen ja sinne siirrettävien toimintojen pitää pystyä vastaamaan tämän hetkisten haasteiden lisäksi myös tulevaisuuden osaamisen ja tilaratkaisujen haasteisiin. Uudisrakennuksen tilat, toimintamallit, ja niihin liittyvä osaamisen määrittely ja kehittäminen tulisi nähdä yhtenä kokonaisuutena, jossa sekä suunniteltavat tilat, että henkilöstön perehdytys ja täydennyskoulutus tukevat näyttöön perustuvaa, turvallista ja potilaslähtöistä hoitoa.

Kehittämisprojektin eri vaiheissa käytiin runsaasti keskusteluja ohjausryhmän kanssa turvatilamallin jatkokehittämisestä- ja mahdollisuuksista. Nyt tuotoksena toimiva turvatilamalli voidaan nähdä perustana, jota voidaan sekä päivittää, että lisätä osia sen sisältöön. Konkreettisenä esimerkkinä voidaan mainita turvatilamalliin liitetty BVC-mittari, joka tässä vaiheessa on ainoa turvatilamalliin liitetty mittaristo. Tulevaisuudessa turvatilamallia edelleen kehiteltäessä siihen voidaan liittää esimerkiksi potilaan psyykkistä vointia (kuten masennusta tai psykoottisia oireita), itsemurhariskiä tai toimintakykyä arvioivia mittareita. Mittareita lisätessä ja valitessa tulee huomioida kuitenkin mittareiden käytettävyys ja tarkoituksenmukaisuus.

Kliinistä vointia arvioivien mittareiden lisäksi turvatilamalliin voidaan harkita lisättäväksi muunkin kaltaisia osioita, kuten THL:n työkirjassa (Makkonen ym. 2016) mainittu kriisisuunnitelma (hoitotahto), joka mahdollistaisi potilaan yksilöllisten toiveiden paremman huomioinnin. Kehittämisprojektin aikana turvatilamallin selkeäksi ykköstavoitteeksi nousi hoitavan tahon ja potilaan välisen laadukkaan ja turvallisen vuorovaikutuksen lisääminen, eikä tätä inhimillisen kohtaamisen osuutta voida korvata kliinisellä psykiatrisen hoidon tarpeen arvioinnilla. Vastaava eetos toistui selkeänä myös kehittämisprojektin teoreettisessa viitekehyksessä, tarkasteltiinpa sitten HIC-mallia (Van Mierlo ym. 2014),

THL:n työkirjaa (Makkonen ym. 2016) tai EriTurva-hankkeen (Lahti ym. 2018) havain-
toja.

Toinen konkreettinen jatkokehittämiskohde turvatilamallissa liittyy turvatilamallin osioi-
den koulutusmenetelmiin. Henkilökunnan osaamisen kehittäminen nousee merkittäväksi
tekijäksi niin toimeksiantajan strategiassa (VSSHP 2019b), kuin kehittämisprojekin teo-
reettisessa viitekehyksessä. Raija Kontio (2011, 56) mainitsee erikseen hoitohenkilökun-
nan osaamisen kehittämisen menetelmällisyyden merkityksen, ja innovatiivisten koulu-
tusmenetelmien tarpeen osana monipuolisempaa osaamisen kehittämistä. Kehittämis-
projektin yhteydessä pidetyissä turvatilamallin koulutuksissa BVC-väkivaltariskin arvioin-
timittarin soveltamista harjoiteltiin omassa osiossaan, jossa osallistujat katsoivat erik-
seen koulutuksia varten tuotettuja tilannevideoita, pisteyttivät nähdyt tilanteet, jonka jäl-
keen videot katsottiin uudestaan, ja annetut pisteet käytiin läpi yhdessä osallistujien
kanssa.

Turvatilakoulutuksiin osallistuneelta henkilökunnalta saatiin positiivista palautetta BVC-
osion sisältöön, ja koulutuksessa käytettyyn menetelmään liittyen. Vastaavan dialogi-
suutta edistävän ja osallistavan menetelmän soveltaminen ja edelleen kehittäminen ke-
hittämisprojektin yhteydessä tehtyjen materiaalien pohjalta olisi luonnollinen jatkokehit-
tämisaie muun turvatilamallin ja sen eri osa-alueiden kehittämisen rinnalle. Väkivalta-
riskin arvioimisen lisäksi vastaavaa koulutusmenetelmää voitaisiin soveltaa esimerkiksi
erilaisten vuorovaikutustilanteiden tunnistamisessa ja arvioinnissa joko itsenäisenä kou-
lutuksenaan, tai osana laajempaa koulutuskokonaisuutta.

7.4 Kehittämisprojektin kokonaisarviointi

Kehittämisprojektin kokonaisarviota on tehty yhdessä toimeksiantajaa edustavan kehit-
tämisyhtymän ohjausryhmän ja pilotointiin osallistuneiden työryhmien kanssa. Kehittä-
misprojektin ohjausryhmän kanssa käytiin palautekeskustelu 3.3.2020, pilotointiin osal-
listuneiden työryhmien kanssa arviointia tehtiin sovelletulla SWOT-menetelmällä (Liite

3), osasto P1:n työryhmää tavattiin 31.3.2020 ja osasto P2:n työryhmää 1.4.2020. Edellä mainittuihin tapaamisiin osallistui kehittämisprojektin projektipäällikön lisäksi Turva-Siipi-taustahankkeessa työskentelevä, toisen kehittämisprojektin projektipäällikkö. Kehittämisprojektin kokonaisarviointia on tehty toimeksiantajan, pilotointiin osallistuneiden työryhmien, hoidossa olevien potilaiden, ympäröivän yhteiskunnan, ja kehittämisprojektin projektipäällikön projektin johtamisosaamisen kehittymisen näkökulmista.

Toimeksiantajan näkökulmasta kehittämisprojektin onnistumista arvioidaan toimeksiantajan arvojen, strategian ja kehittämisprojektin suunnitelmavaiheessa määriteltyjen tarpeen ja tavoitteen kautta. VSSHP:n arvoissa ja strategiassa (VSSHP 2019b) kehittämisprojektin kannalta keskeisiä kohtia olivat henkilöstön osaamisen kehittäminen, henkilöstön työhyvinvoinnin turvaaminen, potilaslähtöisyys, ja entistäkin laadukkaamman psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarjoaminen tulevaisuudessa, joka puolestaan liittyy vahvasti 2024 valmistuvaksi suunniteltuun Tyks psykiatrian uudisrakennukseen. Kehittämisprojektin tarve ja tavoite nousivat edellä mainituista koskien työ- ja potilasturvallisuutta edistävän hoitoympäristön huomiointia, väkivaltariskin strukturoidun arvioinnin ja vuorovaikutusta edistävien hoitointerventioiden mallintamista ja kouluttamista pilotointiin osallistuvien yksiköiden henkilökunnille.

3.3.2020 toimeksiantajaa edustaneen kehittämisprojektin ohjausryhmän (Tyks psykiatrian psykoosin hoidon vastuualueen johto) kanssa pidetyssä palautekeskustelussa molemmat tilaisuudessa palautetta saaneet projektipäälliköt saivat kiitosta onnistuneista kehittämisprojekteista. Kehittämisprojektiin liittyvässä palautteessa kiinnitettiin erityistä huomiota onnistuneesti suunniteltuun ja toteutettuun aikataulutukseen, projektin selkeästi rakennettuun ja riittävästi viestittyyn toteutukseen, toimeksiantajan näkökulmasta hyvin onnistuneeseen henkilöstön osallistamiseen, kehittämisprojektin tuotoksen harkittuihin ja toimiviin koulutusmenetelmiin, sekä itse kehittämisprojektin tuotokseen, eli turvatilamalliin, joka konkreettisena ja käytännöllisenä ohjeistuksena saatiin koulutusten puitteissa jalkautettua yksiköihin. Palautteessa huomioitiin myös kehittämisprojektin koulutusmenetelmien – kuten BVC-väkivaltariskin arviointimittarin menetelmäkoulutukseen valmistellut koulutusvideot – ja tuotoksen monipuoliset jatkokehittämismahdollisuudet osana Tyks psykiatrian oman osaamisen ja henkilöstöperehdytyksen edelleen kehittämistä, ja kiinnostus, mitä sekä kehittämisprojektissa käytetyt koulutusmenetelmät, että

tuotos ovat herättäneet muutamissa suomalaisissa sairaanhoitopiireissä. Kun toimeksiantajan palautetta peilataan edellämainittuihin VSSHP:n arvojen ja strategian kohtiin, kehittämisprojektin voidaan kokonaisuutena arvioida onnistuneen kiitettävästi suhteessa toimeksiantajan odotuksiin.

Pilotointiin osallistuneiden työryhmien näkökulmasta kehittämisprojektin kokonaisuonnistumista määrittää kehittämisprojektin tuotoksen, BVC-väkivaltariskin arviointimittarin ja turvallisen vuorovaikutuksen mallin koulutusten onnistuminen, ja koulutuskokonaisuuden ja sen eri osa-alueiden soveltuvuus ja sovellettavuus pilotointiin osallistuvien työryhmien päivittäiseen perustehtävän suorittamiseen. Pyrkimys henkilöstön täydennyskouluttamiseen ja osaamisen kehittämiseen ei itsessään riitä onnistuneeseen uusien työmenetelmien jalkautukseen ja käyttöönottoon, vaan erityistä huomiota pitää kiinnittää lähijohtamiseen ja johdon tukeen (Huckshorn 2014; Lantta ym. 2016), koulutusten menetelmällisyyteen (Kontio 2011, 56), ja käyttöönoton yhteydessä henkilöstön käytettävissä oleviin kirjallisiin ohjeisiin (Lahti ym. 2018, 77-79).

Osasto P1:n työryhmää tavattiin 31.3.2020. Palautetilaisuuteen osallistui seitsemän yksikön työntekijää, kaikki hoitohenkilökuntaa. Palautekeskustelu eteni sovelletun SWOT-analyysin pohjalta, mutta ennalta suunniteltu nelikenttä ei sinänsä määritellyt keskustelun etenemistä, vaan toimi lähinnä kehyksenä sille, mistä aiheista työryhmältä toivottiin palautetta. Yksikön henkilökunta koki kehittämisprojektin alkuvaiheen ennakkoviestinnän ja suunnitelmavaiheessa toteutetut työpajavierailut onnistuneeksi kokonaisuudeksi, jossa työryhmä sai kehittämisprojektista ja sen taustasta riittävästi tietoa. Työpajavierailuiden yhteydessä henkilöstöltä pyydettiin ja saatiin kommentteja turvatilamallin kehittämiseen ja sisältöön liittyviin kysymyksiin, ja nyt palautetta antanut henkilökunta koki, että työryhmän näkemykset myös huomioitiin turvatilamallissa sekä myöhemmin toimintamallin koulutuksissa. Koulutuksia järjestettiin riittävästi, ja sen menetelmät (luennot, koulutusta varten toteutetut koulutusvideot) koettiin tarkoituksenmukaisiksi, ja koulutuksissa mukana olleet projektipäälliköt olivat yksikön saatavilla myös koulutusten jälkeen. Kehittämisprojektin tuotoksena toimiva turvatilamalli vastasi työryhmän odotuksia (suhteessa työpajatyöskentelyn yhteydessä käytyyn keskusteluun), ja sen sisältö koettiin tarkoituksenmukaiseksi.

Toimintamallin potentiaalin ja edelleen kehittämisen arviointi koettiin P1:n palautetta antaneessa työryhmässä vaikeaksi, koska turvatilassa päästiin hoitamaan ainoastaan muutamia potilaita, johtuen psykoosien hoidon vastualueen vaikeasta ylipaikkatilanteesta. Ylipaikkatilanteen vuoksi turvatila ei ollut välttämättä työryhmän käytettävissä, vaan sitä jouduttiin käyttämään tavallisena potilashuoneena. Samasta syystä turvatilamallin laajentamista tai lisämittareiden käyttöönottoa koskevia kohtia SWOT-nelikenstä ei nyt käsitelty. Työryhmä koki, että turvatilamallin vähäinen soveltaminen osaltaan jätti piiloon useita mahdollisia kehityskohteita liittyen muun muassa toimintamallin tarkoituksenmukaisuuteen, ja turvatilahoidosta hyötyvien potilasryhmien tunnistamiseen. Keskusteltaessa turvatilamallin soveltamisesta ja sen vaatimasta osaamisesta esiin nousi tarve kouluttaa yksikön lääkäreitä turvatilamallin toteutukseen, jotta pystyttäisiin muodostamaan työryhmän sisällä yhteinen käsitys siitä, minkälaisia työvälineitä ja interventioita työryhmän käytössä on. Tämä osaamisen kehittämiskohde on erityisen haastava, koska yksikön lääkärit vaihtuvat säännöllisesti.

Turvatilamallin toteuttamisen ja edelleen kehittämisen keskeiseksi esteeksi nousi tilaresursoinnin ongelmat, eli yksikköä ja koko psykoosien hoidon vastuualuetta koskenut ylipaikkatilanne, joka johti turvatilan käyttöön tavallisena potilashuoneena. Työryhmä koki henkilöstöresursoinnin pääasiassa riittäväksi turvatilahoidon toteutukseen, toki esimerkiksi yöaikaan alkaneen turvatilahoidon resursointi olisi ollut haaste. Oman osaamisensa ja valmiutensa hoitaa potilaita turvatilassa suunnitellun toimintamallin mukaisesti palautetta antanut henkilökunta koki saatujen koulutusten ja kirjallisten ohjeiden pohjalta hyväksi. Keskustelussa kuitenkin todettiin, että pitkälle menevää arviointia työryhmän osaamisen riittävydestä ei voida tässä kohtaa tehdä, kun turvatilaa ja toimintamallia päästiin soveltamaan vain yksittäisten potilaiden hoidossa. Yleisenä palautteena kaksi palautetta kerännyttä projektipäällikköä saivat kiitosta turvatilamallin työstämisestä yhdessä yksikön kanssa, ja turvatilamallin sisällöstä, sekä sen kouluttamisesta. Turvatilamallin toteutukseen liittyneet, keskustelussa todetut haasteet liittyivät ensisijaisesti ulkoihin tekijöihin, joihin kehittämisprojektin puitteissa ei ollut mahdollista vaikuttaa.

Osasto P2:n työryhmää tavattiin 1.4.2020. Palautetilaisuuteen osallistui neljä yksikön työntekijää, kaikki hoitohenkilökuntaa. Keskustelu eteni P1:n työryhmän kanssa käydyn keskustelun tapaan sovelletun SWOT-nelikenttämallin kehyksessä, mutta vapaasti.

Kehittämisprojektin alkuvaiheen viestintä oli palautteen mukaan riittävää, ja turvatilamallin suunnitteluvaiheen työpajat osallistivat työryhmää hyvin. Työryhmä koki, että suunnitteluvaiheessa yksikön mielipiteillä oli merkitystä turvatilamallin kehittämisen kannalta, mahdollisia ongelmakohtia pyrittiin tunnistamaan ja ratkaisemaan jo ennalta, ja toimintamalli itsessään oli sisällöltään odotetun kaltainen. Toimintamallin koulutusten palautteessa kiitettiin erityisesti BVC-väkivaltariskin arviointimittarin menetelmäkoulutusta, joka oli tarkoituksenmukainen, ja edisti työryhmän sisäistä keskustelua mittarin käytöstä eri tilanteissa. Yleisesti turvatilamallin koulutuksia oli sopiva määrä, ja koulutuksia vetäneet projektipäälliköt olivat riittävästi yksikön käytettävissä.

Toimintamallin potentiaalin ja edelleen kehittämisen arviointi oli haastavaa myös P2:n palautetta antaneen työryhmän mielestä. Johtuen yksikön pitkään jatkuneesta ylipaikkatilanteesta turvatilaa ei pystytty pilotointivaiheen alkamisen jälkeen vielä hyödyntämään potilashoidossa, vaan tila oli tavallisessa potilashuonekäytössä. Tilaresursoinnin vaikeus vaikuttikin nyt annettuun palautteeseen ollen keskeinen este toimintamallin toteuttamiselle ja edelleen kehittämiselle. Palautteessa myös todettiin, että vanhaan sairaalarakennukseen sijoittuvaan yksikköön rakennettu turvatila oli myös melko pieni turvatilamallin mukaiseen hoitamiseen.

Kokonaisarvioinnissa tilaresursointi näyttäytyi merkittävästi suurempana ongelmana turvatilamallin onnistuneen soveltamisen kannalta, kuin henkilöstöresursointi. Työryhmä tiedosti, että päivystysaikaan – tai ylipäätään kiiretilanteessa – henkilöstömitoitus on hyvin pieni, mutta toisaalta yksikön työryhmällä on pitkä kokemus ja osaaminen vierihoidon toteutuksesta yleisesti. Tämä osaaminen osaltaan kompensoi tila- ja henkilöstömitoitushaasteita, eikä työryhmä kokenut turvatilamallia ongelmalliseksi suhteessa omaan osaamiseensa. Keskustelun yhteydessä kuitenkin todettiin, että tilausta haastavien tilanteiden vuorovaikutusosaamista vahvistavalle täydennyskoulutukselle olisi, tässä yhteydessä koulutuksissa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi erilaisia simulaatioharjoitusmenetelmiä.

Yleisenä palautteena työryhmä oli tyytyväinen turvatilamallia kehittäneiden projektipäälliköiden osallistavaan työotteeseen ja turvatilamallin koulutuksiin. Pilotointivaiheen

alussa ilmenneet epäselvyydet tilojen käytön suhteen oltiin kuitenkin koettu kuormittaviksi, samoin kehittämisprojektin taustahankkeen aikataulumuutokset ja taustahankkeeseen liittynyt, ajoittain liialliseksi koettu paperityö. Yleisen palautteen yhteydessä pyrittiin erottelamaan kehittämisprojektiin liittyvä palaute taustahankkeen palautteesta, pääasiallisesti tämä onnistui. Molemmat palautetta saaneet projektipäälliköt osaltaan työskentelevät myös taustahankkeessa, joten työryhmän kanssa käytiin keskusteluita myös siihen liittyvistä tekijöistä, eikä keskustelua pyritty rajaamaan tiukasti kehittämisprojektiin liittyviin asioihin.

Hoitoa saavien potilaiden näkökulmasta kehittämisprojekti tukee potilaiden yksilöllistä hoidon suunnittelua, ja pyrkii vahvistamaan potilaiden itsemääräämisoikeutta lisäämällä potilaiden ja henkilöstön mahdollisuuksia ja rakennetta hoidolliseen vuorovaikutukseen myös haastavissa hoitotilanteissa. Lisäksi kehittämisprojektin tuotoksen ja sen käyttöön soveltuvien tilojen kehittämisen myötä potilaiden saaman hoidon laatua voidaan parantaa tarjoamalla vähemmän rajoittavia ja potilaslähtöisempiä vaihtoehtoja haastavissa tilanteissa käytetyille mielenterveyslain määrittelemille tahdonvastaisille toimenpiteille.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta kehittämisprojekti, sen tuotos ovat merkittäviä, koska niiden myötä pyritään hoitamaan erittäin haavoittuvassa asemassa olevia potilaita entistäkin laadukkaammin ja eettisemmin, ja samalla parantamaan niin henkilökunnan työnsään, kuin potilaidenkin hoidossaan kokemaa työ- ja potilasturvallisuutta. Kehittämisprojektin toimeksiantajan lisäksi useat muut suomalaiset sairaanhoitopiirit suunnittelevat uudisrakennuksia psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöön. Kehittämisprojektin tuotoksena kehitetty turvatilamalli on herättänyt kiinnostusta useissa sairaanhoitopiireissä, lisäksi kehittämisprojektin tuotosta ja sen suunnittelun vaiheita on käyty esittelemässä useissa seminaareissa. Yhteistyö muiden sairaanhoitopiirien kanssa on suunniteltu jatkumaan kehittämisprojektin taustahankkeen aikana vuosina 2020-2021.

Kehittämisprojektin projektipäällikön projektin johtamisosaamisen kehittymisen näkökulmasta kehittämisprojekti on ollut haastava, mutta palkitseva kokonaisuus. Keskeinen tekijä kehittämisprojektiin onnistumiselle on ollut mahdollisuus tehdä kehittämisprojektiin liittyvää työtä osana projektipäällikön esimiesrooliin liittyvää kehittämistyötä

toimeksiantajan palveluksessa. Kehittämiprojektin kiinteä integraatio projektipäällikön päivittäiseen työhön teki kehittämisprojektin työstämisestä mielekkäämpää ja tehokkaampaa sekä projektipäällikön, että toimeksiantajan näkökulmista. Projektipäällikön kehittämisprojektin työstämiseen liittyvät tapaamiset ja vuorovaikutus tapahtuivat paljolti virka-ajalla, ja kehittämisprojektin tekeminen limittyi saumattomasti projektipäällikön rooleihin muun muassa Tyks psykiatrian työ- ja potilasturvallisuuskoulutusten kehittämisessä ja koordinoinnissa, sekä toimeksiantajan suunnitteleman psykiatrian uudisrakennuksen toiminnallisessa suunnittelussa ja tilasuunnittelussa. Kehittämisprojekti vastasi projektipäällikön johtamisosaamisen kehittämistarpeeseen, ja edisti toimeksiantajan strategisten tavoitteiden toteutumista.

Kehittämisprojektin projektipäällikkö sai kehittämisprojektia toteuttaessaan vahvaa tukea kehittämisprojektinsa ohjausryhmältä, omalta esimieheltään, mentoriltaan, kehittämisprojektia ohjanneelta tuutoropettajaltaan, ja samassa taustahankkeessa työskenneeltä projektipäälliköltä, jonka kanssa projektipäällikkö työsti kehittämisprojektin sisältöjä mukaan lukien kehittämisprojektin tuotos ja BVC-väkivaltariskin arviointimittarin koulutusvideot, ja koulutti turvatilamallia, BVC-väkivaltariskin arviointimittarin käyttöä ja turvallisen vuorovaikutuksen mallia pilotointiin osallistuvien yksiköiden henkilökunnille. Kehittämisprojektin sisältöjen suunnittelu ja kehittäminen tarjosivat monipuolisia näkökulmia psykiatrisen erikoissairaanhoidon näyttöön perustuvien hoitomenetelmien- ja interventioiden suunnitteluun, kehittämiseen, kouluttamiseen ja edellä mainittujen arviointiin liittyen.

LÄHTEET

Almvik, R. 2008. Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist, Thesis for the Degree of Doctor Philosophiae. Viitattu 20.4.2019 <http://riskassessment.no/files/PhD-Thesis-Almvik-2007.pdf>.

Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. 2000. The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, No 15(12), 1284-1296.

Bierbooms, J.J.P.A., Lorenz-Artz, C.A.G., Pols, E. & Bongers. I.M.B. 2017. High and intensive care three years later; an evaluation of the experiences of patients and employees and the effect on coercive measures in psychiatry. *Tijdschrift Psychiatrie* No 59(7), 427-432.

Eronen, M., Kaltiala-Heino, K. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi – Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuksen vaaraa arvioidaan Suomessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123(19):2375-80.

Estryn- Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M. & Hasselhorn, H-M. 2008. Violence risks in nursing –results from the European NEXT- study. *Occupational Medicine* 58, 107-114.

Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert E. & Teirasvuo N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 91. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.4.2019 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>.

Holm, R., Poutanen, P. & Ståhle, P. 2018. Mikä tekee dialogin: Dialogisen vuorovaikutuksen tunnuspiirteet ja edellytykset. Sitra. Viitattu 28.4.2019 <https://www.sitra.fi/artikkelit/mika-tekee-dialogin-dialogisen-vuorovaikutuksen-tunnuspiirteet-ja-edellytykset/>.

Kallio, J. 2016. Opettamisen vallankumous. Opettajasta elinikäisen oppimisen valmentajaksi. Helsinki: Tietosanoma.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa – Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 1.2.2020 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7492-7>.

Kontio, R. 2011. Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals - Towards Evidence Based Clinical Nursing. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 21.1.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4552-8>.

Lahti, M. Berg, J., Varpula, J., Lipponen, E., Lantta, T., Äärinen, A., Soininen, P., Sailas, E., Kontio, R., & Välimäki, M. 2018. Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristuksen aikana. Turun Ammattikorkeakoulu. Raportteja 248. Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Lantta, T. 2016. Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 25.1.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-6629-5>.

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C.E. & Välimäki, M. 2016. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. International Journal of Mental Health Systems. Viitattu 13.1.2020 <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0059-5>.

Laukkanen, E. 2015. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja pakkotoimet psykiatrisella osastolla. Rekisteritutkimus. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 12.2020 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150129>.

Lindroos, J. & Lohivesi, K. 2010. Onnistu strategiassa. 3. uudistettu painos. Helsinki: Talentum cop.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvointin laitos. Työpaperi 35/2016. Viitattu 20.4.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>.

Otala, L. 2018. Ketterä oppiminen: keino menestyä jatkuvassa muutoksessa. Helsinki: Kauppa-kamari. Viitattu 28.4.2019 <https://kauppakamaritieto-fi.ezproxy.turkuamk.fi/fi/s/ak/kirjat/kettera-oppiminen-keino-menestya-jatkuvassa-muutoksessa/?coll=2>.

Paasivaara, L. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. 2. tarkastettu ja ajantasaistettu laitos. Helsinki: Tietosanoma.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 28.4.2019 http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2016. Tilastoraportti 6/2018. Viitattu 20.4.2019 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>.

Tuovinen, S. 2018. Reduction of seclusion and restraint and hospital violence during involuntary forensic psychiatric care. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.4.2019 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2690-6/urn_isbn_978-952-61-2690-6.pdf.

Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. 2014. Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie. De Tijdstroomuitgeverij.

Van de Sande, R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder, C.L. & Nijman, H. 2013. Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. International Journal of Mental Health Nursing, No 22(6), 475-484.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a. TYKS psykiatrian toimialueen yksiköt. Viitattu 28.4.2019 <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/default.aspx>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019b. VSSH strategia vuosille 2019-2020. Viitattu 28.4.2019 http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Documents/VSSH_strategia_2019-2020.pdf#search=strategia.

World Health Organization 2015. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. WHO Regional Office for Europe. Viitattu 25.1.2020 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1.

LIITTEET

LIITE 1 – Brøset Violence Checklist

Lyhyen aikavälin väkivaltariski-arvio BVC (The Brøset Violence Checklist)	Potilas
Arvioi potilas sovittuun aikaan jokaisessa työvuorossa. Jos arvioitavaa käyttäytymistä ei esiinny, annetaan arvo 0. Jos arvioitavaa käyttäytymistä esiintyy, annetaan 1 piste. Maksimipistemäärä (summa) arviointikertaa kohti on 6. Jos arvioitava käyttäytyminen on tutulle potilaalle tyypillistä, vain arvioitavan käyttäytymisen lisääntyminen merkitään arvolla 1. Esimerkiksi jos tuttu potilas on yleensä sekava (on ollut sellainen jo pitkään), annetaan sekavuudesta arvo 0. Jos sekavuuden havaitaan lisääntyneen, annetaan siitä arvo 1.	

Maanantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Tiistai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Keskiviikko / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Torstai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Perjantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Lauantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Sunnuntai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtysä			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Lyhyen aikavälin väkivaltariskiarvio BVC
(The Brøset Violence Checklist)

Tulkinta ja käyttö

Pisteytyksen tulkitseminen:

Arviointikerran yhteispisteet = 0	Väkivallan riski on pieni
Arviointikerran yhteispisteet = 1-2	Väkivallan riski on kohtalainen. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin.
Arviointikerran yhteispisteet > 2	Väkivallan riski on erittäin suuri. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin. Lisäksi tulee tehdä suunnitelma mahdollisen väkivaltatilanteen hallitsemiseksi.

Käyttäytymistä koskevien asioiden yksityiskohtainen kuvaaminen:

Sekava	Vaikuttaa selvästi sekavalta ja desorientoituneelta. Saattaa olla epätietoinen ajasta, paikasta ja henkilöstä.
Ärtysisä	Ärtyy ja suuttuu helposti. Ei kestä muiden läsnäoloa.
Äänekkäästi levoton	Käytös on avoimen äänekkästä ja meluavaa. Esimerkiksi paiskoo ovia, puhuu huutamalla jne.
Sanallisesti uhkaava	Sanallinen purkaus, joka on enemmän kuin äänen korottamista ja jossa on selkeänä aikomuksena pelotella tai uhata toista henkilöä. Esimerkiksi sanallinen hyökkäys, solvaaminen, nimittely tai neutraalien kommenttien ilmaiseminen ärähtäen aggressiivisella tavalla.
Fyysisesti uhkaava	Selvä fyysisellä vakivallalla uhkaaminen. Esimerkiksi aggressiivisen asennon ottaminen, toisen henkilön vaatteisiin kiinni käyminen, käden tai jalan kohottaminen, käsien nyrkkiin puristaminen tai yritys pukata toista päällään.
Esineisiin kohdistuva aggressio	Hyökkäys kohdistuu esineisiin, ei henkilöihin. Esimerkiksi umpimähkäinen esineen heittäminen, ikkunoiden lyöminen tai hajottaminen, esineiden potkiminen, esineiden lyöminen tai niiden päällä iskeminen tai huonekalujen hajottaminen.

©Copyright Almvik & Woods (2003) ; suomenkielinen versio (2011) A. Pitkänen ym. Tays, TA5/ tarkistettu 6/2014 Kaltiala-Heino R

LIITE 2 – Turvatilamalli

TYKS PSYKIATRIAN TURVATILAPILOTOINTI

TAUSTAHANKE: TURVASIIPI – HOITAJIEN TYÖTURVALLISUUS, TYÖNHALLINTA JA TYÖHYVINVOINTI HAASTAVAN POTILAAN HOIDOSSA PSYKIATRIASESSA SAIRAALASSA

V1.6 käsitelty projektiryhmässä 30.9.2019. V1.7 muokattu 14.10.2019.
V1.8 muokattu 18.12.2019.

TURVATILOJEN KÄYTTÖ TYKS PSYKIATRIALLA

YLEISTÄ – MITÄ OVAT TURVATILA JA TURVASOLU?

Turvatilalla tarkoitetaan yksittäisen potilaan käytössä olevaa, suljetun osaston sisällä olevaa huonetta, joka on tarkoitettu tämän ohjeen mukaisten interventioiden toteuttamiseen. Turvasolu on laajempi tilakokonaisuus, joka sisältää useita turvatiiloja, sekä huoneeristykseen ja sitomiseen soveltuvat tilat. Turvasoluun voidaan sijoittaa samaan aikaan useita potilaita, ja tilaratkaisujen avulla turvasolussa voidaan hoitaa erilaista tukea tarvitsevia, ja useiden eri ikäryhmien potilaita samanaikaisesti.

Erillisen tilan tarkoituksena on tarjota potilaalle turvallinen ympäristö, joka mahdollistaa jatkuvan hoidollisen vuorovaikutuksen ja potilaan tarpeiden huomioinnin. Samalla rajoitetummassa tilassa työ- ja potilasturvallisuuden varmistaminen on helpompaa kuin tavanomaisessa osastoympäristössä

Turvatilassa potilasta voidaan hoitaa joko vapaaehtoisesti tai joissain tilanteissa hänen tahdostaan riippumatta. Hoito turvatilassa perustuu potilaan tilan seurantaan ja arviointiin vuorovaikutuksen ja erikseen määriteltyjen mittareiden avulla, sekä vointia tukevaan asianmukaiseen lääkehoitoon. Potilas on turvatilassa aina yksikössä työskentelevän hoitajan seurassa. Potilaan hoito pyritään siirtämään turvatilasta takaisin osastolle heti, kun potilaan vointi sen sallii.

Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavissa toimenpiteissä pyritään käyttämään lievintä mahdollista keinoa. Turvatilassa ei hoideta potilaita, joiden hoitaminen turvatilassa vaarantaisi potilas- tai työturvallisuuden. Tällöin arvioitavana on muiden mielenterveyslain mukaisten rajoittamistoimenpiteiden käyttö kuin vierihoido.

TURVATILASSA TOTEUTETTAVAN HOIDON PERUSTEET JA ALOITTAMINEN

Turvatilahoidon hyödyllisyys ja aloittaminen määritellään Brøset Violence Checklist (BVC) -mittarin ja hoitohenkilökunnan tai lääkärin kliinisen arvion perusteella. Lähtökohteisesti hoidon aloittaminen turvatilassa perustuu potilaan ja potilasta hoitavan työryhmän yhteiseen sopimukseen. Työryhmällä tarkoitetaan tässä työvuorossa olevia hoitajia ja tarvittaessa lääkäreitä. Turvatilan käyttö perustellaan potilaalle, ja sen aloittaminen ja perusteet kirjataan hoitopäivään vierihoidonä. Jos potilas vastustaa vierihoidonä turvatilassa, voidaan se aloittaa myös potilaan tahdosta riippumatta, jolloin tähän vaaditaan lääkärin määräys.

Turvatilassa ensisijaisesti hoidettavat potilasryhmät ovat:

- arvaamattomat potilaat, jotka ovat kliinisen arvion tai esitetietojen perusteella mahdollisesti vaaraksi itselleen, toisille ihmisille tai ympäristölle
- potilaat, jotka vaikeuttavat muiden potilaiden hoitoa
- potilaat, jotka oirekuvansa perusteella hyötyvät turvatilassa toteutettavista interventioista (esim. voimakkaat hallusinaatiot, voimakas ahdistus, pelkotilat)
- uudet potilaat, joiden kohdalla väkivallan riski on epäselvä ja kaivataan rauhallista tilaa tutustua potilaaseen

BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)

BVC -mittarilla tehdään lyhyen aikavälin väkivaltariskiarvio osastojen kaikkien potilaiden kohdalla vähintään kolme kertaa vuorokaudessa: aamulla, iltapäivällä ja illalla. Aamu- ja iltavuorossa arvion tekevät vuorojen potilaskohtaiset vastuuhoidajat ja yövuorossa hoitajat arvioivat potilaat yhdessä sopimallaan tavalla. Arvio tehdään työvuoron loppupuolella. BVC-mittarin tulos merkitään potilaan hoitotaulukkoon ja siirretään kirjauksena potilaan

hoitopäivään. Jos potilas saa mittarista pisteitä, kirjauksista pitää käydä ilmi, miten tilanteeseen on reagoitu.

- Jos potilas saa 1 pisteen, työryhmä arvioi turvatilan käytön hyödyllisyyttä ennakkoivana toimenpiteenä.
- Jos potilas saa 2 pistettä tai enemmän, siirytään turvatilaan ja työryhmä arvioi mielenterveyslain mukaisten rajoittamistoimien tarvetta huomioiden työ- ja potilasturvallisuus.

Turvatilahoitoa voidaan soveltaa myös monien sellaisten potilasryhmien hoidossa, jotka eivät saa BVC-mittarista lainkaan pisteitä, tällöin päätös turvatilahoidosta voi perustua esimerkiksi potilaan omaan toiveeseen.

TURVATILAHOIDON MÄÄRÄÄMINEN TAHDOSTA RIIPPUMATTOMASSA HOIDOSSA OLEVALLE POTILAALLE

Jos potilas vastustaa tarpeelliseksi arvioitua vierihoitoa turvatilassa, tapaa lääkäri potilaan ja tarvittaessa määrää tahdosta riippumattoman vierihoidon, mikäli se on työ- ja potilasturvallisuus huomioiden mahdollista toteuttaa turvatilassa.

Riippumatta siitä, onko turvatilan ovi lukittu vai ei, tilanteessa käytetään rajoituskoodia 400, koska potilaan katsotaan olevan eristettynä muista potilasta.

Kaikki vastentahtoiset hoitotoimenpiteet kirjataan, kuten Tyks Psykiatrian (1.6.2018) Ohje potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta määrittelee.

HUOM! Mikäli vapaaehtoisessa hoidossa olevalla potilaalle määrätään tahdosta riippumatta vierihoito, on hänet ensin asetettava mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun.

LISÄRESURSOINTI JA LÄÄKÄRIN PÄÄTÖS

Tarvittaessa turvatilassa suoritettavaa vierihoitoa varten voidaan yksikköön hankkia lisähenkilöstöä. Työryhmä arvioi mahdollisen lisäresursoinnin tarpeen. Lääkäri kirjaa moniammatillisiin määräyksiin ajan, mihin asti ylimääräistä henkilökuntaa voidaan järjestää

potilaan vierihoitamista varten. Virka-aikana (yleensä) osastonhoitaja ja virka-ajan ulkopuolella osastolle nimetty vuorovastuuhoitaja järjestää ylimääräisen työntekijän lääkärin ohjeistaman määräjän mukaisesti. Ylimääräisen työntekijän tarve arvioidaan kunkin työvuoron osalta erikseen.

Mikäli kyseessä on potilaan kanssa yhteistyössä sovittu vierihoito, voivat hoitajat päivystysaikana puhelimitse sopia lääkärin kanssa ylimääräisen hoitajan kutsumisesta töihin vierihoidon takia. Hoitaja kirjaa päätöksen lääkärin puhelinmääräyksenä hoitokertomuksen moniammatillisiin määräyksiin.

Hoitaja ilmoittaa osastonsihteerille vierihoidon aloituksesta ja lopetuksesta, jotta sihteeri tietää nostaa potilaan hoitopäivämaksun korkeampaan maksuluokkaan. Vierihoidon katsotaan olevan psykiatrasta tehohoitoa.

Jos ylimääräiseksi kutsuttu hoitaja ei tiedä potilasta entuudestaan, hän ei osallistu vierihoidon vaan auttaa osaston muissa työtehtävissä. Turvatilassa toteutettavaa vierihoitoa suorittavat organisaatioon työsuhteessa olevat hoitohenkilökunnan edustajat.

POTILAAN SIIRTYESSÄ OSASTOLTA TURVATILAAN

Potilaan siirtyessä turvatilaan hoitoryhmän tehtävä on varmistaa, että turvatilaan ei kulkeudu mitään vaarallisia esineitä, aineita, tai muuta sellaista omaisuutta, jota voitaisiin käyttää vahingoittamistarkoituksessa. Lähtökohtaisesti henkilön ja omaisuuden tarkastukset tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaalle perustellaan tarkastusten tarve ja kerrotaan tarkastusten tulos. Omaisuuden tarkastus tehdään potilaan läsnä ollessa kahden hoitohenkilökunnan edustajan toimesta. Jos yhteisymmärrystä tarkastusten tekemisestä ei synny, hoitoryhmän lääkärin arvioi mielenterveyslain mukaisten rajoitusten käytön, jotta työ- ja potilasturvallisuus voidaan varmistaa.

Turvatilahoidon alkaessa potilas voi jättää omaisuuttaan henkilökunnan haltuun esimerkiksi kansliaan tai muuhun varastoon, tai ottaa sitä mukanaan turvatilaan, kuten elektroniset laitteet tai puhelin. Hoitavan työryhmän tehtävä on arvioida mukana olevan omaisuuden hallussapidon tarkoituksenmukaisuus ja määrä.

POTILAAN SIIRTYMINEN HUONE-ERISTYKSESTÄ TAI LEPOSTEISTÄ TURVATILAAN

Tahdosta riippumattoman hoidon toteutuksessa ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa painottuu lievimmän puuttumisen periaate. Tämä periaate korostuu erityisesti potilaan koskemattomuuteen puuttuvien rajoitusten kohdalla. Kun lääkäri arvioi huone-eristyksen ja sitomisen tarvetta kliinisesti, tulee hänen kiinnittää huomiota myös viimeisimpiin BVC-mittarin tuloksiin tai tehdä BVC.

Jos potilas saa BVC-mittarista alle 2 pistettä, mutta vointiin liittyy epävarmuustekijöitä, kuten esimerkiksi voimakkaat vaihtelut potilaan voinnissa tai väistymässä oleva päihteyden vaikutus, potilasta voidaan siirtää hoitamaan turvatilaan ennen osastolle siirtymistä, jos se on mahdollista toteuttaa vaarantamatta työ- ja potilasturvallisuutta. Tässä tilanteessa lääkäri lopettaa eristämisen/leposidehoidon ja määrää potilaalle tahdosta riippumatta vierihoidon, jos potilas ei vierihoitoa halua.

POTILAAN SIIRTYMINEN TURVATILASTA OSASTOLLE

Kun potilaan turvatilahoidon tarpeen arvioidaan laskeneen ja potilas saa BVC-mittarista 0-1 pistettä, hoito turvatilassa pyritään lopettamaan. Potilaan kanssa yhteistyössä sovittu turvatilahoidosta arvion tekee hoitohenkilöstö ja tahdosta riippumattomassa turvatilahoidossa lääkäri. Potilaan kanssa sovitaan, miten potilaan hoito osaston puolella jatkuu ja miten lyhyellä aikavälillä tuleviin voinnin muutoksiin reagoidaan. Sovittujen asioiden kirjaaminen hoitokertomukseen on tärkeää potilaan hoidon päättyessä turvatilassa. Tarvittaessa turvatilahoitoa voidaan purkaa vähitellen siirtämällä potilaan päivittäisiä toimintoja ja vierihoitoa turvatilasta enenevästi osastolle.

HOITAMINEN TURVATILASSA

Turvatilassa tapahtuva hoito perustuu hoitoryhmän yksilölliseen kliiniseen tilannearvioon, jatkuvaan hoidolliseen vuorovaikutukseen ja sellaisiin toimintoihin, joita turvatilassa on mahdollista ja mielekästä toteuttaa.

Turvatilassa vierihoitoa suorittavalla hoitajalla on käytössään työasema kirjaamista varten, lisäksi hoitajalla on mukanaan henkilöturvahälyttimen lisäksi osaston matkapuhelin.

Turvatilassa lattiaan on merkitty viiva, joka rajaa potilaalle oman henkilökohtaisen tilan. Potilaan henkilökohtaiseen tilaan mennään vain jos se on potilaan tarpeet tai työ- ja potilasturvallisuus huomioiden perusteltua.

Seuraavat linjaukset ovat sisällöltään osin sellaisia, että ne jättävät tilaa tulkinnoille ja joustoille. Oleellista on, että työryhmä toteuttaa kunkin potilaan kohdalla tehtyjä yksilöllisiä hoitolinjauksia yhdenmukaisesti. Mahdollisista hoidon sisällön muutoksista tai joustoista on oltava hoidollista hyötyä. Kukin huolehtii omalla toiminnallaan, että työ- ja potilasturvallisuus on varmistettu kaikissa tilanteissa niin pitkälle kuin mahdollista.

RUOKAILUT järjestetään lähtökohtaisesti turvatilassa, joko siten, että potilaalle tarjotaan ruoka turvatilaan, tai vaihtoehtoisesti potilas hakee ruokansa itse hoitajan seurassa. Lähtökohtaisesti turvatilaan ei viedä puu- metalli- tai lasiesineitä, ja ruokailuvälineet valitaan tämän mukaan. Viime kädessä työryhmä määrittelee itse, onko esimerkiksi metalliaterinten käyttö turvallista turvatilassa kyseessä olevan potilaan kohdalla. Henkilökunta huolehtii siitä, että ruokailuvälineet poistetaan turvatilasta ruokailun päätyttyä.

Potilaan läheisten **VIERAILUT** ovat mahdollisia myös turvatilahoidon aikana, jos erityistä hoidollista perustelua niiden kieltämiselle ei ole. Jos potilas toivoo vierailun toteuttamista, ja se evätään, pitää perustelut kirjata potilaan hoitokertomukseen, sekä tehdä mielenterveyslain mukainen yhteydenpidon rajoittamispäätös. Huomioiden turvatilassa hoidettavien potilaiden psyykinen vointi, hoitavan tahon jatkuva läsnäolo on aina perusteltua myös vierailujen aikana.

ULKOILUT pyritään järjestämään turvatilahoidon aikana päivittäin potilaan voinnin, oman toiveen ja yksikön henkilöstömitoituksen sallimissa rajoissa. Työryhmä arvioi, riittääkö ulkoilun ajaksi yhden hoitajan jatkuva läsnäolo, vai vaatiiko tilanne lisäresursointia.

Jos potilaan ulkoilua ei ole mahdollista järjestää työ- ja potilasturvallisuuden vaarantumatta, ulkoilun kieltäminen perustellaan potilaalle ja kirjataan potilaan hoitokertomukseen mielenterveyslain mukaisena liikkumisvapauden rajoituksena.

Potilaan **TUPAKOINTI** on mahdollista myös turvatilahoidon aikana, mutta ensisijaisesti potilaalle tarjotaan nikotiinikorvaustuotteita. Viime kädessä hoidosta vastaava työryhmä määrittelee mahdolliset reunaehdot tai rajoitukset tupakoinnille tilanteen mukaan. Hoitaja ei voi velvoittaa vierihoitamaan potilasta tupakkahuoneessa, mutta jottei potilaan seuranta ja mahdollisuus vuorovaikutukseen katkea, hoitajan tulee olla tupakoinnin aikana näköetäisyydellä potilaasta. Jos potilas ei pysty käymään itsenäisesti savukkeella ilman työ- ja potilasturvallisuuden vaarantumista, tupakointia voidaan rajoittaa.

Turvatilahoidon aikana potilas **PESEYTYY** tilanteeseen parhaiten soveltuviissa peseytymistiloissa. Hoidosta vastaava työryhmä määrittelee mahdolliset reunaehdot ja rajoitukset toiminnalle tilanteen mukaan, ja hoitohenkilökunnan mahdollinen läsnäolo perustuu potilaan vointiin ja hoidon tarpeeseen.

Toimintamalli on laadittu yhdessä yksiköiden henkilökunnan kanssa, ja sen taustana ovat Suomen Mielenterveyslaki, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suositukset tahdonvastaisen psykiatrisen hoidon rajoittamistoimenpiteisiin liittyen ja Tyks Psykiatrian omat ohjeistukset psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Toimintamallin on tarkoitus täydentyä Turva-Siipi-hankkeen edetessä, eikä tätä versiota toimintaohjeesta voida sellaisenaan soveltaa hankkeen muissa vaiheissa.

LIITE 3 – Sovellettu SWOT-nelikenttä

SWOT NELIKENTTÄ-ARVIOINTI YKSIKÖISSÄ P1 & P2

Työryhmän sisäiset tekijät
<p>VAHVUUDET / HEIKKOUEDET:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Työpajat ja toimintamallin kehittämisprosessi (esim. osallistamisen onnistuminen, viestintä) - Toimintamallin koulutukset (esim. menetelmällisyys, sisältö) - Toimintamalli / kirjallinen malli
<p>MAHDOLLISUUDET / UHAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toimintamallin potentiaali / edelleen kehittäminen <ul style="list-style-type: none"> o Toimintamallin sisältö ja sen laajentaminen, esim. lisämittarit o Osaamisvaatimukset (yksilön / yhteisön osaaminen, koulutustarpeet mallin toteuttamiseksi?) - Toimintamallin toteuttamisen ja edelleen kehittämisen esteet <ul style="list-style-type: none"> o Resursoinnin nykytila vs. tavoitetaso o Osaamisen nykytila vs. tavoitetaso
Organisaatiotason / työryhmän ulkopuoliset tekijät

(Mikko Korte & Veera Vainila 2020)