

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2020

Veera Vainila

TURVATILAN KÄYTÖN PERIAATTEET JA KÄYTTÖÖNOTTO

- Turvallisuuskulttuurin kehittäminen Tyks
Psykiatrialla

Veera Vainila

TURVATILAN KÄYTÖN PERIAATTEET JA KÄYTTÖÖNOTTO

- Turvallisuuskulttuurin kehittäminen Tyks Psykiatrialla

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa on tärkeää niin potilas- kuin työturvallisuuskulmasta. Fyysisen hoitoympäristön ja henkilöstön osaamisen tulee mahdollistaa pakolle vaihtoehtoisten menetelmien käytön. Varsinais-Suomeen suunnitellaan uutta psykiatrista sairaalaa, joka tulee sisältämään turvatiiloja. Niiden käytöllä tavoitellaan huoneeristämisen ja lepositeiden käytön vähentämistä. Kun psykiatriseen hoitoon kehitetään pakkokeinoja välttäviä hoitomenetelmiä, on samalla huomioitava henkilökunnan työturvallisuus.

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan Psykiatrian toimialueella osana hoitohenkilöstön työturvallisuuden, työnhallinnan ja työhyvinvoinnin parantamista tavoittelevaa TurvaSiipi -hanketta. Kehittämisprojektin tavoitteena oli edistää psykiatrialla työskentelevän henkilöstön työturvallisuutta tukemalla työntekijöiden oppimista uudenlaiseen psykiatrisen hoidon turvallisuuskulttuuriin. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli suunnitella Turvatilamalli, joka sisältää turvatilan käytön periaatteet vierihoidon aloittamiseksi turvatilassa sekä opettaa henkilökunta turvatilan käyttöön lisäten heidän työturvallisuuttaan.

Turvatilamalli ja sen koulutus perustuivat kirjallisuuskatsaukseen sekä Psykoosiosastojen P1 ja P2 henkilökunnan ja psykiatrian kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntämiseen työpajoissa ja dialogisissa keskusteluissa. Henkilökuntaa osallistui myös koulutusvideoiden tekemiseen. Koulutukset toteutettiin yhteistyössä TurvaSiipi -hankkeen tutkijoiden kanssa. Koulutuksissa henkilökunnan osaamista vahvistettiin valmentavalla työtöteellä. Hankkeen tutkijoiden kanssa tehtiin yhteistyötä myös uuden toimintamallin käyttöönotossa ja juurruttamisessa toteuttamalla yhteisiä osastokäyntejä.

Kehittämisprojektin tuotoksena syntyneen henkilökunnan turvallisuuskulttuuria tukevan Turvatilamallin ja Turvatilamallin koulutusten myötä mahdollistetaan potilaalle hoidollisesti turvallinen ympäristö ja jatkuva vuorovaikutus erillisessä tilassa, kun potilaan käyttäytymisessä on haasteita, kuten väkivallan uhkaa. Toimintamalli tukee kansallista mielenterveysstrategiaa olemalla vaihtoehto potilaan eristämiseksi ja sitomiseksi, mahdollistamalla kokemusperäisen tutkimustiedon keräämisen, kehittämällä henkilöstön ammattitaitoa sekä toteutuessaan onnistuneesti tukemalla henkilöstön työhyvinvointia. Lisäksi Turvatilamallia pilotoimalla saadaan kokemustietoa uuden psykiatrisen sairaalan suunnittelun tueksi ja mahdollistetaan henkilöstön osaamisen kehittyminen ennen toimintojen siirtymistä uuteen sairaalaan.

ASIASANAT:

Psykiatria, hoitotyö, työturvallisuus, hoitoympäristö, toimintamallit, riskinarviointi, osaamisen kehittäminen, turvallisuuskulttuuri

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being | Management and Leadership in Health Care

2020 | 61 pages, 25 pages in appendices

Veera Vainila

PRINCIPLES AND INTRODUCTION OF THE SAFETY CELL

- Developing safety culture at Tyks Psychiatry

Reducing the use of coercion is important in psychiatric care from both patient and occupational safety perspective. The physical nursing environment and the competence of the staff must enable the use of alternative methods for coercive measures. A new psychiatric hospital is going to be established in Southwest Finland. The new hospital will include safety cells, which are aimed for reducing seclusion and restraint. When developing non-coercive methods of treatment in psychiatric nursing, the occupational safety of staff must be considered.

This development project was carried out in Psychiatric Service Division of Turku University Hospital as a part of the TurvaSiipi project which aims to improve occupational safety, work management and well-being of nursing staff. The aim of the development project was to promote occupational safety of staff in the psychiatric ward by supporting their learning to a new kind of safety culture in psychiatric care. The purpose of the development project was to design a Safety Cell Model, which includes the principles of using safety cell for continuous observation and to teach staff how to use the safety cell increasing their occupational safety.

The Safety Cell Model and its training were based on literature review as well as workshops and dialogue discussions involving staff from Psychiatric Wards P1 and P2 and experienced experts. The trainings were carried out in collaboration with the researchers of the TurvaSiipi project. A coaching approach was used to strengthen the competence of staff. The introduction and implementation of the new operating model was carried out through departmental visits together with project researchers.

The Safety Cell Model and its training support the safety culture of the staff and enables patients to have a therapeutically safe environment and continuous interaction in a separate room when there is a threat of violence by the patients. The new operating model supports the national mental health strategy by being an alternative method to seclusion and restraint, enabling the collection of the experiential research data, developing the competence of staff and, if successfully implemented, supporting the well-being of the staff. In addition, piloting the Safety Cell Model provides empirical information to support the design of a new psychiatric hospital and enables staff to develop their skills before moving operations to a new hospital.

KEYWORDS:

Psychiatry, nursing, occupational safety, nursing environment, operations models, risk assessment, competent development, safety culture

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	7
2.2 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos	8
2.3 Kohdeorganisaatio ja toimintaympäristö	9
2.4 Projektin organisaatio ja johtaminen	12
2.5 Kehittämiprojektin eteneminen	13
3 TIEDON HAKU	16
3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	16
3.2 Kirjallisuuskatsauksen täydentäminen	19
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	20
4.1 Väkivalta ja sen uhka psykiatrisessa osastohoidossa	20
4.1.1 Uhkaava tai väkivaltainen potilas	20
4.1.2 Uhka- ja vaaratilanteet	22
4.1.3 Uhka- ja vaaratilanteiden yleisyys ja seuraukset	23
4.2 Henkilökunnan työturvallisuus psykiatrisella osastolla	24
4.3 Pakon käyttö ja sen vähentäminen psykiatrisella osastolla	27
4.3.1 Pakon käytön vähentämisen Kuusi ydinstrategiaa	29
4.3.2 Menetelmiä potilaan eristämisen ja sitomisen vähentämiseksi	31
4.4 Brøset Violence Checklist – Lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointimittari	35
4.4.1 BVC -mittarin käyttö	35
4.4.2 BVC -mittarin herkkyys, tarkkuus ja luotettavuus	35
4.4.3 BVC -mittarin hyödyt psykiatrisessa osastohoidossa	37
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT	39
5.1 Dialogisuus	39
5.2 Työpajat	40
5.3 Valmentava työote	40
5.4 Oppiminen omasta toiminnasta	41
6 TURVATILAMALLI	43

7 TURVATILAMALLIN KOULUTUS	47
8 IMPLEMENTOINTI	48
9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	49
9.1 Koulutuksen toteutuksen arviointi	49
9.2 Turvatilamallin kehittämisen arviointi	50
9.3 Luotettavuus ja eettisyys	52
9.4 Turvatilamallin ja sen koulutuksen merkitys	54
LÄHTEET	56

LIITTEET

- Liite 1. The Brøset Violence Checklist
- Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelit
- Liite 3. Kirjallisuuskatsausta täydentävät tutkimusartikkelit
- Liite 4. Valokuvan ja videon käyttö lupa (VSSHP)
- Liite 5. Turvatiilojen käyttö Tyks Psykiatrialla
- Liite 6. Tietosuojaseloste

KUVAT

Kuva 1. Turvatilan potilaan alue Psykoosiosastolla P1.	44
Kuva 2. Turvatilan seinämaalaukset Psykoosiosastolla P2.	46

KUVIOT

Kuvio 1. TurvaSiipi -hankkeeseen osallistuvat Tyks Psykiatrian koeryhmät ja niissä toteutuvat interventiot sekä verrokkiryhmä.	10
Kuvio 2. Kehittämiprojektin eteneminen.	14
Kuvio 3. Haku PubMed -tietokannasta termillä ”Brøset Violence Checklist” ja tulosten karsinta.	18

1 JOHDANTO

Työntekijä voi kohdata väkivaltaa suorittaessaan työtehtäviä. Väkivallan uhka terveydenhuoltoalalla on keskimääräistä korkeampi verrattuna muihin aloihin (Työsuojeluhallinto 2013, 7). Verrattuna ei-psykiatrisen alan hoitajiin, psykiatrialla työskentelevät ovat merkittävästi alttiimpia kohtaamaan työssään väkivaltaa (Välimäki ym. 2013, 60). Työn piirteitä, jotka lisäävät väkivallan riskiä, ovat muun muassa päihtyneille tai väkivaltaisille asiakkaille palvelun antaminen ja yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittaminen (STM 2020, 7). Työnantajan velvollisuus on huomioida väkivallan uhka työssä ja työolosuhteissa. Työntekijän on puolestaan osallistuttava työnantajan tarjoamaan täydennyskoulutukseen, joka edistää turvallista toimintaa, ja hänellä on velvollisuus noudattaa annettuja ohjeita. (Työsuojeluhallinto 2013, 9,14).

Psykiatrisella osastolla eristämis- ja sitomistilanteisiin liittyy väkivallan uhka. (Välimäki ym. 2013, 63). Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009-2015 -loppuarvioinnin mukaan rajoittavien hoitotoimien käyttöä on sairaalahoidossa saatu vähennettyä, mutta edelleen suositellaan asiakkaan asemaa, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta vahvistavien toimenpiteiden kehittämistä (STM 2016, 22, 29). WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmassa suositellaan mielenterveyteen liittyvien hoitojen olevan käyttäjien arvokkuutta kunnioittavia, turvallisia ja vaikuttavia (WHO 2013, 11). Kun psykiatriseen hoitoon kehitetään turvallisia, pakkokeinoja välttäviä hoitomenetelmiä, on samalla huomioitava psykiatrian henkilökunnan työturvallisuus (Välimäki ym. 2013, 99).

Turvatilamallin kehittämisprojekti toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) Psykiatrian toimialueella osana TurvaSiipi -hanketta. TurvaSiipi -hanke on Turun ammatikorkeakoulun, Turun yliopiston ja Tyks Psykiatrian toimialueen yhteistyöhanke, jota rahoittaa Työsuojelurahasto. Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli suunnitella Turvatilamalli, joka sisältää turvatilan käytön periaatteet vierihoidon aloittamiseksi turvatilassa sekä opettaa henkilökunta turvatilan käyttöön lisäten heidän työturvallisuuttaan. Kehittämisprojekti tehtiin yhteistyössä toisen YAMK-opiskelijan kanssa. Turvatilamalli ja sen koulutus perustuivat kirjallisuuskatsaukseen sekä psykiatrian henkilökunnan ja kokemusasiantuntijoiden osaamisen hyödyntämiseen. Turvatilamallissa mahdollistetaan potilaalle hoidollisesti turvallinen ympäristö ja jatkuva vuorovaikutus erillisessä tilassa, kun potilaan käyttäytymisessä on haasteita, kuten väkivallan uhkaa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Jo vuonna 2010 Cleary ym. kirjoittivat kirjallisuuskatsauksen liittyen potilaiden eristämiseen, ja kirjallisuuden pohjalta nousee selkeä kehoitus lopettaa psykiatristen potilaiden eristäminen. Kun potilaan kohdalla eristäminen nousee hoitovaihtoehdoksi, on aina tärkeä pohtia, voisiko käyttää vähemmän rajoittavia toimenpiteitä ja mitä etuja sekä riskejä erilaisiin hoitomenetelmiin liittyy.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009-2015 yhtenä painopisteenä oli asiakkaan aseman vahvistaminen ja sen myötä potilaan oman tahdon huomioiminen myös rajoitustoimissa. Suunnitelmassa linjattiin, että psykiatriseen sairaalahoitoon tulee laatia ohjelma, joka sisältää hyviä käytänteitä, jotka vähentävät tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä. (STM 2012, 9, 27.) Tämän seurauksena Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kokosi vuonna 2010 Pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmän. Työryhmä laati työkirjan, jonka tavoitteena on edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa, ehkäistä potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä ja vähentää pakon käyttöä psykiatrisen potilaan hoidossa. (Makkonen ym. 2016, 3.)

Fyysisen hoitoympäristön ja henkilöstön osaamisen tulee mahdollistaa pakolle vaihtoehtoisten menetelmien käytön. Pakon käytön vähentäminen on tärkeää niin potilas- kuin työturvallisuuskulmasta. (Makkonen ym. 2016, 3, 9.) Pakkokeinot ovat potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Mielenterveyslaki (1116/1990) edellyttää hoitamaan potilaita mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä heidän kanssaan ja rajoittamista saa toteuttaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaativat.

Vaikka kansallisilla käytännöillä ja lainsäädännöllisillä muutoksilla Suomessa on saattanut olla myönteisiä vaikutuksia pakkokeinojen käytön vähenemisessä, selkeitä ja kestäviä muutoksia potilaan pakkokeinojen käytössä ei Välimäen ym. (2019) tutkimuksen mukaan ole vielä saavutettu. On tärkeä edelleen kehittää inhimillisiä hoitokäytäntöjä, joiden tarkoituksena on vähentää potilaan aggressiivisista käyttäytymistä ja pakkokeinojen käyttöä. Tarvitaan kriittistä tarkastelua psykiatrisen sairaalahoidon päivittäisistä käytän-

nöistä liittyen pakkohoitotoimenpiteisiin, ja sitä olisi tuettava kohdennetummalla ja tehokkaammalla työpaikalla tapahtuvalla koulutuksella ihmisten vuorovaikutuksesta ja turvallisuuskysymyksistä. (Välimäki ym. 2019.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) uusi psykiatrinen sairaala, joka valmistuu vuonna 2024, tulee sisältämään turvasoluja. Turvasolulla tässä tarkoitetaan osaston yhteydessä toimivaa aluetta, jossa sijaitsee erillisiä turvatiloja sekä eristyshuoneet, joissa tarvittaessa toteutetaan mielenterveyslain mukainen huone-eristäminen. Turvatiloihin siirrytään osastoilta vierihoidettavaan erityisesti levottomia, kiihtyneitä tai itsemurha-vaarassa olevia potilaita. Turvatilojen käytön tavoitteena on vähentää huone-eristämisen ja lepositeiden käyttöä.

Tässä kehittämissuunnitelmassa, tulevaisuutta ennakoivien, nykyisiin olemassa oleviin psykiatrisen hoidon tiloihin suunniteltiin Turvatilamalli, jossa potilaalle luodaan turvallinen ympäristö ja varmistetaan mahdollisuus jatkuvaan hoidolliseen vuorovaikutukseen. Turvatilamalli mahdollistaa näin sairaanhoitopiirin henkilöstön ennakoivan osaamisen kehittämisen ennen toimintojen siirtymistä uuteen psykiatriseen sairaalaan.

2.2 Kehittämissuunnitelman tavoite, tarkoitus ja tuotos

Kehittämissuunnitelman tavoitteena oli edistää psykiatrialla työskentelevän henkilöstön työturvallisuutta tukemalla työntekijöiden oppimista uudelleenpsykiatrisen hoidon turvallisuuskulttuuriin. Turvallisuuskulttuurilla tässä tarkoitetaan potilaan rajoittamista ennaltaehkäisevän vierihoidon toteuttamista erillisessä tilassa ja potilaan itsemääräämisoikeuden edistämistä työ- ja potilasturvallisuuskulma huomioiden.

Kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli suunnitella Turvatilamalli, joka sisältää turvatilan käytön periaatteet vierihoidon aloittamiseksi turvatilassa sekä opettaa henkilökunta turvatilan käyttöön lisäten heidän työturvallisuuttaan.

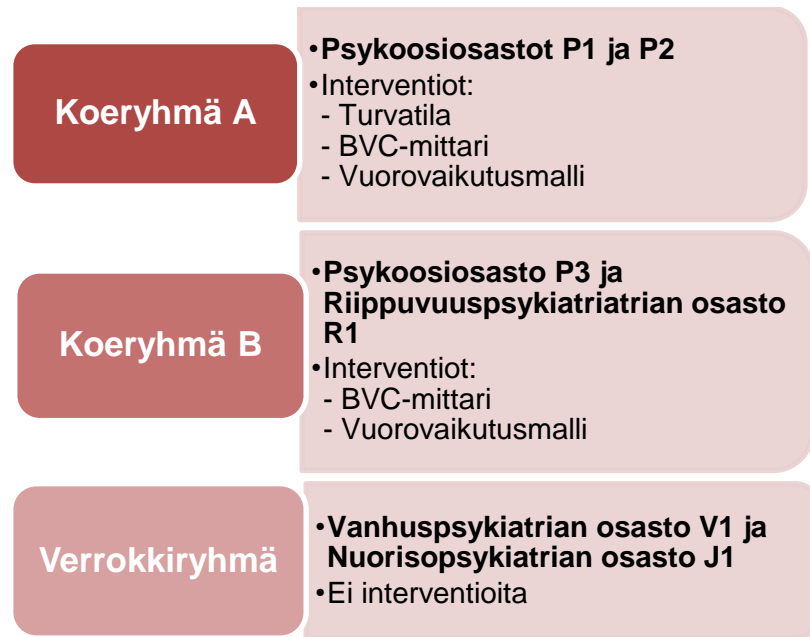
Kehittämissuunnitelman tuotoksena olivat henkilökunnan turvallisuuskulttuuria tukeva Turvatilamalli, sisältäen periaatteet, milloin turvatilaa käytetään sekä Turvatilamallin koulutusmateriaalit ja koulutustilaisuudet.

2.3 Kohdeorganisaatio ja toimintaympäristö

VSSHP:n Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) Psykiatrian toimialue koostuu kahdeksasta vastuualueesta, joista yksi on Psykoosien vastuualue. Psykoosien vastuualueella hoidetaan sekä akuuttivaiheen, että kuntoutusta vaativia psykoosipotilaita. Hoitoa toteutetaan avo- ja osastohoitona. (VSSHP 2019a.) Turvatilat otettiin käyttöön Psykoosivastuualueen osastoilla Psykoosiosasto P1 Turussa ja Psykoosiosasto P2 Hälkossa. Osastoilla työskentelevään henkilökuntaan kuuluu hoitajien ja lääkärin lisäksi erityistyöntekijöitä, kuten sosiaalityöntekijä tai -neuvoja, psykologi sekä toiminta- ja fysioterapeutti. Lisäksi osastoilla työskentelevät laitoshuoltajat.

VSSHP:n strategiset tavoitteet vuosille 2019-2020 (2019b), joita turvatilojen käyttöönotto tukee, ovat osaamisen ja palveluiden kehittäminen toimimalla yhteistyöverkostoissa, henkilöstön työssä jaksamisen turvaaminen sekä potilaan hoitoon osallistuminen ja asiakaskokemuksen huomioiminen. Kehittämishanke oli osa Tyks Psykiatrian, Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopiston yhteistyöhanketta TurvaSiipi - Hoitajien työturvallisuus, työhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa.

TurvaSiipi -hankkeessa kehitetään haastavan potilaan hoitoa siten, että perinteinen huone-eristys pyritään mahdollisuuksien mukaan korvaamaan uuden Turvatilamallin mukaisesti. Turvatilamalli perustuu ennaltaehkäisyyn, tilojen suunnitteluun ja vuorovaihtuuden lisäämiseen. Tavoitteena on näillä toimin tukea hoitohenkilöstön työturvallisuutta, työhallintaa ja työhyvinvointia. Hankkeen tutkimusosiossa selvitetään turvatilahoidon vaikutusta hoitohenkilökunnan työturvallisuuteen, työhyvinvointiin ja työhallintaan. Lisäksi hankkeen tutkimuksessa selvitetään potilaiden kokemuksia turvatilan käytöstä heidän hoidossaan. Hankkeen tutkimustulosten pohjalta luodaan ohjeistus TurvaSiipi -tilan käytöstä haastavien potilaiden hoidon tueksi psykiatriassa. (TurvaSiipi 2019.) Tässä kehittämissuunnitelmassa jäsennettiin ja opetettiin periaatteet, milloin potilasta hoidetaan turvatilassa, jotta toimintamallin vaikutuksia voidaan TurvaSiipi -hankkeessa tutkia. Kuviossa 1 on esitetty koe ja verrokkiryhmien asemoituminen ja hoitointerventioiden käyttö Tyks Psykiatrialla TurvaSiipi -hankkeessa.



Kuvio 1. TurvaSiipi -hankkeeseen osallistuvat Tyks Psykiatrian koeryhmät ja niissä toteutuvat interventiot sekä verrokkiryhmä.

Psykiatrisen potilaan hoito voi toteutua avohoidossa tai osastohoidossa. Osastohoidon tarve tulee kyseeseen, kun avohoidon toimet eivät riitä ja tarvitaan tehokasta lisätukea. Potilasta hoitaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja tai lähihoitaja sekä tarpeen mukaisesti sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, psykologi tai fysioterapeutti. Lisäksi potilaan hoidossa voi olla mukana kuntoutusohjaaja, liikunnanohjaaja tai askarteluohjaaja. Potilaan hoito sisältää hoidon tarpeen arvioinnin ja sen pohjalta yksilöllisesti suunniteltujen hoitotoimien toteuttamista. Nämä kirjataan potilaan kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan, joka on potilaan luottavissa sähköisesti OmaKannassa. Osastohoidossa potilas tapaa viikoittain osastonlääkärin. Tapaamisessa on läsnä myös hoitaja ja tarvittaessa myös potilaan omaisia tai läheisiä. Tapaamisessa tarkistetaan hoitosuunnitelman ajantasaisuus ja tehdään siihen tarvittavia muutoksia. (Karlsson 2020; Oksanen-Mäkelä 2020.)

Osastohoidossa potilaan on mahdollisuus käydä hoitajien kanssa terapeuttisia keskusteluja tarpeen mukaan useitakin kertoja viikossa. Kullekin potilaalle valitaan kaksi omahoitajaa, jotka vastaavat potilaan kokonaishoidosta ja sen etenemisestä. Omahoitajat luovat potilaan kanssa luottamuksellisen hoitosuhteen, tekevät yhteistyötä potilaan läheisten, avohoidon ja muiden potilaan verkostoon kuuluvien kanssa. Lisäksi omahoitajat huolehtivat hoitosuunnitelman toteuttamisesta sekä päivittämisestä ja sairaalahoidon päättyessä vastaavat potilaan jatkohoidon järjestymisestä käytännössä. Jos kumpikaan

omahoitajista ei ole työvuorossa, potilaalle nimetään vuorovastuuhoitaja, joka huolehtii hoidon toteutuksesta hoitosuunnitelman mukaisesti. (Karlsson 2020; Oksanen-Mäkelä 2020.)

Hoitajien toimenpiteet potilaan osastohoidossa voivat olla keskustelun lisäksi opastamista ja tukemista päivittäisissä toiminnoissa sekä yhdessä tekemistä ja auttamista kaikissa potilaan tarpeiden mukaisissa asioissa. Myös lääkehoito on tärkeä osa potilaan hoitoa, ja sen toteuttaminen ja sen käyttöön motivoiminen ovat yksi osa hoitohenkilöstön työnkuvaa. Lisäksi potilaiden osastohoitojaksoon voi kuulua erilaisiin ryhmätoimintoihin osallistumista. Mahdollisia ryhmiä voivat olla esimerkiksi liikunta-, keskustelu-, psykoedukaatio- tai kädentaitojen ryhmä tai erilaiset muut toiminnalliset ryhmät. (Karlsson 2020; Oksanen-Mäkelä 2020.)

Potilasta voidaan hoitaa psykiatrisessa sairaalassa vapaaehtoisesti tai mielenterveyslain (1116/1990) perusteella hänen tahdostaan riippumatta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon potilas voidaan määrätä, ”jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.” Mikäli potilas on määrätty hoitoon tahdosta riippumatta, potilaaseen voidaan tarvittaessa kohdistaa myös hänen perusoikeuksiaan rajoittavia toimenpiteitä eli niin sanottuja pakkotoimia. Näitä ovat muun muassa liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittaminen sekä hoitotoimenpiteet, kuten lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta, kiinnittäminen, potilaan eristäminen muista potilaista vastoin hänen tahtoaan tai potilaan sitominen. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Tyks Psykiatrian Psykoosivastuualueen osastoilla hoidetaan ja tutkitaan pääasiassa psykoosiin sairastuneita potilaita sairauden eri vaiheissa. Potilaan diagnoosina voi olla esimerkiksi skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, tyypin 1 kaksisuuntainen mielialahäiriö tai harhaluuloisuushäiriö.

Psykoosipotilaiden ajatusmaailma ja havainnointikyky ovat vääristyneitä ja heidän on vaikea erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Psykoottisen potilaan käytös ja puheet voivat olla hajanaista ja vaikeaselkoista. Lisäksi psykoottisina oireita voi ilmetä erilaisia aistiharhoja, kuten kuulo-, tunto- ja näköharjoja, ajattelun ja puheen häiriöitä, harhaluuloja,

eriasteisia käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöitä ja kognitiivisia puutoksia. Myös ahdistuneisuus, unihäiriöt, pelkotilat ja epäluuloisuus ovat tyypillisiä oireita, jotka voivat liittyä psykoosiin. (Hämäläinen ym. 2017, 253-254.)

2.4 Projektin organisaatio ja johtaminen

Projektipäällikkönä toimi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija, Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueen sairaanhoitaja. Tutoropettajana oli Turun ammattikorkeakoulun opettaja ja mentorina Tyks psykiatrian toimialueen kliinisen hoitotyön asiantuntija. Projektin etenemistä ohjasivat ja tukivat ohjaus- sekä projektiryhmä.

Ohjausryhmään kuuluivat mentorin ja tutoropettajan lisäksi Psykoosivastuualueen ylihoitaja sekä hallinnollinen osastonhoitaja ja uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikkö. Ohjausryhmän kanssa käytiin keskusteluja projektin etenemisestä ja sairaanhoitopiirin näkemyksistä ja odotuksista projektin toteutuksesta. Lisäksi psykoosivastuualueen hoitotyön johtajien (ylihoitaja ja hallinnollinen osastonhoitaja) kanssa käytiin keskusteluja projektin käytännön toteutusmahdollisuuksista huomioiden yksiköiden tilojen muutostarpeet ja henkilöstöresursointi.

Mentorointitapaamisia toteutui kuukausittain, lukuun ottamatta kolmen kuukauden taukoa kesällä ja kuukauden taukoa marraskuussa 2019. Tapaamiset toteutuivat kasvotusten tai Skype-yhteydellä. Tutoropettajan kanssa yhteydenpito toteutui sähköpostitse projektipäällikön tuen tarpeen mukaisesti ja lisäksi kahden keskisiä tapaamisia kasvotusten toteutui kertaalleen keväällä ja syksyllä 2019 sekä talvella 2020.

Koko ohjausryhmä kutsuttiin koolle kesän 2019 alussa yhdessä toisen ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijan (YAMK-opiskelija) kanssa, ja läsnä olivat muut, paitsi uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikkö. Lisäksi projektin edetessä konsultoitiin useita kertoja Psykoosien hoidon vastuualuejohtajaa ja hoitotyön johtoa liittyen uuden toimintamallin toimintaohjeeseen ja henkilökunnan koulutusvideoihin.

Projektiryhmään kuuluivat projektipäällikön lisäksi toinen YAMK-opiskelija sekä pilotoinnin kohteena olevien yksiköiden osastonhoitajat eli yhteensä kolme VSSHP:n työntekijää. Projektiryhmän kanssa suunniteltiin turvatilojen sijainti, mahdolliset remontointitarpeet ja sisustus, henkilökunnan koulutusten ajankohdat sekä tietojärjestelmiin tehtävät muutokset. Käytännön järjestelyjen osalta työnjako sovittiin projektipäälliköiden ja osas-

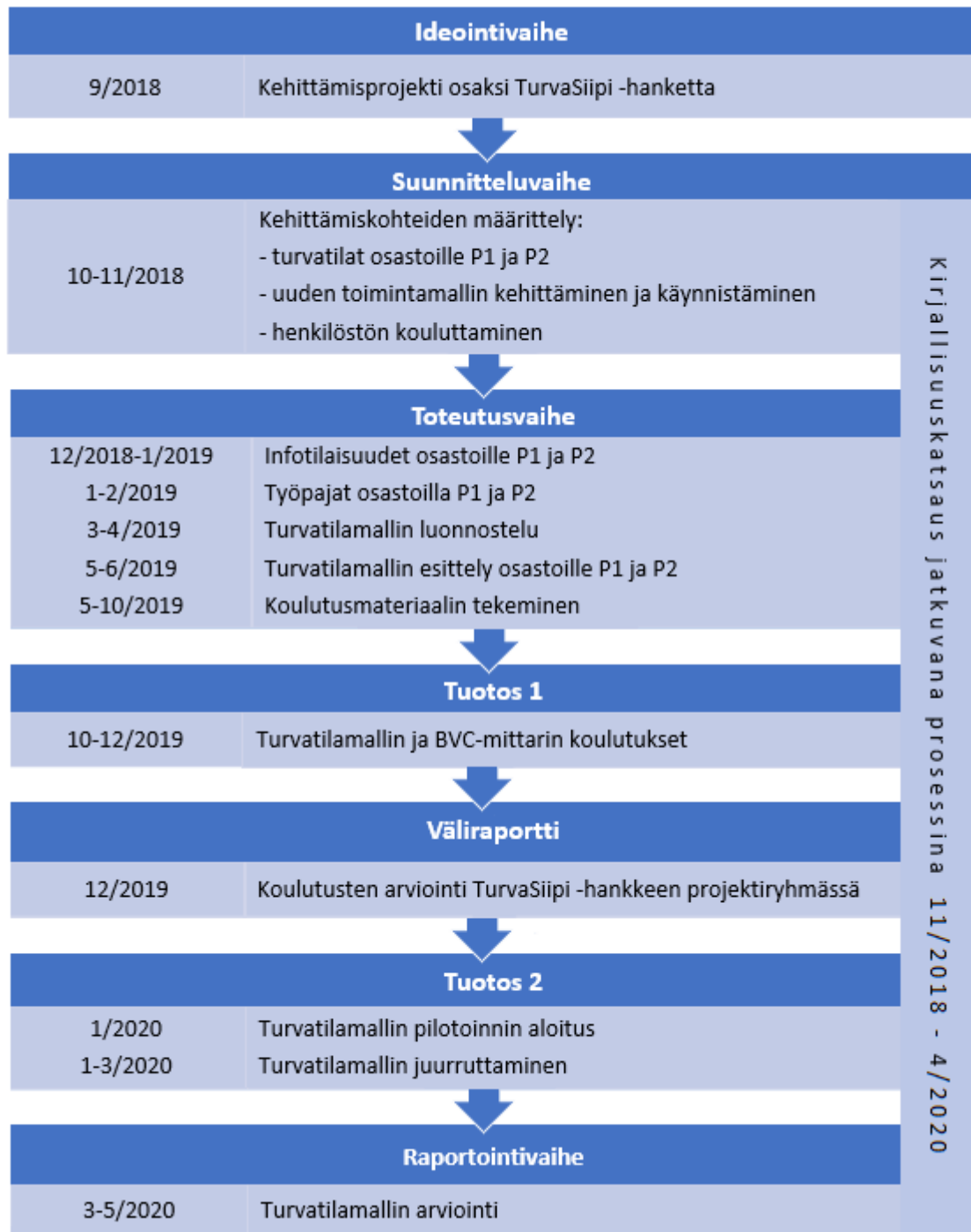
tonhoitajien kanssa. Yhteydenpito toteutui kasvotusten, puhelimitse ja sähköpostilla. Erilisiä projektiryhmän tapaamisia ei järjestetty kuin projektipäälliköiden kesken, koska osastonhoitajia oli mahdollista tavata lyhyesti muiden yhteistyötapaamisten lomassa ja heihin sai tarpeen mukaan nopeasti yhteyden käytännön asioissa. Projektipäälliköt tapasivat toisiaan sovitusti noin kahdesti kuukaudessa ja yhteydenpito puhelimitse tai sähköpostilla oli viikoittaista. Projektipäällikkö kantoi vastuuta projektin etenemisestä, organisoivat tarvittaessa tapaamisia ohjausryhmän jäsenten ja projektiryhmän kanssa sekä huolehti tarvittavien käytännön asioiden järjestämisestä delegoimalla ja sopimalla työnjaosta projektiryhmäläisten kanssa.

Projektipäällikkö sai lisäksi tukea kehittämisprojektin suunnitteluun osallistumalla VSSHP:n uuden psykiatrisen sairaalan toiminnalliseen kehittämistyöryhmään Turvasolukonsepti, johon kuului psykiatrian työntekijöitä eri vastuualueelta, työsuojeluvaltuutetut, sekä sairaalasuunnittelija ja uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikkö. Lisäksi kehittämisprojektin etenemistä tuki osallistuminen TurvaSiipi -hankkeen projektiryhmän kokouksiin, jossa oli läsnä sairaanhoitopiirin, Turun ammattikorkeakoulun sekä Turun yliopiston henkilöstöä. Hankkeen projektiryhmä toimi samalla kehittämisprojektin asiantuntijaryhmänä.

2.5 Kehittämisprojektin eteneminen

Kehittämisprojekti eteni seuraavan sivun kuvion 2. mukaisesti. Syksyllä 2018 Psykoosivastuualueen ylihoitajan ja uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikön aloitteesta kehittämisprojekti muodostui TurvaSiipi -hankkeen osaprojektiksi. Suunnitteluvaiheessa psykoosivastuualueen johdon (vastuualuejohtaja, ylihoitaja ja hallinnollinen osastonhoitaja) ja uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikön kanssa kehittämiskohteiksi määriteltiin turvatilojen rakentaminen osastoille P1 ja P2 mukaillen Hollannin mallia (van Mierlo ym. 2013), henkilöstön koulutuksen suunnittelu uuteen toimintamalliin ja sen toteutus sekä uuden toimintamallin käynnistäminen. Kirjallisuuskatsaus rakentui koko kehittämisprojektin ajan jatkuvana prosessina.

Psykoosiosastoille P1 ja P2 pidettiin ensimmäiset informaatiotilaisuudet YAMK-kehittämisprojektin taustoista joulukuussa 2018 ja tammikuussa 2019. Tilaisuudet pidettiin yhteistyössä toisen YAMK-opiskelijan sekä uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikön kanssa. Tilaisuuksissa projektipäälliköt esittäytyivät sekä kertoivat tavoitteista uuteen psykiatriseen sairaalaan liittyen ja Hollannin Tilburgin sairaalan toimintamallista.



Kuvio 2. Kehittämiprojektin eteneminen.

Uuden toimintamallin luominen Tyks Psykiatrialle aloitettiin työpajoissa Psykoosiosastoilla P1 ja P2 vuoden 2019 alussa. Työpajoissa pohdittiin toimintamallin käytön kriteereitä ja mietittiin toimintamallin käytäntöjä. Projektipäälliköt laativat työpajojen keskustelun sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta toimintamallin ensimmäisen version, jota arvioivat psykoosivastuualueen johto sekä uuden psykiatrisen sairaalan projektipäällikkö.

Touko- ja kesäkuun 2019 aikana ohjeistuksen ensimmäinen luonnos esiteltiin osastojen P1 ja P2 henkilöstölle kehittämispäivässä ja osastokokouksissa, ja jäätin odottamaan jatkokehittämisideoita työryhmiltä. Edellä mainituissa tilanteissa kehittämismenetelmänä käytettiin dialogia.

Toukokuusta 2019 alkaen projektipäälliköt, ohjausryhmää kuullen, suunnittelivat psykoosiosastojen P1 ja P2 henkilökunnan opettamisen Turvatilamalliin. Koulutusmateriaaleina olevat diaesitys ja case-videot olivat valmiita lokakuussa 2019.

Turvatilamallin koulutus osastoille P1 ja P2 toteutettiin yhteistyössä TurvaSiipi -hankkeen tutkijoiden kanssa loka-joulukuussa 2019. Henkilökunnan osaamisen kehittämisessä käytettiin valmentavaa työtettä, luento-opetusta ja opetusvideoita. Opetuksen aiheena tämän kehittämisprojektin näkökulmasta oli uuden toimintamallin käytön kriteerit, joka sisältää Brøset Violence Checklist (BVC) -mittarin (Liite 1) käytön ja kuvauksen potilaista, joita turvatilassa voi hoitaa huomioiden työturvallisuus. Joulukuussa 2019 koulutusmateriaaleja ja koulutusten toteutumista arvioitiin TurvaSiipi -hankkeen projektiryhmän kokouksessa, johon osallistui myös kehittämisprojektin ohjausryhmästä psykoosivastuualueen ylihoitaja.

Vuoden 2020 alussa Turvatilamallin pilotointi aloitettiin yhteistyössä TurvaSiipi -hankkeen tutkijoiden kanssa kertaamalla osastojen henkilökunnan kanssa toimintamallin periaatteet ja hankkeen tutkimukseen liittyvät käytännöt. Toimintamallin käyttöönottoa seurattiin osastokäynnein ja sen juurruttaminen toteutettiin oppimalla omasta toiminnasta.

Maalis-huhtikuussa 2020 Turvatilamallin käyttöönottoa arvioitiin SWOT -menetelmällä osastojen henkilökunnan kanssa, kun uutta toimintamallia oli toteutettu noin kahden ja puolen kuukauden ajan. Lisäksi toimintamallin käyttöönotosta käytiin palautekeskustelu psykoosivastuualueen johdon sekä osastojen P1 ja P2 osastonhoitajien kanssa. Turvatilan pilotointijakson kestää hankkeen tutkimuksen myötä kokonaisuudessaan 10 kuukautta, joten toimintamallin juurruttaminen jatkuu vielä YAMK-kehittämisprojektin jälkeen. Lopullinen raportti kehittämisprojektista valmistui toukokuussa 2020.

3 TIEDON HAKU

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jäsentää neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Se on luonteeltaan aineistolähtöistä ja argumentoivaa. Se tähtää asian ymmärtämiseen ja lisäksi siinä on mahdollisuus perustellusti ohjata tarkastelua tiettyihin erityiskysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Siinä on havaittavissa kahta erilaista suuntausta: narratiivista ja integroivaa kirjallisuuskatsausta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on vielä jaoteltavissa toimitukselliseen, kommentoivaan ja yleiskatsaukseen. Vaikka narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusaineisto, ei ole käynyt läpi systemaattista seulaa, voidaan päätyä synteessin kaltaisiin johtopäätöksiin. Lisäksi kuvailevalla narratiivisella kirjallisuuskatsauksella voidaan tuottaa ajankohtaista tietoa. (Salminen 2011, 6-7.)

Tämä kirjallisuuskatsaus toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaisesti. Katsaus on narratiivinen ja se on luonteeltaan yleiskatsaus. Yleiskatsauksessa tiivistetään aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja analysoidaan tuloksia kuvailevana synteessinä, jossa yhteenvedo on ytimekäs ja johdonmukainen (Salminen 2011, 7).

Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

1. Miten väkivallan uhka näyttäytyy psykiatrisella osastolla?
2. Miten väkivalta näyttäytyy psykiatrisella osastolla?
3. Miten pakkotoimia vähentämällä luodaan turvallisempi hoitoympäristö psykiatrisen osaston henkilöstölle?
4. Miten Brøset Violence Checklist (BVC) -mittarin käyttäminen edistää pakon käytön vähentämistä psykiatrisessa osastohoidossa?

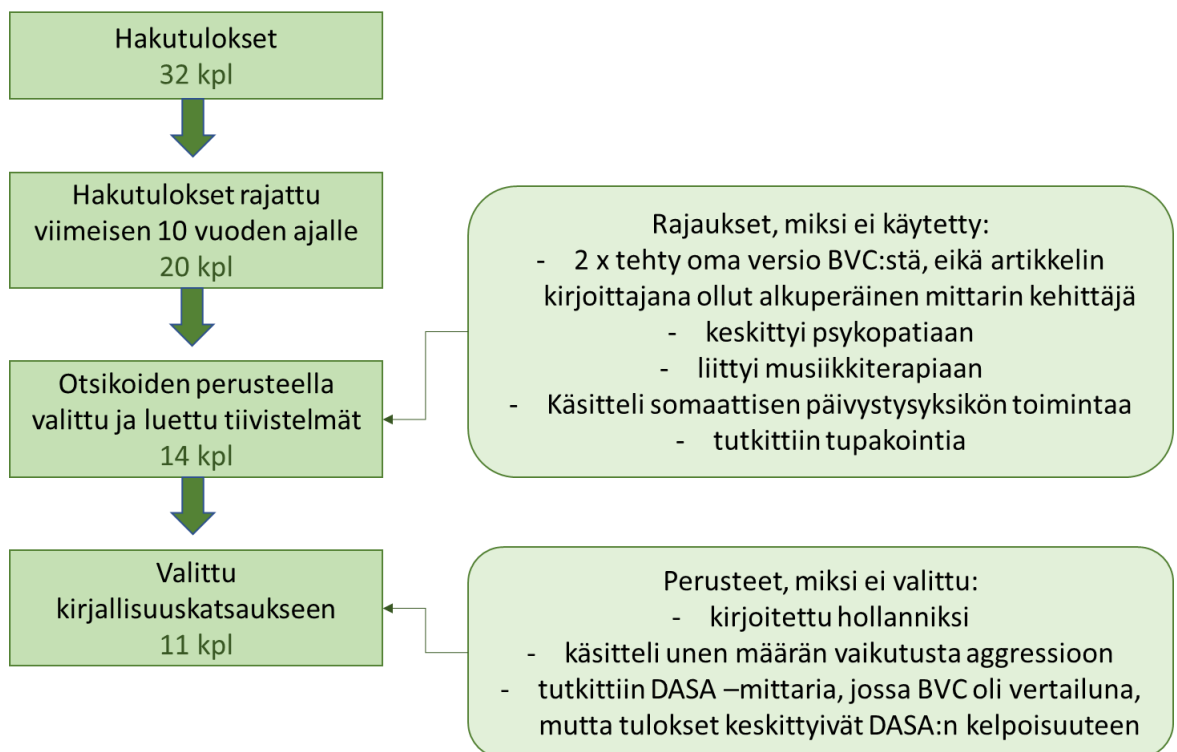
Kirjallisuuskatsaus koostettiin perehtymällä kahteen kehittämisprojektin näkökulmasta oleelliseen neljän vuoden sisällä julkaistuun teokseen ja niiden lähdeluetteloihin. Lähtökohtana oli, että tutkimusartikkelit olisivat korkeintaan 10 vuotta vanhoja, mutta poikkeuk-

sia myös tehtiin. Toinen teoksista oli THL:n (2016) työpäpaperi Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Teokseen on koottu potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavat säädökset ja käytännöt Suomessa. Se luo perustan Suomessa toteutettavalle psykiatrisen potilaan hoidolle ja nostaa esille ennaltaehkäiseviä ja pakolle vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kyseistä lähdettä käytettiin kirjallisuuskatsauksessa ja se ohjasi perehtymään Kuuteen ydinstrategiaan (Huckshorn, 2004) pakon käytön vähentämisessä. Lisäksi kyseisen teoksen lähteistä poimittiin kaksi muuta tutkimusartikkelia, jotka valikoituivat otsikoiden perusteella. Toinen artikkeleista käsitteli kuuden ydinstrategian käyttöä Suomessa, ja toinen oli yksi ensimmäisistä artikkeleista, jossa käsiteltiin BVC-mittarin luotettavuutta. Jälkimmäinen oli yli 10 vuotta vanha, mutta oleellinen aiheen kannalta.

Toinen valittu teos oli kehittämisprojektin taustahanketta edeltäneen hankkeen, EriTurva-hankkeen loppuraportti Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaristuksen aikana (Lahti ym. 2018). Kyseisessä loppuraportissa Lahti ym. (2018) ovat kuvanneet, minkälaisia työturvallisuusuhkia psykiatrisessa hoitotyössä ja eristämistilanteissa kohdataan ja miten potilaat sekä henkilökunta ne kokevat. Lähdeviitteitä oli teoksessa yhteensä 187, joista ensin valittiin otsikoiden perusteella 86. Tämän jälkeen karsittiin lähes kaikki 10 vuotta vanhat teokset pois, lukuun ottamatta lakeja ja Vihreää kirjaa. Seuraavaksi karsittiin lähdeteoksia pois rajaten aihetta otsikoiden perusteella vain kuvauksiin psykiatristen potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä sekä heihin kohdistuvista itsemääräämisoikeutta rajoittavista hoitokeinoista ja niiden käytön vähentämisestä. Yhdeksää artikkelia ei ollut saatavilla. Lopulta tarkastelun alle jäi 42 lähdeviitettä, joista valikoitui 15 lähdeteosta, joista tutkimusartikkeleita oli 12. Perusteena kyseisten artikkelien hyödyntämiseen, olivat niiden kuvaukset psykiatristen potilaiden väkivaltaisesta käyttäytymisestä sekä heihin kohdistuvista itsemääräämisoikeutta rajoittavista hoitokeinoista ja niiden käytön vähentämisestä. Muut kolme lähdettä olivat Mielenterveyslaki 1116/1990, Työturvallisuuslaki 738/2002 ja Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan, ETENE:n julkaisu Mielenterveysetiikka. Ne valikoituivat katsaukseen, koska ne ohjaavat toimintaa psykiatrisissa sairaaloissa. Lisäksi välillisesti raportin lähdeviitteet ohjasivat hakemaan Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2012) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman väliarvioinnin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2018) tilastoraportin Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2017.

Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa tehtiin haku Pubmed -tietokannasta hakusanalla ”Brøset Violence Checklist”. Haun tulosten karsinta kuvattu Kuviossa 3. Lisäksi käytettiin Google

Scholaria, jossa tehtiin haku BVC -mittarin tekijöiden nimellä: Almvik and Woods. Tämän haun myötä poimittu manuaalisesti kaksi artikkelia, jotka ovat 10 vuotta vanhoja, mutta ensimmäisiä julkaisuja, joita kyseisen mittarin tekijät ovat julkaisseet tutkimuksistaan mittaria kehitettäessä. Lisäksi kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yksi vanhempi tutkimusartikkeli, joka ollut pohjatyönä BVC-mittaria kehitettäessä ja tunnistettaessa väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyviä yleisimpiä ennakkopiirteitä.



Kuvio 3. Haku PubMed -tietokannasta termillä ”Brøset Violence Checklist” ja tulosten karsinta.

Kahden keskeisen teoksen lähdeviitteiden hakemisen myötä, kirjauduttiin ResearchGateen. Sieltä ehdotettiin aiheisiin liittyviä tutkimusartikkeleita, joita valikoitu kirjallisuuskatsaukseen kolme. Kaksi artikkelia oli julkaistu hiljattain 2019. Toinen näistä käsitteli pakotoimien käyttöä Suomessa ja toinen BVC-mittarin jatkekehittämistä. Yksi artikkeli oli vuodelta 2015 ja siinä käsiteltiin BVC-mittarin käytettävyyttä Portugalissa. Kyseiset artikkelit valikoituneet aiheen, abstraktin ja julkaisujen ajankohdan myötä. Kaikki kirjallisuuskatsauksessa käytetyt artikkelit on lueteltu liitteessä 2.

3.2 Kirjallisuuskatsauksen täydentäminen

Kirjallisuuskatsausta täydennettiin vielä käymällä uudelleen läpi kahden oleelliseksi katsotun lähdeeteoksen, eli THL:n työkirjan ja EriTurva -hankkeen loppuraportin lähdeluetteiloita ja sieltä valikoitui vielä otsikon perusteella 15 artikkelia tarkasteluun. Näistä 14 artikkelia oli saatavilla ja ne luettua, 7 artikkelia valittiin kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsausta täydentävät artikkelit lueteltu liitteessä 3.

EriTurva -hankkeen lähteistä valikoitui neljä tutkimusartikkelia, jotka liittyivät potilaiden väkivaltaiseen käytökseen, potilaan kokemuksiin eristämisestä ja sitomisesta sekä pakon käytön ehkäisemiseen ja vaihtoehtoisiin menetelmiin. THL:n työkirjasta valikoitui artikkeli, jossa tuli esille potilaiden kokemuksia pakon käytöstä ja psykiatrisesta hoidosta sekä toinen artikkeli, joka käsitteli riskiarviointimittareiden käyttöä pakkotoimien käytön vähentämiseksi. Lisäksi yhtä tutkimusta oli käytetty molempien keskeisten teosten lähteenä. Se käsitteli eristämisen ja lepositeiden käyttöä potilaiden hoidossa, selvittäen, minkä tyyppisten potilaiden kohdalla niitä on käytetty ja minkälaisia kokemuksia ja ajatuksia potilailla oli eristämisen ja sitomisen vaihtoehtoisista menetelmistä.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Väkivalta ja sen uhka psykiatrisessa osastohoidossa

Väkivaltarikoksista vain 5-10 prosentilla tekijöistä on psykoottinen sairaus. Väkivaltaa ei siis voi selittää pelkästään mielen horjumisella, mutta väkivaltaista käytöstä ei voi jättää huomiotta käsiteltäessä mielenterveyttä. Ihmisen sairastuessa psykoosiin hänen riskinsä käyttäytyä väkivaltaisesti kasvaa hieman. Päihteiden käyttö lisää väkivaltaista käyttäytymistä. Kaikkia mielenterveyspotilaita ei kuitenkaan tule leimata väkivaltaisiksi, ja potilaan saama hyvä mielenterveyden hoito vähentää väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. (ETENE 2009, 15-16.)

Psykiatrisella osastolla ilmenevä väkivalta voi olla lyömistä kädellä tai esineellä, sylkemistä, potkimista, kuristamista, puremista, lattialle heittämistä, raajojen vääntämistä, hiuksista repimistä, raapimista, tavaroiden heittelemistä ja rikkomista, ampuma- tai lyömäaseella uhkaamista tai toiseen kiinni tarttumista. (Lennaco ym. 2017; Moylan & Cullinan 2011; Välimäki ym. 2013). Valtaosaan väkivaltatilanteista liittyy myös sanallista aggressiota (Lennaco ym. 2017).

Seuraavissa luvuissa käsitellään tarkemmin uhkaavan ja väkivaltaisen potilaan ominaisuuksia ja minkälaisiin tilanteisiin väkivalta usein liittyy psykiatrisella osastolla. Lisäksi tässä kuvataan psykiatrian henkilökunnan näkökulmasta, miten yleistä ja mitä seurauksia väkivallalla ja sen uhalla on.

4.1.1 Uhkaava tai väkivaltainen potilas

Psykiatriset potilaat, jotka herkemmin taipuvat väkivaltaan, eivät muodosta homogeenistä ryhmää vaan väkivaltaiseen ja uhkaavaan käytökseen voivat vaikuttaa potilaan ja henkilöstön yksilölliset biologiset tekijät sekä persoonallisuus, vuorovaikutukselliset tekijät sekä hoitoympäristöön liittyvät tekijät. (Anderson & West, 2011; Hämäläinen ym. 2017, 241.) Potilaiden diagnoosi voi kuitenkin joskus vaikuttaa siihen, luokitellaanko po-

tilas vaaralliseksi tai ei. Tulkintoja ei kuitenkaan tehdä aina samalla tavalla ja ammattilaiset voivat vaikuttaa toisiinsa omalla puhetavallaan, kun he puhuvat potilaista. (Terkelsen & Larsen, 2016).

Eristämis- ja sitomistilanteissa esiintyy yleensä väkivallan uhka (Välimäki ym. 2013, 63). Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset perusteet potilaan eristämiseksi tai sitomiseksi liittyvät pitkälti potilaan väkivaltaiseen tai uhkaavaan käytökseen. Potilas voidaan mielenterveyslain perusteella eristää muista potilaista tai sitoa, jos hänen käytöksensä tai uhkauksensa todennäköisesti johtavat muiden tai potilaan itsensä vahingoittamiseen tai jos hän käytöksellään on jo vakavasti vaikeuttanut toisten hoitoa tai vaarantanut omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta. Lisäksi jokin muu erittäin painava hoidollinen syy, voi olla perusteena potilaan eristämiseksi tai sitomiseksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa nuoria (18-29-vuotiaat) potilaita eristettiin tai sidottiin enemmän kuin vanhempia (50-64-vuotiaat). Sukupuolella ei nähty olevan vaikutusta eristämisten tai sitomisten määriin, mutta naisten kohdalla todellinen väkivaltainen teko oli useammin syynä eristämiseksi/sitomiseksi, kun taas miesten kohdalla syynä oli useammin aggressiivisuus tai vaarallisuus. Skitsofrenia- ja päihdepotilaiden keskuudessa eristäminen ja sitominen olivat suhteellisesti laskettuna yleisempää kuin muilla potilailla. Päihdepotilaiden kohdalla tyypillisimmät syyt eristämiseksi oli agitaatio tai sekavuus. Hoidon akuutissa vaiheessa, ensimmäisten neljän hoitopäivän aikana, potilaan riski joutua eristetyksi oli selkeästi korkeampi, kuin myöhemmin hoidon aikana. Kuitenkin hoidon alussa eristämisen syynä oli useammin sekavuus kuin väkivaltainen käytös. Potilaan hoidon vaiheella ja päädiagnoosilla oli tutkimuksen mukaan enemmän merkitystä riskissä tulla eristetyksi tai sidotuksi, kuin potilaan sukupuolella tai iällä.

Van de Sande ym. (2013) pääsivät yhteneviin tuloksiin Keski-Valkaman (2010) kanssa eristettyjen potilaiden nuoren iän ja riippuvuusdiagnoosin yleisyyden suhteen. Skitsofreniadiagnoosin sijaan, van de Sande ym. (2013) totesivat eristettyjen potilaiden diagnoosin usein olevan kaksisuuntainen mielialahäiriö. Heidän tutkimuksessaan arvioitiin myös miessukupuolen olevan ominaisuus, joka on voitu yhdistää kohonneeseen riskiin tulla eristetyksi. Lisäksi kohonneeseen riskiin tulla eristetyksi yhdistettiin sekavuus, psykologinen vamma, vaikeudet sosiaalisissa taidoissa, naimattomuus ja persoonallisuushäiriö. Tutkimuksessa todettiin myös, että eristetyt potilaat olivat ohjautuneet hoitoon vastentahtoisesti ja hoitajaksot olivat pidempiä verrattuna potilaisiin, joita ei oltu eristetty.

4.1.2 Uhka- ja vaaratilanteet

Arnetz ym. (2015) ovat tutkimuksessaan tunnistaneet väkivallan aiheuttajiin liittyvän kolme erilaista teemaa, jotka ovat potilaan käyttäytyminen, potilashoito ja erilaisiin olosuhteisiin sidotut tilanteet. Potilaan käyttäytymiseen liittyvät tilanteet koskevat potilaiden kognitiivisia rajoitteita ja tahtoa lähteä sairaalasta. Potilashoitoon liittyvät neulojen käyttö hoidossa, kipua ja epämukavuutta tuottavat hoitotoimenpiteet ja potilaiden fyysiset siirtämiset paikasta toiseen. Olosuhteisiin liittyviä väkivaltatilanteita aiheuttavat potilaan sitominen, hoidon prosessissa tapahtuvat muutokset, sekä tilanteet, kun tulee suojella toisia potilaita tai henkilökuntaa ja kun potilaita pitää uudelleenohjata toisaalle. Väkivaltatilanteen laukaisevia tekijöitä voi myös olla kerralla useampia. Terkelsenin & Larsenin (2016) tutkimuksessa laukaiseviksi tekijöiksi potilaan aggressiiviseen käytökseen oli kuvattu muun muassa poliisit uniformuissaan, pakkolääkitys, lääkityksen lopettaminen, henkilökunnan asenne ja miestyöntekijät. Laukaisevat tekijät voivat liittyä myös psykoottiseen oireiluun, kuten äänien kuulemiseen.

Olosuhteisiin liittyen suomalaisessa tutkimuksessa Virtanen ym. (2011) tunnistivat yhteyden, miten tilanahtaus ja osastojen ylikuormitus psykiatrisilla osastoilla voivat lisätä potilaiden väkivaltaista käytöstä. Väkivaltainen käytös kohdistui herkemmin henkilökuntaan kuin esineisiin, mikä johtunee siitä, että potilaat kokivat kiukkua ja turhautuneisuutta hoitajia kohtaan. Samaisessa tutkimuksessa havaittiin myös, että henkilökuntaan tai esineisiin kohdistuvaa väkivaltaa esiintyi enemmän osastoilla, joissa hoitopäivien määrät olivat korkeampia.

Englantilaisessa tutkimuksessa erityisen väkivaltainen käytös oli yhdistettävissä osastoihin, joissa hoidettiin paljon lain perusteella hoitoon määrättyjä, ovet olivat lukittuina ja henkilökuntaa, etenkin päteviä sairaanhoitajia oli enemmän. Tutkimustulokset olivat kuitenkin riittämättömät osoittamaan henkilökunnan määrän ja väkivaltaisen käytöksen välistä luonnetta. Lisäksi väkivaltainen käytös oli yhdistettävissä osastoihin, joissa oli paljon vaihtuvuutta potilaissa ja potilailla oli alkoholin käyttöä. (Bowers ym. 2009.)

Rajoitusten asettaminen potilaalle on todettu olevan yksi väkivaltaa lisäävä tekijä (Bowers ym. 2009; Terkelsen & Larsen 2016; Iennaco ym. 2017). Terkelsenin & Larsenin (2016) tutkimuksessa todettiin erikseen tarkkojen osastosääntöjen vaikuttaneen väkivaltaiseen käytökseen. Esimerkiksi yöajat olivat potilaille haasteellisia, koska silloin asioita oli kielletty, kuten tupakointi, kahvin juominen ja ulkoileminen. Kokemus siitä, että joku

muu kontrolloi tekemisiä, saattaa jollekin laukaista voimattomuuden tunteen ja se, että joku muu kontrolloi tekemisiä voidaan kokea myös provokaationa.

Yhdysvalloissa 113 aggressiivista tilannetta psykiatrisilla osastoilla arvioitiin ja suurin osa tilanteista esiintyi pian osastolle tulon jälkeen. Jonkin asian kieltäminen aiheutti 22% tilanteista. Päivittäisissä toimissa avustaminen tai vaatiminen potilasta ottamaan lääkkeitä aiheutti 10% tilanteista ja toiset potilaat 9%. Lisäksi väkivaltatilanteiden taustalla tunnistettiin olevan potilaan hoidon vaihe (esimerkiksi osastosiirot), potilaan tahto poistua osastolta tai potilaan kognitiivinen vointi liittyen sairauteen. Puolessa arvioiduista tilanteista ei tunnistettu tilannetta aiheuttavaa tekijää. (Lennaco ym. 2017.) Välimäen ym. (2013) tutkimuksessa väkivalta- ja vaaratilanteet esiintyivät yleisimmin huone- ja eristystiloissa. Lisäksi ulko-oven läheisyydessä ja osastojen käytävillä oli väkivalta- ja uhkatileilmoitusten perusteella paljon tapahtumia.

Hoitajat ja potilaat voivat myös kokea väkivaltaa laukaisevat tekijät eri tavoin ja myös reagoivat erilaisiin asioihin. Terkelsenin ja Larsenin tutkimuksessa (2016) ammattilaiset reagoivat, kun potilaat esimerkiksi sylkivät heitä kohden tai heitä uhattiin sanallisesti. Potilaan sukupuoli yhdistettynä tiettyyn diagnoosiin voi joskus myös olla laukaisevana tekijänä hoitajan reagointiin. Esimerkiksi ei-psykoottinen ja aggressiivinen nainen sai hoitajat reagoimaan tilanteisiin herkemmin, kuin psykoottinen nainen, joka oli tullut hyväksikäytetyksi, koska ensin mainitun arvioitiin käyttäytyvän laskelmoivasti. Tietyt tekijät, jotka laukaisivat potilaan aggression, saivat puolestaan hoitohenkilökunnan pelkäämään vähemmän. Esimerkiksi fyysisten tavaroiden niukkuus tai puuttuminen eristämisalueella ja leposidevuode, on nähty ammatillisena keinona hallita vaarallisia tilanteita.

4.1.3 Uhka- ja vaaratilanteiden yleisyys ja seuraukset

Moylanin ja Cullinanin (2011) tutkimukseen osallistuneista psykiatrian työntekijöistä (N=110) 80 % oli kokenut väkivaltaa uransa aikana. 65 % väkivaltaa kokeneista oli loukannut itsensä väkivaltatilanteessa ja 26 % saanut vakavan vamman. Noin 40 % vammoista oli mustelmia ja verenpurkaumia. Muita vammoja olivat naarmut ja haavat, silmävammat ja selkä- sekä nivelvammat. 7 %:lla hoitajista oli väkivallasta aiheutunut murtumia ja 2 % oli ollut tajuttomana. Tutkimukseen osallistuneiden kesken oli yhteensä ollut 2119 poissaolopäivää potilaiden väkivaltaisen käyttäytymisen takia. 13 hoitajaa oli joutunut olemaan pois töistä yli kuukauden ja neljä työntekijää yli puoli vuotta.

Vastaavia lukemia fyysistä väkivaltaa kokeneista työntekijöiden määrästä on saatu suomalaisessa tutkimuksessa, jossa 85 % psykiatrian työntekijöistä (N=1089) oli kokenut uransa aikana väkivaltaa. 30% työntekijöistä kuvasi kokevansa väkivaltaa harvemmin kuin vuosittain, 31% 1-2 kertaa vuodessa, 16 % 1-3 kertaa kuukaudessa ja 8 % kuvasi kokevansa väkivaltaa vähintään kerran viikossa. Aseella uhkaamista oli kokenut 37 % henkilökunnasta koko uransa aikana ja 7 % arvioi, että aseella uhkaamista tapahtuu 1-2 kertaa vuodessa. Vain 6 % henkilökunnasta ei ollut koskaan nähnyt potilaan kohdistaman väkivaltaa esineisiin. Esineisiin kohdistuvaa aggressiota oli 40 % henkilökunnasta todistamassa kerran tai kaksi vuodessa ja 9 % vähintään kerran viikossa. (Virtanen ym. 2011.)

lennacon ym. (2017) tutkimuksessa 71 % väkivaltatapauksista (N=113) kohdistui työntekijöihin, 10 % toisiin potilaisiin ja 9 % muihin henkilöihin, kuten vierailijoihin tai vartijoihin ja 10 % esineisiin. 11% tapauksissa ei ollut kohdetta ja itsetuhoisuutta esiintyi 10 %:ssa tilanteita. 58% tilanteista ei aiheutunut seurauksia uhrille ja kolmessa tilanteessa jokin esine vaurioitui. 29 tapauksessa väkivallan uhan tunne oli ainoa seuraus tilanteesta. Muihin kohteisiin nähden työntekijät kokivat 3,4 kertaa todennäköisemmin uhan tunnetta, mutta saivat pienemmällä todennäköisyydellä näkyviä vammoja. 57,5 %:ssa tilanteista ei tullut seurauksia uhrille.

4.2 Henkilökunnan työturvallisuus psykiatrisella osastolla

Väkivallan uhka mielenterveysammattilaisilla on yleistä (Anderson & West, 2011). Kun työhön liittyy väkivallan uhka, on työolosuhteet järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet mahdollisuuksien mukaan ennaltaehkäistään. Työnantajan on huolehdittava ennakoinnista esimerkiksi laatimalla toimintaohjeet, joissa kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla voidaan rajoittaa väkivaltatilanteiden vaikutuksia. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Kun tunnistetaan potilaiden väkivaltaiseen käytökseen liittyvät tilanteet ja niiden aiheuttajat sairaalahoidossa, sairaalan johto saa tietoa asioista, joihin puuttua. Näin ollen sairaalan henkilökuntaa voidaan opettaa tunnistamaan riskitekijät ja miten ehkäistä tai lieventää yleisimpiä väkivaltatilanteita. (Arnetz ym., 2015.)

Työntekijän korkeampi ikä on yhdistetty pienempään todennäköisyyteen joutua potilaan fyysisen väkivallan uhriksi. Sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on puolestaan lähes kaksin-

kertainen riski kokea fyysistä väkivaltaa verrattuna lääkäreihin tai osastonhoitajiin. Miehet, nuoremmat työntekijät, sairaanhoitajat ja lasten tai nuorten yksiköissä työskentelevät tekevät eniten ilmoituksia liittyen esineisiin kohdistuvaan väkivaltaan. (Virtanen ym. 2011.) Välimäen ym. (2013) tutkimuksessa todettiin, että psykiatrialla työskentelevistä työntekijöistä suurimmassa riskissä altistua väkivallalle on vakituksessa työsuhteessa oleva nuori mies, joka tekee vuoro- tai muuten epäsäännöllistä työtä.

Hoitajat ovat kertoneet turvattoman olon psykiatrisella osastolla liittyvän fyysisiin ympäristötekijöihin, kuten kanslian etäisyyteen ja turvalaitteiden puutteeseen; kommunikoinnin puutteeseen vartioiden kanssa; työjärjestelyihin organisaatiossa, kuten työn ja hoitajien suhteelliseen määrään sekä potilaiden ominaisuuksiin. Turvallisuuden tunnetta lisää luottamus työryhmään, koulutus uhkatilanteita ennaltaehkäisevistä keinoista, työkokemus ja tiedon välittäminen riskipotilaista. Psykiatrialla työskentelevät hoitajat ovat tuoneet myös esille, että he harvemmin tuntevat olonsa täysin turvalliseksi, mutta turvattomuuden tunne ei kuitenkaan vaikuta heidän päivittäiseen työhönsä. (Goulet & Larue 2017)

Tulkitsemalla psykiatrisen potilaan hoitotilanteessa väkivaltaa laukaisevia tekijöitä, hoitajat pyrkivät ehkäisemään väkivaltatilanteita (Välimäki ym. 2013). Tärkeää psykiatrisella osastolla on opettaa henkilökunta tunnistamaan väkivallan aiheuttajat ja opettaa keinoja kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvät potilaat, jotta henkilöstölle aiheutuvat vahingot potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvissä tilanteissa saadaan vähenemään. Vaikkei kaikkia väkivaltatilanteita saada ehkäistyä, on todettu, että koulutuksesta on merkittävää hyötyä. Monet uhkatilanteet osuvat henkilökunnan kohdalle uran alkuvaiheessa, jolloin perehdytysohjelmiin on hyvä sisällyttää asianmukainen väkivaltapotilaiden hallintaan liittyvä koulutus. Koulutuksen tulee sisältää lääkkeiden käytön lisäksi, potilaiden käyttäytymisen hallintaa, verbaalisten ennaltaehkäisytekniikoiden harjoittelua ja itsepuolustusta. (Anderson & West, 2011.)

Hoitajien tulee toiminnallaan varmistaa, että hoitoympäristö on turvallinen potilaalle. Avoin, rehellinen ja jatkuva vuorovaikutus sekä yhteistyön tekeminen hoitajien ja potilaiden välillä vaikuttavat ennaltaehkäisevästi uhkaavan käytöksen syntymiseen. (Hämäläinen ym. 2017, 242.) Vaikka mielenterveystyössä tulee potilaan paras ensin ja potilaille tarjotaan parasta mahdollista hoitoa, on myös tärkeä, ettei laiminlyödä omaa psyykkistä ja fyysistä terveyttä, jotta pystyy suorittamaan oman työnsä tehokkaasti. Väkivaltatilanteisiin liittyen on myös olennaista määritellä sopiva tapa raportoida väkivaltatilanteista,

jotta henkilökunta saa asiankuuluvan tuen tapahtuman jälkiseurauksiin liittyen. (Anderson & West, 2011.)

EriTurva-hankkeessa potilaiden huone- ja sidontaeristysten aikaiset hoitajien kokemat riskitekijät luokiteltiin vuorovaikutukseen, hoitajien työtapoihin ja ergonomiaan, ympäristötekijöihin ja potilaan ominaisuuksiin. Vuorovaikutukseen liittyviä riskitekijöitä olivat tilanteet, joissa ei saatu luotua potilaaseen katsekontaktia tai puheyhteyttä, hoitajan epäammattillinen puhetyyli, epäluottamus ja potilas-hoitaja -vastakkainasettelu. Hoitajien työtapoihin liittyvinä riskitekijöinä nousi esille hoitajien sijoittuminen eristyshuoneeseen, yksin työskentely, väärät kiinnipito-otteet, epäergonomiset työasennot sekä epäselvät roolit ja vastuut hoitajien kesken. Eristyshuoneen kameravalvonnan laatu ja huoneen fyysiset ominaisuudet, kuten kapea oviaukko, liukastumisriski, kuutiopöytä sekä patja, kiinteiden kalusteiden sijainnit ja terävät kulmat nähtiin ympäristötekijöinä lisäämässä eristystilanteiden turvallisuusriskiä. Lisäksi turvallisuutta heikentävänä ympäristötekijänä mainittiin osaston henkilökunnan vähäinen määrä osastolla. Potilaisiin liittyviä ominaisuuksia, jotka heikentävät hoitajien kokemaa työturvallisuutta olivat potilaan kiihtyneisyys, aggressiivisuus, päihtyneisyys, sairauden hoitoresistenssi ja hoitokielteisyys. Lisäksi potilaan iso koko lisäsi turvattomuuden tunnetta ja turvallisuusriskinä mainittiin myös se, jos potilaalla oli mukana eristyksessä vieras esine tai päällään omat vaatteet. (Lahti ym. 2018, 59.)

EriTurva -hankkeen tulosten mukaan eristämisen aikana hoitajan läsnäololle jää hyvin vähän aikaa ja kontakti potilaaseen keskittyy perustoimintoihin, kuten ravitsemuksesta, puhtaudesta ja erittämisestä huolehtimiseen. Potilaat kaipaisivat enemmän vuorovaikutusta. Hoitajahaastatteluissa pakkotoimien eettinen näkökulma koettiin vaikeaksi, koska toisaalta hoitajat toivovat eristyshuoneista luopumista, mutta toisaalta he kokevat, ettei muuta vaihtoehtoa haastavan tilanteen hoitamiseksi ole kuin eristäminen. (Lahti ym. 2018, 82-89.)

Terkelsenin & Larsenin (2016) tutkimuksessa kuvattiin, miten pelko ja aggressio voivat luoda vaarallisia tilanteita suljetulla psykiatrisella osastolla ja miten nämä tilanteet yhdistyvät ihmisten suhteisiin ja aineelliseen kontekstiin. Jotta vaaran ja vahingot voisi ehkäistä on eettinen velvollisuus tarjota potilaille materiaaleiltaan provosoimaton ympäristö ja ilmapiiri, jossa laukaisevia tekijöitä tulee minimoida ja stereotypioita välttää.

4.3 Pakon käyttö ja sen vähentäminen psykiatrisella osastolla

Kuvaamalla, miten pakkotoimia on käytetty ja mikä on ollut niiden käytön kehityssuunta, ilmenee samalla, miten henkilökunta joutuu alttiiksi uhka- ja väkivaltatilanteille, kun he rajoittavat potilaan itsemääräämisoikeutta. Tässä käsitellään myös potilaiden kokemuksia pakkotoimien käytöstä, koska se puolestaan kuvaa, miksi heidän näkökulmastaan pakon käytön vähentäminen on tärkeää. Tarve pakkotoimien käytön vähentämiselle on myös huomioitu juuri ilmestyneessä Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa vuosille 2020-2030 (Vorma ym. 2020). Tämän kappaleen alaluissa käsitelläänkin erilaisia menetelmiä, joita on kehitetty vähentämään pakon käyttöä ja erityisesti potilaan eristämistä ja sitomista psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin (2018) mukaan vuonna 2017 Suomessa hoidettiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastolla 24 495 potilasta ja hoitajaksojen määrä oli 37 705. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia pakkotoimia käytettiin 4026 potilaan kohdalla yhteensä 11 478 kertaa. Hoitajaksojen osuus, joilla raportoitiin käytetyn pakkotoimenpiteitä, oli 13 %. Vuonna 2016 vastaava luku oli noin 8 %. Tässä tulee kuitenkin huomioida, että pakkotoimien käytön raportoimiseen hoitoilmoitusrekisterissä lisättiin vuoden 2017 alussa kategorioita, joista yksi oli liikkumisen vapauden rajoittaminen, joka oli selvästi eniten raportoitu pakkotoimi. Vuonna 2017 1023 potilasta eristettiin muista potilaista yhteensä 1637 kertaa. Sitomista lepositeilla toteutettiin 1166 kertaa 533 potilaan kohdalla ja 293 potilaan kohdalla käytettiin hoidollista kiinnipitämistä yhteensä 885 kertaa. Tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia, muun muassa lääkkeenantamista tahdosta riippumatta, käytettiin yhteensä 1156 kertaa 563 potilaan kohdalla. (THL 2018, 5, 8-10.)

Vuosilta 1995-2014 on tehty kansallinen rekisteritutkimus Suomessa, jossa tarkasteltiin 226,948 psykiatriseen sairaalaan sisäänkirjoitetun potilaan rekisteritietoja keskittyen potilaisiin, joiden hoidossa on käytetty pakkotoimenpiteitä. Pakkokeinojen käytön keskimääräinen yleisyys oli vaihtelevaa vuosina 1995-1999, mutta se tasoittui noin 10 prosenttiin vuosina 2000-2007 ja laski asteittain vuoteen 2014 mennessä noin 9 prosenttiin. Ainoastaan sitominen on osoittanut selkeää laskusuuntaa vuosien 2001-2014 aikana laskien 4,77 prosentista 2,67 prosenttiin. Tahdonvastaisten injektioiden suhteellinen määrä on ollut melko pysyvä, mutta vuosien 2010-2013 välillä niiden määrä nousi. Myös fyysinen kiinnipitäminen lisääntyi samaan aikaan, mutta kuitenkin väheni taas vuoden 2014 aikana. (Välimäki ym. 2019.)

Kun työntekijä käyttää potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä tämän hoidossa, tulee hänen huomioida, mitä vaaratilanteita niiden käytöstä voi aiheutua potilaalle (ETENE 2009, 7). Potilaat kokevat eristämisen ja sitomisen pääasiassa negatiivisesti (Keski-Valkama 2010; Kontio ym. 2012; Soininen 2014). He ovat kuvanneet tunteita vihaksi, peloksi ja yksinäisyydeksi, mutta myös turvalliseksi. Se, ettei eristämishuoneessa ole tekemistä, on koettu ahdistavaksi ja tylsäksi. (Kontio ym. 2012.)

Potilaat voivat kokea eristämisen myös autonomian tunteen menettämisenä, ja vertaavat sitä vangitsemiseen (Goulet & Larue 2017). Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa kaksi kolmasosaa potilaista (N=106) ajatteli eristämisen rangaistuksena, koska kokivat sen epäinhimillisenä toimintana ja yksinäisyytenä tai ajattelivat sen olevan seurausta huonosta käytöksestä. Osa potilaista koki eristämisen rangaistuksena, koska eivät tieneet, miksi heidät oli eristetty. Muita selityksiä rangaistuksen kokemukselle olivat lukitussa huoneessa oleminen, pitkään eristettynä oleminen ja jatkuvan valvonnan alla oleminen. Suurin osa potilaista kuitenkin koki eristämisen olevan tarpeellinen menetelmä psykiatrisessa sairaalassa, ja väkivaltainen käytös ja sillä uhkaaminen, agitaatio sekä sekavuus olivat potilaiden mielestä yleisimpiä perusteltuja syitä käyttää sitä.

Terkelsenin ja Larsenin (2016) tutkimuksessa Norjassa tuli esille, miten lepositeisiin joutumisen uhkaa käytettiin joskus sanallisissa varoituksissa potilaille. Sitä käytettiin myös muistuttamaan sekä potilaita, että henkilökuntaa mahdollisesta vaaratilanteesta. Eräs hoitaja kuvasi, miten lepositeet ovat tarpeellisia edustaen turvallisuutta, vaikkakin ajatteli, ettei se ole koskaan hyvä käyttää niitä. Hoitajien kokemaa pelkoa lievensi mahdollisuus käyttää eristämisaluetta tai lepositeitä, kun puolestaan potilaat kokivat näiden toimenpiteiden enemmän provosoivan aggressiota. Potilaiden kuvauksissa kiinnipitämiseen ja lepositeiden käyttöön liittyen tuli esille nöyryytetyksi ja loukatuksi tulemisen tunteita, kipua ja toimenpiteen turhuutta, kun tilanne olisi voitu välttää keskustelulla. Lisäksi potilaat toivat esille kokemustaan, että sitominen voi laukaista paranoidisuuden.

Eristämisen haitallisina puolina potilaat ovat tuoneet esille, miten se vaikutti negatiivisesti psyykkiseen vointiin ja aiheutti hyljeksityksi tulemisen tunnetta, negatiivisen asenteen hoitoa kohtaan, saavutettujen lupien menetyksen sekä pelkoa, että joutuu uudelleen eristetyksi. Eristämisen hyödyllisyyttä potilaat ovat perustelleet sillä, että sen myötä on oppinut kontrolloimaan omaa käytöstään, saanut yksityisyyttä tai kokenut sen vaikuttaneen positiivisesti vointiinsa. (Keski-Valkama 2010.) Soinisen (2014) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat enemmän hyötyvänsä eristämisestä ja sitomisesta, kuin tarvetta sille. Eristämisen ja sitomisen hyödyn määrä koettiin kuitenkin vähäiseksi.

Potilaat ovat myös kokeneet, että sitomista ja eristämistä käytetään joskus ylireagojen asiattomaan käytökseen, eivätkä he aina ymmärrä, miten toimenpiteet ovat oikeutettuja. Potilaat haluavat kuitenkin paremmin ymmärtää tilanteita myös hoitohenkilöstön näkökulmasta. (Goulet & Larue 2017.) Eristetyt ja sidotut potilaat ovat tuoneet esille myös kokemustaan, ettei heidän mielipiteitään oteta hoidossa tai etenkin eristämistilanteissa huomioon, vaikkakin heitä kuullaan. He eivät myöskään koe saavansa tarpeeksi tietoa hoidon tapahtumista. Hoitokulttuurin tulisi kehittyä siten, että potilaita otettaisiin enemmän mukaan hoidon suunnitteluun ja heillä olisi myös mahdollisuus sanoa sanansa tilanteissa, kun mietitään eristämistä ja sitomista. (Kontio ym. 2012; Soininen ym. 2013.)

4.3.1 Pakon käytön vähentämisen Kuusi ydinstrategiaa

THL:n julkaisemassa työkirjassa (Makkonen ym. 2016, 18-19) huomioidaan pakon käytön vähentämisen Kuusi ydinstrategiaa -toimintamalli, joka on rekisteröity Yhdysvaltojen käypähoito -suositukseksi. Kuudesta ydinstrategiasta ensimmäinen on johtajuus. Eristämisen ja sitomisen vähentäminen käynnistyy johtamisesta ja suunnitelmasta, jossa määritellään pakon käytön vähentämisen missio, hoidon filosofia ja arvot sekä kunkin työntekijän roolit ja vastuut. Johtamisella varmistetaan käyttäjien, perheenjäsenten ja edustajien osallistuminen pakon käytön vähentämisessä. Pakon käytön johtamisessa on tärkeää asettaa tavoitteita ja jatkuvasti seurata ja tarkistaa saavutettuja tuloksia. Esimiesten tulee arvioida ja huomioida henkilöstön kehittämistarpeet, ja esimiehet voivat myös käyttää työntekijöiden palkitsemista hyvistä saavutuksista pakon käytön vähentämisessä. On tärkeää luoda yhteistyöhön perustuva, ei-rankaiseva työympäristö, jotta tunnistetaan haasteelliset tilanteet ja voidaan keskustellen tuoda esille odotuksia. Näissä odotuksissa esimiesten on pysyttävä johdonmukaisena. Potilaiden näkökulmasta, johtajuudella tulee mahdollistaa sellainen hoitoympäristö, jossa voidaan toteuttaa erilaisia hoidollisia ja kuntouttavia toimenpiteitä. (Huckshorn 2004, 24; Huckshorn 2008.)

Toinen ydinstrategia ohjaa hyödyntämään yksiköiden toiminnasta saatavaa tietoa. Tarkastelun kohteena ovat kunkin yksikön vuorokohdaiset tapahtumat, tilanteissa olleet hoitajat, eristämistä tai sitomista vaativien potilaiden tyypilliset ominaisuudet, tahdonvastaiset lääkitsemistoimet sekä vammat, joita aiheutunut eristämistä tai sitomistilanteissa potilaille ja henkilökunnalle. Tilastotietojen pohjalta asetetaan saavutettavat tavoitteet ja arvioidaan muutoksia. Samalla edistetään terveellistä kilpailutilannetta eri yksiköiden ja

osastojen välillä ja saadaan yksilöllistä tietoa kunkin hoitajan pakon käytön osaamisen tasosta. (Huckshorn 2004, 26; Huckshorn 2008.)

Kolmas ydinstrategia keskittyy henkilöstön kehittämiseen. Hoitoympäristön tulee olla sellainen, että henkilöstön toimintaperiaatteet, prosessit ja käytännöt vähentävät pakkokeinojen käyttöä ja konflikteja. Henkilökunta harjoittelee eristämisen ja sitomisen soveltamista ja sellaisten vaihtoehtojen tarjoamista potilaille, jotka on suunniteltu opettamaan oireidenhallintaa ja itsekontrollia yksilöllisesti. Tämä vaatii myös yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimista, jossa potilas on mukana. Tämä strategia edellyttää myös jatkuvaa viestintää, mentorointia, valvontaa ja seuranta, jotta varmistetaan henkilökunnan riittävä osaaminen. Tämä huomioidaan myös koulutuksissa, uusien työntekijöiden rekrytoinnissa, työn kuvauksissa, suorituskyvyn arvioinneissa ja uuden työntekijän perehdytyksessä. (Huckshorn 2004, 27; Huckshorn 2008.)

Neljäs ydinstrategia koskee ennaltaehkäiseviä työmenetelmiä ja arviointeja, jotka on määritelty yksikön käytänteisiin ja kunkin potilaan yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin. Menetelmiä ja arviointeja ovat väkivallan riskiarviointi, aikaisempien pakkotoimien määrittäminen, traumahistorian arvioiminen, henkilöiden tunnistus, joilla on korkeat riskitekijät kuolemalle ja vammautumiselle, de-eskalaatiokartoitukset tai kriisisuunnitelmat, syrjimättömän kielen käyttö puheissa ja kirjallisissa asiakirjoissa, ympäristön muutokset, rauhoittumis- tai aistihuoneet, aistimodulaatio toiminnot ja muut merkitykselliset hoitotoiminnot, jotka on suunniteltu opettamaan tunnesäätelyn taitoja. (Huckshorn 2004, 28; Huckshorn 2008.)

Viidennessä ydinstrategiassa potilaat, lapset, perheet ja tukihenkilöt eri rooleissa otetaan mukaan organisaation eri tasoilla avustamaan pakonkäytön vähentämistä. Heidän roolinsa ja sen tärkeys tulee olla muulla henkilökunnalla tiedossa. He voivat toimia valvonnassa, seurannassa, jälkipuintihaastatteluisissa, vertaistukihenkilöinä tai valtuutettuina laitoksen toimikunnissa. Johtava työntekijä seuraa, tukee ja auttaa näiden vapaaehtoisten työntekijöiden mukaanottoa ja heille järjestään myös lisäkoulutusta. (Huckshorn 2004, 29; Huckshorn 2008.)

Kuudes ydinstrategia korostaa kaikkien sitomis- ja eristystilanteiden perusteellista analysointia, jotta saadaan tietoa, minkälaisien tilanteiden toistoa tulee jatkossa välttää. Lisäksi tarkoituksena on vähentää haitallisia ja mahdollisesti traumatisoivia vaikutuksia niin tilanteessa mukana olleille työntekijöille, itse potilaalle ja kaikille, jotka näkevät tilanteen. Suositus sisältää kaksi analyysiä: välitön tilanteen jälkeen tapahtunut analyysi ja

lisäksi hoitoryhmän kanssa käytävä virallisempi ongelma-analyysi. (Huckshorn 2004, 29; Huckshorn 2008.)

Kun näitä kuutta ydinstrategiaa käytettiin yhdessä, saatiin hyviä tuloksia pilotoinnissa, johon osallistui Yhdysvaltojen 25 osavaltiota. Tietoja eristämisen ja sitomisen käytöstä saatiin kahdeksan eri osavaltion sairaalasta. Viidessä sairaalassa kahdeksasta saatiin vähennettyä sitomiseen käytettyjen tuntien määrää, seitsemässä sairaalassa kahdeksasta sidottujen potilaiden määrä väheni ja viidessä sairaalassa seitsemästä oli vähemmän sitomistilanteita. Eristämisen osalta viidessä sairaalassa seitsemästä saatiin vähennettyä eristämiseen käytettyjen tuntien määrää, kuudessa sairaalassa seitsemästä eristettyjen potilaiden määrä väheni ja kuudessa sairaalassa kuudesta oli vähemmän eristämistilanteita. (Huckshorn 2004, 31.)

Suomessa kuuden ydinstrategian käytettävyyttä tutkittiin väkivaltaisten ja vaikeahoitoisten psykoosipotilaiden hoidossa valtion mielisairaalassa. Tutkimuksessa todettiin, että menetelmällä on mahdollista merkittävästi vähentää eristämisen ja sitomisen käyttöä ilman, että väkivaltaisuus olisi lisääntynyt. Menetelmää käyttävällä osastolla sellaisten hoitopäivien osuus kuukaudessa, jolloin pakkokeinoja käytettiin, laski 30 %:sta 15 %:iin, ja sitomiseen ja eristämiseen käytetty aika laski 110 tunnista 56 tuntiin sadassa hoitopäivässä. Potilaisiin liittyvät työtapaturmat henkilöstöllä aiheuttivat 70 % vähemmän sairaspöissaoloja ja niiden kesto väheni noin 81%. (Putkonen ym. 2013.)

4.3.2 Menetelmiä potilaan eristämisen ja sitomisen vähentämiseksi

Soininen (2014) suosittaa, miten erilaisia vaihtoehtoisia menetelmiä eristämiselle ja sitomiselle tulisi käyttää enemmän. Hän mainitsee menetelminä aikalisän, yhden hengen huoneen käytön, hoitajien olemisen läsnä enemmän osastolla ja aktiviteettien lisäämisen. Kontion ym. (2010) tutkimuksessa kysyttiin henkilökunnalta menetelmiä vähentää eristämistä ja sitomista potilaiden hoidossa. Tämän tutkimuksen suosituksena oli koostaa klinisen työn ohjekirja pakkotoimien vaihtoehtoisten menetelmien käytöstä.

THL:n vuonna 2016 julkaisemassa työkirjassa, Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa, on erikseen kuvattu käytäntöjä eristämisen ja sitomisen välttämiseksi. Näitä ovat omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen, riittävä lääkitys, ympäristöön vaikuttaminen, vakauttaminen, vierihoito, hoidollinen kiinnipitäminen, ohjaaminen toiminnallisuuteen, rauhallisen tilan hyödyntäminen,

potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen ja sitomisen keskittäminen tietyille osastolle), prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen sekä potilaan hoitotahdon huomioiminen ja mahdollisten toiveiden toteuttaminen. Lisäksi työkirjassa korostetaan pakkokeinojen käytön prosessimallia eli potilaalle tehtävien toimenpiteiden tulisi edetä lievimmästä pakkotoimenpiteestä pakottavampaan. Ensin yritetään rauhoittaa tilanne tehostamalla potilaan lääkitystä, seuraavaksi vierihoidtamalla, kolmanneksi kiinnipitämällä, neljäntenä vaihtoehtona eristämällä potilas muista potilaista ja vasta viimeisenä vaihtoehtona sitomalla hänet. (Makkonen ym. 2016, 23-25.)

Vierihoidolla aikuisten psykiatrisella tarkoitetaan jatkuvaa henkilökunnan läsnäoloa rauhottoman, äänekkään tai aggressiivisen potilaan kanssa tai sellaisen potilaan kanssa, joka käyttäytymisellään häiritsee muita potilaita. Vierihoidtoa voidaan toteuttaa myös tilanteessa, jossa odotetaan potilaalle annetun rauhoittavan lääkkeen vaikutusta. Potilaan kanssa siirrytään rauhallisempaan tilaan, jossa voidaan keskustella potilaan kanssa tai vain rauhoitella potilasta olemalla läsnä. (Innokylä 2010.) Vierihoidtaja sovitaan vuorossa olevista hoitajista ja vaihtoja tehdään potilaalle tuttujen hoitajien kesken. Kun hoitaja ja/tai lääkäri sopii vierihoidosta potilaan kanssa, perustuu vierihoido vapaaehtoisuuteen. Jos vierihoido toteutetaan potilaan tahdosta riippumatta, se vaatii lääkärin määräyksen. (Makkonen 2016, 24.)

Työkirjassa mainittujen vaihtoehtoisten menetelmien lisäksi Kontion ym. (2010) tutkimuksessa oli henkilökunta tuonut esille myös, miten tietyt auktoriteetit ovat rauhoittaneet aggressiivisia potilaita osastolla, kuten lääkäri, poliisi tai isompi määrä mieshoitajia. Lisäksi muita menetelmiä, joilla potilas on saatu rauhoittumaan aggressiivisessa tilanteessa, on ollut esimerkiksi potilaan siirtäminen tilanteesta toisaalle, seurannan lisääminen, oikeuksien vähentäminen, potilaan antaminen itsenäisesti suorittaa jokin toiminto loppuun tai potilaan huoneesta poistuminen (Lennaco ym. 2017).

Potilaiden kokemukset ovat yhteneviä THL:n työkirjan (Makkonen ym. 2016) kanssa. Potilaat ovat tuoneet esille, miten rauhoittuminen omassa huoneessa, sanallinen puuttuminen, lääkitys ja mielekkään tekemisen tarjoaminen olisivat olleet parempia vaihtoehtoja eristämiseksi (Keski-Valkama 2010; Kontio ym. 2012). Lisäksi potilaat ovat tuoneet esille, että rentouttava musiikki, siirtyminen raskaammin valvottuun yksikköön ja selkeämmin esitetyt osaston säännöt olisivat voineet auttaa heitä paremmin, kuin eristäminen (Keski-Valkama 2010).

Norjassa yhtenä ennakoivana toimenpiteenä on käytetty korkean väkivaltariskin potilaan sijoittamista eri tilaan toisista potilaista. Suljetulla akuutilla osastolla on osaston yhteydessä erillinen intensiivisen hoidon tila, jossa on kaksi erillistä siipeä, joissa kummassakin on kaksi yhden hengen huonetta. Tilassa on enimmäkseen aina hoitaja läsnä, mutta potilaat ovat erillään muista osaston potilaista. (Valeer ym. 2011.) Gouletin ja Laruen (2017) tutkimuksessa hoitohenkilöstö kuvasi, miten hoitoympäristön rakenteita on muutettu parantamaan terapeutista hoitoympäristöä ja esimerkkinä tästä mainittu potilaiden rauhoittumishuone. Potilaat toivat esille, että he olisivat voineet rauhoittua nopeammin, jos eristysuhuone olisi ollut samanlainen kuin rauhoittumishuone.

Kontion ym. (2012) tutkimustuloksissa potilaat korostivat terapeuttisen, turvallisen ja kodikkaan hoitoympäristön merkitystä, ja toivoivat, että kaikilla olisi mahdollisuus omaan rauhalliseen yhden hengen huoneeseen. Rochen ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että positiivinen toimintaympäristö voi edesauttaa myös hoitajien kykyä luoda terapeuttihoitosuhde potilaaseen psykiatrisella osastolla. Henkilöstön näkökulmasta toimintaympäristöön vaikuttaviksi tekijöiksi mainittiin myös esimerkiksi hoitajan mahdollisuudet jatkuvaan kouluttautumiseen ja urakehitykseen sekä osallistuminen hoidon jatkuvuuden parantamiseen.

Tutkimukset ovat myös osoittaneet tarvetta paremmalle ammatilliselle kohtelulle ja kommunikaatiolle hoitajan ja potilaiden välillä ennen ja jälkeen potilaan eristämisen tai sitomisen sekä niiden aikana (Goulet & Larue 2017; Kontio ym. 2012; Lahti ym. 2018). Terapeutista hoitosuhdetta vahvistaviksi tekijöiksi on mainittu muun muassa luottamuksen saavuttaminen, rauhoittaminen, lohduttaminen, keskustelu, sopimuksista neuvottelemisen, empatian osoittaminen, yhteisten tavoitteiden asettaminen ja kannustava lähestymistapa (Goulet & Larue 2017).

Vaihtoehtoina eristämiselle tai sitomiselle potilaat ovat lisäksi esittäneet hoitajan tai lääkärin läsnä olemista potilaan kanssa, huomioimista ja ymmärtämistä, aktiivista vuorovaikutusta ja inhimillistä pohdintaa sairauteen liittyen (Kontio 2012). Joskus hoitajat voivat käyttää stereotyyppisiä tulkittessaan vaarallisia tilanteita, mikä voi auttaa hoitajia suunnittelemaan hoitostrategiat, esimerkiksi välttääkseen väkivaltatilanteet silloin, kun potilaat näyttävät. Potilaat haluavat kuitenkin tulla kohdatuiksi yksilöinä ja uskovat sen auttavan heitä rauhoittumaan. (Terkelsen & Larsen, 2016).

Hoidon etiikalla, inhimillisyydellä ja dialogisuudella voitaisiin siis vähentää vaaratilanteita ja sen myötä eristämisen ja sitomisen tarvetta osastolla. Hoidon etiikka ja dialogisuus

tulisikin nähdä eettisenä viitekehyksenä ehkäisemään pelkoa, vaaraa ja aggressiivisuutta. Se tarkoittaa työntekijälähtöisestä prosessista siirtymistä potilaslähtöiseen dialogiin. Ammatillinen asenne saattaisi vähentää uhkaavia ja väkivaltatilanteita ja empaattinen kohtaaminen voi olla ratkaisevaa. Lisäksi laukaisevien tekijöiden vähentäminen voisi vähentää uhkatilanteita. (Soininen 2014; Terkelsen & Larsen, 2016.)

Suomessa on kartoitettu akuutilla vastaanotto-osastolla, mitä ennaltaehkäiseviä hoitomenetelmiä käytettiin, jos lyhyen aikavälin väkivaltariskiarviointimittarista (Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA)) sai korkeat pisteet. Yleisin ennaltaehkäisevä hoitomenetelmä oli tarvittavan lääkkeen antaminen. Tarvittavan lääkkeen antaminen ei tutkimuksessa kuitenkaan vaikuttanut seuraavan päivän DASA-arvioinnin kokonaispistemäärään, mikä viittaisi siihen, että lääkkeen antaminen ei vähentänyt väkivallan uhkaa. Tutkimuksessa havaittiin, että lääkkeettömät ja yhteisymmärryksessä tehdyt toimenpiteet, kuten päivittäiset aktiviteetit liittyivät merkittävästi havaitun väkivaltariskin vähentymiseen. Tutkimus kannustaakin henkilöstöä käyttämään mielikuvitustaan, kun arvioivat, mitä ennaltaehkäisevää hoitomenetelmää voisivat käyttää väkivaltariskiä vähentääkseen. (Kaunomäki ym. 2017.)

Hollannissa otettiin käyttöön viisi potilaan käytöstä ja vointia arvioivaa mittaria (BVC, Kennedy-Axis V, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Dangerous Scale ja Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS)), joiden myötä potilaiden eristämisten kesto väheni lähtötasoon nähden 45 %. Ennen uutta interventiota, osastolla todettiin väkivaltatilanteita keskimäärin 4,9 yhden viikon aikana ja tutkimusintervention myötä niiden määrä väheni 1,7 tilanteeseen viikossa. Mittareiden tuloksia tarkasteltiin päivittäin, ja kerran viikossa niitä arvioitiin vielä tarkemmin. Mittareiden tulokset ohjasivat keskusteluihin, minkälaisia toimia pitäisi potilaan hoidossa tehdä. Tällä menetelmällä muutettiin työryhmän fokus jatkuvaan potilaiden toimintojen seurantaan ja oireiden hoitamiseen ennen käyttäytymiseen liittyvien häiriöiden ilmenemistä, sen sijaan, että olisi panostettu aggressiivisten tilanteiden hoitamiseen silloin, kun niitä esiintyy. (van de Sande ym. 2011.)

Arviointimittareiden on todettu olevan hyviä työvälineitä tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita (Anderson & Jenson, 2019; Valeer ym. 2011) ja auttamaan vähentämään väkivaltatilanteita psykiatrisilla osastoilla (van de Sande ym. 2011). Riskiarvioinneilla ja henkilöstöön kohdistuvalla neuvonnalla voikin näin olla vaikutusta pakon käytön vähentämisessä (Dahm ym. 2015; van de Sande ym. 2011). BVC:n ja Violence Risk Screening-10:n (V-RISK-10) on arvioitu soveltuvan parhaiten akuuttiin psykiatriseen hoitoympäristöön. (Anderson & Jenson, 2019.)

4.4 Brøset Violence Checklist – Lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointimittari

4.4.1 BVC -mittarin käyttö

BVC on validoitu ja strukturoitu mittari, joka on kehitetty potilaan väkivaltaisuuden riskin arvioon psykiatrisella osastolla lyhyellä aikavälillä. Se perustuu ajatukseen, että väkivaltaisuutta harvoin ilmenee ilman tunnistettavia ennakkomerkkejä. (Almvik 2008.) Almvik ja Woods kehittivät mittarin perustuen Linakerin ja Busch-Iversenin (1995) tutkimukseen, jossa oli viiden vuoden ajalta tutkittu päivittäistä raportointia oikeuspsykiatrisella osastolla. Tutkimuksessa oli tunnistettu 56 erilaista käyttäytymismuotoa 24 tuntia ennen väkivaltatapahtumaa. Kuusi yleisintä potilaiden käyttäytymisessä havaittavaa piirrettä olivat sekavuus, ärtyisyys, riehakkuus, sanallisesti uhkaava käytös, fyysisesti uhkaava käytös ja esineisiin kohdistuva aggressio. (Almvik ym. 2000.)

BVC-mittarissa kuusi edellä mainittua yleisintä käyttäytymismuotoa arvioidaan pisteellä yksi, jos kyseistä käytöstä tapahtuu ja pisteellä nolla, jos käytöstä ei esiinny. Yhden arviointikerran pisteet lasketaan yhteen ja kokonaismäärää tulkittaessa nolla tarkoittaa, että väkivallan riski on pieni. Pistemäärä yksi ja kaksi tarkoittavat, että väkivallan riski on kohtalainen ja olisi tarpeen tehdä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Piste kolme tai sitä suuremmat merkitsevät väkivallan riskin olevan erittäin suuri ja on ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin ja tehdä suunnitelma mahdollisen väkivaltatilanteen hallitsemiseksi. Arviointi tehdään joka työvuorossa eli kolme kertaa vuorokaudessa. (Almvik ym. 2000.)

Väkivaltariskiä arvioivien mittarien on tarkoitus auttaa työntekijöitä tunnistamaan potilaat, joilla väkivaltariski on kohonnut. Arvioitaessa väkivaltaisuuden riskiä henkilökunta tarkentaa riskin todennäköisyyttä huomioimalla myös oman kliinisen kokemuksen ja potilaan näkemyksen. (Makkonen ym. 2016, 21.) BVC-mittaria on kuvattu helppokäyttöiseksi ja nopeaksi menetelmäksi seuloa mahdollisesti väkivaltaisia potilaita (Clarke ym. 2010, Valeer ym. 2011, Yao ym. 2014, Moursel ym. 2019).

4.4.2 BVC -mittarin herkkyys, tarkkuus ja luotettavuus

Mittarin laatijat tutkivat mittarin herkkyyttä, tarkkuutta ja arvioitsijoiden välistä luotettavuutta neljällä akuuttiosastolla eri psykiatrisissa sairaaloissa Norjassa. Tutkimustulosten mukaan BVC-mittarilla pystyttiin ennakoimaan 63 % tarkkuudella väkivallan esiintyminen

ja 92% tarkkuudella, ettei väkivaltaa esiinny seuraavan 24 tunnin aikana. BVC-mittarin soveltuvuus ennustamaan väkivaltaista käyttäytymistä seuraavan 24 tunnin aikana arvioitiin lupaavaksi, mutta lisää tutkimuksia kaivattiin selvittämään tutkimuksen luotettavuutta, hyväksyttävyyttä ja validiutta. (Almvik ym. 2000.) BVC-mittariin liittyen tutkimuksia onkin tehty laajasti ympäri maailmaa käyttäen suoraan BVC-mittaria tai hieman muokaten mittaria.

Tanskassa oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla BVC on osoittanut tyydyttävää tarkkuutta ja herkkyyttä. Lähes neljä potilasta kymmenestä, jotka saivat pisteitä kolme tai enemmän, odotettiin tapahtuvan fyysinen hyökkäys seuraavan 24 tunnin aikana. Puolestaan potilailla, jotka saivat alle 3 pistettä BVC-mittarista, oli 0,1 prosentin riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Hvidhjelmin ym. 2014.)

Turkissa BVC-mittari implementoitiin käyttämällä sitä kahdesti päivässä. Sisäänkirjoituspäivän lisäksi arviointi tehtiin vain seuraavien kolmen päivän ajan. Potilaiden BVC-mittarin pisteet olivat korkeimmillaan sisäänkirjoituspäivänä ja laskivat vähitellen kolmen ensimmäisen päivän aikana. Mittarin kokonaispisteiden raja-arvoksi määriteltiin pistemäärä 2, jolloin saavutettiin 52%:n herkkyyys ja 100 %:n tarkkuus. Kokonaisuudessaan mittarin luotettavuus ja pätevyys saivat tutkimuksesta tukea. Tutkimuksessa suositeltiin, että olisi hyvä selvittää myös mittarin tehokkuutta arvioida väkivaltariskiä koko sairaalahoidon keston ajan. (Moursel ym. 2019.)

Kiinassa (Yao ym. 2014) ja Portugalissa (Marques ym. 2015) BVC-mittarilla on todettu olevan suotuisa luotettavuus, pätevyys ja ennustava tarkkuus. Portugalissa BVC-mittarin herkkyyden todettiin olevan 77 % ja tarkkuuden 100 %. Tyypillisimmät väkivaltaa ennakoivat käyttäytymisen piirteet olivat ärtyisyys, riehakkuus (äänekkäästi levoton) ja sanallinen uhkaavuus. (Marques ym. 2015.)

Abderhalden ym. (2004) halusivat selvittää, säilyykö mittarin ennustavat ominaisuudet toisenlaisessa psykiatrisessa asetelmassa, kuin alkuperäisessä Almvikin ym. (2000) tutkimuksessa. Sveitsissä kuudella psykiatrisella osastolla käytettiin saksankielistä versiota BVC-mittarista (BVC-G). Tutkimusversioon lisättiin useita kohtia, jotta mittaustulos voitiin vahvistaa. Näitä olivat taustatiedot sairaanhoitajista (esim. kokemus) ja visuaalisteikko (VAS) arvioimaan mittarin kuuden käyttäytymismuodon vakavuutta ja esiintyvyyttä. Mittaria täytettiin kunkin potilaan kohdalla neljän ensimmäisen hoitopäivän ajan tai siihen asti, kun potilas uloskirjoitettiin. Tutkimuksen mukaan BVC-G-mittarin ennustettava tark-

kuus osoittautui johdonmukaiseksi alkuperäisen norjalaisen BVC-mittarin kanssa. Kuitenkin tutkimuksessa ehdotettiin muutoksia pistemäärien tulkintaan siten, että 0-1 pistettä vastaisi pientä väkivallan riskiä, 2-3 pistettä kuvaisi kohtalaista riskiä ja 4-6 korkeaa riskiä ja vasta tällöin ryhdyttäisiin välittömiin ennaltaehkäiseviin keinoihin.

Norjassa Langsrud ym. (2019) tutkivat, parantaisiko BVC-mittarin ennustavaa ominaisuutta nukkumiseen liittyvän tiedon lisääminen mittariin. Tutkimus tehtiin psykiatrisessa intensiivihoidon yksikössä (psychiatric intensive care unit, PICU) ja nukkumiseen liittyen huomioitiin yöunien pituus ja kahden yön välisen yönunen muutos. Tutkimuksessa todettiin, että BVC-mittarin kyky ennustaa aggressiivisia tapahtumia parani. Kuitenkin lisää tutkimusta nukkumisesta ja sen vaikutuksesta aggressiiviseen käytökseen tulee tehdä enemmän, koska unen yhdistäminen mittariin ei ennustanut aggressiivisia tapahtumia tilastollisesti merkittävästi.

Norjassa on psykiatrian yksikössä tehty myös tutkimusta, olisiko BVC-mittari laajennettuna Self-Report Risk Scale:lla (SRS) ja yksittäisellä kohdalla Violence Risk Screening 10 -mittarista (V-RISK-10) tarkempi osoittamaan lyhyemmän ajan väkivaltariskiä, kuin BVC-mittari yksinään. V-RISK-10 -mittarista käytettiin kohtaa 2, jossa huomioitiin aiempi ja/tai nykyinen uhka. BVC-arviointi tehtiin jokaisessa hoitajien työvuorossa kullekin potilaalle koko sairaalahoidon ajan. Tutkimustulokset osoittivat, että laajennettu versio BVC:stä selittäisi tarkemmin välittömän väkivallan uhkaa kuin BVC yksin. Kuitenkin lisää tutkimusta tarvitaan, voisiko erilaisten lähestymistapojen lisääminen lyhyen aikavälin riskiarviointiin tuottaa parempaa ennustetta väkivallan uhasta kuin BVC yksinään. Lisäksi tulisi tutkia, vähentääkö laajennettu lyhyen aikavälin riskiarviointimittari väkivaltatilanteita verrattuna yksittäiseen lyhyen aikavälin riskiarviointimittariin nähden. (Lockertsen ym. 2019.)

4.4.3 BVC -mittarin hyödyt psykiatrisessa osastohoidossa

BVC-mittari auttaa tunnistamaan potilaat, joiden kohdalla on kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja näin ollen auttaa hoitajia puuttumaan uhkaavaan käyttäytymiseen ennakoivilla toimenpiteillä ennen kuin eristäminen on tarpeellista (Clarke ym. 2010; Marques ym. 2015; Sarver ym. 2019; Yao ym. 2014). Tämän myötä voidaan vaikuttaa myös henkilöstön loukkaantumisriskiin. Lisäksi on tutkittu, miten jokainen BVC-piste nostaa väkivallan riskiä 3,4 kertaa suuremmaksi. Pidemmällä hoitojaksoilla ja korkeammilla

BVC-mittarin tuloksilla on myös todettu olevan yhteys. Näin ollen tunnistamalla väkivaltaisen käyttäytymisen riski ja käyttämällä väkivaltaa ennaltaehkäiseviä hoitokeinoja, voidaan myös vähentää potilaiden sairaalassaoloaika. (Sarver ym. 2019.)

BVC:tä on käytetty yhdessä Kennedy Axis V -mittarin kanssa osana eristykseen liittyvää päätöksentekoa, ja näiden mittareiden on yhdessä todettu olevan hyödyllisiä tunnistamaan potilaita, joilla on suuri riski joutua eristetyksi (van de Sande ym. 2013). BVC-mittaria yksistään on hyödynnetty, kun potilaan sisäänkirjoituksen yhteydessä on arvioitu potilaan ohjaamista erilliseen intensiivisemmän hoidon tilaan. Yksittäisen potilaan sijoittaminen intensiivisen hoidon tilaan, on todettu ennustavan lyhytaikaisten väkivaltatilanteiden vähenemistä. (Valeer ym. 2011.) Lisäksi, kun BVC-mittari on ollut osana laatu- ja turvallisuusaloitteen mukaisen hoitomenetelmän käyttöä, on menetelmän todettu olleen tehokas keino vähentää eristämistä (Blair ym. 2017).

On myös arvioitu, voidaanko BVC:n mittarin käytöllä vähentää potilaiden aggressiivisuuden esiintymistä (Hvidhjelm ym. 2016; Sarver ym. 2019). Tilastollisesti merkittävää aggressiivisuuden vähenemistä ei ole saavutettu (Hvidhjelm ym. 2016), ja aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta (Sarver ym. 2019). Tutkimustulokset ovat kuitenkin olleet rohkaisevia ja viitanneet siihen, että BVC:n käytöllä voitaisiin vähentää aggression riskiä (Hvidhjelm ym. 2016).

BVC:llä on todettu oleva potentiaalia nostaa arvioinnin eri näkökohdat kognitiiviseen tietoisuuteen ja se voi vahvistaa kokeneen henkilöstön intuitiivisen päätöksenteon. BVC-mittarin käyttö ja siinä olevat kuusi erilaista käyttäytymisen piirrettä voivat myös auttaa kokematon henkilöunta ja opiskelijoita parantamaan heidän arviointitaitojaan. Kun on vertailtu yhden kokoaikatyössä olevan ja yhden osa-aikatyötä tekevän hoitajan sekä kahden sairaanhoitajaopiskelijan tekemiä BVC-mittarin tuloksia kahdesta potilaasta, joista toinen oli entuudestaan tuttu ja toinen vieras, olivat pisteet huomattavan samanlaiset. (Clarke ym. 2010.)

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MENETELMÄT

Kehittämiprojektin menetelminä olivat dialogisuus, työpajat, valmentava työote ja oppiminen omasta toiminnasta, jotka kuvataan tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

5.1 Dialogisuus

Dialogisuudella voidaan kehittämistyössä saada käyttöön ihmisten osaaminen, hiljainen tieto, motivaatio ja luovuus (Koskimies ym. 2012, 9; Salonen ym. 2017, 61). Dialogi nähtiin kehittämiprojektissa Holm ym. (2018) mukaan oppivan organisaation ydinprosesseina. Työpajoissa ja toimintamallia työryhmille opetettaessa sekä juurruttaessa, työryhmän jäseniä ohjattiin keskustelemaan omista näkemyksistään ja kokemuksistaan toimintamalliin liittyen.

Toimintamallia suunniteltaessa ohjausryhmän jäsenten kanssa käytiin keskusteluja toimintamallin kirjallisesta ohjeistuksesta. Lisäksi psykoosivastuualueen johtajien kanssa keskustelujen aiheina olivat projektin käytännön toteutusmahdollisuudet huomioiden yksiköiden remontointitarpeet ja henkilöstöresursointi. Toimintamallin kehittämisessä sairaanhoitopiirin ohjeet ja käytänteet sekä muutostöihin suunnattu varallisuus vaikuttivat, miten eri tilanteissa voidaan toimia. Keskusteluja käytiin ennalta sovitusti kahdesti, mutta luontevasti myös muiden asiayhteyksien lomassa. Näissä tilanteissa dialogisuus tuli hyvin esille, kun huomioitiin kahden erilaisen hoitokulttuurin aiemmat toimintatavat ja mitä vaatimuksia ne loivat toimintamallin kirjallisen ohjeen suhteen. Dialogin hyöty näissä tilanteissa oli se, miten projektipäällikön ymmärrys eri toimintatavoista lisääntyi. Dialogin tavoitteena keskusteluissa onkin ymmärryksen kasvattaminen toisen näkemyksistä (Holm ym. 2018).

Psykoosienhoidon vastuualuejohtajan kanssa käytiin keskustelua lain mukaisten rajoitustoimien määrittelemisestä, mikäli uutta toimintamallia tulisi toteuttaa potilaan tahdosta riippumattomana toimenpiteenä. Tästäkin aiheesta nousi projektiryhmässä alkuun erilaisia ehdotuksia ja ajatuksia, mutta Koskimiehen ym. (2012, 9) mukaisesti luottamuksellisessa ja turvallisessa vuorovaikutussuhteessa, kaikki pystyivät tuomaan ajatuksiaan esille ja keskustelujen myötä kaikki ymmärsivät, mihin lopputulokseen päädyttiin. Lisäksi

opinnäytetöiden projektipäälliköiden kesken käytiin lähes viikoittain keskusteluja opinnäytetyön etenemiseen liittyvistä asioista, kuten toimintamallin laatimisesta, koulutuksen suunnittelusta ja aikatauluista.

5.2 Työpajat

Työpajamenetelmissä vaihdetaan ja kerätään tietoa läpikäytävästä aiheesta huomioiden aiheen eri näkökulmat ja osa-alueet. Työpaja voi olla esimerkiksi tapaaminen, jossa osallistujat jakavat keskustellen mielipiteitään ja ajatuksiaan tai ideoivat jotain uutta. (Haukijärvi ym. 2014, 34; Salonen ym. 2017, 91.). Mukailleen Haukijärveä ym. (2014, 35) sekä Salosta ym. (2017,91) tämän kehittämisprojektin työpajoissa käsiteltiin pienryhmätyöskentelyllä keskustellen seuraavia teemoja: turvatilassa hoidettavat potilaat, kriteerit turvatilassa hoitamiseen huomioiden mittareiden käyttö ja turvatilassa toimiminen potilaan kanssa erilaisissa tilanteissa. Teemat määriteltiin kahden projektipäällikön yhteistyönä kuullen ohjausryhmän jäseniä. Keskustelu alustettiin toisen opinnäytetyön projektipäällikön esittelyllä Hollannin Tilburgin psykiatrisen sairaalan turvasolusta, jossa hän oli käynyt vierailulla. Työpajoihin kutsuttiin osaston henkilökunnan lisäksi VSSHP:n Psykiatrian toimialueen kokemusasiantuntijoita.

Projektipäälliköt koostivat työpajojen keskusteluja hyödyntäen esityksen uudesta toimintamallista, joka esiteltiin toukokuussa 2019 Psykoosiosaston P1 kehittämispäivällä sekä Psykoosiosaston P2 kahdella osastotunnilla toukokuun 2019 aikana. Tilaisuuksissa käytiin keskustelua syntyneestä toimintamallista ja kuultiin kehittämis ehdotuksia. Toimintamalli jätettiin kirjallisessa muodossa osastoille vielä arvioitavaksi ja työntekijöiden oli mahdollista lähettää projektipäälliköille vielä kehittämisideoita mallista.

5.3 Valmentava työote

Kehittämisprojektissa sovellettiin Kallion (2016, 49) valmentavan työotteen periaatteita liittyen reflektiivisyyteen, toisten kanssa asioiden pohtimiseen sekä toisilta oppimiseen. Valmentavalla työotteella tuettiin hoitajien osaamisen kehittymistä opettamalla heille uusi Turvatilamalli loppuvuoden 2019 koulutustilaisuuksissa. Koulutuksessa huomioitiin valmentavan työotteen keskeisin asia, joka on Kallion (2016, 53, 63) sekä Pakkala & Strömin (2018, 26) mukaan työryhmän potentiaalın ja voimavarojen löytäminen sekä niiden

vahvistaminen, mikä näkyy ammatillisen osaamisen ja itsetunnon vahvistumisena. Turvatilamallin koulutus yhdistyi TurvaSiipi -hankkeen koulutuksen kanssa, ja koulutuskonaisuuden rakenne suunniteltiin yhdessä toisen YAMK-opiskelijan ja hankkeen tutkijoiden kanssa. Koulutus sisälsi neljä osiota: hankkeen esittelyn, BVC-mittarin, Turvatilamallin ja vuorovaikutusmallin. Tutkijat esittelivät hankkeen taustan ja tarkoituksen ja opettivat vuorovaikutusmallin. YAMK-kehittämistöiden projektipäälliköt kouluttivat BVC-mittarin käytön ja Turvatilamallin.

Turvatilamallin periaatteet opetettiin Powerpoint -esityksenä ja BVC-mittarin käytön valmentamiseen suunniteltiin kuusi lyhyttä, psykiatrisen potilaan hoidon tilannekuvausta, jotka videoitiin. Näyttelijät case-videoihin rekrytoitiin Psykoosiosastojen P1 ja P2 hoitohenkilökunnasta. Psykoosien hoidon vastuualuejohtaja arvioi tilannekuvausten olevan realistisia ja näyttelijät saivat tutustua niihin ennen videoiden kuvausta. Näyttelijöiden kanssa pidettiin Skype -palaveri ennen kuvauspäivää. Palaverissa sovittiin käytännön järjestelyistä, kuten rekvisiitasta ja aikatauluista. Videot kuvattiin Tyks Psykiatrian entisissä potilashoidon tiloissa Salossa. Projektipäällikkö perehtyi ennen videoiden kuvausta videokameran käyttöön ja Tyks:n videotuotannon ohjeisiin, jotka sisälsivät muun muassa ohjeet videoiden editointiohjelman käytöstä ja työntekijöiden suostumusten pyytämisestä kuvausmateriaalin käyttöön. Kaikilta näyttelijöiksi lupautuneilta hoitajilta pyydettiin allekirjoitus kirjalliseen suostumukseen (liite 4) kuvauspäivänä.

Koulutuksissa videoita katsottiin hyödyntämällä valmentavaa työtettä Kallion (2016, 54) teoksen mukaisesti kysymällä, haastamalla, kuuntelemalla ja onnistumisia huomioimalla ja autettiin ryhmää puhumaan asioista positiivisella tavalla ja lähestymään erilaisia tilanteita rakentavasti. BVC-mittarin ja uuden toimintamallin käyttöön ottoon liittyen haluttiin myös koulutustilaisuuksissa korostaa valmentavan toimintakulttuurin piirteitä työyhteisössä, jotka Kallion (2016, 64) mukaan ovat yhdessä tekemisen arvostaminen, kollegoiden tukeminen sekä toimintatapojen ja vuorovaikutuksen laadun kehittäminen.

5.4 Oppiminen omasta toiminnasta

Kehittämiseen tarvitaan yhteistä keskustelua uuden tiedon tarpeesta ja sen soveltamisesta sekä palautteesta, jota uudesta kehitettävästä asiasta on saatu. Oppiminen omasta toiminnasta tarkoittaa jatkuvan arvioinnin tekemistä ja samalla oppimista omasta tekemisestä yhteisessä keskustelussa. (Ojala 2018, 191.) Turvatilamallin käyttöönottoa juurrutettiin yhteistyössä toisen YAMK-opinnäytetyön projektipäällikön ja TurvaSiipi -

hankkeen tutkijoiden kanssa tapaamalla henkilöstöä 2-3 viikon välein osastoilla. Kuten Ojala (2018, 191) omasta toiminnasta oppimiseksi kehottaa, tapaamisissa keskusteltiin ja arvioitiin, mikä on mennyt hyvin ja miksi tai mikä ei ole mennyt hyvin ja miksi. Keskustelu oli vapaamuotoista ja tarvittaessa opinnäytetöiden projektipäälliköt tai tutkijat esittivät työryhmälle tarkentavia kysymyksiä. Opinnäytetöiden aiheisiin liittyen BVC-mittarin käyttöönotto oli usein puheenaineena ja eri osallistujien kanssa todettiin sen juurtuneen ja sopivan yksiköiden toimintaan melko hyvin. Turvatilamallista keskustellessa nousi esiin haasteet liittyen osastojen ylipaikkatilanteeseen, jonka takia turvatilaa ei useinkaan ollut mahdollista käyttää.

Lisäksi Ojalan (2018, 191) mukaan oppiminen omasta toiminnasta edellyttää keskustelua siitä, mitä tehtäisiin nyt toisin ja miten jatkossa parannetaan toimintaa. Näistä aiheista käytiin keskustelua toimintamallin käyttöön ottoon liittyen, kun työryhmien kanssa tehtiin SWOT-analyysi palautekeskustelun muodossa. Näiden keskusteluiden sisällöstä tarkemmin kappaleessa 9.2.

6 TURVATILAMALLI

Turvatilamallin tarkoituksena on luoda potilaalle turvallinen ja rauhallinen ympäristö, jossa taataan hänelle mahdollisuus jatkuvaan hoidolliseen vuorovaikutukseen ja hänen tarpeensa huomioidaan. Tavoitteena on mahdollisuuksien mukaan vähentää varsinaisen eristyshuoneen tai lepositeiden käyttöä potilaiden hoidossa ja näiden vähenemisen myötä lisätä hoitajien työturvallisuutta. Turvatilamallissa korostetaan aggressiivisten tilanteiden ennaltaehkäisyä ja eristämisen käyttöä viimeisenä keinona estää potilaan vahingollinen käytös muita tai itseä kohtaan.

Turvatilamallin periaatteet pohjautuvat Hollannissa kehitettyyn High & Intensive Care (HIC) -malliin (van Mierlo ym. 2013) sekä EriTurva -hankkeen tutkimustuloksiin ja vuorovaikutusmalliin (Lahti ym. 2018). Malli on kehitetty yhdessä Psykoosiosastojen P1 ja P2 henkilöstön kanssa ja sen periaatteita ohjaavat HIC-mallin lisäksi Suomen Mielenterveyslaki (1116/1990), Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen suositukset tahdonvastaisen psykiatrisen hoidon rajoittamistoimista (Makkonen ym. 2016) sekä Tyks Psykiatrian Ohje potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana (Ekelund 2018).

EriTurva -hankkeessa kuvattiin noin 1260 tuntia potilaan huone-eristämistä ja siitä ajasta hoitaja oli läsnä potilaan kanssa noin 50 tuntia (Lahti ym. 2018, 60). Turvatilamallissa potilasta ei suljeta yksin eristyshuoneeseen, kun hänen käyttäytymisessään on haasteita, kuten väkivallan uhkaa, vaan hänelle mahdollistetaan jatkuva hoidollinen vuorovaikutus hoitajan kanssa erillisessä, tähän varatussa tilassa. Tämän niin sanotun turvatilan (kuva 1.) käyttö perustuu HIC-mallia mukaillen BVC-mittarin tulokseen ja henkilökunnan kliinisen arvioon. TurvaSiipi -hankkeen aikana kaikille potilaille, jotka saavat BVC-arvioinnista kaksi pistettä tai enemmän, ohjataan käyttämään turvatilaa rauhoittumiseen, mikäli se on potilas- ja työturvallisuus huomioiden mahdollista. BVC-arviointi tehdään osaston kaikille potilaille vähintään kolme kertaa vuorokaudessa. Kullakin hoitajalla on työvuorossa osoitettu tietyt potilaat, joiden arvioinnin tekemisestä he huolehtivat. Arvion voi tehdä itsenäisesti tai hyödyntäen työryhmän näkemystä.



Kuva 1. Turvatilan potilaan alue Psykoosiosastolla P1.

Toimintamallissa on huomioitu myös muita perusteita käyttää turvatilaa potilaan hoidossa, kuin BVC-mittarin tulos kaksi tai enemmän. Tällöin voivat kyseessä olla potilaat, jotka ovat vaaraksi itselleen, vaikeuttavat toisten hoitoa tai ovat arvaamattomia. Lisäksi turvatilan käytöstä voivat hyötyä voimakkaita hallusinaatioita, pelkoja tai voimakasta ahdistusta kokeva potilas. Turvatila tarjoaa myös rauhallisen tilan tutustua uuteen potilaaseen, mikäli hänen kohdallaan väkivallan riski on epäselvä. Näissä tapauksissa turvatilan käyttö määrittyy henkilökunnan kliinisen arviointikyvyn mukaan. TurvaSiipi -hankkeen tutkimusjakson aikana kuitenkin väkivaltariskissä olevat potilaat, jotka saavat BVC-mittarista pisteitä kaksi tai enemmän, ovat ensisijaisia turvatilaan ohjattavia potilaita.

Lähtökohtaisesti turvatilaan siirrytään potilaan kanssa sovitusti. Potilasta voidaan hoitaa turvatilassa myös hänen tahdostaan riippumatta, mikäli tämä on työturvallisuus huomioiden mahdollista. Jos potilas ohjataan tai viedään turvatilaan hänen tahdostaan riippumatta, tarvitaan tähän lääkärin määräys. Tällöin tilanne arvioidaan mielenterveyslain (1116/1990) mukaan olevan eristämistä muista potilaista ja henkilökunta toimii lain sekä Tyks Psykiatrian toimialueen ohjeiden (Ekelund 2018) mukaisesti. Tilanteen mukaan po-

tilas siirtyy turvatilaan yleisistä osaston tiloista tai huone- tai leposide-eristyksestä. Potilaan siirtyessä turvatilaan, on huomioitava, ettei hänellä ole mukanaan omaisuutta, jolla hän voisi vahingoittaa itseään tai henkilökuntaa.

Turvatilamallissa potilaan hoitoa erillisessä tilassa kutsutaan turvatilahoidoksi. Turvatilahoito sisältää mahdollisuuden keskustella hoitajan kanssa, tarvittaessa lääkinnällisen tuen sekä jatkuvan potilaan voinnin arvioinnin. BVC-arviointi tehdään turvatilahoidon aikana vähintään kolme kertaa vuorokaudessa ja lisäksi aina, kun arvioidaan turvatilahoidon jatkumista. Keskustelun lisäksi potilaan on turvatilassa mahdollista esimerkiksi katsoa televisiota, lukea, kuunnella musiikkia, piirtää tai pelata hoitajan kanssa. Potilaalla voi myös olla omia tavaroita, kuten matkapuhelin mukanaan, mikäli sen ei katsota aiheuttavan ongelmaa. Kunkin potilaan kohdalla on tärkeää toteuttaa hänen hoitosuunnitelmansa mukaisia yksilöllisiä linjauksia yhdenmukaisesti. Turvatilassa potilas voi olla hoitajan kanssa muutamista minuuteista useampaan päivään riippuen hänen voinnistaan ja hoitokeinoista, joista hänen arvioidaan vointinsa perusteella hyötyvän.

Turvatilahoidon aikana vuorovaikutuksessa korostuu EriTurva -hankkeessa luotu vuorovaikutusmalli. Vuorovaikutusmallia (Lahti ym. 2018, 78-79) mukaillen tärkeää on heti aluksi kertoa potilaalle, miten turvatilassa toimitaan sekä kuvata potilaalle, miksi turvatilaa käytetään hänen kohdallaan ja mitä turvatilahoidon päättymisen edellyttää. Vuorovaikutusmallissa ohjataan kohtaamaan potilas yksilöllisesti ja inhimillisesti, puhumaan potilaalle selkeästi ja asiallisesti, huomioimaan oma rauhallinen kehonkieli, muistamaan äänenpainon merkitys, luomaan potilaalle mahdollisuus ilmaista tuntemuksensa ja kokemuksensa sekä olemaan provosoitumatta potilaan käytöksestä (Lahti ym. 2018, 78-79).

Kun turvatilahoidon tarpeen arvioidaan päättyneen ja potilas saa BVC-mittarista alle kaksi pistettä, potilaan kanssa sovitaan, miten hoito osaston puolella jatkuu ja miten voinnin muutoksiin reagoidaan jatkossa. Hoitohenkilöstö voi päättää yhdessä potilaan kanssa turvatilahoidon lopettamisesta, ellei turvatilahoito ole toteutettu potilaan tahdosta riippumatta. Jos turvatilahoito on toteutettu tahdosta riippumattomana toimenpiteenä, päätöksen turvatilahoidon lopettamisesta tekee lääkäri. Turvatilahoito voidaan lopettaa myös vaiheittain siirtämällä päivittäisiä toimintoja yksi kerrallaan osaston puolelle.

Turvatilana käytettävä huone mukailee Hollannin HIC-mallin yhteydessä luotua tilaa. Käytännössä turvatila on erillinen rauhallinen huone, jossa potilaalle on lattiaan merkityllä viivalla määritelty oma alue, jonne hoitaja ei saa ilman potilaan suostumusta mennä,

ellei potilas käyttäydy itsetuhoisesti tai asiattomasti. Tällä merkityllä alueella halutaan potilaalle osoittaa oma henkilökohtainen tila. Turvatilan potilasvuoteessa on tavanomaista korkeampi pääty, jonka on tarkoitus luoda potilaalle enemmän yksityisyyden tunnetta ja potilaan alueelle on sijoitettu myös televisio. Hoitajalla on mahdollisuus käyttää tilassa tietokonetta ja hänellä on mukanaan hälytyslaite sekä matkapuhelin, jolla hän voi helposti ottaa yhteyttä toisiin hoitajiin. Tilan on tarkoitus olla rauhoittava ja sitä voidaan lisätä esimerkiksi parantamalla huoneen viihtyisyyttä (kuva 2).



Kuva 2. Turvatilan seinämaalaukset Psykoosiosastolla P2 (Sajanti 2020).

Turvatilamallista laadittiin yhteistyössä toisen YAMK-opiskelijan kanssa työntekijöille toimintaohje, joka kulkee nimellä Turvatilojen käyttö Tyks Psykiatrialla (liite 5). Toimintaohjeessa kuvataan Turvatilamallin periaatteet sekä annetaan yksityiskohtaisia käytännön ohjeita, miten toimitaan, mikäli osastolle tulee hankkia lisää hoitohenkilökuntaa turvatilahoidon takia tai miten toimitaan, kun potilaan kanssa siirrytään turvatilaan. Lisäksi ohjeessa on kuvattu, miten turvatilahoidon aikana toimitaan erilaisissa käytännön tilanteissa, kuten ruokailuissa, peseytymisissä ja läheisten vierailuissa tai miten toimitaan potilaan tupakoinnin ja ulkoilujen suhteen.

7 TURVATILAMALLIN KOULUTUS

Turvatilamallin koulutuksen tarkoituksena on perehdyttää työntekijät Turvatilamalliin, jossa toteutetaan potilaan rajoittamista ennaltaehkäisevää vierihoitoa erillisessä siihen suunnitellussa tilassa huomioiden työ- ja potilasturvallisuus. Koulutuksen tavoitteena on työntekijöiden oppiminen uudelleenlaiseen psykiatrisen hoidon turvallisuuskulttuuriin. Turvatilamallin koulutus perustuu luento-opetukseen, jossa kouluttaja vahvistaa ja laajentaa osallistujien tietopohjaa tuomalla esille uutta tietoa ja kokemuksia kertomalla aiheesta ja vastaamalla kysymyksiin, sekä case-opetukseen, jossa opittua asiaa sovelletaan käytäntöön hyödyntäen todellisuutta muistuttavaa tilannetta (Kupias & Koski 2013). Lisäksi koulutuksissa on hyödynnetty valmentavan työotteen periaatteita (Kallio 2016; Pakkala & Ström 2018), joita kuvattu kappaleessa 5.3.

Koulutus sisältää Turvatilamallin käytännön toimintaan liittyvän opastuksen siitä, milloin, millä periaatteilla ja miten turvatilahoitoa toteutetaan. Turvatilamallin käytön periaatteisiin liittyen koulutus sisältää myös BVC-mittarin käytön harjoittelua, missä näytetään potilascase -videoita ja käydään valmentavaa keskustelua. Videot näytetään yksi kerrallaan ja jokaisen tilannekuvauksen jälkeen kukin työntekijä arvioi ja pisteyttää tilanteen paperille BVC-taulukon. Videot toistetaan ja kunkin videon jälkeen keskustellaan, mitä pisteitä kukin osallistuja on tilanteesta antanut ja minkälaisin perustein. Keskustelun merkitys eri tilanteista on, että työntekijät oppivat huomaamaan, miten kukin voi tulkita tilanteita eri tavoin, ja ymmärtävät, miten tärkeää työryhmän välinen keskustelu on mittarin käyttöönottovaiheessa, koska pisteiden määrittäminen on aina kunkin työntekijän subjektiivinen kokemus tilanteesta.

Koulutustilaisuuksissa esitellään myös TurvaSiipi -hanke ja hankkeen toimijoiden taholta opetetaan vuorovaikutusmalli.

8 IMPLEMENTOINTI

Turvatilamallin implementointia jatketaan TurvaSiipi -hankkeen projektiryhmän osastokäyntien myötä. Molemmat Turvatilamallia kehittäneet YAMK-opinnäytetöiden projektipäälliköt ovat hankkeen projektiryhmän jäseniä Tyks Psykiatrian edustajina. Mahdollisuuksien mukaan he osallistuvat myös osastokäynteihin, joissa jatketaan työryhmän valmentamista ja tuetaan oppimista omasta toiminnasta. Lisäksi molemmat projektipäälliköt pystyvät työsuhteensa myötä olemaan käytettävissä Psykoosiosastojen P1 ja P2 tukena mahdollisissa ongelmatilanteissa.

Hankkeen pilotointivaiheen aikana (10 kuukautta) on tarkoitus, että hankkeessa myös tutkimushoitajana toimiva kehittämissuunnan projektipäällikkö huolehtii mahdollisten uusien työntekijöiden kouluttamisesta. Projektipäällikkö kartoittaa säännöllisesti tutkimushoitajan roolissa osastojen tilanteen uusien työntekijöiden osalta. Mikäli hankkeeseen osallistuvissa yksiköissä aloittaa enemmän uusia työntekijä samanaikaisesti, voidaan järjestää vastaavia koulutustilaisuuksia, mitä kehittämissuunnan aikana on pidetty. Mikäli on vain yksittäisiä uusia työntekijöitä, projektipäällikkö perehdyttää työntekijän toimintamallin.

Turvatilamallin toimintaa arvioidaan TurvaSiipi -hankkeen tutkimuksessa. Tutkimuksessa tulee esille, mikä vaikutus toiminnalla on ollut henkilökunnan työhyvinvointiin sekä työturvallisuuteen ja pakkotoimien käyttöön potilaiden hoidossa. Hankkeen myötä valmistuu myös ohjeistus, miten turvatilaa tulisi käyttää haastavien potilaiden hoidossa psykiatrialla. Näiden perusteella Psykiatrian toimialueella arvioidaan Turvatilamallin käyttöä ja tarpeen mukaan muokataan nyt kehitettyä ohjeistusta turvatilan käytöstä. Lisäksi hankkeen päättymisen myötä tulee Psykiatrian toimialueen arvioitavaksi, miten henkilökunnan koulutuksia jatketaan esimerkiksi osana toimialueen muuta turvallisuuskoulutusta.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

9.1 Koulutuksen toteutuksen arviointi

Turvatilamallin koulutuksia arvioitiin dialogissa TurvaSiipi -hankkeen projektiryhmän kokouksessa joulukuussa 2019. Kokouksessa olivat läsnä hankkeen kouluttajat, YAMK-opinnäytetöiden kouluttajat sekä psykoosivastuualueen ylihoitaja. Yhteistyö kouluttajien kesken oli onnistunutta ja koulutettavat saatiin hyvin osallistumaan keskusteluun.

Psykoosiosastojen P1 ja P2 henkilökunnan jäsenille, jotka eivät päässeet osallistumaan osastojen kehittämispäivien yhteydessä olleeseen koulutustilaisuuteen, järjestettiin mahdollisuus osallistua muihin TurvaSiipi -hankkeen koulutuspäiviin. Koulutusiltoapäiviä järjestettiin yhteensä yhdeksän, ja niiden jälkeen jäi yksi työntekijä Psykoosiosasto P2:lta kouluttamatta. Hänelle lähetettiin koulutusmateriaalit sähköpostitse ja tarjottiin mahdollisuutta käydä koulutuksen keskeiset asiat läpi keskustellen.

Kouluttajat havainnoivat koulutustilaisuuksissa, miten koulutettavat tekivät oleellisia oivalluksia BVC-mittarin käytöstä ja oppivat, miten eri tavalla tilanteita voidaan arvioida ja kokea. Turvatilamallin käyttöön ottoon liittyen havaittiin vielä kertauksen tarvetta ennen varsinaisen pilotoinnin aloitusta, koska muun muassa BVC-mittarin raja-arvo kaksi, jolloin olisi tarkoitus siirtyä potilaan kanssa turvatilaan, herätti keskustelua. Hoitajat arvioivat pistemäärän kaksi tulevan herkästi, joten heräsi kysymyksiä, ketä potilaita turvatilassa tulisi hoitaa. Lisäksi tuli esille epärointiä sijoittaa potilasta turvatilaan, koska ei välttämättä ole aiemmin koettu tarvetta eristää potilasta muista potilaista tällä tapaa. Näissä tilanteissa kehoitettiin luottamaan omaan ammattitaitoon priorisoida, kuka potilaista hyötyisi turvatilasta eniten ja arvioida, miten toimia tilanteessa, jos potilas tulisi BVC-pisteiden mukaan ohjata turvatilaan. Koska potilastilanteet ovat yksilöllisiä, eikä turvatilan käytöstä ollut siinä vaiheessa vielä kokemusta, oli vaikea antaa tarkempaa ohjetta. Kuitenkin koulutuksissa korostettiin, että potilaan tahdosta riippumattomien toimenpiteiden kohdalla, on aina pyydettävä lääkärin määräys, kuten mielenterveyslaki (1116/1990) edellyttää.

Koulutuksissa kysyttiin myös avoimesti keskustellen kokemuksia BVC-mittarin käytön opettelusta videoiden avulla. Se koettiin mieleiseksi, vaikkakin todettiin, ettei noin 30-90 sekunnin, videolla esitetyn tilanteen pohjalta ole realistista tehdä kokonaisarviointia potilaasta samoin kuin käytännön hoitotyössä. Kuitenkin periaatteet mittarin käytöstä tulivat

tutuksi. YAMK-opinnäytetöiden projektipäälliköiden itsearviointin sekä hankkeen projektiryhmän kanssa käydyn keskustelun perusteella videoiden laadun todettiin olevan hyvä siihen nähden, ettei kummallakaan projektipäälliköllä ollut aiempaa kokemusta videoiden kuvaamisesta tai niiden editoimisesta. Jatkokehittämiskohteena videoinnin osalta on erillisten ääniraitojen yhdistäminen tai ääniraidan muokkaamisen opettelu.

9.2 Turvatilamallin kehittämisen arviointi

Turvatilamallin kehittämisprosessia ja tuotoksia arvioitiin palautekeskustelussa Psykoosivastuualueen johdon sekä Psykoosiosastojen P1 ja P2 osastonhoitajien kanssa. Projektin arvioitiin edenneen loogisesti sekä strukturoidusti, ja projektipäälliköt pysyivät sovituisissa aikatauluissa muutoksista huolimatta. Työryhmien osallistaminen projektin eri vaiheissa (työpajat, ajatusten kuuleminen toimintamallista ennen lopullista versiota ja koulutusvideoiden kuvaaminen) koettiin olleen hyvä asia. Koulutusten nähtiin tukevan hyvin etenkin BVC-mittarin oppimista. Osastonhoitajat pysyivät hyvin tietoisina, miten projektissa edettiin ja henkilöstön uskottiin kokevan tullessa kuulluksi. Myös mahdollinen negatiivinen kritiikki, joka ei ole ollut henkilökohtaista, on projektin aikana kyetty sietämään.

Itse projekti koettiin hyvänä, kun tuotoksena kehitettiin jotakin konkreettista ja käytännönläheistä, jota pystytään toteuttamaan. Kahden opinnäytetyön yhdistäminen kokonaisuudeksi koettiin myös hyvänä, koska siten pystyttiin toteuttamaan yksi isompi projekti. Molempien opinnäytetöiden projektipäälliköt nähtiin aikaansaavina ja sitoutuneina kehittäjinä, jotka myös tuntevat toimintayksiköt. Kehittämisprojektin pohdittiin synnyttävän jatkokehittämishankkeita ja olevan hyödyksi laajemminkin Suomessa.

Projektia ja toimintamallia arvioitiin myös Psykoosiosastojen P1 ja P2 henkilökunnan kesken hyödyntäen SWOT -nelikenttäanalyysiä keskustelun tukena. SWOT-analyysissä arvioidaan vahvuuksia ja heikkouksia organisaation ja työryhmän näkökulmasta sekä ulkomaailmasta juontuvia mahdollisuuksia ja uhkia (Opintokeskus Sivis 2019). SWOT -keskustelut toteutettiin, kun uusi toimintamalli oli ollut käytössä reilun kahden ja puolen kuukauden ajan ja kahteen eri keskustelutilaisuuteen osallistui yhteensä 11 hoitajaa. Kehittämisprojektin tuotosten lisäksi, arvioinnin kohteeksi määriteltiin koko opinnäytetyön prosessi, johon henkilökunta on osallistunut.

Kehittämiprojektin eri vaiheissa viestintä oli koettu riittäväksi, ja projektipäälliköt vierailivat hyvin osastoilla projektin edetessä ja olivat henkilökunnan käytettävissä pilotointivaiheen alkaessa. Henkilökunta koki, että yhteisiä työpajoja oli riittävästi ja heidän mielipiteensä oli huomioitu toimintamallia suunniteltaessa ja mahdollisia käytännön haasteita huomioitiin jo etukäteen. Toimintamallin perehdytys oli toimivaa ja koulutuksia järjestettiin tarpeeksi. BVC-koulutuksissa olleiden videoiden käyttö koettiin hyvänä. Opetusta kaivattiin lisää käytännön tilanteesta, kun potilas pitäisi ohjata turvatilaan.

Toimintamalli sisällöltään ja periaatteeltaan koettiin ja nähtiin hyvänä asiana potilaan hoidon kannalta. Toimintamallissa nähtiin mahdollisuutena oman erillisen tilan kehittäminen vierihoidon toteuttamiselle. Sitä, miten toimintamallia ja siihen liittyvää tilaa voisi vielä hyödyntää erilaisissa tilanteissa ja erilaisten potilaiden kohdalla, oli vaikea arvioida, koska osastoilla oli jatkuva ylipaikkatilanne ja tilaa jouduttiin usein käyttämään tavallisena potilashuoneena. Koska TurvaSiipi -hanke määrittelee turvatilan käytön ensisijaisesti liittyvän uhka- ja väkivaltariskissä olevien potilaiden hoitoon, eikä näitä tilanteita toteutunut montaa, oli vaikea arvioida, minkälaisia erilaisia mahdollisuuksia turvatilan käyttö voisi tuoda tämän tyyppisten potilaiden kohdalla.

Uhkana uudelle toimintamallille ja sen toteuttamiselle nähtiin osastojen vaikea ylipaikkatilanne, jolloin tilaa turvatilahoidon toteuttamiseen ei ollut. Lisäksi muita uhkia olivat riittävän henkilökuntamäärän järjestäminen etenkin yövuoron aikaan, vanhojen tilojen heikko sovellettavuus uuteen toimintamalliin sekä TurvaSiipi -hankkeeseen liittyvät kirjaamistoimet, jotka osaltaan koettiin raskaaksi. Uhkana nähtiin myös se, jos lääkärillä ei ole ymmärrystä toimintamallin käyttötarkoituksesta. Tällöin voi toimintamalli jäädä hyödyntämättä esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas määrätään eristykseen tai eristysmääräystä jatketaan, koska ne ovat lääkärin tekemiä määräyksiä potilaan hoidosta.

Projektin etenemisessä tapahtui aikataulumuutoksia. Tämä johtui siitä, että vasta toukokuussa 2019 kehittämiprojektin päällikkö osallistui TurvaSiipi -hankkeen suunnitteluryhmän tapaamiseen, jolloin kehittämiprojektin aikataulut voitiin yhteensovittaa hankkeen aikatauluihin. Näin ollen koulutustilaisuudet pidettiin kehittämiprojektin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen, noin kaksi kuukautta myöhemmin, loka-joulukuussa 2019. Tämä antoi kuitenkin mahdollisuuden panostaa koulutusmateriaalien tekemiseen.

Hankkeen aikataulun mukaan Turvatilamallin toiminta oli tarkoitus alkaa joulukuussa 2019. Kuitenkin taustahankkeen ja kohdeorganisaation yksiköiden silloinen resurssiti-

lanne huomioiden, hankkeen pilotointivaihe toimintamallista alkoi vasta 8.1.2020. Aikataulumuutosten myötä kehittämisprojektissa suunniteltu SWOT -analyysi ennen toimintamallin alkamista jäi toteutumatta ja yhdessä toisen YAMK-opiskelijan kanssa sovittiin SWOT-arvioinnin tekeminen vain kehittämistyön loppuarviointina.

Aikataulumuutokset vaikuttivat myös kehittämisprojektissa tehtävään juurruttamiseen. Keskusteluja, joissa työryhmää olisi tuettu oppimaan omasta toiminnasta liittyen turvatilan käyttöön, ei vajaan kolmen kuukauden aikana juurikaan toteutunut, koska turvatilaa käytettiin vain kahdesti. Keskusteluja työryhmien kanssa käytiin kuitenkin BVC-mittarin käytöstä. Osastojen ylipaikkatilanne toi haasteita käyttää turvatilaa uuden toimintamallin mukaisesti. Potilasmääriin ei ollut juurikaan mahdollisuutta vaikuttaa, koska potilaiden hoidon järjestäminen on lakisääteistä (Mielenterveyslaki 1116/1990) toimintaa. Ennen kuin osastojen ylikuormitustilanne helpottui, TurvaSiipi -hankkeen tutkimuksen pilotointivaihe päätettiin tauottaa huhtikuusta 2020 alkaen koko maailmaa koskevan Covid-19 -pandemian vaikutusten seurauksena. Turvatilamalliin liittyvää BVC-arviointia päätettiin tästä huolimatta jatkaa, koska se oli omaksuttu hyvin osaksi osastojen toimintaa. Turvatilamallin mukaista toimintaa on tarkoitus jatkaa syyskuussa 2020 riippuen pandemiatilanteesta.

Kehittämisprojektin tavoitteen mukaista työntekijöiden oppimista uudenlaiseen psykiatrisen hoidon turvallisuuskulttuuriin ei siis vielä kokonaisuudessaan ole saavutettu. Yhtenä turvallisuuskulttuuria parantavana toimena, väkivaltariskin arviointi (BVC) on jo kuitenkin otettu kohdeorganisaation yksiköissä käyttöön. Kehittämisprojektin myötä on luotu uusi toimintamalli, jonka tarkoitus on tulevaisuudessa toimia vaihtoehtona pakon käytölle, ja sen myötä vaikuttaa työntekijöiden työturvallisuuteen.

9.3 Luotettavuus ja eettisyys

Kehittämisprojektin luotettavuutta tarkastellaan projektin raportoinnin ja arvioinnin luotettavuuden näkökulmista. Raportoinnissa ja arvioinnissa projektipäällikkö pysyy tosiasioissa, kuten Paasivaara ym. (2013, 95) ohjeistaa. Projektipäällikkö toimi projektin itsearvioinnin organisoijana, mutta ei tehnyt arviota yksin, vaan työryhmässä. Psykoosiosastojen P1 ja P2 työryhmien jäsenet olivat mukana, kun hyödynnettiin oppimista omasta toiminnasta -menetelmää ja tehtiin SWOT -arviointia. Palautekeskusteluun osallistuivat Psykoosivastuualueen johto sekä Psykoosiosastojen P1 ja P2 osastonhoitajat. Osallis-

tava itsearviointi edellyttää itsekriittistä asennetta ja rohkeutta ottaa aidosti esille arvioinnissa nousevat negatiiviselta tuntuvat asiat (Paasivaara ym. 2013, 170; Silfverberg 2015, 14).

Itsearvioinnissa käsitellään Sosiaalitaidon (2007,5) työkirjaa mukailen, miten on saavutettu asetetut tavoitteet liittyen Turvatilamallin kriteerien kehittämiseen ja toimintamallin käyttöönottoon. TurvaSiipi -hanke tekee toimintamallista tutkimuksen, jossa puolestaan arvioidaan uuden toimintamallin vaikuttavuutta.

Tässä kehittämisprojektissa Tietosuojalain (1050/2018) mukaiset vaatimukset on otettu huomioon. Tämä kehittämisprojekti ei sisällä kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden henkilötietoja. Työpajoihin osallistuneiden nimiä ei ole kerätty ja henkilöllisyydet eivät ole työpajoista tehdyistä muistiinpanoista tunnistettavissa, eikä kenenkään osallistujan yksittäinen mielipide ole tunnistettavissa lopullisessa projektin tuotoksessa. Työpajoihin osallistuminen katsottiin tietoiseksi suostumukseksi osallistua kehittämisprojektiin. Turvatilamallin juurruttamisessa käsiteltiin potilashoidon tilanteita, jolloin turvatilaa on käytetty tai sitä olisi voinut käyttää. Näitä tilanteita käsiteltiin ilman potilaiden yksilöintitietoja, kuten nimiä tai syntymäaikoja, ja tässä raportissa ei käsitellä yksittäisiä potilastilanteita. Myöskään palautekeskusteluihin osallistuneista ei kerätty osallistujalistaa. Tietosuojaseloste on liitteessä 6.

Kaptein (2010, 602-603) on kehittänyt organisaation eettisestä kulttuurista ja sen arvioimisesta mallin (CEV= Corporate Ethical Virtues Model), jossa käsitellään kahdeksan hyvettä, joilla on vaikutusta eettiseen toimintaan. Hyveet ovat selkeys, esimiehen esimerkki, johdon esimerkki, toteutettavuus, organisaation tuki, läpinäkyvyys, keskusteltavuus ja toiminnan seuraukset. Tässä kehittämisprojektissa tuodaan selkeästi esille työryhmille eettisenä odotuksena oleva potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja mahdollisimman lievien rajoittavien hoitotoimenpiteiden käyttö. Uuden toimintamallin toteutettavuus varmistetaan opettamalla työntekijöitä uuteen toimintamalliin ja kannustamalla heitä ottamaan vastuuta omasta eettisestä toiminnastaan. Organisaation tuen myötä osaston tilat muokataan sellaisiksi, että ne mahdollistavat työntekijöiden toteuttaa sovittuja uusia toimintoja. Lisäksi organisaatiossa osoitetaan luottamusta yksiköiden osaamiseen ja kehittymismahdollisuuksiin. Kehittämisprojektissa keskusteltavuus eettisistä ongelmista tuodaan juurruttamisessa vahvasti esille.

Turvatilamallilla tavoitellaan pidemmässä ajassa hoitamisen turvallisuuskulttuurin muutosta. Lämsän (2011, 125) mukaan eettistä toimintakulttuuria luovassa sosiaalisessa

prosessissa tärkeää ovat avoin vuoropuhelu, dialogi ja ihmisten myönteisten puolien vahvistaminen. Tässä kehittämissuunnitelmassa näitä periaatteita toteutettiin ottamalla työryhmää mukaan kehittämistyöhön ja edistämällä työryhmän osaamisen kehittymistä valmentavalla työllä.

9.4 Turvatilamallin ja sen koulutuksen merkitys

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 ohjaa Suomessa toteutettavaa mielenterveyspolitiikkaa ja sen kehittämistä. Strategian mielenterveysoikeuksiin liittyvässä linjauksessa muistutetaan potilaiden perusoikeuksista, kuten tahdonvapaus, itsemääräämisoikeus ja koskemattomuus, ja ehdotetaan, että pakon käytön vähentämisen ohjelmaa tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa sairaaloissa jatketaan. (Vorma ym. 2020, 13, 27.) Turvatilamalli tukee tätä strategista linjausta olemalla vaihtoehto potilaan eristämiseksi ja sitomiselle psykiatrisella osastolla. Toimintamallin käyttö voi sekä ennaltaehkäistä että ajallisesti lyhentää eristämisen tai sitomisen käyttöä. Myös useat tutkimukset puhuvat sen puolesta, että vaihtoehtoisia, vähemmän rajoittavia menetelmiä tulisi kehittää ja käyttää psykiatrisen potilaiden hoidossa vähentämään pakon käyttöä (Cleary ym. 2010; Goulet & Larue 2017; Kaunomäki ym., 2017; Keski-Valkama 2010; Kontio ym. 2010; Kontio ym. 2012; Soininen 2014; Terkelsen & Larsen 2016).

Mielenterveysstrategian toinen linjaus koskee ihmisten tarpeiden mukaisia palveluita. Linjauksen tavoitteena on, että palvelut ovat muun muassa asiakaslähtöisiä, laadukkaita ja vaikuttavia, ne ottavat huomioon omaiset ja läheiset voimavarana ja henkilöstön ammattitaitoa ja työhyvinvointia pidetään yllä. (Vorma ym. 2020, 29.) Kuten mielenterveysstrategiassa (Vorma ym. 2020, 34) on ehdotettu tehtävän kehitettäessä uusia palveluja, Turvatilamallin suunnittelussa on hyödynnetty Tyks Psykiatrian kokemusasiantuntijoita, ja TurvaSiipi -hankkeen tutkimusosion myötä saadaan myös kokemustietoa potilailta toiminnan vaikuttavuudesta ja jatkokehittämistarpeista. Turvatilamallissa on lisäksi huomioitu asiakaslähtöisyys ja läheiset voimavarana, ja toimintamallin mukaista hoitoa on mahdollista toteuttaa huomioiden potilaille merkitykselliset asiat. Turvatilamallin on tarkoitus tukea potilaiden mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon, koska lähtökohtaisesti se pyritään toteuttamaan perustuen vapaaehtoi-

suuteen. Potilaita osallistavan hoitokulttuurin kehittämiseen kannustavat tutkimuksissaan myös Goulet & Larue (2017), Kontio ym. (2012), Soininen (2014), Terkelsen & Larsen (2016) sekä Välimäki ym. (2013).

Henkilökunnan kouluttamisella ja perehdyttämisellä on iso merkitys väkivaltaisten potilaiden käytöksen hallitsemisessa ja vaihtoehtoisten menetelmien käytön oppimisessa (Anderson & West 2011; Arnetz ym. 2015; Dahm ym. 2015; Goulet & Larue 2017; Kontio ym. 2010). Esimerkiksi opettamalla työntekijöille kuuden ydinstrategian periaatteita, on saatu pakkotoimien käyttöä vähennettyä ilman, että väkivaltaisuus olisi lisääntynyt (Huckshorn 2014; Putkonen ym. 2013). Kouluttamisella vaikutetaan myös henkilökunnan eettiseen osaamiseen (Välimäki ym. 2019), työturvallisuuteen (Lahti ym. 2018) sekä hoitajien työhön sitoutumiseen (Roche ym. 2011). Turvatilamallin kehittäminen vastaa myös mielenterveysstrategian linjaukseen kehittää henkilöstön ammattitaitoa, ja se myös ylläpitää työhyvinvointia, mikäli toimintamallin myötä saadaan ennaltaehkäistyä väkivaltilanteita. Väkivalta ja sen uhka työssä vaikuttavat merkittävästi työssä jaksamiseen (Työsuojeluhallinto 2013, 6).

Turvatilamallin kehittäminen vaikuttaa myös uuden VSSHP:n psykiatrisen sairaalan rakentamiseen. Nyt aloitetusta toimintamallin implementoinnista saadaan kokemustietoa, mitä asioita tulee ottaa huomioon, kun uuteen psykiatriseen sairaalaan rakennetaan turvasoluja. Pilotoitavista turvatiiloista saadaan kokemustietoa esimerkiksi niiden fyysisistä ympäristötekijöistä, kuten sisustuksesta tai huoneen koon merkityksestä, kun toinen kehittämisprojektin turvatiiloista on huomattavasti toista pienempi. Lisäksi henkilökunnan koulutuksista on jo saatu tietoa, miten esimerkiksi jatkossa on hyvä huomioida enemmän konkreettinen toiminta, miten potilas ohjataan turvatilaan, miten hänelle kerrotaan turvatilaan siirtymisestä ja miten hoitaja toimii potilaan kanssa turvatilahoidon alkaessa.

Kehittämistyön projektipäälliköllä ei ollut aiempaa osaamista ja kokemusta kehittämisprojekteista, joten projektipäällikölle karttui näkemystä ja osaamista projektityöskentelestä sen eri vaiheissa. TurvaSiipi -hankkeen ollessa tämän kehittämisprojektin taustahankkeena, projektipäällikkö on oppinut havainnoimalla myös laajemman hankekokonaisuuden johtamista silloin, kun hankkeeseen kuuluu useampia tutkimusvaiheita ja myös rahoittajan kanssa tehtävää yhteistyötä. Tiivis yhteistyö kehittämisprojektin kohdeorganisaation kanssa on tukenut projektipäällikön toimintaa, ja yhteistyön tekeminen työntekijöiden ja kokemusasiantuntijoiden kanssa on osoittautunut merkittäväksi asiaksi, kun kehitetään käytännön toimintaa.

LÄHTEET

- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T. Haug, H.-J. & Fischer, J.E. 2004. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 11, No 4, 422-427.
- Almvik R., Woods, P. & Rasmussen, K. 2000. The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, Specificity and inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol 15, No 12, 1284-1296.
- Almvik, R. 2008. Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist, Thesis for the Degree of Doctor Philosophiae. Viitattu 23.4.2019. <http://riskassessment.no/files/PhD-Thesis-Almvik-2007.pdf>
- Anderson, A. & West, S.G. 2011. Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim. *Innovations in Clinical Neuroscience*. Vol. 8, No 3, 34-39.
- Anderson, K.K. & Jenson, C.E. 2019. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol 33, No 1, 112-119.
- Arnetz, J.E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M.J., Ager, J. & Luborsky, M. 2015. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 71, No 2, 338-348.
- Blair, E.W., Woolley, S., Szarek, B.L., Mucha, T.F., Dutka, O., Schwartz, H.I. Wisniowski, J. & Goethe, J.W. 2017. Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: Pilot Study. *Psychiatric Quarterly*. Vol 88, No1, 1-7.
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M. & Jeffery, D. 2009. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatients Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol 30, No 4, 260-271.
- Clarke, D.E., Brown, A.-M. & Griffith, P. 2010. The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 17, No 7, 614-620.
- Cleary, M., Hunt, G. & Walter G. 2010. Seclusion and its context in acute patients psychiatric care. *Journal of Medical Ethics*. Vol 36, No 8, 459-462.
- Dahm, K.T., Odgaard-Jensen, J., Husum, T.L. & Leiknes K.A. 2015. Interventions for reducing coercion in mental health for adults: a systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences*. Vol 1, No 1, 1-23.
- Ekelund, J. 2018. Ohje potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin intranet -julkaisu. Viitattu 12.4.2020 <https://santra.vsshp.fi/yksikot/tyks-2013/psykiatria/ohjeita/Potilashoidon%20ohjeet/Potilaan%20itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4misoikeuden%20rajoittaminen.pdf>
- ETENE, 2009. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 1. Viitattu 3.11.2019. <https://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf>
- Goulet, M. & Larue, C. 2017. A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Research Nursing*. Vol 27, No 7, 853-870.

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 31.3.2019. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>

Holm, R., Poutanen, P. & Ståhle, P. 2018. Mikä tekee dialogin: Dialogisen vuorovaikutuksen tunnuspiirteet ja edellytykset. Sitra. Viitattu 17.4. <https://www.sitra.fi/artikkelit/mika-tekee-dialogin-dialogisen-vuorovaikutuksen-tunnuspiirteet-ja-edellytykset/>

Huckshorn, K.A. 2004. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Vol. 42, No 9, 22-33.

Huckshorn, K.A. 2008. Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Health Program Directors. Viitattu 30.6.2019. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T. & Bjorner, J.B. 2014. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 68, No 8, 536-542.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T., Rasmussen, K., Almvik, R. & Bjorner, J.B. 2016. Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol 37, No 12, 960-967.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jennaco, J.D., Whittemore, R & Dixon, J. 2017. Aggressive Event Incidence using the Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R): A Longitudinal Study.

Innokylä 2010. Vierihoidon aikuisten psykiatrisella osastolla. Viitattu 20.4.2019. <https://www.innokyla.fi/documents219929/84ec2e57-8caa-4561-b577-70dfb0486a9e>

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

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Vol 25, No 4, 291-301.

Kaptein, M. 2010. The Ethics of Organizations: A Longitudinal Study of the U.S. Working Population. *Journal of Business Ethics*. 92:601-618. Viitattu 1.5.2019. https://www.academia.edu/22700674/The_Ethics_of_Organizations_A_Longitudinal_Study_of_the_U.S._Working_Population

Karlsson, J. 2020. Osastonhoitaja Johanna Karlssonin haastattelu sähköpostitse 23.3.2020. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, Psykiatrian toimialue, Turku.

Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. 2017. Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health Services Research*. Vol 17, No 26. Viitattu 3.11.2019. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1942-0>

Keski-Valkama, A. 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. Academic Dissertation. University of Tampere. School of Public Health. Vaasa: Multiprint Oy.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe G. 2010. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*. Vol 17, No 1, 65-76.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol 48, No 1, 16-24.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil T.E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 24. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kupias, P. & Koski, M. 2013. Hyvä kouluttaja. Talentum. E-kirja. Viitattu 12.4.2020. [https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.turkuamk.fi/teos/DAEBHXGTFF#kohta:HYV\(\(c4\)\)\(\(20\)KOU-LUTTAJA\(\(20\)/piste:b1](https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.ezproxy.turkuamk.fi/teos/DAEBHXGTFF#kohta:HYV((c4))((20)KOU-LUTTAJA((20)/piste:b1)

Langsrud, K., Vaaler, A., Morken G., Kallestad, H., Almvik, R., Palmstierna, T. & Güzer. 2019. The Predictive Properties of Violence Risk Instruments May Increase by Adding Items Assessing Sleep. *Frontiers in Psychiatry*. Vol 10, Article 323.

Lahti, M., Berg, J., Varpula, J., Lipponen, E., Äärinen, A., Lantta, T., Soinen, P., Sailas, E., Kontio, R. & Välimäki, M. 2018. Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristuksen aikana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 248. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Linaker O.M. & Busch-Iversen, H. 1995. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol. 92, No 4, 250-254.

Lockertsen, Ø., Varvin, S., Færden, A., Eriksen, B.M.S., Roaldset, J.O. Procter, N.G. & Vatnar, S.K.B. 2019. Risk assessment of imminent violence in acute psychiatry: a step towards an extended model. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. Julkaistu verkkojulkaisuna 5. syyskuuta 2019. Viitattu 2.11.2019. https://www.researchgate.net/publication/335652683_Risk_assessment_of_imminent_violence_in_acute_psychiatry_a_step_towards_an_extended_model

Lämsä, A-M. 2011. Eettisyys organisaatiokulttuurin kehittämistä suuntaamassa. Teoksessa: Juuti, P. (toim.) 2011. Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Vantaa: Johtamistaidon opisto.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen J. (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.1.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1

Marques, M.I., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S & Neves, G. 2015. Assessment of the Risk of Violence in Portuguese Psychiatric Settings Using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*. Vol 5, No 5, 360-370.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. 2013. Werkboek HIC: high en intensive care in de psychiatrie. De Tijdstroom.

Moursel, G., Duman, Z.Ç. & Almvik, R. 2019. Assessing the risk of violence in psychiatric clinic: the Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version – validity and reliability study. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol 55, No 2, 225-232.

Moylan, L.B. & Cullinan, M. 2011. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 18, No. 6, 526-534.

Oksanen-Mäkelä, M. 2020. Ylihoitaja Maria Oksanen-Mäkelän haastattelu sähköpostitse 22.3.2020. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turun yliopistollinen keskussairaala, Psykiatrian toimialue, Turku.

Opintokeskus Sivis 2019. SWOT-analyysi. Viitattu 10.4.2020. <https://www.ok-sivis.fi/jarjestoarvioinnin-ilmansuuntia/arvioinnin-tiedonkeruun-menetelmia/swot-analyysi.html>

Otala, L. 2018. Ketterä oppiminen: keino menestyä jatkuvassa muutoksessa. Helsinki: Kauppakamari. Viitattu 22.4.2019. <https://kauppakamaritieto-fi.ezproxy.turkuamk.fi/s/ak/kirjat/kettera-oppiminen-keino-menestya-jatkuvassa-muutoksessa/?coll=2>

Paasivaara, L., Suhonen M. & Virtanen P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma.

Pakkala, K. & Ström, K. 2018. Ope valmentaa – onnistu ja valmenna muitakin onnistumaan. Kouvol: Rakkauskaravaani.

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O-P., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. 2013. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. Vol. 64, No 9, 850-855.

Roche, M., Duffield, C & White, E. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least square path modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*. Vol 48, No 12, 1475-1486.

Sajanti, K. 2020. Turvatilan seinämaalaus Psykoosiosastolla P2. Henkilökohtainen kuva-arkisto. Viitattu 6.5.2020.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa koulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 13.4.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

van de Sande, R., Nijman, H.L.I., Noorthoorn, E.O., Wierdsma, A.I., Hellendoorn, E., van der Staak, C. and Mulder C.L. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*. Vol 199, No 6, 473-478.

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

Sarver, W.L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. & Mantz, L. 2019. Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Online First -Publication.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 23.4.2019. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. 2013. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* Vol 22, No 1, 47-55.

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Academic dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Turku: Painosalama Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 24. Viitattu 11.6.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2020. Fyysisen väkivallan ja sen uhan valvonta. Työsuojeluvalvonnan ohjeita 1/2020. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.4.2020 <https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/198601/Fyysisen+v%C3%A4kivallan+ja+sen+uhan+valvonta/e97b4ea9-d470-4060-b5b3-4f77a94e23ea>

Sosiaalitaito 2007. Kehittämisprosessi näkyväksi. Näkökulmia ja ohjeita itsearviointiin. Sosiaalitaidon työpapereita. Viitattu 23.4.2019. http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Kehittamisprosessi_nakyvaksi_Nakokulmia_ja_ohjeita_itsearviointiin.pdf

Terkelsen, T.B. & Larsen, I.B. 2016. Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*. Vol 23, No 3, 308-317.

THL 2018. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2017. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 33/2018. Viitattu 3.11.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tietosuojalaki 1050/2018. Annettu Helsingissä 5.12.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>

TurvaSiipi 2019. TurvaSiipi - Hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Viitattu 11.12.2019. <https://turvasiipi.turkuamk.fi/>

Työsuojeluhallinto. 2013. Väkivallan uhka työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46. Tampere: Multiprint Oy. Viitattu 20.4.2020. <https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/V%C3%A4kivallan+uhka+ty%C3%B6ss%C3%A4+2016/cba409ad-5766-44b9-b813-d5652a22a300>

Työturvallisuuslaki 738/2002. Annettu Helsingissä 23.8.2002. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Valeer, A.E., Iversen, V.C., Morken, G., Fløvig, J.C., Palmstierna, T. Linaker, O.M. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BMC Psychiatry* Vol 11, Nro 44.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) 2019a. Tyks psykiatrian toimialueen yksiköt. Viitattu 5.1.2019. <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/default.aspx>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP) 2019b. VSSHP strategia vuosille 2019-2020. Viitattu 5.1.2019. http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Documents/VSSHP_strategia_2019-2020.pdf#search=strategia

Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G.D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., Salo, P., Ahola, K. & Kivimäki M. 2011. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* Vol 198, No 2, 149-155.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.4.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M., Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A66. Turku.

Välimäki, M., Yang, M., Vahlberg, T., Lantta, T., Pekurinen, V., Anttila, M. & Normand, S-L. 2019. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC Psychiatry*. Vol. 19, No 1. Viitattu 2.11.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660969/pdf/12888_2019_Article_2200.pdf

World Health Organization (WHO) 2013. Euroopan mielen terveyden toimintasuunnitelma. Alkuperäiskieli: Englanti. Viitattu 20.4.2020. https://thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielen_terveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf

Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, I., An, F-R. & Cheng, G. 2014. Acceptability and psychometric of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 21, No 9, 848-855.

Liite 1. The Brøset Violence Checklist

Lyhyen aikavälin väkivaltariski-arvio BVC (The Brøset Violence Checklist)

Tulkinta ja käyttö

Pisteytyksen tulkitseminen:

Arviointikerran yhteispisteet = 0
Arviointikerran yhteispisteet = 1-2

Väkivallan riski on pieni

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.
Ärtynyt	Ärtty 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 väkivallalla 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

<p>Lyhyen aikavälin väkivaltariski-arvio BVC (The Brøset Violence Checklist)</p> <p>Arvioi potilas sovittuun aikaan jokaisessa työvuorossa. Jos arvioitavaa käyttäytymistä ei esiinny, annetaan arvo 0. Jos arvioitavaa käyttäytymistä esiintyy, annetaan 1 piste. Maksimipistemäärä (summa) arviointikerästä kohti on 6. Jos arvioitava käyttäytyminen on tutulle potilaalle tyyppillistä, 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.</p>	Potilas
--	---------

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

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

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

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

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

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

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

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkelit

Tutkimuksen / kehittämistyön tekijät, tutkimusvuosi ja -paikka	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Abderhalden, C. ym. 2004, Sveitsi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, säilyvätkö Brøset Violence Checklist (BVC) -mittarin ennustavat ominaisuudet toisessa psykiatrisessa ympäristössä, kuin alkuperäisessä norjalaisessa tutkimusasetelmassa.	Aineistona oli potilaiden BVC-G (German version of the BVC)-mittarin tulokset (1203) ja SOAS-R -mittarilla raportoidut tiedot väkivaltatilanteista (47). Mittaustuloksia kerättiin 6 eri akuuttiosastolla kolmessa eri sairaalassa. Tutkimuksessa käytettiin 219 peräkkäin sisäänkirjoitetun potilaan mittaustuloksia.	BVC osoitti tyydyttävää tarkkuutta henkilöstöön kohdistuvan väkivallan lyhyen aikavälin ennustamisessa hiljattain psykiatriselle osastolle sisäänkirjoitettujen potilaiden kohdalla. Tulokset olivat yhtenevät alkuperäisen norjalaisen tutkimuksen ja mittarin kanssa. BVC on lupaava työväline ja integroitavissa päivittäiseksi rutiiniksi. Jatkotutkimushaasteena on selvittää, vähentääkö riskiarvioinnin tekeminen väkivaltaista käyttäytymistä.
Almvik R. ym. 2000, Norja	Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää BVC-mittarin pätevyys ja luotettavuus sekä tutkia väkivaltaisen ja ei-väkivaltaisen potilaan eroja ja muuttujien vaikutavuutta väkivaltaisen käytöksen ennustamisessa.	Aineistona oli potilaiden BVC-mittarin tulokset ja SOAS-R -mittarilla raportoidut tiedot väkivaltatilanteista. Tietoja kerättiin kahden kuukauden ajalta neljältä eri akuuttiosastolta, neljästä eri sairaalasta. Näille osastoille sisäänkirjoitettiin tutkimuksen aikana yhteensä 109 potilasta.	BVC:n luotettavuuden arvioitiin olevan riittävä. Vertailut eri mitaustuskertojen välillä ennen väkivaltatilannetta, osoittivat BVC:n kohtalaista herkkyyttä ja hyvää spesifisyyttä. BVC on hyödyllinen väline väkivallan ennustamisessa seuraavan 24 tunnin aikana ja välineen psykometriset ominaisuudet ovat tyydyttävät.
Almvik R. 2008, Norja.	Väitöskirjan tarkoituksena oli testata mittarin luotettavuutta ja ennustettavaa paikkansapitävyyttä erilaisissa psykiatrisissa ympäristöissä. Lisäksi tarkoituksena on kuvata osastohoidossa olevien potilaiden kohdalla esiintyvää väkivaltaisuutta ja riskiarviointiin liittyviä asioita. Esitellään eri väkivallan mittaustekniikoita ja kuvataan BVC-mittarin kehittämisprosessi.	Väitöskirjassa on esitetty tuloksia viidestä eri tutkimusartikkelista, joissa Almvik on ollut kirjoittajana. Artikkeleista neljässä (1,2,4 ja 5) tietojen keruu on perustunut hoitajien havainnointiin BVC- ja SOAS-R-mittarilla. Artikkelit 3 oli kirjallisuuskatsaus liittyen SOAS-R-mittariin.	BVC-mittari mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata ja sitä voidaan käyttää erityyppisillä psykiatrisilla osastoilla. BVC soveltuu mielenterveysalan henkilöstölle ja se on lyhyt, selkeä ja helppokäyttöinen. Mittaustulosten väärin positiivisten tulosten vaikutusten pitäisi olla vähemmän häiritseviä. Nykyisten tutkimusten mukaan hoitomenetelminä väkivallan hallinnassa käytetään vierihoitoa, eristämistä, lisähenkilökuntaa, lääkkeen vaihtamista tai ylimääräistä lääkitystä. Jatkotutkimusten kannalta olennaista olisi selvittää, vähentääkö BVC-mittarin käyttö väkivaltaisten tilanteiden esiintymistä psykiatrisella osastolla.

Anderson, A. & West, S.G. 2011, Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella tutkimuksia, jotka käsittelevät väkivallan esiintymistä mielen-terveystyössä, väkivaltaan herkemmin taipuvia potilaita ja mielen-terveystyön tekijöitä, jotka ovat suurimmassa riskissä tulla väkivallan uhreiksi. Tässä kuvataan myös mahdollisia menetelmiä väkivallan estämiseksi ja tekniikoista, jotta sekä henkilökunta että potilaat selviytyvät väkivaltatilanteista.	Kirjallisuuskatsausartikkeli, jossa käytetty 20 eri lähdejulkaisua.	Väkivaltaiset potilaat eivät ole homogeenisiä, ja heidän käytöksensä heijastuu erilaisista biologisista, psykodynaamisista ja sosiaalisista tekijöistä. Henkilökunta on tärkeä kouluttaa tunnistamaan väkivaltaa synnyttävät tekijät ja keinot hallita väkivaltaisia potilaita. Koulutuksen tulisi ulottua laajemmalle, kuin lääkkeiden käyttöön hallitsemaan väkivaltaista käytöstä ja sen tulisi sisältää sanallisen de-eskalaation tekniikoita ja itsepuolustusmenetelmiä. Väkivaltatilanteista on tärkeä raportoida, jotta henkilökunta saa oikeanlaista apua, jos väkivaltaa esiintyy. Vaikka mielen-terveystyössä asetetaan potilas ensimäiseksi, on tärkeä, ettei laiminlyö omaa henkistä ja fyysistä hyvinvointia, jotta kykenee suorittamaan työnsä tehokkaasti.
Anderson, K.K. & Jensen, C.E. 2019, Yhdysvallat	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa väkivallan riskinarvioinnin seulontatyökalut, joita voidaan käyttää akuutissa mielen-terveys-työssä	Kirjallisuuskatsaus tehtiin EBSCOhost, CINAHL ja PubMed tietokannoista (N=20). Täydentävä haku tehtiin CINAHL, PubMed ja PsychINFO tietokannoista (N=32). Lopulta arvioitiin 8 eri väkivallan riskiarviointimittaria, joista neljän kohdalla tehtiin lisätutkimuksia.	BVC ja Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10) tarjosivat parhaat arviointitulokset akuutissa mielen-terveys-työssä. Väkivaltariskiarviointimittari auttaa tunnistamaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen riskissä olevat potilaat, jolloin pystytään nopeasti hyödyntämään toimenpiteitä ehkäisemään väkivaltatilanteita.
Arnetz J. ym. 2015, Yhdysvallat.	Tutkimukset tarkoituksena on selvittää potilaan työntekijään kohdistaman väkivallan aiheuttajia ja olosuhteisiin liittyviä tekijöitä, joita on kirjattu työntekijöiden toimesta sairaalan tietokantaan.	Tutkimukseen osallistui seitsemän eri sairaalaa, joissa keskimäärin 15000 työntekijää. Tutkimusaineistona oli työntekijöiden tekemät väkivaltailmoitukset, joissa tekijänä oli potilas tai potilas-vierailija. Tutkimusjakson aikana väkivaltatilanteita oli 214.	Tunnistettiin kolme teemaa, liittyen väkivallan aiheuttajiin: potilaan käytös (kognitiivinen heikentyminen ja tahto poistua), potilashoito (neulojen käyttö, kipu/epämukavuuden tunne, fyysinen siirto toisaalle) ja tilanteiden tekijät (lepositeiden käyttö, muutokset hoidon prosessissa, interventiot toisten potilaiden suojelemiseksi ja potilaiden uudelleenohjaus). Tunnistamalla väkivaltaa aiheuttavat tekijät ja tilanteet viestitään samalla johdolle potentiaalisista kohteista, joihin tulee puuttua. Henkilökuntaa voidaan kouluttaa tunnistamaan näitä riskitekijöitä ja miten parhaiten ehkäistä yleisimpiä väkivaltatilanteita.

Blair, E.W. ym. 2017, Yhdysvallat.	Kirjoittajat kuvaavat laatu- ja turvallisuusaloitetta, jonka tarkoituksena on vähentää eristämistä ja sitomista ja esittävät tuloksia pilotointitutkimuksesta, jossa arvioitiin tämän ohjelman tehokkuutta.	Tutkimuksen kohteena oli 120 paikkainen psykiatrisen yksikkö. Tutkimuksen pohjatiedot sisälsivät vuoden ajalta esim. eristämisen ja sitomisen määrät ja kestot kaikkien sisäänkirjoitettujen potilaiden kohdalta ja tutkimusaineisto sisälsi vertailutiedot samoista asioista kahden vuoden ajalta, kun uusi toimintamalli oli kokonaan implementoitu.	Menetelmä, jossa yhtenä osana hyödynnettiin BVC-mittaria, todettiin alustavasti olevan tehokas menetelmä vähentämään eristämistä. Lisää tutkimuksia kuitenkin tarvitaan, onko tulokset yleistettävissä ja millä asteella mikäkin menetelmä vaikutti tuloksiin ja olisiko toimintamallin jatkaminen edelleen vähentänyt sitomisen käyttöä.
Bowers, L. ym. 2009, Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida potilaiden väkivallan suhdetta muihin konflikteihin, eristämismenetelmiin, palvelun ilmapiiriin, fyysiseen hoitoympäristöön, potilaan rutiineihin, henkilökunnan piirteisiin ja henkilökunnassa tapahtuviin muutoksiin.	Tutkimukseen osallistui kuuden kuukauden aikana 136 akuuttipsykiatrisen osastoa potilaineen ja henkilökuntineen 67 sairaalassa. Tutkimuksen mittarit olivat: Patient-staff Conflict Checklist (PCC-SR), Overt Aggression Scale ja Bongar Lethality Scale. Muita käytettyjä mittausvälineitä olivat Attitudes to Containment Measures Questionnaire (ACMQ), Attitude to Personality Disorder Questionnaire (APDQ), Ward Atmosphere Scale (WAS), Team Climate Inventory (TCI), Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), Maslach Burnout Inventory (MBI). Tutkijat keräsivät myös tietoa osastoista ja niiden olosuhteista yhteistyössä osastonhoitajien kanssa.	Korkeat aggressiivisuuslukemat liittyivät potilaisiin, jotka olivat määrätty hoitoon mielenterveyslain puitteissa tai joilla oli alkoholin käyttöä sekä osastoihin, joissa oli suuri potilasvaihtuvuus, lukitut ovet ja suurempi henkilökuntamäärä. Henkilöstön määrän ja aggressiivisten tapahtumien välillä olevaan positiiviseen yhteyteen on kuitenkin monia selityksiä, kuten henkilöstön käyttöpoliittikka, vallan epäsymmetria ja sääntöjen määräämisvaikeudet, mahdollisesti henkilöstön ja potilaan välisen vuorovaikutuksen heikko lopputulos, kun potilas voi akuuttisesti huonosti sekä henkilöstön yleiset ihmissuhdetaidot. Potilaiden rajoittaminen pahentaa väkivallan ongelmaa. Alkoholin käyttöön liittyvien hallintastrategioiden luominen ja käyttäminen voisi olla hyödyllistä vähentämään aggressiivisuutta.
Clarke, D.E. ym. 2010, Kanada.	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida BVC-mittarin kykyä auttaa henkilökuntaa tunnistamaan mahdollisesti väkivaltaiset potilaat varhaisessa vaiheessa, jotta he voivat käyttää vähiten rajoittavia menetelmiä välttääkseen tai vähentääkseen väkivaltilanteiden vaikutuksia.	BVC:tä käytettiin 3 kuukauden ajan intensiivihoidon osastolla, jokaisessa vuorossa potilaiden (N=48) ensimmäisten kolmen päivän aikana. BVC:n käyttöä jatkettiin ja seurannat tehtiin vuoden ja viiden kohdalla. Lisäksi kerättiin tietoja väkivaltilanteista ja potilaiden taustoista. Hoitohenkilökuntaa haastateltiin väkivaltilanteisiin.	Kolmen kuukauden seurannan aikana mittarin käyttö otettiin hyvin vastaan ja se saattoi olla yhteydessä alentuneisiin eristämislukuihin. Viiden vuoden seurannatutkimuksen kohdalla todettiin BVC-mittarin tulleen osaksi rutiinomaista toimintaa kahdessa intensiivihoidon yksikössä.

Cleary, M. ym. 2010, Australia.	Raportin tarkoituksena oli tutkia joitakin nykyhetken keskusteluja, jotka liittyvät potilaiden eristämiseen.	Aineistona on 42 artikkelia, joita on hyödynnetty kuvaamaan nykyhetken tilannetta eristämiseen liittyen.	Kunkin potilaan kohdalla, kun eristämisen nousee esille hoitovaihtoehtona, tulisi aina miettiä, olisiko vähemmän rajoittavaa keinoa mahdollista käyttää, mitä hyötyä ja riskejä olisi käyttää tai olla käyttämättä vaihtoehtoista menetelmää ja jos eristämistä käytetään, miten se pitäisi toteuttaa nykyisten standardien mukaisesti.
Dahm, K.T. ym. 2015, Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia psykososiaalisten pakkotoimenpiteitä vähentävien hoitomenetelmien tehokkuutta aikuisten mielenterveys-työssä.	Tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka toistettiin vuoden kulu- tua. Käytettyjä tietokan- toja olivat: Medline, Em- base, PsycINFO, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane CENTRAL, CRD DARE, CRD HTA, SveMed+, Norart, CINAHL, ISI Social Science/Science Citation Index ja TvangsPub.15 tutkimusartikkeliä käytet- tiin.	On epäselvää, miten yhteisiä kriisisuunnitelmia käytetään, jotta tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen potilaiden määrä vähenisi. Riskinarviointimenetelmät ja henkilöstön neuvonta/perehdytys voivat vähentää pakkotoimien käyttöä.
Goulet, M & Larue, C. 2017, Kanada.	Tutkimuksen tarkoitus oli saada ymmärrystä, mihin eristäminen ja sitominen perustuvat psykiatrisen osaston henkilökunnan ja potilaiden näkökulmasta.	Aineisto kerättiin syventymällä 56 tunnin aikana hoitokäytäntöihin ja haastatteleamalla henkilökuntaa ja potilaita (N=17, joista potilaita 3) akuutti-psykiatrian osastolla.	Sekä selkeät (esim. sairaalan protokolla), että epäsuorat (esim. osaston säännöt) standardit vaikuttavat eristämisen ja sitomisen käyttöön. Tulokset osoittavat, että olisi hyödyllistä kehittää eristämisen ja sitomisen jälkeistä keskustelua, jossa huomioidaan sekä potilaan että hoitajien näkökulmat. Tutkimustulosten perusteella suositellaan myös potilaan osallistavaa menetelmää, jossa potilas on aktiivisesti mukana hoidossa.
Huckshorn, K.A. 2004, Yhdysvallat.	Artikkelin tarkoitus on kuvata Kuusi ydinstrategiaa ja tuoda lyhyesti esille, minkälaisia tuloksia on saatu aikaa eristämisen ja sitomisen vähentämisessä, kun henkilökunta on koutettu toteuttamaan strategiaa.	26 ryhmää, jotka edustivat 25 osavaltiota, koulutettiin kuuden ydinstrategian malliin. 8 osavaltiota antoivat tiedot eristämistä ja sitomisesta ennen ja jälkeen koulutuksen ja National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Research Institute kävi tilastotiedot läpi.	Kuudella ydinstrategialla oli sitomiseen ja eristämiseen käytettyä aikaa saatu vähennettyä 79 %, eri potilaiden määrä, joita si- dottiin/eristettiin oli vähentynyt 62% ja sitomis-/eristämistilanteiden määrä oli vähentynyt 68%. Hoitohenkilökunta voi olla aktiivisessa asemassa tekemään muutoksia potilaiden eristämisessä ja sitomisessa, koska he voivat vaatia tarvittavia muutoksia hoidon filosofiaan, toimintaperiaatteisiin ja menettelytapoihin, jotta hoitoympäristö olisi väkivallaton ja toipumiskeskeinen.

Hvidhjelm, J. ym. 2014, Tanska.	Tarkoitus arvioida BVC-mittarin tarkkuutta ja herkkyyttä ennustamaan väkivaltatilanteita oikeuspsykiatrisilla potilailla.	Aineisto kerättiin potilastiedoista 2008 ja 2009 hoidossa olevien potilaiden keskuudesta (N=156). BVC täytettiin kolme kertaa vuorokaudessa koko hoitajakson ajan. Lisäksi väkivaltatilanteista kerättiin tietoa Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R).	BVC-mittari osoitti tyydyttävää tarkkuutta ja herkkyyttä ennustamaan lyhyen aikavälin väkivallan riskin esiintyvyyttä henkilökuntaa ja toisia potilaita kohtaan oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla.
Hvidhjelm, ym. 2016, Tanska	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, voitaisiinko BVC-mittarin säännöllisellä käytöllä saada vähennettyä potilaiden aggressiion yleisyyttä.	Alkumittauksilla tutkimusosastot jaettiin interventio- ja kontrolliosastoihin. Osallistuvat osastot olivat 6 suljettua vastaanotto-osastoa, 7 vastaanottavaa avo-osasto ja 2 vanhuspsykiatrisen osastoa. Tutkimukseen osallistui 52 viikon kestävä tutkimusjakson aikana sisäänkirjoitetut potilaat, N=2030.	Tulosten perusteella BVC:n käyttö potilashoidossa ei osoittanut merkittävää aggressiivisuuden vähenemistä, mutta tutkimustulokset kuitenkin viittasivat siihen, että se voi kuitenkin vähentää aggressiivisuuden riskiä ja edistää väkivaltaisten tilanteiden määrien vähenemistä.
Iennaco, J.D. ym. 2017, Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa aggressiivisten tilanteiden esiintymisastetta psykiatrisella osastolla, kuvailla tilanteiden luonnetta sekä niiden eroja liittyen aggressiion kohteeseen tai tyyppiin.	SOAS-R -mittarilla neljällä psykiatrisella osastolla hoitajat kuvasivat 6 viikon ajalta väkivaltatilanteita. 113 aggressiivista tilannetta esiintyi kyseisellä ajanjaksolla.	Verbaalista aggressiota esiintyi 86% tapahtumista ja fyysistä aggressiivisuutta reilussa puolessa tapahtumista. Suurin osa tapahtumista kohdistui hoitohenkilöstöön. Lähes 60 % tapahtumista ei ollut seurausta uhrille. Suurin osa tilanteista selvitettiin keskustelemalla potilaalle ja lääkitystä käytettiin noin puolessa tapahtumista. Rajoittavia keinoja käytettiin neljänneksessä tilanteista. Tilanteiden laajempi ymmärrys edistää tehokkaampaa väkivaltatilanteiden ehkäisyä ja hallintaa.
Kaunomäki, J. ym. 2017, Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, minkälaisia toimenpiteitä tehtiin henkilökunnan taholta psykiatrisella vastaanotto-osastolla, kun on tunnistettu isomman väkivaltariskitason potilas, miten usein näitä toimenpiteitä käytettiin ja miten tehokkaita ne olivat.	Tiedot kerättiin 6 kuukauden tutkimusjaksolla psykiatrisella vastaanotto-osastolla: N=331 sisäänkirjoitettua potilasta. Henkilökunta arvioi potilasta päivittäin Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) -mittarilla. Väkivallan riskiä vähentävistä hoitomenetelmistä saatiin tiedot potilaskertomuksista potilaita, joilla DASA oli 4 tai enemmän (N= 64).	Tarvittava lääkitys, eristäminen ja keskustelut hoitajan kanssa olivat useimmiten käytettyjä menetelmiä väkivaltariskissä olevan potilaan kanssa. Ei-pakottavat ja ei-lääkinnälliset menetelmät, kuten päivittäiset aktiviteetit olivat yhteydessä väkivaltariskin vähenemiseen. Tutkimustulokset kannustavat, että hoitohenkilökunta rohkaistuisi käyttämään mielikuvitusta miettiessään tapoja vähentää väkivaltariskiä.

Langsrud, K. ym. 2019, Norja.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, voisiko tieto unen määrästä parantaa BVC-mittarin ennakkoivaa ominaisuutta.	Aineistona oli tulokset BVC-mittarista, johon oli yhdistetty unen määrää kuvaavat kaksi suuretta sekä SOAS-R. Hoitajat arvioivat potilaat ja väkivaltatilanteet kuuden kuukauden ajalta potilaista, joita hoidettiin PICU:ssa (Psychiatric Intensive Care Unit) vähintään yhden yön ajan. Potilaita oli yhteensä 40 ja sisäänkirjoituksia 50.	Tulokset osoittivat, että unen määrän havainnointi osana BVC- mittaria PICU-yksikössä, paransi mittarin tarkkuutta ja herkkyyttä.
Lahti, M. ym. 2018, Suomi	Tutkimushankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa huone- ja sitomiseristykseen liittyvää tietoa hoitajan työturvallisuuskäsitteistä, kuvata hoitajan ja potilaan toimintaa huone- ja sidontaeristyksen aikana, tuoda esille hoitohenkilökunnan kehittämisehdotuksia huone- ja sidontaeristämisen ja luoda toimintaohje huone- ja sidontaeristyksen aikaiseen vuorovaikutukselliseen hoitamiseen työturvallisuus huomioiden.	Kirjallisuuskatsauksessa tehtiin hakuja CINAHL, PubMed, PsychINFO ja Medline -tietokannoista. 3 tutkimusta hyväksyttiin analysoitavaksi. Tutkimuksessa analysoitiin myös kuuden eri osaston eristyshuoneiden turvakameratallenteita (N=37). Viiden osaston henkilökuntaa myös haastateltiin fokusryhmähaastatteluilla (N=32) ja lisäksi hoitajille järjestettiin yhteistoiminnallinen ryhmätyötilanne, jossa syvennettiin eristys-huoneen työturvallisuuteen ja riskitekijöihin sekä hoidolliseen vuorovaikutukseen liittyviä teemoja.	Työturvallisuusriskit johtuvat hoitajien mukaan työperäisistä, fyysisistä, psykologisista ja ympäristötekijöistä sekä potilaan ominaisuuksista. Eristystilanteissa vuorovaikutusta on vähän. Hoitajan toiminta on suunniteltua kohdennettua perushoitoon, lääkehoitoon, fyysisen ja psyykkisen voiminnan seurantaan ja potilaan sekä lääkärin kanssa keskusteluun. Hoitajan tavoitteena on luoda terapeuttilinen vuorovaikutus potilaaseen saamalla kontaktin ja ylläpitämällä sitä. Potilaan oleminen eristyshuoneessa määriteltiin kolmen eri kategorian mukaan: rauhallinen tai levoton tai kontaktissa hoitajan kanssa oleminen. Hoitajien tulee suunnitella toimintansa ennen eristykseen menemistä: roolit, vastuut, huoneeseen sijoittuminen ja apuvälineiden tarve. Hoitajien avoin, keskinäinen vuorovaikutus, koulutusmahdollisuudet ja uusien työntekijöiden perehdytys edistävät työturvallisuutta eristystilanteissa.
Linaker, O.M. & Busch-Iversen, H. 1995, Norja.	Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa väkivaltaa ennustavia tekijöitä korkeimman turvallisuustason psykiatrisella osastolla.	5 vuoden ajanjaksolta tarkasteltiin päivittäiset raportit ja vaaratilanneilmoitukset liittyen vakaviin väkivaltatilanteisiin, jotka päätyivät vähintään fyysiseen kiinnipitukseen. Tilanteita oli yhteensä 48, 32 eri potilaan kohdalla.	56 erilaista käyttäytymisen piirrettä havaittiin potilailla 24 tuntia edeltävällä ajanjaksolla ennen väkivaltatilannetta. Kuusi yleisintä piirrettä olivat sekavuus, ärtyisyys, riehakkuus/äänekästä levoton, sanallisesti uhkaava, fyysisesti uhkaava ja esiin esiin kohdistuva aggressio. Regressioanalyysillä ja arvioitsijoiden välisellä luotettavuustestillä todettiin näiden piirteiden ennakoivan väkivaltaa ja olevan varoittavaa käyttäytymistä.

Lockertsen, Ø. Ym. 2019, Norja.	Tutkimuksessa selvitetiin, tarjoaako laajennettu lyhyen aikavälin väkivaltariskiarviointi, mikä sisältää BVC:n, potilaan oman arvioinnin väkivaltariskistä Self Report Risk Scale (SRS) ja yksittäisen kohdan V-RISK-10 -mittarista, paremman ennustavan tarkkuuden kuin BVC-mittari yksistään.	Tutkimusaineistona oli vuoden aikana, kaikkien psykiatriseen päivystävään sairaalaan sisäänkirjoitettujen potilaiden (N=508) BVC, SRS ja V-RISK-10 (kohta 2) arvioinnit sekä lisäksi käytettiin väkivaltatilanteiden arviointilomakkeita (SOAS-R). Potilailla, joilla oli useampi sisäänkirjoitus kyseisen vuoden aikana, käytettiin vain ensimmäisen sisäänkirjoituksen tietoja, jolloin kaikki mittarit oli täytetty.	Laajennettu BVC-mittari osoitti paremmin välitöntä väkivaltaa läpi koko sairaalahoidon ajan, kuin BVC-mittari yksistään. Lisää tutkimuksia aiheesta kuitenkin edelleen tarvitaan.
Marques, M.I. ym. 2015, Portugal.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa aggressiivisen käyttäytymisen kaavaa, arvioida sairaalahoidossa olevien potilaiden väkivaltaa ennustavia tekijöitä ja arvioida BVC-mittarin väkivaltaa ennustavaa ominaisuutta.	Aineistona oli tulokset SOAS-R, visual analog scale (VAS) ja BVC-mittareista yhden kuukauden ajalta 64 potilaan kohdalla.	Aggressiivisuutta esiintyi 15 kertaa ja oli ajanjaksolla verbaalista. Tilanteet olivat seurausta, kun heiltä kiellettiin jotakin ja tilanteet hoidettiin ilman rajoittavia toimenpiteitä. Yleisin väkivaltaa ennustavat piirteet olivat ärtyneisyys ja riehakkuus. BVC-mittarin todettiin osoittamaan hyvää ennustettavuutta väkivallan suhteen ja näin ollen sen voidaan ajatella olevan hyvä työväline kohdentamaan hoitomenetelmiä ehkäisemään väkivaltaa.
Moursel, G. ym. 2019, Turkki.	Tutkimuksen tarkoitus oli saada käyttöön BVC-mittari turkkilaisten potilaiden hoidossa ja samalla testata sen validiutta ja reliabiliteettia mitata ja ennakoita psykiatristen potilaiden väkivallan riskiä.	Kerättiin BVC-mittarin tulokset 1 aikuispsykiatrian osaston potilailta (N=126) 3 ensimmäisenä hoitopäivänä 6 kk aikana. Lisäksi käytössä oli Overt Aggression Scale (OAS) ja Sociodemographic Data Collection Form, jolla kerättiin potilaiden taustatietoja potilastiedoista, potilailta tai sukulaisilta.	Tutkimustulokset tukevat BVC-mittarin validiutta ja reliabiliteettia. Turkinkielelle käännetty BVC oli luotettava ja validi mittari käytettäväksi psykiatristen osastopotilaiden kohdalla.
Moylan, L.B. & Cullinan, M. 2011, Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoitus on kuvata psykiatrisiin hoitajiin kohdistuvien väkivaltatilanteiden ja vammojen luonnetta, yleisyyttä ja vakavuutta sekä selvittää väkivaltatilanteiden yhteyttä hoitajien päätökseen rajoittaa potilaita.	Tutkimukseen osallistua 5 psykiatrista yksikköä ja yhteensä 110 hoitajaa. Moylan Assessment of Progressive Aggression Tool (MAPAT) -työvälinettä käytettiin mittaamaan, missä kohtaa videota, hoitajat eristäisivät potilaan. Lisäksi hoitajia haastateltiin. Molemmat toteutettiin yksilötilanteina.	80 % hoitajista oli kokenut väkivaltaa, 65% oli saanut loukannut ja 26 % oli vakavasti loukkaantunut. Vammat sisälsivät murtumia, silmävammoja ja pysyviä vammoja. Hoitajat, jotka olivat joskus loukanneet, päättivät jatkossa myöhemmässä vaiheessa potilaan agitaatiota päätyä eristämään hänet.

Putkonen, A. ym. 2013. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko välttää eristäminen ja sitominen skitsofreniapotilaan hoidossa ilman, että väkivalta lisääntyisi ottamalla käyttöön pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa.	Tutkimus oli rekisteritutkimus, jossa käytettiin interventio ja verrokki-osastojen rekisteritietoja pakkohoitokeinojen määristä, väkivaltatilanteista ja henkilökunnan poissaoloista ja työtapaturmailmoituksista. Tutkimukseen osallistui yhteensä neljä osastoa valtion mielisairaalasta.	Pakon käytön vähentäminen on mahdollista yksiköissä, joissa hoidetaan skitsofreniaa sairastavia potilaita, joilla on taustalla aiempaa väkivaltaista käyttäytymistä, ilman, että osastolla väkivalta lisääntyisi. Henkilökunnan sairaspotilaat, jotka liittyivät potilaan aiheuttamaan vahinkoon, vähenevät tutkimusjakson aikana.
Roche, M. ym. 2011, Australia.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää miten yksilön piirteet ja toimintaympäristö ovat yhteydessä hoitajan kykyyn ja tahtoon sitoutua terapeuttiseen hoitosuhteeseen.	Aineisto kerättiin hoitajilta (N=76) 6:lla psykiatrisella osastolla 5:ssä eri akuuttisairaalaissa. Hoitajille suunnattiin kyselyt Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (NWI-PES) ja Mental Health Problems Perception Questionnaire (MHPPQ). Osastoilta kerättiin tiedot miehitysvahvuuksista, ammattialoista ja potilasvaihtuvuudesta.	Yksilölliset piirteet ja toimintaympäristö mielenterveytyössä vaikuttavat hoitajan kykyyn ja tahtoon sitoutua terapeuttiseen hoitosuhteeseen. Kokeneet ja itsensä päteviksi kokevat ja tukea saaneet hoitajat toivat enemmän esille halukkuutta sitoutua hoitosuhteeseen. Ympäristökijöistä ohjauksen saaminen, jatkokoulutus, urakehitysmahdollisuudet ja mahdollisuus osallistua sairaalan toimintojen hallinnolliseen suunnitteluun voivat parantaa hoitajien sitoutumista.
van de Sande, R. ym. 2013, Hollanti	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia BVC ja Kennedy Axis V -mittareiden validiutta apuna eristämistilanteiden päätöksenteossa.	Vuoden aikana mittarit täytettiin päivittäin neljän akuuttipsykiatrian osaston potilaista. Tutkimuksen aikana sisäänkirjoitettiin 398 potilasta ja hyväksytyjä riskiarvioita analysoidiin 7055. Potilaiden taustatiedot ja eristysluvut kartoitettiin sairaalan tietokannasta.	Päivittäiset arvioinnit voivat olla tärkeitä opastamaan päätöksiä psykiatristen ja käyttäytymiseen liittyvien kriisitilanteiden hallitsemisessa. Kahden mittarin yhdistäminen vakiokäytännöksi tunnistamaan korkeammassa eristämiskäytännössä olevat potilaat, oli hyödyllistä.
Sarver, W.L. ym. 2019, Yhdysvallat.	Tutkimuksen tarkoitus oli määrittellä BVC-mittarin pisteiden ja väkivaltatilanteiden yhteyttä 24 tunnin ajanjaksoilla, verrata pisteitä potilaiden kesken, joita hoidettiin vaativammilla hoitotoimenpiteillä väkivaltatilanteessa ja tutkia tulosten vaikutusta sairaalassaoloaikaan sekä potilaiden uudelleen sisäänkirjoittamiseen hoitoon.	Aineistona oli 3 kuukauden ajalta kaikki potilaat, jotka sisäänkirjoitettiin 20-paikkaisella aikuisten psykiatriselle osastolle, N= 222. Hoitajat tekivät BVC:n kaikille potilaille. Lisäksi hoitajat täyttivät väkivaltatilanteista SOAS-R -mittarin tiedot. Tutkijat keräsivät taustatiedot potilaista sekä heidän hoidossaan käytetyistä hoitomenetelmistä väkivaltatilanteissa potilastiedoista.	Potilailla, jotka tarvitsevat vaativampia hoitotoimenpiteitä väkivallan takia, on korkeammat BVC-mittarin pisteet ensimmäisenä ja toisena hoidon päivänä. Potilaiden, jotka ovat saaneet BVC-mittarista korkeampia pisteitä, hoitajaksot olivat pidempiä kuin muiden potilaiden. Potilaiden takaisin sisäänkirjoitusten 30 päivän aikana ja BVC-pisteiden välillä ei ollut yhteyttä.

Soininen, P. ym. 2013, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia hoidostaan sen jälkeen, kun heitä on hoidettu sitomalla tai eristämällä.	Tutkimuksessa aikuisilta potilailta kerättiin tietoa Secluded and Restrained Patients' Perceptions of their Treatment (S/R-PPT) -kyselyllä. 90 vastausta analysoitiin.	Potilaat kokivat saavansa tarpeeksi huomiota henkilökunnalta ja he saivat tuoda esille mielipiteitään, mutta niitä ei aina huomioitu. Potilaat kielsivät eristämisen/sitomisen tarpeellisuuden ja hyödyllisyyden. Potilaiden mielipiteiden huomiointiin hoidossa, tarvitaan aitoa dialogia yksilöllisessä hoidossa tulisi olla vaihtoehtoja eikä rutiininomaista päätöksentekoa. Hoitokulttuurin tulisi muuttua enemmän osallistavaksi myös, kun arvioidaan sitomista ja eristämistä.
Terkelsen T.B. & Larsen, I.B. 2016, Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä tapahtuu, kun osastolla ilmenee vaarallinen tilanne ja miten ammattilaiset ja potilaat tulkitsevat näitä tilanteita, sekä mitä silloin on eettisesti vaikalaudalla.	Aineistona oli tutkimukseen osallistuneiden havainnoimisesta tehdyt huomioidot sekä haastattelut 4 kuukauden ajanjaksolla suljetulla psykiatrisella osastolla. Tutkija vieraili osastolla 48 kertaa, ollen kerrallaan 2-7 tuntia tekevässä havainnoissa ja haastatteluja. Tutkimukseen osallistui 12 potilasta ja 22 ammattilaista.	Sekä ilmapiirillä, että materiaalisella ympäristöllä on merkitystä vaarallisissa tilanteissa. Ammattilaiset tulkitsevat vaarallisia tilanteita joskus stereotyyppien kautta. Ammattilaiset ja potilaat tulkitsevat eri tavoin, mitkä asiat laukaisevat vaaralliset tilanteet. Hoidon etiikkaa ja dialogista lähestymistapaa suositellaan ehkäisemään pelkoa, vaaraa ja aggressiota psykiatrisilla osastoilla. Kannustetaan muutokseen ammattilaislähtöisistä prosesseista potilaslähtöiseen dialogiin.
Valeer, A.E. ym. 2011, Norja.	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kliinisesti merkittäviä potilaisiin ja ympäristöön liittyviä uhkauksia tai väkivaltatapauksia ennustavia tekijöitä ensimmäisten kolmen päivän aikana PICU -yksikössä perustuen tulotilanteissa tehtyihin arviointeihin.	Tutkimus tehtiin kahdessa osassa; 4 kk + 5 kk. Yhteensä 118 potilasta sisäänkirjoitettiin akuuttipsykiatriseen PICU-yksikköön tulotilanteissa lääkärin arvion perusteella. Tulovaiheessa tehtiin: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Global Assessment Scale Split (GAF-S) ja BVC. Lisäksi kerättiin tietoa väkivaltatilanteista SOAS-R -mittarilla ja hoitajien käyttämät toimenpiteet ja havainnot merkittiin check -listaan. Tutkimuksessa kerättiin tietoa myös päihteiden käytöstä ja ensimmäisessä vaiheessa kaikilta päihteiden käytöstä epäillyiltä otettiin virtsanäyte ja toisessa vaiheessa kaikilta sisäänkirjoitetuilta otettiin virtsanäyte ja verinäyte.	Maailmanlaajuisesti käytössä olevat kliiniset arvioinnit ja BVC olivat tehokkaammat ja sopivimmat tavat arvioida lyhyen aikavälin väkivaltariskiä kuin matemaattiset tiedot. Potilaan erotelu sisäänkirjoituksen yhteydessä erilliseen tilaan vähensi väkivaltatilanteita. Väkivaltariskin arvioinnin pitäisi perustua maailmanlaajuisiin kliinisiin arviointimenetelmiin ja mittareihin, jotka on suunniteltu lyhyen aikavälin aggressiivisuuden ennakointiin psykiatristen osastojen potilaille.

Välimäki, M. ym. 2019, Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia pakkotoimien määriä psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden kohdalla Suomessa ja tunnistaa muuttuvat tavat sekä muutokset maakunnittain.	Aineistona tutkittiin Suomen terveydenhuollon rekisteriä 20 vuoden ajalta (1995-2014). Rekisteristä poimittiin aikuiset psykiatriseen yksikköön sisäänkirjoitetut potilaat, joihin oli kohdistettu pakkotoimia sairaalahoidon aikana.	Yleinen pakkotoimien väheneminen on ollut pientä kahden vuosikymmenen ajan. Vain sitominen on osoittanut laskusuuntaista trendiä ajan myötä. Pakkotoimiin liittyvät kliiniset ohjeet ja henkilöstön koulutus tulisi arvioida kriittisesti sen varmistamiseksi, että psykiatrisessa sairaalassa heikossa asemassa olevien potilaiden kanssa työskentelevät ovat eettisesti kyvykkäitä.
Yao, X. ym. 2014, Kiina.	Tutkimuksen tarkoituksena oli saada käyttöön väkivaltariskin arviointimittari ja arvioida BVC mittarin pätevyyttä ja käytettävyyttä kiinalaisessa hoitokulttuurissa.	Aineisto kerättiin kahdelta psykiatriselta akuuttiosastolta viiden kuukauden ajanjaksolla. Tutkimuksessa arvioitiin 283 sisäänkirjoitetun potilaan kohdalla BVC-mittarin tulokset sekä kuvaukset mahdollisista väkivaltatilanteista. BVC tehtiin potilaille 7 päivän ajan sisäänkirjoituksesta. Lisäksi tutkimuksessa haastateltiin 6 hoitajaa ryhmähaastattelussa ja 6 hoitajaa yksittäin. Heiltä kerättiin kokemustietoa mittarin käytöstä.	BVC-mittarilla todettiin olevan suotuisa reliabiliteetti, validitettti ja ennustava tarkkuus kiinalaisessa väestössä. BVC tarjosi hoitajille nopean ja helpon tavan arvioida potilaiden potentiaalia väkivaltaiseen käytökseen ja sen myötä mahdollisti ennakointien toimien käytön hoidossa.

Liite 3. Kirjallisuuskatsausta täydentävät tutkimusartikkelit

Tutkimuksen / kehittämistyön tekijät, tutkimusvuosi ja -paikka	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Keski-Valkama, A. 2010. Suomi.	Tutkimuksessa tarkasteltu huone-eristyksen ja lepositeiden käyttöä kansainvälisellä, kansallisella ja yksilöllisellä tasolla.	Käsitelty julkaistut, julkaisemattomat ja meneillään olevat pakkotoimiin liittyvät tutkimushankkeet vuosilta 2000-2008. Vertailtiin 12 maan eristys-, sitomis- ja fyysisen kiinnipidon määriä. Suomessa tehtiin kysely- ja rekisteritutkimus 5 eri vuotena tietynä viikkona ajalla 1990-2004 jokaisesta psykiatrisesta sairaalasta. Kyselyaineisto koostui 671 työikäisestä huone- ja leposide-eristetyistä potilaasta ja rekisteriaineisto kaikista potilaista tutkimusjaksolta (N=28064). Eristetyille potilaille (N=106) kahdessa valtion psykiatrisessa sairaalassa ja kahdessa sairaanhoitopiirin yksikössä tehtiin haastattelututkimus.	Kansainvälisesti pakkotoimet ovat edelleen yleisesti käytössä, mutta niiden valinnassa ja määrässä on maidenvälisiä eroja. Valtakunnallinen tutkimus osoitti, että tarkastelujakson aikana tehdyt lainsäädännölliset muutokset, eivät yksinään riitä vaikuttamaan pakkotoimien käytön vähentämiseen. Leposide- ja huoneeristyksen käyttö kohdentui vain kaikkein vaikeimpiin potilaisiin. Erityisesti pakkotoimien käytön syihin ja kesto on kiinnitettävä huomiota. Lisäksi rajoitetun potilaan fyysiseen ympäristöön ja psykologisiin tarpeisiin on kiinnitettävä huomiota nykyistä paremmin.
Kontio R. ym. 2010. Suomi.	Tutkittiin hoitajien ja potilaiden näkemyksiä, mitä tapahtuu, kun potilas käyttäytyy aggressiivisesti psykiatrisella osastolla ja mitä vaihtoehtoja eristämiseksi ja sitomiselle tavanomaisella osastolla on käytettävissä.	Fokusryhmähaastateltu hoitajia (N=22) ja lääkäreitä (N=5) kahdesta eri sairaalasta.	Uskottiin, että potilaan aggressiivisuuden hallitsemisen päätöksentekoprosessissa on joitakin sisäsyntyisiä eettisiä ongelmia. Potilaiden oma kokemus saa vähän huomiota tilanteessa. Hoitajat ehdottivat ja käyttivät useita menetelmiä vähentääkseen ja korvatakseen eristämistä. Lääkäreitä ja hoitajia tulisi kannustaa ja opettaa perehtymään syvemmin potilaan aggressiiviseen käytökseen ja käyttää vaihtoehtoisia menetelmiä inhimillistääkseen potilaan hoitoa.
Kontio, R. ym. 2012. Suomi.	Tutkittiin potilaiden kokemuksia eristämisen ja sitomisen	Aineisto kerättiin tekemällä potilashaastatteluja	Potilaiden näkökulmasta eristämisen ja sitomisen

	sestä ja sitomisesta ja kuulla heidän ehdotuksiaan eristämisen/sitomisen parantamisesta ja vaihtoehtoista niiden käytölle.	avoimilla kysymyksillä kahden psykiatrisen sairaalan kuudella suljetulla akuuttiosastolla. Haastatellut potilaat (N=30) olivat kokeneet eristyksen viikon sisällä haastattelun ajankohdasta. Haastatellut pääosin nauhoitettiin, mutta viisi potilas kieltäytyi tästä, jolloin tehtiin huolelliset kirjalliset muistiinpanot.	aikana heitä huomioitiin liian vähän. Parannusehdotukset ja vaihtoehdot pakkotoimille keskittyivät keskeisiin hoitotoimiin kuten inhimilliseen hoitoon ja empaattiseen vuorovaikutukseen. Potilaiden perustarpeet tulee huomioida ja potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen tulee olla jatkuvaa eristämisen ja sitomisen aikana. Tarjoamalla merkityksellistä ja mielekästä tekemistä, etukäteen suunnittelu, potilaan toiveiden kirjaaminen ja sopimusten tekeminen potilaiden kanssa vähentää rajoittamisen tarvetta ja tarjoavat vaihtoehtoja pakonkäytölle.
van de Sande ym. 2011. Hollanti.	Tarkoituksena arvioida riskiarvioinnin vaikutusta väkivaltatilanteisiin ja potilaiden eristämisaikaan akuutilla psykiatrisella osastolla.	Aineisto kerättiin 40 viikon ajalta kaikista sisäänkirjoitetuista potilaista (N=597) 4:ltä psykiatriselta osastolta, joista 2 oli interventio-osasto ja 2 verrokkia. Ensimmäiset 10 viikkoa kerättiin tietoja mittaamaan lähtötasoa. Hoitajat täyttivät potilasta arviointimittareita. Päivittäin koko potilaan hoitajakson ajan tehtiin Brøset Violence Checklist (BVC) ja Kennedy-Axis V -lyhyt versio ja kerran viikossa Kennedy-Axis V -koko versio, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Dangerous Scale ja Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS). Kaikki väkivaltatilanteet kirjattiin Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R).	Väkivaltatilanteiden ja aggressiivisten potilaiden lukumäärä ja eristämiseen käytetty aika olivat merkittävästi pienemmät interventio-osastoilla kuin verrokkiosastoilla. Eristämistäpahtumien ja eristyksen kokeneiden potilaiden määrä ei vähentynyt. Kuitenkin voidaan todeta, että rutiinomaisesti tehdyt strukturoidut arviointimittarit voivat auttaa vähentämään väkivaltatilanteita ja eristämisen ja sitomisen käyttöä psykiatrisilla osastoilla.
Soininen, P. 2014. Suomi.	Tarkoitus kuvata pakkoa kokeneiden potilaiden näkemystä hoidostaan ja heidän elämän laadustaan. Lisäksi tavoitteena tunnistaa tutkimusmetodologisia haasteita tutkimuksissa,	Tutkimuksessa kehitettiin ja validoitiin ensin mittari Secluded/Restrained Patients' Perception of Their Treatment (SR-PPT), jonka avulla sitten kerättiin tutkimusaineisto yhden vuoden aikana eristetyiltä/sidotuilta potilailta (N=90). Toisessa vai	Potilaat eivät kokeneet, että heidän mielipiteitään hoidossa olisi otettu huomioon, vaikka saivat hoitajien aikaa. Hoidon tavoitteita ei asetettu yhdessä. Eristäminen ja sitominen koettiin tarpeettomaksi. Potilaat kokivat enemmän hyötyvänsä eristämisestä,

	<p>jotka koskevat potilaiden näkemystä pakon käytöstä psykiatriassa.</p>	<p>heessa aineisto kerättiin kotiutuville potilaille (N=264) ja kolmannessa vaiheessa aineisto saatiin sähköisestä tietokannasta. Metodologiset ja eettiset aiheet tarkasteltiin kirjallisuuskatsauksella (N=32).</p>	<p>kuin tarvitsevana sitä, mutta hyöty nähtiinkin vähäisenä. Sairaalahoidon aikana eristetyt/sidotut kokivat elämänlaadun paremmaksi kuin ei-eristetyt/sidotut, mutta eristettyjen/sidotujen hoitoajat olivat pidempiä, jolloin muut tekijät kuin eristys/sitominen voivat vaikuttaa arvioon. Metodologisena haasteena oli tutkimusasetelmien erilaisuus ja tutkimuseettisenä heikkoutena puutteellinen kuvaus eettisestä ennakoarvioinnista ja informoidun suostumuksen käsittelystä.</p>
<p>Virtanen, M. ym. 2011. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää osastojen ylikuormituksen ja väkivallan esiintymisen yhteyttä akuuteilla psykiatrisilla osastoilla.</p>	<p>Tutkimusaineistona oli 13 psykiatrisen sairaalan akuuttiosastojen henkilökunnan (N=1098) kyselyllä kartoitetut kokemukset väkivallasta ja vuodepaikkojen kuormitustiedot 5 kuukauden ajanjaksolla Osastoilta kerättiin myös tiedot väkivaltilanteista.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan 85 % työntekijöistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa ja 94 % todistanut esineisiin kohdistuvaa väkivaltaa työurallaan. Tutkimuksen mukaan osastojen potilaspaikkojen ylikuormitus voi lisätä henkilökuntaan kohdistuvan väkivallan riskiä.</p>
<p>Välimäki, M. ym. 2013. Suomi.</p>	<p>Tutkimushankkeen tarkoitus on tukea akuuttipsykiatristen osastojen työntekijöiden työhyvinvointia ja hoidon laatua ja kehittää tehokas ja näyttöön perustuva työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja väkivaltariskin arvioimiseen.</p>	<p>2xSystemaattinen kirjallisuushaku: Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Schizophrenia Group's Register, Cinahl, EMBase and Medline -tietokannoista (N=6) ja PubMed, Cinahl, PsychInfo, Medic, Proquest Health & Safety Science Abstracts ja Cochrane Library (N=42). Hyödynnettiin Työterveyslaitoksen aineistoa vuodelta 2012 (Kunta 10 ja Sairaalahenkilöstön hyvinvointi), joista vertailtiin psykiatristen hoitajien (N=758) ja ei-psykiatristen hoitajien tietoja (N=4682). Lisäksi kerättiin tietoa fokusryhmähaastattelulla (hoitajia 22, omaisia 8 ja potilaita 9) ja analysoitiin tutkimusosastojen (3 HUS:n psykiatrian osasto) väkivalta- ja vaaratilanneilmoituksia.</p>	<p>Väkivaltaisen potilaan käytäytymisen hallinnassa on käytössä erilaisia menetelmiä ja mittareita arvioida potilaan väkivaltariskiä. Psykiatrian hoitajat eriyvät ei-psykiatrian hoitajista mm. sukupuolen ja koulutuksen sekä työhyvinvointiin, väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvien tekijöiden suhteen. Psykiatrialla suurimmassa riskissä altistua väkivallalle on vakituisessa työsuhteessa oleva nuori mies, joka tekee vuoro- tai muuta epäsäännöllistä työtä. Väkivalta- ja vaaratilanteet sijoittuvat psykiatrisilla osastoilla useimmiten tiettyihin tiloihin ja ajankohtiin. Osastojen kehittämiseksi muodostuivat: tilat, yhteisraportointiin käytetty aika, väkivaltariskin arviointi, potilaiden ja omaisten informointi sekä potilaiden viikkosuunnitelma, virikkeellisyys ja aktiviteetit, osallisuus hoidossa.</p>

Liite 4. Valokuvan ja videon käyttö lupa (VSSHP)

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

Valokuvan ja videon käyttö lupa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri pyytää yksityishenkilöitä (potilaat, vierailijat ym.) esittävien valokuvien ja videoiden julkista käyttöä varten kirjallisen luvan kuvattavalta tai hänen holhoojaltaan (perusteena henkilötietolaki).

Kirjallinen käyttöoikeus pyydetään myös yksityishenkilöiden luovuttamien valokuvien ja videoiden käyttöä varten, vaikka niissä ei esiintyisi henkilöitä.

Sairaanhoitopiirin omia työntekijöitä esittävien kuvien käyttöön riittää suullinen lupa, kun valokuva liittyy työntekijän normaalien työtehtävien hoitoon. Työntekijällä on oikeus kieltää kuvansa käyttö ja oikeus kieltäytyä esiintymästä valokuvassa tai videolla.

Kuvan käyttö lupaa ei tarvitse pyytää asemansa takia julkisissa tilaisuuksissa esiintyviltä henkilöiltä, kun kuvan käyttö liittyy tilaisuuden uutisointiin.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri käyttää valokuvia ja videoita elävöittämään ja havainnollistamaan muun muassa tiedotteita, uutisia, esitteitä, ohjeita, opetustarkoituksiin tehtyjä tuotteita, suullisia esityksiä, Internet- tai intranet-sivuja tai opetusvideoita. Kuvan tai videon käyttö lupa voi koskea yhtä tai useampaa käyttötarkoitusta. Teknisesti kuvan originaali voi olla joko digitaalinen valokuva, videokuva, diavalokuva tai paperivalokuva.

Käyttö lupa koskee kaikkia samasta tilanteesta ja henkilöstä otettuja rinnakkaiskuvia.

Kun kuva tai video otetaan hoitotilanteesta olevasta potilaasta, kuvan käyttö lupa säilytetään pääsääntöisesti skannattuna potilaan sähköisessä potilaskertomuksessa. Muut käyttö luvat säilytetään VSSHP:n viestintäyksikössä tai luvan hankkineessa muussa VSSHP:n toimintayksikössä.

HUOM! Lomaketta voivat käyttää myös muut tahot, jotka kuvaavat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilaita tai henkilökuntaa.

OHJE

Kuvan käyttö luvan pyytämistä varten tulosta sivu 2, jossa lomake on valmiiksi kahtena kappaleena (leikkaa sivu keskeltä kahtia).

Selvitä kuvan käyttö luvan antajalle kuvan käyttötarkoitus.

Luovuta toinen osa käyttö luvan antajalle ja jätä toinen osa arkistoitavaksi VSSHP:ssä.

Yliviivaa lomakkeesta tarpeettomat tiedot.

Lisätietoja: viestintäpäällikkö Esa Halsinaho, 040 564 3867, esa.halsinaho@tyks.fi.

Lomake valokuvan ja videon käyttö lupaa varten **Luvan antajan kappale**

TÄYTTÖOHJE: Tulosta, täytä ja pyydä allekirjoitus luvan antajalta (yliviivaa tarpeeton tieto).

Luvan saaja: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri / muu, mikä: _____**Lupa koskee:** Uutta kuvaa / uutta videota / vanhan kuvan käyttöoikeuden luovutusta / vanhan videon käyttöoikeuden luovutusta. **Kuvan ottopäivä / luovutuspäivä:** ____ . ____ . 20__**Kuvaaja(t):** _____**Alkuperäiskuvan laatu:** Digitaalikuva / Diakuva / Paperikuva / Videokuva**Kuvan tai videon käyttötapa:** Internet / Intranet / Esite / Tiedotuslehti / Joukkoviestimet / Koulutustilaisuus / Videositys / Jokin muu, mikä: _____**Muita tietoja:** _____

Annan/annamme luvan selvityksen mukaiselle valokuvan tai videon julkiselle käytölle.

Vakuutan, että minulla on oikeus luovuttamaani kuvaan (kun kyseessä on kuvan luovutus).

Pvm: ____ . ____ . 20__ **Paikka:** _____**Allekirjoitukset:** _____**Nimen selvennykset:** _____

nimet saa julkaista kuvan yhteydessä / nimiä ei saa julkaista kuvan yhteydessä

Lomake valokuvan ja videon käyttö lupaa varten **Luvan saajan kappale**

TÄYTTÖOHJE: Tulosta, täytä ja pyydä allekirjoitus luvan antajalta (yliviivaa tarpeeton tieto).

Luvan saaja: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri / muu, mikä: _____**Lupa koskee:** Uutta kuvaa / uutta videota / vanhan kuvan käyttöoikeuden luovutusta / vanhan videon käyttöoikeuden luovutusta. **Kuvan ottopäivä / luovutuspäivä:** ____ . ____ . 20__**Kuvaaja(t):** _____**Alkuperäiskuvan laatu:** Digitaalikuva / Diakuva / Paperikuva / Videokuva**Kuvan tai videon käyttötapa:** Internet / Intranet / Esite / Tiedotuslehti / Joukkoviestimet / Koulutustilaisuus / Videositys / Jokin muu, mikä: _____**Muita tietoja:** _____

Annan/annamme luvan selvityksen mukaiselle valokuvan tai videon julkiselle käytölle.

Vakuutan, että minulla on oikeus luovuttamaani kuvaan (kun kyseessä on kuvan luovutus).

Pvm: ____ . ____ . 20__ **Paikka:** _____**Allekirjoitukset:** _____**Nimen selvennykset:** _____

nimet saa julkaista kuvan yhteydessä / nimiä ei saa julkaista kuvan yhteydessä

Liite 5. Turvatiilojen käyttö Tyks Psykiatrialla

Päivitetty 18.12.2019/ MK,VV

TYKS PSYKIATRIAN TURVATILAPILOTOINTI
TAUSTAHANKE: TURVASIIPPI – HOITAJIEN TYÖTURVALLISUUS, TYÖNHALLINTA JA TYÖHYVINVOINTI HAASTAVAN POTILAAN HOIDOSSA PSYKIATRISESSA 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 TURVATIILA JA TURVASOLU?

Turvatiilalla 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

Turvatiilassa potilasta voidaan hoitaa joko vapaaehtoisesti tai joissain tilanteissa hänen tahdostaan riippumatta. Hoito turvatiilassa 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 esitietojen 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, siirrytään 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 vierihoidamista varten. Virka-aikana (yleensä) osastonhoitaja ja virka-ajan ulkopuolella osastolle nimetty vuorovastuuhoitaja järjestää ylimääräisen työntekijän lääkärin

ohjeistaman määräajan mukaisesti. Ylimääräisen työntekijän tarve arvioidaan kunkin työvuoron osalta erikseen.

Mikäli kyseessä on potilaan kanssa yhteistyössä sovittu vierihoito, voivat hoitajat päivystyssaikana 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 päihteiden 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 henkilöturvahälyttiminen lisäksi osaston matkapuhelin.

Turvatilassa 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 turvatalaan, tai vaihtoehtoisesti potilas hakee ruokansa itse hoitajan seurassa. Lähtökohtaisesti turvatalaan ei viedä puu- metalli- tai lasiesineitä, ja ruokailuvälineet valitaan tämän mukaan. Viime kädessä työryhmä määrittelee itse, onko esimerkiksi metalliterinten käyttö turvallista turvatilassa kyseessä olevan potilaan kohdalla. Henkilökunta huolehtii siitä, että ruokailuvälineet poistetaan turvatilasta ruokailun päätyttyä.

Potilaan läheisten **VIERAILUT** ovat mahdollisia myös turvatalahoidon 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 turvatalassa hoidettavien potilaiden psyykinen vointi, hoitavan tahon jatkuva läsnäolo on aina perusteltua myös vierailujen aikana.

ULKOILUT pyritään järjestämään turvatalahoidon 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 vaarantamatta, ulkoilun kieltäminen perustellaan potilaalle ja kirjataan potilaan hoitokertomukseen mielenterveyslain mukaisena liikkumisvapauden rajoituksena.

Potilaan **TUPAKOINTI** on mahdollista myös turvatalahoidon 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.

Mikko Korte & Veera Vainila

YSOTES18 / Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Liite 6. Tietosuojaseloste

Henkilötietojen käyttö YAMK-kehittämisprojektissa

TIETOSUOJASELOSTE
EU:n yleinen tietosuoja-asetus
(2016/679)

1 Rekisterin nimi	2020 Turun Amk opinnäytetyö (YAMK) muistiinpanot: työpaja, palautekeskustelu, SWOT ja loppuraportti
2 Rekisterin pitäjä	Turun ammattikorkeakoulu Joukahaisenkatu 30, 20520 Turku
3 Rekisteriasioista vastaava henkilö	Veera Vainila, sairaanhoitaja
4 Yhteyshenkilö rekisteriasioissa	Veera Vainila, sairaanhoitaja Joukahaisenkatu 30, 20520 Turku veera.vainila@tyks.fi
5 Henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja käsittelyn oikeusperuste	Opinnäytetyön osallistavassa vaiheessa työpajoissa, arviointia tehdessä palautekeskustelun ja SWOT:n avulla tai opinnäytetyön loppuraportissa ei kerätty kenenkään kehittämistyöhön osallistuneen henkilötietoja.
6 Henkilörekisterin tietosisältö	Henkilötietorekisteriä ei ole muodostunut.
7 Säännönmukaiset tietolähteet	Opinnäytetyön osallistavaan vaiheeseen, sekä suulliseen palautteen antamiseen ovat osallistuneet Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Tyks Psykiatrian Psykoosivastuualueen työntekijät psykoosiosastoilla P1 ja P2 sekä Psykoosivastuualueen johto. Osallistujien henkilötunnistietoja ei ole kerätty ja osallistuminen työpajoihin katsottu tietoiseksi suostumukseksi.
8 Henkilötietojen säännönmukaiset luovutukset	Ei ole luovutettavia henkilötietoja.
9 Tietojen siirtäminen EU:n ja ETA:n ulkopuolelle	Ei ole siirrettäviä henkilötietoja.
10 Henkilötietojen säilytysajat	Ei ole säilytettäviä henkilötietoja
11 Rekisterin ylläpitöjärjestelmät ja suojausten periaatteet	Ei ole muodostunut ylläpitöjärjestelmää vaativaa tai suojattavaa henkilötietorekisteriä
12 Rekisteröidyn oikeudet ja niiden toteuttaminen	Ohjeistetaan julkisilla verkkosivuilla: http://www.turkuamk.fi/fi/tietosuoja
13 Tietosuojavastaavan yhteystiedot	Tietosuoja@turkuamk.fi p. (02) 263350 (kirjaamo)
14 Tietosuojaselosteen tiedot	Selosteen päiväys 25.4.2020