



Toimintamalli väkivallan ennakointiin aikuispsykiatrian osastolla

Taina Lindholm

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2021

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

LINDHOM TAINA

Toimintamalli väkivallan ennakointiin aikuispsykiatrian osastolla

Opinnäytetyö 101 sivua, joista liitteitä 16 sivua
Lokakuu 2021

Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta vaikuttaa hoidon laatuun sekä hoito-
myöntyvyyteen. Syyt väkivallan takana ovat moninaisia, mutta ennakoivilla toi-
menpiteillä niihin on mahdollista vaikuttaa ja estää tilanteita eskaloitumasta. Tä-
män opinnäytetyön tarkoituksena oli muodostaa ennakoiva toimintamalli aikuis-
psykiatrian osastolle, jossa oli koettu useampia väkivaltatilanteita lyhyen ajan si-
sällä ja väkivallan oli koettu kokonaisuudessaan lisääntyneen. Lähestymistavaksi
valittiin toimintatutkimus, koska henkilökunnan toivottiin olevan mukana työyhteisö-
lähtöisessä kehitystyössä.

Aineisto kerättiin haastatteluin, joiden avulla pyrittiin selvittämään, minkälaisena
henkilökunta koki osaston turvallisuuden ja mitä tulisi tehdä toisin, jotta väkival-
tatilanteita ei syntyisi. Viimeisessä haastattelussa kerättiin tietoa toimintamallin
kokeilun jälkeen. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.
HaiPro -tilastojen perusteella tarkasteltiin väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä ennen
ja jälkeen toimintamallin käyttöönoton. HaiPro -tilastoja käytettiin apuna toiminta-
mallin kehittämisessä. Yhteistyötahona toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi toimintamalli, joka sisältää yhtenä osana potilai-
den väkivaltariskiä ennakoivan liikennevalomallin sekä erilaisia toimintatapoja liit-
tyen ennakointiin joka päiväisessä potilashoidossa. Toimintamallissa on toimen-
piteitä liittyen potilaiden lääkitykseen, huomiointiin, tiimityöskentelyyn sekä uu-
sien työntekijöiden perehdytykseen osana ennakoivia toimenpiteitä.

Kehitetty toimintamalli on tarkoitus ottaa osaksi osaston turvallisuutta ylläpitävää
toimintatapaa. Toimintamallin kehittäminen ja käyttöönotto jatkuu edelleen. Tule-
vaisuudessa, kun toimintamallia on toteutettu pidemmän aikaa, seurantatutki-
muksena voisi olla sen konkreettinen vaikutus osaston väkivaltatilanteiden esiin-
tyvyyteen sekä myös hoitajien kokemukset liikennevalomerkkimallista ja toimin-
tamallin toimivuudesta. Toimintamallin toteutumista osastolla voidaan myös jat-
kossa tutkia.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development

LINDHOLM, TAINA

Proactive Operating Model for Prevention of Violence on an Adult Psychiatry Ward

Master's thesis 101 pages, appendices 16 pages
October 2021

The purpose was to create a proactive operating model to prevent violent outbursts on an adult psychiatric ward. The approach was field theory, and the data were collected through three thematic group interviews and analyzed by using qualitative content analysis. The sample consisted of 18 psychiatric nurses and mental health carers working in an acute psychiatric ward. Statistics were also collected about the prevalence of violent episodes on the ward before and after the proactive model.

The results show that there is a need for identical ways of acting to minimize the risk of violent episodes. The lack of consensus between the care staff about proactive ways did not actualize and others felt they were left alone in the matter.

Further research is needed to determine the effectiveness of the proactive model. It is also essential to motivate health care workers to commit in using the proactive model as a part of everyday work.

Key words: safety, prevention, violence, psychiatric care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	9
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
	3.1 Tiedonhaku	11
	3.2 Aggressio ja väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä	12
	3.3 Väkivaltaista ja aggressiivista käytöstä lisääviä riskitekijöitä	14
	3.4 Turvallisuuden ylläpitäminen ja väkivallan ennakointi psykiatrisessa osastohoidossa	16
	3.5 Hoitohenkilökunnan rooli turvallisuuden ylläpitämisessä.....	18
4	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	21
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	22
	5.1 Toimintatutkimus	22
	5.1.1 Toimintatutkimuksen prosessi	24
	5.1.2 Tutkimushaastattelu	24
	5.1.3 Laadullisen aineiston analyysi	26
	5.2 Nykytilan kartoitus ja suunnittelu	28
	5.3 Toimintavaihe.....	30
	5.4 Havainnointivaihe.....	30
	5.5 Reflektointivaihe.....	31
	5.6 Seuraava sykli.....	32
6	TULOKSET	33
	6.1 Ensimmäisen syklin tulokset	33
	6.1.1 Väkivallan esiintyvyys osastolla 1.1.2017-31.3.2021	33
	6.1.2 HaiPro -tilastot potilasturvallisuudesta 1.1.2017-31.3.2021	34
	6.1.3 HaiPro -tilastot työturvallisuudesta 1.1.2017-31.3.2021	39
	6.1.4 Henkilöresurssien vaikutus osaston turvallisuuteen	43
	6.1.5 Hoitotyöhön liittyvien konfliktien riskit	44
	6.1.6 Hoitajien henkilökohtaiset asenteet ja ominaisuudet	45
	6.1.7 Heikkoudet tiimityöskentelyssä.....	46
	6.1.8 Osaston rakenteelliset ominaisuudet.....	47
	6.1.9 Tarkoituksenmukainen lääkitys.....	49
	6.1.10 Tiimityöskentely ja oma vastuu	50
	6.1.11 Ammatillinen hoitotyö	52
	6.2 Havainnointivaiheen tulokset	53
	6.2.1 Toimintamallin käyttöönoton vaikutus väkivaltatilanteiden esiintymiseen.	53

6.3	Reflektointivaiheen tulokset	55
6.3.1	Intuition ja konkretian ristiriita BVC-merkinnöissä.....	55
6.3.2	Kokonaisuuden helpompi hallinta	56
6.3.3	Tiimityöskentelyn toteutuminen	57
6.3.4	Hoitajien läsnäolo	58
6.3.5	Hoitajien puhelimenkäyttö	59
6.4	Väkivaltaisen käytöksen ennakointiin tähtäävä toimintamalli	60
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	64
7.1	Eettisyys.....	64
7.2	Luotettavuus	68
7.3	Tulosten tarkastelu.....	71
7.3.1	Muutokset HaiPro- ilmoituksissa.....	71
7.3.2	Haastatteluaineistojen tarkastelu.....	73
7.3.3	Toimintamallin tarkastelu.....	77
7.4	JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	78
	LÄHTEET	80
	LIITTEET	85
	Liite 1. Aineiston valintaprosessi	85
	Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt artikkelit	86
	Liite 3. Sisällönanalyysi.....	91
	Liite 4. BVC liikennevalomalli osana toimintamallia	94
	Liite 5. Teemahaastattelurunko.....	95
	Liite 6. Tiedote ja tietoon perustuva suostumus.....	96
	Liite 7. Toimintamalli 1. versio.....	98
	Liite 8. Väkivaltaisen käytöksen ennakointiin tähtäävä toimintamalli...	100

ERITYISSANASTO

HaiPro	HaiPro on Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Lyhenne muodostuu haittatapahtumien raportointiprosessista.
BVC	Brøset Violence Checklist. Väkivaltaisen käytöksen ennakointiin kehitetty mittari. (Almvik 2008)
AHHA	Lyhenne sanoista: Aggressiivisen asiakkaan hoidollinen hallinta. Uhkatilanne menetelmä, jolla pyritään oikeaoppiseen ja turvallisiin reagointitapoihin väkivaltatilannetta ennen tai aikana. Sisältää myös turvalliset potilaiden saatto- ja kuljetusmenetelmät.
Vierihoito	Osastolla oleva potilas on erityistarkkailussa, johon on resursoitu yksi ylimääräinen hoitaja

1 JOHDANTO

Psykiatrisessa hoitotyössä esiintyvä väkivalta heikentää potilaan hoitomyöntyvyyttä sekä haittaa hoitoa, mutta mielenterveysongelma itsessään ei tarkoita aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä. Ympäristöllä, olosuhteilla sekä pelolla on oma osuutensa, kuten myös oirekuvalla ja aikaisemmalla elämänhistorialla. (Van Wijk, Traut & Julie 2014; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Yli 84 %:lla potilaista ei esiinny aggressiivista tai väkivaltaista käytöstä osastohoitonsa aikana (Mauri ym. 2019). Konttilan (2020) väitöskirjassa tuodaan esille hoitajien kohtaamaa väkivaltaa psykiatrisessa avohoidossa, missä vaikuttavat tekijät olivat potilas- ja hoitajalähtöisiä sekä aikaan ja paikkaan liittyviä. (Konttila 2020, 5). Psykiatrisella osastolla potilaiden väkivaltaisen käytöksen riskit olivat sidoksissa ympäristötekijöihin, kuten osaston olosuhteisiin ja ilmapiiriin. Lisäksi hoitohenkilökunnan asenteilla ja toimintamalleilla oli vaikutusta väkivallan riskiin. (van Wijk, Traut & Julie 2014.)

Hoitajilla on yleensä tiivis kontakti potilaaseen osastohoidon aikana ja samalla suurin riski joutua potilaan aggression tai väkivallan kohteeksi. Konfliktteihin joutuminen lisää osaltaan työuupumusta, muuttaa suhtautumista potilaaseen sekä heikentää kykyä havainnoida potilaan vointia ja samalla nähdä mahdollisia ennusmerkkejä potilaan käytöksessä. (Stevenson, Jack O'Mara & LeGris 2015, 5–7.) Hoitohenkilökunnan toimintatavat ja osaston toimintakulttuuri ovatkin oleellisessa osassa väkivaltaisen käytöksen ennakoinnissa ja vähentämisessä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Aggressiota voi esiintyä verbaalisena, passiivisaggressiivisena ja se voi olla nimittelyä, halveksuntaa, manipulointia tai henkilökohtaista halventamista. Se voi purkautua myös fyysisinä toimintoina, kuten lyömisenä tai kuristamisena. Väkivalta voi myös olla fyysistä tai henkistä. (Stevenson ym. 2015; Zaczyk, Młoczek, Wilczek-Rużyczka & Kwak 2018.) Potilaiden keskinäisten konfliktien syntyyn vaikuttavat potilaiden keskinäiset vuorovaikutustyyli ja näiden huomioiminen hoitotyössä voi vähentää riskiä konfliktteihin (Bowers 2014, 505).

Potilaan mielenterveysongelmalla on myös havaittu olevan vaikutusta aggressio- ja väkivaltariskiä sekä siihen minkä laatuista se on. Persoonallisuushäiriöiden on katsottu lisäävän riskiä verbaaliseen aggressioon sekä fyysiseen väkivaltaan. Epävakaa persoonallisuushäiriö lisää itsemurhariskiä, kun taas asosiaalisuus lisää fyysisen konfliktin mahdollisuutta. (Ridenour ym. 2013; Bowers 2014.) Demograafisista seikoista miessukupuoli yhdistettynä nuoreen ikään sekä sosioekonomiset tekijät, kuten heikko tulotaso, asunnottomuus ja työttömyys, lisäävät myös riskiä. Ääniharhat sekä paranoia saattavat aiheuttaa irrationaalista käytöstä ja psykoottisesti oireileva potilas on myös riskissä itse joutua aggression tai väkivallan kohteeksi. (Bowers 2014; Mauri ym. 2019, 4–8.) Myös tahdonvastainen hoito itsessään luo vastustusta ja sitä kautta lisää aggressiivisen käytöksen ja väkivallan riskiä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Faccio, Anonym & Rocelli 2020).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilaiden väkivaltaista käytöstä ennalta koiva toimintamalli aikuispsykiatrian osastolle. Opinnäytetyön yhteistyötahona toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyöhön osallistuneella osastolla hoitajiin kohdistuneet väkivaltatilanteet ovat viime vuosina lisääntyneet. Myös potilaiden keskinäisiä konflikteja on ollut enemmän.

Lähestymistapana käytettiin toimintatutkimusta, mikä mahdollisti henkilökunnan osallistumisen toimintamallin kehittämiseen. Uuden tiedon tuottaminen, asioiden kehittäminen ja muutoksen hakeminen ovat toimintatutkimuksessa oleellisia. (Puusa & Juuti 2020.)

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimialue viiteen kuuluvat aikuisten akuuttipsykiatrian osastot sijaitsevat Nokialla, Pitkäniemen alueella. Kyseisellä toimialueella hoidetaan valtaosa hoitoa tarvitsevista aikuispotilaista. Vastuualue sisältää päivystys-, vuodeosasto-, poliklinikka- ja terapiapalvelut, potilaspaikkoja on noin 200 ja hoitoon pääsyyn vaaditaan aina lääkärin lähete. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2020.)

Opinnäytetyön yhteistyö osastoon on 14 paikkainen suljettu akuuttipsykiatrian osasto, jossa hoidetaan potilaita, jotka kärsivät akuuteista psykooseista ja potilaita, joilla pitkäaikaisen psykoosisairauden oireet ovat pahentuneet. Osaston vastuualueisiin kuuluvat myös vaikeiden persoonallisuushäiriöiden ja päihdepsykoosien hoito. Hoitajaksoja osastolla on vuosittain noin 300 ja keskimääräinen hoitoaika kolme viikkoa. (PSHP hoitoyksiköt 2020.) Hoitohenkilökuntaa osastolla on 22; sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia sekä lähihoitajia. Tiiviisti potilaiden hoitoon osallistuvat myös osaston oma sosiaalityöntekijä ja jokaisen potilaan henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan voidaan sisällyttää myös psykologin sekä toimintaterapeutin tutkimukset. Pääsääntöisesti osastolla hoidetaan vaikeahoitaisia ja/tai väkivaltahaasteisia aikuispotilaita ja osaston erikoisosaamista on väkivallan hallinta ja se toimii alueen turvaosastona. Hoitotyötä tehdään kolmessa vuorossa ja aamuvuoroissa hoitajia on vähintään viisi, iltavuorossa viisi ja yövuorossa kaksi. Viikonloppuisin ja pyhinä työvuoroissa on aamuisin neljä, iltaisin neljä sekä öisin kaksi hoitajaa. Hoitajien vuorokohtaista määrää voidaan muuttaa tarpeen mukaan esimerkiksi vierihoidon tai muun erityistarkkailun tarpeessa olevan potilaan hoidon turvaamiseksi. (Toimintaohje XX 2018; PSHP 2020.)

Osastolla on käytössä väkivallan riskiarviointiin tarkoitettu Brøset Violence Checklist -mittari (Almvik 2008), Safewards- interventioita (Bowers 2014) ja sen lisäksi tehdään harkinnanvaraisesti Start-arvioita, joiden avulla arvioidaan potilailla esiintyvää riskikäyttäytymistä. (Toimintaohje XX 2018). Käytössä on myös vaaratilanteiden raportointijärjestelmä HaiPro, joka on otettu käyttöön psykiatrian toimialueella 2010. Järjestelmä perustuu toimintayksiköiden turvallisuutta vaa-

rantavien poikkeamien, virheiden sekä vaaratapahtumien raportointiin ja käsittelyyn. HaiPro -ilmoitus tehdään nimettömänä ja sen tekeminen on vapaaehtoista. Koko toimialueella on myös käytössä AHHA-menetelmä, joka on tarkoitettu aggressiivisten potilaiden hoidolliseen hallintaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2011.)

Valtaosa osaston potilaista tulee hoidon arviointiin mielenterveyslain mukaisella M1-lähetteellä ja jää useimmiten hoitoon tahdonvastaisella hoitopäätöksellä. Hoitoon tuleville potilaille valitaan tulotilanteessa vähintään kaksi omahoitajaa, jotka yhteistyössä potilaan kanssa käyvät läpi hoidon suunnittelua ja etenemistä mahdollisuuksien mukaan. (Toimintaohje XX 2018; PSHP 2020.) Koska kyseessä on usein tahdonvastaisesti hoitoon toimitettu ja tarkkailuajan jälkeen hoitoon määrätty, vaikeasti ja moninaisesti oireileva potilas, saatetaan joutua tietyissä tilanteissa turvautumaan perusoikeuksien rajoittamiseen. Potilaan perusoikeuksia saa kuitenkin rajoittaa vain lain sallimissa puitteissa eikä mitään perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä saa jatkaa pidempään, kuin tilanne vaatii ja arviota rajoituksen jatkumisesta tulee tehdä säännöllisesti. (Perustuslaki 11.6.1999/731.) Osastolla voi olla toimintaa koskien erilaisia ohjeistuksia, mutta potilaan perusoikeuksia ei näillä järjestyssäännöillä ole oikeutta rajoittaa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016). Tällaisia ohjeistuksia ovat kyseisellä osastolla esimerkiksi tulivälineiden sekä terä- ja lasiesineiden jättäminen lukittuun kaappiin, kun ne eivät ole käytössä.

Mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116) määrää, että rajoitustoimenpiteiden tulee olla potilashoidon kannalta oleellisia ja ne tulee tehdä ihmisarvoa kunnioittavalla tavalla. Tällaisia rajoitteita voivat olla yhteydenpidon rajoitukset, liikkumista koskevat rajoitukset tai tahdonvastaiset lääkitykset potilaan hoidon turvaamiseksi. Ajoittain rajoitustoimenpiteisiin saatetaan joutua turvautumaan, jotta voidaan taata osaston muiden potilaiden sekä henkilökunnan turvallisuus. Osaston kaikilla potilailla on mahdollisuus ottaa yhteyttä potilasasiamieheen sekä mahdollisiin lakitukihenkilöihin myös rajoitustoimenpiteiden alaisina. Potilaan yhteydenottoja esimerkiksi omaisiin ei myöskään säännönmukaisesti rajata ulkopuolelle. Rajoitusten tarkoituksena on turvata potilaiden hoitoa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016; PSHP 2020.)

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön aihetta koskevassa tiedonhaussa haettiin tietoa kolmesta tietokannasta, jotka olivat PubMed, Cinahl sekä Medic. Tietoa haettiin myös manuaalisen haun kautta ja tutustuttiin myös muihin aihetta koskeviin artikkeleihin. Hakuja tehtiin määrittelemällä hakusanat ja niiden synonyymit käyttämällä apuna FinMeSh sanastoa. Hakulausekkeet olivat pääosin samanlaisia (taulukko 1.) PubMed:ssä ja Cinahl:ssa hakusanat olivat englanninkielisiä ja Medicistä pyrittiin hakemaan suomenkielistä aineistoa. Asiasanoina käytettiin psychiatric nursing OR mental health nursing AND inpatient psychiatric unit OR ward OR hospital AND maintain safe OR prevent AND aggression or violence. Medicissä asiasanoina olivat potilas sairaanhoitaja AND väkivalta ennakointi turvallisuus AND mielenterveys psykiatria. Medic-tietokantahauissa kokeiltiin myös useita muita, aiheeseen liittyviä hakulausekkeitä informaation avulla, mutta tuloksia ei joko saatu yhtään tai ne eivät muuten täyttäneet hakuehtoja.

Rajauksina kaikissa hakukoneissa oli Full Text, Peer Reviewed, tieteellinen tutkimusartikkeli, English or Finnish language sekä vuosirajaus 2010–2020 (liite 1). Hakutuloksia saatiin tietokannoista yhteensä (n=299). Aluksi karsittiin pois päällekkäiset tulokset (n=21), otsikon perusteella poissuljettiin (n=194). Ei tieteellisiä artikkeleja oli 13 ja kokotekstiä ei ollut saatavilla yhdeksästä artikkelista. Abstraktin perusteella hylättiin (n= 53) ja kokotekstin perusteella (n=24). Artikkeleita haettiin myös manuaalisen haun avulla. Valittuja artikkeleita oli yhteensä 38 (liite 2). Valittuja artikkeleita käytettiin sekä teoreettisissa lähtökohdissa että tulosten tarkastelussa. Tulosten tarkastelussa käytettiin myös uusia manuaalisella haulla löydettyjä artikkeleita, mutta ei tehty uutta tiedonhakua tietokantojen kautta. Muita käytettyjä lähteitä olivat sairaanhoitopiirin intra ja yhteistyöosaston omat toimintaohjeet sekä menetelmällisissä lähtökohdissa käytetty kirjallisuus. Toimintaa ohjaavia lakeja etsittiin FINLEX internetpalvelusta.

Taulukko 1. Tietokantojen hakusanat

Tietokanta	Hakusanat
CINAHL	(psychiatric nursing or mental health nursing) AND (inpatient psychiatric unit or ward or hospital) AND (maintain safe* or aggression or violence)
PubMed	(psychiatric nursing OR mental health nursing) AND (inpatient psychiatric unit OR ward OR hospital) AND (maintain safe OR prevent AND aggression or violence)
Medic	potilas sairaanhoitaja AND väkivalta ennakointi turvallisuus AND mielenterveys psykiatria

3.2 Aggressio ja väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä

Väkivalta ja aggressio mielletään monesti synonyymeiksi, mutta eroja kuitenkin on. Väkivaltaa ajatellaan olevan toisen yksilön vahingoittaminen tai pakottaminen. Pakottaminen ei aina ole vahingollista, vaan sen ajatellaan olevan henkilön edun mukaista, mutta tyypillisimmillään väkivalta on kuitenkin toisen vahingoittamista. Väkivallantekijällä ei välttämättä ole aggression tunteita kohdettaan kohtaan, vaan teko on motivoitunut tarpeesta saavuttaa jokin päämäärä. Toisen vahingoittaminen on myös mahdollista ilman taustalla olevaa tarkoitusta tai päämäärää. (Lagerspetz 1992, 214–216.) Väkivallaksi katsotaan myös itsensä vahingoittamiseen tähtäävä toiminta (Mauri ym. 2019).

Aggressiolle on tunnusomaista voimakas negatiivisesti latautunut tunnetila. Tunteet voivat kohdistua henkilöön tai asiaan, esimerkiksi organisaatioon ja aggression herättämiä tunteita ovat esimerkiksi suuttumus, viha, raivo, mutta nämä tunteet eivät välttämättä purkaudu toimintana. Hallitsemattomana aggressio purkautuu väkivaltana. Karkeasti ajateltuna väkivalta on toisen vahingoittamista sisäisistä prosesseista riippumatta, kun taas aggressio on ihmisen tunnetila, mikä motivoi tietynlaiseen toimintaan. Pelko ja aggressio molemmat laukaisevat ihmisessä hyvin samankaltaisia fysiologisia reaktioita, kuten esimerkiksi verenpaineen nousua (Lagerspetz 1992; Mielenterveystalo n.d.)

Mauri ym. (2019) mukaan vain noin 16 % mielenterveyspotilaista oli väkivaltaisia ja usein konflikteihin ajautuivat samat potilaat. Lisäksi psykoosipotilaat olivat monesti alttiita joutumaan itse aggression tai väkivallan uhreiksi osastohoidon aikana. (Mauri ym. 2019, 4–8.) Vaikka tiettyihin taudinkuviin ja ominaisuuksiin liitetään kasvanut aggression ja väkivallan riski, ei tätä ole täysin kyetty todistamaan tutkimuksilla. Potentiaalista riskiä useamman tutkimuksen mukaan korreloi nuori ikä, miessukupuoli sekä aiempi väkivalta. Pelkästään mielenterveysongelma ei madaltanut kynnystä väkivaltaan tai aggressioihin, vaan siihen vaikuttivat myös ympäristö, pelot sekä turhautumisen tunteet. (Almvik 2008; Van Wijk ym. 2014, 7; Oyelade, Smith & Jarvis 2017, 5; Sarver ym. 2019.) Potilaiden aggressiivinen ja väkivaltainen käytös osastolla on ongelmallista sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Se myös lisää stigmaa, mikä monesti perustuu stereotypioihin ja ennako-oletuksiin siitä minkälainen psyykkisesti sairas henkilö on ja kuinka hän toimii. Ja usein tähän liitetään ajatus väkivaltaisesta käytöksestä. (Smith 2002, 317–323; Stevenson 2015).

Yli 90 % hoitajista on kokenut jonkinlaista väkivaltaa uransa aikana. Alle vuoden työskennelleet hoitajat raportoivat vähemmän tapauksia kuin yli työskennelleet. Yli kymmenen vuotta työskennelleillä väkivaltatilanteita oli tutkimuksen mukaan vähiten. Yleisintä oli verbaalinen aggressio, jota esiintyi eniten aamuvuoron aikana. Verbaalinen aggressio voi olla esimerkiksi uhkailua, nimittelyä, vähättelyä, mutta se voi olla myös seksuaalissävyytteistä ja alistamaan pyrkivää. Fyysisiä konflikteja taas esiintyi tilastollisesti eniten iltavuoron aikana, yövuorossa tilanteita oli vähiten. Arkipäivien ja viikonloppujen välillä ei juurikaan ollut eroja esiintyvyydessä. Yleisimmin tilanteiden eskalaatio liittyi lääkitystilanteisiin sekä tilanteisiin, missä potilaan toimintaa rajattiin. (Ridenour ym. 2013, 4–5.)

Ongelmana potilaan riskikäyttäytymisen tunnistamisessa ovat hoitajien yksilölliset ajatukset siitä, minkä katsotaan olevan aggressiivista käytöstä ja kuinka paljon sitä tulisi sietää. Mieshoitajat pitivät aggressiivista käytöstä normaalimpana kuin naishoitajat. (Olabisi ym. 2019.) Varsinkin verbaalista väkivaltaa pidettiin normaalina sen jokapäiväisyyden takia ja fyysistä väkivaltaa pidettiin enemmän oikeana väkivaltana. Ajatus siitä, että väkivalta kuuluu psykiatriseen hoitotyöhön, on voimakas ja erot suhtautumisessa asiaan ovat toimipaikkakohtaisia ja tämä osaltaan vaikuttaa tilanteiden raportoitiin. Verbaalinen tai fyysinen tilanne mistä

ei jää näkyviä vammoja, jää myös monesti raportoimatta, ja tilastoihin päätyvät vain tilanteet, joissa on saatu fyysisiä vammoja. Tietyyntyyppisen väkivallan normalisointi on ongelma ja riskitekijä. (Stevenson ym. 2015.)

Naishoitajat raportoivat herkemmin olemassa olevista riskeistä ja pyrkivät löytämään syitä potilaan käytökselle, kun taas mieshoitajat toivoivat enemmän interventiokoulutusta fyysisen väkivallan hallintaan ja ennakointiin. Mieshoitajat myös tunsivat suurempaa luottamusta omiin kykyihinsä hallita potilaiden väkivaltaista käytöstä. (Ridenour ym. 2013; Verhaeghe ym. 2014, 6, 14–17, 19.) Kokonaisvaltainen ja verbaalinen aggressio kohdistui enemmän sairaanhoitajiin, kun taas fyysinen väkivalta kohdistui useammin alemman koulutustason hoitajiin. Sen lisäksi väkivalta kohdistui usein samoihin henkilöihin. (Ridenour ym. 2013, 7; Zaczyk ym. 2018.)

Potilaiden välisissä aggressiossa sekä väkivallassa korostuvat keskinäiset vuorovaikutustyyli. Näiden potilaskohtaisten ominaisuuksien tunnistaminen auttaa myös väkivallan ennakoinnissa. Paranoia voi aiheuttaa irrationaalista käytöstä ja masennus johtaa itsetuhoisuuteen. (Bowers 2014, 502–505.) Kaikenlaisen väkivallan raportointi tilastollisesti on oleellista, jotta kaavat ja toimintamallit sen takana selkiytyisivät (Almvik 2008, 14).

3.3 Väkivaltaista ja aggressiivista käytöstä lisääviä riskitekijöitä

Potilailla, joilla on vaikeuksia sanoittaa, tunnistaa ja prosessoida sisäisiä tunnetilojaan, erityisesti negatiivisluonteisia, on suurentunut riski väkivaltaiseen käytökseen, kuten myös potilailla, joilla on ongelmia ymmärtää toisen tunteita, ajatuksia ja motiiveja. Kun potilaan fokus on itsessä, ympäristö ja tilanteet tulkitaan usein vihamielisiksi itseä kohtaan. Oma sisäinen todellisuus sekoitetaan ulkoiseen, jolloin kuvitellut uhat tulevat potilaalle todellisiksi. (Candini ym. 2020.) Myös potilaiden tylsistyminen ja turhautuminen lisäävät aggressiivisuutta, kuten myös monihenkinen potilashuoneet, joiden koetaan vaikuttavan muun muassa unen laatuun (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 33).

Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan henkilön kykyä hankkia, käsitellä ja käyttää tietoa. On tärkeää ymmärtää metakognition tason mahdollinen vaikutusmekanismi väkivaltaiseen käytökseen vakavista mielenhäiriöistä kärsivillä henkilöillä. Huonot metakognitiiviset taidot korreloivat suurempaa riskiä aiemmasta väkivaltaisesta toiminnasta ja sitä kautta lisäävät mahdollista riskiä väkivaltaiseen käytökseen osastohoidossa. Osaston ulkopuolella kognition tasolla ei ole merkitystä väkivaltaisen käytöksen esiintymisessä vaan se on enemmänkin sidoksissa henkilön muihin ominaisuuksiin. (Candini ym. 2020.)

Sinänsä pelkät huonot metakognitiiviset taidot eivät lisää väkivallan riskiä eivätkä tee potilaasta väkivaltaista. Aiempaan väkivaltaisuuteen yhdistettynä päihdeongelma, vihamielisyys, passiivisaggressiiviset, narsistiset sekä antisosiaaliset ja negatiiviset persoonallisuuden piirteet voivat toimia ennusmerkkeinä tulevalle väkivallalle. Väkivaltainen potilas on monesti paranoidinen, pakkomielteinen sekä teatraalinen. (Candini ym. 2018.) Persoonallisuuden piirteistä asosiaalisuus lisää riskiä fyysiseen konfliktiin muiden kanssa, kun taas epävakaat piirteet itsensä vahingoittamiseen (Bowers 2014, 502).

Sairaalaan tulotilanteissa on konfliktien mahdollisuus, koska monet potilaat kokevat kaunaa, vihaa ja petetyksi tulemisen tunteita hoitoon toimittaneita läheisiään kohtaan. Tämä tunnetila monesti purkautuu hoitohenkilökuntaan, joka on ensimmäinen kontakti osastolle tullessa. (Oyelade ym. 2017.) Sarver ym. (2019) tekivät tutkimusta Brøset Violence Checklist -mittarin (BVC) käyttönotosta akuutilla psykiatrisella osastolla ja tuloksien mukaan valtaosa hoitoon tulleista ei osoittanut väkivallan tai aggression merkkejä sisäänkirjoitustilanteessa. Toisaalta taas ne potilaat, joilla oli tulotilanteessa yksi tai useampi piste BVC taulukossa, ilmeni väkivaltaa tai aggressiota ensimmäisenä tai viimeistään toisen-a päivänä sisäänkirjoituksesta. Valtaosalla näistä potilaista oli konflikteja aiemmilta hoitajaksoilta kolmen ensimmäisen päivän sisällä hoitoon tulosta. Saadut BVC -pisteet myös korreloivat hoidon pituutta. (Sarver ym. 2019, 480–483.) Lisäksi tahdonvastainen hoito itsessään lisää vastustusta ja sitä kautta mahdollista väkivaltaa. Aggressiivinen käytös pitkittää sairaalahoitoja ja monesti johtaa tahdonvastaisiin toimenpiteisiin. (Faccio ym. 2020.)

3.4 Turvallisuuden ylläpitäminen ja väkivallan ennakointi psykiatrisessa osastohoidossa

Sairaalassa potilaiden levottomuuteen, aggressioon ja potentiaaliseen väkivaltaiseen käytökseen tulee puuttua ajoissa. Yksilölliset turvallisuussuunnitelmat, laukaisevien tekijöiden ja varomerkkien tunnistaminen on oleellista. Tilanteen rauhoittamiseksi tulee pyrkiä etenemään henkilökohtaisista rauhoittumiskeinoista pakottavampiin hoitotoimenpiteisiin tarpeen mukaan. Jos pakkotoimiin joudutaan turvautumaan, hoitosuhdetta tulee silloinkin ylläpitää ja tilanne läpikäydä jälkikäteen yhteistyössä potilaan kanssa, jotta toistumisen riskit kyettäisiin paremmin ennakoimaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 11, 15–16.)

Vihamielinen ja mahdollisesti väkivaltainen tilanne on aina haaste hoitohenkilökunnalle ja päätökset tilanteessa pitää monesti tehdä nopeasti. Samalla tulisi kuitenkin saada ymmärrys siitä, mistä potilaan käytös mahdollisesti johtuu. (Faccio ym. 2020.) Turvallisuuden ylläpitämisessä on oleellista tunnistaa sekä riskit että tilanteet, joissa on mahdollisuus eskaloitumiseen. Lisäksi on tärkeää tiedostaa oman vuorovaikutustyylinsä riskit ja sen, miten potilasta puhuttelee. (Stevenson ym. 2015, 9; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 18–19.) Osastolla tilanteiden ja ympäristön tiedostaminen korostuu, koska tilanteet harvoin kehittyvät yhtäkkiä. Hoitosuhteen ylläpitäminen, potilaiden tunteminen ja huomioiminen lisää luottamusta ja sitä kautta vähentää riskiä aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käytökseen. (Faccio ym. 2020.)

Havainnoinnin ja intuition lisäksi väkivaltariskiä voidaan arvioida erilaisilla mittareilla. On olemassa itsearviolomakkeita, jotka lähinnä kartoittavat yksilön ominaisuuksia reagoida aggressiivisesti tai vihamielisesti. Välitöntä väkivaltariskiä arvioidaan on kehitetty esimerkiksi The Brøset Violence Checklist (BVC), jonka avulla mitataan kuutta väkivaltaisuutta ennakoivaa piirrettä potilaan käytöksessä. Näitä piirteitä ovat ärtyisyys, riehakkuus, äänekäs levottomuus, sanallinen uhkaavuus, fyysinen uhkaavuus tai esineisiin kohdistuva aggressio. Almvikin kehittämä BVC perustuu Linekerin ja Busch-Iversenin vuosina 1988–1993 tekemään empiriseen tutkimustyöhön, jossa he tutkivat norjalaisen sairaalan, psykiatrisella suljetulla osastolla tapahtumat, joihin liittyi väkivaltaa. Kriteereinä tutkimuksessa oli fyysinen väkivalta, joka oli osaltaan johtanut potilaan fyysiseen rajoittamiseen.

Tutkimuksessa keskityttiin oireisiin ja käytökseen, ja apuna siinä käytettiin hoitokertomuksia. Lineker ja Busch-Iversen havainnoivat, että yleisimmät käytöksen piirteet, jotka esiintyivät ennen väkivaltaista käytöstä, olivat nuo kuusi edellä mainittua. Suuressa osassa tapahtumia esiintyi useampaa kuin kahta ennakoivaa piirrettä ja BVC perustuukin periaatteeseen, että väkivaltainen käytös ei yleensä herää ilman tiettyjä varomerkkejä. BVC on yksi harvoista strukturoiduista mittareista, joka on kehitetty psykiatrista osastohoitoa ajatellen ja jonka avulla riskiarviointi on mahdollista reaaliaikaisesti. (Almvik 2014, 18, 45–48.) Sarver ym. (2019) tuovat tutkimuksessaan esille tulotilanteessa annettujen BVC-pisteiden korreloivan suoraan potilaan mahdolliseen riskikäytökseen (Sarver ym. 2019, 480–481). Sen lisäksi BVC-mittari on tehokas ja akuuttiosastolle sopiva väkivallan ennakointi keino, toisin kuin pelkkä kirjattu data (Valeer ym. 2011, 5–6).

Osastoilla ja avopalveluissa käytettäväksi tarkoitettu lyhyen aikavälin riskin sekä hoidettavuuden arviointiin perustuva The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) arvio, sisältää muihin kohdistuvan väkivallan, itsensä vahingoittamisen ja itsemurhan riskit, luvattoman poistumisen, päihteidenkäytön, itsensä laiminlyömisestä sekä uhriksi joutumisen riskit. Arvio sisältää riskikäyttäytymiseen liittyvien muuttujien lisäksi riskikäyttäytymistä vähentäviä voimavaroja. START arvio on ollut Suomessa käytössä vuodesta 2012 ja lähinnä se kartoittaa potilaan voimavaroja, riskejä ja lähitulevaisuutta eikä suoranaisesti mittaa väkivaltariskiä vaan lähinnä potilaan riskejä kaikilla elämän osa-alueilla. (Webster ym. 2009.)

Pidemmän aikavälin väkivaltariskiä voidaan arvioida The Historical-Clinical-Risk Management-20 (HRC-20) mittarilla. Mittaria voidaan käyttää apuna hoidon suunnittelussa ja sen avulla voidaan arvioida mahdollisia riskejä, joilla on vaikutusta potilaan tulevaisuutta ajatellen. Kyseistä mittaria on käytetty lähinnä oikeuspsykiatriassa, missä hoitoajat ovat pitkiä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016, 20–22.)

Väkivaltaisten tilanteiden ennakointiin sekä turvallisuuden ylläpitämiseen on myös kehitetty Safewards- malli, jonka tavoitteena on vähentää hoitotyössä tapahtuvia pakkotoimia. Mallin kehittäjä professori Bowers:n mukaan on olemassa tiettyjä konfliktilähtöisiä tekijöitä ja piirteitä, jotka osaltaan johtavat mahdollisiin

konflikteihin ja pakkotoimiin. Hoitajalähtöisiä tekijöitä, alkaen vuorovaikutustavoista ja taidoista sekä potilaslähtöisiä tekijöitä, jotka sisältävät potilaiden keskinäiset vuorovaikutustavat. Osansa mahdollisten konfliktien synnyssä on myös osaston olosuhteissa, sosiaalisilla ja psykologisilla tekijöillä. Perusajatuksena on, että konflikteja aiheuttaviin seikkoihin tartuttaisiin ennen kuin ne eskaloituvat. Malli sisältää kymmenen interventiota, joiden on todettu vähentävän riskiä aggressioon ja itsensä vahingoittamiseen. (Bowers 2014, 500–502.) Interventioita ovat yhteiset odotukset, ystävälliset sanat, puheella rauhoittaminen, positiiviset sanat, huonojen uutisten kertominen, tullaan tutuiksi, avun antaminen, rauhoittumiskeinot, turvallisuuden ylläpitäminen sekä kotiutusviestit. (Bowers 2014; Safewards 2021.)

3.5 Hoitohenkilökunnan rooli turvallisuuden ylläpitämisessä

Käytetystä mittarista huolimatta on syytä muistaa, ettei niistä mikään tuo aukottomasti esille riskejä tai niiden suuruutta. Väkivalta voi olla yhtä hyvin impulsiivista ja ennakoimatonta, kuin suunnitelmallista ja ilman varomerkkejä tapahtuvaa. (THL 2016, 22; Candini ym. 2020.) On tärkeää muistaa potilaiden inhimillinen ja tasapuolinen kohtelu sekä kyky olla tuomitsematta potilasta käytöksen perusteella. Oleellisempaa on löytää syitä käytöksen takana ja samalla auttaa potilasta itsesäätelytaidoissa. (Bowers 2014, 500.)

Faccion ym. (2020) mukaan potilaiden väkivaltainen käytös ei liity pelkästään psyykkiseen vointiin vaan ympäristöön ja vuorovaikutukseen (Faccio ym. 2020). Hoitohenkilökunnan toimintatavat ovat tässä suuressa roolissa. (Bowers 2014). THL:n (2016) työmuistion mukaan potilaiden aggressiivisuus lisääntyy, jos hoitohenkilökunnan asenteessa ja käytöksessä koetaan ongelmaa. Samoin aggressio- ja väkivaltariskiin vaikutti potilaiden kokemus henkilökunnan kontrollointi ja heikko vuorovaikutus. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 29.) Potilaiden kokemuksen mukaan aggressiivisia tunnetiloja herättivät toisten hoitajien epäasiallisuus sekä sensitiivisyyden puute. Henkilökunnan näkymättömyys osastolla herätti turvattomuuden tunteita ja lisäsi riskiä konflikteihin. Nämä pelot ja epäluottamuksen tunteet purkautuivat helposti aggression tai väkivaltana. (Van Wijk ym. 2014, 6–7.)

Hoitajien näkökulmasta väkivalta potilaiden taholta heikentää hoitosuhdetta (Van Wijk ym. 2014; Puntalo ym. 2019). Ros ym. (2013) mukaan potilaiden väkivalta aiheuttaa hoitajissa tietynlaista sensitiivisyyden vähentymistä, mikä taas lisäsi potilaiden väkivaltaista tai aggressiivista käytöstä. Tämä koski erityisesti hoitajia, jotka olivat alttiita muutoinkin helpommin turvautumaan tahdonvastaisiin hoitotoimenpiteisiin. (Faccio ym. 2020). THL:n muistion (2016) mukaan pakkotoimiin turvautuivat eniten hoitajat, jotka eivät nähneet niissä juurikaan eettisiä ongelmia. Van Wijkin ym. (2014) tutkimuksessa potilaat toivoivat hoitohenkilökunnan olevan tietoisia pelkoa ja ärtymystä herättävistä kollegoistaan väkivallan riskiä lisäävinä tekijöinä. Tutkimuksessa todettiin myös, etteivät konfliktiin johtaneet tilanteet olleet niinkään riippuvaisia hoitajaresursseista, vaan enemmänkin siitä, keitä oli työvuorossa. Toisten hoitajien koettiin provosoivan tilanteita käytöksellään. (Van Wijk ym. 2014, 5–6.)

Henkilöstön koulutuksella ja työkokemuksella on myös vaikutusta siihen, miten mahdollisiin riskitekijöihin suhtaudutaan ja henkilöstön lisäkoulutuksen on todettu vähentävän väkivaltatilanteita. Pakon vähentäminen ja väkivallan ennakointi on myös osa työturvallisuutta. (THL 2016.) Koulutustarvetta ja vähemmän käytännöntaitoja aggression tai väkivallaisen käytöksen kohtaamisessa on koettu olevan enemmän hoitajilla, joilla ei ollut taustalla erikoistumisopintoja psykiatrisesta hoitotyöstä (Verhaege ym. 2014, 14). Hoitajan henkilökohtaisella asenteella potilaan aggressioon on paljon merkitystä siihen, miten tilanne hoidetaan (Olabisi ym. 2019).

Oyelade ym. (2017) tutkimuksen mukaan de-eskalaatio menetelmät olivat hoitajille tuttuja, mutta niiden käytöstä ei useimmiten ollut koettu positiivista lopputulosta vaan potentiaalisen konfliktin estäminen fyysisin keinoin, ennen sen eskaloitumista väkivallaksi, oli koettu toimivampana. Fyysistä voimaa oli käytetty varmuuden vuoksi, ennen kuin minkäänlaista riskiä oli edes ilmaantunut. Tulotilanteessa ennakoitikeinoista ei ollut koettu olevan minkäänlaista hyötyä, koska potilaat olivat olleet siinä kohtaa niin ärsyyntyneitä. Päihdepsykoosien kohdalla de-eskalaatio menetelmät oli koettu täysin hyödyttömiksi. (Oyelade ym. 2017, 12–14.)

Tiimityöskentely, hoitajakeskeiset strategiat, selkeät toimintaperiaatteet ja monipuolinen koulutus olivat suuressa roolissa väkivallan ennakoinnissa sekä hallinnassa. Huono kommunikaatio henkilökunnan välillä ja tilanteiden jälkipuinnin lainlyönti synnyttivät helposti tilanteita, joissa potilaan aggressiota ei ollut osattu kohdata yksilölähtöisesti vaan turvauduttiin herkästi pakkotoimiin ennakointikeinona. Näin toimiessa sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan turvattomuuden tunne osastolla lisääntyi ja osalla hoitajista konflikteihin joutumisen pelko vähensi uskallusta puuttua potilaiden riskikäytökseen. (Stevenson ym. 2015, 9.)

4 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilaiden väkivaltaista käytöstä ennakkoiva toimintamalli aikuispsykiatrian osastolle.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Kuinka paljon väkivaltilanteita osastolla on esiintynyt viimeisen neljän vuoden aikana?
2. Minkälaisena osaston henkilökunta kokee osaston turvallisuuden tällä hetkellä?
3. Mitä asioita tulisi hoitajien kokemuksen mukaan tehdä toisin, jotta väkivaltilanteet eivät eskaloituisi ja niiden määrä vähenisi?
4. Miten toimintamallin käyttöönotto on vaikuttanut väkivaltilanteiden esiintymiseen?
5. Miten hoitohenkilökunta on kokenut toimintamallin käyttöönoton ja mitä jatkokehitysajatuksia se on herättänyt?

Toimintamallista hyötyvät sekä hoitohenkilökunta että potilaat. Tulevaisuudessa toimintamallia voidaan käyttää myös muilla toimialueen osastoilla ehkäisemään väkivaltilanteiden eskaloitumista.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen perustajana pidetään sosiaalipsykologi Kurt Lewin:ä, joka toi 1940 luvulla, käytäntöön käsitteen ”field theory”. Kyseinen menetelmä piti sisällään toimintaa ja sen reflektointia, keskusteluiden ja palautteen keinoin. Tästä sai alkunsa esimerkiksi palautteen anto organisaatioiden kehittämistoiminnassa 1950-luvulla. (Kuula 2000, 13.) Toimintatutkimuksen perimmäinen tarkoitus on toiminnan kehittäminen, mutta mitään tiettyä lähestymistapaa ei voida sanoa oikeaksi. Käytänteitä on erilaisia, riippuen tutkijan omasta ihmiskuvasta, tutkimuksen näkökulmasta ja sille asetetuista tavoitteista. (Suojanen 1992; Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2010.) Tutkimus voi esimerkiksi lähteä liikkeelle kohteesta ja sen tavoitteista tai kehittämistavoitteet voivat olla ulkopuolisen tahon asettamia. Käytännön toteutuksen lisäksi toimintatutkimuksessa voidaan ottaa ryhmä mukaan myös tutkimustyöhön. (Suojanen 1992; Heikkinen 2015.)

Käytännössä toimintatutkimus yhdistetään laadullisen tutkimuksen toimintaperiaatteeseen. Siinä yhdistyvä samanaikaisesti konkretia ja tutkimus. Vaikka toimintatutkimusta pidetäänkin käytännönläheisenä, tulee sen luonteeltaan olla systemaattista. Tavoitteena on aina uuden tiedon tuottaminen, asioiden kehittäminen ja muutoksen hakeminen. (Puusa & Juuti 2020.) Kuulan (1999) mukaan aloitteen tekijänä tutkimuksessa on monesti järjestö tai organisaatio, missä on havaittu kehittämistarpeita tai haluttu ratkaisuja aiemmissa tutkimuksissa ilmenneisiin ongelmiin tai epäselvyyksiin. Kyseessä on siis prosessi, joka tähtää asioiden kehittämiseen ja aihe voi olla tutkimista, kehittämistä tai vaihtoehtoisten analyysien etsimistä. (Kuula 1999, 10–13.) Toimintatutkimusta sovelletaan monilla eri tieteenaloilla ja siitä on lukuisia eri koulukuntia. Kaikilla eri koulukunnilla on kuitenkin yhteiset periaatteet, joita ovat toimintaan kiinnittyminen, havainnointi, reflektio ja muutokseen pyrkiminen. (Puusa & Juuti 2020.)

Oleellisinta toimintatutkimuksen toteuttamisessa on tutkittavien osallistaminen. Toiminta tapahtuu yhteistyössä ja tavoitteena on tasavertainen ja dialoginen prosessi, missä otetaan osallistujien ajatukset sekä kokemukset osaksi kehitystä ja

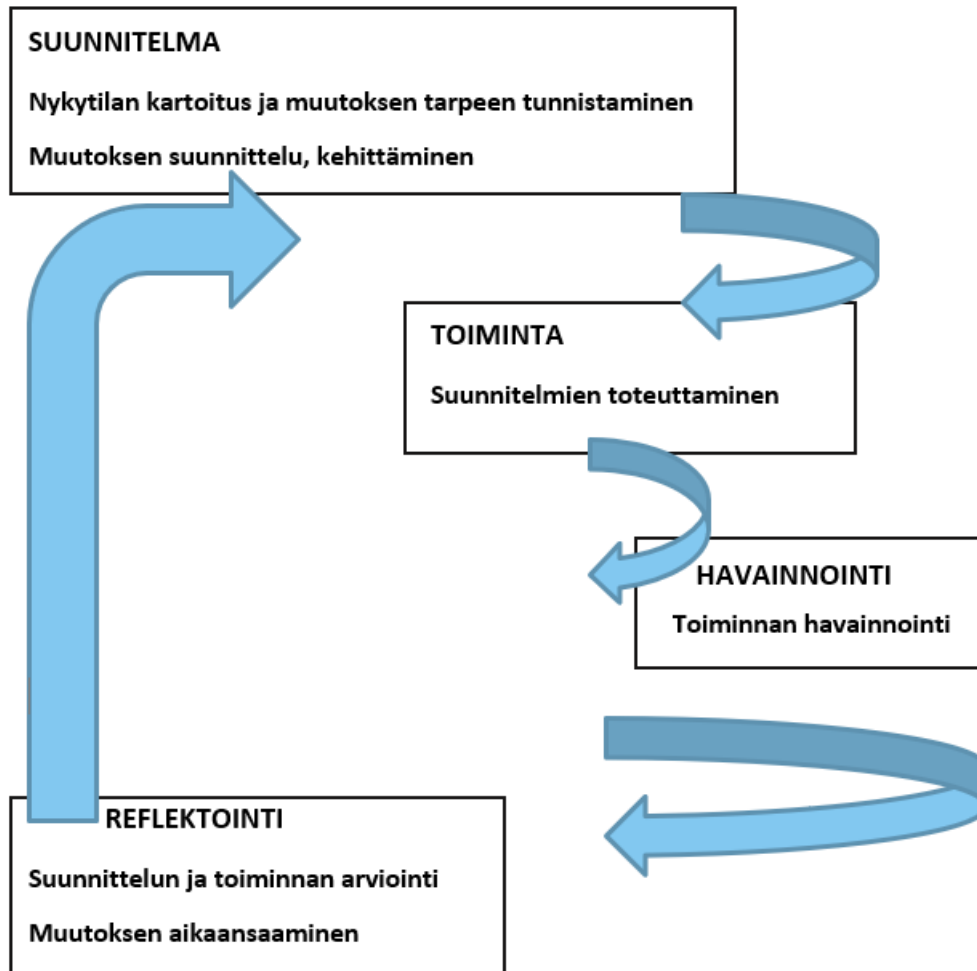
muutosta. Tutkijalta vaaditaan sosiaalista taidokkuutta, jotta eri näkökulmat kyettään näkemään toisiaan täydentävinä eikä poissulkevinä elementteinä. Tutkittavien aktiivinen osallistaminen ja ottaminen osaksi koko prosessia vaatii myös tutkijalta aktiivista otetta. Ilman keskusteluyhteyttä sekä vuorovaikutusta kohteen kanssa on hankalaa toteuttaa minkäänlaista toimintatutkimusta. Tämän takia on tärkeää, että tutkija on aktiivisesti mukana käytännöissä. (Kuula 1999, 112, 143–144, 207–208.) Reflektiota vaaditaan sekä tutkijalta, että toimijoiden puolelta ja kyse onkin yhteisöllisestä prosessista, missä reflektiivinen ajattelu on keskeinen asia toiminnan muutoksessa ja kehittämisessä. (Heikkinen 2015, 215; Puusa & Juuti 2020.) Kasvatuspsykologi John Dewey on tuonut esille, kuinka älyllisen ajattelun lähtökohtana on ihmisten kyky hahmottaa toimintojensa seurauksia, jolloin toiminnoista ja kokemuksista syntyy uusia näkökulmia. Toimintatutkimuksessa pyritäänkin ymmärtämisen sekä toiminnan kehittämiseen, jonka keskiössä reflektio on. (Heikkinen 2015, 206; Puusa & Juuti 2020.)

Toimintatutkimuksessa oleellista on tutkimustehtävä, koska sen avulla määritellään, mihin rajattuun teemaan tutkimus kohdistetaan. Mielenkiinnon kohteena on selvittää miten asioiden tulisi olla ja miten sinne päästään sekä minkälaista tietoa muutos vaatii. Tietoa tavoitellaan asioiden parantamisen näkökulmasta eikä vain asioiden tietämisen vuoksi. Tutkimuskysymysten muotoilu lähteekin tutkimuksen tehtävän määrittelystä, koska tavoitteena on saada sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa. (Heikkinen 2015, 209–210.)

Toimintatutkimus on syklimäisesti etenevä prosessi, jossa ajattelu ja toiminta liittyvät toisiinsa ja kehityssyklejä on prosessin aikana useampia. Ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan nykytilanne sekä tunnistetaan kehitystarve. Samalla lähdetään miettimään ja suunnittelemaan toimintaa kehittäviä tapoja. (Suojanen 1992; Heikkilä ym. 2010.) Syklisyyden yksi periaate on, että kokeilun perusteella tulleesta kokemuksesta seuraa uusi muokattu suunnitelma. Kokoaikainen toiminnan reflektio ja havainnointi on tärkeää. Toimintasuunnitelma on joustava ja sitä voi tutkimuksen edetessä muokata. (Heikkilä ym. 2010, 19–34.)

5.1.1 Toimintatutkimuksen prosessi

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä ja se seurasi toimintatutkimuksen vaiheita (kuvio 1).



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen sykli ja kehittämistyön prosessi. (Muokattu Suojanen 1992).

5.1.2 Tutkimushaastattelu

Tutkimushaastattelu on menetelmä, jossa vuorovaikutuksen keinoin rakennetaan tietoa ja se antaa tutkijalle mahdollisuuden syvällisenkin tiedon hankkimiseen. Jokapäiväisestä keskustelusta tutkimushaastattelu eroaa ylittämällä pinnallisen sanojen vaihdon, ollen haastattelijan puolelta ammattimaista tiedonhankintaa sekä kuuntelemista. Haastattelijan valmistautuminen on oleellista, koska tarkoituksena on saada uutta käytettävää tietoa sen sijaan, että lopputuloksena olisi

yleistyksiä ja oletuksia. Haastattelijan tulee olla objektiivinen eikä ohjata keskustelua haluamaansa suuntaan, koska silloin koko tutkimuksen luotettavuus on kyseenalaistettu. (Kvale 2007, 7–9; Hirsijärvi & Hurme 2015, 34–35.)

Haastattelu on menetelmänä joustava ja se mahdollistaa tiedon täsmentämisen reaaliajassa sekä antaa osallistujille konkreettisen kokemuksen kehitykseen osallistumisesta ja vaikuttamisesta. (Vilkkä 2015, 125–127). Vuorovaikutuksen omaisissa tilanteissa haastattelija voi saada esille asioita, joita ei välttämättä tulisi esille muilla keinoin. Täytyy kuitenkin olla tarkkana sen suhteen, että haastattelu todella sopii kyseisen aiheen tutkimiseen, koska kokonaisuus on pitkälti tilannesidonnaista. Vastaajan halukkuus antaa sellaisia sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia, joita ajattelee haastattelijan hakevan, vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Haastattelu vie myös runsaasti aikaa, haastateltavien keräämisestä aineiston purkuun voi kulua ennakoitua pidempi aika. Tästäkin syystä haastattelija tulee olla hyvin valmistautunut kokonaisuuden hallitsemiseen. (Hirsijärvi ym., 2015, 11–12, 34–35.)

Ryhmässä tapahtuvassa teemahaastattelussa haastattelija esittää aiheet ja vie keskustelua eteenpäin. Tavoitteena on saada aikaiseksi hyväksyvä ja vapautunut ilmapiiri, jotta kaikki osallistujat uskaltavat tuoda mielipiteensä ja ajatuksensa esille. Tarkoituksena ei ole päästä yhteisymmärrykseen aiheesta vaan saada esille toisistaan eriäviä ajatuksia ja mahdollisia ratkaisuja. Ryhmän vuorovaikutus antaa haastattelijalle mahdollisuuden saada aikaan hyvinkin spontaania sekä tabuja rikkovaa keskustelua. (Kvale 2007, 74–75.) Teemahaastattelussa on ajatuksena samalla lisätä osallistujien ymmärrystä asiasta ja tavoitteena on enemmänkin saada aikaan juuri keskustelua aiheesta eikä vain yksittäisiä vastauksia (Vilkkä 2015, 125). Esitettävät kysymykset eivät ole tiukasti muotoiltuja ja niiden esitysjärjestystä voidaan muuttaa. Kaikki teema-alueet tulee kuitenkin käydä läpi ja jos haastattelu toteutetaan useammalla ryhmällä, rungon tulisi olla samanlainen kaikissa. (Eskola & Vastamäki 2015, 29.)

Ryhmähaastattelun etuina voidaan pitää sen edullisuutta ja ajan säästöä yksilöhaastatteluun verrattuna. Siinä tavoitetaan myös suurempi ryhmä vastaajia kerralla. Ongelmaksi voi nousta ryhmän valtasuhteet ja se, että joku tai jotkut dominoivat keskustelua. Tässä kohtaa haastattelijan kyky hallita tilannetta nousee

oleelliseksi. Haastattelujen purussa haasteeksi voi nousta tallenteiden taso aineistoa litteroidessa. (Hirsijärvi ym. 2015, 60–63.) Tämän työn haastatteluiden toteutus löytyy nykytilan kartoitus ja suunnitteluvaihe -otsikon alta.

5.1.3 Laadullisen aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, koska aiemman teorian ei haluta vaikuttavan analyysin tuloksiin. Tarkoituksena on saada vastauksia ja kehittämissideoita sekä luoda kokonaisuudesta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt eivät ole ennalta valittuja vaan ne muodostetaan aineistosta tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 80–81.) Opinnäytetyössä saatu aineisto kaikista kolmesta ryhmähaastattelusta, kahdesta keväällä 2021 sekä yhdestä syksyllä 2021, analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (liite 3).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvaa tutkittavien merkitysmaailmaa ja tavoitteena on ajattelutapojen ymmärtäminen ja uudistaminen. Sisällön analyysi tapahtuu induktiivisella menetelmällä, jolloin aiempi teoria, havainnot tai tiedot eivät ohjaa analyysiä määrättyyn suuntaan, vaan aineistosta muodostuu oma teoreettinen kokonaisuutensa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–169.) Analyysiä tehdessä pyrkimys oli pitäytyä neutraalina eikä tehdä oletuksia haastateltavien ajattelutavoista ja löytää aineistosta jotain mitä ajatteli tai olisi halunnut haastateltavien tarkoittavan. Menetelmän haasteena on se, että analyysi pysyy puhtaan objektiivisena eivätkä siihen vaikuta haastattelijan omat ennakkoluulot ja asenteet eikä myöskään halu saada tuloksista omiin tarkoituksiinsa paremmin sopivia. Menetelmä, tutkimusasetelma sekä käytetyt käsitteet ovat joka tapauksessa tutkijan itsensä asettamia ja haastattelijalta vaaditaankin eettisyyttä objektiivisuuden lisäksi, jotta analyysi todellakin tapahtuu haastateltavien ehdoilla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 81–82.)

Tavoitteena sisällönanalyysissa on löytää jonkinlainen toiminnan logiikka. Aluksi sisältö litteroidaan ja analysoidaan, jonka jälkeen valitaan analyysiyksikkö ja ryhmitellään tieto. (Vilkka 2015, 163–165.) Tässä opinnäytetyössä kaikkien haastattelujen aineisto litteroitiin sanatarkasti, jonka jälkeen valittiin analyysiyksiköksi

lause tai lauseenosa, koska niistä saatiin parhaiten esille osallistujien kokemuksia. Aineisto käytiin läpi useampaan otteeseen ja analyysiyksiköitä mietittiin tarkkaan, jotta tutkijan omat motiivit ja ajatukset eivät ohjaisi analyysia. Ennen analyysiä päätetään mistä kyseistä logiikkaan lähdetään hakemaan, tulokset pelkistetään eli niistä karsitaan kaikki epäoleellinen informaatio pois, jonka jälkeen tutkimusaineisto tiivistetään tutkimuskysymysten ja ongelmien ohjaamana (Vilkkä 2015, 170).

Haastatteluaineistot litteroitiin sanatarkasti ja käytettiin fonttikokoa 11 ja 1,5 riviä. Aineistoista etsittiin ilmauksia, joista saatiin vastauksia tutkimustehtäviin kaksi, kolme ja viisi. Tutkimustehtäviin yksi ja neljä haettiin vastauksia HaiPro-ilmoitusten kautta. Litteroinnin jälkeen aineistoa oli ensimmäisestä haastattelusta viisi sivua ja toisesta haastattelusta kahdeksan. Kolmannesta ryhmähaastattelusta aineistoa tuli kuusi sivua.

Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä aineisto ryhmitellään uudestaan sen perusteella, mitä ollaan etsimässä ja ryhmittely voi tapahtua esimerkiksi ominaisuuksien tai käsitysten mukaan, jonka jälkeen, aikaansaadut ryhmät nimetään niiden sisältöä hyvin kuvaavilla yläkäsitteillä (Tuomi & Sarajärvi 2002). Tämän opinnäytetyön aineistosta etsittiin hoitajien kokemuksia osaston turvallisuustilanteesta ja toimintamallista. Löydetyt alkuperäisilmaukset pelkistettiin kuitenkin säilyttäen alkuperäinen asiasisältö ja merkitys. Pelkistyksistä haettiin samankaltaisia ilmauksia, jotka yhdistettiin alaluokiksi ja joille annettiin niiden sisältöä kuvaava otsikko. Yläluokat muodostettiin yhdistelemällä samansisältöisiä alaluokkia ja ne nimettiin sisältöä kuvaavilla otsakkeilla (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki yläluokkien muodostumisesta

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>ongelmana pisteiden täyttämisen eri kriteerein</p> <p>Pisteitä jää usein päivittämättä</p> <p>Runsas pisteet rauhalliselle potilaalle syövät uskottavuutta</p>	<p>BVC-pisteiden kertymisen epäloogisuus</p>	<p>Intuition ja konkretian ristiriita BVC-merkinnöissä</p>
<p>Ohjeita noudattamalla ei saa punaista, vaikka tuntee sen olevan oikea</p> <p>Punainen tuntuu oikealta, mutta käytös on vihreä</p> <p>Pisteeseen vaaditaan konkretiaa eikä pelkkä intuitio riitä</p> <p>Henkilökohtainen tunnetila mikä ei näy potilaan käytöksessä fyysisellä tasolla</p>	<p>Ristiriita oman kokemuksen ja käytännön välillä</p>	

5.2 Nykytilan kartoitus ja suunnittelu

Toimintatutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa eli suunnitelmavaiheessa arvioitiin tarvetta ja kartoitettiin osastolla jo olemassa olevia väkivallan ennakoitkeinoja sekä turvallisuutta ylläpitäviä toimintamalleja. HaiPro -tilastot käytiin läpi aikavälillä 1.1.2017-31.3.2021. Näistä tilastoista tarkasteltiin osaston väkivaltatilanteiden määrää ja sitä, ovatko ne lisääntyneet neljän vuoden aikana. Tarkasteluun otettiin potilasturvallisuuden kohdalla tapahtumapaikka, tapahtuman luonne, tapahtuman tyyppi sekä tapahtumaolosuhteet ja tapahtuman viikonpäivä. Työturvallisuuden kohdalla keskityttiin niin ikään tapahtumapaikkaan, tapahtuman luonteeseen, tekijään, vaaratyyppiin, tapahtumaolosuhteisiin sekä tapahtuman viikonpäivään. Erot tarkasteltavissa asioissa johtuvat HaiPro -ohjelman rakenteesta. Ohjelma rekisteröi syitä eri nimikkeillä sen mukaan onko kyseessä potilaaseen vai työntekijään liittyvä vaaratapahtuma.

Aluksi kartoitettiin ryhmähaastatteluiden avulla, minkälaisia ennakoitavia toimia oli jo konkreettisesti käytössä, miten hoitohenkilöstö oli toimet kokenut ja mitä tulisi tehdä toisin. Sen lisäksi suunniteltiin BVC-pisteiden merkintätapaa osaston henkilökunnan käytössä olevalle potilastaululle. Potilastaulu on osaston kansliassa sijaitseva valkotaulu mikä sisältää osaston pohjakaavan, potilaiden sijoittumisen ja potilaiden henkilökohtaiset mielenterveyslain mukaiset rajoitukset.

BVC-pisteiden merkintään sovellettiin niin sanottua liikennevalo-mallia (liite 4), jota sovelletaan esimerkiksi lasten kanssa, joilla on neuropsykiatrisia haasteita (Tampereen kaupunki n.d.). Kyseistä liikennevalo-mallia mietittiin yhdessä osastonhoitajan kanssa, joka on aiemmin toiminut osaston turvallisuusvastaavana.

Ensimmäinen aineisto kerättiin teema-ryhmähaastatteluin osaston hoitohenkilökunnalta kahdessa viiden hengen ryhmässä ennalta mietittyjen teemojen pohjalta (liite 5. teema-haastattelurunko). Ensimmäinen haastattelu kesti 45 minuuttia ja toinen yhden tunnin ja 25 minuuttia. Molemmissa ryhmissä oli sekä kokeneita pitkään osastolla työskennelleitä hoitajia sekä muutamia vuosia olleita hoitajia. Kaikki osallistuneet olivat osaston vakituisia työntekijöitä. Osaston henkilökunnalle tiedotettiin tutkimuksesta ja vapaaehtoisilta osallistujilta pyydettiin tietoon perustuva suostumus (liite 6). Haastateltaville annettiin myös mahdollisuus täydentää ryhmähaastattelussa nousseita ajatuksiaan yksilöhaastatteluissa, mutta kumpikaan ryhmästä ei noussut tähän tarvetta. Haastattelut toteutettiin työajalla eikä haastateltavista kerätty taustatietoja.

Haastatteluaineistot litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. HaiPro -tilastot käytiin läpi ja niistä tehtiin erillinen kooste. Suunnitteluvaiheessa tehtiin ensimmäinen versio toimintamallista (liite 7) perustuen ensimmäisiin ryhmähaastatteluihin sekä läpikäytyihin HaiPro -tilastoihin. Ensimmäisestä alustavasta mallista pyydettiin kommentteja osastonhoitajalta sekä osaston turvallisuusvastaavalta, joista kumpikaan ei osallistunut alkuperäisiin ryhmähaastatteluihin. Saadun palautteen pohjalta muokattiin toimintamallia ja laadittiin toinen versio (liite 8).

5.3 Toimintavaihe

Koronapandemiaan liittyvien kokoontumisrajoitusten vuoksi ei toimintamallin käytännön toteutuksesta ja aloituksesta voitu pitää tavanomaisia osastotunteja. Toimintamallista tiedotettiin sähköpostitse osaston työntekijöille toukokuun lopussa sekä toisen kerran kesäkuun alussa. Molemmilla kerroilla tuotiin esille, että toimintamallin sisältö oli koottu ryhmähaastatteluiden sekä HaiPro -tilastojen pohjalta ja perustui asioihin, joiden osaston hoitohenkilökunta koki jäävän huomiotta ja toteutumatta. Henkilökunnan mielipidettä kokeiltavista toimintamalleista kysyttiin jo ensimmäisellä tiedotuskerralla, mutta yhtään ehdotusta ei tullut, joten valituksi tuli yhteistyössä osastonhoitajan kanssa, lääkitykseen liittyvät toimintamallit. Ne koettiin ajankohtaisiksi ja tärkeiksi sekä helpoiksi toteuttaa kesän aikana. Heinäkuun lopulla pidettiin ensimmäinen osastotunti normaaliin tapaan ja läsnäolevien kanssa keskusteltiin toimintamallista ja sen kokeilusta kesän ajalta. Vastaan otettiin myös ajatuksia toimintamallin sen hetkisestä sisällöstä. Koko osaston henkilökunnalle jaettiin muistio osastotunnilla käydyistä suunnitelmista.

Osana toimintamallin kokeiluvaihetta olevat BVC- taulumerkinnät otettiin koe-käyttöön jo alkuvuodesta 2021 ja niiden käyttöä tuettiin aktiivisesti sähköpostitse osastonhoitajan muistioissa sekä päivittäin perushoitotyön ohessa. Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin myös ajoittain palautetta BVC-merkintöjen toteutumisesta ja kokemuksista mittarin käytössä.

5.4 Havainnointivaihe

Havainnointivaiheessa käytiin läpi toimintamallin käyttöönoton aikaiset HaiPro -tilastot aikaväliltä 1.6.2021-29.8.2021. Tilastoista oli tarkoitus saada kuvaa osaston väkivaltatilanteista toimintamallinkäyttöönotto ajalta ja saada vastaus tutkimustehtävään neljä, miten toimintamallin käyttöönotto on vaikuttanut väkivaltatilanteiden esiintymiseen. Tilastoista huomioitiin samat seikat kuin neljän vuoden tarkastelujaksolla ennen toimintamallia, kartoitus- ja suunnitteluvaiheessa. Potilasturvallisuuden kohdalla huomioon otettiin tapahtumapaikka, tapahtumatyyppi,

toisen potilaan kohdistama väkivalta vai potilaan itseensä kohdistama tai itseaiheuttama tapahtuma. Näiden lisäksi otettiin huomioon tapahtuman luonne, tapahtumaolosuhteet sekä tapahtuman viikonpäivä.

Työturvallisuus ilmoituksista huomioon otettiin tapahtumapaikka, tapahtuman luonne, tekijä, vaaratyyppi, tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät sekä tapahtuman viikonpäivä.

5.5 Reflektointivaihe

Ensimmäisen syklin viimeisessä vaiheessa etsittiin vastausta viidenteen tutkimuskysymykseen eli miten toimintamallin käyttöönotto oli osastolla koettu, ja mitä mahdollisia kehitysehdotuksia oli sen pohjalta herännyt. Olosuhteitten takia ryhmähaastattelu toteutettiin Teamsin välityksellä ja samoista syistä haastattelu päädyttiin pitämään vain yhdelle ryhmälle. Haastattelu toteutettiin työajalla. Kaikki osallistujat olivat allekirjoittaneet tietoon perustuvan suostumuksen osallistumisesta. Osallistujia myös informoitiin haastattelun tallentamisesta tapaamisen alussa sekä kerrattiin osallistujien oikeudet ja tutkimuksen tarkoitus. Kolmanteen ryhmähaastatteluun osallistui kolme hoitajaa, jotka kaikki olivat osaston vakituista henkilökuntaa ja ensimmäisen kerran haastateltavina toimintamalliin liittyen. Aineiston keräämisessä käytettiin teemahaastattelurunkoa ja haastattelu kesti yhden tunnin ja 35 minuuttia. Haastateltaville annettiin tässäkin vaiheessa mahdollisuus täydentää ryhmähaastattelussa nousseita ajatuksia yksilöhaastattelussa, mutta siihen ei koettu tarvetta.

Kolmannessa ryhmähaastattelussa aineistoa kerättiin kokonaisuudessaan toimintamallin eri kohtien tarpeellisuudesta osastolle sekä toimintamallin pohjalta valituista toimenpiteistä, jotka otettiin kokeiluun. Kesän ajalta kokeilussa oli lääkitykseen liittyvät toimenpiteet, joiden toimivuudesta ja tarpeellisuudesta koottiin aineistoa. Osana aineiston keruuta oli myös hoitajien kokemukset BVC- mittarin käytöstä. Saatu aineisto litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tulosten perusteella toimintamallia ei muokattu, koska esille ei tullut eroavaisuuksia aiempien vaiheiden tuloksiin.

5.6 Seuraava sykli

Toimintamallin kehittämistä on tarkoitus jatkaa opinnäytetyön valmistumisen jälkeen toimintatutkimuksen syklejä mukaillen, mikä mahdollistaa toimintamallin jatkuvan kehittämisen ja sen saamisen toimivaksi osaksi osaston arkityötä ja rutiineja. Toimintatutkimus ei pysähdy yhteen sykliin vaan suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi seuraavat aina toisiaan uuteen. Tavoitteena on auttaa osallistujia kriittisesti tarkastelemaan toimintatapojaan ja kehittämään toimintaansa tämän tarkastelun pohjalta. (Suojanen 1992.) Toimintamallin kehittämisen toivotaan myös antavan uusia näkökulmia ennakointiin ja yleisesti osastolla toteutettavaan hoitotyöhön. Toimintamallia on edelleen tarkoitus kehittää työyhteisöllä lähtöisesti ja muokata tilanteiden ja tarpeiden muuttuessa.

Osaston hoitotyönjohtajana osastonhoitaja on oleellinen tuki toimintamallin käyttöönotossa ja koko hoitohenkilökunnan saamiseksi mukaan muutokseen. Osastotunnit sekä henkilökohtaiset kehityskeskustelut ovat keinoja, joissa toimintamallin tuomista muutoksista voidaan rakentavasti keskustella. Toimintamallin käyttöönotto vaatii myös jatkuvaa seurantaa, jotta mahdollisiin ongelmakohtiin kyetään tarttumaan ajoissa ja kehittämään niitä.

6 TULOKSET

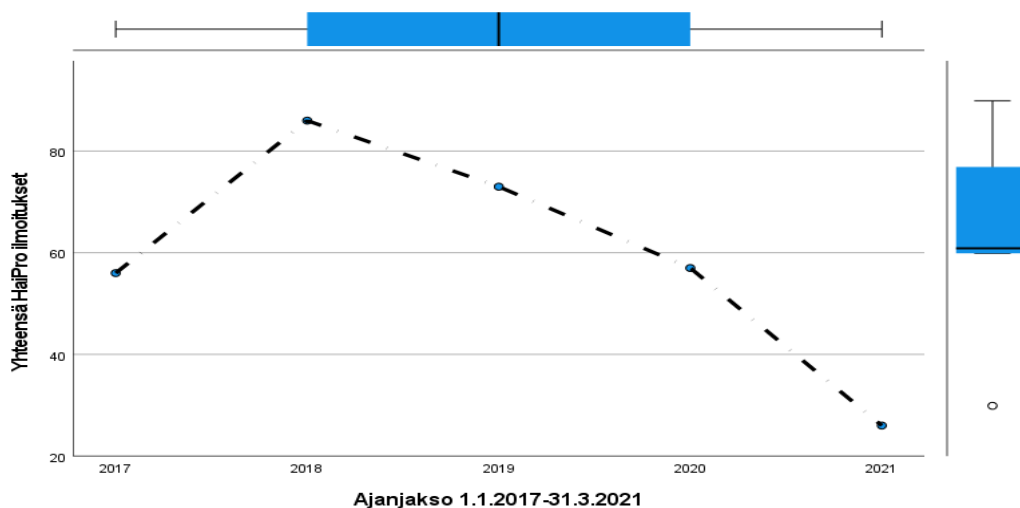
6.1 Ensimmäisen syklin tulokset

Toimintatutkimuksen ensimmäisessä syklissä eli suunnitelmavaiheessa käytiin läpi HaiPro -tilastoja ja suoritettiin kaksi teema-ryhmähaastattelua. Haastatte- luista etsittiin vastauksia siihen, minkälaisena hoitajat kokivat osaston nykyisen turvallisuustilanteen ja mitä tulisi tehdä toisin, jotta tilanteet eivät eskaloituisi. Saadun aineiston perusteella muodostettiin ensimmäinen toimintamalliversio. Ensimmäisestä versiosta muokattiin toinen versio osastonhoitajalta ja turvalli- suusvastaavalta saatujen huomioiden ja korjausehdotusten pohjalta. Lisäksi suunniteltiin BVC-pisteiden merkintätapaa osaston potilastaululle.

6.1.1 Väkivallan esiintyvyys osastolla 1.1.2017-31.3.2021

HaiPro -tilastoja käytiin läpi sekä potilasturvallisuuden että työturvallisuuden kan- nalta. Yhteensä ilmoituksia ajanjaksolla oli 298 kpl, sisältäen sekä potilas- että työturvallisuuteen liittyvät ilmoitukset. (Kuvio 1.) Määrällisesti eniten HaiPro -il- moituksia tehtiin vuonna 2018, jonka jälkeen suhdanne on ollut laskusuuntainen. Vuodelta 2021 ei tosin ole tilastoja kuin kolmen ensimmäisen kuukauden ajalta, joten kokonaisilmoitusten määrää ei pystytä täysin vertaamaan aiempiin vuosiin.

Määrittelevinä tekijöinä potilasturvallisuuden kohdalla olivat tapahtumapaikka, ta- pahtumatyyppi ja se oliko kyseessä toisen potilaan kohdistama väkivalta vai po- tilaan itseensä kohdistama tai itseaiheuttama tapahtuma. Näiden lisäksi otettiin huomioon tapahtuman luonne, tapahtumaolosuhteet sekä tapahtuman viikon- päivä. Työturvallisuudessa huomioon otettiin tapahtumapaikka, tapahtuman luonne, tekijä, vaaratyyppi, tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät sekä tapahtuman viikonpäivä. Huomioon otettiin myös se, oliko tapahtuma potilaan tai omaisen hoitajaan kohdistamaa vai oliko kyse potilaiden keskinäisestä tapahtumasta, jossa on vaadittu hoitajan interventiota



Kuvio 1. Potilas- ja työturvallisuuteen liittyvät HaiPro -ilmoitukset ajalta 1.1.2017-31.03.2021

6.1.2 HaiPro -tilastot potilasturvallisuudesta 1.1.2017-31.3.2021

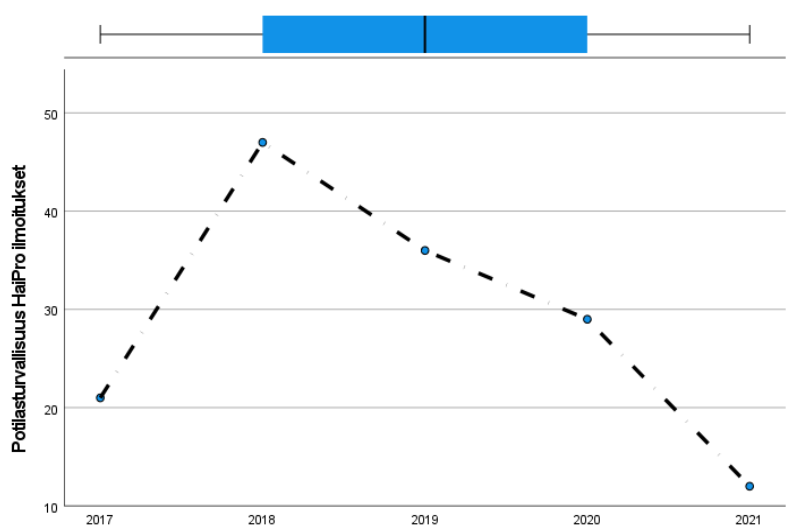
Kokonaisuudessaan aikavälillä 1.1.2017-31.03.2021 tehtiin 139 potilasturvallisuuden liittyvää ilmoitusta (Kuvio 2). Tapahtumapaikkana ilmoituksissa oli yleisimmin päiväsalit tai käytävä, kansliassa sen sijaan ei konflikteja juurikaan esiintynyt. Luonteeltaan läheltä piti-ilmoituksia, joissa potilaalle ei ehtinyt sattua mitään vaan se kyettiin ennakoimaan ja estämään oli yli 50%:a tapahtumista. Tilanteita, joihin liittyi väkivaltaa, oli 35,3 %:ssa tehdyistä ilmoituksista. Suoranaisesti turvallisuuteen liittyvät myös tarkoituksellisesti sytytetyt tulipalot, joita raportoitiin osastolla ajanjaksolla 15,4 %:ssa ilmoitettuja tapahtumia. Tahdonvastainen toimipide oli syynä 25%:ssa tapahtumia.

Ilmoituksen syynä ollessa väkivalta, tekijänä oli toinen potilas yli 60 %:ssa tapahtumia, itsetuhoisen käytös oli syynä noin 37 %:ssa. Suurin osa potilaiden välisistä väkivallanteoista oli luonteeltaan päällekkauksia, lyömistä ja potkimista sekä esineiden heittämistä tai niillä lyömistä. Myös verbaalista väkivaltaa ja uhkaamista esiintyi runsaasti ja seksuaalista häirintää oli kokenut 6,7%:a osaston potilaista. Itsetuhoisen käyttäytymisen ollessa kyseessä potilailla esiintyi tasaisesti viiltelyä, itsensä kuristamista tai lyömistä, myös itsemurhia tai niiden yrityksiä esiintyi ajanjaksolla. Potilasturvallisuutta vaarantaviksi tilanteiksi oli myös ilmoitettu muun muassa luvattomia poistumisia osastolta ja ylipaikkatilanne.

Tapahtumaolosuhteista sekä muista myötävaikuttavista tilanteista, suurin vaikutus tehtyjen ilmoitusten mukaan oli potilaan sairauden vakavuus sekä potilaan sekavuus, päihtymys ja väkivaltaisuus. Myötävaikuttavaa tapahtumien synnyssä oli myös potilaan itsetuhoisuus 20,5 %:ssa tapahtumia. Kommunikoinnin ja tiedonkulun koettiin olevan vaikuttavana tekijänä yli 30 %:ssa potilasturvallisuuteen liittyneissä ilmoituksissa. Yli 55 %:a ilmoittajista koki, että käytettävissä olevan tiedon hyödyntäminen oli puutteellista ja osaltaan edesauttanut tapahtuman syntymistä. Myös suullisen kommunikoinnin koettiin olevan suurelta osin puutteellista tai epäselvää.

Henkilökunnan osaamisen koettiin olevan myös osittain puutteellista, mitä tuli perehdytykseen, hoitajan tietoihin sekä taitoihin. Kokonaisuudessaan noin 16 %:ssa tapahtumista katsottiin liittyvän hoitajan osaamiseen, perehdytykseen ja tästä 90 %:ssa hoitajan tietoihin ja taitoihin. Myös työmenetelmät sekä toimintatavat olivat osassa ilmoituksia tapahtumia edesauttavina tekijöinä, kuten myös työnjako, puutteellinen yhteistyö sekä henkilökunnan määrä ja laatu. HaiPro -ilmoituksissa raportoitiin jonkin verran myös työkuormituksen ja aikapaineen tuomaa riskiä potilasturvallisuuteen.

Potilasturvallisuuteen liittyvät tilanteet tapahtuivat tasaisesti jokaisena viikonpäivänä, viikonloppujen kuitenkin hieman korostuessa. Perjantai ja sunnuntai olivat yleisimmät päivät, maanantain ja tiistain sisältäessä puolet vähemmän tapahtumia kuin muut päivät.



Kuvio 2. Potilasturvallisuus HaiPro -ilmoitukset 1.1.2017-31.3.2021

Potilasturvallisuus vuonna 2017

Vuoden 2017 aikana tehtiin yhteensä 21 potilasturvallisuuteen liittyvää HaiPro - ilmoitusta, mikä on keskimäärin 1.8 ilmoitusta kuukautta kohden. Tapahtumapaikaksi ilmoitettiin yleisimmin päiväsaali sekä käytävä noin 43 %:a vaaratapahtumista sijoittui näihin kahteen tilaan. Väkivalta toisen potilaan puolelta oli yleisin tapahtuman tyyppi ja luonteeltaan väkivallanteot olivat päällekkarkauksia, lyömistä ja potkimista sekä sanallista uhkaamista. Seksuaalista häirintää oli kokenut noin 20 %:a potilasta. Itsetuhoista käyttäytymistä oli ajanjaksolla 25 %:lla potilaista. Tahdonvastaisiin toimenpiteisiin ei vuonna 2017 liittynyt ilmoitusten mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä, mutta ylipaikkatilanteen koettiin lisänneen riskiä 14,3 %:ssa tapahtumia.

Tapahtumaolosuhteista 81 %:ssa tapauksia myötävaikuttava tekijä oli potilaaseen ja potilaan läheiseen liittyvät tekijä. Sairauden vakavuus sekä potilaan päihetyminen, sekavuus ja väkivaltaisuus olivat yleisimmät, toimintatapojen koettiin vaikuttaneen 9.5 %:ssa sekä resurssien ja työympäristön 9.5 %:ssa tapauksia. Työympäristön kohdalla fyysinen ympäristö oli vaikuttavana tekijänä noin 80 %:ssa tapauksia. Koulutuksen, perehdytyksen tai osaamisen ei koettu vaikuttaneen lainkaan myötävaikuttavina tekijöinä potilasturvallisuus ilmoituksissa.

Potilasturvallisuus vuonna 2018

Ilmoituksia tehtiin yhteensä 41 kappaletta keskimäärin 3,4 ilmoitusta kuukautta kohden. Tapahtumapaikkana oli 32%:ssa tapahtumia joko käytävä tai päiväsaali. 29%:ssa tapahtumapaikkaa ei oltu, määriteltä tai voitu määritellä. Väkivalta, jossa tekijänä oli toinen potilas, oli yleisin ilmoitusten tapahtumatyyppi. Sanallinen uhkaaminen oli yleisintä sekä esineellä heittäminen tai lyöminen. Päällekkarkauksia, lyömistä tai potkimista oli 27 %:ssa tapahtumia ja itsetuhoista käyttäytymistä esiintyi vuonna 2018 tehdyissä ilmoituksissa 37,5%:lla potilaita. Seksuaalista häirintää ei ollut ilmoitettu yhtään kuten ei myöskään tahdonvastaisiin toimenpiteisiin liittyviä tapahtumia, mutta ylipaikkatilanne oli ollut osassa tilanteita vaikuttajana. Tapahtumaolosuhteista kommunikointi ja tiedonkulku koettiin potilasturvallisuutta heikentäviksi tekijöiksi 32 %:ssa ilmoituksia. Sekä suullisessa että kirjallisessa

informaatiossa koettiin olevan puutteita kuten myös käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisessä. Hoitohenkilökunnan tiedot, taidot sekä työmenetelmät ja toimintatavat tuotiin esille noin 40 %:ssa ilmoituksia tapahtuman syntyyn vaikuttavina tekijöinä sekä henkilökunnan laatu sekä määrä ja työkuormitus. Potilaan sairauden vakavuus ja pulmallisuus koettiin kuitenkin eniten tapahtumien syntyyn vaikuttavana tekijänä, kuten myös potilaan päihtymystila, sekavuus tai väkivaltaisuus.

Potilasturvallisuus vuonna 2019

Vuoden 2019 aikana ilmoituksia tehtiin yhteensä 36 kappaletta eli keskimäärin kolme kuukautta kohden. Tapahtumapaikkana olivat käytävä. 11,1 %, päiväsaali 16,7 %:a sekä potilashuone 11,1 %:a ilmoituksista, määrittelemätön tapahtumapaikka oli 33,3 %:ssa ilmoituksia. Väkivaltaa ilmoitettiin 25%:ssa ilmoituksia, yleisimpänä tekijänä ollessa toinen potilaan. Päällekarkaus, lyöminen ja potkiminen sekä sanallinen uhkaaminen olivat käytettyjä väkivallan muotoja. Itsetuhoista käytöstä esiintyi 33,3 %:lla potilaita.

Tapahtumaolosuhteista myötävaikuttivat kommunikointi ja tiedonkulku noin 31 %:ssa tapahtumailmoituksia. Puutteita koettiin olevan sekä suullisessa että kirjallisessa kommunikaatiossa sekä käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisessä. Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot, henkilökohtaiset ominaisuudet sekä työmenetelmät ja toimintatavat oli ilmoitettu myötävaikuttaviksi tekijöiksi noin 80 %:ssa tapahtumia. Fyysisen ympäristö sekä resurssien koettiin niin ikään vaikuttavan. Potilaan sairauden vakavuus ja pulmallisuus tai potilaan päihtymys, sekavuus tai väkivaltaisuus oli suurena syynä potilasturvallisuusilmoituksissa.

Potilasturvallisuus vuonna 2020

Yhteensä ilmoituksia oli 29 kappaletta, keskimäärin 2,4 kuukautta kohden. Tapahtumapaikkana olivat yleisimmin potilashuone, lääkehuone sekä käytävä, 48,2 %:ssa tapahtumia. Tapahtumatyypeistä väkivaltaa raportoitiin 28 %:ssa ilmoituk-

sia, tekijän ollessa toinen potilas puolella ilmoituksia ja itsetuhoista käytöstä tuotiin esille 50 %:ssa potilasturvallisuusilmoituksista. Väkivallan tekijän ollessa toinen potilas, väkivallan muotoina oli päällekkarkauksia, lyömistä ja potkimista sekä esineellä heittämistä tai lyömistä. Itsetuhoisen potilaan kohdalla viiltelyä, kuristamista sekä lyömistä. Sanallista uhkaamista ei raportoitu vuoden 2020 aikana lainkaan.

Myötävaikuttavina tekijöinä tapahtumissa oli puutteita kommunikaatiossa sekä tiedonkulussa. Noin 44 %:ssa tapauksia koettiin kirjallisen kommunikaation olevan puutteellista tai epäselvää ja käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisessä oli havaittu heikkouksia. 35 %:ssa hoitajan tiedot ja taidot koettiin puutteellisiksi ja 24 %:ssa ilmoituksia oli koettu toimintatavoissa olevan ongelmaa. Potilaan sairauden vakavuus ja pulmallisuus oli syynä noin 49 %:ssa ilmoituksia. Itsetuhoisuuden raportoitiin vaikuttaneen noin 42 %:ssa tapauksia. Fyysinen ympäristö sekä henkilöresursseihin liittyvät seikat oli koettu myötävaikuttaneen noin 38 %:ssa ilmoituksia.

Potilasturvallisuus vuonna 2021

Vuoden 2021 kolmen ensimmäisen kuukauden aikana ilmoituksia tehtiin yhteensä 12 kappaletta eli 4 kuukautta kohden. Tapahtumapaikkoina olivat tasaisesti koko osaston tilat, mutta määrällisesti eniten ilmoituksia tehtiin lääkehuoneeseen sekä käytävään liittyen, yhteensä noin 42 %: a. Tehdyistä ilmoituksista 25 %:a liittyi väkivaltaan tekijän ollessa 33,3 %:ssa toinen potilas ja itsetuhoisen käytös syynä noin 33 %:ssa. Päällekkarkaus, lyöminen ja potkiminen oli syynä kaikissa potilaiden välisissä tapahtumissa ja itsemurhayritys potilaan itseensä kohdistamassa väkivallassa.

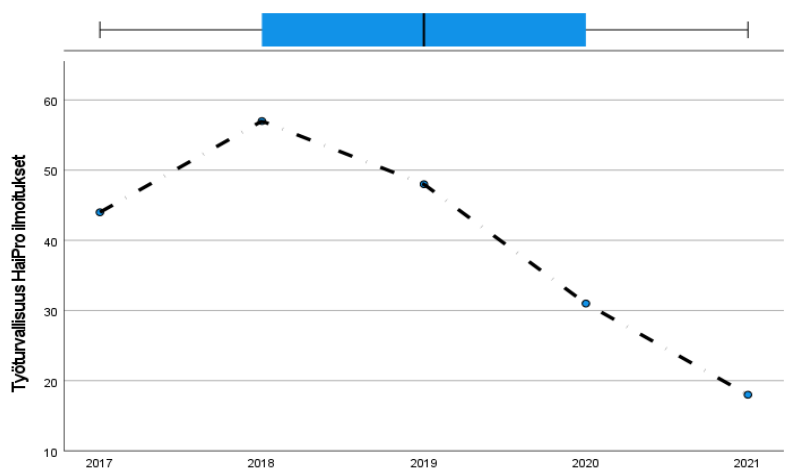
Myötävaikuttavina tekijöinä koettiin olevan puutteet kommunikaatiossa sekä tiedonkulun kaikilla osa-alueilla. 42 %:ssa HaiPro -ilmoituksia tuotiin esille suullisen tai kirjallisen kommunikaation vajavuus tai puutteet käytettävissä olevan tiedon käytössä. Koulutuksen sekä ohjauksen saatavuus sekä hoitohenkilökunnan

osaaminen sekä tiedot ja taidot koettiin myös myötävaikuttavina tekijöinä tapahtumien synnyssä. Suurena tekijänä tapahtumissa olivat myös potilaan sairauden vakavuus sekä päihtymys, sekavuus tai potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet.

6.1.3 HaiPro -tilastot työturvallisuudesta 1.1.2017-31.3.2021

Työturvallisuuteen liittyviä ilmoituksia tehtiin ajanjaksolla yhteensä 198 kappaletta. Eniten työturvallisuuteen liittyviä ilmoituksia tehtiin vuonna 2018 ja siitä eteenpäin ilmoitusten määrä on tasaisesti laskenut. Vuoden 2021 tilastot eivät ole suhteessa muihin vuosiin, koska tilastoja oli saatavilla vain vuoden kolmen ensimmäisen kuukauden ajalta (kuvio 3). Tapahtumapaikkana olivat yleisimmin käytävä, päiväsalu sekä eristys huone ja kanslia, noin 30%:a kaikista tapahtumista sijoittui käytävälle. Varsinaisia vahinkoon johtaneita työtapahtumia oli 16,2%:a ja 67 %:ssa tekijänä oli potilas, myös henkilökunnan jäsen oli koettu työturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi 12%:ssa ilmoituksia. Vaaratyyppinä väkivalta oli yleisin, noin 72%:ssa ilmoituksia.

Tapahtumaolosuhteista sekä muista myötävaikuttavista tekijöistä potilaan sekavuus, päihtymys tai vihaisuus oli ilmoituksen syy noin 92%:ssa tapahtumia. Puutteellinen yhteistyö, keskinäinen tuki, puutteellinen informaatio sekä henkilökunnan määrä ja laatu koettiin myös suurelta osin vaikuttavan työturvallisuuden heikentymiseen, kuten myös taloudelliset resurssit ja rajoitukset. Hoitohenkilöstön osaaminen ja perehdytys sekä huono työsuunnittelu tai organisointi altisti myös vaaralle ajanjakson ilmoitusten perusteella.



Kuvio 3. Työturvallisuus HaiPro -ilmoitukset 1.1.2017-31.03.2021

Työturvallisuus vuonna 2017

Ajanjaksolla tehtiin yhteensä 44 työturvallisuuteen liittyvää HaiPro -ilmoitusta, keskimäärin 3,7 kuukautta kohden. Tapahtumapaikkoina oli ilmoitusten mukaan yleisimmin päiväsalin (25%), käytävä (18,2%) sekä kanslia (15,9%). Väkivalta oli ilmoitusten syynä 65 %:ssa, 14 %:a ilmoituksia koettiin äkillistä fyysistä tai psyykkistä kuormitusta. 12,3 %:ssa ilmoituksia ei ollut valittu vaaratyyppiä.

Kommunikaatio oli koettu puutteelliseksi 26 %:ssa ilmoituksia, tiedon ollessa joko puutteellista itse vaarasta tai tieto vaarasta jäi hyödyntämättä. Hoitajien tiedoilla tai taidoilla ei koettu olevan myötävaikuttavia tekijöitä, yhdessäkään ilmoituksessa ei asiaa tuotu esille. Huonoa organisointia sekä työsuunnittelua pidettiin kuitenkin myötävaikuttavana tekijänä vaaralle altistavalle toiminnalle ja puutteellisten ohjeiden koettiin olevan myös tekijänä. 22,8 %:ssa ilmoituksia koettiin yksikön työtapojen ja menetelmien myötävaikuttaneen tapahtumien syntyyn. Työnjaon epäselvyydet sekä resurssit ja työympäristö tuotiin esille 37 %:ssa ilmoituksia. Esille tuotuja seikkoja olivat esimerkiksi fyysisen ympäristön puutteet, puutteet yhteistyössä, henkilökunnan miehityksen laatu ja määrä sekä liiallinen työkuormitus. 83 %:ssa myötävaikuttavana tekijänä koettiin olevan potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja/tai sekava, päihtynyt tai vihainen potilas.

Työturvallisuus vuonna 2018

Vuonna 2018 tehtiin 57 työturvallisuuteen liittyvää ilmoitusta, keskiarvon ollessa 4,8 kpl kuukautta kohti. Käytävä oli tapahtumapaikkana 28 %:ssa tilanteita, eristyshuone 17,5 %:ssa ja kanslia 10,5 %:ssa ilmoituksia. Tapahtumia oli myös potilashuoneissa, potilaskeittiössä, päiväsalissa sekä taukotilassa ja työhuoneessa.

Väkivalta oli syynä 77 %:ssa ilmoituksia, suurimpana myötävaikuttavana tekijänä ollessa sekava, päihtynyt tai vihainen potilas. Puutteiden kommunikaatiossa koettiin edesauttaneen tilanteiden syntymistä 27 %:ssa tapahtumia ja eniten koettiin, että vaarasta olemassa oleva tieto on jäänyt hyödyntämättä. Puutteellisten tietojen ja taitojen koettiin vaikuttaneen 9 %:ssa tapahtumia. Yksikön työmenetelmien, toimintatapojen, resurssien sekä työympäristön ajateltiin edesauttaneen

tapahtumien synnyssä noin 32 %:ssa ilmoituksia. Esille tuotiin huonoa työsuunnittelua, soveltumattomia työtapoja, henkilökunnan määrä sekä laatu ja myös puutteellinen yhteistyö. Fyysinen ympäristö koettiin myös huonoksi, oma jaksaminen ja vireystaso 11,4 %:ssa ilmoituksia.

Työturvallisuus vuonna 2019

Vuoden 2019 aikana ilmoituksia tehtiin yhteensä 48 kappaletta eli keskimäärin 4 kuukautta kohden. Tapahtumapaikoista yleisin oli käytävä, jossa vaaratapahtumia oli 33 %:a ilmoitetuista. Päiväsalissa tapahtumia raportoitiin 14,6 %:a, eristys huoneessa, kansliassa sekä potilashuoneissa kaikissa 6,2 %: a.

Vaaratyypinä oli väkivalta 77,1 %:ssa ilmoituksia ja suurimpana myötävaikuttavana tekijänä potilaan vointi tai ominaisuudet kuten päihtymys, sekavuus tai vihaisuus. Myös potilaan tai potilaan läheisen erilainen kulttuuri ja toimintatavat vaikeuttivat toimintaa 8 %:ssa tapahtumia. Kommunikaatio sekä tiedonkulun puutteet ilmoitettiin syyksi 25 %:ssa ja lähinnä koettiin, että tieto olemassa olevasta vaarasta oli jäänyt hyödyntämättä. Hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot, taidot ja osaaminen oli syynä 2,1 %:ssa ilmoituksia ja 23 %:ssa edesauttavana tekijänä oli yksikön työmenetelmät ja toimintatavat, johtuen puutteellisesta tai huonosta työsuunnittelusta ja organisoinnista. Tiimin toiminta, resurssit ja työympäristö ilmoitettiin myötävaikuttajina 37,6 %:ssa ilmoituksia. Fyysinen ympäristö, työnjako sekä puutteellinen yhteistyö ja keskinäinen tuki koettiin heikentäviksi tekijöiksi työturvallisuuden kannalta. Organisaatioon ja johtoon liittyvät seikat olivat osatekijöinä 10,4 %:ssa tapahtumia ilmoittajien kokemuksen mukaan.

Työturvallisuus vuonna 2020

Ajanjaksolla ilmoituksia tehtiin yhteensä 31 kappaletta, keskimäärin 2,8 kuukautta kohden. Eniten tapahtumia oli eristys huoneessa (32,3 %:a) sekä käytävällä (29 %:a). Potilashuoneissa vaaratapahtumia oli ilmoitettu olleen 12,9 %:ssa ilmoituksia ja 12,9 %:ssa ei paikkaa ollut määritelty.

Väkivalta oli ilmoituksen syynä noin 68 %:ssa tapauksia ja äkillinen fyysinen tai psyykkinen kuormitus 13 %:ssa ilmoituksia. Kommunikoinnissa ja tiedonkulussa oli ongelmaa 16,1 %:ssa tapahtumia, vaaraa ei tunnistettu tai informaatio vaarasta koettiin olevan puutteellista. Resurssit, työympäristö ja osaaminen olivat edesauttavina tekijöinä 19,4 %:a ilmoituksia ja puutteelliset tiedot, taidot ja osaaminen, henkilökunnan määrä ja laatu koettiin työturvallisuuteen vaikuttavina tekijöinä. Kuten myös liiallinen kuormitus ja fyysisen ympäristön rajoitteet, väsymystä ja vireystilan laskua raportoitiin myös.

Työturvallisuus vuonna 2021

Kolmen kuukauden tarkastelujaksolla työturvallisuuteen liittyviä HaiPro -ilmoituksia oli tehty 18 kappaletta, keskimäärin kuusi kuukaudessa. 62,5 %:a tapahtumista sijoittui eristyshuoneeseen ja 12,5 %:a joko kansliaan tai käytävälle. Määrittelemättömässä tilassa tapahtui myös 12,5 % työturvallisuuteen vaikuttanutta tapahtumaa. Väkivalta oli ilmoituksen syynä 87,5 %:ssa ja 12,5 %:ssa kyseessä oli äkillinen fyysinen tai psyykkinen kuormittuminen.

Tapahtumaolosuhteista ja muista vaikuttavista tekijöistä tulivat esille potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, sekavuus, päihtymys kaikissa tehdyissä ilmoituksissa, pääpainon ollessa potilaan henkilökohtaisissa ominaisuuksissa (87,5 %:a). Puutteelliset tiedot, taidot ja kokemus oli vaikuttavana tekijänä 12,5 %:ssa, kuten myös epäselvyydet työnjaossa ja vastuissa. Puutteelliset ohjeet niin ikään olivat edesauttavana tekijänä 12,5 %:a tapahtumia. Kommunikaatiossa tai tiedonkulussa ei raportoitu ongelmaa, kuten ei myöskään resursseissa tai organisaatiossa.

6.1.4 Henkilöressurssien vaikutus osaston turvallisuuteen

Epävarmuus henkilökunnan kokemattomuudesta ja vaihtuvuudesta joutu- ***tuen***

Saadun aineiston mukaan hoitajat kokivat osaston turvallisuustilanteen vaihtelevaksi ja epävarmaksi sekä suoranaisesti huonoksi. Suuressa osassa kokemusta oli suuri henkilökunnan vaihtuvuus, mikä aiheutti sen, että joissain työvuoroissa olo koettiin enemmän turvattomaksi, kuin toisissa. Sen lisäksi, että tiheää henkilökunnan vaihtuvuutta pidettiin ongelmana, kokemattomia hoitajia koettiin olevan työvuorossa liian monta samanaikaisesti. Tämä taas vaikeutti luottamuksen luomista, koska uudesta ihmisestä ei tiennyt miten tämä reagoi tai toimi erilaisissa tilanteissa. Varsinkin yöaikaan, kun hoitajia oli paikalla vain kaksi, kokemattomat sijaiset koettiin erityisen hankaliksi ja epävarmuutta lisääviksi tekijöiksi. Ongelmana osaston turvallisuustilanteen kannalta koettiin myös hyvin lyhytaikaiset sijaiset, joiden ei hoitajien mukaan voinut edes odottaa osaavaan ja sisäistävän osaston käytäntöjä muutaman päivän työskentelyllä. Hyväksi koettujen sijaisten siirtämistä toiselle osastolle ja kokemattoman ottamista tilalle, myös ihmeteltiin ja sen koettiin lisäävän turvallisuusriskejä.

Lääkäreiden vaihtuvuus ja kokemattomuus

Sen lisäksi, että hoitajien vaihtuvuus koettiin ongelmana, myös lääkäriresursseja pidettiin yhtenä osana ongelmaa. Lääkäreiden kokemattomuutta ja jatkuvaa vaihtuvuutta pidettiin riskinä osaston turvallisuutta ajatellen, uusilla nuorilla lääkäreillä ei koettu olevan tarpeeksi tietoutta osaston profiilista ja potilasmateriaalista. Tämä taas osaltaan vaikutti määrättyihin lääkityksiin ja toimintamalleihin. Uusien lääkäreiden toivottiin luottavan siihen, että hoitajat tuntevat potilaat, koska hoitajat ovat näiden kanssa eniten tekemisissä.

6.1.5 Hoitotyöhön liittyvien konfliktien riskit

Potilaiden puutteellinen havainnointi

Lääkehoidon lisäksi puutteena ja riskinä pidettiin potilaiden voinnin havainnointia hoitohenkilökunnan puolelta ja esille nousi kysymyksiä siitä, miksi toisinaan on potilaita, joita vuorohoitaja ei ole nähnyt kertakaan vuoron aikana. Tämä on hoitajien mukaan johtanut siihen, että tilanteisiin on reagoitu liian myöhään, mikä taas on johtanut tilanteiden eskaloitumiseen ja pakkotoimiin. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaiden on annettu toisinaan olla liian pitkään huoneessaan ilman havainnointia. Jos potilasta ei ole näkynyt yhteisissä tiloissa on tehty oletus siitä, että potilas haluaa olla rauhassa.

Puutteet potilaiden lääkityksissä

Lääkehoitoa pidettiin oleellisena osana ennakointia ja turvallisuuden ylläpitämistä. Viime vuosien väkivaltatilanteiden koettiin johtuneen osittain siitä, että potilaiden vointia seurattiin liian pitkään eikä esimerkiksi tulotilanteessa reagoitu riittävällä lääkityksellä vaan odotettiin niin pitkään, että jotain tapahtui. Joidenkin lääkäreiden tapaa olla aloittamatta lääkitystä tarkkailuaikana pidettiin suurena riskinä ja kokonaisuudessaan lääkityksiä pidettiin riittämättöminä potilaiden huonoon vointi suhteutettuna. Kokemus oli myös, että tulotilanteissa potilaiden akuuttilääkitystä ei mietitty ennakoivasti jo siinä vaiheessa, kun oli tieto potilaan tulosta osastolle. Lääkityksen miettiminen ja esimerkiksi tarvittavien injektioiden käyttökuntoon laittaminen siinä kohtaa, kun potilas oli jo osastolla, koettiin riskinä.

Useita huonovointisia potilaita osastolla samanaikaisesti

Turvallisuusriskinä koettiin myös se, että osastolla on useita psyykkisesti huonovointisia potilaita samanaikaisesti. Potilaiden koettiin huonossa voinnissa vahvistavan toistensa harhoja, mikä lisäsi riskiä tilanteiden eskaloitumiseen. Sen lisäksi osa potilaista kykeni hoitajien kokemuksen mukaan koostamaan itsensä hoitajien

läsnä ollessa, toisaalta taas, tutuista potilaista oli opittu lukemaan tietyistä merkeistä millä mielellä potilas sillä hetkellä on. Hoitajat kokivat, että on hyvä, että potilailla on vapauksia, mutta toisaalta näiden vapauksien koettiin ajoittain myös syövän osaston turvallisuutta.

6.1.6 Hoitajien henkilökohtaiset asenteet ja ominaisuudet

Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja asenteet

Turvallisuustilanteeseen koettiin vaikuttavan heikentävästi myös hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset asenteet, jotka tietyissä tilanteissa vaikuttivat negatiivisesti kokonaisuuteen. Tässä kohtaa koettiin, ettei edes kokemuksella ollut välttämättä väliä vaan silti tietyt perusasiat jäivät tekemättä eikä kokonaisuus ollut hallussa. Työyhteisössä olevien vahvojen persoonien koettiin heikentävän ja vievän muiden ennakoivalta työltä pohjaa. Esiin tuotiin myös heikon työmotivaation vaikutus kokonaisuuteen ja ongelmana koettiin myös asenne, että työssä pääsee helpolla tekemättä juuri mitään. Osastolla hoidetaan väkivaltahaasteisia potilaita, joten tämän seikan koettiin suurelta osin heikentävän osaston turvallisuustilannetta sekä lisäävän muiden työkuormitusta. Turvallisuusosastoa ei pidetty tällaisessa tilanteessa oikeana paikkana olla työssä, koska pelkkä paikalle ilmaantumisen ei koettu riittävän työpanokseksi. Persoonalähtöisiin asioihin oli hoitajien mukaan hankalaa vaikuttaa, eikä työnjohdollisista keskusteluistakaan koettu olevan hyötyä, koska toisilla asenne niitäkin kohtaan oli huono.

Hoitajien henkilökohtaisten ominaisuuksien koettiin olevan osa kokonaisuutta ja suuri tekijä turvallisuustilanteeseen, mutta koulutuksella sinänsä ei koettu olevan suurta merkitystä turvallisuutta ajatellen. Luonteenpiirteiden sekä muiden ominaisuuksien koettiin olevan tärkeämmässä osassa, koska kriittisissä potilastilanteissa oli oleellista, ettei potilasta agitoitu. Jokaisen hoitajan koettiin olevan velvollinen olemaan tietoinen osaston tapahtumista ja kaikilla ajateltiin olevan oma osansa kokonaisuutta. Mutta tämän ei koettu sillä hetkellä toteutuvan.

Erilaisten mittareiden vaihteleva hyöty

Erilaisia ennakointiin tähtääviä mittareita ja menetelmiä pidettiin hyödyllisinä, mutta vain silloin, kuin kaikki toteuttivat niitä. Toteuttamisessa ongelmana koettiin, että konkreettinen kokemus hyödystä jäi lopulta saamatta. Toisaalta taas erilaisia mittareita ja Safewards -menetelmiä pidettiin itsestään selvinä asioina, joita on toteutettu osastolla jo vuosia eri nimillä. Kokemus oli myös, että osaston potilaiden huonon psyykkisen voinnin vuoksi, esimerkiksi potilaalle annettu stressipallo saattoi suurella riskillä päätyä hoitajan omaan otsaan.

6.1.7 Heikkoudet tiimityöskentelyssä

Vajavainen ja heikko perehdytys

Uusien hoitajien perehdytystä pidettiin osittain vajavaisena ja osatekijänä turvallisuustilanteen heikkouteen. Hoitajien mukaan uusia työntekijöitä ei ollut perehdytetty perehdytyslomakkeen mukaan vaan kaikki kohdat oli saatettu käydä pikaisesti ja pintapuolisesti läpi. Perusasioita kuten osaston tilojen esittelyä ei ollut tehty tai se oli tehty vajavaisesti ja tämä koettiin suurena riskinä osaston turvallisuuden kannalta. Perehdyttäjän tuli hoitajien mukaan olla kokenut ja pidemmän aikaa osastolla työskennellyt, jotta oleellista informaatiota ei jäisi kertomatta. Myös huonetaulussa koettiin olevan paljon informaatiota, jonka perillemeno ei monestikaan varmistettu uusilta työntekijöiltä. Perehdytyksen ja sen perillemenon varmistaminen asetti sekä uuden työntekijän että muut riskiin, jos eväitä ennakoointiin ei ollut alun perinkään annettu.

Oma jaksaminen koettiin myös yhtenä syynä siihen, miksi perehdytys saattoi jäädä joltain osin vajavaiseksi. Työryhmä on muuttunut paljon ja vastuu osaston arjen pyörittämisestä oli langennut enemmän vanhoille työntekijöille, jotka perustyön ohessa toistuvasti perehdyttivät uutta työntekijää. Hoitajat tiedostivat riskit mitä vajavainen perehdytys aiheuttaa osaston ja työntekijöiden turvallisuuden kannalta, mutta koettiin myös, että kaikkien jaksamisella on rajansa.

Perehdytettävän henkilökohtaiset ominaisuudet

Pelkästään perehdyttäjän ei koettu olevan koko ongelma vaan osatekijänä olivat myös perehdytettävän ominaisuudet ja kiinnostus asiaan. Koettiin, ettei perehdytyksellä voitu opettaa kaikkea vaan vastuu oli myös perehdytettävällä itsellään ja tiettyihin asioihin, kuten luonteenpiirteisiin ei perehdytyksellä voitu vaikuttaa. Uudet hoitajat, jotka eivät kyselleet asioita tai vaikuttaneet ensinnäkään kiinnostuneilta työnteosta koettiin olevan raskaita perehdytettäviä ja heikentävän hoitajan omaa jaksamista.

Heikko raportointi

Suurena turvallisuutta heikentävän tekijänä nähtiin myös heikko raportointi ja viestintä. Potilaista kerrotut tiedot vuoronvaihtoraporteilla koettiin usein vajavaikeiksi ja varsinkin viikonloppuina ja vapaapäiviltä tullessa koettiin, ettei tietoja potilaasta jaettu riittävästi. Ongelmana koettiin myös olevan ”vääränlaisen” tiedon antaminen, ei esimerkiksi kerrottu, miksi potilas oli tullut hoitoon, vaan pelkkä etunimi ja päivän kulusta yksinkertaistetusti, ”päivä mennyt ok”. Riskinä heikossa raportoinnissa oli myös samannimisten potilaiden sekoittuminen sekä ristiriitainen huonetaulun informaatioissa sekä raportilla sanotussa. Esimerkkinä BVC -merkintä, mikä saattoi huonetaululla olla punaisena, mutta raportilla asiasta ei ollut mainittu vaan kaiken oli kerrottu menneen hyvin. Tiedonkulussa koettiin kokonaisuudessaan olevan ongelmia, mikä vaikutti siihen, että usein potilas jäi tuntemattomaksi.

6.1.8 Osaston rakenteelliset ominaisuudet

Tilojen epäkäytännöllisyys

Vaarallisia ja arvaamattomia tilanteita tapahtui enimmäkseen osaston puolella ja erityisesti kanslian käytävällä, missä liikutaan paljon. Kokonaisuudessaan tilojen epäkäytännöllisyyden koettiin heikentävän turvallisuutta, koska yläkerrassa ole-

via potilaita oli mahdotonta havainnoida koko aikaa. Potilashuoneissa ei myöskään ollut mahdollista istua koko vuoron ajan, mikä teki potilaiden havainnoin hankalaksi. Tiloja pidettiin kokonaisuudessaan ongelmallisina ja ahtaina ja koettiin, että yläkerrassa mahdollisesti tapahtuvat asiat olivat arvaamattomia ja potentiaalisesti vaarallisia. Myös osaston runsasta rappujen määrää pidettiin riskinä.

Osaston yhteisten tilojen turvattomuus

Tavaroiden tarkistamista pidettiin ajoittain haparoivana ja osastolle oli kulkeutunut muun muassa metallilaattoja sekä mattoveitsi. Silti koettiin, ettei tavaroiden tarkistamisesta saada ikinä täysin aukotonta ja näennäiseen turvallisuuteen tuudittautuminen oli itsessäänkin riski. Potilaiden väliset ja hoitajiin kohdistuneet väkivallanteot tapahtuivat hoitajien mukaan pääsääntöisesti osaston puolella, ja osittain sen takia tavaroiden tarkistamisen laiminlyöntiä pidettiin riskinä. Sekä potilas, että työturvallisuuden osalta.

Hoitajien mukaan tavaroita saattoi kulkeutua osastolle toisten potilaiden/omaisien mukana eikä tavaroita tarkistettu jokaisessa tilanteessa esimerkiksi vapaakävelyiltä tulevilta potilailta. Osastolle kulkeutui muun muassa tupakan sytyttimiä, koska kaikki hoitajat eivät huomanneet tai edes tienneet ottaa tulivälineitä pois, kun potilas palautui osastolle. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaat saattoivat myös antaa virheellistä tietoa hallussaan olevista sytyttimistä ja tulitikuista tai muista kielletyistä esineistä.

Potilaiden tavaroiden tarkistaminen koettiin nykymuodossaan haasteellisena ja riskialttiina. Tiedostettiin, että varsinkin vanhojen ja tuttujen potilaiden kohdalla tehtiin oletuksia eikä tavaroita välttämättä tarkistettu lainkaan potilaan tullessa takaisin esimerkiksi kaupasta. Uusien potilaiden kohdalla tavaroiden tarkistus tehtiin nopeasti kansliassa, missä ongelmana olivat puutteelliset tilat eikä tavaroille ollut paikkaa mitä laskea.

6.1.9 Tarkoituksenmukainen lääkitys

Lääkitykseen panostaminen

Lääkityksen koettiin olevan suuressa osassa ennakkointia ja hoitajat toivat esille, kuinka potilaan lääkityksen vastetta oli odoteltu toisinaan niin pitkään, että potilaan vointi oli lähtenyt uudestaan heikkenemään. Lääkityksen ehdottamista potilaalle tulisi tehdä enemmän, vaikka toisaalta koettiin myös, että jos potilas ei halunnut ottaa ehdotettua lääkitystä asiaan ei kuitenkaan reagoitu.

Hoitajien kokemuksen mukaan potilaat olivat yleisesti ottaen liian pienellä lääkityksellä ja vaikka huonosta voinnista oli puhuttu jo useampana päivän, mitään ei ollut tehty ennen, kuin tilanne eskaloitui väkivallaksi. Osaston potilaiden voinnista tietämisen ja ennakkoon lääkitsemisen koettiin olevan oleellinen turvallisuustekijä.

Potilaiden peruslääkitykseen keskittyminen

Potilaiden peruslääkityksen perillemenoon tulisi myös keskittyä. Hoitajien mukaan monesti jäi epävarma olo siitä, oliko määrätty lääke todellakin mennyt perille. Ongelmana lääkkeenjako tilanteissa koettiin olevan se, että lääkevuorossa oleva hoitaja oli usein melko yksin. Hoitajien mukaan tilanteessa oli joko konkreettisesti yksin tai paikalla olevien hoitajien huomio oli kiinnittynyt muihin asioihin eikä tunnetta muiden tuesta tilanteessa syntynyt.

Lääkkeistä pinnaaminen oli hoitajien mukaan suuri ongelma, mutta siitä huolimatta lääkkeenottoa ei valvottu riittävästi. Lääkkeenottotilanteisiin toivottiinkin useampia hoitajia, jotka olisivat paikalla koko ajan ja keskittyneitä tilanteeseen. Lääkekielteisten potilaiden kohdalla ehdotettiin, että potilas otetaan työryhmänä etukäteen lääkkeenottoon eikä vastuu lääkkeen perillemenosta jää yhdelle hoitajalle.

Ruokasalin puolella olevan hoitajan ajateltiin myös parantavan mahdollisuuksia peruslääkityksen perillemenoon sen sijaan, että lääkitys kulkeutuisi esimerkiksi

suoraan ruokailutilan roskiin tai omalle tarjottimelle. Kokemus oli, että varmistamalla peruslääkityksen perillemeno, parannetaan samalla osaston kokonaisturvallisuutta.

6.1.10 Tiimityöskentely ja oma vastuu

Oman työn organisointi ja muiden auttaminen

Hoitajat toivat esille parempaa oman työn organisointia sekä tiimityöskentelyä. Vastuun ajateltiin olevan koko tiimillä ja muiden auttamisen tärkeää. Oma kirjaaaminen ja ruokailu tulisi ajoittaa mahdollisuuksien mukaan potilasruokaluiden ulkopuolelle. Tiedonkulkuun ja raportointiin tulisi panostaa ja potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista tulisi raportoida muutoinkin, kuin vain toteamisen tasolla. Koettiin myös, että muistakin, kuin omista vuoropotilaista olisi hyvä tehdä havaintoja ja raportoida ne eteenpäin. Asioiden eteenpäinviemisellä tulisi olla myös asiaan muutosta tuova vaikutus, nyt kokemus oli, että esimerkiksi lääkkeiden pinnaamisesta kertominen oli jäänyt toiselta vuorolta tai hoitajalta huomioimatta.

Esimiestasolla riskeihin reagoiminen

Työryhmän turvallisuuden kannalta kuulluksi tuleminen koettiin tärkeänä ja asioihin kantaa ottamista oleellisena. Saadun aineiston perusteella hoitajilla oli kokemus siitä, että riskeihin ei puututtu eikä reagoitu esimiestasolla ja usein esimiehelle ongelmista viestiminen toi tunteen siitä, ettei ollut tullut kuulluksi. Riskeihin reagoimista toivottiin sekä potilaiden että henkilökunnan suhteen, koettiin, että työntekijä sai tehdä hyvinkin suuren virheen ennen kuin työnjohdollisiin toimenpiteisiin ryhdyttiin. Vaaratapahtumien raportoinnilla ei koettu olevan asioita eteenpäin vievää vaikutusta, mikä nosti kynnystä esimerkiksi HaiPro -ilmoitusten tekemiseen.

Henkilökunnan resursointi ja soveltuvuus

Henkilökunnan resursointi koettiin tärkeänä ja esimerkiksi työhönoton osuutta asiaan pidettiin suurena. Hoitajat pitivät tärkeänä, että valintatilanteessa hakijoiden soveltuvuus osastolle tulisi varmistaa ja yleisesti ajateltiin, ettei osasto ollut hyvä paikka kokemattomien hoitajien ensimmäiseksi sijoituspaikaksi. Rauhallisempi osasto nähtiin parempana vaihtoehtona aloittaa, koska koettiin, että kokemattomuus vastaavista töistä saattoi vaikuttaa siihen, ettei merkkejä potilaan voinnista osata huomioida ja toimia havaintojen mukaisesti.

Tietämys, kokemus ja uskallus koettiin olevan seikkoja, joita osastolla työskentelevillä hoitajilla tulisi olla eikä uusia/kokemattomia työntekijöitä tulisi olla useita samassa vuorossa vaan sekoitettuna kokeneemman henkilökunnan kanssa. Kokeneemman henkilökunnan etuna pidettiin sitä, että potilaat olivat usein tuttuja, jolloin tietämystä oirekuvasta ja oikeanlaisista vuorovaikutustavoista kyseisen potilaan kanssa oli jo olemassa. Potilaiden tuntemista ennakkoon pidettiinkin suurena turvallisuutta ylläpitävänä tekijänä.

Perehdytykseen ja omaan esimerkkiin panostaminen

Kokeneemmilta hoitajilta peräänkuulutettiin omaan esimerkkiin panostamista sekä perehdytystä. Uusien työntekijöiden koettiin herkemmin seuraavan sitä miten kokeneemmat työntekijät toimivat, kuin sitä mitä sanotaan ja ohjeistetaan. Mallioppimisen koettiin ajoittain kohdistuvan epätoivottuihinkin toimintatapoihin. Vanhempien työntekijöiden ajateltiin olevan tietyssä roolissa suhteessa uudempiin tulokkaisiin ja sitä kautta tahtomattaakin esimerkkeinä sekä luomassa tietynlaisia työkuultuuria. Parhaassa tapauksessa uudet hoitajat seuraavat miten muut toimivat ja sitä kautta sisäistävät turvalliset toimintamallit.

Perehdytettäessä tulisi antaa uudelle hoitajalle riittävät tiedot ja mahdollisuus kokeilla ja harjoitella. Tärkeänä osana ennakoitua pidettiin huonetauluun perehdyttämistä, jotta sen sisältö ja merkitys avautuisi uusille työntekijöille. Kokeneempien

työntekijöiden vastuulla ajateltiin olevan kokonaisvaltainen auttaminen ja tukeminen hankalissa tilanteissa ja pidettiin tärkeänä, ettei uudelle hoitajalle tulisi kokemusta yksin jäämisestä.

6.1.11 Ammatillinen hoitotyö

Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset

Potilaiden eristyksen päättymisen jälkeen koettiin olevan tarpeellista seurata potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia pidemmällä aikavälillä ja potilasta tulisi pitää avoimin ovin tilapäishuoneessa, kunnes voinnin tasaantumista voitiin olla varmoja. Tilanteiden koettiin olevan enemmän hallinnassa silloin, kuin potilas oli oven takana eristyksessä, koska tapahtumat oli silloin mahdollista suunnitella ja toteuttaa hallitusti. Osaston puolella läsnäoloa sekä potilaiden kokonaisvaltaista huomioimista pidettiin tärkeänä. Omien vuoropotilaiden huomioimista pidettiin tärkeänä asiana yllättävien väkivaltatilanteiden estämisessä.

Tilanteisiin suhtautuminen

Hoitajien kokemuksen mukaan varautumisesta huolimatta, kaikkia tilanteita ei ole mahdollista ennakoida ja yllättävä päällekkäisyys on mahdollinen riippumatta siitä, miten edeltävästi on toimittu. Hoitajien kokemuksen mukaan aina tulee tapahtumaan jotakin yllättävää.

Toisaalta myös ajateltiin, että ajoittain ennakoitiin oli menty helpoimman kautta. Koettiin, että oleellista olisi ajatusmallin muutos pois siitä, että jos tilanne oli edellisellä kerralla mennyt hyvin, näin tapahtuisi myös seuraavalla kerralla. Jokaiseen tilanteeseen tulisi varautua riittävällä henkilökuntamitoituksella, ja tietynlaisella vakavuudella. Hoitajien mukaan tilanteisiin kuitenkin turrutaan ja ammatillinen suhtautuminen asioihin vähenee. Tilanteisiin mennään niin sanotusti helpoimman kautta unohtaen ennakoitiin. Ammatillisuuden ylläpitämistä kaikissa tilanteissa toivottiin ja sitä, ettei asioihin suhtauduttaisi niin

sanotulla hällä väliä asenteella. Osa hoitajista peräänkuulutti tietynlaista kokonaisvaltaista asennemuutosta osaston hoitokulttuuriin.

6.2 Havainnointivaiheen tulokset

Toimintatutkimuksen kolmannessa syklissä käytiin läpi toimintamallin käyttöönoton aikaiset HaiPro- tilastot ajalta 1.6.2021-29.8.2021. HaiPro -tilastoista oli tarkoitus tarkastella toimintamallin vaikutusta väkivaltaisten tilanteiden ilmaantuvuuteen.

6.2.1 Toimintamallin käyttöönoton vaikutus väkivaltatilanteiden esiintymiseen.

Kun toimintamallia oli kokeiltu, käytiin läpi HaiPro -tilastot ajalta 1.6.2021-29.8.2021 sekä potilas- ja työturvallisuuden osalta. Ilmoituksia oli tehty kyseiseltä ajalta yhteensä 24, joista kahdeksan työturvallisuuteen liittyvää ja 16 potilasturvallisuuteen liittyvää ilmoitusta. Keskimäärin ilmoituksia tehtiin kesän ajalta kahdeksan kappaletta kuukaudessa, mikä vastaa suurin piirtein aiempien vuosien kesän ajalta tehtyjä ilmoituksia.

Määrittelevät tekijät olivat potilasturvallisuuden osalta tapahtumapaikka, tapahtumatyyppi ja se oliko kyseessä toisen potilaan kohdistama väkivalta vai potilaan itseensä kohdistama tai itseaiheuttama tapahtuma. Sen lisäksi huomioitiin tapahtuman luonne, tapahtumaolosuhteet sekä tapahtuman viikonpäivä. Työturvallisuuden osalta huomioitiin tapahtumapaikka, tapahtuman luonne, tekijä, vaaratyyppi, tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät sekä tapahtuman viikonpäivä.

Potilasturvallisuus 1.6.2021-29.8.2021

Tapahtumatyyppinä potilasturvallisuusilmoituksissa oli kesän ajalta pääosin lääkehoitoon liittyviä ilmoituksia. Väkivalta oli ilmoituksen syynä 18,8 %:ssa tapahtumia ja näissä tekijänä oli toinen potilas noin 30 %:ssa ja itsetuhoinen käyttäytyminen syynä 66%:ssa ilmoituksia. Sanallinen uhkaaminen, pureminen tai sylkeminen olivat syinä potilaiden toisiinsa kohdistamissa väkivallanteoissa, kun potilaan itseensä kohdistama väkivalta liittyi lyömiseen.

Tapahtuman syntyyn myötävaikuttavia tekijöitä raportoitiin olevan noin 66 %:ssa tapahtumia potilaaseen sekä potilaan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin ja väkivaltaisuuteen liittyvät tekijät. Hoitajan tietojen ja taitojen koettiin olevan osatekijänä 6,2 %:ssa ilmoituksia ja noin 12 %:ssa työmenetelmien ja toimintatapojen koettiin vaikuttaneen tapahtuman syntyyn. Suullisen kommunikoinnin sekä tiedonkulun puutteet nähtiin syynä noin 20 %:ssa tilanteita myötävaikuttavana tekijänä. Tilanteita, joissa ei koettu olleen mitään varsinaista myötävaikuttavaa tekijää oli noin 19 %: a.

Tapahtumapaikkana oli 37.5%:ssa lääkehuone, päiväsalit ja kanslia noin 12 %:ssa ilmoituksia. Viikonpäivien suhteen ei ollut merkittäviä eroja vaan tapahtumat sijoittuivat tasaisesti koko viikolle.

Työturvallisuus 1.6.2021-29.8.2021

Työturvallisuusilmoituksia tehtiin eniten perjantai- ja maanantaipäivinä. Puolet tapahtumista sijoittui perjantaille ja 37,5 %:a maanantaipäiville. Lauantaina raportoitiin 12.5 %:a tapahtumista, näitä kolmea päivää lukuun ottamatta, muille päiville ei raportoitu yhtään tapahtumaa.

Tapahtumanpaikkana oli 75, 5 %:ssa ilmoituksia kanslia ja loput ilmoitukset sijoittuvat käytävälle. Muissa osaston tiloissa ei kesän ajalta raportoitu vaaratapahtumia. Vaaratyyppinä oli 75 %: ssa väkivalta ja pääasiallisena tekijänä potilas. Äkillistä fyysistä tai psyykkistä kuormitusta koettiin olleen noin 13 %:ssa tapahtumia.

Myötävaikuttavina tekijöinä 62,5 %:ssa tapahtumia olivat potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, sekavuus, päihtyneisyys tai vihaisuus. Työryhmän ominaisuuksien, kommunikoinnin tai osaamisen ei koettu olleen vaikuttavina tekijöinä yhdessäkään tapahtumassa kesän ajalta. Myötävaikuttavia tekijöitä ei ollut raportoitu noin 37 %:ssa ilmoituksia. Tapahtuman luonne oli, läheltä piti tilanne 50 %:ssa ja työtapaturma 50 %:ssa ilmoituksia.

6.3 Reflektointivaiheen tulokset

Ensimmäisen syklin viimeisessä vaiheessa haettiin vastauksia siihen, miten toimintamallin käyttöönotto on osastolla koettu, ja mitä mahdollisia kehitysehdotuksia oli herännyt. Aineisto kerättiin yhdessä ryhmä- teemahaastattelussa. Osana kolmatta haastattelua käytiin myös läpi hoitajien kokemukset BVC-liikennevalomallista.

6.3.1 Intuition ja konkretian ristiriita BVC-merkinnöissä

BVC-pisteiden kertymisen epäloogisuus

Pisteiden koettiin kertyvän epäloogisesti, jonka lisäksi kaikki hoitajat eivät olleet sitoutuneet taulumerkintöjen käyttämiseen. Pisteitä oli jäänyt päivittämättä ja niitä oli täytetty erilaisin kriteerein riippuen arvioivasta hoitajasta. Oman kokemuksen mukaan rauhalliselle potilaalle annetut runsaat pisteet koettiin BVC-merkintöjen uskottavuutta syöväksi tekijänä. BVC-pisteiden pohjalla olevat arviointikriteerit koettiin tulkinnanvaraisiksi ja jäi epäselväksi mitkä asiat potilaan käytöksessä sopivat mihinkin kohtaan.

Ristiriita oman kokemuksen ja käytännön välillä

Oman intuition sekä käytännön toteutuksen välinen ristiriita oli yksi hoitajia askaruttanut asia BVC-pistemerkintöjen suhteen. Henkilökohtaisten tunnetilojen ja intuition sivuuttaminen pisteitä annettaessa koettiin hankalana. Kokemus oli, että

ohjeita noudattamalla ei pisteitä saanut kertymään, vaikka oma tunnetila potilaan voinnista olisi sanonut toista. BVC-mittarin käyttö koettiin jollain tapaa monimutkaisena.

6.3.2 Kokonaisuuden helpompi hallinta

BVC: n hyödyt

Vaikka BVC:tä pidettiin jollain tapaa monimutkaisena, sen silti koettiin auttavan kokonaisuuden hallinnassa. Liikennevalojen huonetaululla koettiin helpottavan osaston kokonaistilanteen hahmottamisessa ja taululta oli helppo nähdä osaston kokonaistilanne ja potilaiden mahdollisesti muuttunut tilanne. Tätä pidettiin helpottavana varsinkin silloin, jos oli ollut pitkään pois töistä eikä osaston kokonaistilanne ollut tiedossa. Varsinkin uusien potilaiden kohdalla BVC-merkintöjä pidettiin tarpeellisina.

Lääkkeen perillemenon varmistaminen

Kokonaisuuden hallintaa koettiin helpottavan myös toinen hoitaja ruokasalin puolella lääkkeenjaon aikana. Hoitajien mukaan ruokasalin puolelta näki helpommin, menikö lääke perille vai jäikö se esimerkiksi potilaan suuhun ja sitä kautta tarjottimelle ja roskeen. Lääkkeitä jakavalla oli useampia asioita, joihin tuli keskittyä, eikä ollut aina helppoa huomioida pysyikö annettu lääke suussa. Hoitajien kokemuksen mukaan valtaosa potilaista ei kuitenkaan mielellään ottanut lääkkeitä, jolloin toinen hoitaja koettiin myös henkisenä tukena tilanteessa.

Injektoiden antaminen yhdessä oli hoitajien kokemuksen mukaan toimintamallin parhaiten toteutunut kohta. Taustalla ajateltiin olevan se, että on syntynyt ymmärrys syistä toiminnan takana ja, että kyseiset syyt ovat selkeät. Yksin oleminen potilaan huoneessa injektion kanssa tuntui hoitajista erikoiselta ajatukselta ja toisen mukaan tuloa pidettiin luontevana ja turvallisena.

Luonteva tarkkailupaikka

Ruokasalin puolella olevana hoitajana ajatuksia herätti käytännön toteutus. Koettiin luontevan tarkkailupaikan löytämisen olevan haasteellista. Ongelmaksi koettiin lähinnä oma epämukavuus ja turhautuminen, koska ei haluttu vaikuttaa ”kyttääjiltä” ruokasalin nurkassa. Oven auki pitämisen keittiöön koettiin olevan paras keino asettua luontevasti ruokasalin puolelle ja samalla ylläpitää katseyhteyttä ja luontevaa vuorovaikutusta. Kokemus oli myös, että potilaat tottuisivat toimintamalliin, jos sitä toteutetaan säännönmukaisesti.

6.3.3 Tiimityöskentelyn toteutuminen

Perehdytys

Perehdytyksen ei koettu olevan ajan tasalla ja siihen toivottiin muutoksia ja toimintamallissa mainitut kohdat koettiin sen suhteen tarpeellisina. Nykyinen lomake koettiin liian laajana ja epämääräisenä eikä ensimmäisenä päivänä koettu muutoinkaan asioiden jäävän hyvin mieleen. Varsinkin turvallisuuteen liittyviä asioita toivottiin kerrattavan ja käytävän läpi sekä alussa että lopussa.

Osastolla koettiin myös olevan paljon vanhoja toimintamalleja, jotka jäivät alkuvaiheessa pimentoon ja tulivat esille vasta kokemuksen myötä. Perehdytyslomakkeessa oli liian paljon asioita yhdelle päivälle ja toisten hoitajien koettiin hypyvän asioita yli tekemällä oletuksia uuden hoitajan osaamisesta. Perehdytyksen kaksoistarkistusta kannatettiin ja perehdyttävän hoitajan tehtävien delegointi sai kannatusta, koska koettiin, että työajan priorisointi saisi perehdytyksen tuntumaan tärkeämmältä.

Auttaminen ja työn jakaminen

Kollegan auttamisen ja työnjakamisen koettiin olevan osa potilaan huomiointia. Nyt sen ei nähty toteutuvan toimintamallin mukaisesti vaan paljon arjen asioita jätettiin vain potilaan vuorohoitajan tehtäväksi. Hoitajien mukaan potilaita pyydettiin säännönmukaisesti odottamaan tai kääntymään vuorohoitajan puoleen,

vaikka kyseessä olisi ollut pyyntö saada puhtaita vaatteita. Tämä vuorohoitajaa odotuttaminen koettiin ajoittain hyvinkin nolona tapana ja toivottiin, että tiettyjä asioita tehtäisiin automaattisesti, jos omahoitaja oli muissa tehtävissä. Potilaiden huomioimisen koettiin olevan myös ennakointia väkivaltatilanteiden välttämässä ja voinnin kysymistä pidettiin tärkeämpänä, kuin tilanteisiin menemistä niiden jo eskaloiduttua. Nyt kokemus oli, että kaikkia työtehtäviä ei hoidettu tasapuolisesti vaan jollain tapaa tylsiksi koetut työtehtävät jäivät helposti hoitamatta, yhden näistä ollessa vuorovaikutus potilaiden kanssa. Akuutit tilanteet hoidettiin osastolla kokonaisuudessaan hyvin, mutta joissain tapauksissa ne olivat ainoita mitä tehtiin, vaikka väkivaltatilanteiden koettiin olevan vain se keihäänkärki osaston arjessa.

6.3.4 Hoitajien läsnäolo

Vuorovaikutuksen tärkeys

Hoitajien läsnäoloa kaivattiin myös ruokailutilanteissa, mutta kohtuudella. Kahta hoitajaa pidettiin hyvänä ja kolmea hoitajaa optimaalisena määränä valvomassa ruokailuja. Kaikkien hoitajien läsnäoloa ei suositeltu vaan tilannetta, missä kaikki tuolit olivat hoitajilla, pidettiin tarpeettomana ja hassuna. Esille tuli kuitenkin, että vaikka aktiivisuus ruokailun valvonnassa oli hyvä, loppuajan sai usein valvoa yksin ja siihen toivottiin muutosta.

Hoitajien saatavuus osaston puolella

Tarpeelliseksi koettiin myös kohta potilaiden tasapuolisesta huomioimisesta. Kokemus oli, että osa potilaista sai huomiota kaikilta, koska osasivat sitä aktiivisesti hakea kanslian ovelta, mutta hiljaiset ja huoneeseensa vetäytyvät saattoivat jäädä täysin ilman huomiointia vuoron aikana. Hoitajien läsnäolo koettiin muutoinkin tärkeäksi ja hoitajan jatkuva saatavuus osaston puolella nähtiin oleellisena. Kahvihuoneen oven ollessa suljettuna osaston akuutti tarve jäi näkemättä ja kuulematta ja siitä syystä koettiin, että esimerkiksi raportoinnin tulisi tapahtua samoin periaattein viikonpäivästä riippumatta. Viikonloppuisin ei koettu tarvetta

useammalle raportinpitäjälle vaan kokemus oli, että yksi henkilö riittää tarvittavan tiedon jakamisessa. Samalla kuitenkin korostettiin, että kaikilla oli vastuu tiedonkulusta eikä raportinpitäjä voi tietää kaikkea. Henkilökohtaista vastuuta kirjaamisesta ja kirjauksien lukemisesta pidettiin tärkeänä.

6.3.5 Hoitajien puhelimenkäyttö

Oman puhelimen käytön haitat vuorovaikutuksessa

Oman puhelimen käytön koettiin olevan jonkinlainen ongelma ja sen rajaamisen käytön suotavaa. Ajoittain sen nähtiin vaikuttavan vuorovaikutukseen potilaiden kanssa sekä myös kollegan kanssa. Potilaiden kohdalla koettiin noloksi, jos hoitajan huomio kiinnittyi enemmän puhelimensa sisältöön kuin potilaan esittämään kysymykseen. Puhelimen selaaminen potilaiden edessä koettiin myös nolona. Kollegan ollessa kyseessä tuotiin esille tunne siitä, että monesti sanotut asiat menivät ohi. Koettiin ettei kollega reagoanut puheeseen, koska huomio oli niin tiiviisti puhelimesta.

Puhelimen käytön vaikutus havainnointikykyyn

Puhelimen ajateltiin myös sitovan runsaasti huomiota ympäristöltä ja vievän ajoittain kaiken huomion. Kokemus oli myös, että puhelimia käytettiin yhteen putkeen pitkiäkin aikoja työpäivän aikana. Huomion kiinnittymisen puhelimeen koettiin joskus häiritsevän ympäristön havainnointia mikä korostui erityisesti ruokailu- ja lääkkeenjako tilanteissa, missä muiden hoitajien läsnäolon ja tuen koettiin olevan oleellisia ja auttavan kokonaistilanteen hallinnassa.

6.4 Väkivaltaisen käytöksen ennakointiin tähtäävä toimintamalli

Ensimmäinen toimintamalliversio

Ensimmäinen versio toimintamallista koottiin kahden ensimmäisen ryhmähaastattelun aineistosta. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin pohjalta esiin nousi kohtia, jotka työyhteisön mukaan eivät nykyisellään toteutuneet ja ne koettiin turvallisuuden kannalta riskitekijöinä sekä kohtia, joiden koettiin hankaloittavan tilanteiden ennakointia. Toimintamalli koottiin aineistossa esiin tulleiden epäkohtien (kuvio 4) pohjalta vastaamaan esille tulleeseen tarpeeseen tietyillä osa-alueilla. Kokonaisuudessaan toimintamallin sisältö koostui hyvinkin arkisista ja perustyöhön kuuluvista asioista, joiden ei kuitenkaan koettu toimivan niin kuten osaston kokonaisturvallisuuden kannalta pitäisi.

Hoitajilta esiin tullut kehityskohta	Toimintamallin kohta
<p>Uusien hoitajien perehdytystä pidettiin osittain vajavaisena ja osatekijänä turvallisuustilanteen heikkouteen.</p> <p>Perusasioita kuten osaston tilojen esittelyä ei ollut tehty tai se oli tehty vajavaisesti ja tämä koettiin suurena riskinä osaston turvallisuuden kannalta.</p>	<p><i>Perehdytys:</i></p> <p>Päivän aikana perehdytetään vain tietyt asiat ja jaotellaan opetettavat asiat perehdytyslistalta päiväkohtaisesti</p> <p>Kun perehdyttämisaika loppu, käydään uuden työntekijän kanssa lista läpi esimerkiksi osastonhoitajan tai turvallisuusvastaavan toimesta.</p>
<p>Lääkkeiden jättämättä ottaminen oli hoitajien mukaan suuri ongelma, mutta siitä huolimatta lääkkeenottoa ei valvottu riittävästi. Lääkkeenotto-tilanteisiin toivottiinkin useampia hoitajia, jotka olisivat paikalla koko ajan ja keskittyneitä tilanteeseen.</p>	<p><i>Lääkitysasiat:</i></p> <p>Lääkkeenjaossa kaksi henkilöä, joista toinen ruokasalin puolella varmistamassa</p>

Kuvio 4. Esimerkki ensimmäisen toimintamallin sisällön muodostumisesta

Toinen toimintamalliversio

Ensimmäisen version kehittämisestä käytiin keskustelua osastonhoitajan sekä turvallisuusvastaavan kanssa ja muutosten pohjalta tehtiin toinen versio toimintamallista. Perehdytyskohtaan ei kummaltakaan tullut korjausehdotuksia vaan ne koettiin jo sellaisinaan olevan toteutuskelpoisia. BVC-pisteiden raportoinnista vuoron vastaavalle hoitajalle heräsi kommentteissa epäily eikä sen uskottu välttämättä toimivan käytännössä. Tätä kohtaa selvennettiin sisällöllisesti ja lisättiin ohje katsoa BVC-liikennevalomallin erillistä toimintaohjetta. Korostettiin myös jokaisen vastuuta omien potilaidensa BVC-pisteiden arvioinnista.

Potilaiden huomioimisesta ja sen tärkeydestä oli konsensus, kuten myös siitä, että potilastyön arjessa on asioita, joita muutkin, kuin vain vuorohoitaja voivat tehdä. Kohtaan muuta huomioitavaa tehtiin tarkennuksia sisältöön. Potilaiden kansliasta pois pitämisen syyksi lisättiin tietoturvariskit ja potilaan voinnista raportointia täsmennettiin lisäämällä sinne perusasiat, joita voinnista tulisi kertoa seuraavalle vuorolle. Raportin pitäjän tulisi vähintään olla tietoinen potilaan perussairaudesta, yleisistä oireista, väkivaltariskeistä ja sen hetkinen voinnista.

Tarvittavan lääkkeen annosta nousi esille kysymys, voiko sen antaa kuka tahansa, jos lääkkeen anto vaatii keskustelua, kyseenalaistamista sen tarpeesta tai vaihtoehtojen pohtimista. Päädyttiin korostamaan potilaskohtaisuutta varsinkin lääkehoidon suhteen ja myös sitä, että erikseen sovitaan potilaat, joiden tarvittavien lääkkeiden annon hoitaa vain kyseisen potilaan vuorohoitaja. Lääkitysasioihin liittyvien poikkeamien kirjaaminen potilaan hoitosuunnitelmaan on suositeltavaa niiden toteutumisen kannalta ja tämä lisättiin toimintamallin kohtaan lääkitysasiat.

Ruokailutilanteiden kohdalla ristiriita herätti toisen kommentoijan vastatauksissa varsinkin hoitajien lukumäärä. Hoitajia koettiin toisinaan olevan paikalla liikaa ja luovan tietynlaista ”kyttäystunnetta”. Tämä koettiin ongelmana varsinkin lounasaikaan, kun hoitajia oli monesti osastolla paikalla enemmän, kuin päivällis- tai iltapala aikaan. Päädyttiin kompromissiin, että toimintamallinmukaisesti hoitajia

tulisi olla paikanpäällä vähintään kaksi-kolme, mutta muiden tulisi olla joka tapauksessa lähistöllä ja kuulolla, mitä ruokailun aikana tapahtuu eikä sulkeutua taukokuoneeseen tai kansliaan suljetun oven taakse, minne kuuluvuus on huono.

Omien puhelimien käyttöä ei koettu sinällään ongelmaksi ruokailutilanteita valvottaessa. Päädyttiin kuitenkin pitämään kyseinen kohta, koska haastatteluiden perusteella oman puhelimen käytön koettiin joidenkin kohdalla häiritsevän ympäristön ja potilaiden havainnointia.

Lääkitysasiat jakoivat mielipiteet. Haastatteluiden pohjalta herännyttä toivetta suuremmasta tuesta ja lääkkeenjaon vastuun jakamisesta pidettiin tietyllä tapaa myös liiallisena ”kyttäämisenä” ja ruokarauhaa häiritsevänä. Mutta, koska lääkitysten perillemenosta oli herännyt huolta ja lääkkeiden perillemenon ongelmia oli osastolla toistuvasti, kyseisestä kohdasta pidettiin kiinni. Ruokasalin puoleisen hoitajan toimintaa tarkennettiin ja korostettiin sitä, että varmistaminen kohdistuu pääasiassa niihin potilaisiin, joista on voinnin tms. kautta herännyt epäily lääkkeen ottamatta jättämisestä. Tilannetta pyrittiin myös tekemään mahdollisimman luontevaksi sijoittamalla toinen hoitaja keittiön avoimen oven läheisyyteen, mistä voi suhteellisen luontevasti valvoa lääkkeenottoa ilman, että hoitajille tai potilaille tulisi epämukava olo. Keittiön oven auki pitämistä ei kuitenkaan kirjattu toimintamalliin, koska sitä oli jo toteutettu spontaanisti, ja sen lisäksi ei haluttu ”määrätä” hoitajia sijoittumaan tiettyyn kohtaan.

Toimintamalliin ei tehty enää muutoksia kolmannen ryhmähaastattelun jälkeen, koska siinä esiin tulleet kehitysehdotukset eivät eronneet aiemmista. Sen lisäksi osa ehdotuksista oli jo omaksuttu käytäntöön, kuten esimerkiksi toisen hoitajan sijoittuminen avoimen keittiön oven eteen lääkkeenperillemenoä tarkkailla.

Väkivaltaista käytöstä ennakoivan toimintamallin yhtenä osana kehitettiin BVC-liikennevalomallia yhdessä osastonhoitajan kanssa. Liikennevalomallissa potilaiden mahdolliset BVC- pistemerkinne sijoitetaan osaston potilastaululle kyseisen potilaan kohdalle, joko vihreällä (0 pistettä), keltaisella (1–2 pistettä) tai punaisella (3–6 pistettä) pyöreällä magneetilla.

Jos potilas ei tulotilanteessa saa yhtään BVC-pistettä, asetetaan potilastaululle vihreä liikennevalo. Kun potilaan käytös ja BVC-pisteet indikoivat keltaista valoa, pyritään puuttumaan ennakoiden ja kartoittamaan tilannetta yhdessä potilaan kanssa. Tarjotaan vaihtoehtoja ja annetaan palautetta. Keskustelua käyvä hoitaja(t) informoivat muuta tiimiä tilanteen muutoksista. Punaisella valolla potilaan vastuuhoitaja ei toimi itsenäisesti potilaan kanssa vaan ottaa muun tiimin mukaan, ja suunnitelma etenemisestä tehdään yhdessä. Mietitään, miten potilas huomioidaan ja missä mahdollinen keskustelu käydään, lisäksi arvioidaan yhdessä lääkityksen ja rajoituksen tarvetta. Lääkityksen ja rajoitusten kohdalla konsultoidaan tarvittaessa lääkäreitä. Tiimin kesken mietitään myös osastoapujen sekä vartijoiden tarve sekä mietitään jokaisen roolia tilanteessa.

Punaiselta valolta ei voi suoraan siirtyä vihreään valoon, vaan potilaan BVC-pisteiden tulee olla kaksi päivää nollassa. Tämän kahden päivän ajan potilaan nollatulos näkyy potilastaululla kuitenkin keltaisena liikennevalona. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska haluttiin varmistua potilaan voinnin tasaantumisesta, joko hoitotyön ja/tai lääkehoidollisen intervention jälkeen.

Henkilökunnan mielipidettä kokeiltavasta toimintamallin kohdasta kysyttiin ja toivottiin palautetta sen suhteen, miten sitä lähdetäisiin käytännössä toteuttamaan. Valinnan suhteen ei kuitenkaan tullut ehdotuksia tai toiveita hoitohenkilökunnan puolelta, joten yhdessä osastonhoitajan kanssa päätettiin ottaa kokeiluun lääkehoitoon liittyvät asiat, koska niiden tärkeys oli noussut esiin haastatteluissa sekä osaston yleisessä keskustelussa. Henkilökunnan mielipidettä valittuun toimintamallin kohtaan pyydettiin ja annettiin vielä mahdollisuus ehdottaa toistakin kohtaa kokeiltavaksi. Mutta ehdotuksia ei tullut, joten toimintamallin kokeilu aloitettiin kesäkuussa 2021.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Eettisyys

Tieteenalana etiikka merkitsee asioita, joita tulisi tai ei tulisi tehdä, jonka lisäksi se määrittelee rungon oikeanlaisille toimintavoille sekä kysymyksille. Tutkimus tuo aina mukanaan eettisiä näkökulmia, ja eettinen päätöksenteko tarkoittaa prosessia, mikä tunnistaa ja arvioi näitä kysymyksiä. Tutkimusetiikka määrittelee tutkimukselle tason sekä eettisesti kestävät toimintatavat. (Anderson & Corneli 2018, 2.) Eettiset kysymykset eivät rajoitu pelkästään tutkimuksen tiettyihin osiin vaan ulottuvat kaikkiin tutkimuksen vaiheisiin, aina valmiin työn raportointiin saakka. (Kvale 2007, 25.)

Hyvä tieteellinen käytäntö on edellytys tutkimuksen eettisyydelle sekä tulosten uskottavuudelle ja omalta osaltaan myös osa tutkimusorganisaatioiden omaa laajujärjestelmää. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tarkkuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa, koska huolimattomuus ja/tai epärehellisyys voi jopa mitätöidä koko tutkimuksen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–15.) Tässä opinäytetyössä tarkkuutta ja huolellisuutta pyrittiin ylläpitämään läpi työn rehellisellä raportoinnilla kaikissa työn vaiheissa sekä suunnittelemalla toimintatutkimuksen runko mahdollisimman huolellisesti. Aineiston analyysi sekä raportointi on toteutettu eettisiä periaatteita noudattaen ja lähde- sekä viitemerkinnot on kirjattu ohjeistuksen mukaan. Tieteellisiä artikkeleita valitessa pyrittiin ottamaan huomioon myös tutkijoiden sidonnaisuudet, jos ne oli ilmoitettu ja muut tutkimuksen teossa ilmenneet rajoitteet. Avoimuus, vastuullisuus, prosessin hyvä suunnittelu sekä raportointi lisäävät tutkimuksen eettisyyttä (Vilkka, 2020).

Ongelmana työn tekemisessä omaan työyhteisöön oli osallistujien paljastuminen, koska aineistonkeruun kohdistuessa vain yhdelle osastolle, haastatteluihin osallistuvien henkilöllisyys paljastuu herkästi. Aineistoa kerätessä tulisi aina minimoida ulkopuolisten henkilöiden mahdollisuus nähdä tai kuulla haastateltavia (Anderson & Corneli 2018, 41). Tutkijalla on myös vastuu miettiä tutkimuksen aiheuttamia mahdollisia seurauksia sekä osallistuvien henkilöiden kohdalla että koko ympäröivän yhteisön kannalta (Kvale 2007, 29). Kerätessä aineistoa tähän

opinnäytetyöhön ei eettistä ongelmaa osallistujien paljastumisesta syntynyt, vaikka koko työyhteisö oli tietoinen osallistujista. Vapaaehtoiset osallistujat keskustelivat itse avoimesti keskenään sekä muun osaston henkilökunnan kanssa osallistumisestaan ja myös haastattelun teemoja käytiin työyhteisössä läpi yleisellä tasolla. Itse työn tekijänä en keskusteluun osallistunut enkä julkisesti paljastanut mitä haastatteluissa oli sanottu ja kenen toimesta. Myöskään lopullisessa raportissa ei tuotu esille tietoa, jonka voisi liittää tiettyyn henkilöön. Luottamuksellisuus vaatii sitä, ettei osallistujiin liittyvää tietoa raportoida (Kvale 2007, 28).

Suurimpana riskinä oli opinnäytetyön tekijän omat asenteet ja ennakoajatukset sekä niiden mahdollinen vaikutus lopputulokseen. Koska kehittäminen kohdistui omalle työpaikalle ja taustamotiivina olivat omat oletukset ja ajatukset siitä, miten asioita voisi kehittää, vaati tarkkuutta ja jatkuvaa tietoisena olemista, jotta pysyy neutraalina ja puolueettomana. Tutkijan tuleekin tiedostaa tällaiset ajatukset ja aatteet sekä kuinka paljon niillä mahdollisesti on vaikutusta tutkimusprosessissa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119).

Aihe valittiin huolellisen harkinnan jälkeen osastolla esiin tulleiden tarpeiden ja ongelmien pohjalta, joihin haluttiin muutosta. Aiheen valinnasta keskusteltiin silloisen osastonhoitajan kanssa ennen aiheen ehdottamista toimialueen ylihoitajalle ja päädyttiin siihen, että aihe tukisi osaston profiilia ja auttaisi yhteisten toimintatapojen juurtumista. Ennen tutkimuksen aloittamista on tärkeää selvittää mihin tutkimusta tarvitaan ja mihin kysymyksiin halutaan vastauksia. Tutkimuksen eettiset kriteerit tulee myös käydä läpi eikä väheksyviä tai loukkaavia oletuksia tule tehdä. (Leino-Kilpi 2015, 361, 366.) Ennen tutkimuksen aloittamista tulee myös hankkia kaikki tarpeelliset luvat tutkimuksen toteuttamiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 83). Tätä opinnäytetyötä varten haettiin tarpeelliset luvat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin käytänteiden mukaisesti. Ennen tutkimusluvan hakua tehtiin tutkimussuunnitelma, jonka perusteella tutkimuslupa myönnettiin. Muutoksista tutkimusluvan myöntämiin oikeuksiin on keskusteltu myöntäneen tahon kanssa. Tutkimuslupa oli myönnetty ryhmähaastatteluiden pitämiseen, mutta tekijän henkilökohtaisien syiden takia piti miettiä kolmannen ryhmähaastattelun muuttamista yksilöhaastatteluiksi. Lupa haastattelumuodon muuttamiseksi saatiin, mutta lopulta ryhmähaastattelu onnistuttiin järjestämään.

Anderson & Corneli (2018) toteavat, että tutkimuksen tulisi saada aikaan enemmän hyötyä kuin haittaa ja kaikkien osallistujien tulisi olla tietoisia ja ymmärtää tutkimuksen sisältö. Tärkeää on myös kertoa osallistujille mahdollisuudesta keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Osallistujia hakiessa on myös oleellista korostaa osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuus kieltäytymiseen. (Anderson & Corneli 2018, 17–18.) Kaikki opinnäytetyöhön osallistuneet allekirjoittivat tietoisesta suostumuksesta ja tutkimuksen aiheesta tiedotettiin etukäteen ja kerrottiin tavoitteista mihin pyritään. Aihe myös perusteltiin ja korostettiin tutkimusmenetelmän olevan valittu sen perusteella, jotta kaikilla osaston työntekijöillä olisi halutessaan mahdollisuus vaikuttaa lopputulokseen. Kerrottiin myös, että toimintamallin sisältö luodaan haastattelujen sisältöjen perusteella. Muutos ja kehitys vaativat kaikkien pohdintaa omista lähestymistavoista, jotta saataisiin aikaan eettisesti kestäviä ratkaisuja (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 29).

Kokonaisuudessaan haastateltavien tulisi olla ennalta tietoisia tutkimuksen toteuttamisesta ja tarkoituksesta ja tutkijan tulee olla tietoinen haastattelun aiheuttamista eettisistä kysymyksistä. Tietoinen suostumuslomake summaa tutkimuksen kokonaistarkoituksen ja antaa tietoa osallistujien oikeuksista osallistumisen suhteen. (Kvale 2007, 25–28.) Haastattelun aiheet annettiin osallistujille nähtäväksi etukäteen, jotta haastattelut tuottaisivat mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. On myös eettisesti soveliasta informoida haastateltavia käsiteltävistä aiheista ja aihepiirien etukäteen tietäminen saattaa madaltaa kynnystä osallistua tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 63.)

Aineiston keruussa ja ryhmähaastatteluiden kohdalla piti tiedostaa omat mahdolliset ennakkokajatuksensa ja toiveensa saada aineistosta omiin tarkoitukseen sopiva, aiheen ollessa työyhteisölähtöinen. Oli myös oleellista pitäytyä puolueettomana ryhmiä kootessa, jotta ei tietoisesti kokoasi ryhmää, josta tietäisi saavansa toivotut vastaukset. Ryhmien kokoaminen meni lopulta vapaaehtoisten osallistujien työvuorojen mukaan ja sitä kautta muotoutuivat luonnollisesti. Tuomi & Sarajärvi (2018) mukaan tutkijan havaintojen tulee olla puolueettomia eivätkä tutkijan omat arvot ja toiveet saa vaikuttaa siihen, miten osallistujat valitaan ja miten saatua tietoa käsitellään (Tuomi & Sarajärvi 2018, 118, 136). Tutkijalla on valta ohjata vuorovaikutustilannetta, mutta huonoimmassa tapauksessa se voi jopa

johtaa tutkimuksen keskeytymiseen osallistujien kokiessa, että he eivät tule kuul-
luiksi (Kuula 2011; Anderson & Corneli 2018, 55).

Tutkimusetiikka on yksinkertaistetusti kykyä tarkastella omia valintojaan sekä toi-
mintatapojaan kriittisesti tutkimusta tehdessä. Lakien ja yhteiskunnan normien
tiedostaminen ei riitä, vaan valinnat ja päätökset ovat lopulta tutkijalla itsellään.
Samat eettiset periaatteet koskevat kaikkea akateemista kirjoittamista. (Kuula
2011.) Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa on kehittää toimintoja yhdessä osal-
listujien kanssa, mutta samalla tutkittava osallistujien kokemuksia ja toimintata-
poja Puusa & Juuti, 2020 266).

Opinnäytetyössä ei käytetty tulosten kohdalla lainkaan suoria lainauksia, koska
henkilöt olivat sitä kautta helposti tunnistettavissa. Työyhteisö on suhteellisen
pieni ja tiivis, jonka lisäksi osa on työskennellyt yhdessä vuosia, joten lähestul-
koon jokaisen henkilökohtaiset tavat puhua ja ilmaista asioita olisi helposti tun-
nistettavissa. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2017) toteavat, ettei suorista
lainauksista tulisi tunnistaa ketään puhetyylin tai murteen perusteella. Heidän
mukaansa alkuperäiset lainaukset tulisi muokata yleiskielelle. (Kankkunen &
Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Kvale: n (2007) mukaan taas suorien lainauk-
sien tulisi olla uskollisia haastateltavan omalle tyylille puhua (Kvale 2007, 133).
Osallistujat opinnäytetyöhön olivat osastolla tiedossa. Osa osallistujista koki
haastattelussa sanottuja asioita omalla kohdallaan arkaluonteisiksi ja esittivät
huolta sen suhteen, pysyykö haastattelun sisältö salassa eikä sanottu personoi-
tuisi tiettyyn henkilöön. Nämä seikat johtivat ratkaisuun alkuperäisilmaisujen pois-
jättämisestä, jolloin anonymiteetti voitiin turvata. Tutkittavien henkilöllisyyden sa-
lassa pitäminen on keskeinen tutkimuseettinen periaate ja tutkimustulokset tulisit
kirjoittaa niin, ettei anonymiteetti vaarannu. (Kvale 2007, 33–34; (Kankkunen &
Vehviläinen-Julkunen 2017).

Opinnäytetyön aineistoa säilytettiin asianmukaisesti ja hävitettiin opinnäytetyön
valmistuttua eikä alkuperäiseen aineistoon ollut pääsyä ulkopuolisille henkilöillä.
Työn osana olleita HaiPro- tilastoja tarkasteltiin vain luvan edellyttämällä tavalla
vain työpaikalla eikä niitä printattu tai tallennettu. Tietojen oikeanmukainen säilyt-
täminen sekä tuhoaminen on osaa tutkimusetiikkaa ja se koskee sekä elektro-
nista että paperista aineistoa (Anderson & Corneli 2018, 169–170).

7.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava, jotta välttyttäisiin virheiltä tutkimustoiminnassa, mutta ei ole yksiselitteistä listaa sen suhteen, mitä tulee arvioida vaan tutkimusta tulisi arvioida loogisena kokonaisuutena. Pohdinnassa olisi hyvä ottaa huomioon tutkimuksen luonne ja aihe sekä niiden vaikutus osallistujien vastauksiin ja suhtautua tutkimustuloksiin kriittisesti ja miettiä motiiveja niiden takana. Lisäksi luotettavuuden kannalta on tärkeää tuoda esille mahdolliset tutkimuksen teossa tehdyt virheet tai hankaluudet, joilla on mahdollisesti vaikutusta tutkimuksen tuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 118, 122, 136–137). Viime kädessä tutkimuksessa tehdyt ratkaisut perustuvat tekijän subjektiivisiin valintoihin ja sen tiedostaminen, ettei mikään laadullinen tutkimus ei ole täysin objektiivista tekee samalla objektiivisuuden perinteisestä merkityksestä kyseenalaisen. (Puusa & Julkunen 2020, 181).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden mittaamiseen voidaan käyttää tutkimuksen uskottavuutta, siirrettävyyttä, refleksiivisyyttä ja vahvistettavuutta. Tutkimuksen uskottavuus vaatii tulosten selkeää kuvaamista sekä analyysin logiikkaa. Lukijalle tulee syntyä ymmärrys siitä, miten analyysi on tehty. Tuloksien pohjalla oleva analyysi tulee kuvata mahdollisimman tarkasti ja apuna tulee käyttää liitteitä sekä taulukoita. (Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen 2017, 198–199). Tässä opinnäytetyössä analyysistä laitettiin esimerkkitaulukko tekstiin ja tarkempi analyysitaulukko sijoitettiin liitteisiin. Liitteisiin kerättiin myös toimintamallit, haastatteluiden teemarungot sekä käytetyt artikkelit ja tiedonhaunprosessi. Liitteiden tarkoituksena on selkeyttää sekä syventää raporttia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 137).

Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Tutkimuksen konteksti, osallistujien valinnat, sekä aineiston kokoaminen ja analyysi tulee selvittää. (Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen 2017, 198). Haastattelujen aineisto on tilannesidonnaista ja kehittäminen lähti yhden osaston tarpeista, joihin pyrittiin vastaamaan toiminta-

mallilla. Sen vuoksi tulokset eivät ole suoraa siirrettävissä, toistettavissa tai yleistettävissä muihin tutkimusyhteyksiin. Aineistosta saatiin vastauksia haluttuihin tutkimuskysymyksiin, ja saatu tieto ennemminkin tuki jo olemassa olevaa tietoutta kuin toi esille selkeästi uutta informaatiota. Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen (2017) mukaan osa tutkimuksen luotettavuutta on tiedon kriittinen arviointi sen suhteen, että saatiinko sen avulla uutta tietoa vai vahvistusta olemassa olevaan tietoon. Oleellista on myös tiedostaa konteksti mihin tutkimus on tehty. (Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen 2018, 205, 209.) Toimintamallin toimivuus väkivaltaa vähentävänä mallina ei vielä tämän opinnäytetyön tiimoilta toteutunut. Toimintamallia testattiin lyhyt aika ja valittujen kohtien toteutus oli vaihtelevaa.

Pelkkä eettinen kestävyys ei tee tutkimuksesta luotettavaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 136). Vaikka kaikkeen tutkimukseen vaikuttaa tutkijan persoona ja kokemukset, tulee tutkijan silti pyrkiä viemään tutkimusta eteenpäin ilman ennakoasenteita. Refleksiivisyys luotettavuuden mittarina tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen omista ennakoasenteistaan suhteessa tutkimukseen ja kuvata kaikki ennako-oletuksensa avoimesti raportissa. (Leino-Kilpi 2015, 371; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 202.) Tässä opinnäytetyössä tuotiin alusta saakka esille aiheen työyhteisö lähtöisyys ja haasteet, mitä se työn tekemiseen toi. Tekijä on koko prosessin ajan tiedostanut ja tunnistanut omat ennako oletuksensa ja aktiivisesti pyrkinyt niistä eroon. Tutkijan kyky tunnistaa ja nostaa esiin oma subjektiivisuutensa, sen merkitys tutkimuksen kulkuun ja lopputuloksiin lisää laadullisen tutkimuksen uskottavuutta (Puusa & Juuti 2020, 170).

Kaikissa tutkimuksissa on oleellista tiedostaa oma vastuunsa tutkimuksen kaikissa vaiheissa ja pyrkiä ennakoita tunnistamaan mahdolliset riskit sekä arvioida niiden suuruus, todennäköisyys sekä miten hallita niitä (Anderson & Corneli 2018, 22–23). Riskeinä tämän opinnäytetyön tekemisessä tiedostettiin toimintamallin käyttöönotossa mahdollisesti ilmaantuvat ongelmat. Mahdollinen muutosvastarinta ja kokemus siitä, ettei toimintamalli ole osastolle tarpeellinen piti ottaa huomioon mahdollisina riskeinä. Kuten myös henkilökunnan haluttomuus osallistua tutkimukseen sekä eriävät näkemykset toimintamallin sisällöstä. Nämä riskit pyrittiin minimoimaan ottamalla osaston henkilökunta aktiivisesti mukaan jokaisen kehittämistyön vaiheeseen ja käymään avointa keskustelua toimintamalliin liittyvistä asioista. Sitoutuminen muutokseen ei ole mahdollista, jos osallistujalla

ei ole tarpeellisia tietoja muutoksen perusteista. Oleellista on saada aikaiseksi ilmapiiri missä työyhteisö haluaa kehittyä sekä yhdessä että itsenäisesti. (Suojanen 1992.)

Teoreettisen aineiston karsiminen ja tarkoituksenmukaisten hakusanojen löytäminen oli haasteellista ja todennäköistä on, että teoreettiseen taustaan olisi löytynyt muitakin asianmukaisia artikkeleita, kuin valitut. Tässä tuli esiin tekijän kokemattomuus tutkimuksen teossa Vahvistettavuudessa tulee arvioida, onko tutkimuksessa tutkijasta johtuvia virheitä. (Kankkunen-Vehviläinen & Julkunen 2017, 198). Opinnäytetyössä käytetyt artikkelit olivat pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja, tieteellisistä julkaisuista sekä vertaisarvioituja. Vanhemmaa kirjallisuutta on käytetty, jos tiedon on arvioitu olevan edelleen ajankohtaista ja vertailukohtana on käytetty tuoreempaa kirjallisuutta. Lähteinä on käytetty kotimaisia sekä kansainvälisiä artikkeleita ja kirjoittajien sidonnaisuudet on pyritty ottamaan huomioon artikkelin luotettavuutta arvioidessa.

Tutkimuksen luotettavuuteen kuulu myös käytetyn kirjallisuuden taso, ajankoh-taisuus sekä asianmukaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 136). Ongelmana kirjalli-suutta hakiessa oli oma kokemattomuus ja tottumattomuus hakukoneisiin sekä artikkeleiden laadun arviointiin. Oli myös hankalaa arvioida, kuinka paljon artikkelin kirjoittajan sidonnaisuuksia tulee ottaa huomioon ja kuinka suuri merkitys niillä lopulta on. Luotettavuuden näkökulmasta on merkityksellistä, että tutkija ilmoittaa sidonnaisuutensa tutkimukseen osallistuville ja raportoi niistä tutkimuk-sen tuloksia julkaistessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d). Valtaosassa tiedonhaulla löydetyistä artikkeleista oli mainittu sidonnaisuudet sekä muut rajoit-teet, mikä lisää tämän opinnäytetyön luotettavuutta.

Oleellista luotettavuuden kannalta on myös ymmärtää käyttämänsä tutkimusme-netelmän soveltuvuus tehtyyn tutkimukseen ja vastattiinko tutkimuskysymyksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 199). Tähän opinnäytetyöhön valittiin lähestymistavaksi toimintatutkimus, koska haluttiin kehittää asioita yhteistyössä koko työryhmän kanssa. Toimintamalli tuo esille haastatteluissa esiin tulleita seik-koja, jotka on raportoitu analyysia mukaillen. Tulosten raportoinnin tulee noudat-taa analyysin runkoa ja osoittaa miten tuloksiin on päästy (Tuomi & Sarajärvi 2018, 136).

Toimintatutkimuksen periaatteisiin kuuluu asioiden kehittäminen ja vallitsevien käytänteiden kehittäminen yhteistyössä tutkimukseen osallistujien kanssa. Prosessin on tarkoitus lisätä tutkijan sekä tutkittavien itsereflektiota, jotta kehitystä tapahtuisi asioissa sekä henkilössä itsessä. (Kuula 1999, 9, 150.) Koko kehittämistyön läpi pyrittiin hoitohenkilökunnan näkemykset ottamaan huomioon ja kehittämään toimintamallia työyhteisölähtöisesti. Keskusteltiin avoimesti, miksi toimintamallia lähdettiin kehittämään ja mitä sillä haettiin. Sen lisäksi korostettiin, että kehittäminen tapahtuu hoitohenkilökunnan esiin tuomista ongelmista ja ehdotuksista. Jotta työtä voisi käyttää hyödyksi omassa hoitotyössä tulee arvioida, että sen jokainen vaihe on tehty sekä eettisesti että luotettavasti, jonka lisäksi kaikkea aineistoa tulee käyttää eikä karsia sitä omien tarkoituksien mukaiseksi (Leino-Kilpi 2015, 361).

7.3 Tulosten tarkastelu

7.3.1 Muutokset HaiPro- ilmoituksissa

Tulosten mukaan HaiPro -tilastoissa oli neljän vuoden aikana tapahtunut selvää laskua, kokonaisilmoitusten määrän ollessa suurin vuonna 2018. Selkeää syytä ilmoitusten laskuun on vaikeaa löytää, koska osaston profiili on pysynyt koko ajan samanlaisena. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportin mukaan kaiken kaikkiaan psykiatristen hoitajaksojen määrä väheni vuodesta 2018 vuoteen 2019 koko maassa, näin myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. (THL 2020). Hoitajaksojen määrän vaikutusta osastolla tehtyjen HaiPro -ilmoitusten määrään ei voida tietää.

Osastolla kyseisellä ajanjaksolla tapahtuneet henkilökuntamuutokset saattavat myös olla osatekijöinä ilmoitusten kokonaismäärän vähenemiseen, koska uusia työntekijöitä ei ole välttämättä perehdytetty HaiPro -ilmoituksien tekemiseen. Toisaalta taas sijaisena saattaa olla kokemus, että ilmoituksen tekeminen kuuluu vakituiselle henkilöstölle. Alle vuoden osastolla työskennelleet hoitajat raportoivat

vähemmän väkivaltaa kuin pidempään työskennelleet. Syynä voi olla haluttomuus raportoida tapahtumia tai riskialttiiden tilanteiden välttäminen (Ridenour ym. 2015, 5). Osastolla ja toimialueella otettiin käyttöön Safewards -toimintamalli vuonna 2015, mutta sen toteutuminen osastolla on ollut vaihtelevaa, joten sen vaikutus osaston turvallisuuteen eikä sitä kautta vaaratapahtumailmoituksiin ei ole mainittava.

Myös hoitajien kokemus siitä, ettei vaaratapahtumien ilmoittamisesta koeta hyötyä on mahdollisesti yksi seikka, miksi ilmoitusten määrä on tasaisesti vähentynyt. Sen lisäksi osastolla vastuu ilmoitusten tekemisessä on pääsääntöisesti hoitajilla, vaikka tapahtumassa olisi osallisena esimerkiksi lääkäri. Howell ym. (2015) mukaan lääkärit ilmoittivat vain 2 %: a tapahtumista, ja puolet ilmoituksista tehtiin hoitajien toimesta. Lääkärit raportoivat enemmän vakavia vaaratapahtumia, kuin läheltä piti tapauksia. Vaikka tarve ilmoituksen tekemiseen tulisi esiin tiimissä, kirjaamisen suoritti useimmiten joku muu ammattiryhmä kuin lääkäri. (Howell ym. 2015.)

Kaiken kaikkiaan tehtyjen vaaratapahtumailmoitusten sisällössä ei ollut suuria muutoksia. Paikka, tapahtumatyyppi ja tapahtumaolosuhteet pysyivät pääsääntöisesti samoina. Suurimpana erona oli raportoitu väkivallan laatu, joka oli 2020–2021 pääosin fyysistä, kun taas 2017–2019 yleisempää oli verbaalinen väkivalta. Myös potilaiden itsetuhoinen käytös oli lisääntynyt ilmoitusten mukaan vuosina 2020–2021. Vuodesta 2018 eteenpäin hoitajien kommunikaatiossa ja tiedonsiirtymisessä on tapahtunut muutosta huonompaa, jonka lisäksi hoitohenkilökunnan osaamisen on koettu heikentyneen. Haastatteluissa esiin tulleita kommunikaatiopuutteita ei kuitenkaan ollut raportoitu vuoden 2021 ilmoituksissa. Ja vuosien 2020–2021 aikana raportoitiin myös kuormituksen ja uupumuksen vaikutuksia vaaratapahtumiin. HaiPro -ilmoitusten mukaan potilaan psyykinen vointi oli suuressa osassa osastolla tapahtuneita väkivaltatilanteita vuodesta riippumatta.

7.3.2 Haastatteluaineistojen tarkastelu

Osaston henkilökunnan kokemus osaston turvallisuudesta

Hoitaja kokivat osaston turvallisuuden opinnäytetyön tekohetkellä huonoksi ja epävarmaksi. Henkilökunnan vaihtuvuus aiheutti omat haasteensa, jonka lisäksi hoitajan kokemattomuuden nähtiin vaikuttavan siihen, miten hyvin potilaan vointia kyettiin havainnoimaan. Uusien työntekijöiden suoriutumisen säännöllinen arviointi sekä riittävä perehdytys ovat oleellisia uusien työntekijöiden kehitymisessä (THL 2016, 30). Hoitajan asenne, tietämys ja taidot sekä heikko perehtyminen mielenterveyslain mukaisiin käytäntöihin olivat osatekijänä siinä, kuinka ennakoivia toimenpiteitä osattiin toteuttaa (Oyelade ym. 2017, 10).

Osaston henkilökunta koki, että koska uusia työntekijöitä oli niin paljon, vastuu lankesi enemmän kokeneemmille työntekijöille, mikä taas vaikutti henkilökunnan voimavaroihin. Henkilökunnan jaksamisessa oleellista on kommunikaatio, tiimityöskentely ja vastuun jakaminen sekä organisaation tuki (Stevenson ym. 2015). Hoitajat toivat esille kokemattomien ja uusien hoitajien ymmärtämättömyyttä osaston profiilista, mikä koettiin riskiksi. Psykoosisairaiden potilaiden harhaisuus, pelot sekä tilanteiden väärin tulkitsemiset lisäävät riskiä väkivaltaan, kuten myös lääkityksen riittämättömyys tai pois jättäminen sekä aiempi väkivaltaisuus (Witt, Van Dorn & Fazel 2013).

Tärkeintä väkivallan ennakkoinnissa on riskien tunnistaminen sekä niiden suuruuden arvioiminen mikä ei ole mahdollista ilman riittävää hoitohenkilökunnan koulutusta. Väkivallan ennakkointi tulisi sisällyttää myös koulujen opintosuunnitelmaan (Balamurugan, Tessy & Nadakumar 2012, 6). Verhaege ym. (2014) mukaan psykiatriseen hoitotyöhön erikoistuneen sairaanhoitajat omasivat paremmat valmiudet aggressiivisen käytöksen hallintaan kuin hoitajat, joilla erikoistumista ei ollut (Verhaege ym. 2014, 14). Haastatteluaineiston mukaan osaston hoitajat eivät kuitenkaan kokeneet koulutuksen korreloivan suoraan osaamiseen vaan persoonalähtöisillä tekijöillä koettiin olevan suurempi vaikutus. Hoitajien tekeissä vaaratapahtumailmoituksissa toisten hoitajien osaamisessa koettiin kuitenkin puutteita, joiden koettiin vaikuttavan osaston turvallisuuteen. Geoffrion ym. (2020) Mukaan hoitajan lisäkoulutuksella voi olla suotuisa vaikutus siihen, miten

potilaiden aggressioon suhtaudutaan, jonka lisäksi koulutus lisää henkilökohtaista tietopohjaa potilaiden aggressioon liittyen (Geoffrion ym. 2020, 20).

Ongelmana turvallisuuden kannalta pidettiin hoitajia, joiden koettiin provosoivan potilaita tahollaan sekä käyttäytyvän epäasiallisesti. Hoitajien ennakkoluulot, asenteellisuus sekä itsevaltainen toiminta aiheuttivat potilaissa pelkoa sekä vihan tunteita. Tämä myös heikensi potilaiden halua avautua ja keskustella voinnistaan. (Van Wijk ym. 2014, 5.)

Hoitajat olisivat toivoneet enemmän esimiestukea epäasiallisen käytöksen kitkemiseen. Nyt kokemus oli, ettei hoitajien asiattomaan käytökseen puututtu riittävän ajoissa, vaikka ne olisivat johtaneet tilanteiden eskaloitumiseen. Organisaation tukea kaivataan väkivaltaisen käytöksen kitkemiseen ja moni hoitaja kokee jääneensä sen suhteen vaille tukea (Verhaege ym. 2014; Stevenson ym. 2015; Zaczuk ym. 2018).

Toisten hoitajien ajateltiin myös vähättelevän tilanteita ja pääsevän vähemmällä, kun eivät puutu tilanteisiin ja aseta rajoja. Myös avun saaminen päällekkäisissä tehtävissä koettiin välillä haasteelliseksi. Oyelade ym. (2017) mukaan osa hoitajista kokee de-eskalaation menetelmien käytön haasteellisiksi, koska apua ei ole ollut saatavilla aina, kun sitä tarvitsi, mikä herätti petetyksi tulemisen tunteita (Oyelade ym. 2017, 11). Hoitajien henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttivat siihen, miten potilaan käytökseen suhtauduttiin ja kuinka paljon sitä siedettiin (Olabisi ym. 2019, 4). Aineiston mukaan osan hoitajista koettiin suhtautuvan tilanteisiin välinpitämättömästi. Konfliktien syntymisessä on hoitajalähtöisiä tekijöitä sekä potilaslähtöisiä tekijöitä. Potilaiden keskinäiset vuorovaikutustavat sekä hoitajan vuorovaikutustavat, toimitaanko tiiminä vai yksilönä (Bowers 2014, 502). Työkokemuksella ei koettu olevan merkitystä, jos kokonaisuus ei ollut hallussa. Varmuutta uhkaavissa tilanteissa toimimiseen, saadaan kokemuksen kautta, jonka lisäksi keskeistä ovat hoitajien asenteet ja käytös (THL 2016, 29).

Aineistosta tuli esille, kuinka peruslääkityksen perillemeno oli hoitajien kokemuksen mukaan epävarmaa ja lääkehoito kokonaisuudessaan riittämätöntä. Kokemus oli, että väkivaltatilanteista suuri osa liittyi siihen, ettei potilasta lääkitty riittävästi tai ennakkoon. Glantz ym. (2019) tutkimuksen mukaan hoitajat kuitenkin

viettivät suurimman osan päivästänsä lääkehoitoon liittyvissä asioissa, muunlaisen hoidon jäädessä vähäisemmäksi (Galanz ym. 2019, 5). Potilaiden kokemus lääkehoidosta oli enemmänkin rangaistus kuin hoitotoimenpide ja se koettiin eräänlaisena hiljentämiskeinona (Van Wijk ym. 2014, 5). Osaston hoitajat taas pitivät lääkitystä tärkeänä hoidollisena toimenpiteenä ja osana hoitoa enemmän kuin rangaistuskeinona. Lääkityksen tärkeyttä psykoottisten oireiden hallitsemisessa tuotiin esille. Hoitajien kokemuksen mukaan lääkityksen toteutuminen oli oleellista potilashoidossa ja väkivallan ennakoinnissa. Swanson ym. (2008) tutkimuksen mukaan toteutunut lääkehoito vähensi väkivallan riskiä skitsofreniaa sairastavilla potilailla, paitsi siinä tapauksessa, jos potilaalla oli taustalla myös antisosiaalista käytöstä (Swanson ym. 2008).

Perehdytyksen osastolla myönnettiin olevan vajavaista ja siihen toivottiin muutosta, ja varsinkin turvallisuuteen liittyvissä asioissa toivottiin kertausta ja yhtenäisiä toimintatapoja. Työturvallisuuskeskuksen mukaan perehdyttäminen on tehokasta ennakoivaa turvallisuustoimintaa, jonka lisäksi se on lakisääteistä (Työturvallisuuskeskus N.d). Myös hoitajilla oli kokemus, että vajavainen perehdytys asettaa kaikki riskiin, jos hoitajalla ei ole osaamista tai kykyä ennakointiin. Perehdyttävällä itsellään on myös vastuu aktiivisesti hakea tietoa (Parkkinen 2016, 44). Hoitajat toivatkin esille, että vastuu osaston toimintatapojen omaksumisesta on myös uudella työntekijällä itsellään.

BVC-mittari sekä toimintamallin kehittäminen aiheuttivat moninaisia tunteita, varsinkin alkuvaiheessa. Esille tuli ajatus siitä, että kyseisiä toimia toteutettiin automaattisesti eikä toimintamallille olisi sitä kautta tarvetta. Ristiriitaa loi kuitenkin se, että aineiston perusteella tuli esille, etteivät perusasioiksi koetut toiminnot kuitenkaan toteutuneet. Damawan & Azizah (2019) mukaan vastarinnan taustalla voi olla työntekijän kokemus siitä, ettei tarvetta oman toiminnan kehittämiseksi ole (Damawan & Azizah 2019, 49). James ym. (2017) mukaan eri toimintamallien toteutumiseen vaikuttavat tiimin kulttuuri ja dynamiikka sekä hoitohenkilökunnan arvot ja ajatukset toteutettavaa toimintamallia kohtaan (James ym. 2017, 7). Saadun aineiston mukaan BVC-merkintöjen toteuttaminen koettiin osittain lisätyönä eikä pisteiden antamisessa koettu saavan lisäarvoa potilaan hoitoon.

Hoitajien kokemukset toimintamallista

Koska toimintamalli sisälsi useampia kohtia ei kaikkien toteuttaminen tuntunut mielekkäältä eikä mahdolliselta. Bowers:n (2014) mukaan kehitystä hakiessa voi olla järkevintä toteuttaa se pikkuhiljaa, jotta ihmisillä on aikaa tottua ajatukseen muutoksesta ja se samalla mahdollistaa keskittymisen suurimmiksi koettuihin ongelma-kohtiin (Bowers 2014, 505). Toimintamallista valittiin kokeiltavaksi lääkitykseen liittyvät kohdat, koska oli paljon tilanteita missä lääkkeen perillemeno ei ollut toteutunut mikä oli heijastunut heikentävästi potilaan vointiin.

Vaikka BVC -merkinnät koettiin hyödyllisiksi, oman intuition käyttäminen BVC-merkintöjen kertymisen suhteen herätti ristiriitaa. Pisteiden kertymisperiaatteetkin koettiin epäselvinä. Uhkaavan väkivallan tunnistaminen potilaan olemuksesta ja fyysisten merkkien tunnistaminen on oleellista potilaan aggression arvioinnissa (Ridenour ym. 2015, 8; Sarver ym. 2019, 480). Hoitajien henkilökohtaiset ajatukset siitä mikä koetaan aggressiivisena ja kuinka paljon sitä siedetään, vaikuttavat siihen, miten tilanteisiin suhtaudutaan (Olabisi ym. 2019). Hoitajien eri tavat koota pisteitä koettiin mittarin uskottavuutta heikentävänä tekijänä, vaikka toisaalta BVC-liikennevalomallin koettiin helpottavan osaston kokonaistilanteen hallintaa. Riskien arviointi onkin hankalaa ja vaatii yhtenäisiä toimintaohjeita, mutta toteutuessaan hyödyttää sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita (Almvik 2008, 56).

Oyelade ym. (2017) mukaan hoitaja- potilassuhteen koettiin vaikuttavan ennakoitikeinojen tehokkuuteen (Oyelade ym. 2017, 14). Potilaiden huomioimisen koettiin olevan myös toimintamallin oleellinen sisältö, mikä ei kuitenkaan täysin toteutunut. Hoitajien puhelimenkäytön rajaaminen koettiin osittain tarpeelliseksi. Potilaiden kokemus oli, että hoitajien tulisi kommunikoida suoraan ja olla läsnä sen sijaan, että ovat puhelimella tai koneella (Van Wijk ym. 2014, 6).

Kokonaisuudessaan toimintamalli koettiin hyödyllisenä ja ajateltiin, että toimintamallin toteutuminen vaatii ymmärrystä sen taustalla olevista syistä. Toimintatutkimukseen sisältyikin aina uuden oppimista ja oivaltamista, jonka seurauksena muutos tapahtuu (Puusa & Juuti 2020. 256).

7.3.3 Toimintamallin tarkastelu

Kehitettyssä toimintamallissa lääkitystilanteet pyrittiin turvaamaan sijoittamalla toinen hoitaja ruokasalin puolelle sekä toimimaan injektioiden annossa pareina. Myös valvottuun lääkkeenjakoon paikalle useampi hoitaja, koska usein tilanteessa oleva potilas on äärimmäisen lääkekielteinen, mikä jo suurentaa riskiä tilanteiden eskaloitumiseen. Aiempien tutkimusten mukaan 54 %:a väkivaltaisista tilanteista oli hoitajien kokemuksen mukaan täysin ennakoimattomia ja suuri osa eskaloituneista tilanteista liittyi lääkityksen antamiseen tai potilaan rajaamiseen (Omerov, Edman & Wistedt 2004, 366; Ridenour ym. 2013, 7; Van Wijk ym. 2015, 5).

Osaston ruokalutilanteissa tyytymättömyys ruokaan herätti negatiivisia tunteita potilaissa, ja linjastolta otettuna viimeisenä tulleet potilaat saattoivat jäädä vähälle ruualle, mikä lisäsi riskiä konflikteihin. Van Wijk ym. (2016) mukaan potilaiden turhautumista lisäsi kokemus huomiotta jättämisestä ja välinpitämättömyydestä vuorovaikutuksessa, mikä lisäsi vihan purkauksia. Sen lisäksi ruuan määrä ja laatu herätti negatiivisia tuntemuksia ja ruokailutilanteissa toisten potilaiden läsnäolo koettiin ahdistavana. Osa potilaista koki ruokaan liittyvät negatiiviset kokemukset hoitajien aiheuttamina ja kokivat, ettei heidän tarpeisiinsa vastattu hoitajien toimesta siinä tilanteessa. (Van Wijk ym. 2016, 3–5.) Toimintamallin mukaisesti 2–3 hoitajaa valvomassa ruokailutilanteita helpotti hoitajien mukaan tilanteiden ennakoimista.

On olemassa potilaskohtaisia piirteitä, joiden perusteella on mahdollista ennakoita mahdollista väkivaltaista toimintaa (Bowers 2014, 502). Onkin tärkeää olla tietoinen omasta toimintaympäristöstään ja tunnistaa siinä mahdollisesti olevat riskitekijät, koska osasto olosuhteissa tilanteet harvoin kehittyvät ilman ennusmerkkejä (Stevenson ym. 2015, 9; Faccio 2020). Läsnäoloa ja ympäristön havainnointia korostettiin toimintamallissa ja esimerkiksi oman puhelimen käyttöä pyrittiin rajaamaan. Hoitajien kyky sensitiivisyyteen sekä pyrkimys mielekkäiseen ja tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen, estää osaltaan väkivaltaisten tilanteiden syntymistä. Hoitoympäristö missä henkilökunta jatkuvasti kehittää vuorovaikutustaitojaan parantaa osaltaan myös osaston turvallisuutta. (Gudde ym. 2015, 452–454.)

Osaston puolella tulisi olla aina joku, myös raporttien aikana, koska kuuluvuus sekä näkyvyys suljetun oven taakse on rajallinen. Hoitajien näkymättömyys osastolla luo myös osaltaan riskejä tilanteiden eskaloitumiseen, mutta voi aiheuttaa toisissa potilaissa pelon ja ahdistuksen tunteita (Van Wijk ym. 2014, 16). Tulee olla ymmärrys siitä, mistä potilaan aggressio johtuu, koska se lisää osaltaan ymmärrystä tilanteesta ja auttaa valitsemaan tarkoituksenmukaisen tavan puuttua (Verhaege ym. 2014, 20; Faccio ym. 2020).

Osaston nykyisen perehdytysmallin kehittäminen oli keskeinen osa toimintamallia ja sitä on tarkoitus kehittää eteenpäin tekemällä siitä selkeämpi ja strukturoidumpi kokonaisuus. Perehdytyksessä on oleellista rajata annetun tiedon määrää, jotta se on mahdollista sisäistää. Esimiehen vastuu on antaa tukea sekä perehdyttäjälle, että perehdytettävälle prosessin onnistumiseksi. On oleellista antaa palautetta sekä ottaa sitä vastaan. (Parkkinen 2016, 43.)

Sarver ym. (2019) toteavat, ettei sisäänottopäivänä lääkittyjen ja ei lääkittyjen välillä ollut huomattavaa eroa hoitotoimenpiteissä, mutta potilaat, jotka olivat vaatineet toisena hoitopäivänä toimenpiteitä, olivat saaneet korkeampia BVC-pisteitä hoitoon tulo päivänä (Sarver ym. 2019). BVC-liikennevalomalli otettiin osaksi toimintamallia, jotta potilaiden mahdollinen riskikäyttäytyminen tulisi näkyväksi koko henkilökunnalle, vaikka potilas olisi vieras eikä potilaan tietoihin olisi ehtinyt tutustua. Akuuttiosastolla potilaiden aikaa vievä säännöllinen tarkkailu mahdollisen väkivallan havaitsemiseksi ei ole yleensä mahdollista, ja siitä syystä tarvitaan mittareita, joilla voidaan helposti ja nopeasti arvioida mahdollisia riskejä (Almvik 2008, 64).

7.4 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyönä tehty potilaiden väkivaltaista käytöstä ennakoiva toimintamalli aikuispsykiatrian osastolle on yksi turvallisuutta ylläpitävistä toimintamalleista, joita osastolla jo on. Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan toimintamallin pidemmän aikavälin toteutuvuuden sekä toimivuuden seuranta. Toimintamallia tulee jatkossa kehittää ja kartoittaa tarkemmin sen eri kohtien sisällöllisiä seikkoja, ja sitä millä

toimintamallin osa-alueella koetaan olevan eniten kehittämistarvetta. Potilaiden kokemuksia kehitetyn toimintamallin mukanaan tuomista muutoksista, olisi myös hyvä tutkia. Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan myös vaaratapahtumailmoitusten hyödyn kartoitusta turvallisuuden ylläpitämisessä.

Jatkossa osaston henkilökunta on edelleen tarkoitus ottaa mukaan toimintamallin kehitystyöhön, jotta muutos olisi mahdollista ja työyhteisön tarpeisiin perustuvaa. Seuraavassa vaiheessa aloitetaan uusi sykli toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan ja kartoitetaan nykyistä tilannetta, ja pyritään tunnistamaan esiin tulleita uusia kehitystarpeita. Tämän pohjalta lähdetään miettimään uusia toimintaa kehittäviä tapoja.

LÄHTEET

Almviik, R. 2008. Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist. Thesis for the Degree of Doctor Philosophiae. Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine Department of Neuroscience.

<http://riskassessment.no/files/PhD-Thesis-Almviik-2007.pdf>

Anderson, E. & Corneli, A. 2018. 100 Questions (and Answers) About Research Ethics. London: SAGE Publications.

Balamurugan, G., Tessy, T.J. & Nadakumar, P. 2012. Patients' Violence towards nurses: A questionnaire survey. Survey. International Journal of Nursing 1(1), 2012.

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

Candini, V., Ghisi, M., Bianconi, G., Bulgari, V., Carcione, A., Cavallera, C., Giovanni Conte, G., Cricelli, M., Ferla, M-T., Ferrari, C., Iozzino, L., Macis, A., Nicolò, G., Stefana, A. & de Girolamo, G. 2020. Aggressive behavior and meta-cognitive functions: a longitudinal study on patients with mental disorders. Annals of General Psychiatry, 19 (36).

Candini, V., Ghisi, M., Bottesi, G., Ferrari, C., Bulgari, V., Iozzino, L., Boero, M-E., De Francesco, A., Maggi, P., Segalini, B., Zuccalli, V., Giobbo, G.M., Rossi, G. & De Girolamo, G. 2018. Personality, schizophrenia, and violence: A longitudinal study. Journal of Personality Disorders, 32(4), 465-481.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Damawan, A. & Azizah, S. 2019. Resistance to Change: Causes and Strategies as an Organizational Challenge. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, vol. 395, 49–53.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 27–44.

Faccion, E., Anon. & Rocelli, M. 2020. It's the way you treat me that makes me angry, it's not a question of madness: Good and bad practice in dealing with violence in the mental health services. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing 20, 1–7.

Geoffrion S, Hills DJ, Ross HM, Pich J, Hill AT, Dalsbø TK, Riahi S, Martínez-Jarreta B, Guay S. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. Art. No.: CD011860.

[Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers - Geoffrion, S - 2020 | Cochrane Library](#)

Gudde Buch, C., Olso Moller, T., Whittington, R. & Vatne, S. 2015. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multi-disciplinary Healthcare* 2015:8 449–462

Heikkinen, L., Kontinen, T. & Häkkinen, P. 2010. Toiminnan tutkimisen suunnaukset. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Vantaa: Hansaprint Oy. 39–75.

Heikkinen, H. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: Vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 204–219.

Hirsijärvi, S & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Howell A-M, Burns EM, Bouras G, Donaldson LJ, Athanasiou T. & Darzi, A. 2015. Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data. *PLoS ONE* 10(12), e0144107.

James, K., Quirk, A., Patterson, S, Brennan, G. & Stewart, D. 2017. Quality of intervention delivery in a cluster randomised controlled trial: a qualitative observational study with lessons for fidelity. *Trials* 18: 548.

Järvelin, J., Kääriäinen, S. & Passoja, S. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017. Tilastoraportti 33/2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 29.11.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals. Toward evidence based clinical nursing. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Konttila, J. 2020. Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välisestä yhteydestä aikuispsykiatrisessa avohoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kvale, S. 2007. Doing interviews. London: Sage Publications. Luettu 4.12.2020. <http://methods.sagepub.com/book/doing-interviews>

Lagerspetz, K. 1992. Onko ihminen luonnostaan väkivaltainen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 108 (3), 214.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Makkonen, P., Putkonen, A, Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpaperi 35/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mauri, M.C., Cirnigliaro, G., Di Pace, C., Paletta, S., Reggiori, A., Altamura, C & Dell’Osso. B. 2019. Aggressiveness and violence in psychiatric patients: a clinical or social paradigm? CNS Spectrums 24(5), 1–10.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luettu 20.11.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo. Mitä on aggressio. N, d. Luettu 20.10.2021. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/aggression_tunteen_oma-hoito/Pages/mita_on_aggressio.aspx

Olabisi, I., Ajibade, L., Ajao, O., Ejidokun, A. & Oriola, O. 2019. Experience and Attitude of Psychiatric Nurses toward Inpatient Aggression in a Nigerian Psychiatric Hospital. International Journal of Caring Sciences 12 (3), 1547-156.

Omerov, M., Edman, G. & Wistedt, B. 2004. Violence and threats of violence within psychiatric care – a comparison of staff and patient experience of the same incident, Nordic Journal of Psychiatry, 58:5, 363–369.

Oyelade, O., Smith, A. & Jarvis, M. 2017. Dismissing de-escalation techniques as an intervention to manage verbal aggression within mental health care settings: Attitudes of psychiatric hospital based Nigerian mental health nurses. African journal of Nursing and Midwifery 19 (2), 1-18.

Parkkinen, A. 2016. Perehdyttämisprosessi organisaation eri toimijoiden näkökulmasta. Kauppatieteellinen tiedekunta. Johtaminen ja organisaatiot. Vaasan Yliopisto. Pro Gradu.

Perustuslaki 11.6.1999/731. Luettu 20.11.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä, J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella. Tampereen yliopistollinen sairaala aikuispsykiatrian toimialue Tampere. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisu 2/2011.

Puntalo, P., Paavilainen, E., Aho, A-L., Palonen, M. & Kylmä, J. 2019. Hoitajien kokemuksia potilaiden heihin kohdistamasta väkivallasta oikeuspsykiatrisella osastolla. Tutkiva Hoitotyö 17 (3) 10–18

Puusa, A & Juuti, P.2020. Toimintatutkimus. Sekä toimintaa että tutkimusta. Teoksessa Puusa, A & Juuti, P. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. 1. painos. Gaudeamus.

Pshp Toimintaohje osastolle XX.2018. Luettu 29.12.2020.

Psykiatrinen sairaalahoito PSHP. Luettu 29.11.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito\(29854\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Psykoosit/Psykiatrinen_sairaalahoito(29854))

Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R & Amandus, H. 2015. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. National Institute for Occupational Safety and Health. Work 51, 19-28.

Ross, J., Bowers, L. & Stewart, D. 2012 Conflict, and containment events in inpatient psychiatric units. Journal of Clinical Nursing 21,15-16.

Sarver, W., 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 25(6), 476–486.

Safewards. 2020. Luettu 20.12.2020. <http://www.safewards.net/>

Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L & LeGris, J. 2015. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. BMC Nursing 14 (35), 1–13.

Suojanen, U. 1992. Toimintatutkimus koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen välineenä. Loimaa: Kirjapaino Oy.

Swanson, J., Swartz, M., Van Dorn, R., Volavka, J., Monahan, J., Stroup, S., McEvoy, J., Wagner, R., Elbogen, E. & Lieberman, J.2008. Comparison of anti-psychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 193, 37–43.

Tampereen kaupunki. N.d. Neuropsykiatriset vaikeudet. Arjen tuki ja selviytymiskeinot. Nepsy-kuvat. Luettu 21.10.2021.

<https://www.tampere.fi/ekstrat/nepsy/kiukunhallinta.html>

Tays pitkäniemi, toimipaikat. Luettu 29.11.2020. https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi

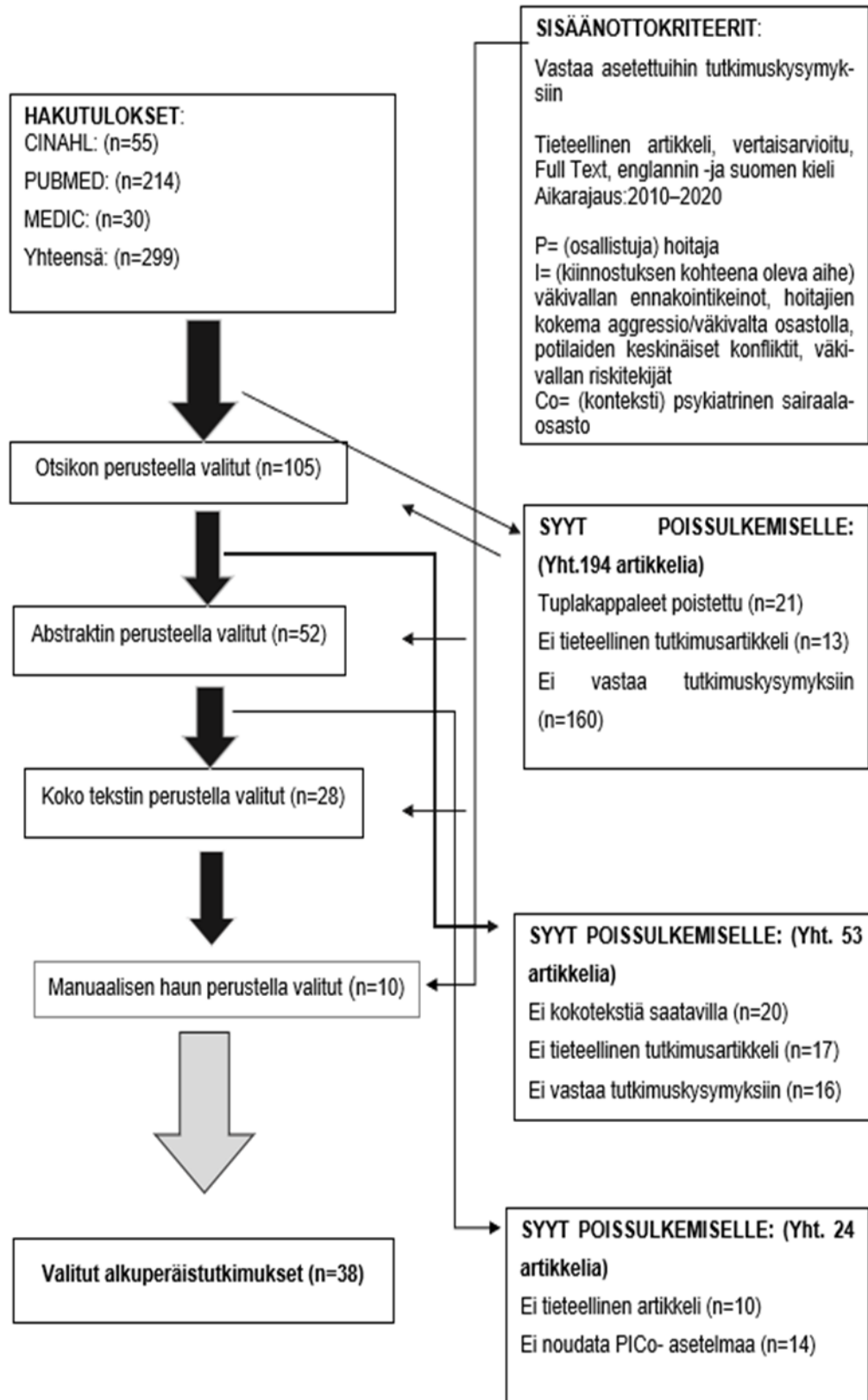
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 53/2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoido. Luettu 27.10.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR_53_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tietokantaraportit.2020. Luettu 29.11.2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/tietokantaraportit#Erkoissairaanhoidon%20palvelut>

- Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project. Paternalism and Autonomy. Oulu. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. uudistettu painos 2018. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. N.d. Luettu 25.10.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>
- Työturvallisuuskeskus. N.d. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet/tyohon_perehdyttaminen_ja_tyonopastus#e4f7ed16 Luettu 12.10.2021.
- Vaaler, A., Iversen, V., Morken, G., Fløvig, J., Palmstierna, T. & Linaker, O. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. BMC Psychiatry 11 (44).
- Van Wijk, E., Traut, A & Julie, H. 2014. Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. School of Nursing, University of the Western Cape, South Africa. Original research. African Online Scientific Information System PTY LTD.
- Verhaeghe, S., Duorez, V., Beeckman, D., Leys, J., Van Meijel, B & Van Hecke, A, 2014. Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations with Nurse-Related Characteristics. Perspectives in Psychiatric Care 52, 12–24.
- Vilkkä H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Webster, C. D, Martin, M-L, Brink, J, Nichols, T & Desmairais, S-L. 2009. Comprehensive Guide, version 1.1. Consultant Edition-julkaisu. Tiivistetty ja lyhennetty versio, START. Lyhyen aikavälin riskin ja hoidettavuuden arvio. 2014. Helsinki: Hogrefe Psychologien kustannus.
- Witt, K., van Dorn, R. & Fazel, S. 2013. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoS ONE 8(2) e55942.
- Woods, P. & Almvik, R. 2002. The Broset Violence Checklist (BVC). Acta Psychiatr Scand 106 (412), 103–105.
- Zaczyk, I., Młoczek, M., Wilczek-Rużyczka, E & Kwak, M. 2018. Patient aggression on inpatient psychiatric wards. Polish Nursing 4 (70), 339–345.

LIITTEET

Liite 1. Aineiston valintaprosessi



Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt artikkelit

Liite 1(5)

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä, aineisto, analyysi	Päätulokset
Almvik, R. 2008, Norja	Broset Violence Checklistin (BVC) kehitys ja validaatio	Väitöskirja	BVC mittari auttaa arvioiman väkivaltaista riskikäytöstä 24 h ajanjaksolla
Balamurugan ym. 2012. Intia	Määritellä hoitajien kohtaaman väkivallan määrä, verrata verbaalista sekä fyysistä väkivaltaa ja löytää assosiaatio näiden välillä	Kvalitatiivinen tutkimus. Kuvallinen kyselylomake	Tulosten mukaan hoitajat tarvitsevat koulutusta terapeuttiseen vuorovaikutukseen sekä itsesuojeluteknikoihin
Bowers, L, 2014, UK	Safewards mallin esittelemine	systemaattinen katsaus	Safewards esittelee uusia toimintamalleja interventioiden kautta
Candini ym., 2020. Italia	Tutkia eroja huonot metakognitiiviset (PM) taidot omaavien sekä hyvät metakognitiiviset taidot (GM) omaavien potilaiden välillä suhteessa väkivaltahistoriaan. Sekä tutkia eroja näiden kahden ryhmän välillä suhteessa aggressiiviseen käytökseen vuoden seurantajaksoilla ja analysoida aggressiivisen käytöksen ennusmerkkejä.	Määrällinen, prospektiivinen kohorttitutkimus. Apuna arvioinnissa oli Modified Overt Aggression Scale (MOAS). Yhteensä 180 potilasta, osastohoidossa 44 % ja avohoidossa 56 %, 75 % miehiä, joista puolella väkivaltahistoriaa. Kaksi ryhmää PM ja GM jaettuna Multilevel Assessment Instrument (MAI)-pisteiden mukaan.	Huonot metakognitiiviset ominaisuudet eivät itsessään ennusta aggressiivista käytöstä, mutta metakognitiivisillä ominaisuuksilla oli yhteyttä vihamieliseen ja vihaiseen reagointiin, aggressiivista käytöstä ennustettaessa. Persoonallisuuden piirteet ja aikasempi väkivaltaisuus, vihamielisyys olivat aggressiivisen käytöksen ennusmerkkejä.
Candini ym., 2018. Italia	Persoonallisuuden piirteiden ja persoonallisuushäiriöiden vaikutusta aggressioon, vihamielisyyteen, impulsiivisuuteen sekä väkivaltaiseen käytökseen, vuoden seurantajaksoilla. Osalla taustalla aiempaa väkivaltakäytöstä osalla ei lainkaan.	Määrällinen pitkittäistutkimus. Eri kliiniset mittarit ja arviointiasteikot. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II MCMI-III Modified Overt Aggression Scale (MOAS) Analyysi SPSS	Persoonallisuuden piirteiden arvioiminen osana väkivaltaisen käytöksen riskiarviointia sekä ennakoivien interventioiden suunnittelua on asianmukaista ja perusteltua
Damawan ym. 2020	Muutosvastarinta organisaation haasteena	kirjallisuuskatsaus	Muutosvastarintaan vaikuttavat sekä persoonalähtöiset, että tilannekijät.
Faccio ym., 2020. Italia.	Hoitajien vuorovaikutus tyyli	Kertomus tutkimusmenetelmänä	Ottaa käyttöön kaikki menetelmät, jotta sisään kirjatuksi osastolle tulisi potilaan lisäksi yksilö

(Jatkuu...)

Liite 2(5)

Geoffrion ym. 2020	Koulutuksen vaikutus väkivallan hallintaan hoitotyöntekijöillä	kirjallisuuskatsaus	Koulutus yhdistettynä interventioiden harjoitteluun saattaa edesauttaa väkivallan hallintaa, tulokset ristiriitaisia
Gudde Buch ym. 2015.	Palvelunkäyttäjien kokemuksia väkivaltaan johtaneista syistä	systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Hoitohenkilökunnan asenteilla ja toiminnalla oli vaikutus palvelunkäyttäjien kokemuksiin väkivallan syistä
Howell ym 2015.	Vaaratapahtumailmoitusten merkitys sairaalan turvallisuuteen	Kvantitatiivinen tutkimus. SPSS analyysi.	Auttaa havaitsemaan potentiaalisia riskejä
James ym. 2017	Implementaation tasoa Safewards mallin toimeenpanossa psykiatrisella osastolla. Tarkkailumenetelmää hyödynnäen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tarkkailu metodia käytettiin tiedon keräämiseen ja tiedot analysoitiin teemaanalyysillä.	Riittäväällä koulutuksella tarkkailusta voidaan saada laadukasta dataa implementaation tasosta.
Kontio 2011, Suomi	Potilaiden eristämisen ja sitomiskäytäntöjen kehittäminen	Väitöskirja	Potilaan näkökulma tulee ottaa enemmän huomioon sekä yhdistää ammattilliseen täydennyskoulutukseen hoitohenkilökunnan tukeminen
Konttila 2020, Suomi	Hypoteettinen malli työssä kohdatun väkivallan ja työhyvinvoinnin välistä yhteyttä	Väitöskirja, Kvalitatiivinen tutkimus tutkimuksessa kehitetyllä VIA-Q-mittarilla sekä Nordic Questionnaire for Monitoring The Age Diverse Workforce (QPSNordic-ADW) -mittarilla	työssä kohdatulla väkivallalla ja työuupumuksella on yhteys. Se aiheutti uupumusta, masennusta. Organisaation johdon tuki koettiin puutteelliseksi.
Mauri ym. 2019. Italia	Analysoida väkivallan ilmaantumista, sosiodemograafisia ominaisuuksia sekä vakavuutta psykiatrisen diagnoosin omaavilla potilailla	The Modified Overt Aggression Scale (MOAS) avulla arvioitiin 400 psykiatrisen diagnoosin omaavaa potilasta. Clinical Global Impression (CGI) avulla psykopatologiaa	Tulosten mukaan persoonallisuushäiriöt sekä sosiodemograafisia, sisältäen taloudelliset seikat ovat määritteleviä tekijöitä psykiatrisen diagnoosin omaavilla potilailla
Olabisi ym. 2019.Nigeria.	Psykiatrisen hoitajien asenteet aggressiivista asiakasta kohtaan	Kvantitatiivinen poikittais-tutkimus, The Attitudes Towards Aggression Scale (ATAS). 170 psykiatrista hoitajaa. Analysis of Variance (ANOVA) and itsenäinen t- testi	Hoitajat kokivat aggression väkivaltaisen ja vahingollisena, normaalina ja funktionaalisena ja loukkaavana enemmän kuin tungettelevana ja tuhoisana

(Jatkuu...)

Liite 3(5)

Oyelade ym. 2017. Nigeria	Tuoda esille de-eskalaatio tekniikat interventiona sekä kuvata palautetta, jota niistä saatiin nigerialaisilta mielenterveys hoitajilta	Kvalitatiivinen menetelmä, sisällönanalyysi ryhmähaastatteluista ennen ja jälkeen interventioiden. Yksi suullinen ja yksi visuaalinen esitys tekniikoista.	Osallistujat kokivat pettymystä, että de-eskalaatio tekniikoita pidettiin näyttöön perustuvina ja kokivat tulleen koko palvelujärjestelmän pettäviksi
Omerov ym. 2004. Ruotsi	Tarkoitus vertailla hoitohenkilökunnan sekä psykoottisten potilaiden kokemuksia yhdestä ja samasta väkivaltaisesta tapahtumasta	Kvantitatiivinen tutkimus. Staff Observation Aggression Scale (SOAS) sekä haastattelu potilaiden kokemuksista sekä DSM-III-R 41 potilasta sekä 41 hoitotyöntekijää	Hoitajien ja potilaiden kokemukset olivat ristiriitaisia ja potilaat kokivat tulleen tilanteessa provosoituksi, kun taas hoitajat katsoivat tilannetta hyötynäkökulmasta
Puntalo ym. 2019. Suomi	Hoitajien kokemuksia heihin kohdistuneesta väkivaltaisesta oikeuspsykiatrisella osastolla	Kvantitatiivinen tutkimus, aineistolähtöinen sisällönanalyysi, 21 teema-haastattelua.	Väkivalta potilaiden taholta lisäsi henkistä ja fyysistä kuormitusta hoitajissa. Ja tukea organisaatiolta kaivattiin.
Ridenour ym.2015 USA	Väkivallan riskitekijät ja ilmaantuvuus psykiatrista hoitohenkilökuntaa kohtaan	284 hoitajaa kahdeksalta suljetulta osastolta vuosien 2007–2010 välillä USA:ssa. Kvalitatiivinen menetelmä: Modified Overt aggression Scale (MOAS), Mantel-Hanzel chi-square tilastomenetelmä	Hoitajilla on suuri riski kohdata väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä
Ross ym. 2012.	Kuvata konfliktikäytöksen tyyppiä ja laajuutta ensimmäisen kahden viikon ajalta sisäänkirjoituksesta. Sekä menetelmiä, joilla henkilökuntakäyttöä hallitakseen tilanteita.	Poikkileikkaustutkimus, 522 potilaan hoitokertomukset kahden viikon ajalta sekä tilastoja konflikteista ja erityksistä	Potilailla tiettyjä kaavoja käytöksessään ja vaativat erilaisia lähestymistapoja henkilökunnalta
Sarver ym.2019.USA	Tarkoituksena määritellä onko BVC mittarin ja väkivaltaisten tapahtumien suhdetta 24 h sisällä	retrospektiivinen kohorttitutkimus	Tulokset näyttivät suurentuneen riskin väkivaltaan jokaisen BV pisteen myötä sisäänkirjoituksesta C
Stevenson ym. 2015. Kanada	Psykiatristen hoitajien kokemuksia potilaiden väkivaltaisuudesta akuutilla suljetulla osastolla	Kvalitatiivinen tutkimus, 17 puoli-strukturoitua haastattelua 12:sta hoitajalta, jotka olivat raportoineet väkivallasta osastolla.	Väkivallan ajateltiin osittain kuuluvan työnkuvaan, mutta herätti myös ristiriitaa omasta roolista hoitajana tapahtuman jälkeen. Koulutus, tukeva työyhteisö ja jälkipuinnit koettiin asioiksi, joilla väkivaltaa voitaisiin estää.

(Jatkuu...)

Liite 4(5)

Swanson ym. 2008. UK	Antipsykoottisen lääkeytyksen väkivaltaa vähentävä vaikutus	1445 antipsykoottista lääkitystä käyttävää potilasta	lääkityksellä yhteys väkivaltaisen käytöksen hillitsemisessä psykoottisilla potilailla
Tuohimäki 2007, Suomi	Pakon käyttö suomessa psykiatristen potilaiden hoidossa	Väitöskirja, rekisteri ja haastattelututkimus	Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet ovat suomessa yleistä. Kansainvälisen vertailun tekeminen hankaa erilaisten lainsäädäntöjen vuoksi.
Valeer ym. 2011.	Potilaslähtöisten sekä ympäristölähtöisten tekijöiden ennakoivat tekijät suhteessa väkivaltaan ja uhkauksiin ensimmäisen kolmen päivän aikana psykiatrisella intensiivi- osastolla	Kvantitatiivinen tutkimus. Tilastoja sisäankirjoituksista, Bvc Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)	Kliininen arviointi sekä BVC mittari ovat tehokkaita lyhytaikaisen aggression toteamiseen
Van Wijk ym. 2014. Etelä Afrikka	Kuvailla potilaiden näkemyksiä mahdollisista ympäristön ja hoitohenkilökunnan ominaisuuksista, joilla on vaikutusta väkivaltaisuuteen osastolla	40 potilasta kahdesta psykiatrisesta laitoksesta, kvalitatiivinen fenomenologinen menetelmä. Semi-strukturoidut yksilohaastattelut kuuden kuukauden ajan. Teschin kuvaileva avoimen koodin analyysi.	Asumisolosuhteet osastolla sekä osaston tunnelma ja osaston henkilökunnan vuorovaikutustavoilla koettiin olevan vaikutusta väkivaltaiseen käytökseen
Verhaeghe ym. 2014. Alankomaat	Psykiatrialla työskentelevien hoitajien asenteita potilaiden aggression sekä hoitajälähtöisten seikkojen vaikutusta	Kvantitatiivinen poikittaistutkimus. 219 psykiatrialla työskentelevää hoitajaa yhdeksästä sairaalasta. Kyselylomakkeet: Attitude Toward Aggressive Behavior Questionnaire (ATABQ), Confidence in Coping With Patient Aggression Instrument (CCPAI) the Professional Quality of Life Questionnaire (ProQoL). Analyysi SPSS v21.ohjelmalla	Hoitajan asenteella oli merkitystä potilaiden aggression hallinnassa

(Jatkuu...)

Liite 5(5)

Witt ym. 2013. U. K	Riskit ja suojelevat tekijät väkivaltaan psykoottisella henkilöllö	Systemaattinen katsaus, meta-analyysi (PRISMA)tulosten analysointi STATA-IC ohjelmalla	Psykoosisairailta on tiettyjä riskitekijöitä, jotka liittyvät lisääntyneeseen väkivaltariskiin
Woods ym. 2002.	Tarkoituksena on kuvata BVC mittarin kehitystä ja käyttökelpoisuutta	Katsaus aiemmista tutkimuksista liittyen BVC mittariin sekä tuo esille implikaatioita tuleviin tutkimuksiin	BVC mittari on hyödyllinen kuvaamaan väkivaltaa 24h ajanjaksolla. Tulevat tutkimukset valottavat paremmin kulttuurillisista eroista, luottavuudesta osastoilla, joilla on vähän henkilökuntaa sekä mittarin kykyä ennustaa väkivaltaa koko hoitajakson ajan.
Zaczyk ym. 2018. Puola	Aggression ja burnoutin ilmaantuvuutta, sekä niiden suhdetta psykiatrisilla hoitajilla	74 hoitajaa samasta sairaalasta mittari (Maslach Burnout Inventory) sekä kyselylomakemissä oli 30 kysymystä, joista yksi avoin.	Ammatillisen burn outin sekä työpeisen aggression kokemisella on yhteys.

Liite 3. Sisällönanalyysi

Liite 1(3)

Millaisena osaston henkilökunta kokee osaston turvallisuuden tällä hetkellä?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Epävarmuus henkilökunnan kokemattomuudesta ja vaihtuvuudesta johtuen Lääkäreiden vaihtuvuus ja kokemattomuus	Henkilöressurssien vaikutus osaston turvallisuuteen
Potilaiden puutteellinen havainnointi Puutteet potilaiden lääkityksissä Useita huonovointisia potilaita osastolla samanaikaisesti	Hoitotyöhön liittyvät konfliktien riskit
Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja asenteet Erialaisten mittareiden vaihteleva hyöty	Hoitajien henkilökohtaisten asenteiden ja ominaisuuksien vaikutus
Vajavainen ja heikko perehdytys Perehdyttävän henkilökohtaiset ominaisuudet Heikko raportointi	Heikkoudet tiimityöskentelyssä
Tilojen epäkäytännöllisyys Osaston yhteisten tilojen turvattomuus	Osaston rakenteelliset ominaisuudet

(Jatkuu...)

Liite 2(3)

Mitä asioita tulisi hoitajien kokemuksen mukaan tehdä toisin, jotta väkivaltatilanteet eivät eskaloituisi ja niiden määrä vähenisi?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Lääkitykseen panostaminen Potilaiden peruslääkitykseen keskittyminen	Tarkoituksenmukainen lääkitys
Oman työn organisointi ja muiden auttaminen Esimiestasolla riskeihin reagoiminen Henkilökunnan resursointi ja soveltuvuus Perehdytykseen ja omaan esimerkkiin panostaminen	Tiimityöskentely ja oma vastuu
Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset Tilanteisiin suhtautuminen	Ammatillinen hoitotyö

(Jatkuu...)

Liite 3 (3)

Miten hoitohenkilökunta on kokenut toimintamallin käyttöönoton ja mitä jatkokehitysajatuksia se on herättänyt?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
BVC-pisteiden kertymisen epäloogisuus Ristiriita oman intuition ja käytännön välillä	Intuition ja konkretian ristiriita BVC merkinnöissä
BVC hyödyt Luonteva tarkkailupaikka Lääkkeen perillemenon varmistaminen	Kokonaisuuden helpompi hallinta
Nykyisen perehdytyslomakkeen sisällön laajuus ja epämääräisyys Toimintamalleja, joita ei tuoda alussa esille	Perehdytyksen tuominen ajan tasalle
Perehdytyksen toteutuminen Auttaminen ja työn jakaminen	Tiimityöskentelyn puutteet
Vuorovaikutuksen tärkeys Hoitajien saatavuus osaston puolella	Hoitajien läsnäolo
Oman Puhelimen käytön haitat vuorovaikutuksessa Puhelimen käytön vaikutus havainnointikykyyn	Hoitajien puhelimenkäyttö

Liite 4. BVC liikennevalomalli osana toimintamallia

Väkivaltariskin arviointi osastolla XX

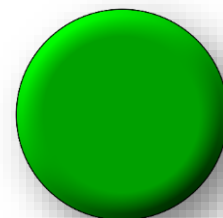
Väkivaltariskin arviointi on jokaisen hoitajan jatkuva velvollisuus. Kuuntele, havainnoi, käytä ammattitaitoa ja intuitiota. Osastolla XX näitä täydennetään tekemällä strukturoitua väkivaltariskin arviointia BVC:tä

BVC

- arvio tehdään kaikista potilaista (myös vapaaehtoisista) aamu- ja iltavuorossa; yövuorossa vain, jos tilanne muuttuu tai tulee uusi potilas
- tarkkailupotilaiden osalta merkinnät tarkkailuajan. Sen jälkeen, jos tarvetta.
- vapaaehtoisten potilaiden osalta merkitään nollatulokset kahden ensimmäisen hoitopäivän ajalta. Sen jälkeen vain, jos muutosta.
- vastuuhoitaja tekee arvion ja merkinnät - kirjaukseen kuvaus pisteiden nousun syystä
- BVC-pisteet merkitään huonetaululle ns. liikennevaloilla kts. alla
- vihreä "valo" laitetaan taululle pisteiden pysyttyä nollassa kaksi vuorokautta. Punaiselta ei suoraan vihreälle vaan nollatulos näkyy kahden päivän ajan taululla keltaisena.

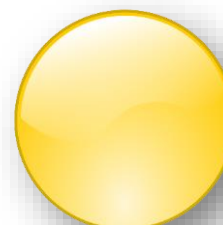
- 0 pistettä

- merkitään kaikilta uusilta potilailta.
- tarkkailussa olevilta tarkkailuajan.
- vapaaehtoisilta potilailta kahden ensimmäisen päivän ajan.



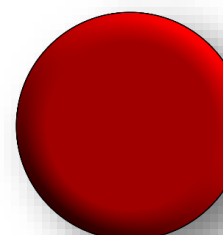
- 1–2 pistettä

- aikainen puuttuminen
- vastuuhoitaja kartoittaa tilannetta yhdessä potilaan kanssa
- annetaan vaihtoehtoja (keskustelua, toimintaa, lääkettä) ja palautetta
- vastuuhoitaja informoi muuta tiimiä tilanteen muutoksista
- kirjaaminen ja pisteiden merkintä



- 3 pistettä tai yli

- vastuuhoitaja ottaa muun tiimin mukaan
 - tehdään suunnitelmaa yhdessä
 - miten potilas huomioidaan (esim. ns. kansliakeskustelu), arvioidaan lääkityksen tai rajoittamisen tarvetta, tarvitaanko apuja ja missä vaiheessa, sovitaan rooleista jne.
 - tarvittaessa konsultoidaan hoitavaa tai päivystävää lääkärinä lääkityksen tai rajoitusten tiimoilta
- kirjaaminen ja pisteiden merkintä



Liite 5. Teemahaastattelurunko

1. Haastattelurunko kevät 2021

1. Osaston nykyinen turvallisuustilanne?
2. Olemassa olevat ennakointikeinot?
3. Mitä tulisi tehdä, jotta tilanteiden eskaloituminen vähenisi?

2. Haastattelurunko syksy 2021

1. Kokemukset toimintamallista?
2. Toimintamallin pohjalta heränneet kehitysehdotukset?

Liite 6. Tiedote ja tietoon perustuva suostumus

Liite 1 (2)

**Hyvä osaston hoitohenkilökuntaan kuuluva!**

Pyydän Teitä osallistumaan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää osastolle väkivaltaista käytöstä ennakoiva ja turvallisuutta ylläpitävä toimintamallia.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksena, jonka aineisto kerätään ryhmähaastatteluina kahdessa 3–5 henkilön ryhmässä kahdessa ei vaiheessa. Ryhmiä on siis kokonaisuudessaan neljä, koko prosessin aikana. Haastateltaville annetaan mahdollisuus täydentää vastauksiaan tarpeen mukaan yksilöhaastattelussa. Haastattelut tallennetaan ja niistä saatuja tietoja käytetään apuna toimintamallin kehittämisessä. Työ tehdään yhteistyössä henkilöstön kanssa ja ajatukset otetaan huomioon toimintamallia kehiteltäessä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Taina Lindholm
Sosiaali- ja terveysalan ylempi korkeakoulututkinto, kliininen asiantuntija
Tampereen ammattikorkeakoulu
taina.lindholm@tuni.fi

**Opinnäytetyön nimi**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kehittää väkivaltaista käytöstä ennakoiva ja turvallisuutta ylläpitävä toimintamalli osastolle. Olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Perehdytys:

- Päivän aikana perehdytetään vain tietyt asiat ja jaotellaan opetettavat asiat perehdytyslistalta päiväkohtaisesti.
- Kun perehdyttämisaika loppu, käydään uuden työntekijän kanssa lista läpi esimerkiksi osastonhoitajan tai turvallisuusvastaavan toimesta.
- Käydään läpi huonetaulu, jotta uusi työntekijä varmasti ymmärtää mitä siinä sanotaan.
- Ei vasta-aloittaneita hoitajia perehdyttämään uusia työntekijöitä eikä opiskelijoita.
- (Perehdytysvuorossa olevan hoitajan työtehtäviä voidaan delegoida.)

BVC:

- Vuorohoitaja merkitsee potilaan pisteet taululle ja hoitokertomukseen, tarpeen mukaan, jonka lisäksi vie tiedon vuoron vastaavalle hoitajalle

Huomioiminen:

- Jokaisessa vuorossa ollaan tietoisia oman vuoropotilaan voinnista ja sijainnista. Jos potilasta ei näy yleisissä tiloissa käydään huoneessa katsomassa.
- Ei tehdä oletuksia, että potilas haluaa olla rauhassa, jos ei ole näkyvillä
- Päiväsalissa aina mahdollisuuksien mukaan hoitaja
- Perustellaan potilaalle, miksi jotakin toimintoa ei tehdä juuri nyt (tai ei laisinkaan) ja, kun pyydetään odottamaan, perustellaan miksi. Sovitaan aika, kun hoitaja vapaana.
- Huomioidaan myös kollega ja autetaan, jos oma/vuorohoitaja estynyt/on toisissa työtehtävissä/tauolla. Tehdään muutakin, kuin minimi ja minuuttilistaan kirjoitettu.
- On asioita, joita jokainen hoitaja voi tehdä.
(ellei ole erikseen sovittu, että vain oma/vuorohoitaja asioi/hoitaa):
 - Pyykinpesu
 - Hygieniatuotteiden ja puhtaiden vaatteiden antaminen
 - Potilaan ulos/sisälle päästäminen
 - Tarvittavan lääkkeen anto
 - Huomioiden tekeminen potilaan voinnista

(Jatkuu...)

Liite 2(2)

Ruokailutilanteet:

- Potilaiden ruokailutilanteissa paikalla enemmän kuin yksi hoitaja koko ruokailun ajan.
- Omat ruokailut sekä kirjaaminen ajoitetaan mahdollisuuksien mukaan muina aikoina
- Ei oman puhelimen käyttöä potilaiden ruokailutilanteissa

Lääkitysasiat:

- Lääkkeenjaossa kaksi henkilöä, joista toinen ruokasalin puolella varmistamassa, että lääke mene perille
- Jos potilaalle määrätty valvottu lääkkeenjako, paikalla enemmän, kuin yksi hoitaja
- Kun mennään huoneeseen antamaan injektiota, kerrotaan kollegalle ja otetaan ainakin toinen mukaan odottamaan käytävän puolelle
- Ei potilaita lääkevälikkoon, jos lääkehuoneen ovi auki. Pyydetään odottamaan oven ulkopuolella.

Muuta huomioitavaa:

- Osaston puolella aina joku, raporttien tms. aikana
- Raportoidaan huolellisesti, ei oleteta, että potilas kaikille tuttu vaan varmistetaan kysymällä. Ollaan itse raportinpitäjinä tietoisia perusasioista potilaan voinnissa.
- Tiimityöskentely, ei tehdä omia itsenäisiä päätöksiä, mistä muut eivät tietoisia. Jaetaan tehdyt havainnot muun tiimin kanssa.
- Ei luvata potilaalle asioita, jos ei tiedetä, miksi ne on mahdollisesti rajattu pois
- Ei potilaita kanslian puolelle. Lääkärintapaamiset tms. muissa tiloissa.
- Tarkistetaan potilaan tavarat huolellisesti, myös yöaikaan. Ei tehdä oletuksia.

Liite 8. Väkivaltaisen käytöksen ennakointiin tähtäävä toimintamalli

Liite 1(2)

Perehdytys osastoon ja osaston hoitotyöhön:

- Päivän aikana perehdytetään vain tietyt asiat ja jaotellaan opetettavat asiat perehdytyslistalta päiväkohtaisesti.
- Kun perehdytys on lopussa, käydään uuden työntekijän kanssa perehdytyslistaa läpi esimerkiksi osastonhoitajan tai turvallisuusvastaavan toimesta.
- Käydään läpi huonetaulu, millä varmistetaan, että uusi työntekijä ymmärtää, mitä siinä sanotaan.
- Osastolla pidemmän aikaa työskennellyt hoitaja perehdyttää
- (Perehdytysvuorossa olevan hoitajan työtehtäviä voidaan delegoida?)

BVC:

- Vuorohoitaja on vastuussa omien potilaidensa BVC-pisteiden arvioinnista ja merkinnöistä hoitokertomukseen sekä huonetaululle osaston ohjeen mukaan.
- Vastaavalle hoitajalle kerrotaan mahdolliset pisteet vuorokausitiedotetta varten.
- Liikennevalojen mukaan on tarkemmat toimintaohjeet (liite 6).

Huomioiminen:

- Jokaisessa vuorossa ollaan tietoisia oman vuoropotilaan sen hetkisestä voinnista. Jos potilasta ei näy yleisissä tiloissa käydään huoneessa katsomassa ja kyselemässä kuulumisia.
- Ei tehdä oletuksia, että potilas haluaa olla rauhassa, jos ei ole näkyvillä
- Päiväsalissa mahdollisuuksien mukaan hoitaja läsnä.
- Perustellaan potilaalle, miksi jotakin toimintoa ei tehdä juuri nyt (tai ei laisinkaan).
- Jos pyydetään potilasta odottamaan, perustellaan miksi. Sovitaan yhteinen aika, kun hoitaja vapautuu.
- Huomioidaan myös kollega ja autetaan, jos oma/vuorohoitaja estynyt/on toisissa työtehtävissä/tauolla. Tehdään muutakin, kuin minimi ja minuuttilistaan kirjoitettu.
- On asioita, joita jokainen hoitaja voi tehdä.

(ellei ole erikseen sovittu, että vain oma/vuorohoitaja tekee):

- Pyykinpesu
- Hygieniatuotteiden ja puhtaiden vaatteiden antaminen
- Potilaan ulos/sisälle päästäminen
- Tarvittavan lääkkeen anto (ellei muuta sovittu potilaan kohdalla).
- Huomioiden tekeminen potilaiden voinnista

(Jatkuu...)

Liite 2 (2)

Ruokailutilanteet:

- Potilaiden ruokailutilanteissa paikalla enemmän, kuin yksi (min 2–3) hoitaja koko ruokailun ajan. Vuoron jokaisen hoitajan ei tarvitse olla paikan päällä, koska sekin saattaa ahdistaa ja ärsyttää ruokailevia potilaita. Muut hoitajat ovat kuitenkin kuu- lolla ja lähistöllä.
- Omat ruokailut sekä kirjaaminen hoidetaan mahdollisuuksien mukaan muina ai- koina.
- Ei oman puhelimen käyttöä potilaiden ruokailutilanteissa

Lääkitysasiat:

- Lääkkeenjaossa kaksi henkilöä, joista toinen mahdollisesti ruokasalin puolella varmistamassa, että lääke menee perille. Lähinnä aamu- ja iltapala aikaan, jolloin pääosa lääkityksistä jaetaan. Hoitajan ei tarvitse olla ruokasalin puolella koko ai- kaa ”vahtimassa”, ja lähinnä huomioidaan potilaat, joiden tiedetään jättävän lääk- keitä ottamatta tai on herännyt epäily, että näin tapahtuu.
- Jos potilaalle on ohjeistettu valvottu lääkkeenjako, paikalla enemmän kuin yksi hoitaja
- Kun mennään huoneeseen antamaan injeksiota, kerrotaan kollegalle ja otetaan mahdollisesti toinen hoitaja mukaan. (Vaikka edes odottamaan käytävän puo- lelle).
- Ei potilaita lääkevälikkoon, jos lääkehuoneen ovi auki. Pyydetään odottamaan oven ulkopuolella.
- Lääkkeenantoon liittyvät poikkeamat kirjataan keskeisiin tietoihin

Muuta huomioitavaa:

- Osaston puolella aina joku, raporttien tms. aikana, jos raportit annetaan muualla kuin kansliassa.
- Raportoidaan huolellisesti, ei oleteta, että potilas kaikille tuttu. Varmistetaan ky- symällä ja ollaan itse raportinpitäjinä tietoisia perusasioista potilaan voinnissa (perussairaus, yleiset oireet, väkivaltariskit ja sen hetkinen vointi).
- Tiimityöskentely, ei tehdä omia itsenäisiä päätöksiä, mistä muut eivät ole tietoi- sia. Jaetaan tehdyt havainnot muun tiimin kanssa.
- Ei luvata potilaalle asioita, ennen kuin selvitetään, onko pyydetty asia jostain syystä evätty potilaalta. Esimerkiksi vapaakävely, päiväloma tms.
- Ei potilaita kanslian puolelle. Lääkärintapaamiset tms. muissa tiloissa. (Tämä myös tietoturva syistä).
- Tarkistetaan potilaan tavarat huolellisesti, myös yöaikaan. Ei tehdä oletuksia.