



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista akuuttipsykiatrisella osastolla

Seppänen, Nina

2013 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista akuuttipsykiatrisella osastolla

Nina Seppänen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Seppänen Nina

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista akuuttipsykiatrisella osastolla

Vuosi 2013 Sivumäärä 43

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää teemahaastattelun avulla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrisen osaston henkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tavoitteena oli kartoittaa henkilökunnan omia kokemuksia strukturoidun arviointivälineen säännöllisestä käytöstä sekä niistä tekijöistä, jotka edistävät tai estävät arviointivälineen käyttöönottoa kliinisessä hoitotyössä. Opinnäytetyö liittyy Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiriin psykiatrian toimialan Mielen avain -hankkeeseen, jota tehdään yhteistyössä Laurea- ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeen tarkoituksena on kehittää mielenterveyshoitotyön laatua näyttöön perustuvan, kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Tiedonkeruumenetelmänä toimi puolistrukturoitu teemahaastattelu ja aineiston analyysissä sisällönanalyysi. Teemahaastatteluihin osallistui kuusi akuuttipsykiatrisen osaston hoitajaa, joilla oli kuukauden kokemus välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin aihetta väkivallan ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Teoreettisen viitekehysten muodostaa väkivalta, aggressiivisuus, psyykkisten sairauksien yhteys väkivaltaisuuteen, väkivallan ilmeneminen psykiatrisissa hoitoyksiköissä sekä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisissa hoitoyksiköissä.

Tulokset kuvastavat haastateltujen hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä osastolla. Mittarin käyttöönottoa edistävänä tekijänä nousivat esiin, että hoitajien mielestä vaarallisuudenarviointimittarikaavakkeen täyttö ei vienyt osastolla paljon aikaa ja henkilökuntaa oli aina riittävästi paikalla. Suurin osa hoitajista koki kaavakkeen helpokäyttöiseksi ja selkeäksi. Mittarin käyttöönottoa estäviksi tekijöiksi nousi hoitajien kokemusten mukaan riittämätön perehdytys mittarin käyttöön, hoitajien omat asenteet ja tätä kautta mittarin hyödyttömyys sekä riittämätön raportointi mittarista saaduista tuloksista. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, ettei mittarin käyttö lisännyt potilaiden havainnointia eikä vaarallisuuden ennaltaehkäisyä ja se koettiin lähinnä tilastollisesti hyödyllisenä. Hoitajat kokivat kuitenkin keskinäisen vuorovaikutuksen lisääntyneen jonkin verran mittarin käytön myötä.

Tulosten perusteella voidaan olettaa, että hoitajat kokivat mittarinkäytön olevan pääosin helppoa ja vähän aikaa vievää. Heistä suurin osa ei nähnyt mittarista olevan hyötyä vaarallisuuden ennaltaehkäisyssä osastolla, vaan kokivat mittarin lähinnä tilastollisesti merkittävänä. Hoitajat olisivat kaivanneet enemmän perehdytystä mittarin käyttöön liittyen sekä selkeät yhteiset toimintatavat.

Asiasanat: psykiatrinen hoitotyö, väkivalta, aggressiivisuus

Seppänen Nina

Nurses' experiences of structural evaluation of imminent danger on an acute psychiatric ward

Year	2013	Pages	43
------	------	-------	----

This thesis examines the experiences of the staff on the acute psychiatric ward at Peijas Hospital that belongs to the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. It aims to survey the nurses' experiences of the regular use of a structural evaluation tool, and what factors either support or restrain the use of the evaluation tool in clinical nursing according to them. The thesis is part of the Key to the mind project of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, where Laurea UAS is a collaboration partner. The project aims to improve the quality of mental health services through development project-based learning.

This thesis applies qualitative research methods. Data acquisition was provided by semi-structured interview and data was analysed by content analysis. Six nurses working on the acute psychiatric ward took part in the interview, and they all had used the evaluation tool of imminent danger for one month. The theoretical part discusses the topic from the point of view of preventing violence, the context itself comprising violence, aggressiveness, the connection between a psychiatric disorder and tendency to violence, emerging of violence and preventing cases of violence at the psychiatric care unit.

The results represent the interviewed nurses' experiences of using the evaluation tool of imminent danger on the ward. The results show that filling the evaluation form was not too time-consuming, and that there was always enough staff present, which thus supports the use of the evaluation tool. Most nurses felt the form was simple and easy to use. Insufficient introduction to using the tool, nurses' individual attitudes and the consequential futility of the tool as well as insufficient reporting of collected results were seen as restraining factors. Most nurses felt that using the evaluation tool did not result in increased patient observation or preventing danger, and it was seen mostly as only statistically useful. However, the respondents felt that mutual interaction has improved since the introduction of the evaluation tool.

Based on the results it can be concluded that the nurses found the tool easy to use and it was not too time-consuming. The majority of nurses regarded the tool as mainly statistically important but with no actual role in preventing danger on the ward. The nurses wished to receive more information on how to use the tool in their work as well as clear common practices.

Keywords: psychiatric nursing, violence, aggressiveness

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön taustaa	7
3	Teoreettinen viitekehys	7
3.1	Väkivallan määrittelyä	8
3.2	Aggressiivisuuden määrittelyä	8
3.2.1	Aggression portaat	9
3.3	Aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteys psyykkiseen sairauteen	10
3.4	Väkivallan ilmeneminen psykiatrisessa hoitoyksikössä	12
3.5	Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisissa hoitoyksiköissä	14
3.5.1	Välittömän vaarallisuuden arviointimittari hoitotyön apuvälineenä	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	17
5	Opinnäytetyön toteutus	18
5.1	Opinnäytetyön tutkimustehtävät	19
5.2	Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus	19
5.3	Teemahaastattelu ja sen toteuttaminen	19
5.4	Aineiston analysointi	21
5.5	Opinnäytetyön tulokset	22
5.5.1	Välittömän vaarallisuuden arviointimittaria edistävät tekijät hoitotyössä	22
5.5.2	Välittömän vaarallisuuden arviointimittaria estävät tekijät hoitotyössä	23
5.5.3	Vaaratilanteiden ennaltaehkäisy	25
6	Tulosten tarkastelu	26
7	Pohdinta ja johtopäätökset	28
7.1	Asiantuntijuuden ja ammatillisuuden kasvu opinnäytetyöprosessin aikana ...	29
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	30
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	32
7.4	Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämisideat	32
	Liitteet	36
	Liite 1. Saatekirje	36
	Liite 2. DASA, välittömän vaarallisuuden arviointimittari	37
	Liite 3. Teemahaastattelun runko	38
	Liite 4. Taulukko 1	39
	Liite 5. Taulukko 2	40
	Liite 6. Taulukko 3	41
	Liite 7. Opinnäytetyön tutkimuslupa	42

1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan väkivallan on todettu olevan suuri ja yhä kasvava ongelma joka puolella maailmassa. Väkivalta ei ole kuitenkaan erottamaton osa ihmisenä olemista, eikä elämän väistämätön ongelma, jota ei voitaisi viisaalla työllä ja päättäväisyydellä voittaa. (Etienne, Krug, Linda, Dahlberg, James, Mercy, Anthony 2005: 15, 268.) Pitkäsen Pro gradu- tutkielman mukaan psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta ilmenee verbaalisena ja fyysisenä väkivaltana sekä paikkojen rikkomisena ja aseella uhkaamisena. (Pitkänen 2003: 1). Tiuhonen on tutkinut henkilökunnan kokemaa väkivaltaa Niuvanniemmen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa ja tulosten mukaan 89 prosenttia henkilökunnasta oli kokenut sanallista häirintää, 67 prosenttia jonkinlaista uhkailua ja jopa 71 prosenttia oli kokenut fyysistä väkivaltaa. (Tiuhonen 2005: 2). Organisaation tulee varautua väkivaltatilanteisiin ja uuden vuonna 2003 tulleen työturvallisuuslain mukaan työssä johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, tulee myös uhkatilanteet ennaltaehkäistä mahdollisuuksien mukaan. (Pitkänen 2003: 15-19).

Teoreettinen viitekehys tarkastelee aihetta väkivallan ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Käsittelemäni teoriatieto on tutkimusongelman taustalla ja tätä kautta työlle on asetettu varsinainen tutkimustehtävä. Viitekehys käsittelee väkivaltaa, aggressiivisuutta ja prosessia siitä, kuinka aggressiivisuus voi kehittyä väkivallaksi. Esittelen myös psyykkisten sairauksien yhteyttä väkivaltaisuuteen sekä väkivallan ilmentymistä psykiatrisella osastolla. Lisäksi käsitelen, kuinka aggression hallinnan avulla voidaan ehkäistä väkivaltaa sekä väkivallan ehkäisystä psykiatrisessa hoitoyksikössä.

Opinnäytetyö liittyy Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialan, Mielen avain -hankkeeseen, jota tehdään yhteistyössä Laurea- ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeen tarkoituksena on kehittää mielenterveyshoitotyön laatua näyttöön perustuvan, kehittämishankkeissa tapahtuvan oppimisen avulla. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuutti-psykiatrisen osaston henkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tavoitteena on kartoittaa henkilökunnan omia kokemuksia strukturoidun arviointivälineen säännöllisestä käytöstä, sekä niistä tekijöistä, jotka edistävät tai estävät arviointivälineen käyttöönottoa kliinisessä hoitotyössä. Opinnäytetyössä haastateltiin teemahaastattelun pohjalta kuutta Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrisen osaston hoitajaa heidän kokemuksistaan välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä. Hoitajat olivat käyttäneet arviointimittaria kuukauden ajan. Jokaisesta osaston potilaasta tehtiin kerran vuorokaudessa vaarallisuuden arvio erilaisten mittarissa esiintyvien havaintojen perusteella. Väkivallan arvioinnin tulisi perustua tehokkaaseen ja jatkuvaan tilannearvioon. (Taattola 2007: 9,10). Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrisella osastolla ei ole aiemmin ollut käytössä strukturoitua arviointi-

välinettä ja nyt sen ollessa kokeilussa joulutammikuussa, 2012-2013 oli tärkeää kartoittaa hoitohenkilökunnan ajatuksia välineen säännöllisestä käytöstä.

2 Opinnäytetyön taustaa

Opinnäytetyön aihe on saatu Laurea ammattikorkeakoulun kautta ja se kuuluu osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialan Mielen avain- hankkeeseen. Kyseessä on hoitotyön laadunkehittämishanke vuosille 2011-2015. Opinnäytetyön aihe on valittu hoitotyön kehittämisen innoittamana ja tulosten avulla voidaan vaikuttaa strukturoidun väkivallan arviointimittarin käyttöönottoon kliinisessä hoitotyössä ja tätä kautta parantaa väkivallan ennaltaehkäisyä. Opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilönä toimi Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrisen osaston P3 osastonhoitaja. Opinnäytetyöntekijä uskoo hyötyvänsä projektista sen ajankohtaisuuden sekä tärkeyden vuoksi tulevana sairaanhoitajana.

Mielen avain- hankkeen tavoitteena on muun muassa kehittää opiskelijoiden sekä henkilökunnan potilas- ja asiakaslähtöistä yhteistyötä lisääntyneen verkostoitumisen ja vaikutusmahdollisuuksien avulla. Pääsen opinnäytetyöni kautta vaikuttamaan väkivallan ennaltaehkäisyyn psykiatrisessa hoitoyksikössä. Hankkeen yksi tärkeistä tavoitteista on mielenterveyden edistäminen ja psykiatrisen hoidon parantaminen ja hankkeen yhteistyön ansiosta kouluni kanssa, saan olla mukana vaikuttamassa näihin tärkeisiin ja ajankohtaisiin tavoitteisiin. Hoitajilla on tarve kirjalliseen, tutkimuspohjaiseen arviointilomakkeeseen, joka mahdollistaisi systemaattisen ja johdonmukaisen arvioinnin. Strukturoiduista lomakkeista on todettu olevan hyötyä arvioitaessa aggressiivisuuden esiintymisriskiä sekä potilaiden hoidon suunnittelussa. (Pitkänen 2003: 19). Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatriselle osastolla oli kokeilussa kuukauden ajan strukturoitu väkivallan arviointimittari ja yksi hankkeen tavoitteista onkin ennaltaehkäistä ja korjata psykiatrian toimialalla havaittuja aktuaalisia ja potentiaalisia hoitotyön laatuvaajeita. Mittarista on tällä hetkellä tietoa lähinnä vain englanninkielellä ja nyt mittari on ensimmäistä kertaa käännetty suomenkielelle. Työelämän yhteyshenkilö on ollut mukana mittarin kehittämisessä.

3 Teoreettinen viitekehys

Teoreettinen viitekehys tarkastelee aihetta väkivallan ennaltaehkäisyn näkökulmasta. WHO:n raportin mukaan väkivalta maailmassa on ehkäistävissä vaikuttamalla niihin tekijöihin, jotka edistävät väkivaltaista reagoitua. Esimerkiksi asenteisiin, käyttäytymiseen tai laajempiin sosiaalisiin, taloudellisiin, poliittisiin ja kulttuurisiin oloihin liittyvät tekijät. (Etienne ym. 2005: 20.) Turvallisten työolojen luomisen tärkein keino on väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy (Pitkänen 2003: 15). Hoitotyössä ennakoinnin tulisi perustua tehokkaaseen ja jatkuvaan tilanteen arviointiin. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta tarkkailua, aktiivista läsnäoloa sekä vuorovaiku-

tusta potilaan kanssa. (Taattola 2007: 9.) Käsittelemäni teoriatieto on tutkimusongelman taustalla ja tätä kautta työlle asetetaan varsinainen tutkimustehtävä. Viitekehys käsittelee väkivaltaa, aggressiivisuutta ja prosessia siitä, kuinka aggressiivisuus voi kehittyä väkivallaksi. Esittelen myös psyykkisten sairauksien yhteyttä väkivaltaisuuteen sekä väkivallan ilmentymistä psykiatrisella osastolla. Lisäksi käsittelen, kuinka aggression hallinnan avulla voidaan ehkäistä väkivaltaa sekä väkivallan ehkäisystä psykiatrisessa hoitoyksikössä. Tämä teoriatieto auttaa lukijaa ymmärtämään opinnäytetyön pääasiallista tarkoitusta ja sille asetettua tutkimustehtävää.

3.1 Väkivallan määrittelyä

Väkivaltaa ei ole kirjallisuudessa määritelty yhdellä ainoalla hyväksytyllä tavalla eikä sen määrittely ole yksiselitteistä. Väkivaltaa voidaan luokitella esimerkiksi fyysiseen tai henkiseen väkivaltaan. Puhuttaessa väkivaltaisesta toiminnasta, tarkoitetaan sillä kaikkea toimintaa, joka loukkaa ruumiillista koskemattomuutta, kuten lyömistä, nimittelyä, läpsimistä, esineillä lyömistä tai niiden heittelyä. Henkisestä väkivaltaa taas luonnehtii mitätöinti, halventaminen, uhkailu, nimittely, syyttely ja pelottelu. Henkistä väkivaltaa voi tapahtua sanoin, teoin, elein ja ilmein. (Tiihonen 2005: 10.) Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan väkivalta on vallan tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista ja se voi kohdistua ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja se johtaa tai todennäköisesti johtaa kuolemaan, psyykkisen tai fyysisen vamman syntymiseen, perustarpeiden tyydyttämättä jättämiseen tai kehityksen häiriintymiseen. (Etienne ym. 2005: 21). Yleisimmin väkivalta on reaktio tilanteeseen, jossa ihminen kokee avuttomuudentunnetta ja jossa hänellä ei ole muita keinoja selviytyä vaikeasta tilanteestaan. (Weizmann-Henelius 1997: 12). Käsittelemäni opinnäytetyössäni potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa.

3.2 Aggressiivisuuden määrittelyä

Aggressiolla tarkoitetaan hyökkäävää käyttäytymistä. Aggressiivisuudesta puhuttaessa taas tarkoitetaan itseä tai muita vahingoittavaa tai uhkaavaa käyttäytymistä. Aggressiivisuuteen liittyy sisäisenä tunnetilana vihaa, raivoa ja suuttumusta ja ne ovat ihmisen normaaleja tunteita, joita koetaan erilaisissa tilanteissa. (Kiviniemi, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen, Vuokila, Oikkonen 2007: 125.) Kyky annostella tunteitaan kuuluu vahvan minän rakentamiseen. Ihmisen löytäessä oman tapansa käyttää aggressiota, pystyy hän paremmin huomaamaan epäreilun ja reilun tavan. (Viljamaa 2012: 9.) Aggressiivisuus tulisi purkaa toiminnalla ja keskustelemalla ja siihen johtavat tekijät pitää pyrkiä tunnistamaan ja ehkäisemään. (Kiviniemi ym. 2007: 125).

Aggressiivisuus on viettiin perustuvaa ja se on opittu tapa reagoida erilaisiin turhautumiin. Väkivaltaista käyttäytymistä edeltävä viha antaa voimantunteen ja samalla ehkäisee avuttomuutta. Aggressiivisuus ei ole pelkästään väkivaltaa ja kiehuva raivoa vaan se saattaa joskus olla myös juroa sulkeutuneisuutta, kyräilyä tai muuta sen tapaista. Aggressiivisuus on useimmiten hyödytön, vahingollinen turhautumisen tunne, joka tulisi saada muuttumaan hyödylliseksi ja rakentavaksi. (Punkanen 2001: 136,137.) Ihmisillä on yleensäkin monenlaisia tunteita, sekä miellyttäviä että hankalia. Aggressiivisuuden tunteet ovat yleensä haastavia, mutta siitä huolimatta hyödyllisiä. Jatkuvasti tulee ja menee erilaisia tunteita ja niitä voidaan rauhoittaa ja kiihdyttää, kuunnella tai kieltää. Joillekin ihmisille tunteiden hallinta on helpompaa kuin toisille, mutta vahvassakin tunnekuohussa jokainen vastaa aina omasta toiminnastaan. Tunteiden tunnistamista ja hallintaa parantamalla pyritään ennaltaehkäisemään väkivaltaa, sekä harkittuja että pikaistuksissa tehtyjä väkivaltaisia tekoja. (Cacciatore 2007: 16.)

Haitallisia aggressiivisuuden tunteita voidaan suunnata joko itseen tai itsestä pois. Mikäli aggressiivisuuden tunteet suuntautuvat itseen, voi kyseessä olla masentuneisuus, itsetuhoisuus tai huononmuuden tunne. Itsestä pois suuntautuessa taas kyse voi olla esimerkiksi raivosta, vihamielisyydestä, väkivallasta tai syyttelystä. Väkivaltaisuus ja aggressiivisuus eivät ole sama asia, vaan väkivalta on reaktio aggressiivisuuteen. (Kiviniemi ym. 2007: 125,126.) Hoitotyössä potilaan aggressiivisuus on tutkimuksen mukaan yhteydessä potilaiden sekä hoitajien ominaisuuksiin, heidän väliseen vuorovaikutukseen sekä hoito-organisaation ympäristötekijöihin. Hoitajille potilaiden aggressiivisuus on ammatillinen häirittejä, josta voi seurata stressireaktioita. Hoitajilla on erilaisia tapoja suhtautua aggressiivisuuteen ja he myös käyttävät erilaisia keinoja sopeutuessaan väkivallasta aiheutuvaan stressiin. (Taipale & Välimäki 2002.)

3.2.1 Aggression portaat

Aggressio saa ihmisessä aikaan vihan, hyökkäyshalun, itsensä puolustamisen sekä puoliensa pitämisen tunteet. Se on kykyä reagoida ympäristön häiritseviin ja voimakkaisiin ärsykkeisiin. Jos ihmisellä on hyvä olla, hän on rauhallinen. Haastavat tunteet alkavat nousta, kun jokin asia ärsyttää ja ärsytyksen kasvaessa yhä voimakkaammat tunteet alkavat kiehua. Tämän seurauksena syntyy halu poistaa ärsyttävä asia ja palauttaa itselleen mukavampi, rauhallinen olo-tila. On ryhdyttävä toimeen, jotta voidaan puuttua häiriötekijään. Suuttumuksen tunne antaa tähän voimaa. Kun on saatu poistettua ärsytyksen tekijä, laantuu ja poistuu myös suuttumuksen tunne. Aggression tunne käsittely ei aina näy ihmisessä päällepäin. Sisällä tunteet saattavat kuohua voimakkaastikin, mutta ihminen kykenee peittää ja hallita niitä. Hiljainen ihminen voi antaa vain vihjeen tunteestaan kun taas oikein temperamenttinen ihminen ilmaisee tunteensa kuohuvasti. Molempien kokemus on kuitenkin yhtä voimakas tunne. Tilanteesta joutuessaan myös tunneilmiasua joskus korostetaan ja joskus taas vaiennetaan. Se, kuinka paljon

ihmisellä näitä tunteita on, vaihtelee myös iän, vireystilan ja menneisyyden kokemusten myötä. (Cacciatore 2007: 17.)

Useat tunteet provosoivat meitä helposti erilaisiin tekoihin. Mikäli tunteista ei opita puhumaan, ei niitä välttämättä opita lainkaan tunnistamaan. Tällöin voi olla vaikeaa jopa itse ymmärtää omaa käytöstään. Lähes kaikille on haasteellista omien tunteiden moninaisuuden tutkiminen. Yleensä juuri mikään tunne ei ole yksin, vaan mukana on monia muitakin tunteita yhtä aikaa ja niihin tutustuminen voi avartaa aikalailta. Pelon, pettymyksen tai häpeän tunne saattaa olla esimerkiksi suuttumuksen taustalla. Pelon rinnalla taas voi kokea esimerkiksi ylpeyden tunnetta siitä, että uskaltaa kuitenkin uhmata. Syy- ja seuraussuhteiden huomaaminen tunneasioissa ei ole helppoa, mutta on hyödyllistä puhua omista tunteistaan ja nimetä niitä, jotta huomaa helpommin, mikä ärsyttää ja mikä ahdistaa. Tämä lisää kykyä itsensä sekä koko elämänsä hallitsemisesta. (Cacciatore 2007: 19.) Nykyään jokapäiväisissä tapahtumissa on valitettavasti nähtävissä ikäviä seuraamuksia, kun kyvyttömyys ja estottomuus omien tunneilmaisujen säätelyyn ovat tavallisia. Aggressiivisuus ja tuhonvoima saattavat putkahtaa esiin pienestäkin ärsykkeestä, kuten esimerkiksi ohikulkijan pitkästä katseesta. Ohikulkija saattaa tulla pahoinpidellyksi sen vuoksi, että näyttää poikkeavalta tai sattuu vain olemaan väärässä paikassa väärään aikaan. (Viljamaa 2012: 10.)

3.3 Aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden yhteys psyykkiseen sairauteen

Tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville ihmisille on ominaista, että he toimivat hetken mielifohteesta, eivätkä harkitse seurauksia. Heidän mielialansa vaihtelee ennalta arvaamatta ja he ovat usein alttiita tunteenpurkauksille. Usein he eivät myöskään kykene hallitsemaan käytöstään ja ovat taipuvaisia riitaisuuteen ja yhteentörmäyksiin toisten ihmisten kanssa. (Lönqvist, Heikkinen, Marttunen, Partonen 2011: 491.) Epäsosiaalisista persoonallisuushäiriöistä kärsiville taas on tyypillistä piittaamattomuus sosiaalisista velvollisuuksista ja välinpitämättömyys toisten ihmisten tunteita kohtaan. Heidän turhautumien sietokyky on alhainen. Lisäksi heidän väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen kynnys on myös alhainen. He ovat tyypillisesti kykenemättömiä empatiaan ja ajattelevat vain ulkokohtaisesti omaa etuaan. Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivät ajautuvat useasti lainvastaisiin tekoihin ilman katumusta. (Lönqvist ym. 2011: 489.) Alkoholilla on vahva yhteys aggressiiviseen käyttäytymiseen. On osoitettu, että väkivaltarikollisuus, sanallinen sekä fyysinen aggressio ja aggressiiviset mielikuvat lisääntyvät alkoholinkäytön yhteydessä. Tulosten mukaan alkoholin nauttiminen on ollut tavallista ennen väkivaltaista tilannetta ja alkoholin säännöllinen suurkulutus lisää todennäköisyyttä käyttäytyä aggressiivisesti. (Bettina von der Pahlen & C. J. Peter Eriksson 2003.)

Epidemiologisten tutkimusten mukaan psyykkisistä sairauksista kärsiville on todennäköisempää uhkaava käyttäytyminen kuin muulla väestöllä. Suurempina yhteyksinä kuitenkin mahdolliseen uhkaavaan käyttäytymiseen ovat henkilön ikä, sukupuoli sekä aikaisempi uhkaava ja väkivaltainen käytös. Päihteiden käyttö sekä aktiivinen psykoottinen oireilu voivat lisätä riskiä uhkaavasta käyttäytymisestä. Potilaiden, jotka ovat juuri tulleet sairaalahoitoon, on todettu olevan enemmän uhkaavasti käyttäytyviä kuin niiden potilaiden, jotka ovat olleet pidempään sairaalahoidossa. Suurin osa potilaista, jotka kärsivät psyykkisistä sairauksista, eivät käyttäyty koskaan uhkaavasti. Psykiatrisella osastolla potilaan uhkaavan käyttäytymisen riskiä on todettu lisäävän toiminnan puute ja osaston päiväohjelman jäsentymättömyys. Vähäinen hoitajien ja potilaiden kanssakäyminen, yksityisyyden puute, hoitajien vähyys ja osaston fyysiset tilat voivat myös lisätä potilaan uhkaavaa käytöstä. Psyykkisen sairautensa vuoksi potilas voi olla kyvytön käsittelemään tunteitaan ja saattaa tämän vuoksi käyttäytyä kontrolloimattomasti ja impulsiivisesti. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2010: 242,243.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen yhteyttä psyykkisiin sairauksiin voidaan tutkia selvittämällä psyykkisten sairauksien esiintymistä väkivaltarikoksilla. Mitä lievemmästä väkivaltarikoksesta on kysymys, sitä vaikeampaa on saada luotettavaa käsitystä psyykkisen sairauden yhteydestä väkivaltaan. Yhteyden tutkiminen on tärkeää, jotta voitaisiin löytää ennakolta ne riskiryhmät, jotka tarvitsevat erityisesti tukea ja todennäköisesti spesifiä hoitoa. Tutkimukset ovat tärkeitä myös sen vuoksi, ettei koko sairausryhmä leimautuisi turhanpäiten ja joutuisi ennakkoluulojen kohteeksi. Tehdyn syntymäkohorttitutkimuksen mukaan vakavaan psyykkiseen häiriöön liittyy 4,5-kertainen väkivaltarikosriski yleisväestöön verrattuna. Vakavaan psyykkiseen häiriöön luokitellaan skitsofrenia, maanisdepressiivinen mielisairaus, psykoottinen masennus sekä älyllinen kehitysvammaisuus. Tärkein psykoosiryhmän sairaus väkivaltakäyttäytymisen kannalta on skitsofrenia. Skitsofreniaa sairastavien miesten vakavien väkivaltarikosten riski on todettu 5-10-kertaiseksi yleisväestöön verrattuna. Tätä riskiä lisää vielä 25-kertaiseksi samanlainen alkoholismi. Persoonallisuushäiriö, etenkin epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö lisää riskiä edelleen. Psyykkisesti sairaiden väkivaltakäyttäytyminen johtuu osittain hoitamattomasta psyykkisestä sairaudesta. (Tiihonen 2004.)

Englannissa on taas tutkittu kansallisesta kohortista satunnaisesti poimitun kohderyhmän taipumusta väkivaltaiseen käyttäytymiseen sekä sen yhteyttä psykiatriseen sairastamiseen. Vastanneilla alkoholiriippuvuutta esiintyi 7 prosentilla, huumeriippuvuutta 4 prosentilla ja epäsosiaalinen persoonallisuus 4 prosentilla. Näihin liittyi 23 prosentin, 15 prosentin ja 15 prosentin riski väkivaltaisuuteen. Väkivaltaisuutta ilmeni 6 prosentilla vastaajista, joilla alkoholinkulutus oli erityisen suurta. Psykoositaipumukseen ei sen sijaan liittynyt väkivaltaista käyttäytymistä. Tutkijat päättelivät, että puhtaasti psyykkisiin häiriöihin ei liity merkittävää väkivaltaisuutta, mutta yleisesti väkivaltaisuuden vähentäminen edellyttäisi sen taustalla usein esiin-

tyvän päihdeongelman hoitamista. (Duodecim 2007: Psykkiset häiriöt ja taipumus väkivaltaan.)

Useasti psyykkiseen sairauteen liittyy keskeisinä oireina harhaluuloja eli deluusioita tai aistiharhoja eli hallusinaatioita. Näiden oireiden puuttuminen ei kuitenkaan poissulje psykoosia. Näiden oireiden vaikutusta väkivaltakäyttäytymiseen on tutkittu ja siitä on ristiriitaistakin tietoa: erityisesti kuitenkin muita vahingoittamaan kehottavien harhojen on todettu lisäävän potilaan väkivaltakäytösriskiä jopa kaksinkertaiseksi. Sen sijaan harhaluuloista kärsivät potilaat ovat hyvin vaikeasti arvioitavia yksittäistapauksia ja heidän kohdallaan tulee erityisen tarkasti varoa arvioimasta merkityksettömästi kontrolloivien ja uhkaavien harhaluulojen vaikutusta. Usein psyykkisen sairauden akuuttiin vaiheeseen liittyy väkivaltaa. Jopa 40 prosenttia sairaalaan tulevista potilaista on ollut kahden edeltävän viikon aikana väkivaltaisia. Väkivaltakäytöstä on yleensä helpompi hallita sairaalahoidon aikana, mutta väkivaltateot ovat yleisiä psykiatrisissa sairaaloissa. (Tiihonen 2004.)

3.4 Väkivallan ilmeneminen psykiatrisessa hoitoyksikössä

Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat hoitotyön eettiset periaatteet, jonka perimmäinen tarkoitus on antaa hyvää hoitoa niille, jotka tarvitsevat sairaanhoitajan huolenpitoa. Keskipisteenä hoitotyössä on aina ihminen, ihmisen elinehdot sekä ihmisten väliset suhteet. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009: 9.) Hyvässä mielenterveystyössä toteutuvat muun muassa seuraavat periaatteet eettisten ohjeiden mukaan: mielenterveystyön avulla autetaan kansalaisia selviytymään omassa elämässään, arjessaan ja koko yhteiskunnassa mahdollisimman itsenäisesti; tarkoituksenmukainen, sujuva ja turvallinen mielenterveystyö on ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa; jokainen kansalainen saa tarvitsemaansa yksilöllistä, sairautensa ja oireidensa edellyttämää mielenterveyshoitoa nopeasti ja joustavasti; lisäksi taataan luottamuksellinen, pysyvä ja jatkuva hoitosuhde, jolla voidaan taata, että mielenterveyden häiriöstä kärsivä ei joudu leimatuksi sairautensa vuoksi. Mielenterveystyön hoidon ja palvelun perustana on ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja niitä koskevia rajoitustoimia käytetään ainoastaan lain perusteella viimeisenä keinona, mikäli muut hoitotoimenpiteet eivät ole auttaneet. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen lautakunta 2010: 5.)

Psykiatrasta hoitotyötä ohjaa vahvasti myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Psykiatrisissa yksiköissä joudutaan kuitenkin joidenkin potilaiden kohdalla toimimaan potilaan tahdon vastaisesti ja tätä ohjaa mielenterveyslaki. Psykiatrisessa hoitotyössä hoitajat kohtaavat lähes päivittäin tilanteita, joissa joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen sekä siihen liittyvä pakon käyttö saattavat toimia laukaisevina tekijöinä potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2:6 säätelee, että potilas voidaan määrätä hänen tahdostaan riippumatta psykiatriseen

sairaalahoitoon vain, mikäli hänen todetaan olevan mielisairas tai jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta. (Finlex: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Lisäksi psykiatriset hoitajat joutuvat usein verbaalisesti puuttumaan levottomien ja psykoottisten potilaiden käyttäytymiseen ja rajoittamaan näin potilaiden itsemääräämisoikeutta. Tällaiset tilanteet voivat lisäksi johtaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Pitkänen 2003: 7,8.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4a luvun 22a§ mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta sekä muita perusoikeuksia saa rajoittaa ainoastaan siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuuden turvaaminen välttämättä vaatii. (Finlex: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista).

Työskennellessä psykiatrisessa hoitoyksikössä, on koko ajan oltava tietoinen väkivallan mahdollisuudesta, ei kuitenkaan sillä tavalla, että jatkuvasti pälyilee epävarman oloisena ympärille ja antaa näin aiheita turvattomuudelle. Yleensä ihminen toimii väkivaltaisesti sellaisissa tilanteissa, joissa hän on turhautunut tai ei muuten pääse tavoitteeseensa. (Punkanen 2001: 136.) Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöt ovat tutkineet potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa, sen uhkaa sekä verbaalista väkivaltaa. Tutkimusten mukaan hoitajiin kohdistuva fyysinen väkivalta ilmenee tönimisenä, tyrkkimisenä, potkuina, lyönteinä, päälle karkauksena, teräaseella uhkaamisena sekä liikkumisen estämisenä. Lisäksi fyysistä väkivaltaa on ilmennyt sylkemisenä, puremisena ja raapimisena. Verbaalista väkivaltaa voi ilmetä esimerkiksi arvosteluna, haistatteluna ja nimittelynä. (Pitkänen 2003: 5.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaiden kohdistama väkivalta hoitajiin olisi lisääntymässä hoitotyössä. Suomessa vuonna 1993 tehdyn tutkimuksen mukaan 17 000 sairaanhoitotyössä olevaa työntekijää on joutunut fyysisen väkivallan tai sen uhan kohteeksi, joka tarkoittaa 12 prosenttia alalla työskentelevistä. Psykiatristen potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta on vielä paljon vakavampi ongelma, sillä psykiatrisilla hoitajilla on suuri riski joutua väkivallan uhriksi. Helsingin kaupungin työpaikoilla tehdyn tutkimuksen mukaan 63 prosenttia psykiatrian henkilökunnasta oli kokenut väkivalta- ja uhkatilanteita. Suuri osa väkivallasta on kuitenkin verbaalista loukkaamista ja uhkailua, johon ei liity fyysistä väkivaltaa. (Pitkänen 2003: 5,6.) Vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan henkilökunnasta 89 prosenttia on kokenut potilaiden taholta sanallista häirintää, uhkailua on kokenut 67 prosenttia ja fyysistä väkivaltaa jopa 71 prosenttia henkilökunnasta. Melkein kaikissa näistä tapauksissa potilas oli väkivallan aiheuttajana. (Tiihonen 2005: 2.)

On tärkeää ottaa huomioon, että potilaan verbaalisen loukkauksen tai uhkauksen seuraukset hoitajan psyykkiseen tasapainoon voivat olla yhtä vahingollisia kuin fyysisen hyökkäyksen, sillä kaikki ulkoiset tapahtumat, jotka ihminen kokee uhkana fyysiselle olemassaololleen, sosiaali-

selle identiteetilleen tai turvallisuudelleen vaikuttavat aina hänen psyykkiseen tilanteeseensa. Onkin tärkeää, että sekä fyysinen että verbaalinen potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta tulee huomioitua. Potilaiden kohdistama väkivalta hoitajiin psykiatrisessa hoitotyössä on ollut yleisesti tiedossa jo kauan ja sitä on pidetty osittain myös psykiatriseen hoitotyöhön kuuluvana asiana. On kuitenkin tärkeää, että uhrina olemista ei hyväksytä osaksi psykiatrista hoitotyötä. Myös psykiatrista hoitotyötä tekevillä, kuten kaikilla muillakin ammattiryhmien työntekijöillä tulee olla oikeus vaatia turvallisia työoloja. Psykiatrisissa hoitoyksiköissä tulee niin työnantajien edustajien kuin työntekijöidenkin tehdä parhaansa, jotta voitaisiin välttää väkivaltatilanteilta. (Pitkänen 2003: 7, 15.)

3.5 Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy psykiatrisissa hoitoyksiköissä

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen aikuispsykiatrian vastuualueella on toteutettu vuosien varrella monia kehittämishankkeita liittyen väkivallan hallintaan. Siitä huolimatta on todettu, että väkivallan uhkaa sekä suoranaista väkivaltaa potilaiden taholta on edelleen runsaasti. Vuonna 2011 tehdyn hankkeen tarkoituksena oli tuottaa suositukset väkivallan hallinnan systemaattista kehittämistä varten. Hankkeesta saatujen tulosten perusteella voitiin todeta, että laaja ohjeistus väkivallan ennakointia, väkivaltatilanteiden hallintaa ja tilanteiden jälkeistä toimintaa varten puuttuu. Kehittämistarpeina nousi toiminnan näkökulmasta liittyen väkivaltariskin arviointiin, tilannejohtajuuteen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä väkivaltatilanteiden jälkiarviointiin. (Pitkänen & Lehtonen 2011: 4.)

Hoitotyössä aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoidon edellytyksenä pidetään asianmukaista ja turvallista hoitoa. Tämä pitää sisällään seuraavia asioita: suojataan potilasta häneltä itseltään, lievitetään aggression taustalla olevaa ahdistusta ja samalla havainnoidaan potilaan tilaa, haastattelemalla ja tutkimalla ja toteutetaan hänen tarvitsemaa hoitoa. Tämän ohessa on varmistettava, ettei potilas pääse vahingoittamaan muita potilaita tai hoitohenkilökuntaa. Hoitohenkilökuntaa auttaa pysymään rauhallisena potilaan aggressiivisuuden syiden ymmärtäminen. Riittäväällä hoitohenkilökunnalla ja rauhallisella ympäristöllä on suuri merkitys aggressiivisen potilaan hoidossa. (Ritmala-Castren 2005: 28.)

Turvallisten työolojen luomisen tärkein keino on väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy. Ennaltaehkäisyä voidaan tarkastella terveydenhuollossa kahdesta näkökulmasta. Nämä näkökulmat ovat terveydenhuollon organisaatioon liittyvät väkivaltariskit sekä tiettyyn potilaaseen liittyvä väkivaltariski. Terveydenhuollon yksikköön liittyvä näkökulma on ensisijaisesti työsuojellinen ja yksittäiseen potilaaseen liittyvä näkökulma taas perustuu hoidolliseen arviointiin. Organisaation tulee varautua väkivaltatilanteisiin ja uuden vuonna 2003 tulleen työturvallisuuslain mukaan työssä johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, tulee myös uhkatilanteet ennaltaehkäistä mahdollisuuksien mukaan. Työnantajan velvollisuus on myös laatia menettelytapoh-

jeet mahdolliseen väkivaltariskiin liittyen. Työterveyshuollon keskeisenä tehtävänä on tehdä työpaikkaselvityksiä, joihin kuuluu väkivaltariskien arviointi. Väkivaltatilanteisiin liittyvien vaarojen ehkäisyyn ja hallintaan voidaan vaikuttaa sopimalla etukäteen työpaikalla noudatettavista toimintatavoista ja työnjaosta mahdollisissa väkivalta- ja uhkatilanteissa. Työpaikalta tulee myös löytyä ohjeet väkivaltatilanteiden ehkäisystä ja hallinnasta. Erilaisten sopimusten ja ohjeiden lisäksi myös henkilökunnan kouluttaminen ehkäisemään ja hallitsemaan väkivaltatilanteita on oleellinen osa väkivallan ennaltaehkäisyä. Raportoinnin merkitys ennaltaehkäisyssä tulee myös muistaa. Sen avulla voidaan saada selkeä kuva terveydenhuollon ympäristöön liittyvistä riskitekijöistä. (Pitkänen 2003: 15-17.)

Tarkkailtaessa potilaiden taholta tulevaa väkivallan ennaltaehkäisyä, on tärkeää tunnistaa ne potilaat, jotka todennäköisemmin aiheuttavat väkivaltaa. Keskeisimpiä väkivaltaan johtavia tekijöitä tutkimusten mukaan psykiatrisilla potilailla ovat aiempi väkivaltainen käyttäytyminen sekä tunnetilat, joihin liittyy vihamielisyys, levottomuus ja epäluuloisuus. Lisäksi väkivaltaisuutta ennustaa myös potilaan psykoottisuus, hoidon ja psyykelääkityksen laiminlyönti sekä päihdyttävien ja huumaavien aineiden käyttö. Kaikille hoitohenkilökunnan jäsenille kuuluu potilaiden väkivallan ennakointi, mutta se korostuu hoitajien roolissa. He ovat yleensä lähinnä potilasta ja useimmin kontaktissa potilaiden kanssa kuin muut ammattiryhmät. Tästä huolimatta hoitajilta puuttuvat kuitenkin viralliset mallit ja menetelmät, jotka auttaisivat heitä arvioimaan potilaiden mahdollista väkivaltaista käyttäytymistä. Hoitajien arviointi perustuu yleensä heidän omiin tunteisiinsa ja kokemuksiinsa. Hoitajilla on tarve kirjalliseen, tutkimuspohjaiseen arviointilomakkeeseen, joka mahdollistaisi systemaattisen ja johdonmukaisen arvioinnin. Strukturoiduista lomakkeista on todettu olevan hyötyä arvioitaessa aggressiivisuuden esiintymisriskiä sekä potilaiden hoidon suunnittelussa. Potentiaalisesti väkivaltaisten potilaiden ennakoimisessa potilaan väkivaltariskiin liittyvien arviointilomakkeiden systemaattinen käyttö olisi avuksi. Kun tunnistetaan tällaiset potilaat, mahdollistetaan ennaltaehkäistävien toimenpiteiden käyttö. Väkivaltatilanteiden ennakointia voi auttaa myös se tieto, että niillä aloilla, joilla väkivaltaa esiintyy keskimääräistä enemmän, suurin osa tilanteista noudattaa tyypillisiä malleja. (Pitkänen 2003: 18,19.)

3.5.1 Välittömän vaarallisuuden arviointimittari hoitotyön apuvälineenä

Välittömän vaarallisuuden arviointimittari ”Dynamic Appraisal of Situational Agression” (DASA) on käännetty suomenkielelle ja otettu kokeiluun Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatriselle osastolle P3. Jokaisesta potilaasta tehdään mittarin avulla arvio väkivallan riskistä joka ilta-vuorossa. Mittarissa arvioidaan potilaan tulevan 24 tunnin väkivaltariskin mahdollisuutta arvioimalla potilaan ärtyisyyttä, impulsiivisuutta, haluttomuutta noudattaa annettuja ohjeita, herkkyyttä reagoida koettuun provokaatioon, suuttumuksen herkkyyttä tilanteissa joissa potilaan pyyntöihin ei suostuta, negatiivisia asenteita sekä suullisia uhkauksia. Lisäksi mittarin

avulla kartoitetaan potilaan väkivaltakäyttäytymisen historiaa seuraavan kysymyksen avulla: Onko potilas käyttäytynyt kuluneen 24 tunnin aikana aggressiivisesti jollain seuraavista tavoista: kohdistanut esineisiin väkivaltaa (paiskoo ovia, potkii huonekaluja, hajottaa tavaroita, lyö ikkunoita, sytyttää tulipaloja, heittää tavaroita); kohdistanut muihin ihmisiin sanallista väkivaltaa (huutanut vihaisesti, solvannut, kiroillut kovaäänisesti, käyttänyt rivoa kielenkäyttöä suuttuessaan tai esittänyt selkeitä uhkavaatimuksia); kohdistanut muihin ihmisiin fyysistä väkivaltaa (käyttämällä uhkaavia eleitä, huitomalla muita kohti, tarttumalla vaatteisiin, lyömällä, potkimalla, tönimällä, repimällä hiuksista tai hyökkäämällä muita kohti). (Liite2)

Laajoissa tutkimuksissa on pyritty määrittämään korkean riskin psykiatristen potilaiden väestöllisiä ja kliinisiä piirteitä sekä tunnistamaan keskeisiä tekijöitä aggressioille altistavissa ympäristöissä. Viime aikoina on kiinnostuttu ja kehitetty myös strukturoituja menetelmiä psykiatristen sairaalapotilaan aggression riskin arviointiin. Siitä huolimatta, että tietyt menetelmät ovat riittävän tarkkoja, on niiden käyttö päivittäisessä päätöksenteossa ollut rajallista. Tutkimus suunniteltiin määrittämään jo tiedossa olevia sekä uusia riskitekijöitä, jotka voisivat auttaa tunnistamaan ja hallitsemaan aggression riskiä psykiatrisilla sairaalapotilailla. Tulokset osoittivat, että strukturoitu arviointi on tarkempi kuin sairaanhoitajan omaan kliiniseen arviointiin ja potilaan tuntemukseen perustuva arvio. Seitsemän ”testiä/kyselyä” nousi esille parhaiten aggression ennustamisessa vuorokauden sisällä potilaan kirjaamisesta sisään. Kliininen kokemus ja empiiriset kokeet viittaavat siihen että aggression hallinnassa ja tunnistamisessa strukturoidusta kyselyistä on hyötyä. (James, Ogloff, Daffern 2006: 799.)

Ottaen huomioon aggressioiden yleisyyden psykiatrisilla potilailla, on yllättävää, ettei vieläkään ole hyvin toimivia työkaluja riskin arviointiin. Aggressiot ovat yleisiä ja ongelmallisia psykiatrisilla osastoilla. Aggression hallinta on keskeistä nykypäivän psykiatrisessa hoidossa. Systemaattista riskin arviota on suositeltu osaksi aggressiotaipumuksen hallinnan yleistä strategiaa. Käytännössä riski arvioidaan tulovaiheessa perustuen kliiniseen arviointiin, paikallisiin ohjeisiin ja tarkistuslistoihin sekä omiin riskin arviointimenetelmiin. Sen jälkeen aggressiivisuutta arvioidaan jaksoittain osastolla olon aikana virallisemmin osastokierroilla. Lisäksi psykiatriset hoitajat tekevät jatkuvaa epämuodollista aggressiivisuuden arviota hyvän ja turvallisen hoidon ja työympäristön luomiseksi. Riski arviointia käytetään kotiutusta harkittaessa. On olemassa useita työkaluja riskin arviointiin. Tässä kuvataan DASA:aa, joka on työkalu jatkuvaan arviointiin perustuvan riskin arviointiin. DASA on alun perin suunniteltu suljettujen vankimielisairaaloitten akuuttipotilaiden arviointiin, mutta se on yhtä lailla käytettävissä yleisessä psykiatrisessa hoidossa. Olemassa olevasta näytöstä ja suosituksista huolimatta riskin arvio tehdään edelleen usein strukturoimattomana. On mahdollista, että tiettyssä ympäristössä lyhyellä aikavälillä pelkkä kliininen arvio voi ennustaa ympäristötekijöiden ja potilaan mielentilan vaikutusta potilaan kykyyn sietää tiettyjä tunnettuja aggressioille altistavia tilanteita. Psykiatriset hoitajat pystyvät pelkkää ”kliinistä silmäänsä” käyttäen jossain määrin tunnistamaan

maan korkeamman riskin potilaat, vaikkakin tarkkuus paranisi merkittävästi DASA:n avulla. (James ym. 2006: 800.)

Luotettavuutta parantaakseen useat psykiatriset sairaalat ovat kehittäneet protokollia ja ohjeita riskien tunnistamiseen ja hallintaan. Nämä yleensä perustuvat omiin havaintoihin sekä aggressiivisen potilaan väestöllisiin ja kliinisiin piirteisiin. Näissä menetelmissä tyypillisesti otetaan huomioon ikä, päihteiden käyttö, aiempi aggressiivisuus, viimeaikainen ”pahan-suopaisuus” ja epäilyttävyys, sukupuoli, diagnoosit, nykyinen psykoottinen oireisto tai mielen-tilan akuutit häiriöt, psykoottisuuteen liittyvät tunnetilat kuten viha, ahdistus ja mania. Valitettavasti suurin osa näistä tekijöistä on muuttumattomia. Ne kuvaavat hetkellistä riskiä, mutta eivät luonnollisestikaan tilanteen kehittymistä ja sitä milloin potilaan aggressiivisuuden riski kasvaa. Arvioidakseen maksimaalisesti riskiä, tulee huomioida myös vaihtelut yksilöittäin. Yleinen riskiarvio on pitkällä aikavälillä hyödyllinen, mutta osastojaksolla tarvitaan dynaamista arviota. (James ym. 2006: 801.)

Käytännössä useilla menetelmillä voidaan määrittää yleistä riskiä, mutta ei siis tietyllä lyhyellä aikajaksolla kehittyvää riskiä. Staattista riskiä kuvaavat menetelmät kuvaavat heikommin aggression astetta. Staattisilla menetelmillä saatetaan ylireagoida riskiin, mikä voi johtaa ylihoitoon, kuten eristykseen, tarkempaan valvontaan ynnä muihin. Valitettavasti on vain muutama juuri osastohoitoon kehitetty menetelmä ja vain yksi osastojakson aikana dynaamisesti tapahtuva menetelmä (BVC 2000), joka perustuu huomioon, että vain harvoin on aggressioita ilman tiettyjä ennakoivia tekijöitä. Se sisältää kuusi tyypillisintä huomioitavaa asiaa, joita ovat hämmennyneisyys, ärtyvyys, äänekkyyys, fyysinen uhkailu, verbaalinen uhkailu sekä aggressio esineitä kohtaan. (James ym. 2006: 802.)

Konfliktit ja aggressiot ovat luultavasti väistämätön seuraus tahdonvastaisesti hoitoon otetuilla psykiatrisilla potilailla, johtuen rajoitusten ja ennakkoluulojen aiheuttamasta turhautumisesta. Strukturoituihin menetelmiin pohjautuva strategia saattaa vähentää henkilökuntaan ja potilaisiin kohdistuvaa aggressiivisuuden kohtaamisen riskiä. Menetelmien pitää kuitenkin olla kliinistä arviota tarkempia, jotta ne eivät muodostuisi taakaksi osaston henkilökunnalle. Menetelmien pitää myös soveltua tilannekohtaiseen päätöksentekoon. Riskiä arvioidaan pääasiassa kolmessa kohdassa: tulovaiheessa, osastolla ollessa ja sieltä poistuessa. Näissä vaiheissa luultavasti tarvitaan eri menetelmiä riskin arviointiin. Tärkeinä on jatkuva riskin arvio, johon DASA sopii hyvin. (James ym. 2006: 811.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttipsykiatrisen osaston henkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tavoitteena on kartoittaa henkilökun-

nan omia kokemuksia strukturoidun arviointivälineen säännöllisestä käytöstä, sekä niistä tekijöistä, jotka edistävät tai estävät arviointivälineen käyttöönottoa kliinisessä hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on siis myös palvella työelämää, aluekehitystä sekä innovaatiotoimintaa. Hankkeen tavoitteena on muun muassa parantaa psykiatrista hoitotyötä ja kuntoutusta, mielenterveyttä edistäviä ja mielenterveyshäiriöitä ehkäiseviä interventioiden hyödyntämistä luomalla, dokumentoimalla, jakamalla ja kehittämällä hyviksi havaittuja ja laadukasta hoitoa tuottavia evidenssiperustaisia käytänteitä. Tutkimukseni tuloksia voidaan hyödyntää strukturoidun välittömän vaarallisuuden arviointimittarin kliinisessä käyttöönotossa ja näin ollen se tukee myös osaltaan hankkeen tavoitteita psykiatrisen hoitotyön parantamisessa.

Henkilökohtaisena opinnäytetyön tavoitteena minulla on kehittää omia valmiuksia ja tietoja ja taitoja ammattiopintoihin liittyvässä opinnäytetyössä. Tavoitteenani on, että tämä opinnäytetyö palvelee minun ammatillista kasvuani sairaanhoitajaksi. Tulevana psykiatrisena sairaanhoitajana saan tästä opinnäytetyöstä paljon uutta tärkeää tietoa koskien potilaiden hoitajiin kohdistavaa väkivaltaa, sen ennaltaehkäisyä ja nyt käyttöön otettavaa strukturoitua vaarallisuuden arviointimittaria. Tavoitteenani on sisäistää hoitajien kokemukset ja näkemykset sekä halukkuus käyttää strukturoitua väkivallan arviointimenetelmää ja tuoda näitä tuloksia esiin työelämään hyödynnettäväksi.

5 Opinnäytetyön toteutus

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastattelut toteutettiin helmikuussa 2013. Haastateltavat olivat kuukauden ajan käyttäneet strukturoitua vaarallisuuden arviointimittaria ja heidät valittiin sen mukaan, kenellä hoitajista oli ehtinyt kertyä eniten kokemuksia kuluneen kuukauden aikana kaavakkeen käytöstä. Arvio tehtiin jokaisesta osastolla olevasta potilaasta joka päivä iltavuorossa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Valitsin aineiston purkamisen menetelmäksi litteroinnin eli puhtaaksikirjoituksen. Purin aineiston tietokoneelle sanasta sanaan. Haastatteluiden tulokset esitellään opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyö julkaistaan verkkokirjasto Theseus - ammattikorkeakoulujen sivustolla.

Valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän, koska kvalitatiivinen tutkimus tuo esille tutkittavien omat havainnot tilanteista ja se antaa mahdollisuuden heidän menneisyyteensä ja kehitykseensä liittyvien tekijöiden huomioimiseen. Mitä lähemmäs yksilöä ja vuorovaikutusta tullaan, sitä suurempi syy on käyttää kvalitatiivisia menetelmiä. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 27.) Tällä tutkimuksella halutaan kuvata akuuttipsykiatrisen osaston henkilökunnan omia kokemuksia ja ajatuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Hoitajien omat kokemukset tulevat kvalitatiivisen vuorovaikutuksellisen teemahaastattelun avulla parhaiten näkyviin ja se antaa heille mahdollisuuden kertoa vapaasti omista kokemuksistaan.

Valintaani vaikutti myös se, että tutkittavalla osastolla on hoitajia noin kaksikymmentä ja jotta kvantitatiivisella tutkimuksella saataisiin edes suuntaa antavia tuloksia, tarvittaisiin hoitajia tutkimukseen paljon enemmän. Kvalitatiivisella teemahaastattelulla taas saadaan hyviä tuloksia hoitajien kokemuksista pienemmällä osallistujamäärällä.

5.1 Opinnäytetyön tutkimustehtävät

Varsinaiset opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät mielestäsi edistivät väkivallan arviointimittarin käyttöönottoa hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät estivät mielestäsi mittarin käyttöönottoa hoitotyössä?
3. Voidaanko mittarin avulla havaita potilaissa aggressiivisuuteen liittyviä tunteita, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä väkivallan syntyä?

Teemahaastattelun sisältö keskittyi näihin teemoihin ja lisäksi esitin tarvittavia lisäkysymyksiä haastattelun aikana. (Liite3)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus

Haastattelut toteutettiin Peijaksen sairaalassa. Kaikki kuusi haastateltavaa työskentelevät akuuttipsykiatrisella osastolla. Osasto on suljettu osasto, jossa on kymmenen potilaspaikkaa. Potilaat ovat pääasiassa psykoottisia, vakavasti suuicidaalisia tai kärsivät sellaisesta mielenterveyshäiriöstä, jonka hoidossa avohoidon ja lähiverkoston keinot ovat riittämättömiä. Työelämän yhteyshenkilö auttoi valitsemaan haastateltavat sen perusteella, ketkä hoitajista ovat eniten päässeet käyttämään strukturoitua väkivallan arviointimittaria edesmenneen kuukauden aikana. Heillä kenelläkään ei ole aiempaa kokemusta mittarin käytöstä, vaan heidän kokemuksensa perustuvat juuri tämän kuukauden aikana tehtyihin havaintoihin. Haastateltavien valintaan ei vaikuttanut ikä, työkokemus eikä sukupuoli vaan ainoastaan heidän suostumuksensa haastateltaviksi sekä kokemuksen määrä mittarin käytöstä kuukauden ajalta. Haastateltaville lähetettiin saatekirje ennen haastatteluita. (Liite1)

5.3 Teemahaastattelu ja sen toteuttaminen

Tiedonkeruumenetelmistä käytetyimpiä tapoja on haastattelu. Haastattelu on hyvin joustava menetelmä ja sopii tämän vuoksi moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastateltaessa ihmistä, ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja tämä tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Se mahdollistaa myös vastausten taustalla olevien motiivien esille tuomisen. Haastattelun etuina pidetään muun muassa sitä,

että siinä ihminen on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastattelun avulla voidaan myös haluttaessa selventää ja syventää vastauksia, voidaan esimerkiksi pyytää esitettyjen mielipiteiden perusteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 34,35.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista siinä keskustellaan. Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia sillä menetelmällä. Oleellista tässä menetelmässä on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 47,48.) Opinnäytetyöni teemahaastattelussa oli kolme teemaa. Haastattelukysymykset vastasivat opinnäytetyön tutkimuksen tarkoitusta eli kuvasivat osaston henkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tein itselleni myös apukysymyksiä valmiiksi, joita käytin apuna haastattelussa, jotta sain aiheesta riittävän kattavasti tietoa.

Opinnäytetyön teemahaastattelut toteutettiin Peijaksen sairaalassa. Haastatteluihin osallistui kuusi akuuttipsykiatrisen osaston hoitajaa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastatteluiden alussa haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja se, miten tuloksia voidaan hyödyntää. Haastateltaville kerrottiin vielä suullisestikin haastatteluiden olevan vapaaehtoisia ja varmistettiin, että he ovat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Heille muistutettiin myös vielä, että haastattelut tullaan toteuttamaan nimettöminä ja nauhoitetut keskustelut tullaan käsittelemään yksityisyyttä kunnioittaen.

Haastattelun apuna käytettiin valmiiksi tehtyä teemahaastattelurunkoa (Liite 3). Teemahaastattelurunko on muodostettu teoriapohjan perusteella. Jokaisen haastattelun aikana käytiin kaikki teema-alueet läpi ja teemoja täydennettiin vielä lisäkysymyksillä. Teemahaastattelulla pyrittiin selvittämään hoitajien omia kokemuksia vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä. Haastateltavilta kysyttiin, mitkä tekijät heidän mielestään edistävät tai estävät mittarin käyttöönottoa hoitotyössä. Heiltä kysyttiin myös voidaanko mittarin avulla havaita potilaissa aggressiivisuuden liittyviä tunteita, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä väkivallan syntyä.

Haastattelut toteutettiin akuuttipsykiatrisen osaston osastonhoitajan työhuoneessa. Huonetilaa oli rauhallinen ja antoi haastateltavalle mahdollisuuden keskittyä haastatteluun. Yksi haastattelu kesti keskimäärin noin kymmenestä viiteentoista minuuttia, sillä haastateltavat vastasivat kysymyksiin hyvin lyhyesti ja ytimekkäästi. Haastattelut nauhoitettiin, jotta keskustelu saatiin pysymään mahdollisimman luontevana.

5.4 Aineiston analysointi

Kun haastattelu oli toteutettu, haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Litteroinnissa pääsääntöisesti riittää, että haastattelut purkaa sellaisenaan tiedostoon. Näin tutkija voi miettiä kuinka tarkkaan hän haluaa ottaa huomioon esimerkiksi erilaiset äännähdykset. Litterointi osuus on hyvin työlästä, lasketaan että yhden haastattelun purkamiseen kuluu yksi kokonainen työpäivä. Viimeistään tässä vaiheessa täytyy valita analysointimenetelmä ja miettiä kuinka systemaattisesti lähestytään aineistoa. (Aaltola & Valli 2001: 40,41.)

Minulla oli kyseessä teemahaastatteluaineisto, joten ensimmäinen tehtävä oli järjestää aineisto teemoittain. Tämä tarkoitti sitä, että poimin jokaisesta vastauksesta teemaan liittyvän kohdan, mikä ei aina ollut helppoa, sillä haastattelu-keskustelu ei ollut edennyt loogisesti teemasta teemaan, vaan vastauksia ja kommentteja johonkin kysymyksiin saattoi löytyä eri puolilta yksittäistä haastattelua. Tässä vaiheessa aineistoa ei siis ainakaan sanottavasti karsita, vaan ainoastaan järjestetään uudelleen. Sen jälkeen seuraa varsinainen analyysivaihe. (Aaltola & Valli 2001: 143-145.)

Laadullisen analyysin pääpiirteitä voidaan hahmotella seuraavanlaisesti: Usein analyysi alkaa jo itse haastattelutilanteessa. Tutkijan itse tehtäessä haastattelua, hän voi jo haastattelusaan tehdä havaintoja ilmiöistä niiden toistuvuuden, useuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Hän voi syntyneiden havaintojen avulla tyyppitellä tai hahmotella malleja ja kerätä lisää aineistoa tarkistaakseen jonkin kehittelemänsä hypoteesin tai mallin. Yleensä aineistoa analysoidaan ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia. Laadullisessa analyysissä tutkimus säilyttää aineistonsa sanallisessa muodossa. Tutkija käyttää päättelyä, joka voi olla abduktiivista tai induktiivista. Abduktiivisessa päättelyssä on tutkijalla valmiina jo joitakin teoreettisia johtoideoita, joita hän pyrkii aineistonsa avulla todentamaan. Induktiivisessa päättelyssä keskeistä on aineistoläheisyys. On paljon erilaisia työskentelytapoja ja analyysitekniikat ovat moninaisia. Ei ole vain yhtä oikeaa tai yhtä ehdottomasti muita parempaa analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme 2009: 136.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Useat eri nimillä liikkuvat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat yleensä tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, mikäli näissä tutkimuksissa sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuuluttujen, tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajarvi 2009: 91.)

Laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, toinen vaihe aineiston ryhmittely ja kolmas taas teoreettisten käsitteiden luominen. Aluksi kuunnellaan haastattelut ja aukikirjoitetaan ne sanasta sanaan. Tämän jälkeen luetaan sisältöä ja perehdytään siihen. Sitten etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja alleviivataan niitä. Seuraavaksi listataan löydetty pelkistetyt ilmaukset, jonka jälkeen etsitään näistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Seuraavaksi voidaan yhdistää pelkistettyjä ilmauksia ja muodostaa alaluokkia näille. Sitä seuraa alaluokkien yhdistäminen ja taas yläluokkien muodostaminen niistä. Lopuksi vielä yhdistetään yläluokat ja muodostetaan kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 108, 109.) Opinnäytetyössä analysointi tapahtui seuraavanlaisesti: ensin koneelle litteroidut eli puhtaaksikirjoitetut haastattelut tulostettiin paperille. Sen jälkeen aineistoa luettiin läpi useita kertoja etsien nousevia samankaltaisuuksia ja eriävyyksiä. Tämän jälkeen ryhdyttiin konkreettisesti leikkaamaan saksilla todettuja yhtäläisyyksiä samoihin pinkkoihin, joista sitten syntyivät alaluokat. Vastausten analysoinnin helpottamiseksi alaluokkia yhdistettiin ja näin niistä syntyi taas yläluokat. Liitteissä esitetyissä taulukoissa on alkuperäiset ilmaukset muokattu pelkistetyiksi alkuperäisilmauksiksi, jotta haastateltavien yksityisyydensuoja säilyy, eikä esimerkiksi erilaisten murteiden perusteella haastateltava ole tunnistettavissa.

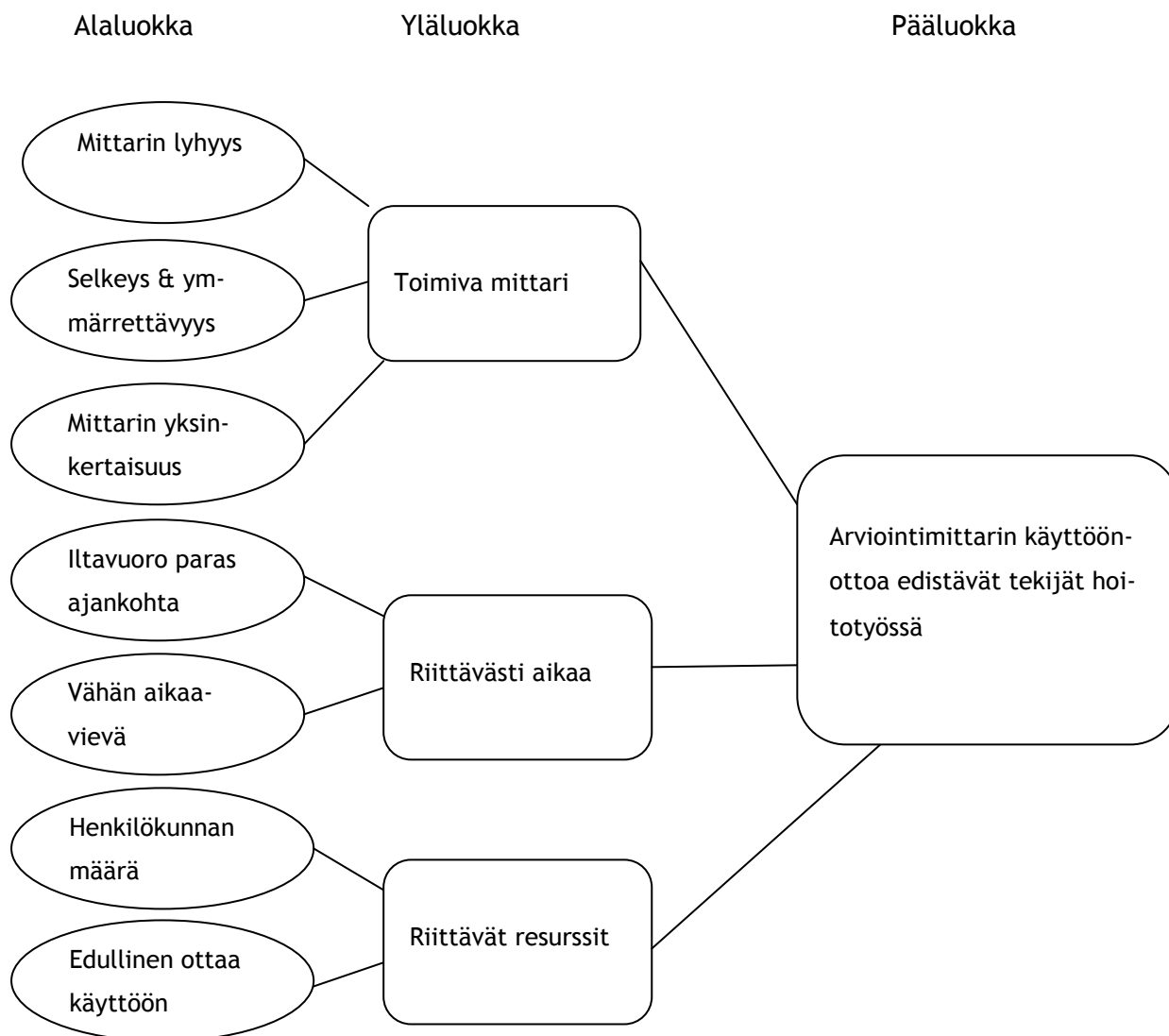
5.5 Opinnäytetyön tulokset

5.5.1 Välittömän vaarallisuuden arviointimittaria edistävät tekijät hoitotyössä

Teemahaastatteluiden perusteella välittömän vaarallisuuden arviointimittaria edistävät tekijät sisälsi kolme yläluokkaa, jotka jakaantuivat seitsemään alaluokkaan. Mittari oli hoitajien mielestä riittävän lyhyt ja siinä oli tarpeeksi vähän arvioitavia kohtia. Mittari koettiin myös hyvin selkeäksi ja ymmärrettäväksi ja sen täyttö oli hoitajien kokemusten mukaan riittävän yksinkertaista. Osa kuitenkin olisi kaivannut laajempaa numeraalista arviointia mittariin, jotta arviointi ei olisi ollut niin ”mustavalkoista”. Osastolla, jossa haastateltavat hoitajat työskentelevät, mittari täytettiin aina kerran vuorokaudessa, iltavuorossa. Hoitajat kokivat iltavuoron olevan paras ajankohta täyttää mittaria. Heidän mielestään mittarin täyttö ei vienyt paljon aikaa osastolla ja heidän kokemuksien mukaan osastolla oli aina riittävästi henkilökuntaa paikalla täytettäessä mittaria. Kaavake olisi hoitajien mukaan edullinen ottaa käyttöön. (Liite4)

”Iltavuoro valikoitu parhaaksi ajankohdaksi, että siinä oli edellisen vuorokauden seurannat helppoa kattoa”.

”Ei koskaan tullu sillä tavalla, että hoitajien vaje olisi aiheuttanu ongelmia”.



Vuokaavio 1. Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käyttöönoton edistävästä tekijöistä kliinisessä hoitotyössä

5.5.2 Välittömän vaarallisuuden arviointimittaria estävät tekijät hoitotyössä

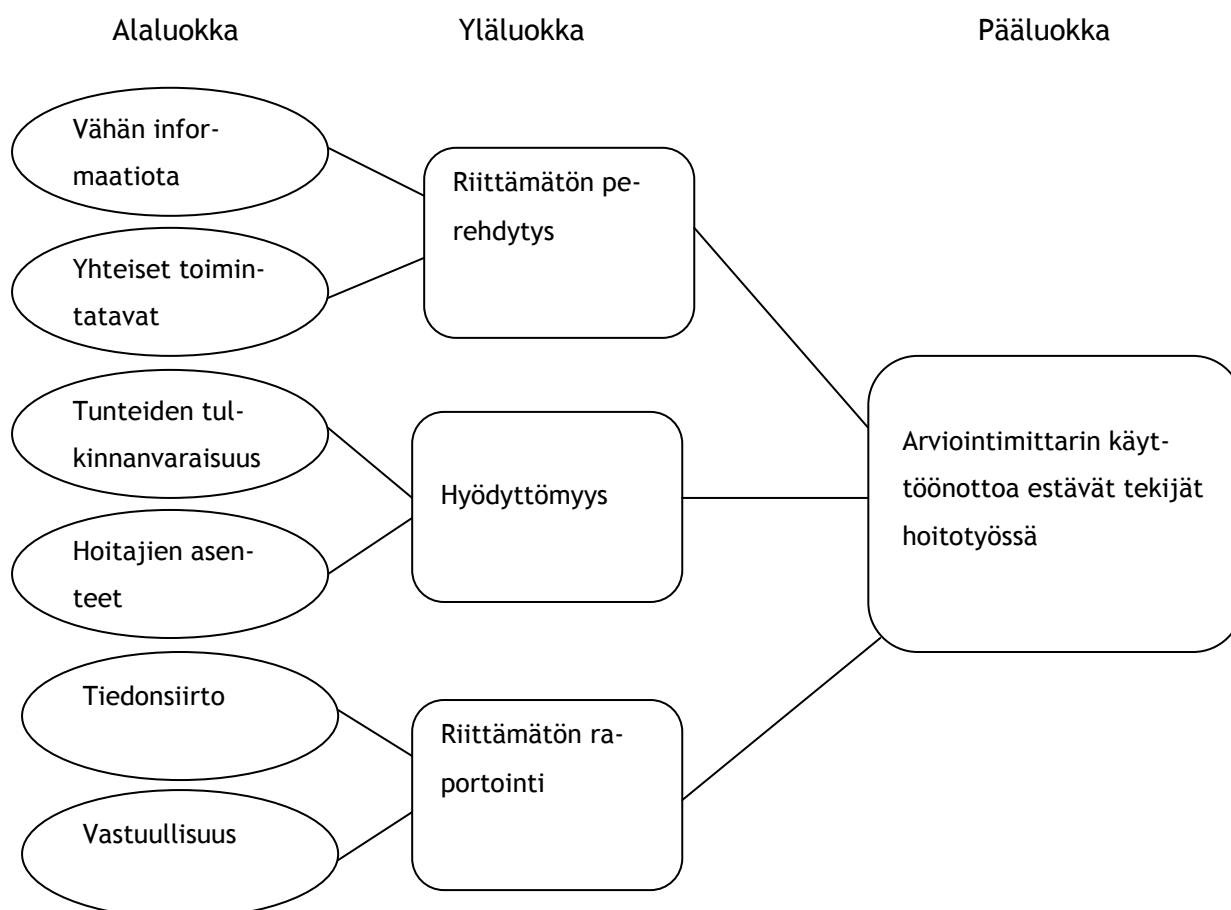
Teemahaastatteluiden perusteella välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käyttöönottoa estävät tekijät sisälsi kolme yläluokkaa, jotka jakaantuivat kuuteen alaluokkaan. Hoitajat kokivat saaneensa liian vähän informaatiota liittyen mittarin käyttöön. Estävinä tekijöinä nähtiin myös se, että hoitajien kokemusten mukaan heiltä puuttuivat yhtenäiset toimintatavat mittarin käyttöön ja raportointiin liittyen.

”Aika sekavalta se vaikutti, että ihmiset eivät tienneet, että mikä se koko kaavake on ja milloin ja miksi ja mihin se merkataan”.

Hoitajien kokemusten mukaan mittarissa potilaista havainnoitavat erilaiset tunnetilat olivat hyvin tulkinvaraisia riippuen hoitajasta ja he olisivat kaivanneet enemmän muunkinlaisia tunnetiloja mittariin, kuten erään hoitajan toteamuksen mukaan ” pelkästään yleisesti negatiivisia ja ympäristöön suuntautuvia tunnetiloja”. Arviointimittarin käyttöönottoa estävinä tekijöinä nähtiin myös hoitajien omat asenteet mittarin käyttöönotosta.

”Jokainen lappu mikä annetaan, koetaan taakaksi ja lisätyöksi”.

Kyseisen hoitajan mukaan asenteisiin voitaisiin ehkä vaikuttaa sillä, että tuotaisiin selkeästi hoitajille esiin se konkreettinen hyöty, mitä mittarista voi saada. Hoitajat kokivat, ettei arviointimittarista saatu tietoa potilaasta kulkeutunut riittävän hyvin työvuorosta toiselle, vaan tiedon katsominen jäi aina seuraavan hoitajan vastuulle. Lisäksi haastatteluista selvisi, että mittarin avulla tehdyt arvioinnit kirjattiin aina potilaan hoitokertomukseen, mutta suullista raportointia ei käyty lainkaan. Osa hoitajista olisi pitänyt suullista raportointia hyödyllisenä. (Liite5)



Vuokaavio 2. Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käyttöönottoa estävistä tekijöistä kliinisessä hoitotyössä

5.5.3 Vaaratilanteiden ennaltaehkäisy

Teemahaastatteluiden perusteella välittömän vaarallisuuden arviointimittari sisälsi kolme yläluokkaa vaaratilanteiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Yläluokat jakaantuivat seitsemään alaluokkaan. Hoitajat kokivat, että välittömän vaarallisuuden arviointimittari antoi faktaa ja näyttöä siitä, että potilaista on huomioitu mittarissa ilmeneviä tunnetiloja ja toimintoja, mutta hoitajat kokivat, että he ovat akuuttiosastolla muutenkin huomioineet automaattisesti kyseisiä asioita potilaista ilman mittaria. Hoitajat kokivat kuitenkin arvioinnin olevan systemaattisempaa mittarin avulla ja kokivat, että mittarin tulosten perusteella huomaa, onko potilas käyttäytynyt aggressiivisesti. Tulosten perusteella hoitajat kokivat pohtineensa yhdessä joitakin arviointimittariin liittyviä kohtia. He kokivat myös, että samasta potilaasta saattoi tulla erilaisia arviointeja hoitajasta riippuen.

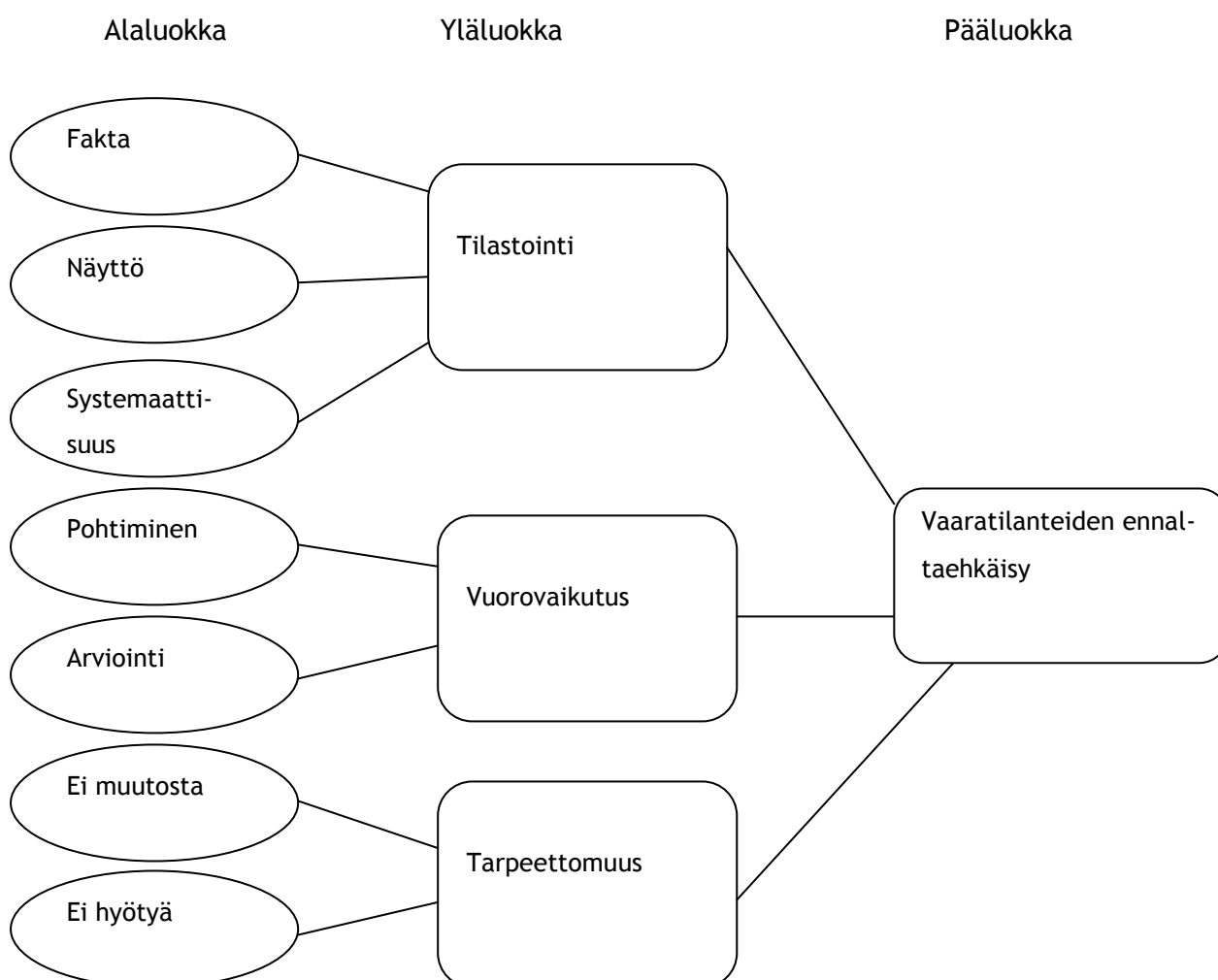
”Mun mielestä se toimii niinku tällasena tilastollisena mittarina et ei silleen niinku ennaltaehkäisevästi”.

”Täytyi aina miettiä kollegan kanssa, jos oli hankalaa”.

”Toinen hoitaja saattaa kokea potilaan uhkaavana ja toinen näkee potilaan vaan ehkä ainoastaan levottomana, mut ei mitenkään niinku väkivaltasena. Käsitteen määrittelyssä puhutaan esimerkiksi tutusta potilaasta ja ku alettiin käsittelemään osastolla sillä hetkellä olevia potilaita, niin osa koki tietyt potilaat tutuiksi ja osa ihmetteli miten nämä potilaat voivat olla muka tuttuja”.

Haastattelujen perusteella hoitajat kokivat, ettei välittömän vaarallisuuden arviointimittari lisännyt vaarallisuuden ennakointia lainkaan, vaan tilanne pysyi sen osalta ennallaan. He kokivat suoriutuneensa osastolla tilanteista hyvin ilman mittariakin, eivätkä näin ollen kokeneet mittarista olevan mitään hyötyä vaarallisuuden ennaltaehkäisyssä. Haastatteluissa haluttiin selvittää myös, miten hoitajien mielestä potilaita voitaisiin osastolla opettaa kanavoimaan erilaisia tunnetiloja oikein, ettei tilanne kärjistyisi väkivallan tasolle. Suurin osa hoitajista piti keskustelua potilaan kanssa merkittävänä ennaltaehkäisevänä tekijänä. Lääkehoito koettiin myös akuuttipsykiatrisella osastolla tärkeänä keinona ennaltaehkäisyssä. Lisäksi nousi esiin,

että aggression syy tulisi selvittää nopeasti, jotta potilaan käyttäytymistä voitaisiin ymmärtää. (Liite6)



Vuokaavio 3. Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarista vaaratilanteiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta

6 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata akuuttipsykiatrisen osaston henkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tulosten perusteella voidaan olettaa, että hoitajat kokivat mittarin käytön olevan pääosin helppoa ja vähän aikaavievää. Heistä suurin osa ei nähnyt mittarista olevan hyötyä vaarallisuuden ennaltaehkäisyssä osastolla, vaan kokivat sen lähinnä tilastollisesti merkittävänä. Tampereen yliopistollisen sairaalan kehittämishankkeen vuodelta 2011 mukaan väkivaltaa ja sen uhkaa potilaiden taholta esiintyy paljon, mutta toiminnan kehittämisen kannalta tärkeää tietoa ei tilastoida. (Pitkänen, Lehtonen, Pilli, Kuisma, Mattanen, Kuusisto, Hakala, Koivisto, Pyysalo, Hietalahti, Mäkelä, Mäkelä 2011: 4). Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan olettaa, että vaarallisuuden arviointimittarin

avulla voitaisiin jatkossa kehittää potilaiden taholta esiintyvän väkivaltaisen käyttäytymisen tilastointia. Vuonna 2002 tehdyn tutkimuksen mukaan on todettu, että strukturoiduista lomakkeista on hyötyä suunniteltaessa psykiatrisen potilaan hoitoa sekä aggressiivisuuden esiintymisriskiä. (Taipale & Välimäki 2002: 4). Tältä osin opinnäytetyön tulokset eivät tue aiempia tutkimuksia. Opinnäytetyön tuloksiin vaikutti myös se, että siinä haastateltiin ainoastaan kuutta hoitajaa, joilla oli vain kuukauden kokemus strukturoidun vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä, joten tarvittaisiin laajempi ja pidempikestoinen tutkimus jatkossa, jotta saataisiin luotettavampia tuloksia ja mittarista saatava hyöty esille.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyödyksi vaarallisuuden arviointimittarin käyttöön- otossa hoitotyöhön. Tulosten perusteella hoitajat kokivat mittarin käytön olevan helppoa ja vähän aikaavievää, eikä täten vaadi ylimääräisiä resursseja. Nämä tekijät edistävät opinnäytetyön tulosten mukaan mittarin käyttöönottoa hoitotyössä. Tulosten mukaan voidaan olettaa, että hoitajat kokivat perehdytyksen riittämättömänä ja olisivat kaivanneet yhtenäistä toimintatapaa mittarin käyttöön liittyen. Tiedon- sekä yhtenäisten toimintamallien puute nousivat tulosten mukaan mittarin käyttöä estäviksi tekijöiksi. Mittari oli nyt ainoastaan kuukauden kokeilujaksolla osastolla ja mikäli se otetaan osastolle pysyvästi käyttöön, opinnäytetyön tulosten mukaan perehdytystä vaadittaisiin enemmän sekä selkeät yhtenäiset toimintatavat. Haastatteluista selvisi myös, että hoitajien kokemuksen perusteella mittarin käyttö ei vähentänyt hoitajien omaa tulkinnanvaraisuutta arvioidessaan potilaan väkivaltaisuuden mahdollisuutta.

Kuopiossa on käytössä lastenpsykiatrisella kriisiosastolla Avekki-malli, joka auttaa ennakoimaan potilaan haastavaa käyttäytymistä. Mallin tavoitteena on luoda yhtenäinen toimintamalli koko henkilökunnalle aggressiivisen lapsen käyttäytymisen hallitsemiseksi. Avekin toteuttaminen vaatii työyhteisön arjen johdonmukaista strukturointia sekä yhteisten sääntöjen rakentamista. Kuopiossa osastolle on tehty yhteinen sääntökansio, jonka laatimisessa oli mukana sekä henkilöstö että potilasyhteisö. Avekki on tuonut mukanaan uhka- ja ongelmatilanteiden paremman hallinnan ja tulkitsemisen. Sen avulla on pyritty parantamaan työntekijöiden ammatillista valmiutta erilaisten ongelmatilanteiden hallinnassa, kuten työmotivaatiota, läsnäoloa sekä työntekijän ammatillisen vireystilan tiedostamista. (Tiihonen & Lommi 2010:16-17.) Avekki-mallin tulosten perusteella voidaan päätellä, että yhtenäisen ja toimivan aggressiivisuuden hallintaan soveltuvan uuden mallin tuominen työyhteisöön vaatii perehdytystä sekä toimivat yhtenäiset säännöt. Opinnäytetyön tulokset tukevat tältä osin Avekki-mallin tuloksia.

Ukonmaanahon (2006) Pro gradu- tutkielmalla on haluttu selvittää, millaisia eri keinoja hoitajat käyttävät aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseen Oulun yliopistollisen sairaalan, psykiatrisen klinikan toimipisteissä. Vastaajista jopa 99 prosenttia käytti ensisijai-

sena keinona keskustelua potilaan kanssa. Vastaajista 94 prosenttia hyödynsi läsnäoloa rauhoittamaan aggressiivista tai väkivaltaista potilasta ja tätä käytettiin enimmäkseen toisena ja ensimmäisenä keinona. Kolmantena keinona ilmeni tarvittava lääkitys, jota 89 prosenttia käyttää tarvittaessa. (Ukonmaanaho 2006: 34.) Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että suurin osa hoitajista piti keskustelua potilaan kanssa sekä hoitajien välillä merkittävänä ennaltaehkäisevänä tekijänä. Lääkehoito koettiin myös akuuttipsykiatrisella osastolla tärkeänä keinona ennaltaehkäisyssä. Lisäksi nousi esiin, että aggression syy tulisi selvittää nopeasti, jotta potilaan käyttäytymistä voitaisiin ymmärtää. Nämä opinnäytetyön tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia.

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Sairaanhoidon käytännön kehittämisessä korostuu tutkimuksen merkitys. Sairaanhoidajan on jatkuvasti arvioitava omaa työtään ja kyseenalaistettava omia toimintojaan sekä mitattava oman työnsä vaikutuksia. Tähän kaikkeen tarvitaan tutkimusta, sillä ei riitä yksistään, että sairaanhoitaja tietää mitä hänen pitää tehdä, vaan hänen tulee myös tietää, miksi täytyy toimia tietyllä tavalla. Terveiden edistäminen on sairaanhoitajan työssä tärkeämpää kuin sairauden hoitaminen. (Lauri 2007: 18-19.) Opinnäytetyöprosessin myötä käsitykseni terveyden edistämisestä on saanut lisää ammatillista näkökulmaa. Olen kokenut tämän prosessin aikana ammatillisuuden ja asiantuntijuuden kasvua.

Opinnäytetyön eräänlainen tarkoitus on osoittaa, kuinka opiskelija on opintojensa aikana kehittynyt. Sen tavoitteena on yleensä kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia soveltaa taitojaan ja tietojaan ammattipintoihin liittyvässä käytännön asiantuntijatehtävässä. (Hakala 2004: 7.) Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin saatuaani opinnäytetyölleni aiheen ”Mielen avain” hankkeeseen liittyen. Peijaksen sairaalaan akuuttipsykiatriselle osastolle oli tulossa kokeiluun välittömän vaarallisuuden arviointimittari ja osastonhoitaja halusi kartoittaa henkilökunnan omia kokemuksia mittarin käyttöön liittyen. Koin aiheen heti todella mielenkiintoiseksi ja ajankohtaiseksi. Päädyin tekemään kvalitatiivisen tutkimuksen hoitajien kokemuksista. Teemahaastattelu valikoitui parhaaksi tiedonkeruumenetelmäksi, sillä juuri sillä menetelmällä voidaan saada luotettavaa kokemuseräistä tietoa. Lähdin teoretietiedon pohjalta tutustumaan laadulliseen tutkimukseen, teemahaastatteluun ja sisällönanalyysiin ja pikku hiljaa aloin oivaltaa, mitä kaikkea opinnäytetyöni tulee pitämään sisällään.

Aiheen saatuaani aloin heti etsiä ajankohtaista teoretietoa aiheestani syksyllä 2012. Kävin myös erilaisissa opinnäytetyön työpajoissa ja tiedonhankinnan työpaja osoittautuikin todella hyödylliseksi. Siellä opin hakemaan juuri tarvitsemaani teoretietoa aiheeseeni. Pikku hiljaa sain aiheen rajattua opettajani kanssa yhteistyöllä ja pääsin kirjoittamaan teoreettista viitekehystä. Samalla aloin laatia opinnäytetyön suunnitelmaa joka valmistuikin syksyn 2012 aika-

na. Pidin suunnitelmaseminaarin joulukuussa. Seminaarin jälkeen lähetin suunnitelmani Peijaksen sairaalan johtavalle ylihoitajalle. Hyvin pian sain sähköpostitse tiedon, että minulle on myönnetty tutkimuslupa. (Liite 7)

Helmikuussa 2013 tein haastattelut Peijaksen sairaalassa ja maaliskuussa litteroin haastattelut koneelle. Sen jälkeen aloin analysoida tuloksia sisällönanalyysimenetelmällä. Koin sen melko haastavaksi, sillä aiempaa kokemusta minulla ei ole minkäänlaisista tutkimuksista ja niiden tulosten purkamisesta ja tarkastelusta. Hakalan (2004: 16) mukaan opinnäytetyön prosessi on haastava polku, joka vaatii kovaa puurtamista ja monenlaisia tunteita. Opinnäytetyön analyysivaiheessa samaistuin Hakalan toteamukseen, sillä koin monenlaisia tunteenpurkauksia analysoinnin aikana, mutta onnistumisen tunne olikin sitten entistä suurempi, kun vihdoin sain analysoinnin tehtyä. Opinnäytetyön tulokset vastasivat opinnäytetyön tutkimustehtäviin hyvin. Saatuani tulokset valmiiksi aloin vielä hioa teoreettista viitekehystä loppuun. Lopuksi pohdin opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä sekä opinnäytetyön eettisyyttä. Onnistuin mielestäni hyvin löytämään luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ja tarkastelin niitä rehellisesti opinnäytetyössäni. Ennen opinnäytetyöprosessin alkamista minulla oli jollain tavalla negatiivinen mielikuva päässäni, kuinka vaikea ja monimutkainen prosessi opinnäytetyön tekeminen tulee olemaan. Koulullamme on kuitenkin hyvin selkeät ohjeet internetissä, joiden mukaan prosessi eteni loogisesti. Sain ohjeistusta aina tarvittaessa ohjaavalta opettajaltani. Kaiken kaikkiaan koin opinnäytetyöprosessin paljon odotettua kevyempänä. Koko prosessi on ollut opettavainen ja opinnäytetyöni pohjalta olen päässyt tuomaan esille ammatillisen kasvuni kehitystä.

7.1 Asiantuntijuuden ja ammatillisuuden kasvu opinnäytetyöprosessin aikana

Opinnäytetyö on antanut minulle mahdollisuuden omien tietojeni ja taitojeni syventämiseen ja tätä kautta ammatillisen asiantuntijuuden kehittämiseen. Laurin (2007: 87) mukaan ammatillisuuteen ja itsenäiseen ammatinharjoittamiseen kasvaminen vaatii selkiintynyttä taito- ja tietorakennetta, joka luo ammatillisen toiminnan sisällön. Hän on maininnut ammatillisuutta kuvaaviksi ominaisuuksiksi itsenäisyyden, asiantuntemuksen, sitoutumisen työhön, sekä eettisyyden ja siihen liittyvät ohjeet. Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut työskentelemään ja tekemään päätöksiä itsenäisesti, olen ollut täysin sitoutunut työhöni ja pohtinut jatkuvasti työn eri vaiheissa siihen liittyviä eettisiä näkökulmia ja täten koen kehittäneeni omaa asiantuntijuutta. Laurin (2007: 87) mukaan asiantuntijuus on lisäksi kykyä nähdä kokonaisuuksia niiden yksityiskohdilta, kykyä erottaa oleelliset asiat epäoleellisista ja kykyä yhdistellä erilaisia asioita toisiinsa. Opinnäytetyössäni olen käyttänyt paljon eri tietolähteitä ja pyrkinyt erottamaan jokaisesta lähteestä juuri oleelliset asiat aiheeseeni liittyen. Aiheen rajaaminen alkuun tuntuikin hieman haastavalta, sillä tietoa aiheesta löytyi niin paljon ja teksti olisi hel-

posti lähtenyt rönsyilemään. Tiedonhankkiminen ja sen hyödyntäminen opinnäytetyössäni ovat myös kehittäneet asiantuntijuuttani.

Hoitotyön ydinosaaminen perustuu tietoon terveestä ja sairaasta ihmisestä; tietoon ihmisen hoitotyöstä sekä siinä käytettävistä toimintatavoista ja niiden vaikuttavuudesta sekä tietoon ympäristöstä ja sen merkityksestä ihmisen käyttäytymiselle ja kehitykselle. Hoitotyössä kohdataan eri ikä- ja kehitysvaiheissa sekä eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä ja tämän vuoksi näillä tiedoilla on tärkeä merkitys hoitotyössä. (Lauri 2007: 90.) Koen kehittäneeni omaa hoitotyön ammatillisuuttani ja asiantuntijuuttani opinnäytetyön prosessin aikana monenlaisen tietoteorian kautta. Opinnäytetyöprosessin myötä olen oppinut tieteellisen tutkimuksen tekemisestä paljon uutta. Opin esimerkiksi useita erilaisia tutkimusmenetelmiä sekä pääsin perehtymään kvalitatiiviseen tutkimukseen syvällisemmin. Teemahaastattelun tekemisen pohjalta minulle avautui aivan uusi maailma kokemuseräisen tiedon hankintaan.

Korkeimmin koulutettuja hoitotyön asiantuntijoita ovat sairaanhoitajat. He tekevät vastuullista ja itsenäistä työtä ja heidän työnsä perustuu hoitotieteeseen. Heidän tehtävänä on edistää terveyttä ja ylläpitää sitä, ehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Asiantuntijana toimivan sairaanhoitajan työnkuvassa korostuu potilaslähtöinen, terveyskeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa ja hänen asiantuntijuutensa rakentuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. (Sairaanhoitajaliitto: Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen.) Opinnäytetyössäni hankittua ajankohtaista tietoa voin käyttää harkitusti tulevana sairaanhoitaja potilaideni hoidossa ja tätä kautta toimintani on näyttöön perustuvaa ja terveyttä edistävää. Hoitotyössä on jatkuvasti läsnä myös eettiset kysymykset. Sairaanhoitajalta eettisen vastuun kantaminen vaatii syvällistä hoitotyön osaamista sekä hoitotieteellistä ajattelua. Tarvitaan myös rohkeutta keskustella vaikeista kysymyksistä ja rohkeutta puuttua epäkohtiin kannettaessa eettistä vastuuta. (Sairaanhoitajaliitto: Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen.) Eettinen pohdinta on kulkenut mukani koko opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyöprosessiini on osallistunut minun itseni lisäksi myös kouluni ohjaava opettaja sekä työelämän yhteishenkilö. He ovat jakaneet omaa asiantuntijuuttaan minulle ja auttaneet muun muassa tiedonhankinnassa sekä ohjanneet minua oikeaan suuntaan koko opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyölläni pyrin tuomaan uutta tietoa taas jaettavaksi koululleni sekä työelämään hyödynnettäväksi.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Moraalisena näkökulmana etiikka on osa arkista elämää. Se on osana tilanteissa, joissa ihminen pohtii suhtautumistaan omiin sekä toisten tekemisiin, sitä mitä voi sallia, mitä ei ja mikä vuoksi. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on missäkin tilanteessa oikein ja mikä taas väärin. Tutkimusetiikan ja juridiikan opettelu

koskien aineiston hankintaa ei voi siten itsessään olla eettisten ongelmien ratkaisua. Eettisten normien ja lakien tuntemus auttaa konkreettisten ratkaisujen tekemisessä, mutta tutkimustyössä tehtävistä valinnoista ja ratkaisuista kantaa vastuun aina tekijä itse. Ammattietiikan näkökulmasta tutkimuseetiikan normit voidaan jakaa kolmeen pääryhmään, joita ovat: tutkitavien ihmisarvoa ilmentävät normit, tiedon luotettavuutta ja totuuden etsimistä ilmentävät normit sekä tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävät normit. Tutkimuseettisesti sekä lainsäädöllisesti tutkimuksen teossa merkittävä asia on tekijänoikeus. (Kuula 2011: 21, 24, 66.) Olen käyttänyt opinnäytetyössäni vain luotettavia, ajan tasalla olevia lähteitä. En ole plagioinut kenenkään tekstiä, vaan olen referoinut lähteiden tekstin omin sanoin ja osoittanut työssäni asianmukaisesti, mikä on alkuperäinen tietolähde. Kunnioitan haastateltavieni yksityisyyden suojaa ja tavoitteenani on ollut löytää tutkimuksen kannalta merkittäviä ja totuudenmukaisia asioita haastattelujen pohjalta niin, ettei totuus vääristy missään kohdassa. Haastateltavien käyttämät puhetyyliin ilmaiset ja murre sanat olen muuttanut yleiskieleksi, jolloin lopullisessa raportissa yksittäinen haastateltava ei tule olemaan tunnistettavissa. Olen tarkkaan miettinyt tutkimuskysymykset, joiden avulla sain hoitajilta luotettavaa tietoa tutkimusongelmaan. Purkaessani nauhoituksia, pidin huolen, ettei kukaan ulkopuolinen kuullut nauhojen sisältöä. Pidin myös koko ajan huolen, ettei aineisto pääse missään vaiheessa kenenkään ulkopuolisten käsiin. Oman haasteensa haastattelutilanteeseen toi se, että haastateltavat olivat minulle entuudestaan tuttuja, sillä olen työskennellyt heidän kanssaan viime kesän aikana. Haastattelutilanteet kuitenkin sujuivat ammatillisesti ja sain haastateltavilta totuudenmukaista tietoa.

Tyypillisiä esimerkkejä tutkimuseettisistä väärinkäytöksistä ovat plagiointi sekä väärentäminen. Eettiset normit ovat osana tieteen sisäistä itseohjausta ja samalla ne ovat osoitus tutkijoiden ammattikunnan keskeisistä arvoista. Kaikille tutkijoille tulisi asettaa kahdeksan yleistä eettistä vaatimusta, joita ovat: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, rehellisyyden vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. (Kuula 2011: 30.) Itse olen toiminut noiden eettisten vaatimusten mukaisesti tehdessäni tätä opinnäytetyötä.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat kulkeneet mukana tehdessäni tätä opinnäytetyötä. Sairaanhoitajan päällimmäisenä tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä myös kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitajien tulee huolehtia ammatin sisällön syventämisestä, tieteellisyyden edistämisestä sekä koulutuksen kehittämisestä. Asiantuntijuuden kasvun sairaanhoitajakunnassa tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä. (Sairaanhoitajaliitto: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.) Eettisesti korkeatasoisen psykiatrisen hoitotyön edellytyksenä pidetään henkilökuntaa, jolla on tietoa ja taitoja kohdata myös aggressiivinen potilas. Tällöin potilaan hoidossa korostuu henkilökunnan ammattietiikan merkitys. Sairaanhoitajien täytyy kunnioittaa myös aggressiivisen potilaan arvokkuutta ja

oikeuksia. Sairaanhoidajilta vaaditaan aggressiivisuuden hallitsemiseksi vahvaa ammattiosaamista sekä kykyä kehittää omaa ammattitaitoa. (Turpeinen, Kontio, Välimäki, Nikkonen, Suominen 2008: 17.)

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kun on kyseessä laadullinen tutkimus, tärkeimpiä luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä ovat; tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten esittämiseen liittyvät kysymykset. Se, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön, vaikuttaa oleellisesti aineiston keruussa saatuun tietoon. Näin aineiston laatu korostuu. Analysoinnissa korostuu tutkijan omat taidot, arvostukset sekä oivalluskyky. Kun arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, tarkastellaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä sekä neutraalisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee pystyä osoittamaan luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Janhonen & Nikkonen 2003: 36.) Opinnäytetyöni luotettavuuden arviointi perustuu pitkälti itse tekemiini havaintoihin ja tutkimuseettisiin huomioihin opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden aikana. Olen pyrkinyt huomioimaan opinnäytetyössäni kaikki oleelliset tutkimuseettikan yleiset periaatteet.

Perehdyin laajasti sisällönanalyysiin liittyvän teorian tietoon ja analysoin aineiston nojaten vahvasti teoriaan ja tätä kautta sain tutkimuksestani mahdollisimman luotettavan. Opinnäytetyön tutkimukseni tulosten luotettavuutta lisää myös se, että olen kuvannut taulukoin sisällönanalyysin vaiheita säilyttäen mukana alkuperäisiä ilmauksia. Lisäksi tuloksissa on käytetty mukana suoria lainauksia haastateltavilta, joilla voidaan osoittaa todenmukaisuutta. Opinnäytetyöni luotettavuuteen vaikuttaa se, että tekemäni otos oli hyvin pieni, eikä kuuden hoitajan perusteella voida vielä luotettavasti osoittaa välittömän vaarallisuuden arviointimittarin todellista hyödynnettävyyttä psykiatrisilla osastoilla, mutta tuloksia voidaan hyödyntää mittarin käyttönotossa hoitotyöhön. Opinnäytetyön teemahaastattelut jäivät melko niukoiksi ja tämä osaltaan vaikuttaa myös työn luotettavuuteen. Haastatteluista saadun tiedon niukkuuteen näkisin vaikuttaneen haastattelijan kokemattomuuden haastattelutilanteista sekä haastateltavien lyhytkestoisen kokemuksen mittarin käytöstä. Niukkuuteen uskoisin vaikuttaneen jonkin verran myös haastateltavien hoitajien omat asenteet ja kiinnostus haastatteluissa käsiteltävästä aiheesta.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämissideat

Laihon (2009) mukaan potilaiden eristämispäätökseen suljetuilla psykiatrisilla osastoilla vaikutti kaaos osastolla, väkivalta tai sen uhka, toiset potilaat, potilaan hallitsematon käytös, aiempi kokemus potilaasta sekä potilaan sopimaton käytös. (Laiho 2009: 1). Välittömän vaarallisuuden arviointimittarin avulla pyritään kehittämään väkivallan uhan ennakointia ja en-

naltaehkäisyä ja tätä kautta potilaiden tahdonvastaisia eristämisiä voitaisiin mahdollisesti vähentää. Jatkotutkimusehdotuksena näkisin kvantitatiivisen tutkimuksen siitä, ovatko eristämiset vähentyneet välittömän vaarallisuuden arviointimittarin myötä. Tähän tarvittaisiin laaja ja pitkällä aikavälillä tehty tutkimus, jotta sillä saataisiin luotettavia tuloksia.

Tiihosen (2005) mukaan Niuvanniemen oikeuspsykiatrisella osastolla väkivallan raportoinnissa on puutteita. Vastaajien mielestä syitä tähän on se, että väkivaltaa tapahtuu hyvin usein, väkivalta ei ole vakavaa tai se, että raportointiin kuluu liikaa aikaa tai että se ei kuitenkaan johda mihinkään jatkotoimenpiteeseen. (Tiihonen 2005:2.) Kehittämissideana pohdin, voisiko välittömän vaarallisuuden arviointimittarin kehittää sähköiseen muotoon, esimerkiksi osaksi jokaisen potilaan hoitosuunnitelmaa psykiatrisilla osastoilla. Tällöin raportointi ja tilastointi tapahtuisivat automaattisesti ja olisi helppo seurata myös mittarin hyödyllisyyttä. Lisäksi se olisi ympäristöystävällisempi käyttömuoto.

DASA on työkalu jatkuvaan arviointiin perustuvan riskin arviointiin. Se on alun perin suunniteltu suljettujen vankimielisairaaloiden akuuttipotilaiden arviointiin, mutta se on yhtä lailla käytettävissä yleisessä psykiatrisessa hoidossa. Psykiatriset hoitajat pystyvät pelkkää ”kliinistä silmäänsä” käyttäen jossain määrin tunnistamaan korkeamman riskin potilaat, vaikkakin tarkkuus paransi merkittävästi DASA:n avulla. (James ym. 2006: 800.) Jatkotutkimuksena voisi tehdä laajan määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen siitä, ovatko väkivaltilanteet vähentyneet mittarin käytön myötä. Mukaan voisi ottaa esimerkiksi kolme psykiatrista akuutiosastoa, joissa mittari on käytössä vuoden ajan ja vertailuksi taas kolme psykiatrista akuutiosastoa, joissa mittari ei ole ollut käytössä. Tällaisen tutkimuksen avulla voitaisiin saada luotettavia tuloksia DASA:n vaikuttavuudesta vaaratilanteiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

Opinnäytetyöni tutkimus oli ensimmäinen, jossa tutkittiin hoitajien omia kokemuksia mittarin käytöstä. Jatkossa kokisin tärkeänä tutkia hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käytöstä, jotta tuloksia voitaisiin vielä paremmin hyödyntää mittarin kliinisessä käyttöönotossa hoitotyössä. Tällaisen tutkimuksen myötä selviää myös, kuinka hyvin hoitajien mielestä mittari soveltuu erilaisille psykiatrisille osastoille. Näiden tulosten perusteella voitaisiin mittaria lähteä vielä kehittämään jokaiselle osastolle soveltuvaksi.

Lähteet

Aaltola, J. Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II - Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Aaltola, J. Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Bettina von der Pahlen & C. J. Peter Eriksson 2003. Duodecim. Alkoholi ja aggressiivinen käyttäytyminen. <
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykiatria%20v%C3%A4kivalta
 >

Cacciatore, R. 2007. Aggression portaat. Vammalan kirjapaino Oy.

Duodecim. 2007. Psykkiset häiriöt ja taipumus väkivaltaan.
 <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=psykiatria%20v%C3%A4kivalta
 a>

Etienne, G. Krug, Linda, L. Dahlberg. James, A. Mercy. Anthony, B. Zwi. Rafael Lozano. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa- WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finlex. Ajankohtaiset lait ja asetukset.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu- Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

James, R.P. Ogloff, J.D. Daffern, M. 2006. The Dynamic Appraisal of Situational Aggression: An Instrument to Assess Risk for Imminent Aggression in Psychiatric Inpatients.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kiviniemi, L. Matinlauri, M. Nevalainen, T. Ruotsalainen, K. Seppänen, K. Vuokila, U. Oikonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C, Oittinen, P, Kanerva, A, Seuri, T. Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Laiho, T. 2009. Aikuispsykiatrisen potilaan eristäminen - Eristämisspätösmitarin kehittäminen ja testaaminen, pilottitutkimus. Pro gradu -tutkielma.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2011. Psykiatria. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Pitkänen, A. Lehtonen, M. 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 vastualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 2/2011.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto: Pro gradu- tutkielma.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammerpaino Oy.

Ritmala-Castren, M. 2005. Miten rauhoittaa aggressiivista potilasta? Sairaanhoidajalehti 6-7/2005.

Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan työ ja hoitotyön kehittäminen.

< http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_työ/ >

Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet.

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_työ/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Sarvimäki, A. Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita prima.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen lautakunta. 2011. Etene- julkaisuja 32. Helsinki.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Kuopion yliopisto Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta: Pro gradu-tutkielma.

Taipale, J. Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä-katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede 4/2002.

Tiihonen, E. 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Työterveyslääkäriyhdistys r.y.

http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00140&p_haku=akuutin

Tiihonen, K. 2005. Henkilökunnan kokemus väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Kuopion yliopisto: Pro gradu- tutkielma.

Tiihonen, K. Lommi, R. & Pietarinen-Lyytinen, R. 2010. Avekki-malli lastenpsykiatrisen kriisi-osaston arjessa. Sairaanhoidajalehti 2/2010, vol 83.

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

Turpeinen, S. Kontio, R. Välimäki, M. Nikkonen, M. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. Sairaanhoidajalehti 8/2008, vol 81.

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen lautakunta. 2010. Julkaisuja 25.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf

Viljamaa, V. 2012. Käytä kiukkuasi- aggression hyötykäyttö. Helsinki: WSOY.

Weizmann-Henelius, G. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. 1997. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvät haastateltavat,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Laurea -ammattikorkeakoulusta, Tikkurilan yksiköstä. Opinnäytetyön aihe on saatu Laurea ammattikorkeakoulun kautta ja se kuuluu osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialan Mielen avain- hankkeeseen. Kyseessä on hoitotyön laadunkehittämishanke vuosille 2011-2015. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttipsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Etsin kuutta vapaaehtoista hoitajaa haastateltavaksi helmikuulle 2013. Haastattelukertoja on vain yksi haastateltavaa kohden. Haastattelut käsitellään luottamuksellisesti ja siten, että henkilöllisyytesi ei tule esiin missään vaiheessa opinnäytetyötä. Haastatteluaineisto hävitetään tai arkistoidaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Sinulla on oikeus keskeyttää osallistumisesi tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan verkkokirjasto Theseus - ammattikorkeakoulujen sivustolla, josta löytyy kaikki Suomen ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää välittömään vaarallisuuteen liittyvän strukturoidun arviointimittarin kliinisessä käyttöönotossa. Mikäli kiinnostuit osallistumaan haastatteluun, toivon, että ottaisitte yhteyttä opinnäytetyöni työelämän yhteyshenkilöön Tero Laihoon. Sähköpostiosoite on tero.laiho@hus.fi. Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstäni tai haluat lisätietoja, voit lähettää minulle sähköpostia osoitteeseen nina.seppanen@laurea.fi. Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Carita Saarikivi Laurea -ammattikorkeakoulusta.

Ystävällisin terveisin,

Nina Seppänen

Sairaanhoitajaopiskelija

Liite 2. DASA, välittömän vaarallisuuden arviointimittari



DYNAMIC APPRAISAL OF SITUATIONAL AGGRESSION



Centre for Forensic Behavioural Science
MONASTI UNIVERSITY



Nimi: _____
Viikko: _____ / _____ / _____

	Maanantai (Ympyrä)	Tiistai (Ympyrä)	Keskiviikko (Ympyrä)	Torstai (Ympyrä)	Perjantai (Ympyrä)	Lauantai (Ympyrä)	Sunnuntai (Ympyrä)
Arviointi Arvio tehdään potilaasta kerätyn tiedon ja EDELTÄVÄN 24 TUNNIN aikana tehtyihin havaintoihin. Tutittujen potilaiden käyttäytymistä käytetään, mikä ei johda väkivaltaan, arvioidaan 0-10. Jos kuvattu käytös lisääntyä arvioidaan kohti 11ä.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Ärsyisyys Potilas ärsyyntynyt tai suuttunut helposti. Hän ei siedä toisten läsnäoloa.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Impulsiivisuus Potilaan käytös ja tunteet ovat epävakaita (esim. mieliala tai käyttäytyminen vaihtelevat dramaattisesti, kyyneilyminen, pyssä tyyneä ja keskittymistä).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Häiluttömyys Potilas muuttuu herkästi vihaiseksi tai aggressiiviseksi tilanteissa, joissa häntä pyydetään noudattamaan hoitoon liittyviä sopimuksia ja sääntöjä tai osaston käytäntöjä.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Herkkyyden reagoitua koettiin provokaatioon Potilas kokee muiden toiminnan tarkoituksellisesti ja haitallisena: hän saattaa tulkita väärin toiminnan tai reagoida ärsyyntymään sen kokoon nähden suhteettoman voimakkaasti.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Suuttuu herkästi kun pyydetään ei suostua Potilaan sitoukkyys on heikko ja hän suuttuu helposti, jos toiveisiin ei suostuta tai jos häntä pyydetään odottamaan.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Negatiiviset asenteet Potilaalla on yhänsukunavaistaisia ja negatiivisia asenteita ja uskomuksia, jotka saattavat liittyä väkivaltaan tai aggressiiviseen käyttäytymiseen.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Suulliset uhkaukset Potilaalla on esiintynyt vihanpurkauksia, joiden yhteydessä ei vain ääni ole kohonnut, vaan joiden tarkoituksena on ollut pelotella tai uhata toista henkilöä.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Yhteensä	17	17	17	17	17	17	17
Riskiarvio Arvio saatujen yhteispisteiden ja kliinisen arvioinnin perusteella potilaan tulevasta 24 tunnin väkivaltaisen korkeaksi (K), kohtuiseksi (M) tai alhaiseksi (V).							
Väkivaltakäytännön historia Onko potilas käyttänyt väkivaltaa 24 tunnin aikana aggressiivisesti jollain seuraavista tavoista? (Merkitse rastilla soveltuvat kohdat) ESINEISIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA Paiskoo ovia, potki huonekaluja, hajottaa tavaroita, lyö ikkunoita, syöttää tulipaloja, heittää tavaroita. MUIHIN IHMIISIIN KOHDISTUVA SANALLINEN VÄKIVALTA Huutaa uhalleen, solvaa, kiroilee kohtaan, nauraa, kielenkäyttö suuttuneena tai esittää selkeitä väkivaltahuukausia. MUIHIN IHMIISIIN KOHDISTUVA FYYSINEN VÄKIVALTA Käyttää uhkaavia eleitä, huutaa muita kohti, tarttuu vaatteisiin, lyö, potki, tönnä, repii hiuksista tai hylkii muita kohti.							

Copyright (2007) James Goff and Michael Daffern, suomennos (2012) T. Laiho, E. Sallaa, H. Pulkonen ja N. Lindberg

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko

1. Mitkä tekijät mielestäsi edistivät väkivallan arviointimittarin käyttöönottoa hoitotyössä?

Mahdollisia apukysymyksiä:

- Oliko väkivallan arviointikaavake mielestäsi selkeä?
- Oliko kaavake helppokäyttöinen?
- Oliko mielestäsi iltavuoro hyvä ajankohta täyttää kaavake?
- Kulkeutuiko kaavakkeesta saatu tieto hyvin työvuorosta toiselle?

2. Mitkä tekijät estivät mielestäsi mittarin käyttöönottoa hoitotyössä?

Mahdollisia apukysymyksiä:

- Oliko hoitohenkilökuntaa riittävästi?
- Veikö kaavakkeen täyttö mielestäsi paljon aikaa?

3. Voidaanko mittarin avulla havaita potilaissa aggressiivisuuteen liittyviä tunteita, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä väkivallan syntyä?

Mahdollisia apukysymyksiä:

- Mitä nämä tunteet olivat?
- Voitiinko tilanteeseen puuttua ennaltaehkäisevästi mittarin käytön avulla tehtyjen havaintojen perusteella?

Liite 4. Taulukko 1

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käyttöönoton edistävästä tekijöistä kliinisessä hoitotyössä.

Alkuperäisilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Kaavakkeen lyhyys. Siinä oli tarpeeksi vähän arvioitavia kohtia.	Mittarin lyhyys	Toimiva mittari
Kaavake oli selkeä ja ymmärrettävissä hyvin.	Selkeys ja ymmärrettävyys	
Systemaattinen ja johdonmukainen, toimii niinku tilastollisessa mielessä hyvin.	Yksinkertaisuus	
Hyvin yksinkertainen.		Riittävä aika
Aina oli aikaa kumminki täyttää se.	Iltavuoro paras	
Iltavuorossa, se valikoitu parhaaksi ajankohdaksi, että siinä oli edellisen vuorokauden seurannat helppo kattoo.		
Hyvin vähän aikaa vievä, että sen takia varmaan ois niinku helppo ottaa käyttöön.	Vähän aikaavievä	Riittävät resurssit
Ei koskaan tullu sillä tavalla, että hoitajien vaje olis aiheuttanu ongelmia.	Henkilökunnan määrä	
Henkilökuntaa oli riittävästi, kyllä sen siinä työtilassa teki muutamassa minuutissa.	Edullinen ottaa käyttöön	
Ei se niinku resursseja vaadi lisää.		

Liite 5. Taulukko 2

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarin käyttöönottoa estävistä tekijöistä kliinisessä hoitotyössä.

Alkuperäisilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Me ei saatu oikeestaan mitään perehdytystä siihen.	Vähän informaatiota	Riittämätön perehdytys
Saati liian vähän infoo siitä mittarin käytöstä et se viivästy et sitä käytettiin alkuun aika pitkään ilman selkeitä ohjeita.		
Siihen törmäs sitten, että miten pitkään täytetään ja kuinka täytetään.		
Aika sekavalta se vaikutti et ihmiset eivät tieneet, mikä se koko kaavake on.	Yhteiset toimintatavat	
Kaipaisin enemmän muitaki tunteita ku pelkästään noita yleisesti negatiivisia ja ympäristöön suuntautuvia.	Tunteiden tulkinnanvaraisuus	Hyödyttömyys
Täytetään vaan se lappu ku se on käsketty täyttää ja se hyöty jää siihen.	Hoitajien asenteet	
Jokainen lappu mikä annetaan, koetaan taakaksi ja lisätyöksi.		
Hyvin vähän kulkeutui kaavakkeesta saatu tieto.	Tiedonsiirto	Riittämätön raportointi
Eipä oikeestaan kulkeutunu tieto työvuorosta toiselle.		
Ei kulkeutunu mun mielestä tieto hyvin. Se jäi oikeestaan aina seuraavan vuoron hoitajan vastuulle katsoa.	Vastuullisuus	

Liite 6. Taulukko 3

Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden arviointimittarista vaaratilanteiden ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

Alkuperäisilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Se anto vaan sellasta faktaa tai näyttöä, mutta muutenki ollaan ilman mittaria huomioitu samoja asioita.	Fakta	Tilastointi
Mun mielestä se toimi niinku tällasena tilastollisena mittarina et ei silleen niinku ennaltaehkäsevästi.	Näyttö	
Kyllähän siitä nyt toki huomaa et onko potilas käyttäytynyt aggressiivisesti, aika selkeästikki.	Systemaattisuus	
On se ehkä systemaattisempaa.		
No se oli ehkä vaikein kohta ku mietittiin et haluaako se potilas nyt satuttaa itseensä.	Pohtiminen	Vuorovaikutus
Saman potilaan kohdalla saatto tulla ihan erilaisia arvioita riippuen hoitajasta.	Arviointi	
Täytyi aina miettiä kollegan kanssa jos oli hankalaa.		
Mun mielestä samanlaisena pysy se ennakointi.	Ei muutosta	Tarpeettomuus
Kyllä se ennakointi tulee muutenki akuuttiosastolla.		
Ei mun mielestä enempää mitä normaalistikaan et kyllä me aika hyvin ilman tota kaavakettaki ollaan näistä suoriuduttu.	Ei hyötyä	

Liite 7. Opinnäytetyön tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Seppänen Nina Marika	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta Opiskelija	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm	
	Kotiosoite	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea amk / Tikkurilan yksikkö	
Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Ratatie 22 / 01300 Vantaa		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin)	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetystä muodosta Opinnäytteen tutkimussuunnitelma on hyväksytty tutkimussuunnitelmaseminaarissa 14.12.2012	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi	
	Työpaikan osoite	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tuosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Hoitajien kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista akuuttipsykiatrisella osastolla	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Opinnäytetyö liittyy Mielen avain- hankkeeseen. Tarkoituksena on kuvata akuuttipsykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia välittömän vaarallisuuden strukturoidusta arvioinnista. Tavoitteena on kartoittaa henkilökunnan omia kokemuksia strukturoidun arviointivälineen säännöllisestä käytöstä sekä niistä tekijöistä, jotka edistävät tai estävät arviointivälineen käyttöönottoa kliinisessä hoitotyössä.	
	Asiasanat (max 5 kpl) Vaarallisuuden arviointi, Psykiatrisen hoitotyö	
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä? Mielen avain -hanke	Arvioitu aloituspvm.	Arvioitu päättymispvm.
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatrisen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoidoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoidoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravio <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 6
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Alheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Strukturoidun vaarallisuusarvion kliinisen käytännön tukeminen <input type="checkbox"/> Ei väittöä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijän sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle. Päiväys 4.1.2013 Päiväys 8.1.2013		
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä 10.1.2013
Päiväys	Päiväys 14.1.12
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys

Tarvitavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Valtiositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilötietokisteriseloste