

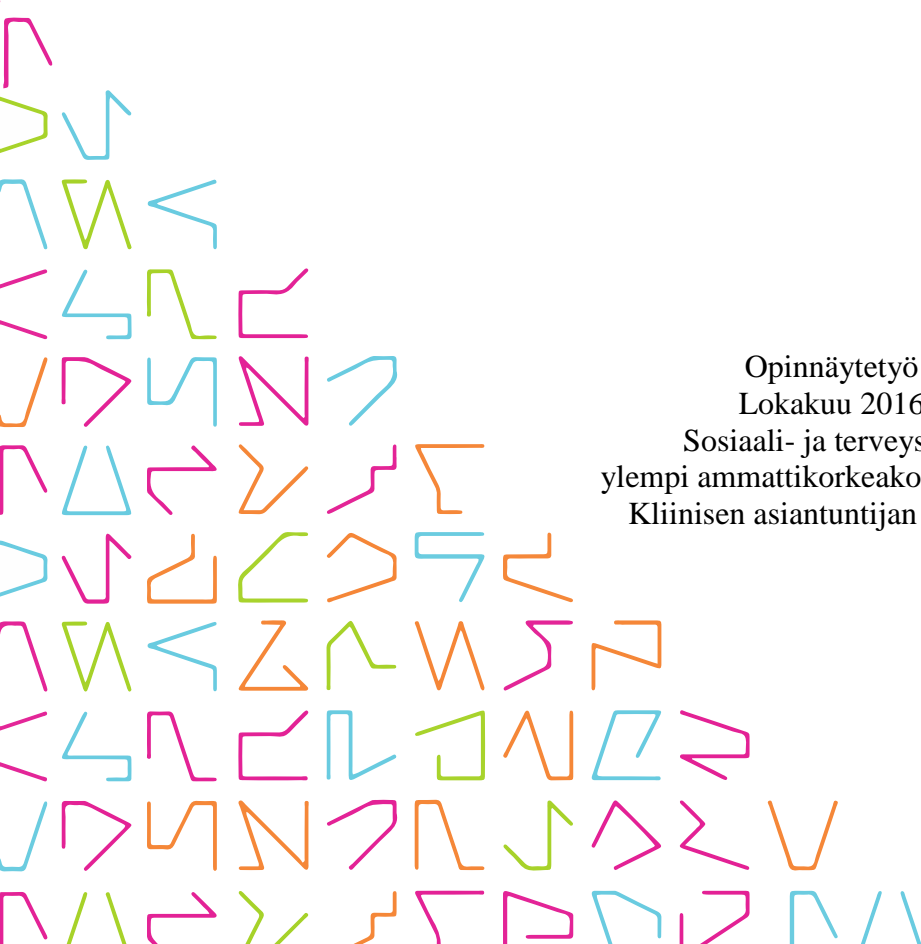


TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SAFEWARDS –MALLIN KÄYTTÖNOTTO AKUUTTIPSYKIATRIAN OSASTOLLA

Teija Tynjälä

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sosiaali- ja terveystieteiden
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali -ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TYNJÄLÄ, TEIJA:

Safewards –mallin käyttöönotto akuuttipsykiatrian osastolla

Opinnäytetyö 88 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2016

Safewards on toimintamalli, jonka tarkoituksena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja. Mallin tavoitteena on lisätä turvallisuuden tunnetta sekä vuorovaikutusta potilaiden ja henkilökunnan välille ja vähentää pakonkäyttöä. Safewards –malli sisältää kymmenen interventiota.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea Safewards –mallin käyttöönottoa pakon käytön vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastolla. Tutkimustehtävien avulla selvitettiin mikä on pakon käytön määrä osastolla ennen ja jälkeen Safewards –mallin interventioiden käyttöönoton, vaikuttiko Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto potilaiden palvelukokemukseen osastolla, miten Safewards –malli otettiin käyttöön osastolla ja kuinka osastolla koettiin Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto. Tavoitteena oli, että Safewards –mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen vaiheita seuraten kehittämistyönä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Tiedon saamiseksi ja kehittämisen tueksi haastateltiin hoitotyöntekijöitä. Lisäksi tarkasteltiin tilastotietoja, joista saadut tulokset kuvailivat eroja rajoitustilastoissa ja potilaiden palvelukokemuksissa kahden eri vuoden välillä. Opinnäytetyön aikana osastolla valittiin ja otettiin käyttöön kuusi Safewards -mallin interventiota ja kehittämistyö jatkui osastolla opinnäytetyön päättymisen jälkeen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mietittäessä keinoja pakon käytön vähentämiseksi psykiatriassa ja suunniteltaessa uuden toimintamallin käyttöönottoa psykiatrisella osastolla. Jatkossa tulee tutkia, kuinka Safewards -mallin interventioiden käyttöönotto on vaikuttanut pakon käytön määrään pidemmällä aikavälillä sekä tutkia potilaiden ja henkilökunnan kokemuksia turvallisuudesta ja vuorovaikutuksesta henkilökunnan ja potilaan välillä, kaikkien Safewards -mallin interventioiden ollessa käytössä.

ABSTRACT

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

TYNJÄLÄ, TEIJA:

The Implementation of the Safewards Model in the Acute Psychiatric Unit

Master's thesis 88 pages, appendices 8 pages
October 2016

The model of Safewards is an operational model, the purpose of which is to make a psychiatric unit safer places. The model aims to increase the sense of security and the interaction between patients and staff and to reduce the use of coercion. The Safewards model contains ten interventions.

The purpose of this thesis was to support the Safewards model implementation for reducing the coercion use in the acute psychiatric unit. The aim of this thesis was that the use of Safewards model interventions will become a part of everyday care in acute psychiatric unit to reducing the use of coercive activity. Through research questions were examined the amount of coercion before and after the Safewards model implementation, the effects of the implementation to the patients' experience of the service, how the Safewards model was implemented in the acute psychiatric unit and how the nursing professionals experienced the model implementation. The data were collected by interviewing nursing professionals and by examining the statistical data.

This thesis was executed as a development project in the Acute Psychiatry Unit in Pirkanmaa Hospital District. The project was carried out according to the stages of action research. During the thesis there were selected and implemented six Safewards model interventions in the unit and development was continued after the end of the thesis. The results of the thesis can be utilized when considering ways of reducing the use of coercion in psychiatry and planning the implementation of a new operational model to the psychiatric unit.

Key words: Safewards model, coercion, psychiatric treatment, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Vapauden rajoittaminen psykiatriassa	8
2.2	Safewards -malli	9
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	14
4	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	16
5	TOIMINTATUTKIMUS.....	17
5.1	Toimintatutkimus kehittämis- ja tutkimusmenetelmänä.....	17
5.2	Toimintatutkimuksen prosessi	18
5.2.1	Nykytilan kartoitus ja suunnittelu	18
5.2.2	Toteutusvaihe	19
5.2.3	Arviointivaihe	22
5.2.4	Tilastotiedot	23
5.2.5	Ryhmähaastattelut	24
5.2.6	Tutkimuspäiväkirja	27
5.3	Aineiston analyysi.....	28
5.3.1	Määrällisen aineiston analyysi	28
5.3.2	Laadullisen aineiston analyysi	29
6	TULOKSET	32
6.1	Pakon käytön määrä osastolla.....	32
6.1.1	Pakon käyttö ajanjaksoilla 2015 ja 2016.....	32
6.1.2	Pakon käytön vertailu ajanjaksoilla 2015 ja 2016.....	38
6.2	Potilaiden palvelukokemus osastolla	41
6.2.1	Potilaiden palvelukokemus ajanjaksoilla 2015 ja 2016	41
6.2.2	Potilaiden palvelukokemusten vertailu ajanjaksoilla 2015 ja 2016	45
6.3	Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, helmikuu 2016	46
6.3.1	Alkuvaihe osastolla	46
6.3.2	Interventioiden käyttöönoton suunnittelua.....	47
6.3.3	Tiedon lisääminen	48
6.3.4	Valitut interventiot osaksi osaston toimintaa	49
6.4	Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, elokuu 2016	50
6.4.1	Valitut interventiot osana osaston toimintaa	50
6.4.2	Suunnittelua interventioiden käyttöönoton jatkumisesta	51
6.4.3	Tarvittavan tiedon saaminen	53

6.5	Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, helmikuu 2016	54
6.5.1	Pohdinta muutoksesta	54
6.5.2	Pohdinta potilaiden näkökulmasta	55
6.5.3	Yhteistyön merkitys henkilökunnan näkökulmasta	56
6.6	Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, elokuu 2016.....	57
6.6.1	Henkilökunnan ja potilaiden suhtautuminen interventioiden käyttöönottoon	57
6.6.2	Interventioiden toimivuus osastolla	59
6.6.3	Interventioiden merkitys osastolla	59
6.6.4	Pohdintaa interventioiden sisällöistä ja käyttöönottoprosessista ..	61
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	63
7.1	Eettisyys.....	63
7.2	Luotettavuus.....	64
7.3	Tulosten tarkastelu	68
7.3.1	Safewards -mallin käyttöönotto osastolla	69
7.3.2	Kokemukset Safewards -mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla	70
7.3.3	Pakon käytön määrä osastolla	71
7.3.4	Potilaiden palvelukokemus osastolla	74
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	76
	LÄHTEET.....	77
	LIITTEET	81
	Liite 1. Tietoinen suostumus	81
	Liite 2. Teemahaastattelun runko, helmikuu 2016	83
	Liite 3. Teemahaastattelun runko, elokuu 2016	84
	Liite 4. Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, helmikuu 2016	85
	Liite 5. Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, elokuu 2016	86
	Liite 6. Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, helmikuu 2016	87
	Liite 7. Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, elokuu 2016.....	88

1 JOHDANTO

Perustuslain 7§ mukaan ”Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen.” (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731). Lisäksi perustuslaissa todetaan, että ”Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta.” (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731).

Tahdosta riippumattomaan hoitoon otetun potilaan rajoittaminen on sallittua ainoastaan mielenterveyslaissa säädetyn perustein ja silloinkin potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Vapauden rajoittaminen psykiatriassa on vielä yleistä Suomessa ja tahdosta riippumattoman hoidon osuus on suuri. Pakkotoimia käytetään enemmän kuin Euroopassa yleensä ja sairaanhoitopiirien välillä on eroja pakkotoimien käytössä. (Tuohimäki 2009, 87-88, 92-93; Moring 2010, 67.)

Pakon käytön vähentäminen ja vaihtoehtojen tarjoaminen sekä potilaan aseman vahvistaminen ja osallisuuden lisääminen hoidossa ovat kehittämistavoitteita psykiatrisessa hoidotyössä Suomessa ja Pohjoismaissa. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009, asetti tavoitteeksi pakon käytön vähentymisen 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. (Partanen ym. 2015, 320-321; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.) Hoidon aikaisen itsemääräämisoikeuden rajoitukset ovatkin vähentyneet ja muutosta on tapahtunut valtakunnallisesti, mutta alueelliset erot ovat edelleen suuria (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä, 16). Vuonna 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kutsumana perustettiin Pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen -työryhmä, jonka tehtävänä oli keinojen miettiminen pakon käytön vähentämiseksi. Vuonna 2011 perustettiin pohjoismaainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi psykiatrisessa hoidossa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.)

Akuuttipsykiatrian osastoilla potilaille on usein sellaista käyttäytymistä, joka uhkaa potilaiden omaa, toisten potilaiden tai henkilökunnan turvallisuutta. Rajoitustoimenpiteillä

henkilökunta pyrkii estämään näiden tapahtumien syntymisen tai minimoimaan haitalliset vaikutukset. (Bowers ym. 2006, 165-166; Bowers 2009, 231; Safewards 2016.)

Professori Len Bowers on kehittänyt Safewards -toimintamallin, jonka tarkoituksena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja. Tämän mallin tavoitteena on lisätä turvallisuuden tunnetta sekä vuorovaikutusta potilaiden ja henkilökunnan välille ja vähentää pakon käyttöä. Safewards –malli sisältää kymmenen interventiota. (Safewards 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea Safewards –mallin käyttöönottoa pakon käytön vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastolla. Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisen tavoitteena oli, että Safewards -mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuttipsykiatrian osaston kanssa. Aihe nousi sekä työelämän tarpeista ja ehdotuksesta, että tutkijan omasta kiinnostuksesta tulevana kliinisenä asiantuntijana tutkia ja kehittää psykiatrisia hoitokäytäntöjä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Vapauden rajoittaminen psykiatriassa

Mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun otetun tai hoitoon tai tutkimukseen määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta tai muita perusoikeuksia voidaan rajoittaa mielenterveyslain 4a mukaisilla pakkotoimilla siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä vaatii. Tällaisia pakkotoimia ovat muun muassa liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen muista potilaista, sitominen, omaisuuden tarkistaminen tai haltuunotto ja yhteydenpidon rajoittaminen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Suomessa oli kaikkiaan 25 552 potilasta psykiatrisessa vuodeosastohoidossa vuonna 2014. Tulotapaa koskeva tieto oli hoitoilmoitusrekisterissä 23 573 potilaasta ja heistä 7 534 potilasta oli tullut hoitoon tahdonvastaisella läheteellä. Potilaista 135 oli tullut määräyksellä mielentilatutkimukseen ja 96 määräyksellä hoitoon. Pakkotoimia vuonna 2014 käytettiin 3 329 potilaaseen. Yleisin pakkotoimi oli eristäminen (1520 potilasta). Lepositeitä käytettiin 696 potilaalle, tahdonvastainen injektio annettiin 787 potilaalle ja fyysisen kiinnipitämisen koki 326 potilasta. Eristettyjen potilaiden määrä väheni 27 prosenttia ja lepositeisiin sidottujen potilaiden määrä väheni 44 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2014. Tahdonvastaisen injektio- ja fyysisesti kiinnipidettyjen potilaiden lukumäärä vaihteli hivenen vuodesta toiseen tällä ajanjaksolla. (Järvelin 2016, 1, 9.) Suomessa on arvioitu olevan kansainvälisesti verrattuna paljon pakon käyttöä, vaikka vertailua vaikeuttaa kansainvälisen vertailukelpoisen seurantatiedon puuttuminen (Tuohimäki 2007, 82; Partanen ym. 2015, 321).

Kuosmanen (2009) on väitöskirjassaan tutkinut henkilökohtaista vapautta psykiatrisessa hoidossa potilaiden osallisuuden näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tyytymättömyyttä hoidossa esiintyi juuri tahdonvastaisen hoidon ja rajoitusten sekä tiedonsaannin osalta. Liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittaminen ja omaisuuden haltuunotto sekä tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet koettiin vapauden rajoittamisena ja nämä koettiin negatiivisena asiana. (Kuosmanen 2009, 5, 48.)

Potilaiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia liittyen eristämis- ja sitomiskäytäntöihin sekä hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä ja kehittämisehdotuksia eristämis- ja sitomiskäytännöistä akuuttipsykiatrian osastoilla on myös tutkittu. Tulosten mukaan potilaat kokivat saavansa eristämis- ja sitomistilanteen aikana vain vähän huomiota. Potilaiden esittämät kehittämisehdotukset eristämis- ja sitomiskäytäntöihin sekä vaihtoehdot eristämiselle ja sitomiselle koskivat hoitotyön keskeisiä alueita (empaattinen potilaan ja henkilöstön välinen vuorovaikutus, mielekäs toiminta, terapeutti yhteisö ja biologiset hoitomuodot), mutta näiden ei kuitenkaan koettu toteutuvan käytännössä. Hoitajat ja lääkärit kuvasivat myös, että potilaat saivat tilanteissa vähän huomiota. Hoitajat ja lääkärit ehdottivat monia vaihtoehtoja eristämiselle ja sitomiselle sekä toivoivat koulutusta ja tukea kliiniseen hoitotyöhön. (Kontio 2011, 5, 28, 41-44.)

Soininen (2014) on puolestaan tutkinut väitöskirjassaan pakkoa kokeneiden potilaiden näkemystä hoidosta sekä elämänlaadusta. Tulosten mukaan potilaat kokivat yhteistyön henkilöstön kanssa heikkona. Potilaiden mielipiteitä ei otettu huomioon, hoidon tavoitteita ei asetettu yhdessä ja hoitokeinot nähtiin eri tavoin. Potilaiden mielestä heidän huoliaan ei ymmärretty riittävästi ja erityisesti eristäminen/sitominen koettiin tarpeettomina. Soininen toteaaakin väitöskirjassaan, että pakottaminen psykiatrisessa hoitotyössä on eettisesti haastavaa. Psykiatrissa sairaalahoitoa vaativan potilaan kohtaaminen ja kuuleminen tasa-arvoisena oman hoitonsa asiantuntijana vaatii erityistä huomiota niin hoitotyössä, päätöksenteossa kuin palveluiden suunnittelussakin. Lisäksi hoitokulttuurin muutosta kohti potilaan osallisuutta tulee tukea hoitotyön arjessa ja palveluiden suunnittelussa. (Soininen 2014, 22, 44-46.)

2.2 Safewards -malli

Safewards –malli on englantilaisen professori Len Bowersin kehittämä, vahvaan näyttöön perustuva menetelmä, jonka tarkoituksena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja niin potilaille kuin henkilökunnallekin. Tavoitteena on lisätä turvallisuuden tunnetta ja vuorovaikutusta potilaiden ja henkilökunnan välillä sekä vähentää pakon käyttöä. (Safewards 2016; Kuosmanen, Kontio, Soininen & Lahti 2016, 38.)

Bowers on tutkimusryhmineen tutkinut laajasti ja eri näkökulmista sitä, miten vähentää konflikteja ja rajoittamista akuuttipsykiatrian osastoilla. Konflikteilla Bowers tarkoittaa tutkimuksissaan kaikkia sitä potilaan käyttäytymistä, joka uhkaa heidän turvallisuuttaan tai muiden turvallisuutta. Tällaista käyttäytymistä on potilaiden väkivalta, solvaukset, sääntöjen rikkominen, alkoholi tai huumeet, itsetuhoisuus, lääkityksestä kieltäytyminen sekä potilaiden karkaaminen. Rajoitustoimet viittaavat menetelmiin, joita ammattilaiset käyttävät hallitakseen tai estääkseen tällaisen käyttäytymisen. Näitä rajoitustoimenpiteitä ovat esimerkiksi eristäminen, erityinen seuranta ja pakkolääkitys. (Bowers 2009, 231; Bowers 2014, 499-500; Safewards 2016.)

Safewards –mallissa on määritelty kuusi keskeistä tekijää, jotka vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja rajoitteiden käyttöön psykiatrisessa osastohoidossa. Nämä ovat potilaiden muodostama yhteisö, potilaiden erityispiirteet ja tausta, mielenterveystyötä ohjaavat lait ja säädökset ja niiden ilmaiseminen, henkilökunta ja sen toiminta, osaston fyysinen ympäristö sekä sairaalan ulkopuolinen ympäristö. (Bowers 2014, 499, 501-504; Safewards 2016.) Rajoitustoimenpiteet ovat vuorovaikutuksessa konfliktien kanssa ja joskus rajoitustoimenpide saattaa yksistäänkin laukaista konfliktin. Henkilökunnalla ja potilailla on mahdollisuus vaikuttaa osastojen toimintaan niin, että estetään laukaisevia tekijöitä ja näin estetään konfliktin syntyminen. (Bowers 2014, 500; Safewards 2016.)

Safewards –mallin tavoitteisiin pyritään kymmenen intervention avulla. Interventioita ovat Yhteiset odotukset, Ystävälliset sanat, Puheella rauhoittaminen, Positiiviset sanat, Huonojen uutisten kertominen, Tullaan tutuiksi, Avun antaminen, Rauhoittumiskeinot, Turvallisuuden ylläpitäminen sekä Kotiutusviestit. (Safewards 2016.)

Yhteiset odotukset ovat osastolla yhdessä sovittuja asioita, jotka auttavat henkilökuntaa toimimaan johdonmukaisemmin ja potilaita ymmärtämään sekä heidän omia, että henkilökunnan velvollisuuksia. Intervention tavoitteena on kommunikaation helpottuminen potilaiden ja henkilökunnan välillä. (Safewards 2016.)

Ystävälliset sanat –interventio osoittaa keinoja miten hyvää yhteistyötä potilaiden kanssa voidaan edistää. Interventioon kuuluvat posteriviestit, joissa on ”Ystävälliset sanat” –ohjeita sekä postikortit, joissa on intervention mukaisia ohjeita ja viestejä. (Safewards 2016.)

Puheella rauhoittamisen interventiossa esitellään, kuinka puhumalla voidaan pyrkiä järjestelmällisesti estämään tilanteiden kärjistyminen osastolla. Puheella rauhoittamisesta käytetään myös nimeä de-eskalaatiomalli. Interventio sisältää posterin, jossa esitellään tiivistetysti de-eskalaatiotekniikat. Interventiovastaava käy posterin läpi jokaisen osaston työntekijän kanssa. (Safewards 2016.)

Positiiviset sanat –intervention tarkoituksena on, että henkilökunta toisi raporteilla esiin jotain positiivista, mitä kukin potilas on tehnyt työvuoron aikana tai huomioisi potilaan jonkun myönteisen ominaisuuden tai kertoisi jotain myönteistä siitä, kuinka henkilökunta on tukenut potilasta. Mikäli raportoidaan potilaan häiritsevää käyttäytymistä, tulisi käyttäytymiselle interventioon mukaan tarjota psykologinen ymmärrys. Tämä toimintatapa lisää potilaiden arvostusta ja vähentää tulevien konfliktien todennäköisyyttä. (Safewards 2016.)

Huonojen uutisten kertominen –intervention tarkoituksena on tukea potilasta hänen saatuaan huonoja tai ei-toivottuja uutisia ja ennakoida tulevien huonojen uutisten kertomista potilaalle. Interventio auttaa henkilökuntaa huomaamaan vaihtuvat tilanteet aikaisemmin ja nopeuttaa avun ja tuen tarjoamista ajoissa ennen stressin muuttumista konfliktiksi. (Safewards 2016.)

Tullaan tutuiksi –interventiossa osaston henkilökunta tekee kansion, jossa jokainen työntekijä kertoo itsestään joitain tietoja, joista on valmis keskustelemaan potilaiden kanssa. Myös potilailta tiedustellaan asioita, jotka kuvaavat potilasta ja hänen mielenkiinnon kohteitaan. Näiden profiilien avulla henkilökunta ja potilaat tuntevat toisensa paremmin ja voivat löytää yhteisiä kiinnostuksen kohteita ja keskustelunaiheita. Molemminpuolinen tuttuus ja jaettu tieto voivat nopeuttaa hoitosuhteen syntymistä. (Safewards 2016.)

Avun antaminen -interventio sisältää vähintään kolme kertaa viikossa pidettävän yhteisökokouksen, johon osallistuvat kaikki potilaat ja vuorossa oleva henkilökunta. Yhteisökokouksessa on tarkoituksena asialistan avulla miettiä, kuinka kukin voisi osaltaan auttaa muita. Pienetkin asiat saattavat olla yllättävän merkityksellisiä. Yhteisökokouksen asialistaan kuuluvat kiitokset, uutiset, ehdotukset ja toiveet, joita käydään läpi yhdessä potilaiden kanssa. Kiitosten kierroksella on mahdollisuus kiittää jotakuta toista jostain tapahtuneesta asiasta. Uutisten kierroksella henkilökunta selvittää sellaisia osaston tapahtumia,

joista on saattanut aiheutua hämmennystä tai stressiä potilaille ja muistuttaa potilaita päivän tai muutaman seuraavan päivän tapahtumista. Ehdotusten kierroksella jokaisella on mahdollisuus tuoda esiin ehdotus, kuinka tullaan keskenään toimeen seuraava ajanjakso ilman suuttumisia tai maltin menetystä. Toiveiden ja tarjousten kierroksella jokainen voi tuoda esiin ajatuksensa siitä, kuinka muut voivat auttaa tai avustaa heitä seuraavan ajanjakson aikana. Yhteisökokouksessa mietitään myös tapoja auttaa niitä potilaita, jotka eivät päässeet paikalle. Intervention tarkoituksena on tukea potilaita arvostamaan toisiaan, hallitsemaan toisten toiminnasta aiheutuvia tunteita, sitoutumaan yhteisiin odotuksiin ja saada näin konfliktit vähenemään osastolla. (Safewards 2016.)

Rauhoittumiskeinot –interventiossa osastolle kootaan laatikko, joka sisältää erilaisia menetelmiä, joiden avulla potilas voi yrittää rauhoittaa itseään osastolla. Rauhoittumiskeinot -laatikko voi sisältää esimerkiksi rauhoittavaa musiikkia, stressi- tai hierontapallot, kirjoitusvälineet, pehmoleluja tai erituntuisia peittoja. (Safewards 2016.)

Turvallisuuden ylläpitäminen –intervention tarkoituksena on, että ahdistusta aiheuttavien tapahtumien jälkeen osastolla keskustellaan potilaiden kanssa joko kahden kesken tai pienissä ryhmissä. Tällaisia tapahtumia osastolla voivat olla esimerkiksi huutaminen, esineiden rikkominen tai fyysinen väkivalta. Potilailta kysellään heidän ajatuksiaan tilanteesta ja potilaille selitetään, mitä tapahtui. Henkilökunta on myös enemmän näkyvillä osastolla tällaisten tapahtumien jälkeen. Henkilökunnan läsnäolon, tuen antamisen sekä tilanteen selittämisen tarkoituksena on saada potilaat rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvallisiksi. (Safewards 2016.)

Kotiutusviestit –interventiossa jokaista potilasta pyydetään kotiutumispäivänä kirjoittamaan kortti, joka laitetaan osaston seinälle näkyville sille varatulle paikalle. Kortissa tulisi lukea ajatuksia osastosta ja henkilökunnasta sekä positiivinen ja avulias neuvo tuleville potilaille. Kortit kiinnitetään joko kotiutusviestipuuhun tai ilmoitustaululle. Uusille potilaille voidaan näyttää näitä kortteja tuen ja toiveikkuuden lisäämiseksi. (Safewards 2016.)

Bowers ym. (2015) ovat tutkineet Safewards –mallin interventioiden tehokkuutta konfliktien ja rajoitusten vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastoilla satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa. Tuloksissa konfliktit vähenivät 15 % ja rajoitustoimenpiteet

vähenevät 23,2 % (oikaistu, Bowers ym. 2016, 102) koeryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Tulosten mukaan Safewards –mallin yksinkertaisilla interventioilla parannetaan henkilöstön suhteita potilaisiin. Konflikteja ja rajoitustoimenpiteitä voidaan vähentää tekemällä osastoista turvallisempia ja vähemmän pakottavia ympäristöjä sekä potilaille että henkilökunnalle. (Bowers ym. 2015, 1412, 1416-1420; Bowers ym. 2016, 102.)

Safewards -malli on laajalti käytössä muun muassa Englannissa ja Kanadassa ja vähitellen leviämässä myös muihin maihin. Suomessa mallia ja sen eri toimenpiteitä toteutetaan jo useissa psykiatrisissa sairaaloissa ja osastoilla, kuten useissa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. (Kuosmanen ym. 2016, 37; Parish 2016, 39.)

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Akuuttipsykiatrian osastot ovat osa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä (PSHP) ja Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) aikuispsykiatrian vastuualuetta. Osastot sijaitsevat Pitkänien sairaalassa Nokialla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016a). Akuuttipsykiatrian osasto, jonne opinnäytetyö sijoittuu, on suljettu 14 –paikkainen aikuisten akuuttiosasto. Osastolla tutkitaan ja hoidetaan psykoottisia häiriötiloja erityisesti vaikeahoitoisilla, päihde- ja persoonallisuushäiriöpotilailla ja kaksoisdiagnoosipotilailla. Yleisimpiä tulosityitä ovat psykoosit, päihdepsykoosit ja vaikeat persoonallisuushäiriöt. Osasto toimii vastuualueen turvaosastona tehden tiivistä yhteistyötä myös muiden akuuttiosastojen kanssa. Osaston henkilökunnan vahvuutena on väkivallan hallinta. Osaston hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia ja lähihoitajia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

Osastolla on käytössä omahoitajajärjestelmä. Potilaalle nimetään omahoitaja hoidon alussa ja omahoitajan poissa ollessa toinen hoitaja toimii korvaavana hoitajana. Hoitomuotoina osastolla ovat omahoitajakeskustelut, lääkehoito, erilaiset ryhmät ja osaston ulkopuoliset terapiat (esimerkiksi liikunta ja työterapia). Lisäksi mahdolliset psykologin testaukset, kuva-, toiminta- ja fysioterapian tarpeet arvioidaan yksilöllisesti. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

Hoidettaessa vaikeahoitoisia psykiatrisia potilaita myös turvallisuuteen liittyviä poikkeamia esiintyy ja mielenterveyslain mukaisia rajoituksia joudutaan käyttämään potilaiden hoidossa (Pitkänen ym. 2011, 7). Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) avulla kerätään tietoa kaikista potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista sekä henkilöstöön kohdistuvista vaaratapahtumista (HaiPro 2015). Rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on kaikista potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksista pidettävä luettelo (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Potilasasiakkaan hoito- ja palvelukokemusta mitataan puolestaan palvelukokemusmittarilla, joka on tarkoitettu hoidossa olleille potilaille (Mäkynen 2016; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016b).

Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto oli aloitettu akuuttipsykiatrian vastuualueella pakon käytön vähentämiseksi vuonna 2015. Taustalla oli toimialuejohtajan suositus. Ylihoitaja oli kiertänyt osastoilla esittelemässä mallia, lisäksi toimialueelta oli osallistuttu kansainväliseen koulutukseen. Yksi akuuttipsykiatrian osasto oli ottanut käyttöönsä mallin neljä interventiota. Muut akuuttipsykiatrian osastot (5) olivat ottaneet mallia käyttöön hyvin vaihtelevasti. (Tammentie-Sarén 2015.) Systemaattinen käyttöönotto toimialueella aloitettiin vuoden 2016 alussa kahdeksan kouluttajan avulla.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tukea yhtä akuuttipsykiatrian osastoa Safewards -mallin interventioiden käyttöönotossa osaksi osaston pysyvää toimintaa pakon käytön vähentämiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä yhdellä akuuttipsykiatrian osastolla, joka oli myös tutkijan oma työympäristö ja siten tutkijalle tuttu.

4 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea Safewards –mallin käyttöönottoa pakon käytön vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastolla.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mikä on pakon käytön määrä ennen Safewards –mallin käyttöönottoa ja Safewards -mallin interventioiden käyttöönoton jälkeen osastolla?
2. Vaikuttaako Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto potilaiden palvelukokemukseen osastolla?
3. Miten Safewards- malli otettiin käyttöön osastolla?
4. Kuinka osastolla on koettu Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto?

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisen tavoitteena oli, että Safewards -mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana.

5 TOIMINTATUTKIMUS

5.1 Toimintatutkimus kehittämis- ja tutkimusmenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin metodisena viitekehyksenä toimintatutkimusta. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja tutkitaan ihmisten toimintaa ja vuorovaikutusta (Heikkinen 2008, 16). Toimintatutkimuksessa tarkoituksena on vastata käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Toimintatutkimus vaatii yhteistyötä ja osallistumista ja on tilanteeseen sidottua. Yleensä kyseessä on koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, joka vaatii kakkien osapuolien sitoutumista prosessiin. Toimintatutkimus sopii tutkimusmenetelmäksi hyvin esimerkiksi, kun halutaan lisätä työskentelyyn uusia näkökulmia. (Metsämuuronen 2006, 102, 103.) Terveystieteissä pyritään toimintatutkimuksen keinoin olosuhteiden ja käytäntöjen parantamiseen (Koshy, Koshy & Waterman 2011, 1).

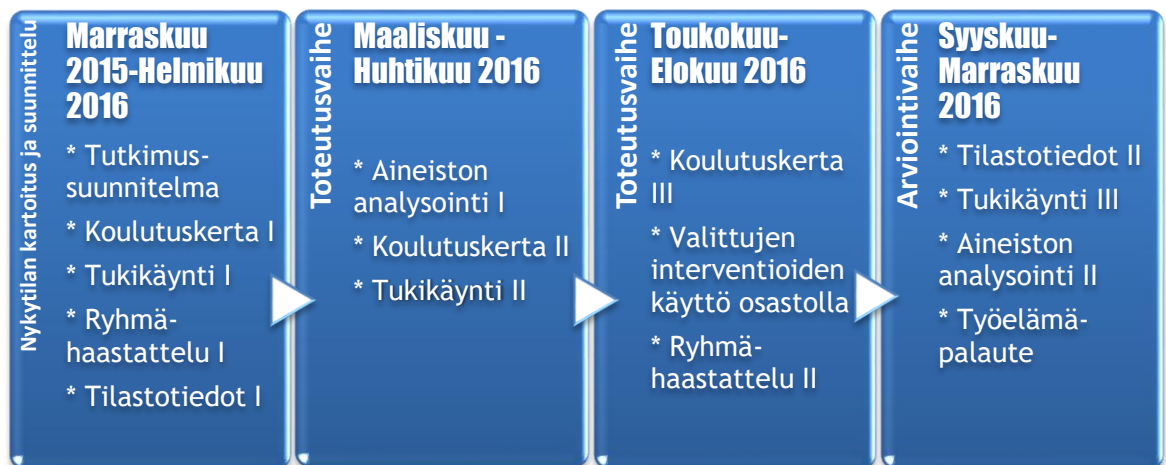
Toimintatutkimus on tiettyyn ajanjaksoon rajattu tutkimus- ja kehittämismenetelmä uusien toimintatapojen suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Erona muuhun kehittämistoimintaan on se, että toimintatutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa yleisesti arvioitavaksi. Toimintatutkimukseen kuuluu syklisyys, jonka mukaan suunnitelman mukaista kokeilua seuraa kokemuksiin perustuva parannettu suunnitelma. Syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin, joka etenee kokemuksen ja tutkimuksen vuorovaikutuksena. (Heikkinen 2008, 17, 19, 30.)

Toimintatutkimusta kuvataan tavallisesti tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistyön yhdistelmäksi. Tutkijalla on toimintatutkimuksessa kaksoisrooli. Tutkija on prosessin alkuunpanija, muutosagentti, mutta myös tutkija, joka seuraa prosessia ja kerää siitä tietoa. Toimintatutkimuksessa on keskeistä vahva yhteistyö niiden kanssa, jotka ovat osa yhteisöä, jossa tutkimus tehdään. Tutkimus tulisi perustua tutkimuskumppanuuteen, jolloin tutkittavat myös vaikuttavat tutkimuksen valintoihin. Tällöin esimerkiksi ongelman määrittely, muutoksen suunnittelu, seuranta ja päämäärien muotoilu tehdään yhdessä tutkittavien kanssa. Tutkija on yksi prosessiin osallistuja. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 69-70.)

Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön prosessissa, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. Toimintatutkimusprosessi on tiettyyn aikaan ja paikkaan sijoittuva sosiaalisen toiminnan ketju, jossa tapahtumat seuraavat edeltäviä tapahtumia. Toimintatutkimuksessa huomioidaan, miten asiat ovat olleet ja mihin suuntaan ne etenevät. (Heikkinen 2008, 29, 36.)

5.2 Toimintatutkimuksen prosessi

Opinnäytetyö toteutui kehittämistyönä, jossa noudatettiin toimintatutkimuksen vaiheita eli toteutettiin nykytilan kartoitus, suunnittelu, toteutus sekä arviointi. Opinnäytetyönä toteutetun kehittämistyön aikataulu on kuvattu kuviolla (kuvio 1).



KUVIO 1. Kehittämistyön prosessi ja aikataulu

5.2.1 Nykytilan kartoitus ja suunnittelu

Safewards –malliin sekä vapauden rajoittamiseen psykiatriassa tutustuttiin aikaisemman tutkimustiedon kautta. Akuutti-psykiatrian osaston nykytilaa pakon käytön suhteen sekä potilaiden palvelukokemusta osastolla kartoitettiin kahden tilaston avulla.

Alkuperäisen opinnäytetyösuunnitelman mukaan tarkoituksena oli koota osaston henkilökunnasta projektiryhmä, jonka kanssa Safewards –mallin käyttöönottoprosessia olisi viety osastolla eteenpäin. Suunnitelmiin tuli kuitenkin muutos ja erillistä projektiryhmää

ei perustettu. Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto aloitettiin osastolla jo tammikuussa 2016 osaston kehittämispäivässä. Tällöin Safewards –mallia esiteltiin henkilökunnalle toimialueen kouluttajien toimesta. Toimialueelle oli muodostettu koulutuskokonaisuus, jonka tarkoituksena oli viedä Safewards –mallin käyttöönottoa systemaattisesti eteenpäin osastoilla. Kouluttajina toimivat kahdeksan toimialueen työntekijää. Koulutusohjelmasta ja sen sisällöstä keskusteltiin osaston kehittämispäivässä kahden paikalla olleen kouluttajan kanssa.

5.2.2 Toteutusvaihe

Koulutuskokonaisuuteen kuului koulutuskertoja ja tukikäyntejä osastolla. Koulutuskerroilla valittiin osastolla käyttöönotettavia interventioita ja tukikäyntien tarkoituksena oli tarkistaa käyttöönottoprosessin tilanne. Tutkija osallistui koulutuskertoihin ja tukikäynteihin osastolla tammikuu-syyskuu 2016 välisenä aikana ja tällä aikavälillä osastolla valittiin käyttöönotettavaksi kuusi Safewards -mallin interventiota. Valitut interventiot ovat koottuna kuviossa (kuvio 2). Koulutuskerroilla ja tukikäynneillä oli aina mukana myös kaksi toimialueen kouluttajaa.



KUVIO 2. Osastolla käyttöönotettavaksi valitut interventiot

Ensimmäinen koulutuskerran yhteydessä työryhmä valitsi kaksi interventiota käyttöönotettavaksi osastolla ja näille interventiovastaavat. Tämä koulutuskerta toteutui tammi-kuun 2016 kehittämisspäivässä. Ensimmäisiksi interventioiksi valittiin Kotiutusviestit sekä Avun antaminen. Tutkija esitteli opinnäytetyösuunnitelmansa kehittämisspäivässä työryhmälle. Kehittämisspäivässä sovittiin myös opinnäytetyön ensimmäisen ryhmähaastattelun ajankohta helmikuulle sekä ryhmähaastatteluun osallistuvat hoitotyöntekijät.

Ensimmäinen tukikäynti osastoille toteutui kuukauden päästä ensimmäisestä koulutuskerrasta, helmikuussa 2016. Tukikäynnin tarkoituksena oli kartoittaa, kuinka ensimmäiset interventiot olivat lähteneet käyntiin osastolla. Ensimmäinen tukikäynnin yhteydessä toteutettiin opinnäytetyöhön liittyvä ensimmäinen ryhmähaastattelu. Haastattelun jälkeen paikalle tuli vielä muita työryhmän jäseniä ja käyttöönoton alkuvaiheista keskusteltiin hetki yleisesti.

Maaliskuussa 2016 osaston henkilökunnalle pidettiin toinen koulutuskerta. Kouluttajilla oli tapaamisessa mukana toisen osaston kansio tutustuttavaksi ja esimerkkinä Tullaan tutuksi -intervention toteuttamisesta toisella osastolla. Tapaamisessa käytiin läpi tammi-kuussa valittujen interventioiden prosessin vaihe sekä valittiin kaksi uutta interventiota käyttöönotettavaksi. Osaston työryhmä oli äänestyksellä valinnut seuraavana käyttöönotettavaksi Yhteiset odotukset -intervention sekä Puheella rauhoittaminen -intervention. Näiden interventioiden sisällöt käytiin vielä yhdessä läpi. Maaliskuun tapaamisessa esiteltiin myös helmikuun ryhmähaastattelun alustavat tulokset paikalla olleille työryhmän jäsenille ja niistä keskusteltiin.

Toinen tukikäynti osastolla toteutui huhtikuun lopussa 2016. Tapaamiseen osallistui tällä kertaa muitakin työryhmän jäseniä interventiovastaavien lisäksi. Interventiovastaavien valinta maaliskuussa valitulle interventiolle oli varmistunut osastolla vasta koulutuskerran jälkeen. Tukikäynnin aluksi interventiovastaavat totesivat, että kumpaakaan maaliskuussa valittua interventiota ei oltu vielä otettu käyttöön osastolla. Yhteiset odotukset -intervention osalta interventiovastaavat olivat hahmotelleet viisi kohtaa, jotka kokivat kuvaavan osaston yhteisiä odotuksia. Näitä ei oltu vielä käyty läpi henkilökuntapalaverissa tai yhteisökokouksessa potilaiden kanssa. Hahmotelluista yhteisistä odotuksista keskusteltiin ja mietittiin, kuinka ne jatkossa otetaan käyttöön osastolla. Puheella rauhoittamisen

interventioavastaaviin oli myös tullut muutoksia edellisen koulutuskerran jälkeen. Interventiosta ja sen merkityksestä keskusteltiin yleisellä tasolla sekä kuinka se otetaan osastolla käyttöön. Kahden ensimmäisen intervention osalta osastolla oltiin päästy jo eteenpäin. Kotiutusviestipuu oli käytössä ja Avun antaminen –interventioon kuuluvat yhteisökokoukset toteutuivat osastolla kaksi kertaa viikossa.

Kolmas koulutuskerta toteutui osastolla toukokuun lopussa 2016. Tapaamisessa käytiin läpi käytössä olevien interventioiden vaihe sekä valittiin kaksi seuraavaa interventiota käyttöönotettaviksi. Neljä aikaisemmin valittua interventiota olivat lähteneet käyntiin osastolla vaihtelevasti. Kotiutusviestit –interventio toimi hyvin ja tarkoituksenmukaisesti. Työryhmässä oli myös mietitty osaston yhteiset odotukset valmiiksi interventioavastavien johdolla ja ne oli nimetty osaston yhteisiksi pelisäännöiksi. Nämä oli myös kertaalleen esitetty potilaille ryhmässä. Mietinnässä vielä oli, kuinka yhteiset pelisäännöt laite-taan osastolla esille ja esitellään uusille potilaille ja henkilökunnalle jatkossa. Avun antaminen –interventio toteutui vaihtelevasti. Työryhmä koki sen haasteelliseksi muun muassa sen vuoksi, että potilaiden oli kuntonsa vuoksi vaikea osallistua ryhmään. Toiminnalliset ryhmät koettiin helpompina sekä potilaille että henkilökunnalle. Tapaamisessa mietittiin yhdessä keinoja Avun antaminen –intervention toteutumisen helpottamiseksi. Puheella rauhoittamisen interventio oli vielä tutustumisvaiheessa, intervention posterit oli esillä osaston taukotilassa. Tapaamisessa todettiin, että interventiot on otettu vähitellen käyttöön osastolla, vaikka haasteita vielä olikin niiden toteutumisessa. Tapaamisessa työryhmä valitsi seuraaviksi käyttöönotettaviksi interventioiksi Huonojen uutisten kertominen –intervention sekä Positiiviset sanat –intervention. Molempien interventioiden interventioavastaviksi valikoitui yksi henkilö paikallaolijoista ja kaksi muuta interventioavastavaa jäivät vielä mietintään.

Toinen ryhmähaastattelu hoitotyöntekijöille toteutui elokuun lopussa 2016, puoli vuotta ensimmäisen ryhmähaastattelun jälkeen. Tällöin Safewards -mallin interventioiden käyttöönotto oli jatkunut osastolla noin kahdeksan kuukautta.

Kolmas tukikäynti ajoittui kesän vuoksi syyskuulle 2016. Tukikäyntiin osallistuivat kahden toukokuussa valitun intervention interventioavastavat. Toukokuun koulutuskerran jälkeen molempiin valittuihin interventioihin oli valittu kaksi interventioavastavaa. Ta-

paamisessa käytiin läpi Positiiviset sanat -intervention sekä Huonojen uutisten kertominen -intervention vaihe osastolla sekä interventioihin liittyviä ajatuksia ja niiden käyttöönoton jatkotoimia. Positiiviset sanat -interventio oli otettu osastolla käyttöön. Interventiovastaavat muistuttivat raporteilla siitä, että jokaisesta potilaasta todetaan jotain hyvää. Interventio oli lähtenyt hyvin käyntiin osastolla ja tuonut uudenlaista näkökulmaa raportointiin. Huonojen uutisten kertominen -interventio oli vielä alkuvaiheessa. Interventiovastaavat olivat miettineet aiheeseen liittyviä tilanteita osastolla sekä intervention jatkotyöstämistä. Tapaamisessa pohdittiin myös yhdessä tilanteita ja keinoja interventioiden toteuttamiseen ja hyödyntämiseen osastolla. Tämä Safewards -käyttöönottokoulutukseen liittyvä tapaaminen oli viimeinen, johon tutkija osallistui opinnäytetyön puitteissa. Opinnäytetyön sen hetkisestä vaiheesta kerrottiin tapaamisessa. Elokuun ryhmähaastattelun tulosten analysointi oli tällöin vielä kesken eikä sen alustaviakaan tuloksia ollut vielä kerrottavissa. Opinnäytetyö luvattiin tulla esittelemään osastolle sen valmistuttua.

5.2.3 Arviointivaihe

Tässä opinnäytetyössä ovat mukana kolme ensimmäistä koulutuskertaa sekä kolme tukikäyntiä, joihin tutkija osallistui osastolla. Koulutuskokonaisuus jatkui osastolla tämän opinnäytetyön päättymisen jälkeen ja siihen kuuluva lopputapaaminen sekä arviointi käyttöönotosta kokonaisuutena tapahtuvat myöhemmin, kun kaikki kymmenen interventioita on otettu käyttöön osastolla. Koulutuskerroilla ja tukikäynneillä tapahtui kuitenkin jatkuvaa arviointia käyttöönoton prosessista ja sen vaiheista, kun interventioiden käyttöönottoa ja niihin vaikuttavia tekijöitä käytiin yhdessä läpi. Myös ryhmähaastatteluissa oli osallistujien arviointia käyttöönottoprosessista ja suunnittelua käyttöönoton jatkumisen osalta.

Arviointivaiheessa tilastotiedoista tarkasteltiin pakon käytön määrää sekä potilaiden palvelukokemusta käyttöönoton ajanjaksolta ja verrattiin niitä vuotta aikaisempaan ajanjaksoon ennen Safewards- mallin käyttöönoton aloittamista.

5.2.4 Tilastotiedot

Tutkimuksen aineistot jaetaan tutkimuksen synnyttämiin aineistoihin ja luonnollisiin aineistoihin. Tutkimuksen synnyttämiä aineistoja ovat aineistot, jotka ovat olemassa tutkimuksen takia. Luonnollisia aineistoja ovat aineistot, jotka ovat olemassa tutkimuksesta riippumatta. Viranomaisten ja organisaatioiden keräämiä virallisia tilastoja voidaan pitää luonnollisina aineistoina. (Ronkainen ym. 2011, 108.) Tilastot ovat lukusarjojen avulla ilmaistuja reaalisia tapahtumia koskevaa tietoa, joka on saatu aikaiseksi yksittäistapauksia yhdistämällä. Tilastoissa esiintyvä tieto esitetään taulukoiden tai kuvioiden muodossa. (Valli 2015, 15.)

Laadullisessa tutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa voidaan käyttää aineistona tilastotietoja tutkimuksen suunnittelussa, taustatietoina tai vertailutietona yhdessä muusta aineistoista saatavien tulosten kanssa. Tilastotietoja käytettäessä täytyy ottaa huomioon niiden tilannesidonnaisuus. Tilastot muodostuvat aina rajatulta kohdejoukolta tietyissä olosuhteissa kerätystä aineistosta jonkun tahon keräämänä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Huovinen & Rovio 2008, 104.)

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin akuuttipsykiatrian osaston nykytilaa pakon käytön suhteen kahden eri tilaston kautta. Näitä tilastoja olivat rajoitustilasto, johon kerätään kaikki mielenterveyslain mukaiset rajoitukset osastolla sekä palvelukokemusmittari, jolla mitataan potilasasiakkaan hoito- ja palvelukokemusta (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Mäkynen 2016). Osaston nykytilaa kartoitettaessa tilastotiedot käytiin läpi molempien tilastojen osalta ajanjaksolta tammikuu - elokuu 2015.

Mielenterveyslain 4a mukaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan vuoksi kaikista rajoitustoimenpiteistä on pidettävä luetteloa hoitoyksikössä. Luetteloa voidaan ylläpitää manuaalisena tai sähköisessä muodossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Kohdeosastolla potilaihin kohdistuvat rajoitukset kirjataan sähköisesti ja niistä muodostuu rajoitustilasto, jossa näkyvät eri rajoitustoimenpiteiden lukumäärät sekä sukupuoli (lukumäärät), ikä (keskiarvo ja mediaani), aika hoidon alusta (keskiarvo ja mediaani), rajoituksen kesto (keskiarvo ja mediaani) ja rajoitusperusteet. Yksittäisen potilaan tietoja ei tilastoista ilmene.

Palvelukokemusmittari on kehitetty yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sekä Tampereen kaupungin psykiatrian palveluiden kanssa ja se on käytössä kaikissa sairaanhoitopiirin yksiköissä. Palvelukokemusmittarin peruslomake sisältää yhdeksän kysymystä ja yhden avoimen kysymyksen saatuun hoitoon ja palveluun liittyen. Psykiatrian toimialueella on käytössä oma lomakeversio, jossa peruslomakkeen kysymysten lisäksi on huomioitu palvelun erityispiirteet. Palvelukokemusmittarilla kerätään tietoa tasaisesti ympäri vuoden yksikössä etukäteen suunnitellun toimintatavan mukaisesti. Tavoite riittävästä vastausmäärästä on 10%. Yleensä lomake tarjotaan potilaalle vastattavaksi siinä vaiheessa, kun hoitajakso on päättymässä. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Potilaalle annetaan kyselyn lisäksi palautekuori, johon potilasta ohjataan sulkemaan annettu vastaus ja palauttamaan kuori yksikön palautelaatikkoon. Tallennustyö paperilomakkeiden osalta tehdään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin asiakaspalvelukeskuksessa, jonne palautekuoret lähetetään yksiköistä avaamattomana kirjattavaksi. (Mäkynen 2016.) Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin palvelukokemusmittarin tuloksia peruslomakkeen kysymysten pohjalta poissulkien avoimen kysymyksen vastaukset sekä psykiatrian palvelukokemuslomakkeen lisäkysymykset, koska haluttiin tarkastella potilaiden palvelukokemusta yleisesti vertailtavan tiedon osalta.

Tutkimuksen arviointivaiheessa rajoitustilaston sekä palvelukokemusmittarin peruslomakkeen tietoja tarkasteltiin Safewards -mallin interventioiden käyttöönoton ajanjaksolta tammikuu - elokuu 2016 selvittäen, oliko käyttöönotolla ollut vaikutusta rajoitusten määrään ja/tai potilaiden palvelukokemukseen osastolla. Rajoituskoodisto oli ehtinyt muuttua helmikuussa 2016, joten rajoitukset sekä rajoitusperusteet poikkesivat jonkin verran toisistaan vuoden 2015 ja vuoden 2016 tilastoissa. Rajoituskoodeihin oli tullut tarkennuksia ja esimerkiksi Lääkkeen anto -rajoitus oli jaettu useamman eri koodin alle. Vuoden 2016 rajoitustilastossa näkyivät alkuvuoden ajalta merkinnät myös pelkästään tahdonvastaisesti toteutetun injektion osalta. Vaikka rajoituskoodistossa olikin tapahtunut muutoksia ajanjaksojen välillä, tulosten vertailu oli kuitenkin mahdollista.

5.2.5 Ryhmähaastattelut

Laadullisen tutkimuksen tutkimusaineistoa voidaan kerätä monella tavalla (Vilkkä 2015, 122). Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä on ainutlaatuinen, koska siinä ollaan suorassa

vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastatteluun liittyy sekä etuja että haittoja. Sen vuoksi haastattelua tiedonkeruumenetelmänä ei tule valita ilman, että on pohtinut se soveltuvuutta tutkimuksen ongelman ratkaisussa. Haastattelu valitaan usein, jos halutaan korostaa ihmistä tutkimustilanteen subjektina ja hänelle halutaan antaa mahdollisuus tuoda kokemuksiaan esille mahdollisimman vapaasti. Lisäksi haastattelu valitaan, jos kyseessä on vähän kartoitettu, tuntematon aihe, jolloin vastauksien suuntia on vaikea ennakoita tai ennalta tiedetään, että aiheeseen tulee vastauksia moninaisesti tai erisuuntaisesti. Haastattelussa on mahdollista nähdä vastaaja, hänen ilmeensä ja eleensä, joten haastateltava voi kertoa aiheesta laajemmin, kuin tutkija osasi ennakoita. Haastattelu valitaan myös, kun vastauksia halutaan selventää ja/tai saatavia tietoja syventää. (Hirsjärvi ym. 2014, 204-206.)

Haastattelumuotoja ovat yksilöhaastattelu, parihaastattelu ja ryhmähaastattelu. Haastattelun toteuttaminen ryhmähaastatteluna on tehokasta, koska silloin saadaan tietoa usealta haastateltavalta samanaikaisesti. (Hirsjärvi ym. 2014, 210.) Ryhmähaastattelu soveltuu yhteisön käsitysten tutkimiseen. Työelämän kehittämishankkeissa, joissa on tavoitteena yhteisen kielen, käsitteiden, toimintatapojen ja keskustelun luominen, ryhmähaastattelu on yksi tutkimusaineiston keräämisen keino. Laadullisen tutkimuksen yksi tehtävä on olla emansipatorinen. Tämä tarkoittaa, että tutkimushaastatteluun osallistuvien ymmärrys asiasta lisääntyy ja vaikuttaa myönteisesti tutkittavaa asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintatapoihin tutkimustilanteen jälkeenkin. Teemahaastattelu on hyvä tapa lisätä tutkimuksen emansipatorisuutta juuri työelämän kehittämishankkeissa. (Vilkkä 2015, 123, 125-126.)

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena toiminnan ja toimintatapojen kehittäminen. Ryhmähaastattelu valittiin osaksi aineistonkeruumenetelmää, jotta saataisiin tietoa hoitotyöntekijöiden kokemuksista ja näkemyksistä Safewards -mallin käyttöönottoon liittyen osastolla. Safewards -mallin käyttöönottokokemuksista ei vielä ollut kovinkaan paljoa aikaisempaa tutkimustietoa. Helmikuun ja elokuun ryhmähaastatteluihin osallistujat koostuivat osaston hoitotyöntekijöistä sekä toimialueen Safewards -mallin kouluttajista. Haastatteluihin osallistujat sovittiin yhdessä työryhmän ja kouluttajien kanssa.

Haastattelun etuna muihin tiedonkeruun menetelmiin on, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti eri tilanteissa ja vastaajat huomioiden. Haastatteluaiheiden

järjestystä voidaan muuttaa ja vastauksia voidaan tulkita paremmin, kuin muissa menetelmissä. Etuna on myös se, että vastaajat saadaan yleensä paremmin mukaan tutkimukseen ja vastaajat on helpompi tavoittaa myöhemmin uudelleen, mikäli tulee tarvetta esimerkiksi täydentää aineistoa. Haittapuolena voidaan pitää sitä, että haastattelu ja sen järjestäminen vievät aikaa. Haastattelun tekeminen vaatii suunnittelua sekä tutkijan perehtymistä haastattelijan rooliin. Haastatteluun saattaa liittyä myös monia virheen mahdollisuuksia, jotka aiheutuvat joko haastattelijasta, haastateltavista tai tilanteesta kokonaisuutena. Haastatteluaineisto on aina sidoksissa vallinneeseen haastattelutilanteeseen. Tämä on otettava huomioon tuloksia tulkittaessa. (Hirsjärvi ym. 2014, 204-207.)

Helmikuun ryhmähaastatteluun suunniteltiin osallistuvaksi seitsemän henkilöä, mutta lopulta osallistujia oli kuusi. Elokuun ryhmähaastatteluun suunniteltiin osallistuvan kuusi henkilöä, mutta lopulta osallistujia oli viisi. Alun perin suunnitelma oli, että molempiin haastatteluihin osallistuisivat samat henkilöt. Aikatauluista ja työvuoroista johtuen elokuun haastatteluun osallistui osittain eri ihmisiä, kuin helmikuun haastatteluun. Haastatteluihin osallistui yhteensä kahdeksan eri henkilöä ja haastattelut sovittiin sellaisiin ajankohtiin, jotka luontevasti sopivat osallistujien ja osaston aikatauluihin. Haastatteluihin osallistuvat saivat tietoa tutkimuksesta ja heitä pyydettiin lukemaan ja allekirjoittamaan tietoinen suostumus -kaavake (Liite 1). Tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta haastatteluiden tekemisestä ja tutkija pyrki perehtymään haastattelijan rooliin etukäteen muun muassa kirjallisuuden kautta. Molemmat ryhmähaastattelut etenivät jouhevasti ja tutkija pyrki huomioimaan kaikki osallistujat tasapuolisesti. Haastattelut etenivät aihepiirin mukaisesti ja tutkija pystyi esittämään tarpeelliseksi katsomiaan kysymyksiä joustavasti sekä palaamaan haastattelun aikana takaisin aiemmin keskusteltuun teemaan lisätiedon saamiseksi.

Tutkimusta varten tehdyt haastattelut eroavat tavallisista haastatteluista tai keskusteluista. Tutkimushaastattelu on systemaattinen tiedonkeruun muoto, jolla on tavoitteet ja jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia tietoja. Tutkimushaastattelu jaotellaan useaan eri muotoon usein sen mukaan, kuinka strukturoitu tai strukturoimaton haastattelu on. Teemahaastattelu on yksi haastattelun muoto, joka on välimuoto lomake- ja avoimesta haastattelusta. Teemahaastattelussa puuttuvat tarkat kysymykset ja kysymysten järjestys, vain aihepiirit ovat tiedossa. (Hirsjärvi ym. 2014, 207-208.) Teemahaastat-

telun tavoitteena on löytää olennaisia asioita perustuen tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtäviin. Teemahaastattelussa edetään etukäteen mietittyjen teemojen ja niihin liittyvien lisäkysymysten avulla. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on avoimuudessaan lähellä syvähaastattelua, joka taas on täysin strukturoimaton haastattelun muoto. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.)

Tässä opinnäytetyössä molemmissa ryhmähaastatteluissa haastattelumuotona käytettiin teemahaastattelua. Helmikuun ryhmähaastattelun tarkoituksena oli selvittää ryhmään kuuluvien henkilöiden käsityksiä siitä, miten Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto oli alkanut osastolla ja kuinka se oli koettu, miten interventioiden käyttöönotto tulisi tehdä jatkossa ja mitkä tekijät tukivat käyttöönottoa (Liite 2). Haastattelu toteutettiin osaston tiloissa ensimmäisen tukikäynnin yhteydessä. Haastattelu tallennettiin ja sen kokonaiskesto oli 55 minuuttia. Elokuun ryhmähaastattelussa kartoitettiin, kuinka Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto oli toteutunut osastolla siihen mennessä, millainen käyttöönottoprosessi oli ollut kokemuksena ja mitkä tekijät olivat tukeneet käyttöönottoa (Liite 3). Myös elokuun ryhmähaastattelu toteutettiin osaston tiloissa, tallennettiin ja sen kokonaiskesto oli 57 minuuttia. Tutkijan rooli haastattelijana oli johtaa keskustelua tutkimustehtävien pohjalta nousseiden teemojen sekä niihin liittyvien lisäkysymysten avulla. Haastattelijalla pyrki pysymään tutkijan roolissa eikä tuonut omia näkökantojaan esille aihepiiriin liittyen.

5.2.6 Tutkimuspäiväkirja

Tutkimuspäiväkirja on apuväline tutkimuksen edistymisessä ja seuraamisessa. Tutkimuspäiväkirjaan tutkija kirjaa olennaiset asiat ja ideat muistiin, etteivät ne unohdu. (Hirsjärvi ym. 2014, 45.) Toimintatutkimuksessa tutkimuspäiväkirjalla on tärkeä rooli tutkijan havaintojen tallentamisessa, ajatusten jäsentämisessä sekä tutkimuksen eteenpäin viemisessä (Huovinen & Rovio 2008, 106-107). Tässä opinnäytetyössä tutkijan apuna oli tutkimuspäiväkirja, jota ei analysoitu. Tutkimuspäiväkirja kulki tutkijan mukana koko tutkimuksen ajan. Tutkimuspäiväkirjaan kirjattiin muistiin kaikki sellaiset huomiot, pohdinnat, asiat, ideat ja lähdevinkit, joista tutkija arveli olevan hyötyä tutkimuksen teon eri vaiheissa. Tutkimuspäiväkirjaan kirjattiin myös osaston koulutus- ja tukikäyntien sisällöt, jotta tutkija muisti raportoida ne oikein opinnäytetyössä.

5.3 Aineiston analyysi

5.3.1 Määrällisen aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja aineiston analyysin tarkoituksena on saada selkeä kuvaus ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Määrällisen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisen analyysin avulla on tarkoitus selvittää erilaisia ilmiöiden syy-seuraussuhteita, niiden välisiä yhteyksiä tai ilmiöiden yleisyyttä ja esiintyvyyttä. (Koppa 2015.)

Määrällisessä tutkimuksessa analyysimenetelmä valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä vai useampaa muuttujaa niiden välisiä vaikutuksia toisiinsa (Vilkka 2007, 119). Frekvenssi tarkoittaa havaintojen lukumäärää ja sen avulla voidaan ilmoittaa eri havaintotyyppien lukumäärät aineistossa tai luokassa. Havaintomatriisi on taulukko, johon havaintoyksiköiden muuttujia koskevat havainnot syötetään. Havaintomatriisin vaakarivillä on yhden havaintoyksikön kaikkien muuttujien, eli tutkittavien asioiden, tiedot. Havaintomatriisin pystysarakkeessa ovat yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta havaintoyksiköiltä. Havaintomatriisi on yhtä kuin määrällisen tutkimuksen aineisto. Se on myös apuväline, josta tutkimuksen tulokset lasketaan. (Vilkka 2007, 111, 121, 135.)

Määrällisten tulosten esittämisen tulee olla tutkijasta riippumatonta eli objektiivista. Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia esitetään numeerisesti, graafisesti ja sanallisesti. Taulukot, kuviot ja tunnusluvut havainnollistavat tekstiä sekä lisäävät tekstin ymmärrettävyyttä. Taulukko on yleinen tapa analysoida aineisto ja esittää tuloksia. Taulukon avulla tutkija hahmottaa itselleen tutkittavan aineiston luonnetta ja aineiston numerotieto on helppointa esittää lukijalle taulukon muodossa. Määrällisessä tutkimuksessa tavoitteena on, että tulokset eivät jäisi pelkästään numeroiksi, vaan tutkija hahmottaa ja esittää tulokset ja niiden merkityksen myös tutkimusongelmiensa kannalta. Tutkijan tulee tulkita ja selittää tulokset ja tehdä niistä johtopäätöksiä, jotta niiden sisältö aukeaa myös lukijalle. (Vilkka 2007, 135-136, 138, 147.)

Tässä opinnäytetyössä käytetyt tilastotiedot saatiin valmiina havaintomatriiseina. Rajoitustilastoista saadut tiedot rajoitusten lukumääristä ja rajoitusperusteista kuvattiin raportin tulososiossa ja kerättiin taulukoihin (taulukko 2, sivu 34 ja taulukko 3, sivu 37). Lisäksi vertailtiin kahden eri ajanjakson tuloksia toisiinsa yhteneväisten rajoitusten ja rajoitusperusteiden osalta (taulukko 4, sivu 40). Palvelukokemusmittarin osalta tutkija kuvasi tulokset raportin tulososiossa sekä vertaili kahden eri ajanjakson tuloksia toisiinsa. Yhteenvedo palvelukokemusmittarin tuloksista sekä muutoksista ajanjaksojen tuloksissa kuvattiin raportin tulososion taulukossa (taulukko 5, sivu 44).

5.3.2 Laadullisen aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä pyritään aineistoa tiivistämällä löytämään sen sisältämää tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. (Eskola & Suoranta 1999, 138.) Aineiston laadullinen käsittely perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan sitten uudelleen kokonaisuudeksi. Aineiston analyysia tehdään laadullisessa tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, joka on systemaattinen analyysimenetelmä (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä (Vilka 2015, 163). Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastatteluista saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä aineiston avulla, jolloin sisältöä kuvaavien luokkien annetaan muotoutua aineistosta käsin. Sisällön analyysi perustuu päättelyyn, jota tutkimuskysymykset ohjaavat. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan aineistosta nousevia sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.) Lopputuloksena aineisto tiivistyy. Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan avoimesti ja selvitetään, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Analyysissä on neljä päävaihetta; yleiskuvan muodostaminen aineistosta, pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aluksi aineistosta etsitään merkityksellisiä alkuperäisilmauksia, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Pelkistämässä merkitykselliset ilmaisut tiivistetään siten, että niiden alkuperäinen merkitys ei muutu. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmaisuja verrataan toisiinsa ja etsitään sisällöllisesti samankaltaisia ilmaisuja, jonka jälkeen ne yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään niin, että nimi kattaa sen alle tulevat ilmaisut tai sisällöt. Ryhmittelyssä saattaa olla useampi vaihe, jolloin luokille muodostuu yläluokkia. Tutkijan on jatkuvasti arvioitava, kuinka pitkälle luokittelua kannattaa tehdä ilman, että tulosten sisältöarvo ei muutu. Sekä pelkistämävaiheessa, että ryhmittelyvaiheessa on mukana jo aineiston abstrahointia. Aineisto tiivistyy, kun yksittäiset asiat sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Analyysin viimeinen vaihe asettuukin limittäin edellisten vaiheiden kanssa. Lopulta pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta muodostuu synteesi, joka antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 117-119; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108-112.) Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta syntyneet käsitteet ja niiden sisällöt. Johtopäätöksissä tutkijan tavoitteena on ymmärtämään asioiden merkitys tutkittaville. Pyrkimys ymmärtää tutkittavien näkökulmaa tutkittavasta aiheesta onkin tavoitteena analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113.)

Ennen aineiston analyysin aloittamista sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla joko yksittäinen sana, lauseen osa, lause tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävät sekä aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä on käytetty lausetta tai lauseen osaa. Niiden avulla on kuvattu parhaiten tutkittavien kokemuksia ja näkemyksiä Safewards -mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla.

Tässä tutkimuksessa sekä helmikuun, että elokuun ryhmähaastattelun analyysit etenivät samalla tavalla. Ryhmähaastatteluina saatu aineisto kuunneltiin tarkkaan läpi ja aukikirjoitettiin sanatarkasti. Helmikuun haastattelusta litteroitua tekstiä kertyi 16 sivua ja elokuun haastattelusta 24 sivua, kun käytettiin rivinväliä 1,5 ja fonttikoko oli 12. Kun aineisto oli litteroitu, alettiin aineistosta etsiä tutkimustehtäville olennaisia ilmauksia. Aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka ilmensivät Safewards -mallin käyttöönottoa osastolla.

Ilmaukset alleviivattiin aineistosta värikynällä. Seuraavaksi aineistoista etsittiin ilmaisia tutkimustehtävään, kuinka osastolla on koettu Safewards –mallin käyttöönotto. Nämä ilmaiset alleviivattiin erivärisellä kynällä. Tämän jälkeen löydetyt ja alleviivatut alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Pelkistämässä tavoitteena oli säilyttää alkuperäisten ilmauksien merkitykset. Pelkistetyt ilmaukset listattiin. Safewards –mallin käyttöönottoa kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia löytyi helmikuun haastatteluaineistosta 64 kappaletta ja elokuun aineistosta 67 kappaletta. Kokemuksia kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia löytyi helmikuun aineistosta 60 kappaletta ja elokuun aineistosta 103 kappaletta.

Aineiston ryhmittelyssä kootuista pelkistetyistä ilmauksista alettiin etsiä sisällöllisesti samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet yhdistettiin omiksi alaluokikseen ja alaluokille annettiin luokan sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin toisiinsa ja niistä muodostettiin yläluokkia ja nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Esimerkki analyysin etenemisestä on kuvattu taulukossa (taulukko 1). Safewards –mallin käyttöönottoa kuvaavia alaluokkia muodostui helmikuun haastatteluaineistosta 13 ja alaluokista muodostui neljä yläluokkaa (Liite 4). Elokuun aineistosta muodostui kahdeksan alaluokkaa ja niistä kolme yläluokkaa (Liite 5). Osaston kokemusten kuvauksista muodostui helmikuun aineistosta yhdeksän alaluokkaa ja niistä kolme yläluokkaa (Liite 6) ja elokuun aineistosta muodostui 10 alaluokkaa ja niistä neljä yläluokkaa (Liite 7). Hoitotyöntekijöiden ryhmähaastatteluista kerätyn aineiston analysoinnin pohjalta syntyneet tulokset on kuvattu tulososiossa.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKKA
*pohdintaa toiminnan nimeämisestä *hoitajan rooli toiminnan ohjaajana *interventiot kätelevät keskenään *seuraavien interventioiden sisältö	Interventioiden sisällön sisäistäminen	Valitut interventiot osaksi osaston toimintaa
*helpoimmilta ja tutuimmilta tuntuvat ensimmäiseksi käyttöön *intervention käyttöönotto ennakkoon	Tutuimmilta tuntuvat interventiot ensimmäiseksi käyttöön	
*aikaisempien toimintatapojen ja ajankohtien hyödyntäminen *luonnollinen aika ja paikka	Aikaisempien toimintatapojen hyödyntäminen	

6 TULOKSET

6.1 Pakon käytön määrä osastolla

6.1.1 Pakon käyttö ajanjaksoilla 2015 ja 2016

Tutkimuksen nykytilan kartoitusvaiheessa, tammikuu-elokuu 2015 välisenä aikana, akuuttipsykiatrian osastolla suoritettiin yhteensä 356 rajoitustoimenpidettä (186 eri potilasta). Yleisin rajoitustoimenpide oli liikkumisvapauden rajoittaminen (198 kertaa, 110 eri potilasta). Seuraavaksi yleisin rajoittamistoimenpide oli eristäminen muista potilaista (101 kertaa, 41 eri potilasta). Eristämisen keston keskiarvo oli 37 tuntia ja 33 minuuttia ja mediaani 18 tuntia ja 35 minuuttia. Tahdonvastaisesti toteutettua injeksiota annettiin ajanjaksolla 42 kertaa (24 eri potilasta), yhteydenpidon rajoittamista oli 11 kertaa (7 eri potilasta), tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus kaksi kertaa (2 eri potilasta), sitomista (leposide) oli kerran ja omaisuuden haltuunotto tapahtui kerran.

Rajoitusten lukumäärät rajoitusperusteiden mukaisesti on esitelty taulukossa (taulukko 2, sivu 34). Liikkumisvapauden rajoittamiseen oli perusteena useimmiten oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (134 kertaa). Muita perusteita olivat muu hoidollisesti painava syy (29 kertaa), muiden todennäköinen vahingoittaminen (20 kertaa) tai itsensä todennäköinen vahingoittaminen (14 kertaa). Rajoitustilastosta puuttui yksi rajoitusperustekoodi liikkumisvapauden rajoittamisen kohdalla, jonka vuoksi rajoitusperusteiden yhteismääräksi taulukossa tulee luku 197, kokonaislukumäärän ollessa kuitenkin 198. Eristämiseen muista potilaista perusteena oli useimmiten oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (40 kertaa). Muita perusteita olivat muiden todennäköinen vahingoittaminen (32 kertaa), itsensä todennäköinen vahingoittaminen (8 kertaa), muu hoidollisesti painava syy (7 kertaa), muiden potilaiden hoidon vakava vaikeuttaminen (7 kertaa) tai vesijuoppous (7 kertaa). Tahdonvastaisesti toteutetun injektion annon perusteena oli oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (24 kertaa), muiden todennäköinen vahingoittaminen (11 kertaa), muu hoidollisesti painava syy (6 kertaa) tai muiden potilaiden hoidon vakava vaikeuttaminen (1 kerta). Yhteydenpidon rajoittamisen perusteena oli muu hoidollisesti painava

syy (7 kertaa), oman turvallisuuden vakava vaarantuminen (2 kertaa) tai itsensä todennäköinen vahingoittaminen (2 kertaa). Tahdonvastaisesti toteutetun hoitotoimenpiteen ja/tai tutkimuksen perusteena oli molemmilla kerroilla oman turvallisuuden vakava vaarantuminen. Sitomisen (leposide) perusteena oli itsensä todennäköinen vahingoittaminen ja omaisuuden haltuunoton perusteena oli muiden todennäköinen vahingoittaminen.

TAULUKKO 2. Rajoitusten lukumäärät rajoitusperusteiden mukaisesti ajanjaksolta 1-8/2015

	Rajoitusperuste							Vesijuoppous
	Oman turvallisuuden vakava vaarantaminen	Muiden todennäköinen vahingoittaminen	Muu hoidollisesti painava syy	Itsensä todennäköinen vahingoittaminen	Vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden turvallisuutta			
Rajoitus	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)
Liikkumisvapauden rajoittaminen	134	20	29	14				
Eristäminen muista potilaista	40	32	7	8	7		7	
Tahdonvastaisesti toteutettu injektio	24	11	6				1	
Yhteydenpidon rajoittaminen	2		7	2				
Tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus	2							
Sitominen (leposide)				1				
Omaisuu den haltuunotto		1						
Yhteensä	202	64	49	25	8		7	

Tutkimuksen arviointivaiheessa, tammikuu-elokuu 2016 välisenä aikana, akuuttipsykiatrian osastolla suoritettiin yhteensä 380 rajoitustoimenpidettä (200 eri potilasta). Yleisin rajoitustoimenpide oli tälläkin ajanjaksolla liikkumisvapauden rajoittaminen (236 kertaa, 118 eri potilasta). Toiseksi yleisin rajoitustoimenpide oli eristäminen muista potilaista (77 kertaa, 44 eri potilasta). Eristämisen keston keskiarvo oli 26 tuntia ja 11 minuuttia ja mediaani 16 tuntia ja kymmenen minuuttia. Lääkkeen anto suoritettiin 42 kertaa (23 eri potilasta) ja lisäksi tahdonvastaisesti toteutettu injektio on kirjattu annetuksi viisi kertaa (3 eri potilasta). Sitominen (leposide) suoritettiin ajanjaksolla 11 kertaa (5 eri potilasta). Omaisuuden haltuunotto tapahtui neljä kertaa (2 eri potilasta), yhteydenpidon rajoittaminen kaksi kertaa (2 eri potilasta), potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkistaminen kerran ja muu tutkimus- tai hoitotoimenpide kerran.

Rajoitusten lukumäärät rajoitusperusteiden mukaisesti arviointivaiheen ajanjaksolla on esitelty taulukossa (taulukko 3, sivu 37). Liikkumisvapauden rajoittamiseen oli perusteena tälläkin ajanjaksolla useimmiten oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (193 kertaa). Muita perusteita olivat itsensä todennäköinen vahingoittaminen (15 kertaa), muu hoidollisesti painava syy (14 kertaa) tai muiden todennäköinen vahingoittaminen (13 kertaa). Rajoitustilastosta puuttui tälläkin ajanjaksolla yksi rajoitusperustekoodi liikkumisvapauden rajoittamisen kohdalla, jonka vuoksi rajoitusperusteiden yhteismääräksi taulukossa tulee luku 235, kokonaislukumäärän ollessa 236. Myös eristämiseen muista potilaista oli perusteena useimmiten oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (35 kertaa). Muita perusteita olivat muiden todennäköinen vahingoittaminen (30 kertaa), itsensä todennäköinen vahingoittaminen (7 kertaa), muiden potilaiden hoidon vakava vaikeuttaminen (2 kertaa), lääkkeen anto (1 kerta), muu hoidollisesti painava syy (1 kerta) tai omaisuuden todennäköinen vahingoittaminen (1 kerta). Sitomisen (leposide) perusteena oli itsensä todennäköinen vahingoittaminen (8 kertaa) tai muiden todennäköinen vahingoittaminen (3 kertaa). Tahdonvastaisesti toteutetun injektion annon perusteena oli oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (kolme kertaa), muiden todennäköinen vahingoittaminen (1 kerta) tai muu hoidollisesti painava syy (1 kerta). Lääkkeen annon perusteeksi oli kaikissa tapauksissa (42 kertaa) kirjattu lääkkeen anto. Omaisuuden haltuunoton perusteena oli muu hoidollisesti painava syy (2 kertaa), oman turvallisuuden vakava vaarantaminen (1 kerta) tai omaisuuden todennäköinen vahingoittaminen (1 kerta). Yhteydenpidon rajoittamisen perusteena oli muiden todennäköinen vahingoittaminen (1 kerta) tai muu hoidollisesti painava syy (1 kerta). Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkistamisen

perusteena oli oman turvallisuuden vakava vaarantaminen. Muun tutkimuksen- tai hoitotoimenpiteen perusteeksi oli kirjattu muu tutkimus- tai hoitotoimenpide.

TAULUKKO 3. Rajoitusten lukumäärät rajoitusperusteiden mukaisesti ajanjaksolta 1-8/2016

	Rajoitusperuste										Muu tutkimus tai hoitotoimenpide
	Oman turvallisuuden vakava vaarantaminen	Muiden todennäköinen vahingoittaminen	Muu hoidollisesti painava syy	Itsensä todennäköinen vahingoittaminen	Vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden turvallisuutta	Todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta	Lääkkeen anto (sisältää tahdonvastaisen injektion)	Muu			
Rajoitus	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)	(=n)
Liikkumisvapauden rajoittaminen	193	13	14	15							
Eristäminen muista potilaista	35	30	1	7	2	1	1				
Tahdonvastaisesti toteutettu injektio/Lääkkeen anto	3	1	1						42		
Yhteydenpidon rajoittaminen		1	1								
Muu tutkimus- tai hoitotoimenpide											1
Sitominen (leposide)		3		8							
Omaisuu den haltuunotto	1		2							1	
Potilaan omaisuuden lähetyksen tarkistaminen	1										
Yhteensä	233	48	19	30	2	2	43			1	

6.1.2 Pakon käytön vertailu ajanjaksoilla 2015 ja 2016

Tahdonvastaisia toimenpiteitä suoritettiin vuoden 2015 ajanjaksolla 356. Vastaava luku vuoden 2016 ajanjaksolla oli 380. Eri potilaita, joita rajoitukset koskivat, oli vuoden 2015 ajanjaksolla 186 ja vuoden 2016 ajanjaksolla 200. Joten kokonaismäärä pakkotoimien suhteen nousi osastolla kartoitusvaiheesta arviointivaiheen ajanjaksoon. Rajoituskoodisto muuttui helmikuussa 2016. Taulukossa (taulukko 4, sivu 40) on näkyvissä vertailu ajanjaksojen viiden yhteneväisen rajoituksen ja rajoitusperusteen lukumäärien osalta.

Liikkumisvapauden rajoittaminen oli eniten käytössä ollut rajoitus osastolla molemmilla ajanjaksoilla ja sen määrä nousi kartoitusvaiheen 198 arviointivaiheen 236. Sitomisen (leposide) lukumäärä nousi yhdestä kerrasta 11 kertaan ja omaisuuden haltuunottojen määrä nousi yhdestä kerrasta neljään kertaan.

Eristäminen muista potilaista oli toiseksi yleisin rajoitus molemmilla ajanjaksoilla. Eristämisten määrä kuitenkin laski arviointivaiheessa verrattuna kartoitusvaiheeseen. Myös eristämisten kokonaiskesto väheni. Eristämisen keston keskiarvo oli kartoitusvaiheessa 37 tuntia ja 33 minuuttia ja mediaani 18 tuntia ja 35 minuuttia. Arviointivaiheessa kokonaiskesto oli pudonnut ollen keskiarvoltaan 26 tuntia ja 11 minuuttia ja mediaaniltaan 16 tuntia ja kymmenen minuuttia. Toinen arviointivaiheen ajanjaksolla määrällisesti vähentynyt rajoitus oli yhteydenpidon rajoittaminen. Yhteydenpidon rajoittamisen määrä oli vähentynyt kartoitusvaiheen 11 arviointivaiheen kahteen kertaan.

Vuoden 2016 rajoitustilastossa olivat uuden rajoituskoodiston mukaisesti lääkkeen anto ja tahdonvastaisesti toteutettu injektio eri koodeilla ja vuoden 2015 rajoitustilastossa oli näkyvissä ainoastaan koodi tahdonvastaisesti toteutetulle injektioille. Kokonaismäärä lääkkeen annolle (sisältää tahdonvastaisesti toteutetun injektion) oli arviointivaiheen ajanjakson tilastossa 47 ja kartoitusvaiheessa 42 (pelkästään tahdonvastaisesti toteutettu injektio), joten kokonaismäärä tahdonvastaisen lääkkeenannon suhteen oli noussut muutamalla. Tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus oli tehty kartoitusvaiheessa kaksi kertaa ja arviointivaiheessa uuden rajoituskoodiston mukaisesti merkitty muu tutkimus- tai hoitotoimenpide kerran. Arviointivaiheessa oli lisäksi tehty potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkistaminen kerran. Hoidollista kiinnipitämistä tai henkilöntarkastusta ja katsastusta ei käytetty kertaakaan kummallakaan ajanjaksolla.

Oman turvallisuuden vakava vaarantaminen oli useimmiten rajoittamisen perusteena molemmilla ajanjaksoilla ja tämän perusteen käytön määrä kasvoi arviointivaiheessa. Toinen arviointivaiheessa käytetty rajoitusperuste, jonka määrä nousi, oli itsensä todennäköinen vahingoittaminen. Sen sijaan rajoitusperusteiden käytön määrä laski arviointivaiheessa kolmen rajoitusperusteen kohdalla, joita olivat muiden todennäköinen vahingoittaminen, muu hoidollisesti painava syy sekä vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden turvallisuutta. Vesijuoppous ei ollut yhdenkään rajoituksen perusteena arviointivaiheessa. Nykytilan kartoitusvaiheessa ei puolestaan ollut käytössä todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta - rajoitusperustetta.

TAULUKKO 4. Yhteenveto yhteneväisten rajoitusten ja rajoitusperusteiden lukumääristä, ajanjakso 1-8/2015 (I) ja 1-8/2016 (II)

Rajoitus	Rajoitusperuste												Muutos yhteensä		
	Oman turvallisuuden vakava vaarantaminen		Muiden todennäköinen vahingoittaminen		Muu hoidollisesti painava syy		Itensä todennäköinen vahingoittaminen		Vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden turvallisuutta		Muutos				
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II					
	(=n)		(=n)		(=n)		(=n)		(=n)						
Liikkumisvapauden rajoittaminen	134	193	20	13	29	14	14	15	14	15	+1			+38	
Eristäminen muista potilaista	40	35	32	30	7	1	8	7	8	7	-1	7	2	-5	-24
Yhteydenpidon rajoittaminen	2			1	7	1	2		2		-2				-9
Sitominen (leposide)				3			1	8	1	8	+7				+10
Omaisuiden haltuunotto		1	1		2						+2				+2

6.2 Potilaiden palvelukokemus osastolla

6.2.1 Potilaiden palvelukokemus ajanjaksoilla 2015 ja 2016

Nykytilan kartoitusvaiheessa tarkasteltiin palvelukokemusmittarin vastauksia ajanjaksolta tammikuu-elokuu 2015 ja arviointivaiheessa ajanjaksolta tammikuu-elokuu 2016. Palvelukokemusmittarin peruslomakkeessa oli yhdeksän kysymystä ja viisi vastausvaihtoehtoa sekä ”ei koske minua”/”en osaa sanoa” –vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehdot seitsemään ensimmäiseen kysymykseen olivat: 5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 2=osittain eri mieltä ja 1=täysin eri mieltä, E=ei koske minua. Tuloksissa vastausvaihtoehdot täysin ja osittain samaa mieltä sekä täysin ja osittain eri mieltä on yhdistetty. Kartoitusvaiheessa vastauksia oli yhteensä 54 kappaletta ja arviointivaiheessa 61 kappaletta. Vastauksien lukumäärä eri kysymyksiin vaihteli kuitenkin jonkin verran molemmilla ajanjaksoilla. Tämä saattoi johtua siitä, että vastausvaihtoehto ”ei koske minua”/”en osaa sanoa” oli jätetty kunkin vastauksen kokonaislukumäärästä pois tai sitten potilas ei ollut vastannut lomakkeen kaikkiin kysymyksiin. Yhteenvedo tuloksista on kuvattuna taulukossa (taulukko 5, sivu 44) ilman ”ei koske minua”/”en osaa sanoa” vaihtoehtoa.

Palvelukokemusmittarin peruslomakkeen viisi ensimmäistä väittämää koskivat saatua hoitoa, henkilökunnan kohtelua potilasta kohtaan, saadun hoidon turvallisuutta, hoitoa koskevien päätösten tekemistä yhdessä sekä saadun tiedon ymmärrettävyyttä. Nykytilan kartoitusvaiheen tulosten mukaan vastaajat kokivat saadun hoidon pääosin hyväksi (48 vastaajaa 53:sta, 90,6%). Yksi vastaaja (1,9%) oli väittämästä eri mieltä ja neljä vastaaja (7,5%) ei ollut väittämästä samaa eikä eri mieltä. 48 vastaajaa 54:stä (88,9%) koki myös, että henkilökunta kohteli potilasta hyvin. Kaksi vastaajista (3,7%) oli täysin tai osittain eri mieltä ja neljä vastaajaa (7,4%) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Saatu hoito koettiin turvalliseksi 43:n vastaajan (79,6%) mielestä. Turvalliseksi hoitoa ei kokenut kolme (5,6%) vastanneista. Kahdeksan vastaajaa (14,8%) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Vastanneita tähän väittämään oli yhteensä 54. Hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä potilaan kanssa 44:n (81,5%) vastaajan mielestä. Yksi vastaajista (1,9%) oli väittämästä eri mieltä. Seitsemän vastaajaa (12,9%) ei ollut samaa eikä eri

mieltä. Vastaajia tähän väittämään oli yhteensä 52. Saadun tiedon hoidosta koki ymmärrettävänä 45 vastaajaa 52:sta (86,5%). Seitsemän vastaajaa (13,5%) ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Kuudes ja seitsemäs kysymys koskivat potilaan läheisiä ja ne olivat myös muodoltaan väittämiä. Väittämässä läheisen mahdollisuudesta olla mukana hoidossa vastauksia oli yhteensä 40. Vastaajista 35 (87,5%) oli täysin samaa tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Viisi vastaajaa (12,5%) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kaikki vastaajat, 41 (100%), kokivat, että henkilökunta kohteli läheisiä hyvin.

Kysymys kahdeksan koski potilaan saamaa palvelua sairaalassa. Kysymykseen vastausvaihtoehdot olivat: 5=erittäin hyväksi, 4=hyväksi, 3=ei hyväksi eikä huonoksi, 2=huonoksi, 1=erittäin huonoksi, E=en osaa sanoa. Vastausvaihtoehdot erittäin hyväksi ja hyväksi sekä erittäin huonoksi ja huonoksi on tuloksissa yhdistetty. Vastauksia tähän kysymykseen oli yhteensä 41, joista 35 (85,4%) oli kokenut palvelun erittäin hyväksi tai hyväksi. Vastaajista kaksi (4,9%) oli kokenut palvelun vastaavasti erittäin huonoksi tai huonoksi. Neljä vastaajaa (9,8%) oli antanut vastauksen ei hyväksi eikä huonoksi.

Kysymyksessä yhdeksän kysyttiin, kuinka todennäköisesti vastaaja suosittelisi kyseistä sairaalaa läheisilleen, mikäli he sitä tarvitsisivat. Vastausvaihtoehdot tähän kysymykseen olivat: 5=erittäin todennäköisesti, 4=todennäköisesti, 3=ei todennäköisesti eikä epätodennäköisesti, 2=epätodennäköisesti, 1=erittäin epätodennäköisesti, E=en osaa sanoa. Vastaukset erittäin todennäköisesti ja todennäköisesti sekä erittäin epätodennäköisesti ja epätodennäköisesti on yhdistetty. Vastaajia kysymykseen oli yhteensä 42, joista 33 (78,6%) oli antanut vastaukseksi erittäin todennäköisesti tai todennäköisesti. Kaksi vastaajaa (4,8%) oli vastannut erittäin epätodennäköisesti tai epätodennäköisesti ja seitsemän vastaajaa (16,7%) oli vastannut ei todennäköisesti eikä epätodennäköisesti.

Myös arviointivaiheen tulosten mukaan potilaat kokivat saadun hoidon pääosin hyväksi (47 potilasta 59:stä, 79,7%). Kaksi vastaajista (3,4%) oli vastannut täysin tai osittain eri mieltä ja kymmenen vastaajaa (16,9%) ei samaa eikä eri mieltä. 54 vastaajaa 61:stä (88,5%) koki, että henkilökunta kohteli potilasta hyvin. Yksi vastaaja (1,6%) oli väittämästä eri mieltä ja kuusi vastaajaa (9,8%) ei ollut väittämästä samaa eikä eri mieltä. Saatu

hoito koettiin turvalliseksi 44 vastaajan mielestä (70,5%). Kuusi vastaajaa (9,8%) oli osittain tai täysin eri mieltä ja 12 vastaajaa (19,7%) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Vastanneita tähän väittämään oli yhteensä 61. Hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä potilaan kanssa 46:n (76,7%) vastaajan mielestä. Neljä vastaajaa (6,7%) oli väittämästä täysin tai osittain eri mieltä. Kymmenen vastaajaa (16,7%) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajia tähän kysymykseen oli yhteensä 60. Saatu tieto hoidosta oli ymmärrettävää 46:n vastaajan (78%) mielestä. Yksi vastaaja (1,7%) oli väittämästä eri mieltä ja 12 vastaajaa (20,3%) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajia kysymykseen oli yhteensä 59.

Arviointivaiheessa väittämään potilaan läheisten mahdollisuudesta olla mukana hoidossa vastauksia oli tullut yhteensä 45. Vastaajista 34 (75,6%) oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa. Viisi vastaajista (11,1%) oli täysin tai osittain eri mieltä ja kuusi vastaajista (13,3%) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Henkilökunta kohteli läheisiä hyvin 36:n vastaajan (87,8%) mielestä. Kolme vastaajaa (7,3%) oli väittämästä osittain eri mieltä ja kaksi vastaajaa (4,9%) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajia väittämään oli yhteensä 41.

Palvelukokemusmittain kysymykseen kahdeksan (millaiseksi vastaaja koki palvelun sairaalassa) oli arviointivaiheessa tullut yhteensä 51 vastausta. 40 vastaajaa (78,4%) oli kokenut palvelun sairaalassa erittäin hyväksi tai hyväksi. Vastaajista kaksi (3,9%) oli kokenut palvelun huonoksi tai erittäin huonoksi. Yhdeksän vastaajaa (17,6%) oli antanut vastauksen ei hyväksi eikä huonoksi.

Kysymykseen yhdeksän (kuinka todennäköisesti vastaaja suosittelisi kyseistä sairaalaa läheisilleen, mikäli he sitä tarvitsisivat) vastaajia oli arviointivaiheessa yhteensä 52. Näistä 36 vastaajaa (69,2%) suosittelisi sairaalaa läheisilleen erittäin todennäköisesti tai todennäköisesti. Seitsemän vastaajaa (13,5%) oli vastannut erittäin epätodennäköisesti tai epätodennäköisesti. Yhdeksän vastaajaa (17,3%) oli antanut vastauksen ei todennäköisesti eikä epätodennäköisesti.

TAULUKKO 5. Yhteenveto palvelukokemuksittarin vastauksista, ajanjaksot 1-8/2015 (I) ja 1-8/2016 (II)

Kysymys	Täysin samaa mieltä/erittäin hyväksi/erittäin todennäköisesti (=n)		Osittain samaa mieltä/hyväksi/todennäköisesti (=n)		Ei samaa eikä eri mieltä/ei hyväksi eikä huonoksi/ei todennäköisesti eikä epätodennäköisesti (=n)		Osittain eri mieltä/huonoksi/epätodennäköisesti (=n)		Täysin eri mieltä/erittäin huonoksi/erittäin epätodennäköisesti (=n)		Vastausten määrä yhteensä (=n)								
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	Muutos						
Saatu hoito oli hyvää	30	31	-1	18	16	-2	4	10	+6	0	1	+1	0	1	1	0	53	59	+6
Henkilökunta kohteli potilasta hyvin	38	39	+1	10	15	+5	4	6	+2	1	0	-1	1	1	0	0	54	61	+7
Saatu hoito koettiin turvalliseksi	26	24	-2	17	19	+3	8	12	+4	2	4	+2	1	2	+1	1	54	61	+7
Hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä	28	28	0	16	18	+2	7	10	+3	0	2	+2	1	2	+1	1	52	60	+8
Saatu tieto hoidosta oli ymmärrettävää	32	29	-3	13	17	+4	7	12	+5	0	0	0	0	1	+1	0	52	59	+7
Läheiselle mahdollisuus olla mukana hoidossa	27	24	-3	8	10	+2	5	6	+1	0	1	+1	0	4	+4	0	40	45	+5
Henkilökunta kohteli läheisiä hyvin	34	26	-8	7	10	+3	0	2	+2	0	3	+3	0	0	0	0	41	41	0
Millaiseksi koit palvelun sairaalassa?	17	19	+2	18	21	+3	4	9	+5	1	1	0	1	1	0	1	41	51	+10
Kuinka todennäköisesti suosittelisit tätä sairaalaa läheisillesi, jos he sitä tarvitsisivat?	27	21	+6	6	15	+9	7	9	+2	1	2	+1	1	5	+4	1	42	52	+10

6.2.2 Potilaiden palvelukokemusten vertailu ajanjaksoilla 2015 ja 2016

Nykytilan kartoitusvaiheessa, ajanjaksolla tammikuu-elokuu 2015 palvelukokemusmittarin kysymyksiin vastanneiden määrä osastolla oli keskimäärin 48 ja arviointivaiheessa, ajanjaksolla tammikuu-elokuu 2016 keskimäärin 59. Osastojaksojen määrä ajanjaksoilla oli lähes sama. Ajanjaksolla tammikuu-elokuu 2015 osastojaksoja akuuttipsykiatrian osastolla oli yhteensä 230 ja ajanjaksolla tammikuu-elokuu 2016 yhteensä 228. Palvelukokemuskyselyyn vastanneiden määrä oli noussut arviointivaiheessa suhteessa nykytilan kartoituksen ajanjaksoon.

Palvelukokemusmittarin tuloksissa arviointivaiheen ajanjaksolla oli tapahtunut jonkin verran laskua lähes kaikkien kysymysten osalta suhteessa nykytilankartoituksen ajanjaksoon. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä hoitoonsa ja saatu hoito koettiin pääosin hyväksi molemmilla ajanjaksoilla, mutta niiden vastaajien määrä, jotka eivät olleet väittämistä samaa eikä eri mieltä, oli lisääntynyt. Henkilökunnan kohtelu potilasta kohtaan koettiin molemmilla ajanjaksoilla myös pääosin hyvänä, eikä muutosta tämän kysymyksen osalta ajanjaksojen välillä juuri ollut. Potilaiden kokemus hoidon turvallisuudesta, hoitoa koskevien päätösten tekemisestä yhdessä potilaan kanssa sekä hoidosta saadun tiedon ymmärrettävyydestä olivat hivenen laskeneet arviointivaiheessa. Väittämien kanssa eri mieltä olleiden sekä niiden, jotka eivät olleet väittämistä samaa eivätkä eri mieltä määrä oli arviointivaiheessa lisääntynyt.

Läheisiä koskevien väittämien suhteen oli myös tapahtunut laskua. Läheisen mahdollisuudesta olla mukana hoidossa eri mieltä olleiden määrä oli lisääntynyt. Samoin väittämässä henkilökunta kohteli läheisiä hyvin, oli tapahtunut huomattavaa laskua täysin samaa mieltä olleiden määrässä arviointivaiheessa verrattuna nykytilan kartoitukseen. Läheisiä koskeviin kahteen väittämään oli arviointivaiheessa myös vähiten vastanneita suhteessa muihin kyselyn väittämiin. Safewards -mallin interventioissa ei ole suoraan läheisiä koskevia interventioita, mutta interventiot voivat välillisesti vaikuttaa potilaiden kokemuksiin läheisten huomioimisesta hoidossa.

Palvelu sairaalassa koettiin pääosin hyväksi molemmilla ajanjaksoilla. Vastaajia arviointivaiheessa tähän kysymykseen oli kymmenen enemmän, kuin nykytilan kartoitusvaiheessa. Kysymyksen, kuinka todennäköisesti vastaaja suosittelisi sairaalaa läheisilleen,

jos he sitä tarvitsisivat, vastauksissa oli enemmän hajontaa arviointivaiheessa. Todennäköisesti vastanneiden määrä oli lisääntynyt, samoin epätodennäköisesti vastanneiden määrä. Myös tähän kysymykseen oli kymmenen vastaajaa enemmän arviointivaiheessa verrattuna kartoitusvaiheeseen.

6.3 Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, helmikuu 2016

Helmikuussa 2016 Safewards –mallin käyttöönotto koostui alkuvaiheesta osastolla, interventioiden käyttöönoton suunnittelusta, tiedon lisäämisestä sekä valittujen interventioiden ottamisesta osaksi osaston toimintaa (Liite 4).

6.3.1 Alkuvaihe osastolla

Safewards –mallin käyttöönotossa alkuun pääseminen koettiin osastolla hitaaksi. Erilaisien asioiden odottelussa oli mennyt aikaa ja käyttöönotto oli lähtenyt nihkeästi liikkeelle. Toteutusvaihe oli vielä pahasti kesken ja interventioita varten hankittuja materiaaleja, kuten kotiutuspuuta ei oltu vielä kiinnitetty seinään.

..kaks viikkoa meni pelkästään odotellessa..

..ei olla päästy vielä toteutusvaiheeseen..

Osastolla oli ollut ryhmämuotoista toimintaa, joka oli toteutunut lähinnä liikunnallisina ryhminä ja ex-tempore –ryhminä. Ryhmätoiminta oli ollut lähinnä potilaiden toiveista lähtevää. Liikunnalliset ex-tempore ryhmät kuvattiin toimivan osastolla hyvin. Myös opiskelijat olivat mukana ohjaamassa ryhmätoimintaa. Tarkoituksena oli jatkossa pitää myös informatiivisempia ryhmiä, jotka olisivat enemmän mallin intervention mukaisia. Ryhmien avulla koettiin autettavan potilaita monin tavoin, kuunneltiin potilaiden toiveita ja annettiin tietoa.

..lähinnä liikunnallisia ryhmiä..

..että niitä on pidetty ryhmiä, extempore -ryhmiä..

6.3.2 Interventioiden käyttöönoton suunnittelua

Interventioiden käyttöönoton suunnitteluun osastolla liittyivät alkuvalmistelut, johon kuuluivat käyttöönottoon liittyvän materiaalin valintaa ja tilaamista sekä materiaalin sijoituspaikan valintaa.

..sijoitettais siihen toimenpidehuoneen viereen, otettais se seinävaate pois siitä..

Menettelytapojen suunnittelu ja sopiminen nousivat tärkeäksi osaksi käyttöönottoa. Menettelytapojen suunnittelu ja sopiminen pitivät sisällään ajankohtien eli viikonpäivien ja kellonaikojen sopimista, jotta interventiot toteutuisivat säännön mukaisesti ja käyttöönottoa saataisiin vietyä eteenpäin. Tärkeäksi nähtiin myös ajankohtien ja vastuuhenkilöiden nimeäminen työnjakoon ja osaston viikko-ohjelmaan toteutumisen varmistamiseksi. Työvuorosuunnittelu ja henkilökunnan riittävyys nähtiin toiminnan mahdollistajana menettelytapojen suunnittelun ja sopimisen yhteydessä.

..pistetään tietyt päivät ja henkilöt nimetään sinne ja toteutetaan..

Toiminnan säännöllisyys koettiin tärkeäksi interventioiden käyttöönoton suunnittelussa. Säännöllisyydellä tarkoitettiin, että toiminta toteutettaisiin systemaattisesti ja struktuurin mukaisesti. Avun antaminen –intervention toteutuminen kolme kertaa viikossa katsottiin mallin mukaiseksi toiminnaksi, johon oli jatkossa tarkoitus pyrkiä.

..täytyis varmaan painottaa vaan sitä, ... että se tehdään ihan systemaattisesti..

..siinähan toivottiin, että kolme kertaa viikossa olis suotavaa..

Interventioiden käyttöönoton suunnittelu sisälsi myös seuraavien interventioiden valinnan. Henkilökunta sai esittää ehdotuksia seuraavista käyttöönotettavista interventioista,

jotka sitten valittaisiin äänestyksellä. Seuraava koulutustapaaminen oli sovittuna kuukauden päähän, missä seuraavat kaksi interventioita otettaisiin käyttöön.

..äänestys sitten siitä, mitkä sitten otetaan kaks seuraavaa käyttöön..

6.3.3 Tiedon lisääminen

Tietoa ja vinkkejä intervention toteutuksesta saatiin tutustumalla toisen osaston toteutukseen siellä vierailtaessa.

Puuasiassa on varmaan sitten taas se meillä etuna, että kun muilla osastoilla sitä jo käytetään niin me saadaan sieltä sitten vinkkiä, kuinka se heillä toteutuu..

Tietoa ja ohjausta koettiin tarvittavan alkuun pääsemiseksi interventioiden käyttöönotossa. Tämä nähtiin sekä konkreettisenä toistensa ohjaamisena ja avun antamisena, että asioiden läpikäymisenä yhdessä henkilökunnan kesken. Interventioiden koettiin tulleen jonkin verran tutuiksi, mutta lisätietoa tarvittiin vielä. Safewards -mallin nettisivut koettiin hyvinä ja selkeinä ja nettisivujen hyödyntäminen koettiin tärkeäksi tiedon lisääjänä ja interventioihin tutustumisessa.

..ne on ihan hyvät ne nettisivut, ne on ihan selkeet, että jos sais jotenkin suuremman osan porukasta ainakin käymään siellä sivuilla ja kattoon, et mitä tietoo sieltä löytyy..

Henkilökunnan tiedottamisessa koettiin tärkeänä henkilökunnan informointi käytännön asioista, mikä tarkoitti sovittujen asioiden tiedottamista kaikille esimerkiksi sähköpostitse. Lisäksi toivottiin tarkempaa ohjeistusta toiminnan tueksi sekä henkilökunnan muistuttamista muista interventioista, joita jatkossa tullaan ottamaan käyttöön.

..infoo henkilökunnalle, kuinka se käytännössä menee..

..kirjoittais sen auki sähköpostiin..

Interventiovastaavien rooli ei ollut vielä jäsentynyt. Tärkeäksi koettiin interventiovas-
taavien vastuuden selkiyttäminen. Nähtiin, että interventioiden käyttöönotto ei ollut pel-
kästään interventiovastaavien vastuulla, vaan heidän rooliinsa kuului saada henkilökunta
tietoiseksi asiasta.

..ei ole pelkästään niitten interventiovastaavien vastuulla..

6.3.4 Valitut interventiot osaksi osaston toimintaa

Interventioiden sisällön sisäistämisessä pohdittiin toiminnan nimeämistä osastoa palvele-
valla tavalla sekä hoitajan roolia toiminnan ohjaajana. Interventioiden todettiin myös kät-
televän keskenään eli olevan sidoksissa toinen toisiinsa. Seuraavien interventioiden sisäl-
töä pohdittiin suhteessa jo käyttöönotettuihin interventioihin sekä osastolla olevaan ryh-
mätoimintaan.

*..hoitaja olis niinku puheenjohtaja ja pitäis hiljaiset mukana.. vetäis vähän
mukaan..*

..nää kättelee nää interventiot keskenään..

*Niissä muissa interventioissa ei tainnu niitä ryhmiä nimenomaan ollakaan,
että se on enempi sitä tekniikkaa sitte..*

Helpommilta ja tutuimmilta tuntuvat interventiot valittiin käyttöönotettavaksi osastolla
ensimmäisenä. Lisäksi osastolla oli otettu käyttöön jo enakkoon yksi interventio, ennen
sen virallista käyttöönottoa, koska interventioon kuuluvat materiaalit oli saatu osastolle.

Ne oli varmaan kaikista helpoimmat..

..vaikka ne eivät ole vielä käytössäkään ihan virallisesti..

Osaston aikaisempia toimintatapoja esimerkiksi ryhmien suhteen sekä niiden ajankohtia hyödynnettiin interventioiden käyttöönotossa. Myös osaston toiminnan mukaiset, luonnolliset ajankohdat ja paikat huomioitiin interventioiden käyttöönotossa.

..sikäli se aamupala olis luonnollinen paikka, silloin olis päivä vielä edessä..

..maanataina viikonaloitusryhmä niinku entiseen tapaan..

6.4 Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, elokuu 2016

Elokuussa 2016 valitut Safewards -mallin interventiot olivat osana osaston toimintaa. Lisäksi arviointivaiheen haastattelu sisälsi suunnittelua interventioiden käyttöönoton jatkumisesta sekä tarvittavan tiedon saamisen (Liite 5).

6.4.1 Valitut interventiot osana osaston toimintaa

Valittujen Safewards -mallin interventioiden käyttö oli aloitettu osastolla ja vastuuhenkilöt kaikkiin valittuihin interventioihin oli nimetty. Kotiutusviestit -interventio oli käytössä ja kotiutusviestipuu toiminnassa. Avun antaminen -interventio oli myös sovitusti käytössä ja näkyi ryhmätoimintana osastolla aamuryhmien muodossa. Avun antaminen -ryhmään sisältyivät kuulumisten kysyminen, tapahtumista kertominen ja keskustelu potilaiden kanssa. Puheella rauhoittaminen -interventioon liittyviä keskusteluita henkilökunnan kanssa oli vähän aloitettu ja intervention käyttöönotto oli vielä alkuvaiheessa. Yhteiset odotukset -intervention runko oli valmis ja esillä henkilökunnan taukotilassa, mutta ei vielä potilaiden tiloissa. Positiiviset sanat -interventio ja huonojen uutisten kertominen -interventiot olivat valittuina ja niiden käyttöönotto oli vielä työn alla.

..kotiutusviestit, joo se puu on käytössä..

..negatiivisten asioiden kertominen, ne on vielä työn alla tällä hetkellä..

Joitakin menettelytapoja oli mietitty ja sovittu valittujen interventioiden osalta. Avun antaminen -interventioon liittyvää ryhmää oli pyrkimyksenä pitää osastolla vähintään kolme kertaa viikossa ja päivät olivat sovittuna työlistaan. Viikon tapahtumat kerättiin usein pohjaksi keskusteluille ja lisäksi tehtiin lyhyitä muistiinpanoja, mitä asioita ryhmässä käsitellään. Ryhmiä pidettiin mahdollisuuksien mukaan myös viikonloppuisin, jolloin ne olivat vapaamuotoisempia. Kotiutusviestit -interventioon liittyvään kotiutusviestipuhun laitettava lehti annettiin yleensä potilaalle samalla, kun palvelukokemuskysely annettiin täytettäväksi hoidon loppuvaiheessa.

..pyritty pitämään vähintään kolme kertaa viikossa, välillä jää kahteen kertaan. Elikkä meillähän on työlistaan maanantai ja torstai sovittu niitä, lähinnä aamuryhmän merkeissä..

..sitten ollaan tehty niitä lyhyitä, niin kun ryhmistä se.. ne viis, kuus kohtaa, mitä käsitellään..

Interventiot nähtiin kuuluvaksi mukaan perehdytykseen osastolla ja uusia työntekijöitä ja opiskelijoita ohjattiin perehtymään malliin. Interventioiden sisällöissä koettiin olevan paljon työhön liittyviä perusasioita koottuna ja tiivistettynä.

..niin perehdytykseen niin ku jo kuuluu..

..kun opiskelijoita alkaa tulla niin.. nämähän on ihan perusasioita.. on hyvä niin ku sanoa, että tässä on se..

6.4.2 Suunnittelua interventioiden käyttöönoton jatkumisesta

Käyttöönotossa oli pidetty kesällä taukoa ja käyttöönottoa oli siirretty jatkettavaksi lomien jälkeen. Koettiin, että asioihin palataan uudestaan syksyllä. Seuraavan tukikäynnin päivämäärä oli vielä sopimatta syksylle.

..kesällä oli vähän taukoa tässä, että syksyllä tullaan niin kun taas uudelleen näitten asioiden äärelle enemmän..

..siirrettiin kans nyt kesälomien yli, että se päivämäärä on vielä sopimatta syksylle.

Suunnittelu interventioiden sisältöjen osalta sisälsi suunnittelua Yhteiset odotukset -intervention osalta sekä Avun antaminen -intervention osalta. Yhteiset odotukset suunniteltiin laminoitavaksi ja laitettavaksi esille jokaiseen potilashuoneeseen. Avun antaminen -intervention aamuryhmään suunniteltiin otettavaksi lääkäri mukaan säännöllisesti. Toisaalta raportti samaan aikaan ryhmän kanssa esti usein lääkäreiden osallistumisen ryhmään. Lisäksi suunniteltiin Tullaan tutuiksi -intervention käytäntöjä osastolla. Kiinteä taulu, jossa olisi hoitajan nimi ja kuva tai kuvamagneetit hoitajista nähtiin vaihtoehdoksi Tullaan tutuiksi -kansiolle. Merkitykselliseksi nähtiin, että intervention sisällöille oli vaihtoehtoja ja voitiin valita sellainen vaihtoehto, joka osastolle parhaiten sopii ja joka työryhmässä yhdessä päätetään. Eri vaihtoehtoja voitiin myös keksiä lisää, kuten Rauhoittumiskeinot -intervention laatikossa olevien rauhoittumisvälineiden osalta.

Kukas meillä ehdotti semmosta, että.. ettei tehtäis mitään kansioo vaan semmoiset magneettijutut..

Voi tehdä semmosen kun haluaa.. kun se porukalla päätetään..

Käyttöönoton jatkumista suunniteltiin niin, että kaikki loput neljä interventiot otettaisiin osastolla käyttöön vuoden loppuun mennessä ja kokonaisarviointi mallin käyttöön otosta olisi seuraavana vuonna. Tämän nähtiin vaativan ainoastaan muutaman aktiivisen hoitajan interventiovastaavien rooleihin. Käyttöön otossa oli seuraavana vuorossa tukikäynnin ajankohdan sopiminen kesken oleville interventioille mahdollisimman pian. Seuraavien interventioiden valinnat ja käyttöönotto suunniteltiin ajoittuvan noin kuukauden päähän tukikäynnistä.

Eiköhän me rykästä nää kaikki loputkin tästä.. meillä on kuus takana jo ja.. neljä saadaan tästä.. ni se on tää vuosi..

Meidän pitäis nyt ensin sitä tukikäyntiä järjestellä näille edellisille, jotka on kesken vielä tässä..

6.5 Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, helmikuu 2016

Kokemukset Safewards –mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla pitivät helmikuussa 2016 sisällään pohdinnan muutoksesta, pohdinnan potilaiden näkökulmasta sekä yhteistyön merkityksen henkilökunnan näkökulmasta (Liite 6).

6.5.1 Pohdinta muutoksesta

Vastustus muutosta kohtaan näkyi osastolla siten, että ryhmiä ei haluttu vetää eikä henkilökuntaa tai potilaita saatu mukaan toimintaan. Interventioiden käyttöönotto oli tuntunut takkuamiselta ja toiminnan kuvattiin olevan vielä epämääräistä. Henkilökunnan kiinnostuksen puute nähtiin myös jonkinlaisena asenneongelmana muutosta kohtaan. Koettiin, että mallin käyttöönottoa ei vielä nähdä omaan työhön kuuluvaksi.

..se on sitä samaa takkuamista ollu..

..kyl ne jää sellasiksi vähän epämääräisiksi..

Safewards- mallin interventioiden käyttöönotto oli uusi asia osastolla ja sen vuoksi se tuntui vaikealta ja herätti pelkoa ja ahdistustakin henkilökunnassa. Taustalla ajateltiin olevan ennakkoluuloja ja henkilökunnan pelkoja omasta osaamattomuudesta. Interventioihin liittyvä toiminta koettiin myös joiltain osin vaikeaksi. Toisaalta ajateltiin, että henkilökunta odotti itseltään liikoja toiminnan suhteen.

..kaikki uus tuntuu niin kamalan vaikeelta ja pelottavalta..

..että lähetään tosiaan miettiin, että en mä voi tommosta ryhmää alkaa vetään kun en mä osaa, enkä tiä mitä mä kysyn..

Oletus vastuuhenkilöistä ja heidän roolistaan nousi vahvasti esiin käyttöönottokokemuksissa. Koettiin, että vastuu interventioiden toteuttamisessa jäi alussa interventiovastaville ja henkilöityi heihin.

..että ne on niitä, kekkä huolehtii niistä..

Mutta se vaan äkkiää henkilöityy tiettyihin ihmisiin.

Odotuksissa interventioita kohtaan nähtiin, että vaikeahoitoisten potilaiden kanssa oli saatu hyviä tuloksia muualla, missä mallin interventioita oli otettu käyttöön. Tämä nähtiin selkeänä perusteluna mallin käyttöönotolle osastolla. Ensimmäisiä käyttöönotettuja interventioita ei koettu ylivoimaisina. Ajateltiin, että toiminnan ei tarvitse olla vaikeaa tai vaadi suuria muutoksia, vaan asioiden eteenpäin vieminen voi olla pientä ja yksinkertaista ja pieni rutiini riittää toiminnan aloittamiseksi. Kotiutusviestit –interventiossa koettiin olevan positiivinen vire ja se nähtiin potilasta osallistavana. Tärkeäksi koettiin myös, että mallin toiminta olisi mielenkiintoista ja kaikkia palvelevaa, eikä olisi vain ryhmiä ryhmien takia, liikaa teknisiä ryhmiä tai väkinäistä toimintaa.

..ettei sen tarvitse olla maatajärjestyttävän suurta..

..että semmonen positiivinen vire on olemassa tässä puussa kuitenkin..

Safewards –mallin käyttöönotossa koettiin olevan kulttuurin muutoksen makua, joka vaatii aikaa ja sisäistämistä. Asioiden koettiin tapahtuvan hitaasti ja toteutuksen siirtyminen käytännön tasolle vaatii myös aikaa. Koettiin, että asioita ei pystytä nopeuttamaan.

..tässä on sellaista kulttuurin muutoksen makua..

..että siirtyis sinne käytännön tasolle toteutus..

6.5.2 Pohdinta potilaiden näkökulmasta

Potilaiden kunnan vaikutusta osallistumiseen pohdittiin eri näkökulmista. Potilaan sairauden vaihe koettiin vaikuttavan potilaan osallistumiseen keskusteluryhmiin ja potilaita ei aina saanut niihin mukaan. Potilaan toipumisen nähtiin keskittyvän omaan itseensä ja toisten potilaiden huomioiminen oli vaikeaa.

..toipuminen tavallaan keskittyy siihen omaan itseensä, ettei pysty niin paljon muita huomioimaan..

Interventioiden merkitystä potilaille pohdittiin potilaslähtöisyyden ja –näkökulman kautta, jonka mukaan potilaat voisivat hyötyä interventioista. Potilaiden ajateltiin kiinnostuvan mahdollisuudesta osallistua ja potilaita saataisiin motivoitua toimintaan mukaan interventioiden avulla. Toiminnan ajateltiin myös helpottavan potilaiden osallistumista, koska potilaat pystyivät usein tekemisen kautta paremmin avautumaan ja puhumaan. Avun antaminen –intervention nähtiin mahdollistavan aiemmin tapahtuneen konfliktin läpikäymisen ja potilaiden turvallisuuden palauttamisen sekä positiivisen palautteen antamisen potilaalle ja potilaan mahdollisuuden tulla kuulluksi. Avun antaminen –intervention ajateltiin sitouttavan potilaita myös toistensa auttamiseen. Potilaat miettivät, mitä voisivat tehdä toistensa hyväksi ja huomaisivat, että sillä mitä he sanovat on merkitystä toiselle potilaalle.

..jotenkin aattelee sillai, että potilaat vois näistä hyötyä..

..se käsitys siitä, että sillä mitä he sanoo on merkitystä toisille potilaille..

6.5.3 Yhteistyön merkitys henkilökunnan näkökulmasta

Yhteistyön merkitys henkilökunnan näkökulmasta sisälsi henkilökunnan sitoutumisen interventioiden käyttöönottoon sekä henkilökunnan sitoutumista helpottavia asioita. Interventioiden käyttöönoton nähtiin koskevan koko henkilökuntaa ja vaativan kaikkien sitoutumista, ettei se jäisi pelkästään interventiovastaavien vastuulle. Tärkeäksi nähtiin henkilökunnan vastuuttaminen ja velvollisuus osallistua käyttöönottoon. Asioita ei voitu jättää tekemättä, koska Safewards –malli todettiin kuuluvan osaston hoitoon tällä hetkellä.

..että kaikki sitoutuis siihen omalta osaltaan.

..että kyllähän tää koskee kaikkia koko osaston henkilökuntaa..

..se kuuluu tähän osaston hoitoon tällä hetkellä..

Koko henkilökunnan tuki koettiin erityisen tärkeäksi toiminnan käynnistymiseksi ja että malli lähtisi toimimaan osastolla. Tähän nähtiin auttavan yhdessä asioista puhuminen ja struktuurin löytäminen käytännön toteutukselle. Henkilökunnan sitoutumista helpottavina asioina koettiin myös riman pitäminen alhaalla, jotta kaikki pääsivät mukaan sekä toiminnan keston määrittely, joka nähtiin pelkojen vähentäjänä esimerkiksi Avun antaminen –intervention käyttöönotossa.

..kai se tärkein olis koko henkilökunnan tuki, että se lähtis toimiin..

..pelottaisko se vähemmän, jos siinä olis niinku sanottu, että kesto max 10 minuuttia..

..kun pitää sen riman niin alhaalla, että kaikki uskaltaa ruveta tekemään sitä..

6.6 Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, elokuu 2016

Elokuussa 2016 kokemukset Safewards –mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla sisälsivät henkilökunnan ja potilaiden suhtautumisen interventioiden käyttöönottoon, interventioiden toimivuuden osastolla, interventioiden merkityksen osastolla sekä pohdinnan interventioiden sisällöistä ja käyttöönottoprosessista (Liite 7).

6.6.1 Henkilökunnan ja potilaiden suhtautuminen interventioiden käyttöönottoon

Henkilökunnan suhtautumisessa interventioiden käyttöönottoon oli tapahtunut muutosta. Alkuvastustus interventioiden käyttöönottoa kohtaan oli laantunut ja interventioihin suhtauduttiin paremmin. Käyttöönottoa ei pidetty enää pelottavana ja alun epävarmuus oli vähentynyt. Työryhmä oli alkanut toimia interventioiden parissa, eikä asiaa vähätelty. Ymmärrys toimintaa kohtaa oli lisääntynyt. Käyttöönoton kuvattiin menevän eteenpäin

niin kuin moni muukin asia osastolla, työhön kuuluvana ja osana osaston toimintaa. Ensimmäisten interventiovastaavien asenteella nähtiin nyt olleen suuri vaikutus koko muuhun työryhmään ja käyttöönoton käynnistymiseen osastolla.

..nyt jo jotenkin köykäisemmin suhtaudutaan, ei sitä, että sitä vähäteltäis, vaan se, että sitä ei pidetä enää niin mörkönä.. tavallaan tullut se ymmärrys siitä, että tätähän me tehdään..

Vastustus muutosta kohtaan näkyi vielä siinä, että interventioihin liittyvät toiminnot eivät toteutuneet aina ihan jouhevasti. Osa henkilökunnasta ei ollut täysin sitoutunut toimintaan ja jättäisi joskus esimerkiksi Avun antaminen -ryhmän pitämättä tai siirtäisi sen jollekin toiselle hoidettavaksi. Nimettyjen interventiovastaavien vastuulle jäi edelleen paljon vastuuta interventioiden toimimisesta osastolla.

Osa porukkaa vetää sen ihan jouhevasti, mutta osa ei ole niin kun sitoutunut ollenkaan... että mielellään jättää jollekin toiselle hoidettavaksi..

Potilaiden suhtautuminen interventioihin oli pääosin positiivista. Potilailta ei ollut tullut vastustusta interventioita kohtaan. Potilaat olivat tuoneet esiin, että on hyvä asia, että asioista keskustellaan ja potilaat olivat hyvin mukana interventioissa. Potilaat eivät olleet hämmentyneitä uusista toiminnoista, vaan ottivat ne avoimin mielin vastaan. Osaa potilaista saattoi huvittaa jokin interventioihin liittyvä toiminta. Kaikki potilaat eivät halunneet osallistua toimintoihin ja epäsuora vastustus interventiota kohtaan saattoi näkyä esimerkiksi siinä, että potilas ei jaksanut osallistua Avun antaminen -intervention aamuryhmään sen ajankohdan vuoksi.

..mulla ainakin on sellainen kokemus, että potilaat, suurin osa potilaista ottaa ihan avoimin mielin näitä vastaan..

..ei sieltä kyllä sellasta vastustusta ole tullut mihinkään noihin.

6.6.2 Interventioiden toimivuus osastolla

Käyttöön otettujen interventioiden toimivuus osastolla koettiin vaihtelevana. Osan interventioista kohdalla kuvattiin olevan käynnistymisvaikeuksia, miten asiat tuodaan osaston käytäntöön. Avun antaminen -intervention aamuryhmät olivat toimineet alusta alkaen vaihtelevasti. Välillä potilaat osallistuivat aktiivisemmin ja välillä oli hiljaisempaa. Ryhmät jäivät myös joskus pitämättä, mikäli osastolla ei ollut tarpeeksi henkilökuntaa tai oli muuten kiireistä. Osastolla oli pohdittu myös sitä, että ryhmän ajankohtaa voisi siirtää tilanteen niin vaatiessa. Kotiutusviestit -interventio toimi osastolla melko hyvin, kunhan henkilökunta muisti antaa potilaalle havun lehden kiinnitettäväksi kotiutusviestipuuhun. Avun antaminen -interventio ja Kotiutusviestit -interventio koettiin toimivan kaikista parhaiten osastolla. Puheella rauhoittaminen nähtiin olevan osa työryhmän toimintatapaa ja päivittäisessä käytössä osastolla, vaikka intervention varsinainen käyttöönotto oli vielä alkuvaiheessa.

..vähän käynnistymisvaikeuksia niissä ja miten se niin kun tuodaan meidän osastolla esiin, niin se on vielä sillai..

..samoin se kotiutusviestit, niin kyllä sekin aika hyvin toimii, että.. kun muistetaan antaa se havun lehti vaan, että kiinnittää seinään sen..

Koko henkilökunnan sitoutuminen koettiin tärkeäksi asiaksi interventioiden käyttöönotossa. Lääkärien sitoutumista interventioiden käyttöönottoon pohdittiin ja lääkärien koettiin jäävän vielä etäälle asiasta. Lääkäreillä oli mahdollisuus saada informaatiota interventioiden käyttöönotosta.

..jääköhän tää niin kun semmoseks jutuks, mikä on hoitajakeskeinen..

6.6.3 Interventioiden merkitys osastolla

Interventioiden vaikutus henkilökunnan toimintaan näkyi monella tavalla. Eri vaihtoehtoja mietittiin enemmän ja aikaisemmin ja vaihtoehtoja koettiin olevan enemmän. Parhai-

ten interventioiden vaikutus näkyi silloin, kun mietittiin eristysvaihtoehtoa potilaan hoidossa. Tilanteita yritettiin hallita enemmän puhumalla rauhoittamisella ja ennakoimisella ja käyttämällä olemassa olevia taitoja. Toimintamallilla koettiin oleva mahdollisuus saada muutosta yhteisiin linjoihin ja toiminnalla oli ollut vaikutusta osaston tilanteisiin. Koettiin, että interventioiden avulla saatetaan päästä helpommalla, tilanteet eivät eskaloitu, loukkaantumisriski vähenee ja osasto rauhoittuu.

..että enemmän niin kun koitetaan tosiaan tilannetta hallita sillä puhumisella.. puhumalla rauhoittamisella.. ja ennakoimisella..

..ne ei eskaloitu ne tilanteet niin.. niitä vaihtoehtoja on enemmän..

Interventioiden merkitystä potilaille kuvattiin eri näkökulmista. Avun antaminen -intervention aamuryhmässä potilaat olivat keskustelleet keskenään ja antaneet ehdotuksia toisilleen. Potilaat olivat antaneet suoraa palautetta ryhmässä ja tuoneet esiin myös positiivisia asioita. Potilaat olivat tuoneet esiin kokemuksen keskustelujen tärkeydestä. Nähtiin, että aamuryhmässä potilas sai tiedon siitä, mitä osastolla oli tarjolla. Potilas sai esittää omia näkemyksiään ja mielipiteitään asioista. Lääkärien osallistumisen Avun antaminen -intervention aamuryhmiin nähtiin mahdollistavan potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen lisääntymisen. Osastolla jatkossa käyttöönotettavista interventioista Tullaan tutuiksi -intervention osalta nähtiin, että interventio auttaisi potilasta tunnistamaan hoitajat paremmin ja tiedot hoitajista olisivat potilaan luettavissa. Yleisesti koettiin, että hoitajien aktiivinen puhuminen ja muistuttaminen auttoivat potilaita lähtemään mukaan toimintaan.

Siiinä ryhmässä oli 10 miespotilasta, ei yhtään naista, mutta ne miehet keskustelivat oikeesti, että ihan fiksumia asioita ja palautetta toisilleen ja semmoisia niin kun ehdotuksia ja semmosta niin kun positiivisia asioita..

6.6.4 Pohdintaa interventioiden sisällöistä ja käyttöönottoprosessista

Käyttöön otetuissa interventioissa koettiin olevan paljon tuttuja asioita. Ryhmätoiminta koettiin ennestään tutuksi ja siksi helpoksikin toiminnaksi. Puheella rauhoittaminen nähtiin olevan perusasiaa, työn ydinaluetta. Samaa työtä ja samoja asioita, kuin interventioissa, on tehty aiemminkin ja nyt työryhmässä asioita pohdittiin yhdessä uudelleen. Safewards -nimi saattoi aluksi herättää työryhmässä monenlaisia ajatuksia, kunnes huomattiin, että interventioiden sisällöt ovat tuttuja toimintoja. Samoista asioista puhuttiin nyt vain eri nimillä ja asiat sanoitettiin ja mallinnettiin uudelleen ja uusien otsikoiden alle.

..tätähän meidän työ on ollut koko ajan..

..että kyllähän se vaan, että niitä taas vähän niin kun muistellaan ja pohditaan porukalla uudestaan..

..tää on tosiaan uudestaan tää mallintaminen.. samasta asiasta puhutaan eri nimillä..

Interventioiden käyttöönottoa tukevia asioita ilmeni sekä henkilökunnan, että potilaiden näkökulmasta. Potilaiden muuttuminen akuutimmaksi, suuri potilasvaihtuvuus sekä muutokset rajoitustoimenpiteiden kirjausten suhteen ohjasivat osaston toimintaa ja kannustivat miettimään uusia keinoja ja toimintamalleja osaston käytäntöihin. Koettiin, että potilaat pystyivät itse miettimään eri vaihtoehtoja ja omaksumaan keinoja esimerkiksi rauhoittumismenetelmien suhteen. Interventioiden käyttöönottoa tukeviksi asioiksi nähtiin myös henkilökunnan oma mielenkiinto ja valppaus sekä se, että tietoa on saatavilla riittävästi.

..potilasvaihto on yhä suurempi.. kaikki keinot täytyy ottaa käyttöön..

..potilasmateriaalihan on vaihtunut ja muuttunut sellaiseksi akuutimmaksi.. ohjaa meidän toimintaa sitten..

Koko käyttöönottoprosessia pohdittiin eri näkökulmista. Käyttöönottokoulutuksen rakenne koettiin hyväksi. Hyväksi asiaksi koettiin erityisesti se, että asioista oli puhuttu ja

niitä oli mietitty yhdessä. Toiveena oli, että käyttöönotto jatkuu osastolla yhtä hyvin kuin tähänkin saakka. Työryhmän toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisena nähtiin, että Safewards -mallin tutustumisvuosi käydään läpi ja kaikki interventiot otetaan osastolla käyttöön ja seuraavana vuonna tehdään arviointia, mikä toimii ja mitä voisi vielä kehittää. Seuraavaksi käyttöönotettavat interventiot sekä niihin valikoituvat interventiovastaavat olivat mietittyneet jonkin verran etukäteen osastolla.

Joo, ilman muuta ne on ollu tosi hyviä, että näitä asioita on niin kun puhuttu ja mietitty..

..täytyy vaan toivoa , että tää jatkuu vähintäänkin yhtä hyvin kun tähänkin saakka nää, että saadaan nää kaikki..

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen kuuluu olennaisena osana hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen eli tutkimusetiikka, joka velvoittaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä samalla tavalla (Vilkkä 2015, 41). Tutkimusetiikka kulkee mukana tutkimusprosessissa suunnitteluvaiheesta lähtien aina julkaisemiseen saakka (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Opinnäytetyöprosessin aikana on pyritty toimimaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla niin tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, toteutuksessa kuin raportoinnissakin.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä ja osoittaa tutkimuksellaan näiden menetelmien sekä tulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tai näytettävä, kuinka vanhaa tietoa voidaan käyttää tai yhdistellä uudelleen. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen teossa ja tulosten esittämisessä. Tutkijan tulee toimia rehellisesti myös toisia tutkijoita kohtaan kunnioittamalla toisten tutkijoiden saavutuksia. Tämä ositetaan tarkoin lähdeviittein sekä esittämällä omat ja toisten tutkijoiden tulokset oikein. (Vilkkä 2015, 41-42.) Tässä tutkimuksessa aineiston keruussa, analysoinnissa sekä tutkimustuloksia arvioitaessa ja raportoitaessa on toimittu avoimesti ja totuudenmukaisesti eettiset periaatteet huomioiden. Viitteet ja lähdemerkinnät on kirjattu raporttiin tarkasti ja ohjeita noudattaen.

Hyvän tutkimuksen kriteeri on eettinen kestävyys, joka koskee tutkimuksen laatua. Hyvää tutkimusta ohjaakin eettinen sitoutuneisuus. Tutkijan on huolehdittava muun muassa siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi on tehty hyvin. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 127.) Tutkimusaineiston keräämisessä on noudatettava sekä juridisia, että eettisiä sääntöjä. Ennen aineiston keräämistä on hankittava tutkimuksen toteuttamiseen tarvittavat luvat. (Ronkainen ym. 2011, 126.) Tästä opinnäytetyöstä laadittiin tutkimussuunnitelma ja opinnäytetyölle haettiin lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä käytäntöjen mukaisesti. Metodiseksi viitekehyykseksi valittiin toimintatutkimus, koska tarkoituksena oli tuottaa tietoa ja kehittää hoitokäytäntöjä osas-

tolla. Raportissa on pyritty kuvaamaan johdonmukaisesti tutkimuksen eteneminen. Aineiston keruussa on huomioitava tutkittavien ihmisten oikeudet ja kohtelu. Tutkittavia on kohdeltava rehellisesti ja kunnioittavasti ja heiltä on pyydettävä suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tietoista suostumusta varten tutkittavia on informoitava tutkimuksesta etukäteen mahdollisimman monipuolisesti ja heidän oikeudet ja velvollisuudet tulee tuoda esille. Tutkittaville tulee informoida myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää se. Tutkittavien anonymiteetti tulee taata koko tutkimusprosessin ajan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 368.) Ryhmähaastatteluun osallistuvia pyydettiin allekirjoittamaan tietoinen suostumus –kaavake (Liite 1), jossa tiedotettiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä haastattelun toteuttamisesta, aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä ja haastateltavan mahdollisuudesta kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Kaavake käytiin myös suullisesti läpi haastatteluun osallistuvien kanssa. Haastatteluaineiston analyysi ja tulokset on raportoitu siten, että haastateltujen henkilöllisyyttä ei pysty niistä tunnistamaan. Tutkimuksen aineistona käytetyissä tilastotiedoissa ei ollut lainkaan henkilöiden tunnistamista mahdollistavia tietoja.

Tutkimusetiikkaan sisältyy myös tutkimusaineistojen säilyttämistä koskevat seikat. Tutkijan on varmistettava, että tutkimusaineistot eivät joudu väärin käsiin missään vaiheessa tutkimusta eivätkä sen jälkeen. (Vilka 2015, 47.) Tämän opinnäytetyön tutkimusaineistoa säilytettiin ja käsiteltiin asianmukaisesti ja hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Samoin tutkijan apuna ollut tutkimuspäiväkirja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

7.2 Luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tärkeää tutkimustoiminnan ja tieteellisen tiedon hyödyntämisen kannalta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia tapoja. Reliabiliteettia ja validiteettia käytetään usein määrällisen tutkimuksen yhteydessä tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustuloksen toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2014, 231.) Tilastotiedot tätä opinnäytetyötä varten saatiin valmiina Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkija itse ei osallistunut mittareiden laadintaan tai aineiston keruuseen. Rajoitustilaston muodostuminen perustuu lakiin (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116) ja on sen vuoksi vertailukelpoinen tilasto. Palvelukokemusmittarin peruslomakkeen kysymykset ovat käytössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kaikissa toimiyksiköissä, joten tulokset ovat siten vertailtavissa keskenään.

Validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet sopivat huonosti toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointiin, koska toimintatutkimuksessa tulkinnot muokkaavat todellisuutta ja toimintatutkimuksen tavoitteena on pyrkimys muutoksiin eikä niiden välttämiseen (Heikkinen & Syrjälä 2008, 148). Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti ja validiteetti ovat saaneet erilaisia tulkintamuotoja. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tärkeitä ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti tarkoittaa kuvauksen, selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta ja luotettavuutta. Tarkka kuvaus tutkimuksen vaiheiden toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2014, 231-232.) Tutkimuksen luotettavuus arvioidaan kokonaisuutena, joka tarkoittaa tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta ja eri osa-alueiden suhdetta toisiinsa (Tuomi 2008, 150-151). Tässä opinnäytetyössä menetelmä, aineistonkeruu, analyysit, tulokset sekä toimintatutkimuksen prosessi ja käytetyt lähteet on raportoitu huolellisesti ja totuudenmukaisesti, joka osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastatteluaineiston analysointi on raportoitu vaihe vaiheelta, jolloin lukijalla on mahdollisuus hahmottaa analyysin eteneminen. Lähteinä tutkimuksessa on käytetty sekä suomalaisia että kansainvälisiä lähteitä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää myös uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereitä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin ja tutkimustulosten uskottavuutta. Tutkijan on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa tuloksista keskusteleminen tutkittavien kanssa tutkimuksen

eri vaiheissa, tutkimuspäiväkirjan pitäminen sekä riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön parissa. Lisäksi tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa käyttämällä triangulaatiota. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.)

Työryhmälle kerrottiin tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä sekä aikataulusta tutkimuksen eri vaiheissa ja tutkija osallistui koulutus- ja tukikäynteihin osastolla. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sekä ryhmähaastatteluita että tilastotietoa, joiden tarkoituksena oli tukea toisiaan hahmotettaessa kokonaiskuvaava Safewards -mallin käyttöönotosta osastolla pakon käyttöä vähentävänä toimintana. Helmikuun ryhmähaastattelun analyysin jälkeen maaliskuun koulutuskerralla keskusteltiin paikalla olleiden työryhmän jäsenten kanssa alustavista tuloksista. Tilastotietoja rajoitustilastojen ja palvelukokemusmittarin osalta tarkasteltiin osastolla muissa yhteyksissä ja työryhmällä oli tietoa niiden tuloksista. Tämä kävi ilmi koulutus- ja tukikäyntien keskusteluissa. Elokuun tutkimushaastattelun tuloksista ei ollut aikatauluista johtuen mahdollista keskustella työryhmän kanssa ennen opinnäytetyön valmistumista, mikä osaltaan vähentää tutkimuksen uskottavuutta. Koulutus- ja tukikäynneillä voitiin kuitenkin havaita, kuinka haastatteluissa ja tilastotiedoissa esiin nousseet asiat elivät ja kehittyivät osaston ja työryhmän toiminnassa ja niistä käytiin yhteistä keskustelua. Toimintatutkimus voidaan mieltää itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen myös toimintatutkijan osalta hänen tehdessä havaintoja oman välittömän kokemuksensa pohjalta. (Heikkinen 2008, 20, 35, 36.) Tutkimusprosessin ajan pidettiin myös tutkimuspäiväkirjaa, johon kerättiin havaintoja ja ajatuksia koulutus- ja tukikäynneiltä osastolla sekä pohdintaa, oivalluksia ja valintoja koko prosessin ajalta. Tutkija pystyi myös palaamaan näihin kirjauksiin myöhemmin etsiessään vastausta johonkin yksityiskohtaan tai hahmottaessaan kokonaisuutta. Koulutus- ja tukikäynneillä voitiin kerrata edellisen kerran tapahtumat ja sovitut asiat tutkimuspäiväkirjan muistiinpanojen avulla. Opinnäytetyöprosessi kesti kaiken kaikkiaan vuoden verran, joka oli melko lyhyt aika ajatellen toimintojen kehittämistyötä ja arviointia.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää raportin kirjaamista siten, että prosessin kulkua voi seurata. Tutkimuspäiväkirjan käyttö tukee myös vahvistettavuuden kriteeriä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan ja raportoimaan tutkimuksen eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Tekstiin ja liitteisiin

sijoitetuilla kuvioilla ja taulukoilla on ollut tarkoitus havainnollistaa tutkimuksen etene-
mistä. Haastateltavien kokemukset ja näkemykset on pyritty säilyttämään mahdollisim-
man autenttisina analyysin kaikissa vaiheissa. Tätä on todennettu siten, että tuloksia esi-
tettäessä mukana on alkuperäisiä ilmauksia haastatteluaineistosta.

Refleksiivisyys tarkoittaa tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen teki-
jänä. Tutkijan tulee kuvata lähtökohdat raportissa. Tutkijan on arvioitava, kuinka hän vai-
kuttaa aineistoonsa ja koko tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Safewards
-malli oli tutkijalle uusi asia ennen kehittämistyön aloittamista, mutta osasto, johon tutki-
mus sijoittui, oli tutkijalle ympäristöltään ja toimintatavoiltaan tuttu. Samoin osaston työ-
ryhmä oli tutkijalle pääosin tuttu. Tutkija ei työskennellyt osastolla opinnäytetyöproses-
sin aikana, koska oli opintovapaalla. Tämä mahdollisti paremmin tutkijan roolissa pysy-
misen ja asioiden tarkastelun etäämmältä ja auttoi todennäköisesti myös kokonaisuuden
hahmottamisessa. Oman työn tai organisaation tutkimisessa voivat aiemmat roolit tulla
osaksi tutkimusta tutkittavien olettaessa, että tutkija ymmärtää jotain ilman, että hänelle
kerrotaan siitä tai jakaa saman tulkinnan heidän kanssaan (Ronkainen ym. 2011, 71).
Haastattelutilanteissa saattoi tämä kaksoisrooli tulla välillä esille juuri siten, että tutkijan
ajateltiin olevan osa työryhmää ja tietävän asioista, jolloin joitakin asioita ei ehkä otettu
esille tai kerrottu niin tarkasti. Haastattelutilanteissa pyrittiin pitäytymään tutkijan roo-
lissa ottamatta kantaa asioihin. Haastateltavien tunteminen saattoi kuitenkin osaltaan vai-
kuttaa aineiston tulkintaan. Tämän vuoksi haastattelut kuunneltiin ja litteroitu aineisto
luettiin useaan kertaan läpi ennen analyysin aloittamista ja aineistoon palattiin useasti
vielä analyysin eri vaiheissa, jotta tutkijan tulkinta aineistosta vastasi haastateltujen käsi-
tyksiä. Tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmähaastattelujen tekemisestä. Tu-
lostien luotettavuutta lisää kuitenkin se, että haastattelut tallennettiin ja litteroitiin sanatar-
kasti, eikä aineistonkeruu ollut riippuvainen muistiinpanoista ja tutkijan muistista. Laa-
dullinen tutkimus perustuu tutkijan ymmärrykseen ja tulkintaan ja sen vuoksi sanotaan-
kin, että tutkijan tärkein tutkimusväline on hän itse. Refleksiivisyys on myös toimintatut-
kimuksen peruskäsitteitä. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 152.)

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilantei-
siin. Tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä on annettava riittävästi tietoa, jotta lukija
voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän opinnäytetyön

tutkimustulokset eivät ole sellaisinaan siirrettävissä tai yleistettävissä. Toimintatutkimuksessa saman tuloksen saaminen uudelleen onkin vastoin toimintatutkimuksen tavoitteita (Heikkinen & Syrjälä 2008, 148). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin pakonkäytön määrää ja potilaiden palvelukokemuksia sekä Safewards -mallin käyttöönottoa ja siihen liittyviä kokemuksia tietyllä akuuttipsykiatrian osastolla. Myös haastatteluaineisto on aina konteksti- ja tilannesidonnaista, joka täytyy ottaa huomioon tulosten yleistämisessä (Hirsjärvi ym. 2014, 207).

Toimivuusperiaatteen mukaan toimintatutkimusta voidaan arvioida myös sen käytännön vaikutusten kannalta. Onnistunut tutkimus saa osallistujat uskomaan kykyihinsä ja taitoihinsa ja parhaimmillaan sillä on voimaannuttava vaikutus. Toimivuusperiaatetta voi laajentaa myös arvioimaan tutkimuksen eettisiä näkökulmia. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 155, 157-158.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että Safewards -mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana. Kehittämiskohteena oli hoitotyö ja osallistujina osaston työryhmä. Kehittämistyön myötä osastolla valittiin ja otettiin käyttöön kuusi Safewards -mallin interventioita suunnitelmallisesti. Koulutuskokonaisuuteen liittyvät yhteiset tapaamiset osastolla sekä ryhmähaastattelutilanteet lisäsivät tietoa Safewards -mallista ja sen interventioista ja olivat samalla emansipatorisia (Vilka 2015, 125), eli lisäsivät työryhmän ymmärrystä ja vaikuttivat ajattelu- ja toimintatapoihin osastolla.

7.3 Tulosten tarkastelu

Professori Len Bowers tutkimusryhmineen teki paljon tutkimustyötä kehittäessään Safewards -mallia. Laajin oli City 128 -projekti, jossa oli mukana 136 psykiatrista osastoa neljän vuoden aikana. City 128 -projektissa pyrittiin selvittämään syyt eroihin konfliktien ja pakkotoimien määrissä osastojen välillä sekä potilaiden ominaispiirteiden, fyysisen ympäristön, henkilökuntaan liittyvien tekijöiden ja osaston rutiinien vaikutukset konfliktihin ja rajoitustoimenpiteisiin ja niiden vähentämiseen. Interventioita testattiin City Nurse -tutkimuksessa. (Bowers ym. 2006, 165; Flood ym. 2006, 260-262; Bowers 2009, 232; Bowers, Stewart, Papadopoulos & Iennaco 2013, 423; Safewards 2016; Parish 2016, 39.) Safewards -mallin interventioiden tehokkuutta konfliktien ja rajoitusten vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastoilla sekä Safewards -mallin vaikutusta ja interventioiden

käyttöönottoa ja -kokemuksia oikeuspsykiatrian osastoilla on myös tutkittu (Bowers ym. 2015, 1412; Price, Burbery, Leonard & Doyle 2016, 14). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset kuvaavat Safewards -mallin käyttöönottoa osastolla ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia Safewards -mallin interventioista. Lisäksi tuloksissa on kuvattu ja vertailtu pakon käytön määrää sekä potilaiden palvelukokemuksia ajanjaksoilta ennen Safewards -mallin käyttöönottoa osastolla sekä arviointivaiheessa, kun interventioita oli käytössä osastolla. Tämän tutkimuksen tuloksissa oli sekä yhteneväisyyksiä, että eroja aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa.

Seuraavaksi saatuja tuloksia tarkastellaan ensin Safewards -mallin käyttöönoton ja kokemusten osalta ja verrataan niitä aikaisempaan tutkimustietoon. Tämän jälkeen tarkastellaan pakon käytön määrää ja potilaiden palvelukokemusta osastolla suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon ja Safewards -mallin käyttöönottoon ja -kokemuksiin osastolla.

7.3.1 Safewards -mallin käyttöönotto osastolla

Safewards- mallin interventioita valittiin ja otettiin osastolla käyttöön kehittämistyön aikana koulutussuunnitelman mukaisesti. Vaiheittainen käyttöönotto tuki prosessin etenemistä. Pricen ym. (2016, 18) tutkimuksessa huomattiin myös, että kaikkien kymmenen intervention toteuttaminen kerralla oli ylivoimaista henkilökunnalle ja interventioiden porrastettu käyttöönotto olisi ollut parempi vaihtoehto. Osastolla hyödynnettiin omia jo käytössä olleita toimintoja sekä suunniteltiin ja luotiin uusia toimintatapoja interventioiden myötä. Interventioiden integrointi osaston nykyisiin toimintatapoihin onkin suositeltavaa (Price ym. 2016, 20). Struktuurin löytyminen ja menettelytavoista työryhmässä yhdessä sopiminen edistivät mallin interventioiden käyttöönottoa osastolla. Struktuuri ja osaston rakenne ovat avainasemassa myös konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden vähentämisessä psykiatrisilla osastoilla (Bowers 2009, 231, 238; Bowers ym. 2013, 429). Yhteistyö muiden osastojen kanssa interventioiden käyttöönoton suunnittelussa ja toteutuksessa oli sattumanvaraista ja vähäistä.

7.3.2 Kokemukset Safewards -mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla

Safewards -mallin käyttöönoton kuvattiin olevan jonkinlainen kulttuurin muutos osaston hoitokäytännöissä ja vaativan aikaa. Hoitokulttuurin muutos ja sen tarpeellisuus vaihtoehtoisten toimintojen kehittämiseksi pakon käytön suhteen ja potilaan osallisuuden lisääminen hoitotyön arjessa nousivat esiin myös Soinisen (2014, 45, 46) tutkimuksessa. Pricen ym. (2016, 18, 20) tutkimuksessa tuli ilmi henkilökunnan kokemus, että interventiot olivat asioita, joita henkilökunta jo teki osastolla, eikä muutoksia tarvittu. Vastustus ja epävarmuus interventioiden käyttöönottoa kohtaan etenkin käyttöönoton alkuvaiheessa näkyivät hoitotyöntekijöiden kuvauksissa tässäkin tutkimuksessa eikä mallin käyttöönottoa alkuun nähty omaan työhön kuuluvaksi. Epäilyjä ja vastustusta henkilökunnan taholta koettiin myös City Nurse -projektin tutkimuksessa (Flood ym. 2006, 263), jossa implementoitiin uutta toimintamallia akuuttipsykiatrian osastoille tavoitteena vähentää konflikteja ja rajoitustoimia. Safewards -mallin interventioiden käyttöönotto oli uusi asia osastolla, joka herätti monenlaisia ajatuksia työryhmässä. City Nurse -projekti oli myös entuudestaan tuntematon henkilökunnalle ja se aiheutti alkuun monenlaisia epäilyksiä (Flood ym. 2006, 263). Alkuvaiheen vastustus kuitenkin laantui ja ymmärrys toimintaa kohtaan lisääntyi kehittämistyön edetessä ja käyttöönotetuista ja -valuista interventioista alkoi tulla vähitellen osa osaston toimintaa ja hoitokulttuuria. Samaa kuvattiin myös City Nurse -projektin tutkimuksessa. Monet alkuvaiheen epäilijöistä muuttivat suhtautumistaan projektiin ja olivat lopulta sitoutuneita siihen. (Flood ym. 2006, 263.) Tässä tutkimuksessa Safewards -mallin käyttöönoton edetessä hoitotyöntekijät huomasivat myös, kuinka interventioiden sisällöt olivat pääosin tuttuja asioita, joita nyt mallin myötä tarkasteltiin yhdessä uudelleen ja otettiin järjestelmällisemmin käyttöön. Safewards interventiot edustavat systemaattista hyvää hoitoa mielenterveyshoitotyössä, siksi interventioiden käytänteissä on hoitotyöntekijöille tuttuja asioita. Vallitsevien käytäntöjen systematisointi edesauttaa tutkimustenkin mukaan saamaan parempia tuloksia. (Price ym. 2016, 20).

Avun antaminen- interventio ja Kotiutusviestit -interventio valittiin osastolla ensimmäiseksi käyttöönotettaviksi interventioiksi ja ne koettiin arviointivaiheessa toimivan osastolla parhaiten. Hoitotyöntekijät kuvasivat myös näiden interventioiden positiivista merkitystä potilaille, vaikkakin Avun antaminen -intervention aamuryhmä ei aina toteutunutkaan suunnitelmallisesti. Oikeuspsykiatrisille osastoilla tehdyssä tutkimuksessa

(Price ym. 2016) Avun antaminen -interventiota ei otettu lainkaan käyttöön ja Kotiutusviestit -intervention käyttö oli myös melko vähäistä näillä osastoilla. Perusteluina tälle koettiin osastojen akuutti luonne, jonne Avun antaminen -interventio ja Kotiutusviestit -interventio sopivat henkilökunnan mielestä huonosti. (Price ym. 2016, 19.)

Koko henkilökunnan sitoutuneisuus Safewards -mallin interventioiden käyttöönottoon koettiin tärkeäksi sekä käyttöönoton alkuvaiheessa, että sen etenemisessä. Interventioavastaavien rooli korostui interventioiden käyttöönotossa ja tiedon levittämisessä. Osastolla kaikkiin interventioihin valittiin interventioavastaavat järjestelmällisesti, kaksi kutakin interventiota kohden, toisin kuin oikeuspsykiatrisia osastoja koskevassa tutkimuksessa (Price ym. 2016, 18, 19), missä interventioavastaavien nimeäminen ei ollut säännönmukaista. Henkilökunnan asenteet ja sitoutuneisuus ovat tärkeitä interventioiden toteuttamisessa osastolla. Nimetyt interventioavastaavat edesauttavat interventioiden toteutumista onnistuneesti. (Price ym. 2016, 18, 21.)

Safewards -mallin käyttöönottoa osastolla edistivät osaltaan koulutuskokonaisuus, riittävä tieto ja tuki työryhmälle sekä mahdollisuus yhteiseen keskusteluun. Säännölliset tapaamiset henkilökunnan kanssa tukivat käytäntöjen kehittämistä ja lisäsivät tietoa myös City Nurse -projektin tutkimuksessa (Flood ym. 2006, 263). Koulutuksen ja tiedon lisäämisen merkitys korostui oikeuspsykiatrisille osastoille kohdistuneessa tutkimuksessa, missä henkilökunnan sitoutuminen interventioiden käyttöönottoon jäi alhaiseksi (Price ym. 2016, 20.) On tärkeää, että henkilökunta saa kattavan käsityksen Safewards -mallista. Koulutus kannustaa osallistujia suhteuttamaan mallia käytäntöön ja saa ajattelemaan edistäviä tekijöitä suhteessa konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden vähentämiseen osastolla. Koulutus ja kertaus kunkin käyttöönotettavan intervention kohdalla antaa mahdollisuuden pohtia koko Safewards -mallia ja sitä, miten interventiot liittyvät malliin. (Safewards handbook 2016, 6).

7.3.3 Pakon käytön määrä osastolla

Pakkotoimien määrä on yksi psykiatrisen sairaalahoidon laatua kuvaava mittari (Alanen 2016, 15). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitettiin tavoite, jonka mukaan psykiatrisessa hoidossa pakon käytön määrä vähenee 40 % aikaisempiin määriin

verrattuna (Alanen 2016, 15; Partanen ym. 2015, 321). Toimia pakon käytön vähentämiseksi on tehty, mutta pakon käytön määrät vaihtelevat edelleen alueittain (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä, 16). Uusia systemaattisia toimintamalleja pakon käytön vähentämiseksi tarvitaan psykiatriassa hoitotyössä ja potilaan osallisuutta tulee tukea hoitotyön arjessa (Kuosmanen 2009, 26, 52; Kontio 2011, 27, 51; Kontio ym. 2012, 22; Soininen 2014, 18, 45). Safewards -mallin tavoitteena on turvallisuuden lisääminen ja ylläpitäminen sekä pakon käytön vähentäminen psykiatriasilla osastoilla (Safewards 2016; Bowers 2014, 499, 505-507).

Koko maassa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa eristettyjen ja sidottujen potilaiden määrä on pienentynyt vuodesta 2006 vuoteen 2014. Tahdonvastaisesti toteutettua injektiolääkitystä saaneiden ja fyysisesti kiinnipidettyjen määrä on vaihdellut vähäisesti. (Järvelin 2016, 9.) Pirkanmaalla tahdonvastaisten toimenpiteiden käyttö on kuitenkin ollut kasvussa aikuispsykiatriassa sekä vuosina 2014 että 2015 (Alanen 2016, 15). Tämän tutkimuksen kohteena olleella osastolla rajoitusten kokonaismäärä oli hivenen noussut osastolla arviointivaiheen ajanjaksolla verrattuna nykytilan kartoituksen ajanjaksoon. Nykytilan kartoitus käsitti tammikuu-elokuu 2015 välisen ajanjakson ja arviointivaihe ajanjakson tammikuu-elokuu 2016, jolloin Safewards -mallin interventioita oli osastolla otettu käyttöön.

Eristysten lukumäärä ja kesto olivat kuitenkin laskeneet Safewards -mallin käyttöönoton ajanjaksolla selvästi. Hoitohenkilökunta kuvasi arviointivaiheessa, että interventioiden vaikutus näkyi parhaiten juuri silloin, kun mietittiin eristysvaihtoehtoa potilaan hoidossa. Muita vaihtoehtoja mietittiin enemmän ja aikaisemmin ja vaihtoehtoja eristämiseksi kuvattiin olevan enemmän. Kontion (2011, 43) tutkimuksessa ilmeni, että henkilökunta piti läsnäoloa, keskustelua, vastuun antamista ja mielekästä tekemistä ensisijaisina vaihtoehtoina eristämiseksi ja sitomiselle. Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijät kuvasivat, että tilanteita pyrittiin hallitsemaan enemmän puhumalla rauhoittamisella ja ennakoimisella. Puhumalla rauhoittaminen koettiin hoitotyön ydinalueeksi, joka oli päivittäisessä käytössä osastolla, vaikka itse intervention käyttöönotto oli vielä alkuvaiheessa. Puhumalla rauhoittamisen -intervention käyttöön oli eniten sitouduttu myös tutkimuksessa, joka sijoittui oikeuspsykiatrisille osastoille (Price ym. 2016, 18).

Kontion (2011, 41-42) tutkimuksessa potilaiden esittäminä kehittämisehdotuksina ja vaihtoehtoina eristämisen välttämiseksi olivat muun muassa mielekäs toiminta, terapeutinen yhteisö sekä empaattinen potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus ja yhdessä vietetty aika osastolla. Samoja asioita kuvattiin (Kontio ym. 2012, 21) tutkimuksessa. Vaikka potilaat olivat väsyneitä, he toivoivat, että henkilökunta kannustaisi heitä aktiivisesti mukaan toimintaan. Mielekäs tekeminen toi sisältöä päiviin. (Kontio ym. 2012, 21.) Tässäkin tutkimuksessa hoitotyöntekijät pohtivat potilaiden kunnon ja sairauden vaiheen vaikutusta toimintoihin osallistumiseen. Toisaalta hoitotyöntekijät näkivät, että pystyivät interventioiden avulla kannustamaan ja motivoimaan potilaita mukaan toimintaan. Tämä taas lisää potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta, jota potilaat pitivät (Kontio ym. 2012, 21) tärkeimpänä yksittäisenä vaihtoehtona eristämislle tai rajoitustoimenpiteiden käytölle.

Safewards -mallin vaikuttavuutta konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden määrään on tutkittu satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa, johon osallistui 31 akuuttipsykiatrista osastoa 15:sta sairaalasta. Tulosten mukaan konfliktit vähenivät 15 % ja rajoitustoimenpiteet vähenivät 23,2 %. Osastoilla käyttöön otettiin systemaattisesti kaikki kymmenen interventiota. (Bowers ym. 2015, 1412-1418; Bowers ym. 2016, 102.) Tässä tutkimuksessa ehdittiin valita ja käyttöönottaa kuusi interventiota noin kahdeksan kuukauden aikana ennen arviointivaihetta. Oikeuspsykiatrisilla osastoilla tehdyssä tutkimuksessa (Price ym. 2016, 17) osastojen välillä tehdyssä vertailussa Safewards -mallin interventiosta ei ollut merkittävää hyötyä konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden määrään verrattuna kontrolliosastoihin. Tähän nähtiin perusteluna hoitohenkilökunnan huono sitoutuminen interventioihin sekä suhteellisen vähäinen määrä tutkimukseen osallistuvia osastoja (Price ym. 2016, 19).

Vuonna 2015 voimaan tullut päivystysasetus vaikutti valtakunnallisesti psykiatristen sairaaloiden toimintaedellytyksiin. Myös Pirkanmaalla psykiatrisessa palvelujärjestelmässä tapahtui vuoden 2015 aikana suuri muutos, kun päivystysasetus velvoitti psykiatrisen toiminnan keskittämiseen. Uuden päivystysasetuksen myötä psykiatrisen päivystystoiminta keskitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Pitkänien sairaalaan. Asetuksen säännösten johdosta Pitkänien osastoille muodostui ylipaikkatilanteita alkuvuonna 2015. (Alanen 2016, 3, 5.) Nämä muutokset vaikuttivat akuuttipsykiatrisen osaston toimintaan, potilasvaihtuvuuteen ja -määriin sekä potilaiden hoitoisuuteen ja näkyivät osaltaan myös

rajoitustilastoissa sekä potilaiden palvelukokemuksissa, ajoittuen juuri opinnäytetyön tutkimuksen ajankohtaan. Tarkempaa tietoa rajoitusten käytöstä ja niiden perusteista voisi saada esimerkiksi tarkastelemalla rajoitustilastoa kuukausittain, jolloin lyhyen aikavälin vaihtelut, kuten potilaiden hoitoisuus, tulisivat paremmin esille.

7.3.4 Potilaiden palvelukokemus osastolla

Asiakastyytyväisyyttä ja siihen liittyviä tekijöitä koskevia tutkimuksia mielenterveyspalveluissa on tehty vähän (Meronen & Pylkkänen 2005, 3035, Kuosmanen 2009, 26). Potilaiden tyytyväisyys psykiatriseen hoitoon on tehtyjen tutkimusten valossa todettu melko hyväksi (Kuosmanen ym. 2006, 655; Kuosmanen 2009, 26, 37; Kinnunen 2013, 49). Tässäkin tutkimuksessa potilaiden kokemus saadusta hoidosta ja palvelusta oli pääosin hyvä. Potilaan saama palvelu ja hoidon laatu ovat aina subjektiivisia kokemuksia ja suhteessa potilaan odotuksiin. Palvelun koettu laatu koostuu kolmesta osasta: teknisestä laadusta, toiminnallisesta laadusta sekä organisaatiokuvasta. Tekninen laatu kuvaa sitä, mitä potilas saa käyttäessään palvelua, toiminnallinen laatu kertoo yhteistyön ja vuorovaikutuksen toimimisesta henkilökunnan ja potilaan välillä ja organisaatiokuva muodostuu potilaan käsityksistä organisaatiosta. Eniten potilaan kokemukseen hoidon laadusta vaikuttavat toiminnalliset tekijät. Tällöin laadun arviointi perustuu potilaan kokemuksiin yhteistyön sujuvuudesta. (Meronen & Pylkkänen 2005, 3035-3036.)

Safewards -mallin interventioiden käyttöönotto ei näkynyt palvelukokemusmittarin tuloksissa osastolla tuloksia parantavasti arviointivaiheessa suhteessa nykytilan kartoitusvaiheeseen. Hoitotyöntekijöiden kuvauksissa interventioiden merkitys potilaille näkyi kuitenkin siten, että potilaat olivat tuoneet esiin kokemuksensa yhteisten keskusteluiden tärkeydestä ja potilaat olivat voineet esittää mielipiteitään ja näkemyksiään sekä antaneet ehdotuksia toisilleen esimerkiksi Avun antaminen -intervention aamuryhmässä. Interventiot antoivat potilaalle mahdollisuuden positiivisen palautteen antamiseen ja sitoutuivat potilaita myös toistensa auttamiseen. Nämä tekijät taas osaltaan lisäävät potilaiden keskinäistä vuorovaikutusta, toiminnallisuutta sekä vuorovaikutusta potilaiden ja henkilökunnan välillä, mikä edellä kuvattiin olevan olennaista myös pakon käyttöä vähentävinä toimina (Kontio 2011, 41-43; Kontio ym. 2012, 21). Kotiutusviestit -interventio nähtiin tässä tutkimuksessa myös potilasta osallistavana toimintana.

Suuri osa väkivallasta osastolla johtuu potilaan käyttäytymisestä sekä potilaiden keskinäisestä kanssakäymisestä. Kun potilaita tuetaan arvostamaan ja kunnioittamaan toisiaan, hallitsemaan toisten toiminnasta aiheutuvia tunteita sekä sitoutumaan yhteisiin odotuksiin, saadaan myös konfliktitilanteita vähennettyä osastolla. Potilaat kokevat toisiltaan saamaansa avun ja tuen tärkeäksi. Avun antaminen puolestaan mahdollistaa sen antajalle sosiaalisen arvostuksen lisääntymisen, mahdollisuuden tehdä merkittävä ele sekä mahdollisuuden itsetunnon kohentumiselle. (Safewards 2016.) Henkilökunta voi tukea ja auttaa potilaita reagoimaan positiivisesti toisiinsa. Safewards-mallissa otetaan ensimmäistä kertaa potilaiden välinen vuorovaikutus vakavasti huomioon selitettäessä konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden määrää osastolla. (Bowers 2014, 503, 505.)

Safewards -mallin intervention mukaisen ryhmätoiminnan (Avun antaminen -interventio) avulla hoitotyöntekijät kokivat kuuntelevansa potilaiden toiveita ja antavansa tietoa potilaille erilaisista mahdollisuuksista osastolla. Soinisen (2014, 45) mukaan potilaat kokivat positiivisena, kun hoitajat kutsuivat heitä nimeltä ja huomioivat heidän mielipiteensä. Interventioiden nähtiin mahdollistavan myös työryhmän jäsenten ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja tunnettavuuden lisääntymisen. Bowersin (2014, 503-504) mukaan henkilökunnan läsnäolo ja hyvät suhteet potilaisiin mahdollistavat puuttumisen ristiriitatilanteisiin jo varhaisessa vaiheessa ja myöhemmin tilanteiden kärjistymistä voidaan estää puhumalla tai muilla keinoilla. Henkilökunta on ratkaisevassa asemassa vaikuttamassa konfliktien syntyyn ja rajoitustoimenpiteiden käyttöön osastolla (Papadopoulos, Bowers, Quirk & Khanom 2012, 40, 45; Bowers ym. 2015, 1413). Safewards -mallissa on ensisijaisesti kyse siitä, mitä henkilökunta voi osaltaan tehdä konfliktien ehkäisemiseksi ja rajoitustoimenpiteiden vähentämiseksi (Safewards 2016).

Potilaiden turvallisuus on yksi tärkeimmistä arvoista terveydenhuollossa (Soininen 2014, 44). Potilaiden kokemus saadun hoidon turvallisuudesta laski hiukan arviointivaiheessa, vaikkakin potilaat kokivat saadun hoidon pääosin turvalliseksi. Myös Kinnusen (2013, 31) tutkimuksessa psykiatriset potilaat arvioivat hoidon pääosin turvalliseksi. Osastolla ei vielä opinnäytetyön kehittämisprosessin aikana otettu käyttöön Turvallisuuden ylläpitäminen -interventiota, jonka tarkoituksena on lisätä henkilökunnan tietoisuutta mahdollisesti levottomuutta, ahdistusta tai aggressiivisuutta aiheuttavista tapahtumista osastolla ja keskustella niistä potilaiden kanssa (Safewards 2016; Kuosmanen ym. 2016, 37). Ar-

viointivaiheessa hoitajat kokivat, että interventioiden avulla saatetaan päästä helpom-
malla, kun tilanteet eivät eskaloitu. Tällöin myös sekä potilaiden, että hoitotyöntekijöi-
den loukkaantumiseriski vähenee, mikä lisää osaltaan potilaiden ja henkilökunnan turval-
lisuutta. Lisäksi koettiin, että osasto rauhoittuu. Osastojen rauhoittuminen sekä henkilö-
kunnan ja potilaiden turvallisuus ovat Safewards -mallin tavoitteita (Safewards 2016).
Puheella rauhoittamisen interventiossa, jonka merkitys osastollakin nähtiin tärkeäksi, täh-
dätään juuri de-eskalaatioon, jonka tarkoituksena on kärjistyneen tilanteen purkaminen
ilman loukkaantumisia tai rajoitustoimenpiteitä. De-eskalaatioprosessin tavoitteena on
saavuttaa potilaan luottamus toimimalla rauhallisesti ja tietoisesti potilasta arvostaen, jol-
loin myös potilaan aggressiivisuus vähenee. (Safewards 2016; Price & Baker 2012, 318.)

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö oli osa hoitotyön käytäntöjen kehittämistyötä pakon käytön vähentä-
miseksi akuuttipsykiatrian osastolla. Käytäntöjen kehittäminen jatkui osastolla Safewards
-mallin käyttöönoton osalta vielä opinnäytetyön päättymisen jälkeen. Opinnäytetyön tu-
loksia voidaan hyödyntää mietittäessä keinoja pakon käytön vähentämiseksi psykiatriassa
ja suunniteltaessa uuden toimintamallin käyttöönottoa psykiatrisella osastolla. Jatkossa
tuleekin tutkia, kuinka Safewards -mallin interventioiden käyttöönotto on vaikuttanut pa-
kon käytön määrään pidemmällä aikavälillä psykiatrian osastoilla.

Tässä opinnäytetyössä potilaiden ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus ja Safewards -
mallin interventioiden vaikutus vuorovaikutuksen laatuun eivät vielä tulleet kovin katta-
vasti esille. Potilaiden ja hoitotyöntekijöiden kokemukset interventioiden vaikutuksesta
turvallisuuden kokemuksiin jäivät myös vähäisiksi. Jatkossa onkin tärkeä tutkia lisää tur-
vallisuuden kokemuksia ja potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta suhteessa
Safewards -mallin interventioiden käyttöön sekä potilaiden että henkilökunnan näkökul-
masta.

LÄHTEET

Alanen, H-M. 2016. Pirkanmaan aikuispsykiatrisen palvelujärjestelmän muutos – loppuraportti. Luettu 8.10.2016. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7B5B81686F-2D44-43A6-BEC6-6AC75D4159CB%7D/52521>

Bowers, L., Brennan, G., Flood, G., Lipang, M. & Oladapo P. 2006. Preliminary outcomes of trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 165-172.

Bowers, L. 2009. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services* 60 (2), 231-239.

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

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52; 1412-1422.

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. 2016. Corrigendum to “Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial”. *International Journal of Nursing Studies* 58, 102-102.

Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C. & Iennaco, J. 2013. Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study. *Psychiatric Services* 64 (5), 423-430.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Flood, C., Brennan, G., Bowers, L., Hamilton, B., Lipang, M. & Oladapo, P. 2006. Reflections on the process of change on acute psychiatric wards during the City Nurse Project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 260-268.

Haipro. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Luettu 21.11.2015. <http://awanic.com/haipro/>

Heikkinen, H.L.T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 16-38.

Heikkinen, H.L.T. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 144-162.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 94-113.

Järvelin, J. 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014. Tilastoraportti 7/2016. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

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

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48, 16–24.

Koppa 2015. Määrällinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Luettu 28.4.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. 2011. Action Research in Healthcare. London: SAGE Publications Ltd.

Kuosmanen, L. 2009. Personal liberty in psychiatric care – towards service user involvement. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J. & Välimäki, M. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 655–663.

Kuosmanen, L., Kontio, R., Soininen, P. & Lahti, M. 2016. Psykiatrisista osastoista turvallisempia. *Sairaanhoitaja* 3/2016; 35-39.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Meronen, M-L. & Pylkkänen, K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa. *YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus. Suomen Lääkärilehti* 60 (30-32), 3035-3039.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luettu 18.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L4a>

Moring, J. 2010. THL:n toimeenpanosuunnitelma. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 64-70.

Mäkynen, S. suunnittelija. 2016. Palvelukokemusmittarin tausta. Sähköpostiviesti. sanna.makynen@pshp.fi. Luettu 26.10.2016.

Papadopoulos, C., Bowers, L., Quirk, A. & Khanom, H. 2012. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatric Services* 63 (1); 40-47.

Parish, C. 2016. Len Bowers: the man behind the Safewards model. *Mental Health Practice* 19 (5); 37-40.

Partanen A., Karjalainen, J., Markkula, J., Moring, J., Mustalampi, S., Nordling, E., Santalahti, P., Solantausta, T. & Solin, P. 2015. THL Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa toteuttamassa – THL:n kärkihankkeet. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T. & Wuorio S. (toim.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin? Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 20/2015. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy, 319-328.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014. Intra: Tays Pitkaniemi. Luettu 6.10.2015. <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?nodeid=14088&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016a. Tays Pitkaniemi. Luettu 19.9.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016b. Palaute. Luettu 6.10.2016. <http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Palaute>

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & Mäkelä J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2011. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Price, O. & Baker, J. 2012. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing* 21, 310–319.

Price, O., Burbery, P., Leonard, S-J. & Doyle, M. 2016. Evaluation of safewards in forensic mental health: Analysis of a multicomponent intervention intended to reduce levels of conflict and containment in inpatient mental health settings. *Mental Health Practice* 19 (8), 14-21.

Safewards. 2016. Luettu 20.1.2016. <http://www.safewards.net/>

Safewards handbook. Training and implementation resource for Safewards in Victoria. Luettu 18.10.2016. <https://www2.health.vic.gov.au/safewards>

Ronkainen, S., Pehkonen L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1. painos. WSOYpro Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 17.11.2015. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_6_3.html

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö. 2016. Mielenterveyslain mukaiset tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat lomakkeet on uudistettu. Luettu 6.10.2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/mielenterveyslain-mukaiset-tahdosta-riippumatonta-hoitoa-koskevat-lomakkeet-on-uudistettu

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Luettu 7.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P7>

Tammentie-Sarén Tarja. ylihoitaja. TAYS, psykiatrian toimialue. 2015. Haastattelu 14.9.2015 ja 5.10.2015. Haastattelijana Tynjälä, T., Pirkkala.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Pakonkäytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääntyminen hoidossa. Työkirja (luonnos) 29.5.2015. Luettu 8.10.2016. <https://www.thl.fi/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2016. Pohjoismaiden verkosto pakon käytön vähentämiseksi. Luettu 7.5.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/yhteistyohjelmat/pohjoismaiden-verkosto-pakon-kaytonTer-vahentamiseksi>

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project paternalism and autonomy. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Tietoinen suostumus

1(2)

**TIEDOTE****24.2.2016****Hyvä vastaanottaja!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tukea Safewards –mallin käyttöönottoa pakon käytön vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastolla. Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisen tavoitteena on, että Safewards -mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan ryhmähaastatteluna, johon kutsutaan työelämän kanssa sovitut henkilöt. Haastattelu toteutetaan osaston tiloissa, tallennetaan ja sen kesto on noin 1,5-2 tuntia.

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

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

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

Opinnäytetyön tekijä

Teija Tynjälä

Sairaanhoitaja

Kliininen asiantuntijaopiskelija (YAMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

email: teija.tynjala@health.tamk.fi

Safewards –mallin käyttöönotto akuuttipsykiatrian osastolla

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tukea Safewards –mallin käyttöönottoa pakon käytön vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastolla. Opinnäytetyönä toteutetun kehittämisen tavoitteena on, että Safewards -mallin interventioiden käyttö tulee osaksi akuuttipsykiatrian osaston arkea pakon käyttöä vähentävänä toimintana. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä teki- jälle kysymyksiä.

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

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 2. Teemahaastattelun runko, helmikuu 2016

1. Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto

- Miten Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto on alkanut osastolla?
- Kuinka interventioiden käyttöönoton aloittaminen on koettu osastolla?

2. Safewards –mallin interventioiden käyttöönotto jatkossa

- Miten interventioiden käyttöönotto tulisi mielestäsi tehdä jatkossa?
- Mitkä tekijät tukevat käyttöönottoa?

Liite 3. Teemahaastattelun runko, elokuu 2016

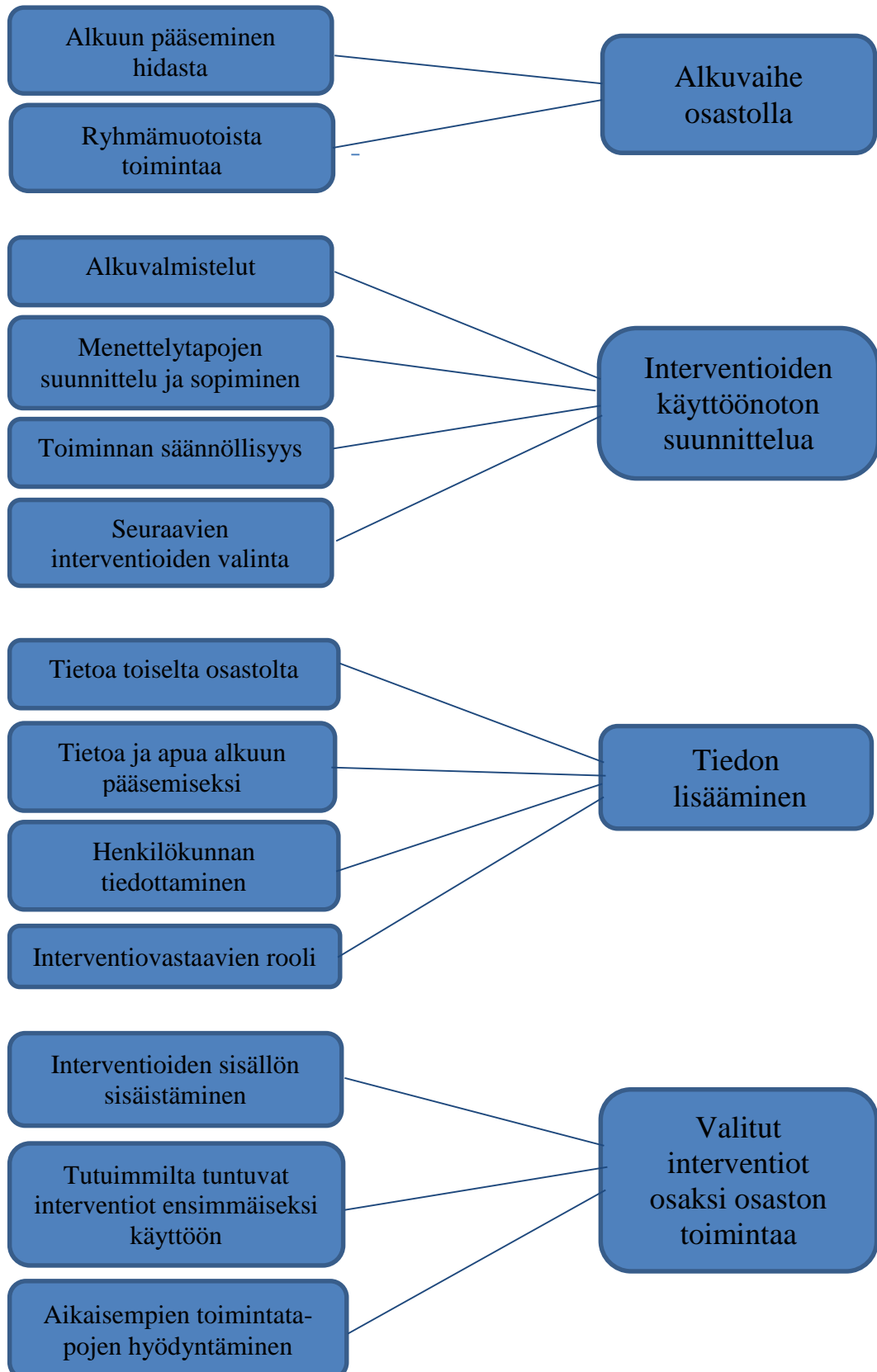
1. Safewards –mallin käyttöönoton toteutuminen
 - Mitkä interventiot otettiin käyttöön?
 - Miten interventiot otettiin käyttöön?

2. Safewards –mallin käyttöönotto kokemuksena
 - Kuinka arvioisit käyttöönottoprosessia?
 - Mitkä tekijät tukivat käyttöönottoa?

Liite 4. Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, helmikuu 2016

ALALUOKAT

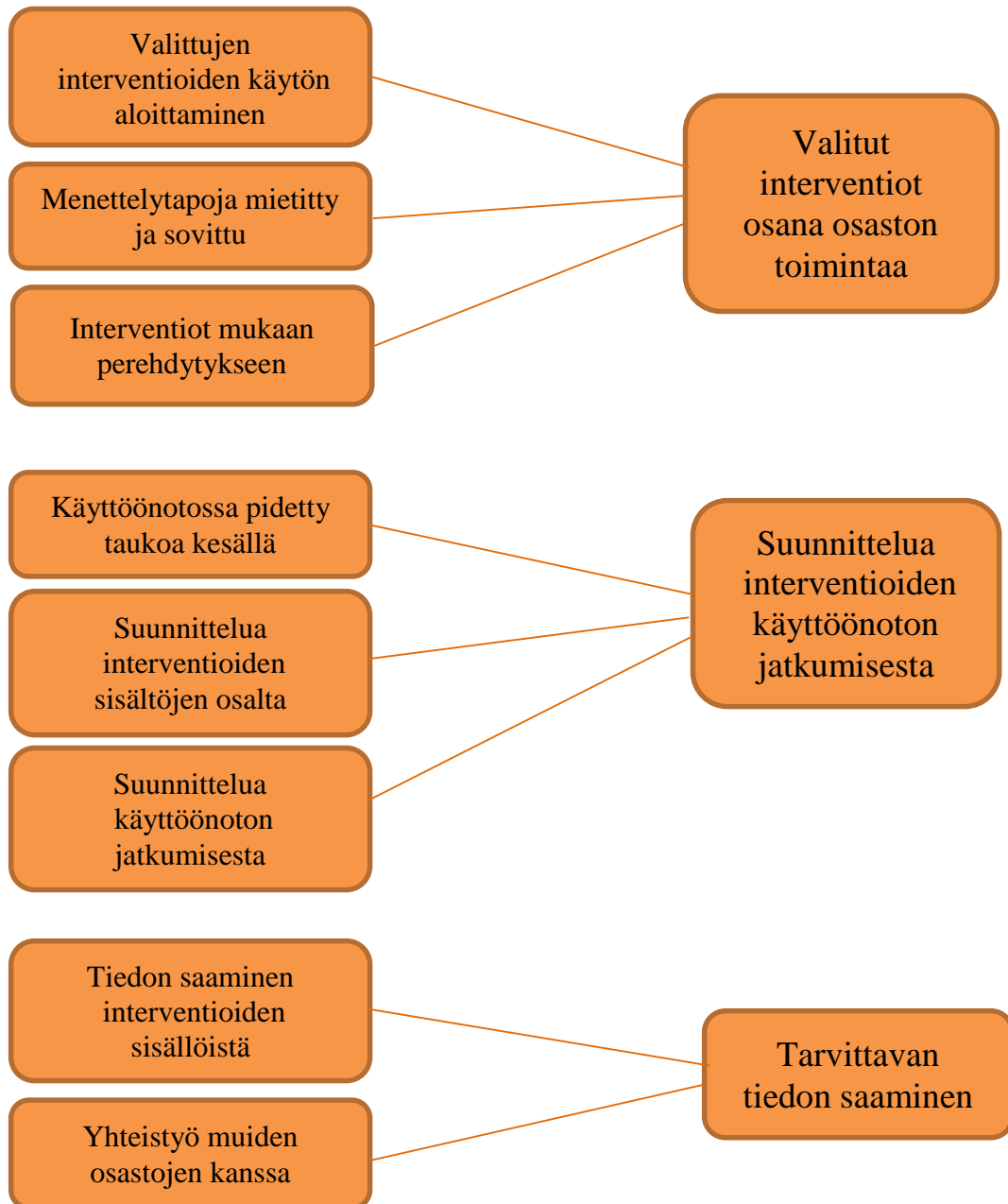
YLÄLUOKAT



Liite 5. Safewards –mallin käyttöönotto osastolla, elokuu 2016

ALALUOKAT

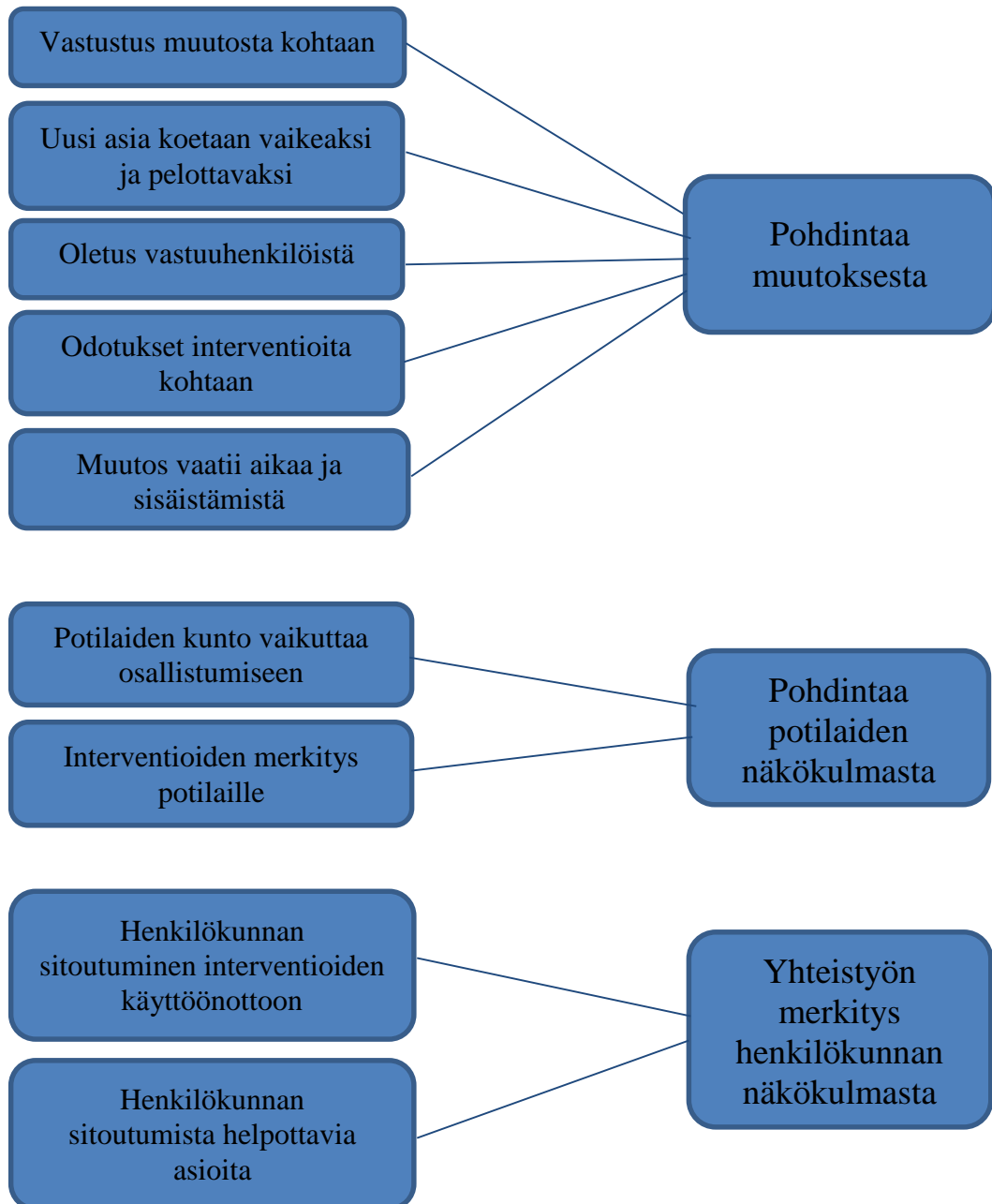
YLÄLUOKAT



Liite 6. Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, helmikuu 2016

ALALUOKAT

YLÄLUOKAT



Liite 7. Kokemukset Safewards – mallin interventioiden käyttöönotosta osastolla, elokuu 2016

ALALUOKAT

YLÄLUOKAT

