

**SAFEWARDS-TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO
PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ**

Heidi Bergman

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystieteiden koulutus
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveyden edistäminen
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Heidi Bergman	Vuosi	2017
Ohjaaja	Marika Kunnari		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalue		
Työn nimi	Safewards-toimintamallin käyttöönotto psykiatrisessa hoitotyössä.		
Sivu- ja liitemäärä	51 + 8		

Kehittämistyön tarkoituksena oli juurruttaa psykiatrista pakonkäytön vähentämistä tukeva Safewards-toimintamalli osaksi Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan akuutin vastaanotto-osaston perustoimintaa. Safewards-toimintamallin avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla konflikteja ja niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Mallin tarkoituksena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja sekä lisätä vuorovaikutusta potilaiden ja henkilökunnan välillä. Kehittämistyön tavoitteena oli potilaisiin kohdistuvien psykiatristen pakkotoimien vähentäminen psykiatrisessa hoitotyössä Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikalla.

Kehittämistyö toteutettiin Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan akuutin vastaanotto-osaston työntekijöiden ja potilaiden kanssa. Kehittämismenetelmänä toimi kehittävä työntutkimus, jonka teorian mukaan työntekijät toimivat itse aktiivisina kehittäjinä ja kehittävät tutkijan avustamana hoitotyön uusia toimintamalleja. Osallistavana tiedonkeruumallina kehittämisessä käytettiin Learning café -menetelmää. Learning café -menetelmän avulla kerättiin kehittämistyön arviointiaineisto, joka analysoitiin sisällönanalyysillä. Potilaat osallistuivat kehittämiseen avoimissa yhteisöryhmissä tuoden mielipiteitä osaston toiminnasta työntekijöille.

Arvioinnin tulokset osoittivat, että kehittämistyö on lisännyt henkilöstön yhteisöllisyyttä ja vaikuttamisen kokemusta omaan työhön. Osallistavuuden koettiin sitouttavan henkilöstöä kehittämiseen ja toiminnan ylläpitämiseen. Työn hektisyys ja arjen kiireet koettiin estäväksi tekijöiksi, jolloin vaaditaan työntekijältä voimavaroja ja motivaatiota kehittämistyöhön. Kehittämistyön aikana laaditut uudet toimintamallit koettiin positiivisina ja niiden koettiin tuovan hoitotyöhön tarvittavia yhteisiä raameja, jotka ohjaavat työskentelyä. Jatkokehittämistä vaatii toiminnan ylläpitäminen, sen jatkuva arviointi ja edelleen kehittäminen. Kehittämistyö koettiin positiivisena porttien aukaisijana hoitotyön kehittämisessä.

Asiasanat: toimintamallit, psykiatrisen hoitotyö, osallistaminen, kehittävä työntutkimus

School of Social Services, Health
and Sports
Master's Degree Programme in Health Pro
motion

Author	Heidi Bergman	Year	2017
Supervisor	Marika Kunnari		
Commissioned by	Lapland Hospital District Psychiatric Care		
Subject of thesis	Introduction of The Safewards Operating Model in Psychiatric Nursing		
Number of pages	51 + 8		

The aim of this thesis was to instill the use of a Safewards-based, force reducing approach into the activities of the acute psychiatric clinic of the Lapland Hospital District. The Safewards approach can be used to reduce conflicts and coercive use in pacification in psychiatric wards. The model is designed to make psychiatric departments safer places, as well as to increase the interaction between the patients and the staff. The aim of the thesis is the reduction of psychiatric coercive measures against patients in psychiatric nursing of the Lapland Hospital District.

The development work was carried out with the Lapland Hospital District acute psychiatric clinic workers and patients. A method of developmental work research was used. This theory suggests that the employees are active developers of nursing work, assisted by new operating models. The data was collected by using a participatory Learning café method. The Learning café method was used to collect the material, which was then analysed by using content analysis. Patients participated in an open community group and brought their opinions about development to the department employees.

The evaluation results showed that the development increased the staffs' feeling of community. In addition the staff experienced that they could influence their own work. Inclusion seemed to engage the staff to develop and maintain operations. Hectic work and daily worries were seen as blocking factors, which require employee resources and motivation for development. The new operating models formulated during the development work were seen as positive, and they were regarded as bringing common frames necessary for nursing care to guide the work. Further development is needed to maintain the operations, for continuous evaluation and further development. Development work was seen as a positive gate opener in the development of nursing.

Key words behavior, psychiatric nursing, inclusion, developmental work research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA	3
KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	3
3 PSYKIATRISEN PAKONKÄYTÖN VÄHENTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ	4
3.1 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	4
3.2 PSYKIATRISET PAKKOTOIMET	6
3.3 PAKONKÄYTÖN VÄHENTÄMINEN PSYKIATRISISSA HOIDOSSA	9
3.4 SAFEWARDS-MALLI PSYKIATRISEN PAKON KÄYTÖN VÄHENTÄMISESSÄ	10
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	16
4.1 KEHITTÄVÄN TYÖN TUTKIMUS	16
4.2 KEHITTÄVÄN TYÖNTUTKIMUKSEN PROSESSIKUVAUS	18
<i>4.2.1 Kehittämistarpeen kartoitus ja suunnitelma</i>	<i>19</i>
<i>4.2.2 Interventioiden kehittäminen</i>	<i>22</i>
<i>4.2.3 Interventioiden käyttöönotto hoitotyössä</i>	<i>28</i>
<i>4.2.4 Interventioiden arviointi</i>	<i>30</i>
5 POHDINTA	37
5.1 KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN TARKASTELU	37
5.2 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS	39
5.3 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS	40
5.4 KEHITTÄMISTYÖN MERKITYS	41
5.5 SAFEWARDS-MALLIN HYÖDYNTÄMINEN JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	51

"Jokainen ryhmä tarvitsee
ainakin yhden,
joka ei tiedä,
että jokin on mahdotonta!"

-Mari Aulanko-

1 JOHDANTO

Kehittämistyöni aiheena on Safewards-toimintamallin käyttöön vieminen Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikalla. Pitkälliseen tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuvan Safewards-toimintamallin kehittämisellä tähdätään pakonvähentämiseen psykiatrisessa hoitotyössä (Bowers 2014a). Tarve kehittämiselle on noussut Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 -työryhmän valmistelemasta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta, jossa yhdeksi kehittämiskohteeksi nousi kansallisella tasolla psykiatrisen pakonkäytön vähentäminen. (STM 2009.)

Psykiatrisen hoidon lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, mutta tämän periaatteen mukaan ei kuitenkaan aina pystytä toimimaan. Psykiatristen pakkotoimien vähentäminen ei ole kovin helppoa ja valitettavan usein joudutaan turvautumaan psykiatrisessa hoidossa rajoituksiin ja pakkotoimiin. Pakkoon turvautuminen voi mahdollisesti kertoa, ettei ongelmien ennaltaehkäisy ole ollut riittävää. Safewards-toimintamalli sisältää konkreettisia välineitä psykiatristen pakkotoimien ennaltaehkäisyyn. Toimintamalli pohjautuu työelämän käytäntöihin. (Kuhanen ym. 2013, 72; Rovasalo & Jüriloo, 2011; Ketola 2015.)

Kehittämistyöni aihe tuli minulle toimeksiantona oman työni kautta aikuispsykiatriasta (Liite 6) Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelta. Safewards-toimintamallin pilotointi ja kehittämistyöni toteutettiin Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan akuuttiosastolla Muurolassa, joka on suljettu 14 paikkainen vastaanotto-osasto. Kehittämistyöni on osallistava kehittävän työn tutkimus, jonka tarkoituksena on osallistaa hoitohenkilöstö ja potilaat kehittämään hoitotyön käytäntöjä psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimusluvan (Liite 7) sain kehittämistyölleni Lapin sairaanhoitopiirin johtaja ylilääkäriltä.

Safewards-toimintamalliin olin saanut tutustua marraskuussa 2015 ensimmäisen kerran Pohjoismainen verkosto pakon vähentämiseksi hoidossa -seminaarissa Oulussa. Kiinnostukseni aiheeseen heräsi, koska koen hoitotyön kehittämisen psykiatrisen potilaan hoidossa itselleni tärkeäksi ja yhteisten toimintamallien kehittämisen työssämme tarpeelliseksi. Pakonkäytön vähentäminen on hyödyllistä ja eettisesti oikein, sillä pakkotoimien on todettu muun muas-

sa aiheuttavan vammoja sekä potilaille että henkilökunnalle. Jokaisella ihmisellä on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä turvallisuuteen. Tästä syystä on tärkeää kehittää ennaltaehkäiseviä toimintamalleja psykiatrisessa hoitotyössä. (THL 2015.)

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Kehittämistyön tarkoituksena on juurruttaa psykiatrissa pakonkäytön vähentämistä tukeva Safewards-toimintamalli Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikan akuutti vastaanotto-osastolle ja saada osaksi perustoimintaa.

Kehittämistyön tavoitteena on potilaisiin kohdistuvien psykiatristen pakkotoimien vähentäminen psykiatrisessa hoitotyössä Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikalla. Tavoitteeseen on tarkoitus päästä hakemalla vaihtoehtoja hoidollisista, työyhteisöä kokevista ja rakenteellisista tekijöistä. Painetta vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön tulee myös hoitohenkilökunnan työturvallisuuden ja potilaiden potilasturvallisuuden takaamisen vuoksi. Pakkotoimien vähentämisen tärkeimpänä tekijä on asettaa työyhteisöön ja työyksikköihin selkeät tavoitteet pakonvähentämiselle ja kehittää toimintaa sen suuntaisesti.

Kehittämistyölläni vastaan seuraavaan kysymykseen:

Miten Safewards-toimintamalli otetaan käyttöön psykiatrisessa hoitotyössä?

3 PSYKIATRISEN PAKONKÄYTÖN VÄHENTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatria on tieteenala, jossa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyshäiriöitä (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 12). Mielenterveys on ihmisen henkinen vastustuskyky ja hyvinvoinnin tila, kun siihen tulee jonkinasteinen häiriö, puhutaan mielenterveyden häiriöistä. Häiriöön liittyy vastaavasti merkittävää toimintakyvyn menetystä. (Lähteenlahti 2008, 191.) Mielenterveyden järkkyyessä ihmisen hoidossa usein käytetään ilmaisua psyykkinen sairaus ja psykiatrinen hoito (Jähi 2004).

Hoitotyön keskeiseksi osaksi on määritelty ihminen, terveys, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön ympäristö. Ihminen itsessään muodostaa toimintojen peruslähtökohdan ja terveys toimintojen tavoitteiston. Hoitotyön toiminnot ovat erilaisia auttavia keinoja, ympäristö on yhteiskunnallinen ja organisatorinen rakenne, jossa hoitotyö toteutuu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 19.) Hoitotyötä ohjaavat keskeiset periaatteet ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo, joihin perustuu alan ammattietiikka (Etene 2001). Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu mielenterveyden edistäminen ja mielenterveysongelmien hoito, jonka on tarkoitus lisätä ihmisten hyvinvointia, toimintakykyä ja edistää persoonallisuuden kasvua. Työhön sisältyy mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja lievittäminen. (Kuhanen ym. 2013, 25.) Laadukkaan mielenterveystyön takaamiseksi mielenterveyshoitotyön tulisi olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuva psykiatria on osa nykyistä lääketiedettä, jossa on käytettävissä paras psykiatrinen tutkimustieto. Tutkimustieto yhdistyy sekä käytännön asiantuntijuuteen, ammattitaitoon että potilaan arvoihin. (Noppari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 231; Lönngqvist & Lehtonen 2011, 15.)

Terveystyön ammattilainen on empaattinen, rehellinen, luotettava ja välittää aidosti ihmisestä. Hän arvostaa ammattiaan ja toisten ammatillista osaamista, tiedostaa vastuunsa laadukkaasta hoitotyöstä ja sen kehittamisestä. (Etene 2001.) Psykiatrinen hoitotyö on hoitajan itsenäisesti ja vastuullisesti toteuttamaa potilaslähtöistä hoitotyötä, jossa voi hyödyntää työryhmän tukea ja moniammatillista tiimityötä (Kuhanen ym. 2013, 30–31). Potilas – hoitaja -suhde ei saa olla

liian pinnalista vaan psykiatriseen hoitotyöhön tarvitaan ihmissuhdeosaamista. Täytyy olla aikaa ja halua tutustua potilaaseen ja saatava potilaan ääni kuuluviin hoidon suunnittelussa. (Cameron, Kapur & Campell, 2004.) Hoitajan on oltava myös tietoinen itsestään ja osattava osallistaa sairastunut toipumisprosessiin ja uskallettava olla itse mukana siinä. (Snell, Crowe & Jordan, 2010).

Psykiatrisessa hoitotyössä on keskeisenä haasteena nähdä potilas yksilöllisesti hoidon tarpeiden tunnistamisessa, niiden ymmärtämisessä ja niihin vastattaessa. Esteet yhteistyön onnistumiselle voi olla hoitotyöntekijän tietojen ja taitojen puute tai asenne. Potilaslähtöiset esteet voivat liittyä sairaudentunnottomuuteen tai voimakkaaseen sairauden kieltämiseen. (Latvala, 1998; Walker & Lloyd, 2010.) Potilaan ja hoitajan yhteistyössä molemmilla on omat tehtävänsä ja vastuunsa. Psykiatrisen potilaan hoito perustuu yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvoon, jossa kohtaavat ammatillinen osaaminen ja empatia sekä potilaan asiantuntijuus itsestään ja elämästään. (Vuorilehto ym. 2014, 65.) Potilaslähtöisyys näkyy yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukevana sekä kunnioittavana työotteena että mielenterveyden edistämisenä. Potilaslähtöinen hoitotyö edellyttää potilaan mielipiteiden ja osallistumisen huomioimista mielenterveyspalveluita suunniteltaessa ja tämän tulee näkyä toiminnan tasolla. (Välimäki ym. 2000, 17.) Tiedon täytyy aina pohjautua potilaan ainutkertaisiin ongelmiin, jotka tulee selvittää hoidonsuunnittelun pohjaksi (Lönqvist & Lehtonen 2011, 15).

Hoitotyössä käytetään yleensä käsitettä potilas. Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka kärsii jonkinlaisesta psyykkisestä sairaudesta, jonka oireet aiheuttavat haittaa hänelle itselleen tai läheisilleen, niin että hän tarvitsee näiden oireiden vuoksi psykiatrista hoitoa. (Timlin 2012, 161.) Potilaalla on oikeus kuulla henkilökohtaisesti ja ymmärrettävästi, minkälainen psykiatrisen hoidon arviointi hänelle on tehty. Avoimuus lisää luottamusta hoitoa, järjestelmää ja hoitajia kohtaan. Se perustuu potilaan asianmukaiseen informointiin. Asianmukaisen tiedon perusteella potilas pystyy antamaan pätevän sitoumuksen hoitoonsa. Tällaista periaatetta täytyy käyttää myös silloin kun potilas on tahdonvastaisessa hoidossa. (Lönqvist & Lehtonen 2011, 16.)

Akuutti mielenterveydenhäiriö ilmenee usein voimakkaina ja vaikeasti tulkittavina oireina. Ihmisen psyyke voi romahtaa ilman ulkoista kriisiä, joka voi ajaa ih-

misen psykoositasoiseen tilaan. Tällöin ihminen tarvitsee ulkopuolista apua, jota annetaan avoterveydenhuollossa tai psykiatrisessa sairaalahoidossa. (Castren ym. 2012.) Potilas voi mennä psykiatriselle osastolle hoitoon vapaaehtoisesti tai hänet toimitetaan hoitoon vasten omaa tahtoaan tarkkailulähetteellä. Tarkkailulähetteellä hoitoon toimitettu potilas voidaan määrätä tahdosta riippumatta hoitoon. Tahdosta riippumattoman hoidon kriteereinä on mielisairaus, joka vaarantaa hänen oman terveytensä tai muiden ihmisten turvallisuuden, eivätkä avoterveydenhuollon palvelut ole riittäviä. Tarkkailuaika voi kestää tulopäivän lisäksi neljä päivää ja neljännen päivän aikana täytyy tehdä pidättävä tai vapauttava hoitopäätös lääkärin tekemän arvioinnin perusteella. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilaan hoidon alkaessa tahdonvastaisesti hoitajakso alkaa yleensä akuutti-psykiatrisella osastolta. Lapin sairaanhoitopiirin alueella psykiatriset sairaalahoitotaksot toteutetaan Psykiatrian klinikalla, Muurolan kylässä. Siellä on kolme aikuispsykiatrian vuodeosastoa, joista akuutti vastaanotto-osasto vastaanottaa, tutkii ja hoitaa henkilöitä, joilla on vakava mielenterveydenhäiriö. Osastolla on 14 potilaspaikkaa, potilaat ovat yli 18-vuotiaita, jotka tarvitsevat tahdosta riippumatonta suljetun osaston hoitoa. Osastolla hoidetaan myös potilaita, jotka tulevat vapaaehtoisesti hoitoon silloin kun he tarvitsevat suljetun osaston tarjoamaan turvallisuutta ja rajoja. Osasto vastaanottaa lähetteellä tulevia potilaita ympärivuorokautisesti. Hoitoon tulevat potilaat ovat psykoottistasoisesti sairastuneita, masentuneita, itsemurhariskissä tai muussa vaikeassa elämän kriisissä olevia. Osastolla hoidetaan myös alkoholin, lääkkeiden tai huumeiden käytöstä syntyneitä ongelmia. (LSHP 2015.)

3.2 Psykiatriset pakkotoimet

Psykiatrisessa hoidossa pakkotoimilla tarkoitetaan kaikkia yksittäisiä potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä (Hämäläinen & Reiman 2007, 5). Hoidon lähtökohtana on aina itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä toimien ja mielipiteiden kunnioittaminen. Aina ei kuitenkaan pystytä näiden periaatteiden mukaan toimimaan, varsinkaan silloin kun potilas ei itse ymmärrä olevansa sairas, on mahdollisesti yhteistyökyvytön eikä hänellä ole realistista kuvaa ongelmiensa vaikeusasteesta ja hoidon tarpeesta. (Kuhanen ym. 2013, 72.)

Voimassa oleva lainsäädäntö mahdollistaa tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä ja rajoituksia kehitysvammaisuuden, päihteiden käytön sekä heikon mielenterveyden perusteella (Mielenterveyslaki 1116/1990). Itsemääräämisoikeus kuuluu ihmisen perusoikeuksiin, joihin liittyy muun muassa henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus sekä liikkumisvapaus. Mielenterveyslaki antaa Suomessa lääkärille poikkeuksellisesti suuren oikeuden puuttua itsemääräämisoikeuteen mielenterveyslain nojalla. (Vuorilehto ym. 2014, 59; Lönnqvist ym. 2011,734.)

Pakkotoimia ja psykiatrisia rajoitteita voidaan käyttää vain sellaiseen potilaaseen, joka on tahdosta riippumattomassa hoidossa, tutkimuksessa tai tarkkailussa (Repo-Tiihonen ym. 2012). Tahdosta riippumattomilla pakkotoimenpiteillä ja rajoituksilla pyritään parantamaan sekä potilaan että henkilökunnan turvallisuutta hoidossa ja niiden käyttöä perustellaan mielenterveystyössä potilaan itsensä sekä muiden ympärillä olevien ihmisten suojelemisella. Rajoittavista toimenpiteistä ei saa tulla kuitenkaan mielivaltaa vaan täytyy aina kunnioittaa potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. (Vuorilehto ym. 2014, 56; Touri & Kiikkala 2004.)

Tahdosta riippumattomia toimenpiteitä ovat *tahdosta riippumattoman hoidon ja tarkkailun* lisäksi ovat *liikkumisenrajoitus*, jolloin hoidossa olevaa potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai sairaalaosastolta hänen tai muiden turvallisuuden takaamiseksi hoidossa. Potilaalla on oikeus olla yhteydessä sairaalan ulkopuolelle puhelimitse ja kirjeitse, mutta *yhteydenpitoa voidaan rajoittaa* tarvittaessa, jos katsotaan, että yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutumiselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on tarpeellista muiden henkilöiden yksityiselämän suojaamiseksi. *Omaisuuksien tarkastamista tai/ja haltuunottoa* käytetään, jos on syytä epäillä, että potilaalla on halussaan päihteitä, huumeaineita tai oman/muiden terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia aineita tai välineitä sekä henkilökohtaisia arvotavaroita, jotka potilaan sairautentilan vuoksi todennäköisesti rikkoutuisivat tai katoaisivat. Tällaisessa tilanteessa voidaan omaisuus ottaa osastolla haltuun tarpeelliseksi ajaksi hoidon aikana. *Henkilötarkastus ja katsastus* ovat perusteltuja, jos on syytä epäillä, että potilaan vaatteissa tai potilaalla muutoin on yllään tai kehossaan päihdyttäviä aineita tai esineitä, jotka ovat vaaraksi hänelle itselleen tai muille. Tämä tar-

kastus käsittää potilaan ruumiin tarkastamisen, puhalluskokeen, veri-, virtsa- ja/tai sylkinäytteen ottamisen. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Eristäminen, sitominen ja fyysinen kiinnipitäminen voidaan tehdä vasten potilaan omaa tahtoaan ainoastaan, jos potilas käyttäytyy tai uhkaa käyttäytyä itselleen tai muille vahingollisesti tai vakavasti vaikeuttaa käyttäytymisellään muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai vahingoittaa omaisuutta. *Sitomista* tulee toteuttaa vasta, kun muut toimenpiteet, kuten vierihoito, fyysinen kiinnipitäminen, lääkitys ja eristäminen eivät ole olleet riittäviä potilaan hoidossa. Tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olevaa potilasta voidaan lääkittää tahdosta riippumatta vain, jos lääkitsemättä jättäminen vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Lääkityksellä tarkoitetaan mm. tabletti, pistos sekä liuos lääkkeitä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Mikäli joudutaan turvautumaan tämänkaltaiseen rajoittamiseen, myös tahdosta riippumattoman hoidon aikana tulee potilasta hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain hoidosta vastaavan lääkärin määräyksestä. (Kuhanen ym. 2010.)

Suomessa psykiatristen pakkotoimien käyttö sairaalahoidossa on muita maita yleisempää (Kuhanen ym. 2010, 73). Vertailevissa tutkimuksissa eri maiden välillä on kansainvälisesti pakkotoimien käytössä huomattaviakin eroja. Erot kohdistuvat erilaisten menetelmien käytön yleisyyteen sekä yksittäisten pakkotoimien ajalliseen keston. (Steinert ym. 2009.) Vuoden 2014 tilastojen mukaan Suomessa oli psykiatrisessa osastohoidossa 25 500 potilasta, joista 30 % potilaista hoitojakso alkoi tahdonvastaisella läheteellä. Erilaisia pakkotoimia käytettiin 14 % potilaista. Näistä yleisin pakkotoimi oli eristyshoito, joka oli 46 % pakkotoimista. Eristettyjen potilaiden määrä on kuitenkin pienentynyt 27 % ja lepo-siteisiin sidottujen määrä pienentynyt 44 % vuodesta 2006 vuoteen 2014. (THL 2016.) Tahdosta riippumattomien toimenpiteiden käytössä esiintyy alueellista vaihtelua. Perusteena voidaan ajatella paikallisen hoitokulttuurin vaikutusta ja sitä, millainen potilaan käytös yhteisössä koetaan pakkotoimien käytön perusteeksi. (Rovasalo & Jüriloo 2011.)

3.3 Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa

Suomessa, kuten muuallakin maailmassa pakkotoimien vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on yleinen suuntaus. Tähän suuntaukseen vaikuttaa muun muassa lisääntynyt tietoisuus ihmisoikeuskysymyksistä psykiatrisesta hoidosta ja kiinnostuksen lisääntyminen vaihtoehtoisista menetelmistä perinteisten pakkotoimien käyttämisen sijasta. (Steinert ym. 2009.) Painetta vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön tulee myös hoitohenkilökunnan työturvallisuuden ja potilaiden potilasturvallisuuden takaamisen vuoksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan kansallisella tasolla mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuoteen 2015 asti. Työryhmän tarkoituksena oli tehdä ehdotuksia hyvien käytäntöjen yleistämisestä ja tehdä tarpeen mukaan ehdotuksia ohjauskeinojen kehittämiseksi. Mieli 2009 -työryhmän esityksessä mielenterveys- ja päihdetyön yhdeksi kehittämiskohdeeksi nousi kansallisella tasolla psykiatrisessa sairaalahoidossa pakonkäytön vähentäminen. (STM 2009.) Tämän esityksen pohjalta Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kutsui koolle psykiatristen sairaaloiden edustajat Pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisääminen -työryhmäksi. Työskentely sisältää tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia vähentäviä hyvien käytäntöjen ja asenteiden muuttamista koulutusten ja sairaaloiden välisten vertaisarviointien avulla. Kansainväliseen tasoon verrattuna Suomessa on paljon pakon käyttöä; kehittämisen tulee tämän vuoksi tähdätä pakon vähentymiseen noin 40 prosentilla. (Makkonen ym. 2016, 3.)

Psykiatrisia pakkotoimia pyritään vähentämään hoitotyössä, mutta se ei ole kovin helppoa. Valitettavan usein joudutaan turvautumaan väkivaltaisen tai itsetuhoisen potilaan psykiatrisessa hoidossa rajoituksiin ja pakkotoimiin. Pakkoon turvautuminen kertoo mahdollisesta siitä, ettei ongelmien ennaltaehkäisy tai aiempi hoito ole ollut riittävää. Pakkotoimien vähentämiseen tulisi hakea vaihtoehtoja hoidollisista, työyhteisöä kokevista ja rakenteellisista tekijöistä. Työyhteisössä olisi hyvä olla laadittuna toimintamalleja esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. (Rovasalo & Jüriloo, 2011.) Potilaan itselleen laatimassa toimintasuunnitelmassa haastavien tilanteiden varalle on osoitettu olevan hyötyä pakkotoimien ennaltaehkäisyssä hoitotyössä (Taxis 2002; Kontio ym. 2010). Väkivaltatilanteiden ennakoinnissa korostuu potilaiden ja henkilö-

kunnan välisen yhteistyön tärkeys (Jonikas, Cook, Rosen, Laris & Kim 2004). Pakon käytön ennaltaehkäisyssä on tutkimusnäytön ja vahvan käytännön kokemuksen mukaan hyviä toimintamalleja, kuten psykiatrisen hoitotahdon käyttö, väkivaltariskin arviointimenetelmät, eristämisen ja sitomisen välttämisen keinot sekä Safewards-toimintamalli. (Makkonen ym. 2016, 4.)

3.4 Safewards-malli psykiatrisen pakon käytön vähentämisessä

Pakkotoimien vähentämisen tärkeimpänä tekijä on asettaa työyhteisöön ja työyksikköihin selkeät tavoitteet pakonvähentämiselle ja kehittää toimintaa sen suuntaisesti (Donatin 2003). Safewards-toimintamalli sisältää konkreettisia välineitä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Toimintamallin interventiot pohjautuvat työelämän käytäntöihin, joiden avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia kiistanaiheita, konflikteja, aggressiota sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. (Ketola 2015.) Toimintamallin käyttöönotto edellyttää kuitenkin kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien ammattiryhmien asianmukaista koulutusta, asennoitumista sekä sitoutumista potilaan itsemääräämisoikeuden tukevaan hoitoon myös haastavissa potilastilanteissa. (Kaltiala-Heino 2009; Taxis 2002.)

Safewards-toimintamallin avulla saadaan psykiatriset osastot turvallisemmiksi. Pitkälliseen tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva Safewards-toimintamallin avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla konflikteja ja niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Toimintamallin kehittämisestä ja jalkauttamisesta vastaa englantilainen Len Bowers, joka työskentelee professorina Institute of Psychiatry -tutkimuskeskuksessa Lontoossa. Safewards-toimintamalli antaa hyvin konkreettisia keinoja väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja aggressiotilanteiden rauhoittamiseen. Nämä de-eskalaatio -menetelmät soveltuvat hyvin psykiatriseen osastotyöhön. Hoitotyötä tekevät pysyvät käytäntöjen avulla vähentämään konflikteja ja psykiatrisia pakkokeinoja ja näin lisäämään osastojen turvallisuutta. (Bowers 2014a.)

1. Potilaiden muodostama yhteisö

- Erimielisyydet, väärinkäsitykset, miehet, naiset, eri ikäiset, eri sairaudet jne.

2. Potilaiden erityispiirteet ja tausta

- Eri persoonat, mistä kotoisin, uskonnollisuus, ateismi jne.

3. Osaston säännöt ja rajoitukset ja niiden ilmaiseminen

- Hiljaisuus, tupakkahuoneen aukiolo, kahvin keitto, näkyvät kiellot, käskevät kiellot jne.

4. Henkilökunta ja sen toiminta

- Potilaslähtöisyys, tapa puhua potilaille, tasa-arvoisuus, kunnioittaminen, henkilökunnan keskinäinen henki jne.

5. Osaston fyysinen ympäristö

- Ovet lukossa, kahden hengen huoneet, yksityisyyden puute jne.

6. Sairaalan ulkopuolinen ympäristö

- Perhesuhteet, rahaongelmat, avio-ongelmat, asunto jne.

Kuva 1. Kuusi potilaan aggressioon vaikuttavaa tekijää.

Toimintamallissa on määritelty kuusi keskeistä aggressioon vaikuttavaa tekijää, jotka vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön psykiatriassa osastohoidossa, kuten yllä olevassa kuvassa 1. on esitetty. Jokainen luokka sisältää erilaisia alkutekijöitä ja kiistanaiheita sekä voivat toimia yksittäisinä laukaisevina tekijöinä potilaiden aggressiiviselle käyttäytymiselle. Aggressioon vaikuttaviin tekijöihin henkilökunnalla ja potilailla on mahdollisuus vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. (Bowers 2014b; Bowers ym. 2014.)

Aggressioon vaikuttavien tekijöiden kautta on Safewards-toimintamallissa määritelty kymmenen erilaista konkreettista ennaltaehkäisevää interventiota, joiden avulla pyritään estämään konfliktien ja aggression syntymistä osastoilla. Nämä interventiot ovat yhteiset odotukset, pehmeät sanat, puheella rauhoittaminen, positiiviset sanat, huonojen uutisten kertominen, tunnetaan toisemme, autetaan toisiamme, rauhoittumiskeinot, turvallisuuden palauttaminen ja kotiutumisasiestit. (Safewards 2015.)

Usein vaikeat ja haastavat käyttäytymistavat liittyvät erilaisiin epäselvyyksiin, miten me odotamme toisten käyttäytyvän tai henkilökunnan erilaisiin linjauksiin siitä, miten tulisi käyttäytyä erilaisissa tilanteissa. Tämä on ongelmallista potilaiden keskuudessa, kun he eivät kykene ajattelemaan selkeästi, psykoottisuus heikentää keskittymistä ja he ovat usein äärimmäisten tunteiden vallassa tästä syystä. *Yhteiset odotukset* -interventio on yhteisiä odotuksia hoidosta, kohtelusta, lupauksista, käyttäytymisestä, jotka tehdään yhteisesti henkilökunnan ja poti-

laiden kanssa. Nämä odotukset toimivat molemmin puolin: millaisia odotuksia henkilökunnalla on potilaita kohtaan ja potilailla henkilökuntaa kohtaan. Ne myös ohjaavat yhteisesti meidän toimintaamme ja käyttäytymistämme osasto-yhteisössä. (Safewards 2015.)

Akuutisti sairaalla ihmisellä voi olla vaikea hallita itseään ja tunteitaan. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on varmistaa, että potilaan päivittäiset toiminnot sujuvat sekä levottomuus että ahdistus helpottuvat. Tärkeää on rakentaa yhteistyösuhdetta potilaiden kanssa, ja siten edistää ja rauhoittaa koko yhteisön toimintaa niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnan välillä. Rajojen asettaminen voi herättää tunteita, lisätä turhautumista ja konflikteja. *Pehmeät sanat* -interventio on tarkoitettu työvälineeksi hoitohenkilökunnalle, jonka avulla voidaan lisätä yhteistyötä ja välttää konflikteja vuorovaikutuksen avulla. Vuorovaikutus on kunnioittavaa ja lempeää myös rajoittamistilanteissa, harjoiteltava vuorovaikutuksellinen taito. (Safewards 2015.)

Potilaan ollessa agitoituvia, vihainen tai poissa tolaltaan, voi tilanne edelleen kriisiytyä joko potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen tai itsensä vahingoittamiseen, silloin on hoitajan mahdollista puhumalla auttaa potilasta rauhoittumaan. *Puheella rauhoittaminen* -interventio on yksi hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidoista osana väkivallan ehkäisyä ja hallintaa. Se vaatii yhteistä pohdiskelua, yhteisesti sovittuja sääntöjä ja hiljaisen tiedon levittämistä henkilökunnan keskuudessa. Tärkeää olisi saada se systemaattiseksi toiminnaksi, jossa kunnioitetaan potilasta ja kohdellaan heitä niin kuin itseä haluaisit kohdeltavan. (Safewards 2015.)

Vuoronvaihdot ja raportit ovat paikkoja, jossa moniammatillinen hoitotiimi koontuu keskustelemaan osastolla hoidossa olevista potilaista. Raportoidessaan työvuoron tapahtumista, hoitohenkilökunta usein kohdistaa huomioon poikkeavaan käytökseen, joka on vaikeaa käyttäytymistä tai käyttäytymistä, joka aiheuttaa riskejä potilaalle itselleen tai muille. Raportit saattavat näin ollen tukea henkilökunnan negatiivista suhtautumista potilaisiin. *Positiiviset sanat* -intervention avulla pyritään muuttamaan asenteita henkilökunnan kesken positiivisemmaksi. Raporttitilanteissa, jokaisesta potilaasta pyritään löytämään jotain positiivista. Tämä interventio edesauttaa hoitajia arvostamaan potilaita, sekä

tunnistamaan ja jakamaan potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Hoitohenkilökunnan positiivinen asenne voi vähentää mahdollisesti tulevia konflikteja. Intervention toteuttaminen vaatii kovasti työtä ja asenne muutosta työyhteisössä. (Safewards 2015.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan on havaittu, että jotkut potilaat jättävät hoidon kesken impulsiivisesti ja vihaisena saatuaan ei toivottuja uutisia hoidon aikana. Osalla potilaista voi olla taustalla pidempään jatkunut tyytymättömyys psykiatriseen hoitoon mutta osa keskeyttää hoitonsa tai käyttäytyä aggressiivisesti hetken mieliallohteesta epämiellyttävien tapahtumien, kuten lomien tai kotiutumisen kieltämisen tai muun kielteisen päätösten kuullessaan. Huonot uutiset kotoa voivat myös vaikuttaa konfliktien syntymiseen. *Huonojen uutisten kertominen* -interventiossa kiinnitetään työryhmässä huomiota, missä ja milloin huonot uutiset potilaille kerrotaan. Potilaan tukeminen huonojen uutisten kuulemiseen ennaltaehkäisee mahdollisia konflikteja. Potilaalle on tärkeää järjestää rauhallinen paikka, jossa voi ilmaista tunteita ja turhautumistaan. Paikka jossa henkilökunta voi osoittaa myötätuntoa ja antaa aikaa vuorovaikutukselle, jotta potilas voi purkaa pettymystään hoitoa, hoitopäätöksiä, hoitohenkilöstöä tai läheisiään kohtaan. (Safewards 2015.)

Psykiatrisen hoitotyön perustana on hyvä suhde potilaiden kanssa. Kun meillä on aikaa keskustella potilaiden kanssa, auttaa se, että tunnemme hieman potilaiden taustoja ja mielenkiinnon kohteita. Mielenkiinnon kohteiden avulla löydämme keskustelunaiheita, joista potilaat haluaisivat mielellään keskustella. Taustojen tiedostaminen ja tunnistaminen auttavat meitä tukemaan potilaan kuntoutumista. Tämä toimii myös toisinpäin. Kun potilaalle on annettu valittua tietoa hoitohenkilökunnasta, potilaat löytävät yhteisiä kiinnostusten kohteita ja keskustelunaiheita heidän kanssaan. Molemmiin puolinen tuttuus ja jaettu tieto nopeuttavat hyvän suhteen muodostumista. *Tunnetaan toisemme* -intervention kautta tuleva tieto voi sisältää hoitajien kohdalla valokuvan, nimen ja ammattinimikkeen osaston seinällä ja kansiossa, jossa on lisäksi jotain pientä asiaa henkilökunnasta, tietoja mitä jokainen on halunnut itsestään sanoa. Tämä liittyy myös vahvasti omahoitaja toimintaan ja inhimilliseen kohtaamiseen potilastyössä. (Safewards 2015.)

Psykiatriset osastot ovat sosiaalisia yhteisöjä, eikä sitä saisi jättää huomioimatta. Osastoyhteisö on voimavarana potilaiden auttamisessa, käyttäytymisen muokkaamisessa sekä valmistautumisessa kotiin lähtöön. Potilaat arvostavat toisiltaan saamaansa apua ja tukea. Avun antaminen silloinkin, kun ei välttämättä ole keskinäistä kunnioitusta, tarjoaa sosiaalisesti arvostetumpaa roolia, mahdollisuutta tehdä hyvää ja antaa mahdollisuuden itsetunnon kohentumiselle. *Autetaan toisiamme* -intervention avulla, on tarkoitus tukea potilaita arvostamaan toisiaan ja hallitsemaan toisten potilaiden tai henkilökunnan toiminnasta aiheutuvia tunteita sekä sitoutumaan osaston yhteisiin odotuksiin. Näiden toimien avulla on tarkoitus saada vihan tunteita ja väkivaltaa vähenemään osastolla. (Safewards 2015.)

Lääkitys on usein helppo ja tehokas rauhoittamiskeino, johon turvaudumme usein liiankin usein. Voisimme käyttää enemmän potilaan omia voimavaroja ja normaaleja sopeutumiskeinoja rauhoittumiseen. *Rauhoittumiskeinot*-intervention keinoilla pyritään laukaisemaan jännityksen tai kiihtymyksen tunteita sekä ennaltaehkäisten vihan ja aggressiivisuuden tunteita. On tärkeää huomioida hoidossa, että mahdollisia välineitä rauhoittumiseen on saatavilla. Tällaisia vaihtoehtoja voi olla mm. rentouttava musiikki, stressipallot, hieronta pallot tai kirjoitusvälineet. (Safewards 2015.)

Osaston erilaiset tilanteet voivat aiheuttaa potilaissa pelkoa, ahdistusta ja vihan tunteita. Tällaisia tilanteita ovat väkivaltatilanteet, karkaamiset, levottomuus, riitatilanteet sekä rajoittamistoimenpiteet, kuten sitominen, kiinnipito tai tahdonvastainen lääkitseminen. Turvallisuuden palauttaminen ja turvallisuuden ylläpitäminen ovat hoitohenkilökunnan yksi tärkeimmistä tehtävistä osastolla. *Turvallisuuden palauttaminen* -intervention tarkoituksena on huomioida henkilökunnan läsnäolo, selitysten, tuen antaminen potilaille ja saada potilaat rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvalliseksi yhteisössä. Turvallisuuden palauttaminen vaatii henkilökunnan systemaattista kouluttautumista ennakkoinnin ja ennaltaehkäisevien toimien, turvallisuuskoulutusten sekä jälkipuinnin osalta. (Safewards 2015.)

Potilaat tulevat osastoille hoitoon usein masentuneena tai toivottomina elämäntilanteeseensa, joka voi purkautua vihana tai kaunana henkilökuntaa, läheisiään tai muita potilaita kohtaan. On kuitenkin erilaisia keinoja herättää potilaissa toi-

veikkuutta ja auttaa heitä ymmärtämään, miksi he juuri nyt tarvitsevat sairaala-
hoitoa. *Kotiutumisviestit*-intervention tarkoituksena on lisätä toiveikkuutta ja vä-
littää arvokkaita viestejä osastohoidon tarkoituksesta ja sen hyödyistä. Kotiutu-
misviestejä voidaan pyytää kotiutuville potilailta viestiksi muille potilaille. Viestin
tarkoituksena on lisätä positiivisuutta, toiveikkuutta, voimasanoja hoitojakson
vaikutuksista ja henkilökunnasta. (Safewards 2015.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Kehittävän työn tutkimus

Tässä kehittämistyössä Safewards-toimintamalli otetaan osaksi psykiatrista hoitotyötä hyödyntämällä kehittävän työn tutkimuksen peruseriaatteita. Kehittävä työntutkimus muistuttaa osallistavaa toimintatutkimusta, joissa molemmissa tutkijan ja toimijoiden yhteistyö korostuu ja pyrkimyksenä on tutkimuskohteen jäsenten kanssa yhdessä päästä muuttamaan kohteena olevia käytäntöjä (Kuula 1999). Suomalaisessa terveydenhuollossa ollaan pyritty viime vuosina kehittämään hoitotyön toiminnan tehokkuutta, taloudellisuutta sekä vaikuttavuutta. Kehittämisen kohteina ovat olleet organisaatio rakenteet, henkilöstöresurssit, kustannukset, asiakaskäyntien määrä ja paikka, hoitoon pääsy, hoitoajat, hoitoketjut ja hoidon tehostaminen. Vähemmän on kuitenkin keskusteltu tai keskitytty hoidon sisältöön ja menetelmiin, jotka vaikuttavat suoraan asiakkaiden, potilaiden ja heidän perheidensä hyvinvointiin ja selviytymiseen. (Lauri 2007, 114.) Hoitotyön toimintamallien kehittäminen on kuitenkin tärkeää työn sujuvuuden kannalta mutta myös potilas- ja työturvallisuuden ylläpitämisen vuoksi. Hoitotyössä kehitetään omia työkäytäntöjä sekä hoitotyön toimintoja, mikä on ensisijaisen tärkeää henkilöstön työssäjaksamisen kuten myös potilaiden laadukkaan hoitamisen turvaamiseksi.

Psykiatrisen pakonkäytön vähentäminen on yksi psykiatrisen hoitotyön kehittämisen haasteista ja aiheuttaa sekä hoitotyönprosessien uudelleen kehittämistä, että henkilöstön toiminnan ja ajattelun muuttumista useammalla osa-alueella työssä ja työskentelytavoissa. Kehittämistyössäni osallistetaan henkilökunta ja hoidossa olevia psykiatrisia potilaita Safewards-toimintamallin kehittämiseen, jotta toimintamalli saataisiin osaksi psykiatrisen vastaanotto-osaston toimintaa. Tutkimusmenetelmänä kehittämistyössäni käytettiin kehittävän työntutkimuksen menetelmiä yhdessä toimintatutkimuksen menetelmien kanssa, jotka ovat osallistavia ja niiden avulla pyritään yhdessä ratkaisemaan käytännön ongelmia ja saamaan sitä kautta aikaan muutoksia. Kehittämistyössäni pyrin ratkaisemaan organisaatiossa ilmeneviä hoitotyön käytännön ongelmia ja samanaikaisesti luoda uutta tietoa ja ymmärrystä asiasta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014.)

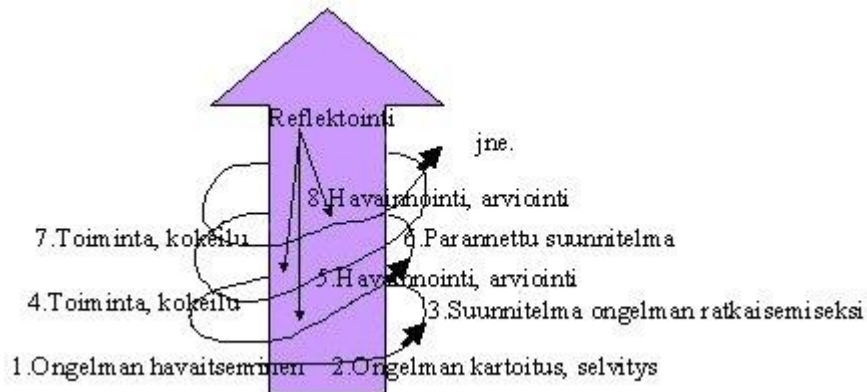
Toimintatutkimuksessa ei ole yhtenäistä teoriapohjaa, kun taas kehittävä työntutkimus pohjautuu toiminnan teoriaan. Kehittävässä työntutkimuksessa on periaatteena, että työtä ja sen ilmiöitä ei tyydytä tarkastelemaan vain sellaisena kuin ne näyttävät tänä päivänä. Toimintaa tutkitaan muuttuvana prosessina, jolloin ymmärretään sen syntyä ja kehitystä paremmin. (Engeström 1987; Miettinen 1990; Toikka 1984.) Toiminta ja muutos kuuluvat kehittävässä työntutkimuksessa käsitteellisesti yhteen (Engeström 1999).

Engeströmin (1995) mukaan kehittävässä työntutkimuksen perusoletus on, että toiminta työskentelyssä on jatkuvassa muutoksessa. Sekä toimintajärjestelmän ulkopuolelta, että toiminnan sisältä tulee työskentelyyn uusia välineitä ja sääntöjä, työnjaot ja työn kohde muuttuvat tai työlle asetetaan näiden muutosten vuoksi uusia tavoitteita. Toiminnan eri osien muutokset aiheuttavat toimintajärjestelmässä ja työskentelyssä ajoittain ristiriitoja. Ristiriidalla ei tarkoiteta ainoastaan ihmisten välisiä jännitteitä vaan toimintojen kehittämisen tarvetta, jossa henkilöstöllä ja potilailla on toimintaan liittyviä tarpeita ja niiden toteuttamista ohjaa ulkopuoliset ja sisäiset vaatimukset. Ristiriidan tunnistaminen ja sen ratkaiseminen tarjoavat mahdollisuuden kehittää toimintaa. Kehittävässä työntutkimuksessa muutoksia ja kehitystä tarkastellaan työyhteisön oppimisprosesseina, jotka johtavat uusien toimintamallien rakentamiseen. Kehittäminen tapahtuu nimenomaan työntekijöiden oman oppimisen kautta, jolloin he tarkastelevat historian ja nykyhetken tilannetta ja kehittävät tarvittaessa uutta toimintatapaa. (Virkkunen 2001, 15; Mäkitalo 2014, 8-9.)

Tutkijana olen pyrkinyt aktivoimaan työntekijöitä ja potilaita kehittämään toimintaa. Tavoitteena oli tutustua työtehtäviin, tehdä huomioita ja keskustella Safe-wards-toimintamallin interventioista yhdessä työntekijöiden ja potilaiden kanssa. (Heikkinen 2010, 29–30.) Toimintatutkimuksen perusideana on, että tutkija osallistuu sekä tutkimuksen tekemiseen, että tavoitellun muutoksen toteuttamiseen. Kehittävässä työntutkimuksessa tutkijan rooli on puuttua ja vaikuttaa tutkimushenkilöiden elämään. Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus tarkentuvat kuitenkin yhdessä kohderyhmän kanssa. Tässä tutkimuksessa olen tutkijana yhdistänyt molemmat roolit toteutuksessa. (Kuusela 2005, 30; Engeström 1995; Kvale 1996.)

4.2 Kehittävän työntutkimuksen prosessikuvaus

Kehittämistyöni alkaa nykyisen toiminnan kartoituksella ja kehittämistyöskentelyn suunnittelulla yhdessä interventioista vastaavien, hoitohenkilöstön sekä hoidossa olevien potilaiden kanssa. Osallistavan työskentelyn jälkeen työstetään yhteisesti uusia interventioita käytäntöön vietäväksi. Uudet käytännöt muotoutuivat ratkomalla yhteisesti ristiriidat arjen työskentelyssä ja työskentelyn aikana uudet toimintamallit laajenivat, vakiintuivat ja alkoivat levitä työyhteisössä uudeksi toimintamalliksi. Toiminnan muutokseen sisältyy niin vanhan, että uuden toiminnan ristiriitaa, jonka kautta muutos laajenee käytännöksi. Uuden toiminnan käytännön vakiinnuttua sitä voidaan arvioida, onko sillä saatu konkreettisia vaikutuksia hoitotyössä. (Engeström 1995, 149.) Olen pyrkinyt kehittämistyönsäni refleksiiviseen ajatteluun ja sen avulla toiminnan kehittämiseen, joka jäsenyy refleksiivisenä spiraalina. Suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektio ja toiminta etenevät spiraaliin omaisesti seuraten toinen toisiaan kehittämisprosessina, kuten kuvassa 2. on esitetty. (Juuti & Nivala 2006, 88-101.)



Kuva 2. Kehittämisprosessin syklisyys

Kehittämistyöni on edennyt ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti, jolloin oppiminen on työntekijän ja työyhteisön oppimista, joka toteutuu tulkitsemalla työn tarkoitusta, kohdetta ja tuotosta uudella tavalla. Se kuitenkin edellyttää uusien välineiden, työnjakojen ja sääntöjen kehittämistä. (Virkkunen ym. 2001.) Tutkijana olen ollut osa ryhmää ja osallistunut kehittämistyöhön ja tavoitellun muutoksen toteuttamiseen (Kuusela 2005, 30). Tärkeä rooli tutkijana on ollut tukea työyhteisön osaamista ja kannustaa itseohjautuvuuteen, jonka avulla kehittäminen ja osaaminen jatkuvat kehittämistyön osuuden loputtuakin. Yksilön voimaantuminen jatkuu yhteisön voimaantumisenä. (Heikkilä ym. 2005, 188-191.)

Tärkeänä prosessina kehittämistyössäni on hiljaisen tiedon siirtyminen yhteisen tekemisen ja keskustelun kautta, jolloin ammatillinen tieto, taito, suhtautuminen sekä ajattelutapa siirtyvät hoitotyöntekijöiltä toiselle. Sääntöjä ja ohjeita ei osata välttämättä selittää koska ne opitaan seuraamalla eikä niitä kaikkia ole välttämättä kirjattuna mihinkään. (Vilka 2006, 32.) Osallistuvuus näkyy mielestäni kehittämistyön koko matkalla, tärkeää oli, että mahdollisimman moni akuutin vastaanotto-osaston työyhteisön jäsen ja hoidossa olevat potilaat osallistuivat aktiivisesti tutkimukseen ja kehittämiseen. He kaikki ovat olleet mukana tutkimuksen suunnittelussa, aineiston keruussa sekä tulkintojen ja päätelmien tekemisessä. Avainasemassa on ollut vuorovaikutus osapuolten välillä, joka edesauttoi myös hiljaisen tiedon kulkemista. (Heikkinen 2010, 32–33.)

4.2.1 Kehittämistarpeen kartoitus ja suunnitelma

Kehittämisprosessin aluksi tarkastelun kohteena oli vanha toiminta. Tämä vaihe jaettiin kolmeen kohtaan, jossa tarkasteltiin historiaa, nykytilaa ja lähikehityksen mahdollisuuksia. Mietittiin nykyistä toimintaa, joka oli kehitettävän toiminnan alkutila, josta lähdettiin kehittämistyötä suunnittelemaan. (Engeström 1995, 130-135.) Toiminnan kehittämisellä pyrittiin saamaan aikaan muutoksia vanhoihin ja totuttuihin toimintatapoihin ja ajattelutapoihin, joka on olennainen edellytys työyksikön hoitotyöntoimintojen muutokselle. Pysyvän muutoksen aikaan saaminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja kokonaisuuden hallintaa osana laajempaa muutosta. Muutos vaatii aina olemassa olevan tilanteen kyseenalaistamista ja tiedostamista, mikä saa aikaan mahdollisen muutoshalukkuuden, sitoutumisen muutokseen, uudenlaisen toiminnan tavoitteita ja menetelmiä, jonka jälkeen uutta toimintaa toteutetaan, arvioidaan ja vakiinnutetaan pysyväksi toiminnaksi. (Lauri 2007, 115.)

Safewards-toimintamalli on ensisijaisesti aggressioiden ja konfliktien ennaltaehkäisyn toimintamalli, jonka tavoitteena on pakkotoimien ennaltaehkäisy ja se, että haastavissa tilanteissa henkilöstöllä olisi yhteneväiset toimintamallit. Käytännön hoitotyössä olen havainnut, että tarvetta on lisä kouluttaa henkilöstöä ennakoinnin, turvallisuuden ylläpitämisen ja psykiatrisen pakon vähentämisen ajatuksen herättämisessä. Lisäksi on hyvä tarkentaa henkilöstölle olemassa

olevia ja uusia vaihtoehtoisia toimintamalleja pakonkäytölle ennen kuin turvautaan eristämiseen tai sitomiseen, jonka pitäisi olla viimeinen vaihtoehto.

Kehittäessämme interventioita työyksikössämme valitsimme yhdessä pakonvähentämisestä vastaavan työparini ja lähiesimieheni kanssa kymmenestä interventiosta kaksi kehittämistyön puitteissa käytäntöön vietävää interventiota, jotka ovat *Tunnetaan toisemme* ja *Yhteiset odotukset*. Osastotoiminnan ja henkilöstöresurssien vuoksi ei ole järkevää aloittaa useammalla interventiolla käytäntöön viemistä samanaikaisesti. Interventioille valittiin yhdessä vastaavat hoitajat, joita ensimmäisenä informoin aiheeseen ja sain suostumuksen heiltä toimia vastavina. Esittelyssä kerroin heille interventioista sekä tutkimuksen työstämistä vaiheittain. Päättämiseksi on osallistaa interventioiden kehittämiseen koko työyhteisö ja hoidossa olevat potilaat. Interventioiden vastaavien rooli korostuu toiminnan käynnistämässä ja ylläpitämisessä yhdessä henkilöstön kanssa.

Tiedotin henkilökuntaa kehittämistyöstäni henkilökuntaryhmissä ja muutamia työntekijöitä myös yksitellen. Tein tiedottamista varten powerpoint-esityksen, jossa kerron saaneeni toimeksiannon psykiatrisen tulosalueen tuloaluejohtajalta ja psykiatrian tulosalueen ylihoitajalta. Kerroin mistä pakonkäytön vähentämisen tarve on lähtenyt, millainen käytäntö Safewards-toimintamallissa on, kerroin päällisin puolin kaikista kymmenestä interventiosta ja tarkemmin kolmesta ensimmäisenä kehittämiseen valitusta interventiosta. Esittelin henkilöstölle millä tavalla kehittämistyötä on tarkoitus viedä yksikössämme eteenpäin, mikä on minun oma roolini, mikä on interventioidenvastaavien rooli työskentelyssä sekä mikä on henkilöstön ja potilaiden rooli kehittämistyössä. Painotin esityksessä nimenomaan sitä, kuinka tärkeä kaikkien osallisuus on kehittämistyön aikana.

Kehittämistarpeen kartoitus ja suunnittelu aloitettiin yhdessä interventioiden vastaavien työntekijöiden kanssa. Ensimmäisessä tapaamisessa *Tunnetaan toisemme* -intervention vastaavien kanssa todettiin, ettei akuuttiosastolla ei ollut minkäänlaista toimivaa käytäntöä, joka informoisi henkilökunnasta tai osastosta tarkemmin potilaille. Osastolla pidettävässä aamuryhmässä tiedotamme päiväohjelmassa työvuorossa olevien työntekijöiden nimet mutta potilaiden kohdalla ei ole toimivaa tullaan tutuksi käytäntöä.

Yhteisesti Tullaan tutuiksi -intervention vastaavien kanssa sovimme että, henkilökunnalta edellytetään kaavakkeiden täyttäminen, joka on vastaavanlainen kuin potilailla ja mietitään yhdessä henkilöstön kanssa missä osaston toiminnoissa voidaan kehittää yhteisöllisyyttä ja tutustua toistemme kanssa paremmin. Sillä hetkellä toteutettu aamun yhteisöryhmä osastollamme ei ollut parhaiten toimiva, eikä muita yhteisöryhmiä juurikaan ollut. Tämän perusteella lähdettiin kehittämään aamu- ja yhteisöryhmää ja sovittiin että henkilökunta kirjoittaa itsestään Tullaan tutuiksi -lomakkeen (Liite1), joka laitetaan osastollamme kansioon potilaiden saataville. Ajatuksena on laittaa osaston henkilökunnasta yhteiskuva kansioon, jolloin työntekijän ei tarvitse laittaa erillistä omaa kuvaa.

Akuuttiosastollamme on haastavaa saada jokaisesta potilaasta Tullaan tutuiksi -lomake täytettyä, joten tulimme siihen tulokseen, ettemme lähde kaavakkeiden täyttämiseen potilaiden hoidon aikana vaan toimintaa kehitetään jollain muulla tavalla. Haasteena Tullaan tutuiksi -toiminnalle koettiin ensisijaisesti nopeasti vaihtuvat potilaat eli lyhyet hoitoajat ja sijaisten ja varahenkilöiden suuri määrä. Näin ollen kansion päivittäminen on tältä osin haastavaa. Positiivista oli, ettei Safewards-toimintamallin informoinnissa henkilökunnalta noussut kielteistä palautetta itsestään kertomiselle kirjallisesti.

Yhteiset odotukset -intervention kehittäminen aloitettiin myöskin intervention vastaavien kanssa. Osastollamme oli ennestään paljon ja useassa paikassa esillä olevia erilaisia odotuksia ja sääntöjä osastomme toiminnasta potilaille sekä henkilökunnalle. Yhteiset odotukset -intervention tavoitteena on saada näistä yhtenäiset odotukset, jotka auttavat henkilöstöä ja potilaita pysymään samoilla linjoilla, joka lisää yleistä turvallisuutta ja ehkäisee konflikteja osastolla. Yhteiset odotukset on tarkoitus olla potilaille näkyvillä osastolle tullessa hoitoon ja niitä käydään läpi tarkemmin ensimmäisten päivien aikana ja tarvittaessa. Konkreettisesti yhteiset odotukset ovat laminoitu ohjeiksi, julisteeksi ja tauluksi osastolle. Kaikista yhteisistä odotuksista on tarkoitus kirjoittaa perustelut tarkemmin perehdytyskansioon, joka mahdollistaa yhdenmukaisen ohjeistuksen ja toiminnan potilaille ja henkilöstölle.

Interventioiden vastaavat *Tunnetaan toisemme* sekä *Yhteiset odotukset* -interventioista tiedottivat henkilökuntaa ja potilaita interventioiden kehittämises-

tä. Vastaavat tekivät henkilökunnalle omasta interventiostaan esityksen, joka sisälsi tarkemman kuvauksen kyseisen intervention kehittämisen tarpeista ja tavoitteista osastollamme sekä ohjeistuksen jatkotyöskentelylle.

4.2.2 Interventioiden kehittäminen

Kehittämistoiminta

Interventioiden kehittäminen aloitettiin Safewards-toimintamallin interventioiden vastaavien ja yksikkömme lähiesimiehen kanssa, kun teimme aikataulusuunnitelman käytännön toiminnasta. Vastaavat tutustuivat omiin interventioihinsa, jonka jälkeen minä tutkijana olin mukana heidän kanssaan suunnittelemassa prosessien käynnistämistä. Tarkoituksena oli löytää menetelmä, jolla henkilökunta ja potilaat osallistetaan kehittämiseen vastaavien kanssa, jossa minä olin tutkijana mukana kirjaamassa ja havainnoimassa työskentelyä sekä osallistumassa kehittämiseen yhdessä työyhteisöni kanssa. Kehittämistyössä toiminnan kehittäminen etenee spiraalina, jossa kehittämistoiminnan tulos arvioidaan uudelleen ja sen perustella täsmennetään suunnittelua ja toteutusta. (Toikko & Rantanen 2009, 66). Osallistavaa kehittämissuunnitelmaa tehtäessä ei pystytä etukäteen tarkasti määrittelemään, millä tavalla toiminta käytännössä etenee vaan työskentelyn tulee olla joustavaa, jolloin työskentely on moniulotteista ja siinä kehitys tapahtuu pienin askelin. (Salonen 2013,14.)

Osallistavaksi työskentelymalliksi interventioidenvastaavat Tunnetaan toisemme ja Yhteiset odotukset -interventioissa valitsivat Learning café - tiedonkeruumallin. Potilaiden kanssa käydään useampia avoimia keskusteluryhmiä samoilla teemoilla kuin henkilökunnan kanssa Learning caféssa.

Learning café on menetelmä, jolla saadaan aikaan yhteisiä keskusteluja organisaation ja yhteisön todellisten tilanteiden pohjalta tehtyihin kysymyksiin. Menetelmä tarjoaa luovan tavan lisätä yhdessä ajattelemisen kykyä, lisätä keskustelua ja tiedon jakamista työyhteisön sisällä. Learning café -menetelmällä voidaan myös tukea hiljaisempia osallistujien osallistumista, ratkaisujen löytymistä hankaliin kysymyksiin sekä yhteisen ymmärryksen syntymistä. Learning café:n avulla saadaan työyhteisön kollektiivinen älykkyys dialogin eli vuoropuhelun kautta kuulluksi. (Räihä 2004, 69; Verkostojohtamisen oppaan nettiversio 2012.) Learning caféssa on tarkoitus, että ihmiset keskustelevat muutamista aiheen kannal-

ta merkittävistä kysymyksistä pienissä pöytäryhmissä, jolloin saadaan yhteisön hiljainen tieto esille. Hiljaisen tiedon ulkoistaminen on tärkeää kaikessa ideoinnissa ja kokemusten muuttamisessa koko yhteisön hyödyksi ja toiminnan kehittämiseksi. (Verkostojohtamisen oppaan nettiversio 2012)

Käytännössä Learning café pöydissä on isot paperit peittämässä pöytää ja tussit, joilla jokainen keskustelija voi hahmotella ajatuksiaan. Näin jokaisen keskustelijan ajatukset ovat kaikkien nähtävillä ja jokainen voi jatko kehittää ajatusta samaan paperiin. Pöytäkeskustelujen tulokset puretaan kahvilan puheenjohtajan ohjaamana, hän pyytää jokaista pöytäkuntaa kiteyttämään keskustelun tulokset muutamalla lauseella. Tästä seuraa usein keskustelun jatkuminen kaikkien osallistujien kesken. Lopuksi puheenjohtaja vetää keskustelun yhteen lyhyesti. Pöytien tuotokset kootaan muistioksi ja kehittämistyötä lähdetään jatkotyöstämään niiden mukaan. (Räihä 2004, 69-71.)

Tunnetaan toisemme -intervention Learning café pöydissä, aiheet olivat hyvin konkreettisia alkaen kellon ajoista ja osaston fyysisestä tilasta lähtien ja kuka tulee toteuttamaan aamuryhmää ja yhteisöryhmää työvuorossa ja ketä siihen osallistuu. Yhteisöryhmän sisältö oli toisena pöydän aiheena, mistä on tärkeä puhua tai mistä voidaan puhua tai tarvitaanko raamit ryhmän sisällölle. Kolmannessa pöydässä käsiteltiin sitä, miten ryhmien avulla tai osaston muissa toiminnoissa voidaan tukea potilaiden yhteisöllisyyttä ja tullaan tutuiksi -toimintamallin ajatusta, joka tukee tutustumista sekä omahoitajasuhteen luomista.

Yhteisten odotusten kehittäminen akuuttilinjalla Learning café:n avulla alkoi myöskin kolmella pöytäryhmällä. Pöydissä aiheena oli turvallisuus, koska meillä on vaikeasti ja haastavasti käyttäytyviä potilaita hoidossa, joita joudumme rajoittamaan hoidollisesti. Tärkeää on, että henkilöstöllä on yhteiset linjaukset työskentelyssä, joka ennaltaehkäisee konfliktien syntymistä. ”Miten voisimme yhteisissä odotuksissa huomioida potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden?” Toisessa pöydässä aiheena oli henkilökunnan ja potilaiden käyttäytyminen osastolla toisiaan kohtaan, mitä potilaat voivat odottaa henkilöstöltä ja mitä henkilöstö voi odottaa potilailta sekä mitä me voimme odottaa työkaverilta. Kolmannessa pöydässä olivat aiheena yleiset odotukset, liittyen potilaiden omaisuuteen, kiel-

lettyihin tavaroihin, osaston tilojen käyttöön, ympäristön puhtauteen ja jokaisen henkilökohtaiseen puhtauteen sekä yhteisöllisyyteen.

Learning café -pöytien aiheet *Tunnetaan toisemme* -ja *Yhteiset odotukset* -interventioissa olivat selvästi haastavia osastomme hoitotyön luonteen huomioiden mutta herättivät paljon henkilöstössä kiinnostusta keskusteluun ja kehittämiseen. Yhteisöllisyys ja läsnäolo herättivät eniten keskustelua, kuten miten voisimme olla enemmän läsnä itse työvuoron aikana, miten pystymme itse läsnäolollamme tukemaan potilaiden tutuksi tulemistä osastolla. Haastetta koettiin eniten potilaiden psyykkisen voinnin vaikutuksella ryhmien suunnittelussa ja toteuttamisessa. Yhteisten odotusten työstämisen kautta jouduimme avaamaan laajasta aikaisempia olemassa olevia näkyviä ja näkymättömiä sääntöjä, arvoja ja työskentelytapojamme, jotka liittyvät vahvasti turvallisuuteen ja totuttuihin käytäntöihin hoitotyössä.

Jokainen henkilöstöstä keskusteli aktiivisesti Learning café -pöydissä, he olivat kiinnostuneita aiheista ja antoivat erilaisia näkökulmia kehittämistarpeista. Näkökulmiin vaikuttaa selvästikin työntekijän omat kokemukset ja ennen kaikkea työkokemus. Vanhemmat työntekijät olivat selvästi rohkeampia kokeilemaan uusia erilaisia asioita ja katsovat asioita mahdollisesti enemmän potilaan kannalta, kun taas nuorempi työntekijä miettii työnsujuvuutta ja omia mahdollisuuksia toteuttaa toimintaa, luovuus ja rohkeus liittyvät selkeästi persoonaan mutta myös työkokemukseen, joka helpottaa selvästikin heittäytymisessä tuntemattomaan. Aina henkilöstöstä nousee esille ajatus siitä, että nyt on ihan hyvä, miksi lähteä muuttamaan silloin tuttuja asioita. Ajatuksen tasolla haasteena koettiin työn kuormittavuus, joka aiheuttaa väsymystä, eikä muutokseen ole mahdollisesti voimavaroja. Kaikkia näitä kokemuksia heräsi jokaisessa pöytäkeskustelussa.

Kehittämistoiminnan tuotoksia

Interventioiden kehittäminen tapahtui Learning café -toimintamallin avulla. Näiden pöytäryhmien tuotosten perusteella lähdettiin koostamaan yhteisiä toimintamalleja interventioihin. *Tunnetaan toisemme* -intervention Learning café -istuntojen koosteen kokoamisen jälkeen, keskustelimme ja päätimme yhteisesti henkilöstön kanssa henkilökuntaryhmissä intervention käynnistämisestä osas-

tollamme. Learning café -tuotosten perusteella henkilökunta ei halua luopua aamuryhmästä kokonaan mutta sen ajankohtaa ja sisältöä halutaan muuttaa koska ajallisesti se ei ole ollut hyvä aikaisemmin. Ehdotuksista nousi merkityksellisenä esille, että aamuryhmän ajankohtaa aikaistetaan kello kahdeksaan, jolloin potilaiden herättäminenkin arkisin olisi jo puoli kahdeksan jälkeen. Aikaisemmin aamuryhmä on ollut kello yhdeksän aikaan aamupalan jälkeen mutta silloin osastolla alkaa lääkärintoimitus ja toiminnalliset hoidot aukeaa, jotka vaikeuttavat aamuryhmän toteuttamista. Aamuryhmä tarjoaa koosteen päivän tapahtumista, aktiviteettimahdollisuuksista ja muista tärkeistä tiedotuksista.

Syyskuun alussa lähdettiin aamuryhmää (Liite 2) toteuttamaan uudella mallilla, jonka lopullinen sisältö oli yhteisesti henkilökunnan kanssa sovittu muutamassa henkilökuntaryhmässä. Uudessa mallissa potilaat herätellään puoli kahdeksan jälkeen arki-aamuina, viikonloppuna ei aamuryhmää pidetä. Työskentelyyn on nimennyt edellisen illan vastaavahoitaja kaksi aamuvuoronhoitajaa. Toisella on vetovastuu ryhmästä, kun taas toinen huolehtii, että aamupalan liittyvät asiat ovat valmiina heti ryhmän jälkeen. Jokainen työvuorossa oleva hoitaja osallistuu aamuryhmään ja esittäytyy vuorollaan sekä kertovat kaikille kenen vuoro hoitajia ovat aamun aikana. Ryhmässä käydään päivän ruokalista, toiminnallisen hoidon ohjelma sekä mahdolliset tiedotukset tulevalle päivälle. Potilaiden yhteisölliset puuhut, joita ovat tupakkihuoneen siivous, kahvin keitto, tiskeistä huolehtiminen sekä iltapalan laittaminen jaetaan yhteisesti samalle päivälle. Viikonloppu puuhavuorot huolehditaan perjantain ryhmässä. Ryhmän vetäjä voi halutessaan lukea päivän lehdestä päivän sanan, mietelauseen ja käydä tietovisakysymykset läpi.

Yhteisöryhmän ajankohdaksi suunniteltiin viikonloppua, perjantaina iltavuorossa olevat raporttihoitajat suunnittelevat ryhmää ja lauantaina vuoronvaihteessa klo 13-15.00 ryhmä pidetään osastolla tai ulkona sairaalan alueella. Viikonloppuna sairaalassa ei ole mitään toimintaa potilaille, jolloin osastolla ryhmän pitäminen olisi potilaille vaihtelua tuovaa ajankulua ja viikonloppuna hoitajillakin on paremmin aikaa, kun ei ole arjen kiireitä. Ryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa on tärkeää ottaa aina huomioon potilaiden psyykinen ja fyysinen terveydentila. Ryhmässä on aina yksi tai kaksi hoitajaa mukana tai vetämässä ryhmää ja tar-

vittaessa rajaavat puheenvuoroja, ryhmässä käsitellään ja puhutaan neutraaleja asioita, ei mennä henkilökohtaisiin ongelmiin, koska kyseessä on avoinryhmä.

Aiheet yhteisöryhmässä ovat ajankohtaisia, käytännön läheisiä ja potilasryhmälle soveltuvia, ryhmässä käydään läpi myös *Yhteisiä odotuksia*, muistutuksena potilaille, että hoitajille yhdessä sovituista asioista. Ryhmien aiheet voivat vaihdella vertaisryhmistä asiantuntijaryhmiin tai olla toiminnallisia ryhmiä. Asiantuntijaryhmiä voidaan pitää arki-iltapäivissä kuukausittain, ryhmiin voidaan pyytää erityistyöntekijöitämme, henkilökuntaa muilta osastoilta, joilla on erityisosaamista sekä lääkäreitä.

Tullaan tutuksi -toimintaa, voidaan tukea myös olemalla enemmän saatavilla potilaille, yhteisissä tiloissa istumalla ja keskustelemalla potilaiden kanssa. Läsnaolollamme tuemme potilaita myös keskustelemaan toistensa kanssa. Tavoitteena on kuitenkin saada ryhmät osaksi viikko-ohjelmaa, pyritään mahdollistamaan kaikkien potilaiden osallistumisen ja informoidaan potilaita ryhmissä Tullaan tutuksi -interventiosta. Ryhmien suunnittelussa huomioidaan ryhmäytymisen ja kannustetaan potilaita toimimaan ryhmässä. Ryhmien lisäksi tarjotaan toiminnallista tekemistä muun muassa ulkoilua. Olemme yhteisesti sopineet, että omahoitaja kirjaa hoitosuunnitelmaan potilaan mieltymyksiä, harrastuksia yms. Tullaan tutuksi -lomakepohjaa apuna käyttäen.

Yhteiset odotukset -intervention ensimmäisen Learning café koosteiden pohjalta pidettiin henkilöstölle uusi Learning café, johon käytettiin kokonainen työyksikkömme kehittämispäivä. Ensimmäisissä istunnoissa nousi niin paljon oleellista ja osittain toisistaan irrallisia asioita, joiden työstäminen vaati jatkotyöskentelyä. Yhteiset odotukset ja niiden työstäminen ovat todella tärkeä asia, jotta perustehdävämme toimii sujuvasti ja tasalaatuisesti potilastyössä. Kehittämispäivän pöytien aiheet olivat turvallisuus, yksityisyys ja viihtyvyys. Nämä kolme aihetta nousi aikaisemmista koosteista ja olemassa olevista säännöistä ja ohjeista tärkeimmiksi otsikoiksi. Tarkoituksena oli Learning café:n avulla muotoilla Yhteisistä odotuksista lauseita, jotka kuvaavat parhaiten odotuksia ja toiveita hoidosta, kohtelusta, lupauksista, käyttäytymisestä niin henkilökunnalta kuin potilailta toisiaan kohtaan. Otsikoiden ja lauseiden alle täytyy saada myös perustelut, jotka ohjaavat meitä toimimaan sovittulla tavalla sekä auttavat meitä perehdyttämään uusia työntekijöitä, että opiskelijoita työhömmme.

Learning café toteutettiin niin, että työyhteisö jaettiin kolmeen ryhmään ja jokaisessa ryhmässä oli puheenjohtaja, joka jäi pöytänsä muiden vaihtaessa pöytää. Puheenjohtajina toimi yhteisten odotusten interventio vastaavat ja pakonvähentämisen työparini, minä tutkijana johdin ja havainnoin työskentelyä. Kaikki ryhmät saivat todella innostunutta ja kehittävästä keskustelusta aikaiseksi. Pöytäryhmien aiheet olivat ajankohtaisia, jotka herättävät paljon keskustelua päivittäisessä hoitotyössä. Tarkoituksena oli Learning cafén avulla saada asioille yhteisiä näkemyksiä ja sopimuksia, jotka ohjaavat jatkossa työskentelyämme.

Turvallisuus herättää aina paljon keskustelua ja siitä ei puhuta koskaan liikaa, toisaalta siitä keskusteleminen herättää eniten mielipiteitä ja näkemyksiä. Ryhmistä nousi kuitenkin tärkeimpinä esille, se että minkäänlaisia väkivaltaa, kuten kiroilua, aggressiivista kielenkäyttöä, lyömistä tai tavaroiden heittämistä ei suvaita osastolla. Potilaat ja henkilökunta eivät saa tuoda alkoholia tai huumeita osastolle, koska potilaiden että henkilökunnan osalta päihteet aiheuttavat todennäköisemmin epäkunnioittavaa käytöstä. Kukaan osastolla ei ole aggressiivinen toista kohtaan ja pyrimme aina puhumaan rauhallisella ja ei-aggressiivisella tavalla.

Turvallisuuden ylläpitämiseen liittyy vahvasti perehdyttäminen yhteisiin toimintamalleihimme, hälytysjärjestelmään sekä muihin turvallisuusohjeisiin. Henkilöstö kokee, että jokaisen velvollisuuteen kuuluu huomioida osaston tilanne ja priorisoida työnsä tilanteen vaatimalla tavalla. Täytyy olla läsnä potilaille ja huomioidaan koko henkilökunnan ja potilaiden turvallisuus työvuorossa. Suullinen ja kirjallinen raportointi ovat ensisijaisen tärkeitä, vaaratilanteiden ennaltaehkäisyn vuoksi. Tärkeänä turvallisuustekijänä todettiin, että jokaisen tulee noudattaa sovittuja hoitolinjauksia ja kunnioitetaan yhdessä tehtyjä sopimuksia.

Kunnioitamme jokainen toistemme omaisuutta ja *yksityisyyttä* sekä toistemme erilaisuutta. Rasismia ja minkäänlaisia loukkauksia muiden uskontoa, rotua, ikää tai ulkonäköä kohtaan ei hyväksytä osastolla. Tarjotaan tukea toisille, mutta otetaan huomioon, että jotkut haluavat, että heidät jätetään rauhaan. Sovittavina asioina nousi elektroniikan käyttö osastolla, kamerakännyköiden, tietokoneiden tms. musiikkilaitteiden käyttö osastolla, jotka tuovat melua tai joilla voi loukata potilastovereiden tai henkilökunnan yksityisyyttä. Hiljaisuus osastolla on klo 23-06 välillä, jonka aikana sovittiin, ettei elektroniikkaa kuten tietokoneita tai

musiikkivälineitä potilailla olisi huoneessa, jotta jokaisella olisi rauhallinen ympäristö nukkua. Kamerakännykän käytöstä ja kuvaamisesta on erillinen koko organisaatiota koskeva ohjeistus. Tärkeää on, että jokaisen anonymiteetti hoidon aikana säilyisi.

Potilaiden kuin henkilökunnankin tulee pitää huolta itsestään, puhtaudesta, asianmukaisesta pukeutumisestaan ja osaston siisteydestä, jotta jokainen voi kokea *viihtyvyyttä* osastolla ollessaan. Otetaan huomioon, että kovat äänet voivat häiritä muita potilaita. Puhelimeen puhuessa poistutaan yleisistä tiloista puhelun ajaksi, ettei muiden potilaiden tarvitse kuunnella mahdollisesti yksityisasi- oita. Pyrimme kuuntelemaan aina toisiamme ja käyttäydymme kunnioittavasti toisiamme kohtaan. Kunnioitamme ja välitämme ympäristöstämme ja ilmoitam- me vaurioista tai epäkohdista. Siivoamme omat jälkemme. Tupakointi tulee ta- pahtua sille tarkoitetulla alueella osastolla.

Kehittämispäivän tuotoksien pohjalta Yhteiset odotukset -intervention vastaavat laativat Yhteiset odotuksemme -huoneentaulun (Liite 3), joka ovat nyt jokaises- sa potilashuoneessa, lääkärinhuoneessa, vastaanottohuoneessa sekä yhteisis- sä tiloissa esillä. Yhteisistä odotuksistamme on myös osa-alueittain perustelut kirjattuna perehdytyskansioon, jotka muistuttavat henkilökuntaa sovituista asi- oista, auttaa meitä keskustelemaan yhteisistä odotuksistamme uusien potilai- den kanssa sekä perehdyttämään uusia työntekijöitä ja opiskelijoita työyhtei- söömme.

4.2.3 Interventioiden käyttöönotto hoitotyössä

Kehittämistyössä toiminnan muutos tapahtuu vasta sitten, kun uutta toimintaa lähdetään kokeilemaan käytännössä. Käytäntöön viedessä uudet ratkaisut ovat usein keskeneräisiä ja vaativat jatkotyöstämistä. Vanhojen ja uusien käytäntö- jen välillä esiintyy usein kilpailua. On paljon helpompi palata entiseen kuin kes- keneräiseen ja jatkokehittämisessä olevaan toimintatapaan, joka vaatii vielä mahdollisesti kouluttautumista ja perehdytystä. (Paso ym. 2003, 45-46.) Käytän- töön viennissä kokeillaan ja muokataan toimintamallia arjen hoitotyössä. Arjen- työskentelyssä tulee esille mahdolliset ristiriidat uuden ja vanhan toimintatavan välillä. Uusi käytäntö on sekä mahdollisuus että uhka. Toimintatavan muuttumi-

sessä on syklin mukaisesti paluuta vanhaan, että uuden mallin muokkautumista käytännötyössä. (Engeström 1995, 149.)

Interventioiden kehittämisessä ensimmäisenä käytäntöön työyhteisössämme saatiin Tunnetaan toisemme -intervention uudistettu aamuryhmä ja yhteisöryhmä syyskuun alussa 2016. Uudistuneen aamuryhmän toteuttaminen tuli käytännön työhön sujuvasti. Aamuryhmässä on uudistuksen jälkeen aktiivisesti potilaat ja hoitohenkilökunta mukana, sen jälkeen aamupalalle osallistuminen sujuu hyvin luontevasti, kun potilaat ovat ajoissa hereillä. Vanhaan aamuryhmään verrattuna potilaita on osallistunut enemmän nyt, kuin aikaisemmin. Hyvän osallistujamäärän ansiosta saadaan keskustelua yhteisistä asioista ja asioiden tiedottaminen on sujuvampaa. Henkilökunta on sitoutunut uudistuneeseen aamuryhmään, eikä vastustusta toteuttamisesta ole ollut havaittavissa. Yhteisöryhmän toteuttaminen hakee vielä paikkaansa käytännötyössä ja ajoittain vaatii potilaiden psyykkisen ja fyysisen voinnin vuoksi suunnitellussa luovuutta, jotta ryhmään pystyy osallistumaan mahdollisimman moni osastolla hoidossa oleva potilas. Henkilökunta on hienosti aktivoitunut koko ajan enemmän sen toteuttamiseen. Asiantuntijaryhmiä osastolla ei ole vielä toteutettu mutta niiden toteuttamisesta on ollut keskustelua henkilöstön kesken.

Tunnetaan toisemme -intervention yhtenä kehittämiskohteena olivat tutuksi tuleminen. Interventio vastaavat päättivät jo suunnitteluvaiheessa, että jokainen henkilökunnasta täyttää itsestään Tunnetaan toisemme -lomakkeen (Liite 4), joka laitetaan kansiossa esille osaston puolelle potilaiden luettavaksi. Kansiossa tiedotetaan myös osaston toiminnasta yleisesti. Tämä kansio on ollut osaston yhteisissä tiloissa kaikkien saatavilla loppu syksystä 2016, johon potilaat ovat aktiivisesti tutustuneet. Potilaiden kohdalla sovittiin intervention vastaavien kanssa, että omahoitaja kirjaa potilastietoihin Tunnetaan toisemme -lomaketta apuna käyttäen harrastuksia ja muita kiinnostuksen kohteita mutta tämä käytäntö ei ole vielä lähtenyt toimimaan sovituilla tavalla.

Yhteiset odotukset -intervention kehittämisen kautta tulleet huoneentaulut ovat jokaisessa potilashuoneessa ja osaston yhteisissä tiloissa esillä. Niiden pohjalta kirjatut perustelut ovat perehdytyskansiossa, jonka avulla perehdytetään opiskelijoita ja uusia työntekijöitä osaston käytäntöihin. Yhteisiä odotuksia ajoittain

muistutetaan aamuryhmässä. Potilaan tullessa osastolle hoitoon osastoesittelyssä potilaalle vastaanottavahoitaja mainitsee yhteisistä odotuksista hoidon aikana. Henkilökunta on hyvin sitoutunut yhteisiin sopimuksiin ja potilailta on tullut hyvää palautetta niiden sisällöstä.

4.2.4 Interventioiden arviointi

Arviointiaineisto ja analyysimenetelmä

Arviointia voidaan tehdä, kun uusi toiminta on kerennyt vakiintua käytäntöön. Arviointi kohdistuu silloin toimintatavan konkreettisiin muutoksiin, jatkokehittämiseen sekä toiminnan jatkuvaan arviointiin. Voidaan myös arvioida kehittämisprosessia, sykliä ja siihen liittyviä interventioita kokonaisuudessaan. (Engeström 1995, 149–150.) Kehittämistyössäni arviointi toteutettiin siten, että aluksi keräsin arviointiaineiston Learning café -menetelmällä. Learning café -pöytien aiheilla keräsin arviointia toimintamallin kehittämisprosessista henkilökunnalta, mitä hyvää ja millaisia onnistumisia kehittämissä oli ollut, millaisia haasteita tai esteitä kehittämisprosessin aikana on ollut tai mahdollisesti jatkossa tulee olemaan sekä miten henkilöstö kokee osallistamisen onnistuneen kehittämissä. Tärkeänä jatkokysymyksenä oli jokaisessa pöydässä toimintamallin jatkokehittäminen, miten kehittämisessä voidaan huomioida osallistaminen ja mahdolliset esteet ja haasteet.

Learning café -menetelmällä kerätty kehittämissä arviointiaineiston analysoin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysia voidaan käyttää muun muassa puheiden, kirjeiden ja kirjallisten materiaalien analysointiin. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysissa tähdätään tiivistettyyn ja selkeään kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä ja tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt. (Tanskanen 1990, 5; Silius 2005, 3.) Aineistolähtöisyydessä on kritisoitu sitä, että tutkijan valinnat ja tulkinat vaikuttavat tutkimukseen mutta laadullinen sisällönanalyysi on aina vuorovaikutusta tutkijan ja aineiston välillä. (Ruusuvuori ym. 2010, 9-29.) Kehittämissä analyysissä keskityin materiaalin sisältöön mutta tutkijana itse valitsen, miten suhtaudun aineistoon. Tutkija voi tutkia informatiivisesti tuotettua materiaalia tai vaihtoehtoisesti pyrkiä löytämään rivien väliin jäävän tiedon. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Analyysi on aina vuorovaikutusta aineiston kanssa, jota tutkimuskysymykset ja tutkijan valinnat, tapa lukea ja tulkita ohjaavat käsittelyssä (Ruusu vuori ym. 20110, 9). Sisällönanalyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäisessä auki kirjoitettu eli litteroitu aineisto pelkistetään. Ensimmäisessä vaiheessa otetaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat etsimällä aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään alkuperäisilmauksista muodostettujen pelkistettyjen ilmausten kautta etsimällä samankaltaisuutta. Näistä samaa tarkoittavista käsitteistä muodostuvat ryhmittelyn alaluokat. Alaluokat ryhmitellään edelleen pääluokiksi ja pääluokat yhdistyvät näin ollen yläluokkiin. Viimeisenä luodaan teoreettiset käsitteet, jolloin saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.) Aloitin kolmesta Learning café -tilaisuudesta saadun aineiston analyysin ryhmittelemällä (Liite 5) lause kokonaisuuksia, jotka vastasivat tutkimuskysymystäni. Lausekokonaisuudet pelkistin ja pelkistykset jaoin samankaltaisiin alaluokkiin. Alaluokat yhdistin teemoittain yläluokkiin, joista rakentui yhdistävä tekijä vastaamaan tutkimuskysymykseeni.

Toiminnallisessa kehittämistyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmin kuin tutkimuksellisessa kehittämistyössä, koska tuotettu tieto nojaa usein vain löystästi, jos ollenkaan teoriaan. (Vilka 2003, 56-64.) Sen vuoksi sisällönanalyysi perustuu aikapitkälle tulkintaan ja päättelyyn, jossa aineistossa käsitteellistetään näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksissa kuvaan käsitteet ja niiden sisällöt, pyrin ymmärtämään niiden merkityksiä ja huomioida tutkittavia heidän omasta näkökulmasta analyysin jokaisessa vaiheessa. Analyysiä ohjaa tutkimuksen suunnitteluvaiheessa keskeiseksi havaitut käsitteet ja syntyneet oletukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106–113; Hirsjärvi & Hurme 1994, 115.)

Arvioinnin tulokset

Kehittämistyön toteutumista ja Safewards-toimintamallin saamista osaksi psykiatriasta hoitotyötä tukee hoitohenkilökunnalle tehdyn arvioinnin perusteella yhteisöllisyyden kokemus. Yhtenä tärkeänä tekijänä henkilöstön kokemuksen mukaan on *Tunnetaan toisemme* -intervention työstäminen, joka on lisännyt vahvasti henkilöstön tuntemusta toisiaan kohtaan. Vaikka ollaan vuosia tehty töitä yhdessä, niin *Tunnetaan toisemme* -kaavakkeen täyttäminen toi työkaverista uusia puolia esille ja kokemuksena on, että sen tuoma tuttuus lisäsi myös yhteisöllisyyden tunnetta. *Tunnetaan toisemme* -intervention työstäminen on tuonut

hoitohenkilöstössä inhimillisempiä puolia esille potilaille. Alkuun vähäisetkin epäilyt itsensä kertomisesta potilaille on positiivisesti yllättänyt epäilijät, sen mukana ei ole tullut mitään negatiivisia vaikutuksia. Positiivisuutta ja hoitotyön raameja lisää vaikuttamisen kokemus omaan työhönsä, joka osallistavan kehittämistyön kautta on selvästi lisääntynyt. Osallistavuus sitouttaa henkilökuntaa kehittämiseen ja lisää useimpien kohdalle asenteellista muutosta sovittuihin asioihin.

”Lisännyt yhteen kuuluvuuden tunnetta
sekä henkilöstön keskinäistä tuntemusta.”

”Tunnetaan toisemme -interventio on tehnyt hoitajasta
inhimillisemmän potilaiden silmissä.”

Yhteiset odotukset -intervention mukana yhteisöön saatiin päivitettyä yhteiset raamit toiminnalle, jotka ovat ”pehmeästi” ilmaistuja sääntöjä ja herättävät selvästi myönteisyyttä yhteisössä. Henkilöstö piti tärkeänä sitä, että yhteisten odotusten kautta hoitotyötoiminnat ovat nyt auki kirjoitettuna, joka auttaa meitä sitoutumaan sovittuihin asioihin sekä perehdyttämään uusia työntekijöitä ja opiskelijoita työhömmä. Kehittämistyön aikainen osallistava työskentely tapa on lisännyt asennemuutosta ja vastaavasti myönteisyyttä muutokselle, otetaan enemmän potilaiden mielipiteet ja toiveet huomioon suunnittelussa ja ennen kaikkea se on lisännyt keskustelua ja kyseenalaistamista toimintamalleista. Hoitohenkilökunta on kokenut, että ideat ovat olleet realistisija toteuttaa, koska ne ovat hoitohenkilöstön omia ajatuksia työnkehittämisestä. Näiden kaikkien mahdollistamiseksi on koettu tärkeäksi lähiesimiehen tuki hoitotyönprosessien kehittämiseen, siihen on saatu työaikaa tarpeeksi, mahdollisuuksia kokeilla käytännössä. Tärkeää on että, lähiesimies on itse osallistunut aktiivisesti kehittämistyöhön.

”Herättänyt keskustelua nykyisistä toimintamalleista
→ portit on aukaistu!”

Kehittämistä ja sitä kautta saatua muutosta estävät kuten myös edistävät henkilökunnan ja potilaiden asenne ja motivaatio kehittämistä kohtaan. Usein pide-

tään työn hektisyyttä ja arjen kiirettä yhtenä haasteena kehittämisessä ja jolloin kehittämiseen tarvitaan henkilökohtaisia voimavaroja hoitotyöntekijältä. Estävinä tekijöinä on koettu heikko perehdyttäminen tai työntekijän henkilökohtainen vastaanottokyky, jotka aiheuttavat osittain tietämättömyyttä yhteisistä ja kehittämiseen liittyvissä asioista. Tietämättömyyteen vaikuttaa myös kiire, potilaiden ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja se, ettei ole saanut osallistua kehittämiseen yhdessä työryhmän kanssa, joka selvästi auttaisi sitoutumisessa yhteisiin asioihin. Ammatillisuuden ja ammattitaidon uskotaan, jollain tasolla vaikuttavan myös estävästi uusien asioiden viemiseen hoitotyöhön. Lapin sairaanhoitopiirin, psykiatrian tulosalueella on suuri muutos menossa, johtajuuden, yksiköiden yhdistämisen ja suurempien hoitolinjausten kanssa, joka omalta osaltaan aiheuttaa epävarmuutta tulevaisuutta kohtaan ja koetaan myös yhdeksi kehittämisen esteeksi työyhteisötasolla.

”Esteenä korvien välissä oleva asenne!”

”Tietämättömyys organisaatio muutoksista tulevaisuudesta vie motivaatiota kehittämiseen yksikkötasolla.”

Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nousi toiminnan ja kehittämistehtävien säännöllinen arvioiminen niin henkilökunnan kuin potilaiden kanssa. Arvioinnin kautta tulisi tarkennusta ja säännöllisiä keskusteluja hoitotyönprosesseista. Sovittujen ja suunniteltujen toimintojen ylläpitämistä pidettiin myös tärkeänä kehittämisen kohteena. Uusia toimintamalleja pystytään suunnittelemaan ja käyttöönottamaan, mutta niiden ylläpitäminen vaatii henkilökunnalta sitoutumista ja säännöllistä toimintamallien arviointia, jonka kautta saadaan keskusteluja ja uudelleen kehittämistä aikaiseksi. Toimintamallien ylläpitämiseen koetaan liittyvän vahvasti laadukas hoitotyön perehdyttäminen uusille työntekijöille ja opiskelijoille, joka lisää vastaavasti tietoisuutta ja sitoutumista. Vastuunjakaminen henkilöstön kesken motivoi ja toiveena on, että huomioidaan jokaisen henkilökohtaiset kiinnostuksen kohteet vastuuta jaettaessa. Yhtenä suurena haasteena ja kehittämisen kohteena on moniammattitillisen työryhmän eli lääkärin, sosiaalityöntekijän ja psykologin saaminen mukaan ja tietoiseksi kehittämisestä hoitotyönprosesseissa, lisäksi heidän sitoutumista yhteisiin menetelmiin.

”Kerran kuukaudessa henkilökuntaryhmässä uusia kehittämisideoita?!
Seuranta!”

Potilailta arviointia on kerätty satunnaisesti keskustelemalla heidän kanssaan aamuryhmässä, jossa oli läsnä sillä hetkellä hoidossa olevia potilaita. Potilaiden palautteen mukaan nykyinen aamuryhmä on entiseen verrattuna parempi, enemmän yhteisöllisempi tapahtuma, koska hoitohenkilöstökin on aktiivisemmin mukana. Henkilökunnan täyttämän Tullaan tutuiksi -lomakkeen potilaat kokevat tuoneen henkilökunnan lähemmäksi ja tutummaksi potilaille mutta uskovat myös auttavan henkilökuntaa tutustumaan toisiinsa, kuten henkilökunnan omassakin arvioinnissa nousi esille. Potilaat kaipasivat kuitenkin hoitajista kuvia täydentämään tarinoita.

Yhteiset odotukset -huoneentaulut potilaat kokevat realistisiksi toteutua ja hyväksi ohjenuoraksi yhteisössä, joka muistuttaa jokaista niin henkilökuntaa kuin potilasta kohtamaan toisensa asiallisesti ja kunnioittavasti. Interventioiden kehittäminen sai kokonaisuudessa positiivista palautetta potilailta. Potilaiden palautteen saamista tulisi kuitenkin jatkossa kehittää. Henkilöstöltä nousi arvioinnissa kehittämisideana, että kotiutuneelta potilaat pyydettäisiin arviointia ja kehittämisideoita hoitoon liittyen. Tämä palaute voisi olla realistisempaa ja totuuden mukaisempaa kuin potilas on saanut hoitoon hieman etäisyyttä ja se auttaisi meitä kehittämään toimintaa potilaslähtöisemmäksi.

Enemmän kuin asenteellista haastetta kehittämistyölle toi yksikkömme työnheikkyys, jota ei pysty ennakoimaan. Suunniteltuja tapaamisia ja yhteisiä työskentely aikoja vastaavien kanssa jouduttiin perumaan kiireen vuoksi, kun henkilöstöä ei pystynyt irrottamaan kliinisestä työstä kehittämiseen. Jokaisen interventi-
on vastaavan henkilökohtainen elämä vaikutti myös sairas -ja vuosilomien suhteen prosessin etenemiseen ja aikataulussa pysymiseen. Vuorotyö kaikinensa vaikuttaa tapaamisten ja yhteisten aikojen löytämiseen useamman työntekijän kesken. Lisää haastetta työskentelyyn ja sen etenemiseen toi suuret muutokset henkilökohtaisessa elämässäni, joka on aiheuttanut ajoittaista väsymystä ja motivaation puutetta kehittämistyön kirjallisen tuotoksen työstämiseen. Prosessin käytännön toteuttamisen ja oman työn kehittämisen olen vastaavasti kokenut

voimaannuttavana tekijänä ja positiivisena vastapainona henkilökohtaisen elämän haasteissa.

Interventio vastaavat työstivät yhdessä työyhteisön kanssa tehtyä kehittämissuunnitelmaa interventiosta, jota prosessin aikana yhdessä muokattiin, arvioitiin ja yhteisesti hyväksyttiin ennen käytännöntyöhön vientiä. Tärkeää oli ennen käytäntöön vientiä vuorovaikutuksellinen keskustelu henkilökunnan, potilaiden ja yksikkömme esimiehen välillä. Interventioiden työstäminen toteutui kahdessa syklistä. Tunnetaan toisemme -intervention aktiivinen työstämisvaihe oli alkuvuoden 2016 aikana ja uudet toiminnat otettiin käytännöntyöhön mukaan syyskuun alussa 2016. Yhteiset odotukset -intervention työskentely painottui loppukevääseen 2016 ja kehittämisen kannalta tärkein työ tehtiin marraskuussa 2016, jolloin kehittämiseen käytettiin työyhteisön kanssa kokonainen työpäivä. Tämän päivän jälkeen joulukuun alussa 2016 yksikössä oli yhteiset odotukset osastolla esillä ja mukana ohjaamassa hoitotyötä.

Näiden kahden intervention lisäksi, kehittämistyössäni oli aluksi tarkoitus olla kolmas kehitettävä interventio, joka oli Kotiutusviestit. Kotiutusviestit-intervention kehittäminen aloitettiin interventio vastaavien kanssa keskustelemalla osastomme nykytilanteesta. Osastollamme ei ollut vastaavaa toimintaa olemassa, ainoastaan henkilökunnalle tai organisaatiolle osoitettu palautelaatikko. Kotiutusviestien tarkoituksena on lisätä toiveikkuutta ja välittää arvokkaita viestejä osastohoidon tarkoituksesta ja hyödyistä muille potilaille. Kotiutumisen tai osastosiirron lähestyessä jokaista potilasta pyydetään laittamaan viesti, sille varatulle paikalle osastolla. Tarkoituksena ei ole tehdä kiitos- tai palauteseinää henkilökunnalle vaan toimintamallin tavoitteena on suunnata lähtevien potilaiden voimaannuttavat ja positiiviset terveiset osastolle jääville ja uusille tuleville potilaille.

Kotiutusviestit-intervention kehittäminen aloitettiin tekemällä lomakekysely henkilökunnalle. Lomakekyselyn vastauksien perusteella nousi toive, että kotiutusviestien paikka osastolla olisi helposti näkyvillä ja olisi mahdollisimman yksinkertainen, kuten puu, josta lähtee oksat ja lehdet olisivat kotiutusviestejä. Lehdenmuotoiset viestit kiinnitettäisiin oksiin sinitarralla tai kaksipuolisella teipillä. Puun tekisivät alustavasti intervention vastaavat ja voisivat mahdollisesti käyt-

tää kuvataidekoulun opiskelijoita apuna. Potilaiden vuorohoitajat huolehtivat viestit puuhun potilaan lähtiessä pois hoidosta tai siirtyessä toiselle osastolle.

Kehittämistyöni aikana kesällä 2016 alkoi Lapin sairaanhoitopiirillä Taide tavoittaa -hanke, joka tavoitteena oli lisätä ja kehittää yhteistyötä taidepalveluja tarjoavien vapaan kentän toimijoiden ja Lapin sairaanhoitopiirin välillä. Hankkeen taidesisältö koostuu monenlaisesta taiteesta musiikista taidemaalaukseen. Taidepajoissa ja yhteisö-projekteissa kiinnitetään erityisesti huomiota henkilökunnan rooliin ja sitoutumiseen taidetoiminnan toteuttamisessa. (LSHP 2016.) Tämän hankkeen esittelyssä ja suunnittelussa sain olla yhdessä kotiutusviestien interventio vastaavan kanssa mukana ja siirsimme taiteellisen vastuun kotiutusviestipuun suunnittelusta Taide tavoittaa -hankkeessa työskentelevälle taiteilijalle. Tavoitteena on saada kotiutusviestipuu osastolle taiteilijan suunnittelemana ja ääriiviat maalattuna, jonka jälkeen henkilökunta ja hoidossa olevat potilaat jatkavat maalaamista yhdessä. Tämän suunnitelman tullessa mukaan ja kirjoitusprosessini laajetessa, jätin kotiutusviestipuun jatkokehittämisen pois omasta kehittämistyöstäni. Kotiutusviestipuu tulee osastollemme kevään 2017 aikana.

Näiden kolmen intervention kehittämisen lisäksi yksikössämme aloitettiin rauhoittumiskeinojen kehittäminen, joka on kivasti lähtenyt etenemään työyhteisössä ja potilaat ovat saaneet käyttöönsä rauhoittamiskeinoja mm. säkkituolit, piirustusvälineet ja lautapelit. Tunnetaan toisemme -intervention käytäntöön viemisen jälkeen huomioitiin, että olimme samalla yhdistäneet tämän intervention kehittämiseen Autetaan toisiamme -intervention elementtejä, nimenomaan yhteisöllisyyden ja potilaiden vertaistukeen kannustamisen, joka yhteisöryhmien kehittämisen kautta tulee. Yksikötason kehittämisen lisäksi olen esitellyt Safewards-toimintamallin kehittämistä tulosalueemme esimiehille ja kahdessa työyksikössä, joissa Safewards-toimintamallin kehittäminen on alkamassa myöhemmin.

5 POHDINTA

5.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelu

Kehittämistyöni arvioinnissa nousi keskeisenä tuloksena esille, että hoitohenkilökunta on selvästi sitoutuneempi ja innostuneempi oman työnsä prosessien kehittämiseen, kun he ovat olleet alusta alkaen mukana kehittämisessä, aktiivisena osallistujana. Oman työn kehittäminen sitouttaa henkilökuntaa paremmin pysymään myös sovitussa käytännöissä. Teija Tynjälän (2016) Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä, joka käsittää Safewards-mallin käyttöönottoa akuuttipsykiatrian osastolla Tampereen yliopistollisessa sairaalassa kerrotaan, että interventioiden suunnittelu ja käynnistäminen olivat heillä enemmän nimettyjen interventio vastaavien vastuulla, kuin koko henkilöstön yhteisesti. Mahdollisesti tämän vuoksi heillä interventioiden toteuttamisen käynnistämiseen tuli viivästymistä ja vastustamista eikä sitouttanut henkilökuntaa samalla tavalla toimintaan kuin kehittämistyössäni oli havaittavissa.

Tynjälän (2016) mukaan kehittämisenvastuu heillä jäi interventioiden vastaaville ja tämän vuoksi henkilöityi heihin, tällaista ei yksikkömme kehittämistyössä noussut missään vaiheessa esille, koska suurin osa henkilöstöstä osallistui itse kehittämistyöhön yhdessä vastaavien kanssa. Intervention vastaavien innostunut asenne vaikutti selvästi positiivisesti koko henkilöstön työskentelyyn. Tynjälä toteaa myös tutkimuksessaan, että heillä oli huomattavissa, kuinka interventio vastaavien asenne vaikutti merkittävästi työskentelyyn ja intervention käyttöönottamisen käynnistämiseen osastolla.

Uusien toimintamallien käytäntöön ottaminen edellyttää henkilöstön asianmukaista kouluttamista, asennoitumista sekä sitoutumista (Kaltiala-Heino 2009). Koko henkilöstön sitoutuminen koettiin tärkeäksi interventioiden käyttöönotossa Tynjälän (2016) tutkimuksessa. Tampereella lääkäreiden osallistamista mietittiin ja heidän koettiin jäävän etäälle asiasta. Samankaltaista kehittämisen tarvetta nousi kehittämistyössäni esille, että sosiaalityöntekijät, psykologit ja lääkärit eivät ole olleet mukana kehittämistyössä, joka aiheuttaa käytännöntyössä vastavasti tietämättömyyttä yhteisistä toimintamalleista. Tynjälän (2016) mukaan yksi interventioiden käyttöönottoa tukevia asioita oli potilaiden heikko psyykinen vointi, joka kannusti henkilökuntaa miettimään uusia keinoja ja toimintamalleja

osastolle. Totean oman havainnoinnin perusteella, että hoitohenkilökunta tarttuu ongelmakohtien kehittämiseen innokkaammin ja tehokkaammin kun tiedostavat, että sillä tavalla saadaan mahdollisesti ratkaistua käytännön työn haasteita.

Käytössä olevat interventiot ovat selkeästi lisänneet yhteisöllisyyttä ja potilaslähtöisempää ajatusta hoitohenkilöstön työskentelyssä. Jonikas, Cook, Rosen, Laris & Kimin (2004) tutkimuksen mukaan potilaiden ja hoitajien yhteistyön korostuessa aggressioiden ja väkivaltatilanteiden ennakoinnissa, auttaa hoitohenkilökuntaa tukemaan potilaan itsehillintää potilaan omien, ennalta suunniteltujen toimintamallien mukaisesti ja mahdollisesti estää näin pakkotoimien käyttöä. Tynjälän (2016) tutkimuksen arvioinnissa hoitohenkilöstö kokikin, että interventioiden avulla päästään luultavasti helpommalla, tilanteet eivät enää kärjisty niin herkästi kuin aikaisemmin, jonka kautta loukkaantumisriskit pienenevät ja osasto rauhoittuu. Kehittämistyössäni suoranaisesti tällaista vertailevaa arviointia ei voida todentaa mutta Safewards-toimintamallien kehittämisen kautta on odotettavaa, että konfliktit ja aggressiivinen käytös osastolla on ennaltaehkäistävässä ja ennakoitavissa entistä paremmin käytännön hoitotyössä.

Tynjälän (2016) tutkimuksen mukaan potilaiden suhtautuminen interventioihin on ollut pääosin positiivista ja he ottivat uudet toimintamallin avoimin mielin vastaan. Samankaltaista palautetta on tullut meidän osastomme potilailta, jotka kokivat Tunnetaan toisemme -intervention kautta hoitajien tulleen tutuimmiksi ja aamuryhmän toteutuksen yhteisöllisemmäksi toiminnaksi kuin aikaisemmin. Päivärytmin selkeyttäminen luo kaikinensa psykoottiselle potilaalle turvallisuuden tunnetta Ala-Ahon, Hakon & Saarennon (2003) tekemän tutkimuksen mukaan, joka osoittaa myös, että eristystilanteita on voitu vähentää muokkaamalla osaston päivä- ja viikkorytmiä. Tämä tutkimus tukee varsinkin meidän Tunnetaan toisemme -intervention kehittämistyön merkitystä tulevaisuutta tarkastellen.

Esimiehellä on päävastuu suunnan näyttäjänä henkilöstön hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja kehitymisessä hoitotyöntekijänä. Tehtävänä on tuoda kehitettävät kohteet näkyviksi ja auttaa työyhteisöä niiden käsittelyssä. Esimiehen rooli korostuu tavoitteiden asettamisessa, seurannassa, tarvittavien ohjeistusten toteuttamisessa, tiedottamisessa sekä henkilöstön sitouttamisessa. Esimies toimii esimerkkinä asenteensa ja toimintatapojensa kautta. (Pitkänen 2015.) Kehittä-

mistyöni onnistumisen yhtenä tärkeänä edellytyksenä oli lähiesimiehen tuki ja osallistuminen aktiivisesti kehittämistyöhön yhdessä henkilöstön kanssa, joka selkeästi nousi kehittämistyössä edistäväksi tekijäksi. Kehittämistyölle annettiin aikaa, resursseja ja henkilöstölle vapaus innovatiivisesti kehittää omaa työtään.

5.2 Kehittämistyön eettisyys

Kehittämistyön aiheen valinta on eettinen kysymys. Aiheen pohdintaan kuuluu selkeyttä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja minkä takia tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126.) Oman kiinnostukseni lisäksi halusin kehittää psykiatrisen potilaan hoitotyönmenetelmiä, joiden avulla voidaan vaikuttaa psykiatristen pakkotoimien ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn.

Kehittämistyön tekemisessä on kiinnitetty huomiota eettisyyteen, kuten osallistuminen on perustunut tutkittavien tietoiseen suostumukseen, he ovat saaneet tiedon kehittämistyön luonteesta, tarkoituksesta ja omasta osuudestaan kehittämisessä. Tutkittaville on kerrottu, miten kehittämistyö toteutetaan, mihin sillä pyritään ja miten tulokset esitetään. Yksittäisen henkilöstönjäsenen anonymiteetti on huomioitu tutkimuksessa, joka ei tule paljastumaan missään vaiheessa ilman tutkittavan suostumusta, kenenkään itsemääräämisoikeutta ei loukata eikä ketään saa painostaa tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219-221; Pelkonen & Louhiala 2002, 131; Salomaa & Keskihannu 2009.)

Kehittämistyön toteuttamisessa noudatetaan kaikilta osin eettisten vaatimusten mukaisia sekä hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 22–23.) Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on laatinut opinnäytetöitä koskevan eettisen ohjeistuksen (Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta 2009), jota tutkijana olen noudattanut kehittämistyön suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa. Kehittämistyölle on pyydetty tutkimuslupa Lapin sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä koska toimintamallien suunnitteluun osallistetaan psykiatrisessa hoidossa olevia potilaita yhdessä henkilökunnan kanssa.

Hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen työssä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja. (Kuula 2011, 34.) Tutkija huolehtii, että tutkimukseen osallistuvia henkilöitä kohdellaan humanista ja kunnioittavasti.

Tutkija suojelee tutkittavien ihmisarvoa ja oikeuksia eikä loukkaa itsemääräämisoikeutta. Tutkija suorittaa aineiston keruun tutkimukseen sopivin menetelmin ja käsittelee tietoja luottamuksellisesti. (Salomaa & Keskihannu 2009.)

5.3 Kehittämistyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, joka korostaa tutkimuksen johdonmukaisuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää siihen liittyviä perusasioita mittareina, kuten tutkijan sitoumus tutkimukseen, tutkimuksen kohde ja tarkoitus sekä aineiston keruu ja analysointi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135; Varto 1992, 103-104.) Suhteeni kehittämistyöhön on muodostunut oman kiinnostuksen kautta. Olen kehittämistyöstäni aidosti innostunut ja kiinnostunut, joka antanut minulle motivaatiota ja kiinnostusta kehittää hoitotyötä yhdessä työyhteisöni kanssa.

Kehittämistyön luotettavuutta lisää tarkka selostus toteuttamisesta. Tarkkuus koskee kaikkia vaiheita prosessin kuvaamisessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 232.) Tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun riittävä dokumentaatio auttaa lisäämään ulkopuolisen arvioitsijan päätelmää luotettavuudesta. (Kananen 2014, 134.) Tutkijana olen noudattanut rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kehittämistyön tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Olen myös kunnioittanut muiden tutkijoiden töitä käyttäen niitä asianmukaisesti työssä. (Kuula 2011, 35.)

Kehittämistyön uskottavuutta ja tulosten luotettavuutta vahvistaa se, että olen tutkija ollut tarpeeksi pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, aineisto keskustelelee tutkimuksen osallistuvien kanssa ja tutkimusprosessi on kirjattu kattavasti ja sen voi vahvistaa luotettavaksi. Tärkeää on myös tutkijan reflektii-visyys omaan aineistoonsa. (Kylmä, Hakulinen & Pelkonen 2004, 250-257.) Koen kuitenkin tutkijana kyenneeni rehelliseen, ja totuudenmukaiseen havainnointiin, osallistumiseen ja arviointiin sekä prosessin kirjalliseen tuottamiseen, joka lisää kehittämistyöni luotettavuutta.

5.4 Kehittämistyön merkitys

Kehittävän työntutkimukseni aihe tuli minulle toimeksiantona oman työni kautta aikuispsykiatriasta. Työskentelen sairaanhoitajana akuutilla vastaanotto-osastolla psykiatrisessa sairaalassa, jossa hoidamme erilaisia mielenterveyshäiriöistä kärsiviä ihmisiä, joiden hoidossa joudutaan ajoittain turvautumaan psykiatriin pakkotoimiin. Joulukuussa 2015 aloin miettiä kehittämistyölleni aiheetta, joka vastaisia ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämistyön vaatimuksia ja saisin sen avulla kehittää hoitotyötä yhdessä työyhteisöni kanssa.

Safewards-toimintamalli on käytössä useissa englantilaisissa sairaaloissa ja on levinnyt myös muualle maailmaan. Toimintamallin vaikuttavuuden arvioimiseksi on toteutettu kokeellinen suunnittelematon tutkimus Englannissa viidessätoista sairaalassa yli kolmella kymmenellä osastolla. Toimintamallin toteuttaneilla osastoilla on konfliktien määrä vähentynyt 14,6 prosenttia ja pakkokeinojen määrä 23,6 prosenttia. (Bowers, James, Quirk ym. 2015.) Tämän tutkimustuloksen pohjalta oli helppo lähteä perustelemaan toimintamallin kehittämistä omassa työyksikössäni henkilökunnalle, kun muutoksen vaikuttavuus on pystytty todentamaan jossain muualla maailmalla. Hoitotyön vaikuttavuuden arviointi on erittäin haastavaa ja olisi ollut kehittämistyöni resursseilla liian vaativa ja laaja kokonaisuus. Hoitotyön vaikuttavuutta kuitenkin selvitellään, jotta pystyttäisiin todentamaan toimintamallien vaikutusta potilaiden hoitoon. (Eriksson, Isola, Kyngäs ym. 2007, 121-124.)

Kehittämistyöni suurena tavoitteena oli potilaisiin kohdistuvien psykiatristen pakkotoimien vähentäminen psykiatrisessa hoitotyössä Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikassa. Tätä tavoitetta en omassa kehittämistyössä pysty arvioimaan ajallisten resurssien vuoksi mutta pystymme kehittämään hoitotyöntoimintamalleja, jotka tulevat toivottavasti tulevaisuudessa vähentämään pakkotoimien käyttämistä psykiatrisessa hoidossa. Kehittämistyöni tavoitteena on kuitenkin ollut ottaa käyttöön psykiatrista pakonkäytön vähentämistä tukeva Safewards-toimintamalli Lapin sairaanhoitopiirin Psykiatrian klinikan akuutilla vastaanotto-osasto-osastolla.

Kehittävän työntutkimuksen tekeminen oli minulle uutta ja alkuunsa tuntuikin erittäin haastavalta toteuttaa. Aloitin työskentelyn joulukuussa 2015 tutustumalla

tutkimusmenetelmään, jonka kautta pystyin hahmottamaan oman roolini tutkijana prosessissa, joka oli kaikkienensa monimuotoinen. Yksi tärkeimmistä henkilökohtaisista tavoitteistani kehittämistyössäni oli, että saan mahdollisimman monen henkilökunnasta osallistumaan prosessin aikana työskentelyyn ja annan siihen tilaa kaikille. Tässä tavoitteessa koin onnistuneeni hyvin. Kehittämistyöläni olen saanut useamman työntekijän innostumaan muistakin yksikössämme olemassa olevista prosesseista, niiden arvioinnista ja kehittämisestä potilaslähtöisemmäksi toiminnaksi.

Roolini tutkijana oli kannustaa ja ohjata sekä osallistua itsekkin kehittämiseen yhdessä työyhteisöni kanssa. Rooli oli haastava ja ajoittain häilyväkin. Sain olla osa työyhteisöäni ja mukana kehittämistyössä, joka oli itselleni henkilökohtaisesti tärkeää. Tutkimusaineiston keräämisen ja kirjalliseen muotoon tuottamisen havainnoimalla koin varsin työteliääksi ja aikaa vieväksi mutta tunnistan kehittyneeni prosessin aikana. Työnjohtaminen ja organisoinnista aikataulullisesti piti ajoittain muistuttaa itseäni ja interventio vastaavia, joka tulee onneksi luonnostaan ja ilman suurempia ongelmia. Konkreettisesti asia kerrallaan eteenpäin mentäessä työskentelystä tuli luontevaa, vaikka prosessin aikana en aina muistanut, että olen tekemässä kehittävän työn tutkimusta tutkijana vaan koin olevani vain yksi työyhteisöni jäsen kehittämässä hoitotyötä.

Toisinaan taas koin työskentelyn haastavana, kun olin yksin vastuussa prosessin etenemisestä ja vaikeuksia oli ajoittain kestää ne asenteelliset vastustukset, jotka koet mahdollisesti loukkaavina tai oman työn merkityksettömäksi tekevinä. Niissä tilanteissa koin parhaaksi vaieta ja ottaa vastaan purkaukset koska niihin on henkilöstöllä oikeus ja ne olivat aivan odotettuja työskentelyyn alkaessani. Niiden edessä täytyy ainoastaan kasvattaa omaa sisukkuutta ja tahdon voimaa viedä prosessia eteenpäin. Vastustusta tulee jokaisessa kehittämistyössä, kun on kysymys erilaisista ja erillä tavalla asiat näkeivistä ja ymmärtävistä ihmisistä. Niiden edessä ei voi alistua vaan kerätä rohkeutta ja jatkaa omalla tavallaan eteenpäin.

On ymmärrettävää, ettei kaikki voi olla yhtä innostuneita kuin tutkija itse tutkimuksesta koska ei ole mahdollistakaan muiden olla niin sitoutuneita toisten projekteihin. Selvisin mielestäni prosessista kuitenkin todella vähäisellä vastus-

tuksella koska työyhteisöni on hyvin avoin ja keskusteleva, työstään ja sen kehittämisestä kiinnostuneita ja innostuneita ammattilaisia.

Potilaiden osallistaminen kehittämistyöhön ei ollut niin aktiivista ja osallistavaa kuin kehittämissuunnitelmassa olin tutkijana alun perin suunnitellut. Tunnetaan toisemme -intervention kehittämisessä, henkilöstön kanssa käytiin paljon keskustelua potilaslähtöisemmästä toiminnasta mutta itse suunnittelussa ei potilaat kuitenkaan kovinkaan aktiivisesti olleet mukana. Yhteiset odotukset -intervention kehittämisessä potilailta kysyttiin odotuksia hoidosta ja kohtelusta aamuryhmässä useampana päivänä. Tärkeimpinä odotuksina hoidosta ja kohtelusta potilailla oli asiallinen ja kunnioittava kohtaaminen kaikkia kohtaan ja se, että potilaalla olisi ajanmukainen tieto omasta hoitosuunnitelmastaan. Osastomme hektisen luonteen ja potilaiden vaikea oireisten psyykkisten sairauksien vuoksi potilaiden osallistaminen kehittämistyöhön oli heikkoa. Toisinaan potilaat eivät osanneet osittain sairaudestaan johtuvien oireiden vuoksi vastata kehittämistyöhön liittyviin kysymyksiin asianmukaisesti.

Kehittämistyöni arviointi liittyi vahvasti Tunnetaan toisemme -ja Yhteiset odotukset -interventioiden kehittämiseen. Pääsääntöisesti kehittämistyön arviointi aineisto arvioi koko prosessia mutta muutamia arviointeja on suoraan kehitettävälle interventiolle. Kaikkinensa kehittämissuunnitelma ja kehittämisprosessi koettiin myönteisenä ja tervetulleena työskentelymallina työyhteisön ja työnprosessien kehittämisessä. Jokainen henkilöstöstä tietää mitä psykiatriset pakkotoimet ovat ja kuinka haastavaa niiden ehkäiseminen tai ennakointi käytännön työssä onkaan. Toimintamallien sisällöt eivät ole uutta asiaa meille arkipäivässä mutta niiden esille tuominen ja yhteiseksi käytännöksi vieminen selkeyttää toimintaa ja helpottaa myös uutta henkilöstöä perehtymään hoitotyöhön. Tärkeimpänä prosessina kehittämisessä koettiin kuitenkin yhteisten asioiden ymmärtäminen, yhteisesti tekeminen ja jatkotyöskentelyn suunnittelu, ettei jäädä tähän vaan prosessi jatkuu samanlaisella syklillä. Tärkeänä kommenttina Learning café paperilta löysin isolla kirjoitetun ”Hyvä Me!” -tekstin, se kertoo siitä, että kehittäminen on tehty todellakin yhdessä koko henkilöstön kanssa.

5.5 Safewards-mallin hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Jatkokehittämissaiheeni liittyy hoitohenkilöstön aggressiutilanteiden ennakointi ja turvallisuus ajattelun eli asenteiden muuttamiseen työyksiköissä ja jokaisen työntekijän henkilökohtaisen ajattelun tasolla. Safewards-toimintamalli on ensisijaisesti aggressioiden ja konfliktien ennaltaehkäisyn toimintamalli ja VEHA -koulutus (eli tunnetummalta nimeltä turvallisuuskoulutukset, joihin hoitohenkilökuntaa on psykiatrisissa sairaaloissa koulutettu jo vuosia) taas väkivaltaoireilun ja muutoin haastavan käyttäytymisen tunnistamisen, ennaltaehkäisyn ja nimenomaan konkreettisten väkivaltatilanteiden hoitamista. Tavoitteena molemmissa menetelmissä on kuitenkin pakkotoimien ennaltaehkäisy ja se, että haastavissa tilanteissa olisi yhteneväiset toimintamallit henkilöstöllä. Käytännötyössä on huomioitu, että tarvetta on henkilöstön lisäkouluttamisessa ennakoinnin, turvallisuuden ylläpitämisen ja sitä kautta psykiatrisen pakon vähentämisen ajatuksen herättämisessä. Henkilöstö tarvitsee olemassa olevia ja uusia vaihtoehtoisia toimintamalleja pakonkäytölle ennen kuin turvaudutaan eristämiseen tai sitomiseen, joiden pitäisi olla viimeinen vaihtoehto.

Safewards-toimintamallin pilotointi on aloitettu 2016 alusta Psykiatrian Klinikan akuuttilinjalalla, jossa periaatteessa 5 interventiota on eriasteisesti käytännön hoitotyössä toiminnassa. Tarkoituksena on saada toimintamalli muillekin psykiatrian osastoille toimintaan. Safewards-toimintamallin kehittäminen on osittain yksikkökohtaista hoitotyönkehittämistä. Kuitenkin 5/10 Safewards-interventiosta, jotka sisältävät pääosin työntekijän vuorovaikutustaitoja haastavissa potilastilanteissa, asenteellisuutta ja aggression hallintaa puheella tai tilanteiden ennakoinneilla täydentävät VEHA -koulutusten nykyistä teoria osuutta. Tavoitteena yhteisellä kehittämisellä on saada koulutuspaketti ja toimintamallit, jossa VEHA-koulutuksissa käytetty teoreettinen osuus yhdistetään Safewards-interventioiden kanssa yhtenäiseksi teoriapaketiksi, joka herättää henkilöstön ennakointi ja turvallisuus ajattelua. Teoriaosuutta on tarkoitus räätälöidysti käyttää kaikissa yksiköissä niin poliklinikoilla kuin sairaalaosastoilla. Yksiköissä olisi ensisijaisesti vastuu Safewards-toimintamallin kehittämisestä, koulutuspaketin on tarkoitus tukea tätä kehittämistä ja antaa teoreettista pohjaa ennakoinnista ja turvallisuuden ylläpitämisestä ennen VEHA-koulutusta, jossa harjoitellaan konkreettisesti haastavien väkivaltatilanteiden hoitamista.

Kehittämistyön lisäksi jatkotutkimusaiheeksi voisi ajatella vaikuttavuuden arviointi tilastollisesti, miten Safewards-toimintamallin kehittäminen osaksi hoitotyötä näkyy pakkotoimenpiteiden määrässä. Tärkeämpänä vaikuttavuuden arviointina itse tutkijana pidän kuitenkin hoitohenkilöstön ja psykiatristen potilaiden kokemuksia Safewards-toimintamallin työstämisestä ja vaikutuksesta käytännön hoitotyöhön ja pakkotoimien ennakointiin ja käyttöön psykiatrisessa hoidossa.

LÄHTEET

- Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Duodecim* 2003; 119:1969–75.
- Aulanko, Mari. 1999. *Johdan itseäni. Aikaa on energiaa riittää.* Jyväskylä: Gummerrus.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H. ym. 2014. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014:21;499–508.
- Bowers, L., James, K., Quirk A., Simpson, A., SUGAR, Stewart, D. & Hodsoll, J. 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing studies*, 2015:52;1412-1422.
- Bowers, L. 2014a. A model of de-escalation. *Mental Health Practice* 2014:17(9); 36–37. Safewards. Viitattu 20.10.2015 <http://www.safewards.net>.
- Bowers, L., 2014b. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014:21;499–508.
- Cameron D, Kapur R & Campbell P. 2005. Releasing the therapeutic potential of psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 64-74.
- Castren, M., Heliö, N., Kämäräinen, L. & Sahi T. 2012. Ensiapuopas- mielen-terveyden erityistilanteita. Viitattu 8.2.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00015
- Engeström, Y. 1987. *Learning by Expanding. An activity-theoretical approach to developmental research.* Helsinki: Orienta-Konsultit
- Engeström, Y. 1995. *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita.* Helsinki: Painatuskeskus.
- Engeström, Y., Engeström, R., & Vähäaho, T. 1999. *When the center does not hold: the importance of knotworking. Activity theory and social practice: cultural-historical approaches.* Aarhus: Aarhus University Press, 199.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede.* Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Etene 2001. *Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.* Helsinki: Etene-julkaisut I. Viitattu 16.1.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaija+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Kansanvalistusseura, 16-38.
- Hämäläinen, L. & Reiman, M. 2007. Hoitajien mielipiteitä tahdosta riippumattoman hoidon eettisyydestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Jonnikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C. A., Laris, A. & Kim, J-B. 2004. Brief Reports: A Program to Reduce Use of Physical Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *Psychiatric Services*. Viitattu 25.2.2017
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.55.7.818>.
- Juuti, P. & Nivala, V. 2006. Johtaminen eilen, tänään ja huomenna. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Jähi R. 2004. Työstää, tarinoida selviytyä. Akateeminen väitöskirja, terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kaltiala-Heino, R. 2009. Pakkotoimia psykiatrisen hoidon aikana voi vähentää. Pääkirjoitus. *Lääkärilehti* 24, 2268.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Ketola, M. 2015. Safewards – Turvalliset osastot. Viitattu 17.10.2015
http://www.psy.fi/images/doc_ja_pdf/SCH/Ketola.pdf.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka; aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, Pekka 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskus. Raporttisarja 2005/2. Helsinki.
- Kvale, S. 1996. Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.144-159.

- Kylmä, J., Hakulinen, T. & Pelkonen, M. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6), 250-257.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. *Acta Universitas Ouluensis. D140. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala.*
- Lapin sairaanhoitopiiri. 2015. Sairaanhoitopalvelut. Psykiatrian klinikka. Akuuttilinja, osasto 1. Viitattu 25.2.2017 http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Psykiatria/Psykiatrian_klinikka/Akuuttilinja_Osasto_1
- Lapin sairaanhoitopiiri. 2016. Taide tavoittaa -hanke jalkautunut Lapin keskussairaalaan. Viitattu 25.2.2017 http://www.lshp.fi/fiFI/Taide_tavoittaaahanke_jalkautunut_Lapin_k
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: Sanoma Pro.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa T. Kallaanranta, P. Rissanen & A. Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Keuruu: Kustannus oy Duodecim, 191-209.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatriassa hoidossa*. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos: työpaperi 35/2016.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Miettinen, R. 1990. Koulun muuttamisen mahdollisuudesta. Analyysi opetustyön kehityksestä ja ristiriidoista. Helsinki: Gaudeamus
- Mäkitalo, J. 2014. Työtoimintalähtöisten menetelmien menetelmäopas työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Noppari E, Kiiltomäki A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.
- Nummi P. 2007. Fasilitaattorin käsikirja. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät - Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.
- Paso, E., Mäkitalo, J. & Palonen, J. 2001. Viimeinen työkirja? Kokkola: Art Print Oy

- Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.), Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 126–136.
- Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim* 128(22), 2336-2343.
- Pitkänen, M. 2015. Aggressio- ja väkivaltatilanteiden kohtaaminen – ”Työntekijä voi joutua kirsikaksi kakussa”. Laurea-ammattikorkeakoulu Hyvinkää. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim*, 127(1):5-7. Viitattu 23.11.2015
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99270.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 9-36
- Räihä, K. 2004. Learning Cafe uuden tiedon synnyttämisen työkaluna. Tasa-arvosta lisäarvoa alueiden hyvinvointiin. Viitattu 7.10.2016
<https://www.yumpu.com/fi/document/view/15324242/tasa-arvosta-lisaarvoa-alueiden-hyvinvointiin-tyokirja-2-poliisi>
- Safewards 2015. Viitattu 3.12.201. <http://www.safewards.net/fi/>
- Salomaa, E. & Keskihannu, I. 2009. Lapin sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta. Lapin sairaanhoitopiirissä tehtävien opinnäytetöiden eettinen ohjeistus.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun verkkojulkaisu.
- Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi. Viitattu 25.10.2016
http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius15040_5.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 23.11.2015
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiat Epidemiol* 45, 889-897
- Tanskanen A. 1999. Tuumasta tekstiksi- perusopas seminaari ja opinnäytetyön tekijälle. Tampereen yliopisto.

- Taxis, J.C. 2002. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 23, 157-170.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. Tilastoraportti. Viitattu 25.10.2016
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_FI.pdf?sequence
- Timlin, U. 2012. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa M. Hentinen & H. Kyngäs. (toim.) *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 161-176.
- Toikka, K. 1984. Kehittävä kvalifikaatiotutkimus. Valtion hallinnon kehittämiskeskus. *Julkaisusarja B nro 25*.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Tuori, T. & Kiikkala, I. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen lääkärilehti*. 37/2004, 3411-3414.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tynjälä, T. 2016. Safewards -mallin käyttöönotto akuutti-psykiatrian osastolla. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Verkostojohdamisen oppaan nettiversio.2012. Viitattu 7.10.2016
http://verkostojohdaminen.fi/?page_id=139.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vantaa: Kustannusyhtiö Tammi.
- Virkkunen, J. 1995. Työpaikkatarkastuksen ristiriidat ja niiden ylittämisen mahdollisuudet. Tutkimus keskusteluun perustuvan työn välineistä ja tuloksellisuudesta. Työministeriö. *Työpoliittinen tutkimus* 123.
- Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. *Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä*. Helsinki: Edita Oyj.
- Vuorilehto, M., Tuulevi, L., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. *Uudistuva mielenterveys*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.
- Walker S & Lloyd C. 2010. Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 7, 383-391.

LIITTEET

- Liite 1. Tullaan tutuksi -lomake
- Liite 2. Akuuttilinjan yhteisöryhmäohje
- Liite 3. Yhteiset odotukset -huonetaulu
- Liite 4. Tunnetaan toisemme -malli
- Liite 5. Sisällönanalyysi -kaavio
- Liite 6. Toimeksianto
- Liite 7. Tutkimuslupa

LIITE 1

**Tullaan tutuiksi -kaavake henkilökunnalle**

Sinun ei tarvitse vastata jokaiseen kysymykseen tässä kaavakkeessa, mutta ole ystävällinen ja kerro jotain itsestäsi. Tämä puhtaaksikirjoitetaan, laminoidaan ja laitetaan esille osaston puolelle, jotta ihmiset oppisivat tuntemaan toisensa helpommin.

Nimi:
Ammattinimike:
Työkokemus psykiatriassa vuosina:
Pidän:
En pidä:
Harrastukset/mielenkiinnon kohteet:
Aikaisempi työkokemus:
Suosikki televisio-ohjelma:
Elokuva :
Kirja:
Musiikki:
Ole ystävällinen ja anna jokin selitys vastauksillesi (esim. "koska se sai minut nauramaan...)
Lempisitaatti:
Paras elämänohje:
Jotain muuta???

SAFEWARDS Tunnetaan toisemme – toimintamallin kooste ja sen johdosta sovitut uudet toiminnot 24.8.2016

AAMURYHMÄ

- **Arkiaamuisin klo 8.00** (alkaen 29.8.2016)
 - o potilaiden **herätys klo 7.30–7.45**
- **2x AK** → toisella ryhmän veto, toinen huolehtii ruokailuun liittyvät asiat
- **Jokainen työvuorossa oleva hoitaja osallistuu ryhmään**
 - o samalla esittelee itsensä kun käydään työvuorossa olevat työntekijät läpi, kertoo kenen vuoroheittäjänä on → Tunnetaan toisemme – toimintamallin ajatuksella mennään
- **Aamuryhmän sisältö**
 - o Työvuorossa olevat ja tulevat työntekijät esitellään
 - o Ruokalista
 - o Toiminnallisen hoidon palvelut
 - o Mahdolliset tiedotukset päivälle
 - o Puuhalista → päivitetty versio (ei emäntää/isäntää valita)
 - viikonlopun työvuorot jaetaan perjantai tai ak huolehtii viikonloppu aamuisin puuhalistan täyttämisen

YHTEISÖRYHMÄ

- **Lauantaina klo 13–15 välillä**
 - o raporttihoitajat vetävät, mahdollisuuksien mukaan muut mukana
 - o perjantainiltana suunnitellaan ryhmää, 2 hoitajaa ja potilaat
 - o tilanteen mukaan pidetään muuna päivänä, jos ei onnistu lauantaina pitää
- **Asiantuntijaryhmät**
 - o toteutetaan arkena esim. kerran kuukaudessa
 - o pyydetään erityistyöntekijöitä, lääkäreitä, erilaisia asiantuntijoita pitämään informatiivisia ryhmiä
- **Yhteisöryhmän sisältö ja muuta huomioitavaa:**
 - o Ryhmään suunnittelussa ja osallistumisessa arvioidaan ja huomioidaan aina potilaan / potilaiden psyykinen ja fyysinen kunto
 - o Ryhmässä aina ryhmänvetäjä, joka rajaa tarvittaessa puheenvuoroja
 - o Ryhmässä esittäytyään ryhmän jäsenille
 - o Avoinryhmä → käsitellään ja puhutaan ns. neutraaleista asioista, ei mennä henkilökohtaisuuksiin
 - o Kuunnellaan potilaiden toiveita yhteisöryhmästä ja mahdollisuuksien mukaan toteutetaan niitä

YHTEISET ODOTUKSEMME

VIIHTYVYYS

- Jokaisen velvollisuus on huolehtia itsestään, puhtaudestaan, asianmukaisesta pukeutumisesta, sekä ympäristön siisteydestä ja viihtyvyydestä.
- Kohtelemme toisiamme kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti.
- Osastomme on hajusteeton.
- Hiljaisuus on osastolla klo 23.00-06.00. Huolehdi, että sekä sinä, että muut saavat nukkumisrauhan. Tuothan viihde-elektroniikkasi säilöön hiljaisuuden ajaksi.
- Tupakointi osastolla tapahtuu tupakkahuoneessa, sekä ulkona sille osoitetuilla aluilla.

YKSITYISYYS

- Kunnioitamme toistemme omaisuutta. Ethän ota mitään toiselle kuuluvaa.
- Vierailuajat osastolla omaisille klo 8.00-20.00, muiden osastojen potilaille klo 18.00-19.00.

TURVALLISUUS

- Huomioithan ettet omalla käytökselläsi aiheuta muille turvattomuuden tunnetta.
- Annathan toisille oman rauhan ja tilan.
- Olemme asiallisia ja kunnioittavia toisiamme kohtaan.
- Päihteiden ja teräaseiden hallussapito ei ole sallittua osastolla.
- Jokaiselle tehdään oma hoitosuunnitelma. Noudatathan siinä sovittuja asioita sekä tehtyjä sopimuksia.

MARIA MERKKU, sairaanhoitaja. Olen työskennellyt psykiatrian puolella vuodesta 2015. Aiempaa työkokemusta on 13 vuotta ravintola- ja matkailualalta. Pidän urheilusta, luonnossa liikkumisesta, koirista sekä mausteisesta ruoasta. En pidä jyrksijöistä enkä pikkulinnuista. Harrastan kuntosalilla käyntiä, spinningiä, lenkkeilyä sekä koiranäyttelyitä. Tykkään katsoa kotimaisia elokuvia, suosikkejani ovat Tumman veden päällä, Napapiirin Sankarit, Tappajan näköinen mies sekä Luokkakokous. Musiikin suhteen olen lähes kaikkiruokainen.

Lempisitaatti: Asioilla on tapana järjestyä, joko ennemmin tai myöhemmin.

Elämänohje: Jos olet onnellinen ja tyytyväinen elämääsi, jatka samalla tavalla. Jos et, muuta jotain.



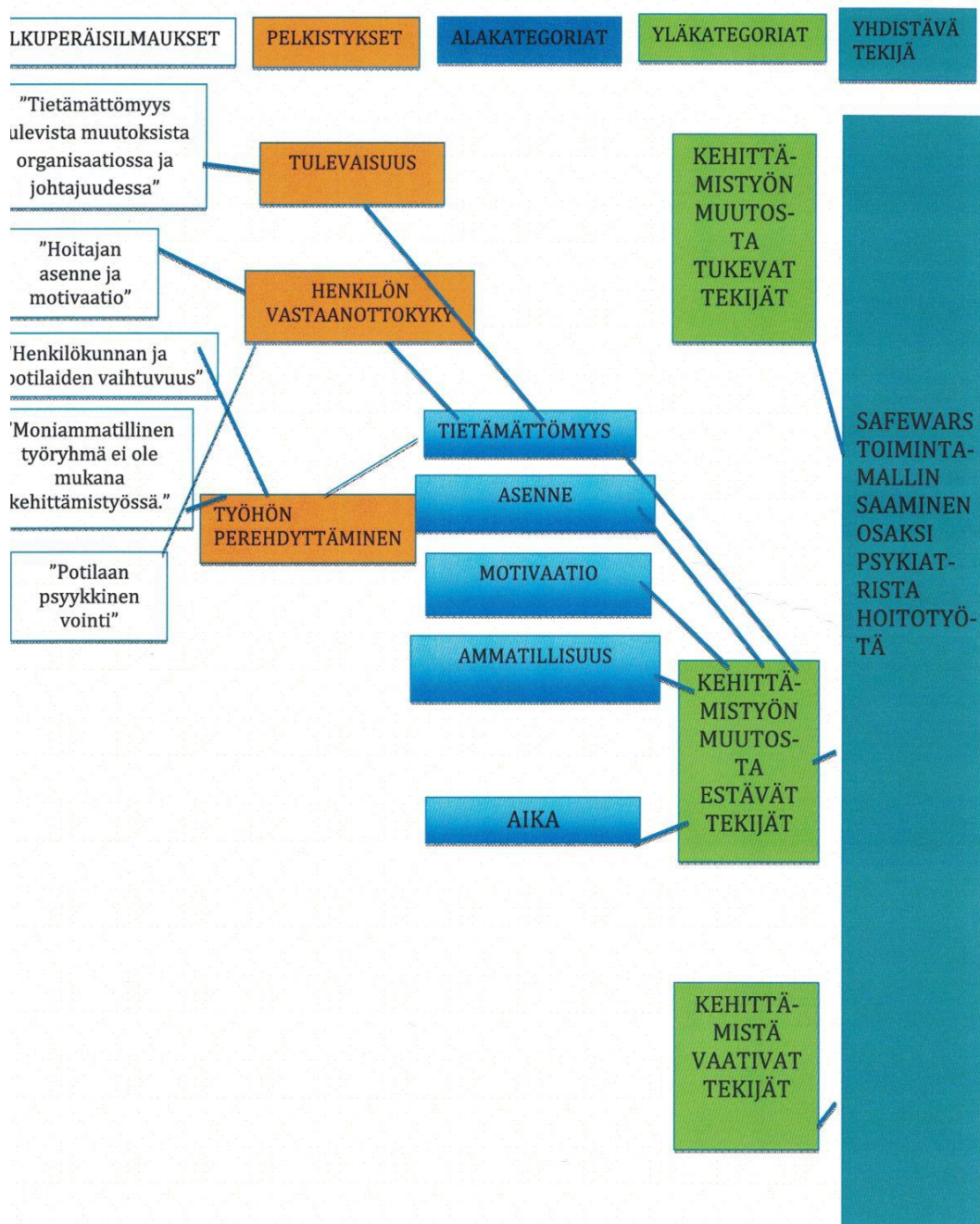
HEIDI BERGMAN, sairaanhoitaja. Psykiatrian puolelta minulle on kertynyt työkokemusta vuodesta 2007. Aiemmalta ammatiltani olen kokki. Pidän tilannekomiikasta, iloisista ja elämänmyönteisistä ihmisistä. Harrastuksiini kuuluu kuntosali, lentopallo ja koirien kanssa lenkkeily. Suosikki tv-ohjelmiani ovat sairaalasarjat. Ruukaan katsoa paljon elokuvia. Kirjoja luen harkiten, lähinnä elämäkertoja ja rikosromaaneja. Kuuntelen pääsääntöisesti kotimaista musiikkia, mutta fiiliksen mukaan myös paljon muuta.

Lempisitaatti: Ei ole konstikaan olla rohkea jos ei pelota!

Elämänohje: Älä pakota asioita tapahtumaan. Kun aika on oikea, asiat kyllä etenevät

Esimerkki sisällön analyysistä:

Liite 5



Liite I (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Lapin sairaanhoitopiiri, psykiatrian klinikka, akuuttiliinja	
Yhteyshenkilö: Johanna Erholtz	Asema/ ammattinimike: Psykiatrian ylihoitaja
Osoite: Totontie 9, 97140 Muurola	Puhelin:
Sähköposti:	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: Safewards - Psykiatriset osastot turvallisiksi LSHP, Psykiatrian klinikka, akuuttiliinja	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis: 12/16
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten? Osastonhoitaja Irma Mustonen, työpaikka tuutori	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input checked="" type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus	Johanna Erholtz ylihoitaja LSHP psykiatrian tulosalue

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Heidi Bergman	Opiskelijan- numero: A1402404
Osoite:	Puhelin:
Sähköposti:	
Koulutus ja suuntausvaihtoehto: Terveyden edistämisen koulutusohjelma, sairaanhoitaja (ylempi AMK)	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoehtoisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus	15.1.2016 Heidi Bergman

Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava Opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi: Marika Kunnari	
Koulutus ja toimipaikka: YTM, tuntiopettaja, Lapin AMK	Puhelin: - /
Sähköposti: marika.kunnari@lapinamk.fi	
Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat	
<input type="checkbox"/> vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista.	
<input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista,	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistusta sekä	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtolovelvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aineiston osalta.	
Allekirjoitus: <i>Marika Kunnari</i>	
Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi: Outi Törmänen	
Puhelin: 010 315 115	Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus: <i>Outi Törmänen</i>	

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

LIITE 7

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

PSYKIATRIAN KLINIKKA		2701		DIAARINRO: TUT / 10 / 2016	
klinikka / tulosyksikkö AKUUTILINJA		tulosyksikkönumero			
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Bergman Heidi Pili Paulina		Henkilötunnus		
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka LSHP, Psykiatrian klinikka / Lapin AMK		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Sairaanhoitaja / Sairaanhoitaja YAMK		
	Kotiosoite		Postiosoite ja -paikka Puhelin		
	Puhelin toimeen 016 / 3288710		Puhelin kotiin		Sähkönnstiosoitte 2100 - P
Suoritettu tutkimus Sairaanhoitaja YAMK		Suoritusvuosi 2016		Suorituspaikka Lapin ammattikorkeakoulu	
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Safetycards - Psykiatriset osastot turvalliseksi				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita		Tutkimusaika muu 2016		
	Kaavanumerot		Alihakuksena		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) YAMK <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus				
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei		
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Heidi Bergman				
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio LSHP, Psykiatrian klinikka, akuuttihoito ja hennelöstö				
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)				
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite				
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input checked="" type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä n. 800€ kokonaissuureksi <input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja				
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		rahoittaja		Sopimuksen nro (kirjaamosta)	
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä		Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)			
Päivämäärä 1.2.2016		Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys Heidi Bergman			
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat				
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyspäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta				
	<input type="checkbox"/> ETENE - ²⁾ TUKIJA				
<input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./ STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾					
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta				
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus				
	Päivämäärä 1.15.2016		Allekirjoitus Katri Vuopala, LT vs. johtajayliääkäri Lapin sairaanhoitopiirin ky.		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätäjä (arkistointi)

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta
³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.
⁴⁾ Rekisteritutkimukset
⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)