



HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ TURVASOLUPILOTISTA PSYKIATRIAN OSASTOILLA

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen keskussairaalassa

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kevät 2024

Karppanen Mija

Luoma Heini

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Tekijä Karppanen Mija, Luoma Heini

Työn nimi Hoitajien näkemyksiä turvasolupilotista psykiatrian osastoilla, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen keskussairaalassa

Ohjaaja Hipp Kirsi

Tiivistelmä

Vuosi 2024

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana oli Kanta-Hämeen hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdepalvelut. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia turvasolupilotin eri vaiheista psykiatrian osastoilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa turvasolun kehittämistä ja käyttöönottoa varten.

Tutkimuskysymykset olivat: Mikä oli hoitajien näkemys turvasolun käyttöönotosta osastoilla? Miten hoitajien näkemys muuttui pilotin eri vaiheissa?

Opinnäytetyön lähtökohtana oli aiheen työelämälähtöisyys ja halu kehittyä ammatillisesti. Lisäksi aihetta oli tutkittu hoitajien näkökulmasta vain vähän, kun taas tutkimuksia turvasolun vaikutuksista potilaisiin, osastoihin ja pakonkäytön vähentämiseen löytyi enemmän.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin psykiatrian osastojen hoitajilta ennen pilottia, pilotin aikana ja pilotin jälkeen paperisella lomakkeella. Tutkimuskysymyksiin lähdettiin etsimään vastauksia hoitajien tuottamista kokemuksista ja näkemyksistä pilotin eri vaiheissa. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistoa käytiin läpi useamman kerran ja se luokiteltiin sekä väri koodattiin, jonka avulla saatiin yläluokat, minkä pohjalta tuloksia tarkasteltiin.

Pilotin jokaisessa vaiheessa tuloksista nousi esiin huoli resurssien riittävyydestä. Ennen pilottia odotuksena oli pakon käytön väheneminen ja potilaslähtöisyyden lisääntyminen, joka nousikin pilotin myötä toteutuneeksi vahvuudeksi. Tuloksista voitiin päätellä, että turvasolupilotin aikana hoitajien näkemykset ja kokemukset vaikutuksista osastoilla muuttuivat. Odotuksista alkoi muodostua vahvuuksia sekä huolet vähenivät. Uusi toimintamalli alkoi jalkautua arkeen eikä herättänyt enää pilotin edetessä niin paljoa kysymyksiä. Hoitajat pääsivät kehittämään toimintaa aktiivisesti ja he tulivat kuulluiksi.

Avainsanat psykiatrinen hoito, pakkotoimet, pakonkäytön vähentäminen, turvasolu

Sivut 40 sivua ja liitteitä 3 sivua

Social and Health Care Development and Management

Abstract

Author Karppanen Mija, Luoma Heini

Year 2024

Subject Nurses Perspectives on the Effects of the Safety Cell Model Pilot in Psychiatric Wards, Central Hospital of the Kanta-Häme Wellbeing Service Coynty

Supervisors Hipp Kirsi

The commissioning party for this thesis was the Mental Health and Substance Services of the Kanta-Häme Wellbeing Region. The purpose of the thesis was study nurses views and experiences of different phases of the safety cell model pilot in psychiatric wards. The goal was to generate information for the development and implementation of the safety cell model.

The research questions were: What were the nurses' views on the implementation of the safety cell model in the wards? How did the nurses' perceptions change during the various phases of the pilot?

The basis of the thesis was the topic originating from working life and a desire to develop professionally. In addition the topic had been studied from the perspective of nurses to a limited extent, whereas there were more studies on the effects of the safety cell model on patients, wards, and the reduction of coercion.

This thesis was conducted as a qualitative study. The data was collected from nurses in psychiatric wards before the pilot, during the pilot, and after the pilot using a paper form. Answers to the research questions were sought from the experiences and views provided by nurses during the different phases of the pilot. The analysis method used was data-driven content analysis.

The data was reviewed multiple times, categorized, and color-coded to obtain categories, which formed the basis for examining the results.

At each stage of the pilot, concerns about the adequacy of resources emerged from the results. Before the pilot, the expectation was a reduction in the use of coercion and an increase in patient-centeredness, which indeed emerged as a realized strength during the pilot. From the results, it could be inferred that during the safety cell pilot, nurses views and experiences of its effects on the wards changed. Expectations began to turn into strengths, and concerns diminished. The new operating model began to be implemented in daily practice and did not raise as many questions as the pilot progressed. Nurses were able to actively develop the operations and felt heard.

Keywords psychiatric nursing, coercive measures, reducing coercion, safety cell model

Pages 40 pages and appendices 3 pages

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Psykiatrisen osastohoito.....	3
2.1	Osastohoidon erityispiirteet.....	3
2.2	Hoitajan edellytykset psykiatrian osastolla työskentelyyn.....	5
3	Tahdosta riippumaton hoito ja pakonkäyttö.....	6
4	Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa osastohoidossa.....	10
5	Pakonkäytön vähentämisen menetelmät osastohoidossa.....	12
5.1	Safewards-malli.....	12
5.2	Dialektinen käyttäytymisterapia ja Mindfulness.....	15
5.3	Turvasolu.....	17
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	18
7	Opinnäytetyön toteutus.....	19
7.1	Aineiston kerääminen.....	20
7.2	Aineiston analyysi.....	20
8	Tutkimuksen tulokset.....	23
8.1	Odotukset henkilöstön näkökulmasta pilotin vaikutuksista osastoilla.....	24
8.2	Turvasolupilotin vahvuudet osastoilla henkilöstön näkökulmasta.....	25
8.3	Huolet henkilöstön näkökulmasta osastoilla ja turvasolussa.....	26
8.4	Henkilöstön ideat jatkotyöskentelylle.....	28
9	Pohdinta ja johtopäätökset.....	29
9.1	Eettisyyden pohdinta.....	29
9.2	Luotettavuuden pohdinta.....	30
9.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	31
9.4	Ehdotuksia jatkotutkimusta varten ja kehittämissuhteet.....	33
	Lähteet.....	35

Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1. Pakkotoimet vuonna 2019 ja 2020.....	8
Kuva 2. Opinnäytetyöprosessi.....	19
Kuva 3. Esimerkkitaulukko sisällönanalysoinnista.....	22

Liitteet

- Liite 1. Sähköposti henkilöstölle
- Liite 2. Kyselylomake, canvas
- Liite 3. Aineistonhallintasuunnitelma

1 Johdanto

Suomessa useat psykiatriset sairaalat ovat rakennettu 1920-luvulla ja ne sijaitsevat usein luonnon lähellä (Varpula, 2023, s. 15). Viime vuosina uusia psykiatrisia sairaaloita rakennettaessa lähestymistapa on ollut täysin toinen, ja ne rakennetaan muiden terveydenhuollon palveluiden läheisyyteen. Sairaaloiden nykyiset rakennukset alkavat tulla käyttö ikänsä päähän, näin on myös Kanta- Hämeen hyvinvointialueen keskussairaalan kohdalla, ja rakenteilla on uusi nykyaikaisempi sairaala, Ahveniston sairaala. Entisen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyi Ahveniston sairaalan hankesuunnitelma joulukuussa 2020, uuden sairaalan käyttöönotto on arvioitu tapahtuvan vuonna 2026. Uusissa rakennuksissa pystytään paremmin huomioimaan tilojen vaatimukset, joita muun muassa Suomen mielenterveyslaki asettaa. (Kanta-Hämeen keskussairaala, 2020)

Psykiatriset hoitoympäristöt ovat tällä hetkellä melko kolikkoja ja pelkistettyjä, joka voi aiheuttaa potilaissa turhautumista ja ärsyyntymistä. Kolkkojen hoitoympäristöjen seurauksena potilaiden käytös voi muuttua väkivaltaiseksi tai muuten uhkaavaksi. Potilaan väkivaltainen käytös voi johtaa pakonkäyttöön osastolla. Uusissa psykiatrian tiloissa pyritään tilojen viihtyvyydellä ja esteettisyydellä vaikuttamaan vähentävästi turhautumiseen sekä ärsyyntymiseen, ja näin ollen mahdollisesti myös pakkoon. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019). Ahveniston sairaalassa tullaan psykiatrian osastoilla kiinnittämään tähän huomiota ja varautumaan myös erityishoitotiloihin, muun muassa Turvasoluun. Turvasolun käyttöönotolla pyritään vähentämään tarvetta käyttää pakkotoimia, esimerkiksi muista potilaista eristämistä, ja turvaamaan ennakoivasti potilasta itseään sekä ympäristöä. (Kanta-Hämeen keskussairaala, 2020)

Vuonna 2016 Suomessa käytettiin pakkotoimia väkivaltaisen potilaan hoidossa 4245 kertaa. Laukkanen on todennut väitöskirjassaan, että 2017 vuonna Suomessa käytetyin pakkokeino on ollut eristäminen, ja tätä toimenpidettä käytettiin yhteensä 4006 kertaa (Laukkanen, 2021, s. 51). Vuonna 2020 erilaisia pakkotoimia käytettiin kaiken kaikkiaan 13654 kertaa (THL, 2021). Tavoitteena on vähentää pakkotoimia ja käyttää ensisijaisesti vuorovaikutuksellisia kuunteluun, läsnäoloon, keskusteluun ja havainnointiin perustuvia menetelmiä. (Lahti ym., 2018, s. 15)

Turvasolu tähtää siihen, että pakkotoimia ei tarvitsisi välttämättä lainkaan käyttää potilaan psyykkisen voinnin heikentyessä. Tehostetulla vuorovaikutuksella ja läsnäololla voitaisiin saada potilaan vointi jälleen kohentumaan siten, että hän ei ole enää vaaraksi tai haitaksi itselleen eikä muille. Hoidon psykiatrialla tulisi toteutua ensisijaisesti potilaan kanssa yhteistyössä ja pakon käyttöä osastoilla tulee systemaattisesti vähentää. Tähän velvoittaa

Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset ja psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet. (Makkonen ym., 2016, s. 3)

Työn toimeksiantaja on Kanta-Hämeen hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdepalvelut. Opinnäytetyön tekijät työskentelevät Kanta- Hämeen keskussairaalan psykiatrian osastotoiminnoissa lähijohtajina. Kiinnostus aiheeseen nousee halusta kehittyä ammatillisesti, kehittää uutta toimintamallia sekä saada valmiuksia henkilöstön osallistamiseen ja tukemiseen uudessa ympäristössä uuden toimintamallin mukaisesti. Lisäksi turvasolun vaikutuksia osastoihin, pakon käytön vähentämiseen ja potilaisiin on tutkittu ja siitä on tehty YAMK tasoisia opinnäytetöitä, kun taas henkilöstön kokemusta ja näkemystä turvasolun vaikutuksista psykiatrian osastoilla on tutkittu vähemmän.

Tämän opinnäytetyön tietoperustassa avaamme psykiatrasta hoitotyötä sekä mitä pakon käytön vähentäminen on ja minkälaisia menetelmiä tähän voidaan käyttää. Muutoksen käynnistyessä on tärkeää ottaa koko henkilöstö mukaan ja mahdollistaa osallistuminen uudenlaisen toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen sekä lopputulosten arviointiin. Osallistaminen lisää motivaatiota ja sitoutumista muutoksen pysyvyyteen sekä uuden toimintamallin toteuttamiseen arjessa. (Kallankari, 2019, s. 86).

Turvasolupilottiin valittu hoitohenkilöstö on ollut mukana alusta asti suunnittelemassa pilotin toteutusta. Kuitenkin näemme, että koko henkilöstön näkemysten huomioon ottaminen on onnistuneen suunnittelun, arvioinnin ja kehittämisen kannalta tärkeää. Tämän työn tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä turvasolupilotin eri vaiheista psykiatrian osastoilla. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa turvasolun kehittämistä ja käyttöönottoa varten.

2 Psykiatrinen osastohoito

Mielenterveyspalvelut jaetaan perus- ja erityistason palveluihin. Palveluja tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä perus- että erityistasolla. Erityistason mielenterveyspalveluita tuotetaan erikoissairaanhoidossa, jossa tuotetaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluiden kokonaisuuksia. Mielenterveyspalveluiden viranomaisohjauksesta ja lainsäädännöstä vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, toimintaa valvoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira sekä aluehallintovirastot. (THL, n.d.)

Tämän työn aihe kohdentuu erityyssairaanhoidon palveluun, joka tähän opinnäytetyöhön liittyen tuotetaan Kanta-Hämeen keskussairaalan osastoilla. THL:n määritelmän (THL, n.d.) mukaan ensisijainen vastuu hoidosta on erikoissairaanhoidossa esimerkiksi silloin, kun potilaan oireet ovat vaikeita, potilaalla on useita samanaikaisia hoitoa vaativia mielenterveydenhäiriöitä, potilaan toimintakyky on vakavasti heikentynyt tai potilas on itsemurhavaarassa.

On arvioitu, että Suomessa on eniten mielenterveysongelmia Euroopassa. Aikuisväestöstä noin kymmenesosa suomalaisesta kärsii masennuksesta ja 3,5% elinikäisestä psykoottisista jaksoista. Psykoottiset häiriöt ovat myös yleisin syy psykiatriselle osastohoidolle. (Laukkanen, 2021, s. 21-22). Suomessa hoidettiin vuonna 2022 psykiatrisessa osastohoidossa noin 21 000 potilasta. Osastohoidossa olevien potilaiden määrä laski vuodesta 2021, samaan aikaan hoitajaksojen pituus lyheni, ja alle viikon jaksoja kaikista osastojaksoista oli 47,3% (Kyrölä, 2023, s. 1-2).

2.1 Osastohoidon erityispiirteet

Kanta-Hämeen keskussairaalassa yli 18-vuotiaille psykiatrista osastohoitoa tarjotaan neljällä eri osastolla, akuuttipsykiatrian osasto P2 (17 potilaspaikkaa), vastaanotto-osasto P3P (14 potilaspaikkaa), akuuttikuntoutusosasto P4K (17 potilaspaikkaa) ja akuuttipsykiatrian osasto P5 (10 potilaspaikkaa). Osastoille tullaan läheteellä joko vapaaehtoiseen hoitoon (B1-lähete) tai tahdosta riippumattomaan tarkkailuun (M1-tarkkailulähete). (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.).

Samalla osastolla on hoidossa erilaisilla tavoilla oirehtivia potilaita. Potilas saattaa olla esimerkiksi vaikeasti masentunut, maaninen, vetäytynyt, psykoottinen, itsetuhoinen tai sairastaa vaikeaa syömishäiriötä. Osa potilaista saattaa myös käyttäytyä väkivaltaisesti toisia potilaita, henkilökuntaa tai tiloja kohtaan. Esimerkiksi Kanta-Hämeen hyvinvointialueella

teetetyssä työterveyslaitoksen työhyvinvointikyselyn tuloksista selviää, että vuonna 2023 aikuispsykiatrian osastoilla 94,2% henkilökunnasta on kokenut väkivalta- tai uhkatilanteita potilaan taholta. Hoito osastolla määritellään potilaan tarpeen mukaisesti ja samalla määritellään osasto, johon potilas sijoittuu hoidon aikana. Sairauden ollessa akuutissa vaiheessa potilas tarvitsee erilaista hoitoa kuin tilanteessa, jossa hoito on edennyt jo kuntouttavaan vaiheeseen. Tavoitteena on, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa turvallisessa ja vakaassa ympäristössä. Tärkeässä asemassa on luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä, joka auttaa potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa. (Kuosmanen, 2009, s. 15 – 16)

Osastoilla tarjotaan kriisi-, tutkimus-, hoito- sekä kuntouttavia jaksoja. Osastohoitojakso on määräaikainen ja tavoitteellinen jakso, jonka aikana potilaalle on nimetty ainakin yksi hoitaja (omahoitaja) ja lääkäri. Yhdessä potilaan kanssa he suunnittelevat potilaan hoitoa, etsivät ratkaisuja potilaan ongelmiin ja pyrkivät löytämään keinoja, joilla voidaan turvata potilaan selviytyminen sairaalahoidon jälkeen. (Mielenterveystalo.fi, n.d.). Potilaan osallistaminen oman hoidon suunnitteluun vahvistaa hänen sitoutumistaan hoitoon (Vuorilehto ym. 2014, s. 66).

Kriisijakso voi kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon, tutkimusjakso kestää enintään neljä viikkoa. Hoito- ja kuntoutusjaksot kestävät niin kauan, kun sairaalahoidon tarve on olemassa. Pitkissä hoidossa tehdään kolmen kuukauden välein väliarvio hoidon suunnitelman toteutumisesta ja tehdään siihen tarvittavia muutoksia. Hoito tähtää siihen, että potilas pärjää sairautensa tai oireensa kanssa joko kotona itsenäisesti avohoidon tuella tai tuetussa asumisessa. (Vuorilehto ym. 2014, s. 66.; Mielenterveystalo.fi, n.d.)

Hoito osastolla sisältää hoitosuunnitelman mukaisesti hoidollisia keskusteluja omahoitajan ja lääkärin kanssa sekä toiminnallista kuntoutumista joko yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti. Hoitoon osastolla osallistuu moniammatillinen työryhmä, johon osallistuu yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti muun muassa toimintaterapeutti, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja kuntoutusohjaaja. Osastohoidon yksi tärkeä tavoite on palauttaa potilaan säännöllinen päivä-, ruokailu- ja arkirytmä sekä pystyä toimimaan toisten ihmisten kanssa vuorovaikutteisesti ja asianmukaisesti. (Mielenterveystalo.fi, n.d.)

Mielenterveyslaissa (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22b) määritellään, että hoitosuunnitelma tulee laatia jokaisesta potilaasta mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelman tekemistä ohjaa THL:n Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Ohjeen mukaan hoitosuunnitelma tulee laatia kaikille potilaille, joiden hoito vaatii koordinoitua ja jotka hyötyvät suunnitelmasta. Hoitojaksoille laaditaan kullekin oma

hoitajaksokohtainen suunnitelma, lisäksi laadittuna tulee olla hoitajaksojen välinen suunnitelma. Hoitosuunnitelma koostuu seitsemästä pääkohdasta; perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot. (Kauvo & Virkkunen, 2022, s. 121-122).

Moniammatillinen työryhmä koostuu eri alojen ammattilaisista asiakkaiden tarpeiden, sairauksien ja oireiden mukaisesti. Yhteistyössä käytetään erilaisia asiakastyön, yhteistyön ja verkostotyön menetelmiä. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö yhdessä potilaan kanssa takaa potilaalle mahdollisimman kokonaisvaltaisen tuen. (Hämäläinen ym. 2017, s. 145). Moniammatillinen yhteistyö nähdään potilaslähtöisenä toimintana, jossa potilaan elämäntilanne ja arki nähdään monista osista koostuvana kokonaisuutena. Moniammatillinen hoito mahdollistaa eheän ja kattavan hoidon eri alojen ammattilaisten jakaessa näkemyksiään ja huomioitaan potilaan elämäntilanteesta, hoidon etenemisestä ja vaikutuksista sekä jatkohoidosta. (Näkki & Savyed, 2015, s.151–152)

Jokaisella jaksolla potilaalle nimetään omahoitaja, jonka tehtävänä on vastata potilaan hoidosta yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Omahoitaja tapaa potilasta säännöllisesti luoden tiiviin hoitosuhteen potilaaseen sekä tarvittaessa välittää tietoa potilaalta muulle työryhmälle. Omahoitajana toimiminen edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja ja työskentelemistä omaa persoonaa hyödyntäen hyvän hoitosuhteen luomiseksi. Kilkku toteaa julkaisussaan, että osastohoidossa olevat potilaat toivovat ennen kaikkea vuorovaikutuksellisuutta, kohtaamista ja läsnäoloa hoitajilta. Hoitosuhteessa tarkennetaan potilaan tarvitseman avun luonne sekä työskennellään yhdessä potilaan kanssa asetettujen tavoitteiden suuntaan. Hoitaja vastaa ammatillisesti hoitosuhteen puitteista ja ylläpidosta, kun taas potilas on hoitosuhteessa oman itsensä, toimintansa, oireiden sekä elämänsä asiantuntijana. Hoitosuhteessa potilaalle annetaan tilaa oivaltaa omia mahdollisuuksia toipumiseen ja tutkia siihen mahdollistavia tekijöitä, löytää omia vahvuuksia sekä pohtia saamansa avun vaikutusta omaan elämään. (Kilkku, 2008, s. 132-133)

2.2 Hoitajan edellytykset psykiatrian osastolla työskentelyyn

Aiemmassa kuvauksessa osastonhoidon sisällöstä nousi esiin ominaisuuksia, joita hoitajalta osastolla työskentelevältä hoitajalta edellytetään. Hoitajalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot sekä ammatillinen kyky toimia moniammatillisessa työryhmässä oman alansa asiantuntijana sekä itsenäisesti konkreettisesti potilastyössä. Hoitajan työskentely

osastolla on vastuullista hoitotyötä, jossa toimitaan potilaiden, joiden toiminta- tai arviointikyky ei välttämättä ole sairauden vuoksi tavanomaisella tasolla.

Terveydenhuollossa työskenteleviltä hoitajilta edellytetään terveydenhuoltoalan koulutusta riittävän ammattitaidon varmistamiseksi. Terveydenhuoltoalan opiskelija voi tilapäisesti toimia laillistetun ammattihenkilön valvonnan ja johdon alaisena.

1) henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö); sekä

2) henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 2)

Lisäksi psykiatrisella osastolla työskentely edellyttää väkivaltaisen käytöksen ennakointi- ja hallintamenetelmiä, joiden tulee olla yhtenäiset toisten hoitajien kanssa.

Psykiatrisella osastolla työskennellessä hoitajilta edellytetään mielenterveyslain sekä potilaan oikeuksia määrittelevän lain hallintaa. Jotta hoito sekä hoidollinen rajaaminen toteutuvat lakien ja säädösten mukaisesti, niistä tehdään tarpeen mukaiset merkinnät valvonnan mahdollistamiseksi. Mielenterveyslainsäädännössä on määritelty missä tilanteessa ja millä tavoin potilasta voi rajata. (Mielenterveyslaki 1116/1990, § 22a)

3 Tahdosta riippumaton hoito ja pakonkäyttö

Täysi-ikäinen henkilö voidaan Suomessa määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon vain, jos seuraavat kriteerit täyttyvät samanaikaisesti

1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;

2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8)

Edellä mainittujen edellytysten täyttämiseksi jokainen laillistettu lääkäri voi tehdä tarkkailulähetteen (M1). Mielenterveyslaissa määritellään tarkkailulähetteen sisältöä tarkasti. Lähetteen tulee sisältää perusteltu kannanotto tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta sekä tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytysten täyttymisestä. Edellytysten selvittämiseksi henkilö voidaan ottaa sairaalaan tarkkailujaksolle.

Tarkkailulähetete saa olla enintään kolme päivää aiemmin laadittu ja sairaalassa virkasuhteisen lääkärin on todettava, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta on vastaavan lääkärin annettava kirjallinen lausunto (M2), jossa tulee olla perusteltuna kannanotto siitä, onko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset olemassa. Mikäli tarkkailuajana ilmenee, että kriteerit eivät täyty, on tarkkailu päätettävä heti ja henkilön on päästävä pois sairaalasta niin halutessaan. Hoito voi jatkua vapaaehtoisuuteen perustuen, jos potilas itse kokee olevansa sairaalahoidon tarpeessa. Mikäli kriteerit täyttyvät, sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri tekee päätöksen potilaan määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon (M3). (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9, § 9 c, § 10)

Pakolla tarkoitetaan tässä työssä mielenterveyslakiin perustuvia erityisiä rajoituksia, joita ovat omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus- ja katsaus, yhteydenpidon rajoittaminen, liikkumisvapauden rajoittaminen, kiinnipitäminen, eristäminen ja sitominen. Näitä potilaan itsemääräämiseen liittyviä oikeuksia sekä muita perusoikeuksia saa lain mukaan rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairaus tai sen hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Rajoittaminen on toteutettava niin turvallisesti kuin on mahdollista ja potilaan ihmisarvoa on rajaamistilanteesta huolimatta kunnioitettava. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22a, § 22b, § 22c, § 22d, § 22e, § 22f, § 22g, § 22h, § 22i, § 22j). Tätä opinnäytetyötä koskee erityisesti eristäminen ja sitominen, joiden tarvetta turvasolulla pyritään vähentämään.

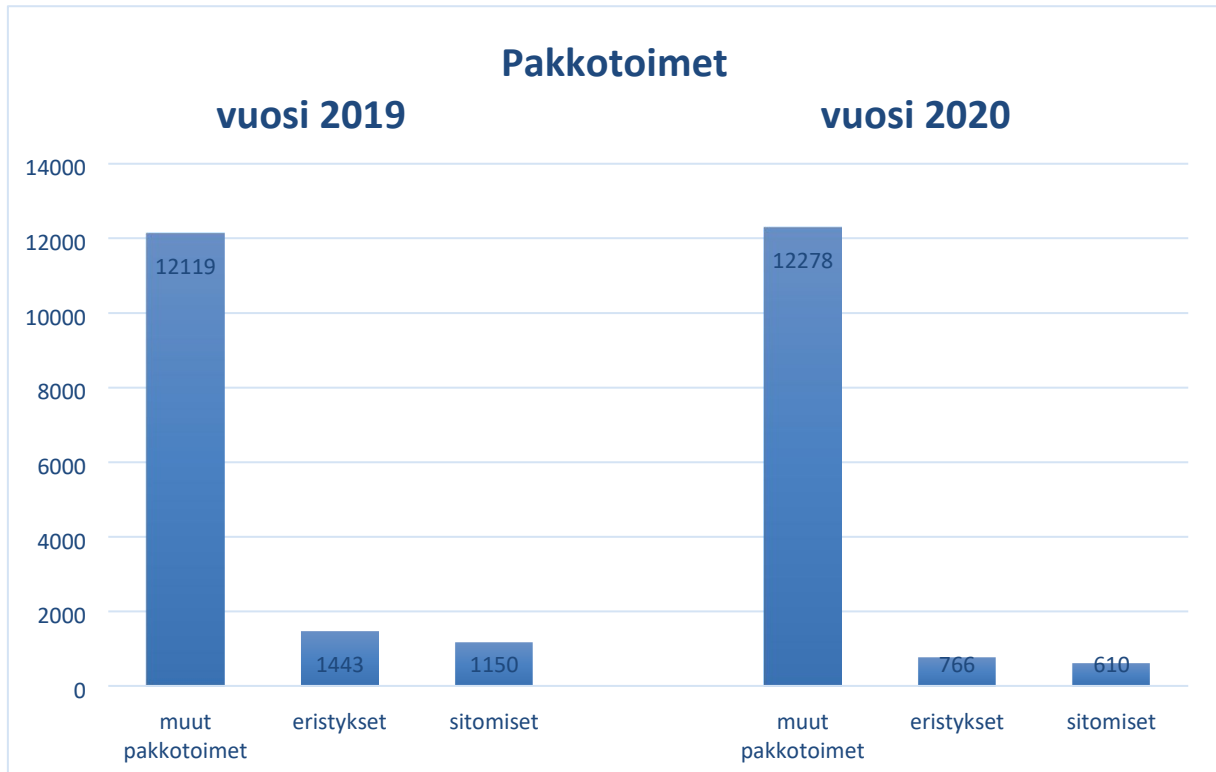
Eristämisessä potilas eristetään muista siihen tarkoitettuun lukittuun huoneeseen. Huoneet ovat usein hyvin pelkistettyjä ja niiden koot vaihtelevat viidestä neliömetristä 49 neliömetriin. Niissä on useimmiten sänky tai patja sekä vuodevaatteet ja pehmeä kuutio pöytänä. Wc ja peseytymistilat ovat huoneen lähetyvillä, johon eristetty potilas pääsee hoitajien kanssa. Joissakin eristämiseen tarkoitetuissa huoneissa voi olla radio tai televisio. Eristyshuoneisiin on kameravalvonta ja niistä tulee olla potilaalla puheyhteys hoitajiin sekä toisin päin. Pääsääntöisesti potilaat raportoivat negatiivisesti näiden tilojen käyttöön ja niissä oleiluun.

Sitominen taas on pakkokeino, jossa potilas kiinnitetään sänkyyn vöillä, hihnoilla tai muilla liikkumista estävillä tavoilla. Sänkyyn kiinnitetty potilaan kanssa hoitaja on jatkuvasti vieressä valvomassa potilasta. Näiden kummankaan pakkokeinon tehokkuutta ei ole pystytty täysin osoittamaan. (Varpula, 2023, s. 15-18)

Mielenterveyslain (Mielenterveyslaki 1116/1990, § 22e) mukaan potilas voidaan eristää muista, mikäli hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, jos hän käyttäytymisellään vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa omaa turvallisuutta tai todennäköisesti vahingoittaisi omaisuutta merkittävästi. Potilas voidaan eristää myös muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Potilas saadaan sitoa ainoastaan sillä perusteella, että hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita eikä eristäminen yhdessä muiden toimenpiteiden kanssa riitä. On laitonta käyttää sitomista ainoana vaihtoehtona. Eristäminen ei tarkoita eristämistä henkilökunnasta vaan päinvastoin potilaan keskustelutarpeeseen ja avunpyyntöön on reagoitava tavallista herkemmin. (Repo-Tiihonen ym, 2012)

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen tilastoraporttien mukaan vuonna 2019 pakkotoimia käytettiin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilaiden hoidossa 14712 kertaa, jotka kohdistuivat 4722 potilaaseen. Kun taas vuonna 2020 käytettyjen pakkotoimien määrä oli 13654 kertaa, kohdistuen 3887 potilaaseen. Vuonna 2019 tilastoiduista pakkotoimista eristämistä muista potilaista oli 1443 (9,8%) kertaa yhteensä 914 eri potilaalle eli 1,6 kertaa kutakin eristettyä potilasta kohden ja sitomista oli 1150 (7,8%) kertaa yhteensä 531 eri potilaalle eli 2,2 kertaa kutakin potilasta kohden. Eristämisen ja sitomisen kokonaismäärä lähes puolittui vuonna 2020, jolloin eristämistä muista potilaista oli 766 (5,6%) kertaa yhteensä 365 eri potilaalle eli 2,1 kertaa kutakin potilasta kohden ja sitomista oli 610 (4,5%) kertaa yhteensä 266 eri potilaalle eli 2,3 kertaa kutakin potilasta kohden. (Kuva 1). Tästä voimme todeta, että kokonaismäärällisesti pakkotoimet vähentyivät vuonna 2020 verrattuna vuoteen 2019, mutta vuonna 2020 pakkotoimet kohdistuivat useammin yhtä potilasta kohtaan. (THL, 2020; THL, 2021)

Kuva 1. Pakkotoimet vuonna 2019 ja 2020.



Hoitajien asenteiden vaikutuksia eristämisen ja sitomisen kestoihin sekä määriin on tutkittu. Asenteilla voidaan vaikuttaa potilaan fyysisen rajoittamisen kestoihin, mutta näissä on havaittu olevan jonkin verran eroja. Kuitenkin useimmiten hoitajat kokevat pakon käyttämisestä, etenkin potilaan fyysisestä rajoittamisesta, syyllisyyttä sekä turhautumista, ja pyrkivätkin etsimään hoitomenetelmiä, jotka olisivat vähemmän rajoittavia. Myönteinen suhtautuminen rajoittamistoimenpiteiden välttämiseen onkin lisääntynyt. (Laukkanen ym., 2022)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa toteutettavan pakon käytön vähentämiseksi on perustettu verkosto 2011, joka on keskeinen kansallinen toimija. Verkosto on saanut uuden nimen 2023, ERA –verkosto eli eettisyys itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa, joka on moniammatillinen asiantuntijaverkosto, johon kuuluu 23 hyvinvointialuetta ja organisaatiota, joista yksi on Kanta-Hämeen hyvinvointialue. Toiminta keskittyy psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan turvallisuuden lisäämiseen ja näin ollen myös työturvallisuuden lisääminen, itsemääräämisoikeuden rajoittamisen eettisyyteen ja sen laadun parantamiseen sekä pakon käytöstä aiheutuvien haittojen ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen. (THL, 2024)

4 Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa osastohoidossa

Viime vuosien aikana globaalina ilmiönä on noussut kiinnostus pakkokeinojen vähentämiseen potilasväkivallan ehkäisemiseksi ja hallitsemiseksi. Pakkokeinojen käyttöä tulisikin harkita vain silloin, jos vähemmän rajoittavat hoitomenetelmät ovat epäonnistuneet, eikä pakkoa saisi käyttää ennaltaehkäisevänä keinona. Lantta on todennut väitöskirjassaan, että potilaan rajoittaminen eli pakon käyttö on yksi syy väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Potilaan väkivaltainen käyttäytyminen voi aiheuttaa lisätarpeen pakonkäytölle, kun taas jos käytettäisiin vähemmän rajoittavia interventioita, joita tähän on kehitetty. (Lantta, 2016, s. 18)

Pakon käytön vähentäminen on yksi hyvän psykiatrisen hoidon merkki sekä laatumittari. Pakon käytön vähentämiseen löydetään harvoin yksinkertaista ratkaisua, sillä pakon käyttämiseen vaikuttaa useat monimutkaiset tekijät liittyen yhteiskuntaan, palvelujärjestelmiin, hoitoyksiköihin sekä potilaisiin ja ammattilaisiin liittyvät tekijät. Pakon käytön määrien seuranta, potilaiden ja omaisten ottaminen aktiivisesti mukaan hoitoon, menetelmäkokonaisuudet, joita käytetään systemaattisesti sekä vuorovaikutuksen syventäminen potilaiden ja henkilökunnan välillä mahdollistavat pakon käytön vähentämisen. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019; Tölli, 2022, s. 31, 113)

Psykiatrisessa hoito tulisi ensisijaisesti toteuttaa potilaan kanssa yhteistyössä ja vapaaehtoisesti. On kuitenkin hyvä muistaa, että aina vapaaehtoinen hoito ei ole mahdollista esimerkiksi aggressiivisuuden tai hoitokielteisyyden vuoksi. Tällöin hoito toteutetaan ainakin osittain tahdosta riippumattomana ja hoito voi mahdollisesti sisältää hoitoon määräämisen lisäksi joitakin pakkotoimia. Pakkotoimien käyttäminen ja perusoikeuksien rajoittaminen pyritään kuitenkin aina tekemään ihmisarvoa kunnioittavasti ja inhimillisesti. Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa osastohoidossa johtuu aina potilaan terveydentilasta ja pakkotoimia pyritään välttämään kaikissa niissä tilanteissa, kun ne eivät ole välttämättömiä. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019; Tölli, 2022, s. 31, 113). Tulee kuitenkin muistaa, että aina pakkoa ei voida välttää. Pakon käyttöön tulee olla perusteltu syy, joka on lakiin perustuva, on todettu muiden keinojen oleva toimimattomia ja pakon käytöllä estetään potilaan itsensä, muiden potilaiden tai henkilökunnan vahingoittuminen. (Makkonen ym., 2016, s. 9)

Jotta pakon käyttöön todella saadaan muutos ja sitä pystytään vähentämään, tulee toimintaa tarkastella ja kehittää yksilö- ja yksikkötasolla systemaattisesti siten, että tunnistetaan tapahtumaketjut, jotka syntyvät väkivaltatilanteissa ja johtavat pakon käyttöön. Muutos ja kehittäminen hoitokäytäntöihin sekä -tottumuksiin vaatii pitkäjänteistä työskentelyä. Tarkastelun ja kehittämisen mahdollistaminen tapahtuu hyvän johtamisen tuella. (Makkonen ym., 2016, s. 9)

Pakon käytön vähentämisen avainasemassa on henkilöstön saama tuki johdolta. Johtamisen keinoja pakon käytön vähentämiseen ovat muun muassa ohjaaminen oikeaan suuntaan omalla esimerkillä, pakkotoimien käytön sekä keston seuranta ja raportointi, pakonvähentämisen systemaattinen tuki ja riittävästä henkilöstöresurssista huolehtiminen. Kuosmanen ja Laukkanen toteavat artikkelissaan, että henkilöstömäärän lisääminen ei ole yksiselitteisesti pakonkäyttöä vähentävä toimenpide. (Kuosmanen, L. & Laukkanen, E., 2019). Tölli (2022, s. 113) täsmentää väitöskirjassaan, että johtajan tulee varmistaa henkilöstön riittävä osaaminen, huolehtia toiminnan lainmukaisuudesta ja eettisesti laadukkaasta hoitotyöstä.

Hyvällä johtamisella varmistetaan potilasturvallisuus ja toimintakulttuurin muotoutuminen kohti vähiten rajoittavaa toimintaa. Riittäväällä henkilöstömäärällä ja huolehtimalla henkilöstön riittävästä osaamisesta sekä kouluttautumisesta voidaan erilaisia menetelmiä pakon käytön sijaan ottaa käyttöön ja näin mahdollistaa pakon käytön vähentäminen. Pakonkäytön vähentämiseen on olemassa monenlaisia menetelmiä. Lisäksi henkilöstö tulisi kouluttaa johonkin aggressionhallintamenetelmään esimerkiksi MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). Erilaisten menetelmien avulla voidaan taata turvallisempi ympäristö henkilöstölle sekä potilaille. (Tölli, 2022, ss. 113-114)

Erilaisia haastavan käyttäytymisen hallintaan tarkoitettuja koulutusinterventioita on useita, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen keskussairaalaossa käytössä on MAPA –toimintamalli. Toimintamalli on kansainvälinen ja Suomessakin laajasti käytetty menetelmä, joka antaa työkaluja haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Sen tarkoitus ja tavoite ovat taata potilaan turvallisuus, huolenpito ja hyvinvointi sekä antaa suojaa niin potilaalle kuin henkilöstölle. (Suomen mapa keskus, 2023; Tölli, 2022, s. 37)

Edellä mainitut tarkoitukset ja tavoitteet ovat MAPA –toimintamallin arvot, joita menetelmä noudattaa. Vaikka menetelmässä koulutetaan fyysisiin interventioihin, sisältää toimintamalli paljon muitakin. Ennaltaehkäisevänä toimintana käytetään verbaalista viestintää, kehonkieltä ja kuuntelemista, fyysiset interventiot ovat viimeinen vaihtoehto ja vain pieni osa toimintamallia. Koko henkilöstön kouluttautuminen ja opittujen taitojen ylläpitäminen toimintamalliin on tärkeää yhteneväisen toiminnan turvaamiseksi haastavassa tilanteessa. (Suomen mapa keskus, 2023; Tölli, 2022, s. 37)

5 Pakon käytön vähentämisen menetelmät osastohoidossa

Tärkeä osa pakon käytön vähentämisessä ja väkivallan ennaltaehkäisyssä on potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen parantaminen. Hyvän vuorovaikutuksen tavoitteena on potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa omasta lääkityksestä, hoidosta sekä osaston toimintatavoista. Hyvällä vuorovaikutuksella on ratkaiseva merkitys osaston ilmapiirin kannalta, voinnista riippumatta potilas aistii kunnioittavan ja ystävällisen asenteen. Henkilökunnan asenteet vaikuttavat pakonkäyttöön, eettistä ristiriitaa pakonkäytössä näkevät hoitajat käyttävät pakkoa vähemmän. (Makkonen ym., 2016, s. 30)

Vuorovaikutuksen, ilmapiirin ja henkilökunnan asenteiden lisäksi myös muilla keinoilla voidaan vaikuttaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Esimerkiksi turvasolupilotin koulutuspäivässä Paula Turunen (2023) kertoi, että Ulrich, Bogen, Gardiner ym. ovat tutkineet, kuinka pakon käytön vähentämiseen voi vaikuttaa muun muassa tilasuunnittelulla. Väkivaltariskissä olevilla potilailla on suurempi oman tilan tarve ja tämän tilan rajoittaminen lisää väkivaltaisuutta. Ahtaassa tilassa potilaan hallinnan tunne heikkenee, ärsykkeet lisääntyvät ja yksityisyys vähenee. Tähän väkivaltariskissä olevan potilaan tarpeisiin pyritään vaikuttamaan turvasoluratkaisulla, jota pilotoitiin tämän opinnäytetyön aikana. Vaikka on selvää, että fyysiset tilat vaikuttavat stressitekijöihin ja stressitekijät lisäävät aggressiivisuutta, on arkkitehtuurin vaikutuksia väkivaltaan tutkittu vain vähän.

5.1 Safewards-malli

Safewards-malli osaltaan tähtää pakon käytön vähentämiseen psykiatrisilla osastoilla. Safewards-mallin mukaan osastolla tapahtuvia konflikteja voidaan ennaltaehkäistä lisäämällä vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä, ja näin ehkäistä ja rauhoittaa aggressio- ja väkivaltatilanteita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009)

Safeward-malli on näyttöön perustuva malli, joka on käytössä useissa erityisesti englantilaisissa mutta myös muiden maiden sairaaloissa. Mallissa on tiivistetty laajasti tutkimusnäyttöä sekä kliinistä kokemusta ja muodostettu niistä helposti toteutettavia konflikteja vähentäviä toimenpiteitä henkilökunnan ja potilaan välillä. Mallin vaikuttavuutta on arvioitu yksittäissokkotutkimuksen avulla vuonna 2015, jonka mukaan konfliktien määrä osastoilla väheni 14,6% ja pakkokeinojen määrä väheni 23,6%. Mallia implementoi sekä kehittää Lontoo Institute of Psychiatry –tutkimuskeskuksessa työskentelevä professori Len Bowers. (Safewards, 2015; Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 2)

Mallissa opetetaan ja ohjataan työntekijöitä erilaisin interventioin ennakoimaan ja ennaltaehkäisemään aggressiotilanteita. Interventioita ovat ystävälliset sanat, turvallisuuden ylläpitäminen, rauhoittumiskeinot, avun antaminen, positiiviset sanat, puheella rauhoittaminen ja kotiutusviestit. Interventioiden taustana on ajatus, että akuutisti sairaiden ihmisten hoito voi olla erittäin vaikeaa. Hoitotyön tavoitteena on, että esimerkiksi aistiharhoja ja harhaluuloja kokevat tai muuten rauhattomat ja ahdistuneet potilaat saavat riittävän perushoidon, pystyvät luomaan hoitosuhteen sekä kykenevät ylläpitämään sosiaalisia suhteita muiden potilaiden kanssa vahingoittamatta itseään tai muita. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 927; Safewards-malli, n.d.)

Vuorovaikuttamalla ystävällisillä sanoilla ja eleillä kunnioittavasti ja kohteliaasti potilaan tila huomioiden, pyritään estämään konfliktien syntyminen ja lisäämään yhteistyötä potilaan kanssa. Turvallisuuden ylläpitäminen on tärkeää potilaan turvallisuuden tunteen ylläpitämisessä ja lisäämisessä. Osasto-olosuhteissa saattaa tulla eteen tilanteita kuten väkivaltatilanteet, levottomat potilaat, rajoittamistilanteet, huoneen jakaminen toisen potilaan kanssa ja niin edelleen. Nämä tilanteet voivat aiheuttaa potilaassa pelkoa tai vihan tunnetta ja näitä tunteita potilaan sairaus saattaa osaltaan lisätä. Turvallisuuden tunnetta voi lisätä käymällä pelottavat tai ahdistavat tilanteet läpi tilanteen jälkeen ja potilaille annetaan mahdollisuus avoimesti puhua ja kertoa kokemuksestaan ja tuntemuksistaan tilanteessa sekä olemalla läsnä potilaalle. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 927; Safewards-malli, n.d.)

Potilaan ollessa jännittynyt, ahdistunut tai muuten tuskainen, häntä voidaan ohjata ja harjoitella yhdessä rauhoittamaan itseä ja tasaamaan tunteita käyttämällä erilaisia konkreettisia keinoja ja välineitä. Keinoina voidaan käyttää rentouttavia tuoksuja ja ääniä, miellyttävän tuntuisten materiaalien koskettelemista tai muuta rauhoittavaa toimintaa, joka kullekin potilaalle parhaiten auttaa. Tarkoituksena on löytää yksilöllinen tapa, joka rauhoittaa juuri kyseistä potilasta ilman lääkkeitä. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 927; Safewardsmalli, n.d.)

Osastohoidossa on tärkeää huomioida, että osasto on sosiaalinen yhteisö ja yhteisöllisyydellä on suuri merkitys muun muassa sosiaalisen arvostuksen saamiselle ja itsetunnon kohentumiselle. Noin puolet väkivaltatilanteista johtuu potilaiden käyttäytymisestä sekä potilaiden keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Yhteisöllisyyttä voi tukea esimerkiksi tukemalla potilaita avun antamiseen toiselle myös tilanteissa, joissa keskinäinen luottamus ei välttämättä ole muodostunut. Yhteisökokoukset antavat mahdollisuuden yhteisille tavoitteille ja auttavat potilaita sitoutumaan yhteisiin odotuksiin, jotka vähentävät konfliktitilanteita osastolla. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 927; Safewards-malli, n.d.)

Positiivisilla sanoilla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan tapaa puhua potilaista raporteilla ja tilanteissa, joissa tietoa potilaista välitetään toisille työntekijöille. Potilaista tulee puhua kunnioittavasti ja hankalallekin käytökselle pyritään löytämään psykologinen selitys ja sitä kautta ymmärrys. Tapa, joilla potilaista puhutaan henkilökunnan kesken, vaikuttaa henkilökunnan suhtautumiseen potilaaseen. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 927; Safewards-malli, n.d.)

Mikäli tilanne kuitenkin eskaloituu, on mahdollista vielä rauhoittaa tilannetta puheella. Tätä mallia käytetään erilaisilla väkivaltatilanteiden ehkäisy- ja hallintakursseilla, joista kerrotaan erillisessä kappaleessa myöhemmin. Puheella rauhoittamisen mallissa on kolme pääkohtaa, joiden avulla pyritään rauhoittamaan potilasta. Nämä pääkohdat ovat rajaaminen, selventäminen ja ratkaiseminen. Rajaamisella varmistetaan turvallisuus ja keskusteluyhteyden luominen, selventämällä kuullaan, mitä potilas haluaa sanoa ja mikä tilanteessa on ongelmana. Ratkaisemalla pyritään selvittämään ongelma ja tarjoamaan vaihtoehtoja millaisella muutoksella tilanteen voisi laukaista. Rauhoittavassa puheessa tärkeää on hoitajan rauhallisena pysyminen ja itsehillintä sekä potilaan kunnioitus ja empaattisuus potilasta kohtaan. (Safewards-malli, n.d.)

Käytännössä Safeward-malli perustuu potilaan kuuntelemiseen ja rauhalliseen vuorovaikutukseen, yhteisiin tavoitteisiin sekä erilaisten rauhoittumismenetelmien harjoitteluun ja käyttöönottoon osastohoidon aikana. Mallin mukaan kotiutuva potilas jättää rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestejä uusille potilaille osaston tiloihin. Käytännössä osastolla voi olla seinällä esimerkiksi puu, jonka lehtiin kotiutuva potilas voi jättää toivoa herättävän viestin tuleville ja jo hoidossa oleville potilaille anonymisti. (Bowers, 2014, s. 10 – 15; Safewards-malli, n.d.)

Safewards-mallissa käytettävät rauhoittumiskeinot ovat hyvin samankaltaisia kuin dialektisessa käyttäytymisterapiassa (DKT) opettavat konkreettiset taidot, joita harjoitellaan yhdessä ammattilaisen kanssa. Dialektisen käyttäytymisterapian taitoja harjoitellaan yleensä taitovalmennusryhmissä, jossa harjoittelun on todettu olevan tehokkaampaa kuin yksilötyöskentelyssä harjoittelu. Dialektisen käyttäytymisterapian taitoja on kuitenkin hyödyllistä harjoitella myös sekä hoitosuhteessa yhdessä ammattilaisen kanssa, että potilaan itsenäisesti, jolloin yksilöllisesti toimivat rauhoittumismenetelmät on mahdollista löytää. Erityisesti ahdingonsietotaidot ja tunteensäätelytaidoista on hyötyä myös yksilötyössä.

5.2 Dialektinen käyttäytymisterapia ja Mindfulness

Mindfulness on yleisnimi taidolle olla hyväksyvästi läsnä. Mindfulnessin toi Suomeen Center of Mindfulnessin perustaja Leena Pennanen. Mindfulness tarkoittaa mielen kykyä, jota voidaan harjoittaa ja opetella joustavammaksi. Mindfulnessin avulla voi oppia ottamaan etäisyyttä ajatuksiin ja tunteisiin, ja opetella tarkastelemaan niitä uteliaasti ja hyväksyvästi, tietoisesti läsnäolemalla. Mindfulnessia voi harjoitella erilaisilla harjoitteilla, joiden avulla opitaan olemaan läsnä tilanteessa, tarkastelemaan omia ajatuksia ja tunteita uteliaasti sekä hyväksymään asiat sellaisena kuin ne ovat. (Center for mindfulness, n.d.)

Käypä hoito suosituksessa Mindfulness mainitaan hoitomenetelmänä mm. epävakaan persoonallisuuden hoidossa sekä autismin kirjon ja ADHD:n hoidossa. Mindfulness eli tietoinen läsnäolo perustuu alun perin zen-buddhalaiseen filosofiaan, mutta se ei kuitenkaan ole mietiskelyä, meditaatiota eikä uskontoa. Tietoisien läsnäolon taidot luovat pohjaa ajatusten ja tunteiden havainnoinnille, kuvailulle sekä itsehavainnointikyvyille. Lisäksi ne luovat pohjaa tunnesäätelylle, erilaisille tunteille ja ajatuksille, omien tunteiden, ajatusten, sekä itsensä ja muiden hyväksymiselle sekä luo perustaa tarkkaavaisesti nykyhetkessä olemiselle. (Käypä hoito, 2015)

Dialektinen käyttäytymisterapia on 1990-luvulla Marsha Linehanin kehittämä terapiamuoto, joka on suunnattu erityisesti epävakaasta persoonallisuudesta ja itsetuhoisesta käyttäytymisestä kärsivien potilaiden hoitoon. Terapiamuotoa on tutkittu ja todettu toimivaksi useiden psyykkisen voimien oireiden hallinnassa ja sen on todettu sitouttavan potilaita omaan hoitoonsa. Dialektiseen käyttäytymisterapiaan liittyvät taidot jakautuvat alkuperäisen ohjelman mukaan neljään eri moduuliin; stressin sietäminen, keskittämisen taidot, tunteensäätely sekä ihmissuhteiden välinen tehokkuus. Kaikkien moduulien rinnalla kulkee vahvana Mindfulness-taidot ja niiden käyttäminen apuna taitojen harjoittelussa. Taitojen harjoittelun ja oppimisen myötä myös itsehillintätaidot sekä omien tunteiden ymmärtäminen, hyväksyntä ja hallinta paranevat. Näiden taitojen kehittyminen ja hallinta vähentävät impulsiivista toimintaa, ja niitä harjoitellaankin jokaisen tapaamiskerran alussa ennen varsinaisten taitojen harjoittelua ja opetteluja. (Linehan, 1993, s. 6 – 7; Rathus & Miller, 2015, s. 21)

Taitoryhmä materiaalit on myös suomennettu mukailen Marsha Linehan kirjan pohjalta. Suomenkielisen materiaalin mukaan taidot jakautuvat viiteen eri moduuliin; orientaatio, ahdingonsietotaidot, tunteensäätelytaidot, tietoisuustaidot ja vuorovaikutustaidot. Myös suomennetussa materiaalissa Mindfulness kulkee vahvasti mukana jokaisessa moduulissa ja taitoharjoittelussa. Jokaiseen moduuliin kuuluu erilaisia teemoja, joita harjoitellaan omilla tapaamiskerroillaan. Potilas harjoittelee ja kirjaa harjoitteensa tapaamisten välillä, taito

kerrataan ja harjoitukset käydään ammattilaisen kanssa läpi seuraavalla tapaamisella. Moduulit etenevät kriisitilanteiden hallinnasta toiminnan ja käytöksen syvällisemmän analysoinnin ja ymmärtämisen kautta mahdolliseen muutokseen. (Linehan, 2015/n.d.; Rathus & Miller, 2015, s. 3)

Orientaatiossa valmistaudutaan tulevien taitojen harjoitteluun ja harjoitteluun sitoutumiseen. Tavoitteena on avata dialektisen käyttäytymisterapian taustaa ja taitojen merkitystä tunteiden ja toiminnan hallintaan; millaisia reaktioita erilaiset arjen tilanteet aiheuttavat, mitkä ovat potilaan haasteet näiden reaktioiden hallinnassa ja miten eri taidoilla voi vaikuttaa hallinnan lisääntymiseen. Ahdingonsietotaidoissa tavoitteena on tunnistaa omat äkilliset, voimakkaat ja haitalliset reaktiot erilaisissa haastavissa tilanteissa. Ahdingonsietotaidot voi jaotella ahdingonsiedon kriisitaidoiksi, todellisuuden hyväksynnän taidoiksi sekä riippuvuuksien hallinnan taidoiksi. (Rathus & Miller, 2015, s. 229)

Kriisitaitojen tavoitteena on pysäyttää äkillinen tunteen aiheuttama impulssi toimia itselle tai muille haitallisesti. Todellisuuden hyväksymisen taitojen tavoitteena on harjoitella erottamaan asiat, joihin itse voi vaikuttaa asioista, joihin ei itse pysty vaikuttamaan ja hyväksymään asiat sellaisina kuin ne ovat. Riippuvuuksien hallinnan tavoitteena on tunnistaa omat riippuvuudet ja niiden aiheuttama haitta itselle ja muille, hallitsemaan tilanteita, joissa riippuvuus saattaa hallita omaa toimintaa sekä harjoitella minimoimaan tilanteet, jotka aiheuttavat itselle ja muille haittaa. (Rathus & Miller, 2015, s. 229)

Tunteensäätötaidot voidaan jaotella tunteiden ymmärtämiseen ja kuvaamiseen, tunnereaktion muuttamiseen, haavoittuvuuden vähentämiseen sekä erittäin vaikeiden tunteiden kanssa selviämiseen. Näissä eri kategorioissa harjoitellaan tunnistamaan omia tunteita ja tunnereaktioita sekä kuvailemaan niitä, vähentämään omaa haavoittuvuutta erilaisten hankalien tunteiden kanssa sekä selviytymään erittäin hankalien tunteiden kanssa ilman, että toimii itselle tai ympäristölle haitallisella tavalla. Vuorovaikutustaitojen tavoitteena on harjoitella erilaisia vuorovaikutustilanteita, pohtia omaa osuutta vuorovaikutustilanteiden kulkuun sekä havainnoida oman toiminnan merkitystä vuorovaikutustilanteissa. Taidonharjoittelussa on tarkoitus oppia kulkemaan keskitietä ja välttää äärimmäisiä reaktioita eteen tulevissa tilanteissa ja vuorovaikutussuhteissa. (Rathus & Miller, 2015, s. 229; Kekkonen ym., 2022)

5.3 Turvasolu

Turvasolu tarkoittaa erillistä tilaa, jossa haastavasti käyttäytyvää potilasta voidaan hoitaa turvallisessa ympäristössä yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaisesti. Kanta-Hämeen keskussairaalassa turvasolupilottia varten luotiin turvasolun tilat olemassa oleviin tiloihin. Yksi osasto jaettiin kahtia ja niitä erotti lukittava ovi. Osaston toisessa päässä on vastaanotto-osasto ja toisessa turvasolu. Turvasolussa on yksi eristys huone ja kolme rauhoittumishuonetta sekä yhteinen oleskelutila, sitomista tarvittaessa rauhoittumishuoneista pystytään tekemään sitomiseen soveltuva huone, sänkyyn kiinnitettävillä lepositeillä. Jos turvasolupilotin aikana tarvittaisiin useampaan eristystä samaan aikaan, niin hyödynnetään toisten osastojen eristyksiä. Hoitajat jakavat lääkkeitä sekä kirjaavat yhteisessä kansliatilassa vastaanotto-osaston hoitajien kanssa. Hoitajille on myös kahvinkeittoon ja kirjaamiseen mahdollisuus turvasolun oleskelutilan yhteydessä. Turvasolun tiloista tehtiin hyvin pelkistetyt ja turvalliset niin potilaille kuin hoitajillekin. Pilotin tilat vastaavat mahdollisuuksien mukaan uuden sairaalan (Ahveniston sairaala) turvasolua.

Turvasolussa potilaan kanssa on hoitaja ja ympäristö on rakennettu turvalliseksi niin potilaalle kuin hoitajalle. Turvasoluun siirtymisen ja siellä tapahtuvan vuorovaikutuksellisen hoidon tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja vähentää eristyksiä ja leposide-eristyksiä. Suomessa on viime vuosina valmistunut ja lähitulevaisuudessa on valmistumassa useita uusia psykiatrisia sairaaloita ja osastoja, joissa lähes kaikissa on suunniteltu turvasolutoimintaa. Näitä uusien eri turvatilojen rakennetta ja niiden toimintaa esittelivät eri ammattilaiset Turusta, Seinäjoelta, Jyväskylästä sekä Joensuusta Kanta-Hämeen keskussairaalassa koulutuspäivissä 10. – 11.5.2023. Termit eri sairaaloiden välillä vaihtelevat (esim. turvahuone, turvatiila, turvamoduuli) mutta toiminta-ajatus kaikissa on sama ja tavoitteena on pakon käytön vähentäminen. Turvasolusta ja sen käytöstä on tehty paljon tutkimusta, myös Suomessa on viime vuosina tutkittu turvasolun suunnittelua ja käyttöä paljon YAMK-tason tutkimuksissa.

Turvasolun tausta-ajatuksena on Hollannissa vuonna 2010 kehitetty High and Intensive Care (HIC)-malli. Malli on kehitetty psykiatristen osastojen hoidon laadun ja sisällön seurantaan ja kehittämiseen. Vuonna 2007 Hollannissa käynnistettiin pakon käytön vähentämiseen tähtäävä ohjelma. Ohjelman seurauksena vuonna 2012 perustettiin ensimmäinen HICcentre, jonka myötä psykiatrista hoitotyötä on tutkittu ja todettu mallin vähentävän tahdonvastaisten toimenpiteiden määrää ja toisaalta se on myös vähentänyt hoidon kustannuksia. HIC-malli perustuu ajatukseen yksikön perustehtävästä, joka on olla palveleva, avo- ja osastohoidon laadun ja saatavuuden kehittäminen sekä tahdonvastaisten toimenpiteiden vaihtoehtoisten mallien lisääminen. Vaihtoehtoiset mallit perustuvat esimerkiksi hoitohenkilökunnan ja

potilaan välisen vuorovaikutuksen lisäämiseen, uhkaavan tai aggressiivisen käytöksen tai toiminnan arvioimiseen strukturoidusti ja tasalaatuisesti. (Almvik ym., 2008; Van de Sande ym., 2013, s. 475-484; Van Melle ym., 2018, s. 34 – 43)

Kolmen kuukauden seurantatutkimuksessa on selvinnyt, että pakkotoimien käyttö on vähentynyt turvasolujen myötä. Turvasolu ympäristönä ja sen toiminta on auttanut potilaita hallitsemaan ahdistusta ja säätelemään stressitasoa. Tutkimuksen mukaan rauhoittavina elementteinä on ollut myös mahdollisuus kuunnella musiikkia, käyttää sensorisia apuvälineitä kuten painopeittoa ja stressipalloja, lukea tai tehdä esimerkiksi palapelejä. Turvasolussa oleilun jälkeen potilaat ovat saaneet itse arvioida sen vaikutusta ahdistusoireisiinsa, ja 89% potilaista arvioi sen laskeneen ahdistustasoa. (Cummings ym., 2010, ss. 29 – 30)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia turvasolupilotin eri vaiheista psykiatrian osastoilla. Tavoitteena oli tuottaa tietoa turvasolun kehittämistä ja käyttöönottoa varten. Saatua tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen hoitajien kokemusten kautta niin turvasolussa kuin muissa toiminnan kehittämisen kohteissa.

Tutkimuskysymykset olivat:

Mikä oli hoitajien näkemys turvasolun käyttöönotosta osastoilla?

Miten henkilöstön näkemys muuttui pilotin eri vaiheissa?

7 Opinnäytetyön toteutus

Tämän opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus alkoivat keväällä 2023, kun Kanta-Hämeen hyvinvointialueen kehittämispäällikkö sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulosaluejohtaja ehdottivat aihetta. Opinnäytetyötä aloitettiin suunnittelemaan välittömästi, sillä uuden toiminnan, turvasolun, pilotointi oli alkamassa jo syksyllä 2023. Turvasolumallin hoito on psykiatrialla tulevaisuutta. Hoitoala kehittyi jatkuvasti ja on hyvä kyetä tarjoamaan moderneja sekä uusia tapoja toimia. ("Turvahuonemenetelmä on psykiatrisen pakkohoidon inhimillisempi vaihtoehto", 2022). Kuva 2 havainnollistaa opinnäytetyöprosessimme.

Kuva 2. Opinnäytetyöprosessi



Opinnäytetyö toteutettiin parityönä. Opinnäytetyöprosessin aikana pidimme säännöllisesti yhteisiä tapaamisia. Kevään 2023 tapaamisissa etsimme yhdessä lähteitä ja pohjustimme teoriaperustaa, jota tapaamisten väliajoilla työstimme omilla tahoillamme. Kesän aikana kirjoitimme tietoperustaa itsenäisesti omilla tahoillamme. Syksyllä tapaamisissa käytiin yhdessä läpi itsenäisesti työstetty materiaali ja kirjoitettiin yhtenäinen teksti opinnäytetyöhön. Pilotin alkaessa syksyllä 2023 aloitimme aineiston keräämisen. Syksyn ja talven tapaamisissa kävimme läpi kerättyä materiaalia sekä jatkoimme tietoperustan kirjoittamista. Vuoden 2024 alusta aloimme yhdessä analysoida opinnäytetyön aineistoa sisällön analyysimenetelmällä.

7.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella anonymisti eikä vastuksia ole mahdollista yhdistää vastaajiin. Kyselylomakkeella kysyttiin hoitajien odotuksia, vahvuuksia ja huolia turvasolupilotista. Lomakkeita jaettiin kaikille psykiatrian osastoille kolmessa eri vaiheessa; kaikissa pilotin koulutus ja valmistelupäivissä ennen pilottia, pilotin keskivaiheilla ja pilotin päätyttyä. Kyselylomake oli kaikkien psykiatrian osastojen hoitajien saatavilla viikon ajan jokaisessa vaiheessa ja kaikkia hoitajia pyydettiin vastaamaan. Lomakkeessa ilmoitettiin materiaalin käytöstä jatkotyöskentelyssä. Opinnäytetyöprosessin aikana ei kerätty henkilötietoja.

Aineiston keräämisestä sekä käyttämisestä opinnäytetyöhön informointiin henkilöstöä saatekirjeellä sähköpostitse sekä kerättävien lomakkeiden palautuspisteessä. Kiersimme myös henkilökohtaisesti kaikki osastot aina kyselyiden alkaessa ja informoimme kyselyistä sekä jatkokäytöstä henkilökuntaa.

Alkuperäistä tutkimusaineistoa ja aineistosta tehtyjä yhteenvetoja säilytetään Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa lukitussa kaapissa. Aineiston puhtaaksikirjoitetut, sähköiset materiaalit ovat tallennettuna opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisiin tiedostoihin Kanta-Hämeen keskussairaalan suojaamassa kahdessa eri kansiossa, jolloin muodostuu varmuuskopio aineistosta. Aineistoa pääsee näissä tiloissa ja sähköisissä kansioissa tarkastelemaan vain opinnäytetyön tekijät.

Tutkimusaineistoa käsitellään Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa sekä opinnäytetyöntekijöiden kodeissa. Opinnäytetyössä noudatamme ammattikorkeakoulujen eettisiä suosituksia. Opinnäytetyön aineisto ja tulokset ovat opinnäytetyöntekijöiden omaisuutta.

Opinnäytetyöhön kerättyä tutkimusaineistoa säilytetään yhden vuoden ajan opinnäytetyön hyväksymispäivästä lukien, jonka jälkeen aineisto hävitetään. Tässä opinnäytetyössä olevaa alkuperäistä eikä puhtaaksi kirjoitettua aineistoa käytetä jatkotutkimuksissa.

7.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimus on yleisesti vakiintunut tutkimus erityisesti hoitotieteessä 1980-luvulta alkaen. Laadullinen tutkimusmenetelmä kattaa laajan kirjon lähestymistapoja, joissa korostuu kokemusten,

näkemyksen, tulkintojen ja käsitysten kuvaaminen. Menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun tutkittavasta aiheesta ei ole aiempaa kokemusta tai halutaan ymmärtää paremmin tutkittavaa näkökulmaa. Tutkimuksen tavoitteena on lähestymistavasta riippumatta löytää tutkittavan aiheen toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen, 2018, s. 65-65; Hennink ym., 2020, s.11)

Laadullinen tutkimus valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska turvasolu ja toiminta siellä ovat tutkittaville henkilöille uudenlaista toimintaa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, mikä on henkilökunnan näkemys pilotissa testatun toiminnan vaikutuksista muille osastoille ennen pilottia, sen aikana ja pilotin jälkeen sekä miten näkemykset muutuivat. Tutkimus haluttiin tehdä koko psykiatrian henkilöstölle kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi.

Opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissä voidaan käyttää kahta lähestymistapaa, aineistolähtöinen eli induktiivinen tai teorialähtöinen eli deduktiivinen lähestymistapa. Näiden keskeisimpänä erona on se, että aineistolähtöisessä lähestymistavassa luokittelut luodaan analysoinnin aikana aineistoon perustuen, kun taas teorialähtöisessä tavassa laaditaan ensin luokittelut. Näissä kummassakin tavassa ennen varsinaisen analyysin aloittamista on ensin valmistelu vaihe, jossa valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla ajatuskokonaisuus, lause tai yksittäinen sana. (Elo ym., 2022, ss. 218-219). Tämän opinnäytetyön analyysi toteutettiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä, ja analyysiyksiköksi valittiin lause, sana tai ajatuskokonaisuus, jotka kuvasivat henkilöstön näkökulmasta ajatuksia tai kokemuksia turvasolupilotin vaikutuksista osastoilla.

Seuraavaksi kirjoitimme vastaukset taulukkoon sanatarkasti ja kävimme sitä useasti läpi. Varsinainen analyysi aloitetaan esittämällä aineistoille tutkimuskysymyksen ja poimimalla analyysiyksikköä vastaavat ilmaisut. Tämän jälkeen tutkimuskysymyksiin vastauksia antavat alkuperäisilmaukset koodasimme käyttäen apuna leikkaa- ja liimaa-menetelmää sekä värejä. (Elo ym., 2022, ss. 220-221). Sisällönanalyysin koodauksen tulee olla systemaattista ja siinä käydään aineistoa huolellisesti läpi etsien samoja seikkoja. Koodaus ei kuitenkaan vielä itsessään ole analyysin tulos vaan yksi sisällön analyysin vaiheista. (Vuori, n.d.). Aineiston koodauksen jälkeen vastaukset pelkistettiin, jotta aineisto saatiin tiivistettyä (Kuva 3). Pelkistetyistä ilmauksista yhdistimme samaa tarkoittavat asiat ja näin saatiin alaluokat, jotka yhdistyivät yläluokiksi. Aineistoista muodostui neljä yläluokkaa, jotka ovat odotukset henkilöstön näkökulmasta pilotin vaikutuksista osastoilla, turvasolupilotin vahvuudet osastoilla henkilöstön näkökulmasta, huolet henkilöstön näkökulmasta osastoilla ja turvasolussa sekä henkilöstön ideat jatkotyöskentelylle. Tuloksissa kuvataan aineistosta saatuja tuloksia yläluokkien mukaan.

Kuva 3. Esimerkkitaulukko sisällönanalysoinnista.

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Ennen, odotukset			
<p>"Toimintakulttuurin muuttuminen entistä potilaslähtöisemmäksi"</p> <p>"Työn sisältö saa uusia kiinnostavia muotoja"</p> <p>"Henkilöstön yhtenäiset toimintatavat"</p> <p>"vaihtoehdot lisääntyä"</p> <p>"arviointimittarit käyttöön"</p> <p>"varomerkkien kartoitus"</p> <p>"toimintamallien tarkastelu ja kehittäminen entistä turvallisemmaksi"</p> <p>"kaikille selkeät toimintamallit"</p> <p>"voidaan saada uusia parempia toimintamalleja"</p> <p>"Ennakoivien toimintatapojen nouseminen"</p> <p>"tilanteet pystytään hoitamaan ennakoidummin ja yksilölliset tarpeet huomioiden"</p> <p>"yhteistyö muiden osastojen kanssa tarvittaessa"</p> <p>"vuorovaikutus potilaiden kanssa lisääntyä"</p> <p>"yhteistyö potilaan kanssa, myös jatkossa parempi"</p> <p>"yhteistyön lisääntyminen psykoottisen potilaan kanssa"</p> <p>"Yhteistyö muiden osastojen kanssa"</p> <p>"vaikutukset vaativan potilaan kohtaamiseen kun tilat erilliset"</p> <p>"potilaan häiriökäytös vähenee"</p> <p>"tilanteiden ennakointi paranee"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintatapojen ja – mallien yhtenäistäminen • Työhön lisää työkaluja • Työn muuttuminen entistä potilaslähtöisemmäksi • Kohtaaminen vuorovaikutuksien keinoin • Uudet toimintamallit • Yhteistyön tiivistyminen potilaan sekä eri osastojen henkilöstön kanssa • Ennakointi korostuu ja paranee 	Toimintakulttuurin muutos.	

<p>”Rajoittavien toimenpiteiden väheneminen” ”Rajoitustoimien vähentyminen” ”Rajoittamistoimet (leposide ja eristys) vähenee” ”eristystoimenpiteiden väheneminen” ”vähentää ”pakkoa”” ”eristämisen vähentäminen sekä leposide-eristämisen vähentäminen” ”eristykset vähenevät” ”pakkotoimien väheneminen” ”pakkotoimet vähenevät” ”väheneekö eristykset?” ”eristysten käyttö vähenee” ”pakkotoimet vähenee” ”eristystilanteet sujuu mukavammin”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pakkotoimien käyttö vähenee • Eristyksiä ei tarvita enää niin herkästi. 	<p>Turvallisuuden lisääntyminen ja potilaslähtöisyys.</p>	<p>Odotukset henkilöstön näkökulmasta pilotin vaikutuksista osastoilla ennen pilotti.</p>
<p>”Väkivalta ja vaaratilanteiden väheneminen!” ”Vaaratilanteet vähenee, kun ennakoidaan”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaaratapahtumat vähenevät 		

8 Tutkimuksen tulokset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa henkilökunnan näkökulmasta turvasolupilotin vaikutuksista osastoilla ja vertailla muuttuuko näkemykset pilotin eri vaiheissa. Turvasolua ja sen vaikutuksia osastoihin on tutkittu, mutta henkilöstön näkökulmasta ja kokemuksista tutkimusta on vähemmän. Kaikilla Kanta-Hämeen hyvinvointialueen keskussairaalaan psykiatrian osastoilla työskentelevällä henkilöstöllä oli mahdollisuus vastata kyselyyn kaikissa kolmessa eri vaiheessa. Saamamme aineiston analysoimme laadullisella sisällönanalysillä, joista nousi neljä yläluokkaa. Seuraavissa kappaleissa esittelemme aineiston analyysin tuloksia.

8.1 Odotukset henkilöstön näkökulmasta pilotin vaikutuksista osastoilla

Ennen pilottia henkilökunnan odotuksia turvasolupilotin vaikutuksista osastoihin, henkilökuntaan ja toimintamalleihin oli paljon. Vastauksia pelkistettäessä alaluokiksi ennen pilottia nousi toimintakulttuurin muutos, turvallisuuden lisääntyminen ja potilaslähtöisyys, sekä henkilöstö ja kouluttaminen. Pilotin aikana ja jälkeen vastauksista muodostui alaluokiksi osastojen rauhoittuminen sekä läsnäolon lisääntyminen potilaille.

Ennen pilottia vastauksissa korostui toimintamallien yhtenäistyminen eri osastoilla ja yhteistyön lisääntyminen toisten osastojen kanssa. Yhtenäisten mallien edellytyksenä nähtiin toimintakulttuurin muutos kaikilla osastoilla.

”Henkilöstön yhtenäiset toimintatavat”

”Tilanteet pystytään hoitamaan ennakoidummin ja yksilölliset tarpeet huomioiden”

”Voidaan saada uusia parempia toimintamalleja”

Toiminnanmuutoksen odotettiin mahdollistavan lisääntyneen hoitajan läsnäolon potilaille, vuorovaikutuksen hoitajien ja potilaiden välillä oletettiin lisääntyvän, joka osaltaan lisääisi niin työ- kuin potilasturvallisuutta. Intensiivisemmän hoidon myötä oletettiin pakkotoimien vähenevän ja sen myötä osastoympäristö on turvallisempi osaston muille potilaille. Hoitajien läsnäolon odotettiin lisäävän kaikkien osastolla olevien potilaiden hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta. Rauhallisemman osaston odotettiin lisäävän myös vähentävän vaaratapahtumia.

”Turvallinen menetelmä vierihoidolle huomioiden muut potilaat”

”Väkivalta ja vaaratilanteiden väheneminen!”

”Rauhallisempi / turvallisempi ilmapiiri osastolla”

Ennen pilottia odotettiin, että hoitotyöhön saadaan lisää työkaluja ja tilanteiden ennakointi korostuu ja paranee, jonka taas toivottiin vähentävän pakkotoimia ja eristyksiä osastoilla. Koulutuksia toivottiin lisää muun muassa kiihtyneen potilaan kohtaamiseen sekä väkivaltatilanteiden hallintaan. Oletettiin, että pakkotoimet vähenevät ja sen myötä

vaaratapahtumien odotettiin vähenevän sekä työturvallisuuden ja potilaslähtöisyyden kasvavan. Aggressiivisten potilaiden siirtyessä turvasoluun odotettiin osastojen muuttuvan rauhallisemmiksi ja entistä turvallisimmiksi potilaille.

”Toimintamallien tarkastelu ja kehittäminen entistä turvallisemmaksi”

”Panostaminen hoitajien osaamisen lisäämiseen kiihtyneen potilaan kohtaamisessa. Vähentää parhaiten väkivaltaisuutta.”

Pilotin edetessä odotukset vähenivät toiminnan tullessa tutummaksi. Vastauksissa nousi esiin edelleen toive osastojen rauhoittumisesta, kun väkivaltaisesti tai uhkaavasti käyttäytyvät potilaat hoidettiin erillisessä turvasolussa. Toivottiin, että turvasolutoiminnan rauhoittaessa osastoja helpottuisi myös hoitotyö osastoilla ja aikaa muille potilaille jäisi enemmän. Pilotin jälkeen osastojen rauhoittumista myös todettiin tapahtuneen ja osa näistä odotuksista siirtyi vahvuuksiksi.

8.2 Turvasolupilotin vahvuudet osastoilla henkilöstön näkökulmasta

Ennen pilottia vahvuudet ja odotukset olivat hyvin päällekkäisiä. Vastauksia analysoitaessa alaluokiksi muodostuivat toimintakulttuurin muutos, inhimillisempi ja rauhallisempi ympäristö, jossa käytetään läsnäolon ja vuorovaikutuksen keinoja sekä henkilöstö ja osaamisen hyödyntäminen. Toimintatapojen ja toimintakulttuurin osastojen välillä odotettiin yhtenäistyvän ja terävöityvän, ja sitä pidettiin myös pilotista nousseena vahvuutena. Yhteistyön kehittäminen ja lisääntyminen koettiin mahdollisena vahvuutena ennen pilottia ja pilotin aikana näin tapahtuikin, koettiin henkilöstön puhaltavan yhteen hiileen ja työryhmän olevan vahva.

”Mahdollisuus sopia yht. pelisäännöt mitä noudatetaan”

”Turvallisuus lisääntyi”

Yhteistyön osastojen välillä oletettiin lisääntyvän ja haastavia tilanteita odotettiin hoidettavan ennakoitummin. Vahvuuksina oletettiin oleva potilaslähtöisyys, inhimillisyyden ja vuorovaikutuksellisuuden lisääntyminen, koska osastojen odotettiin rauhoittuvan pilotin myötä ja aikaa muille potilaille jäävän enemmän. Samoin pakkotoimien oletettu väheneminen koettiin vahvuudeksi ja lisäävän hoidon inhimillisyyttä. Pilotin jälkeen todettiin oletettujen vahvuuksien nousseen todellisiksi vahvuuksiksi. Pakkotoimien koettiin vähentyneen

osastoilla ja henkilökunta koki, että pilotti mahdollisti paremman läsnäolon potilaille ja antoi enemmän rauhallista aikaa yksilöllisemmälle potilastyölle. Levottomuuden väheneminen osastoilla ja osastojen rauhoittuminen mahdollisti monipuolisempaa toimintaa osastoilla ja potilaille oli saatu enemmän aikaa.

”Vaikeasti oireilevat saisi parempia hoitokokemuksia ja sitoutuu paremmin sairautensa hoitoon”

”Mahdollisuus olla läsnä enemmän ja antaa aikaa potilaille”

”Pakkotoimet vähenivät”

Vahvuutena pidettiin sitä, että oli aikaa suunnitella ja hioa prosesseja sekä pilotoida ennen varsinaisen turvasolutoiminnan alkamista. Työn haastavuuden lisääntyessä ja uuden toiminnan suunnittelun myötä toivottiin näiden vaikuttavan myös palkkaukseen.

8.3 Huolet henkilöstön näkökulmasta osastoilla ja turvasolussa

Huolenaiheet nousivat merkittävään osaan vastauksista erityisesti ennen pilottia ja niitä tuli monipuolisesti hoitotyön jokaiselta osa-alueelta. Pelkistyksen jälkeen alaluokiksi muodostuivat toimintakulttuurin muutos sekä riittämätön resursointi, henkilöstön osaaminen ja koulutus. Näihin alakategorioihin sisältyi huoli henkilökunnan riittävästä ja sijaisten saamisesta niin osastoille kuin turvasoluun ja sen myötä työturvallisuus ja työssä jaksaminen.

Toisena suurena huolenaiheen kokonaisuutena oli toimintamallien yhtenäistämisen jalkautuminen osastoille sekä toimintakulttuurin muutoksen onnistuminen. Myös resurssien ajoittainen riittämättömyys osastoilla koettiin pilotin aikana todellisena haasteena. Sama huoli nousi esiin pilotin jälkeisen kyselyn vastauksissa. Yhdeksi yksittäiseksi huoleksi koettiin henkilöstön riittävyys ja vaihtuvuus turvasolussa. Vastauksissa oli pohdittu, miten hoitajien vaihtuvuus vaikuttaa muihin osastoihin yleisenä sekavuutena sekä miten henkilöstösiirrot vaikuttavat hoitosuhteisiin. Hoitajien vaihtuvuuteen liittyen pohdittiin saako turvasoluun liittyvää koulutusta riittävästi sekä miten perehdytetään uudet työntekijät ja sijaiset. Oli myös mietitty keskittykö jatkossa haastavan potilaan kanssa toimiminen liian pienelle osalle henkilöstöä ja väheneekö osaaminen muilta osastoilta.

”Resurssia ei voi ottaa osastolta, turvasolussa ei voi työskennellä yksin”

”Ei haluta kohdata haastavaa potilasta muualla kuin turvasolussa”

Suurena huolenaiheena oli toimintakulttuurin ja toimintatapojen jalkautuminen osastoille. Vaikka yhtenäiset toimintamallit nousivat sekä odotuksina että vahvuuksina, henkilökunta ei kuitenkaan luottanut niiden jalkautumiseen osastoille onnistuvan. Henkilökunta epäili, miten toimintamallien muutos saadaan tiedoksi kaikille, vaikka toimintamallia suunniteltiin ja struktuureita kehitettiin aktiivisesti. Vastauksissa mietittiin, kuinka käyttöönotto tulee konkreettisesti onnistumaan. Muutosten ymmärrettiin olevan isoja, jonka vuoksi käytäntöjen juurruttamisesta oltiin huolissaan.

Vaikka uusia toimintamalleja odotettiin ja ne koettiin myös vahvuutena, muistutettiin myös vanhojen hyvien toimintamallien ja käytäntöjen pitämisestä mielessä muutoksesta huolimatta. Vastauksissa pohdittiin, että otetaanko henkilökunnan mielipiteitä ja näkemyksiä oikeasti huomioon ja onko niillä vaikutusta. Lisäksi vastauksissa oli mietitty paljon kuka ja miten arvioidaan, koska turvasoluun siirrytään ja miten sinne saa tarvittaessa apua tai lääkitystä. Tätä kautta työ- ja potilasturvallisuus nousi jälleen esiin. Yhteisten toimintamallien, epäselvien ohjeiden ja tiedonkulun haasteet painoutuivat monessa vastauksessa ennen pilottia. Huolenaiheina nähtiin toimintakulttuurin muutoksen rakentuminen ja miten se näkyi hoitoon saapumisessa ja hoidossa olemisessa. Aihetta oli mietitty potilaan näkökulmasta siten, että tuleeko potilaalle useita osastovaihtoja ja hoitosuhteiden muutoksia.

”Henkilöstön toimintatapojen yhtenäistyminen (keinot?)”

Toisaalta oli pohdittu voiko turvasolusta tulla liian miellyttävä paikka joillekin potilasryhmille, jolloin potilas saattaisi tietoisesti toimia siten, että pääsisi turvasoluun. Huolena oli myös se, millä tavalla oireilevat potilaat päätyvät turvasoluun ja ohjautuuko sinne sellaiset potilaat, jotka siitä eniten hyötyvät. Niin potilaiden kuin hoitajien turvallisuusnäkökulmaa pohdittiin useissa vastauksissa. Myös potilasliikenteen koordinointi turvasoluun ja sieltä pois oli epäselvää ja siihen toivottiin kiinnitettävän huomiota. Monessa vastauksessa oltiin huolissaan turvasolun käyttämisestä ylipaikkatilanteessa, jolloin turvasolun tarkoituksenmukainen käyttö ei olisi mahdollista. Nämä ennen pilottia esiin nousseet huolet kiteytyvät suurelta osin toimintamallien selkeyttämiseen, yhtenäistämiseen ja toimintakulttuurin muodostumiseen.

”Mistä tietää onko tila varattu? Pitääkö soittaa kaikki osastot läpi vai päivystääkö joku solussa?”

”Miten potilas siirretään turvasoluun turvallisesti, mutta potilasta agitoimatta?”

Ennen pilottia annetuissa vastauksissa oli huomattavissa se, että toiminta on uutta eikä valmista toimintamallia ole vaan se tulee hioutumaan pilotin aikana ja sen jälkeen. Pilotin aikana huolenaiheet vähenivät toiminnan tullessa tutummaksi. Pilotin aikana ja sen jälkeen huolenaiheiksi jäivät resurssit ja niiden riittävyys. Lisäksi hoitajia huolestutti ohjeiden epäselvyys ja toimintamallit, jotka eivät olleet muotoutuneet yhtenäisiksi. Pilotin jälkeen edelleen huolen aiheina oli resursointi tulevaisuudessa ja uutena hoidon laadun ja hoitosuhteiden kärsiminen.

”Jos resurssit osastolta → hoito kärsii, menee säilömiseksi, hoitosuhdetyö kärsii, ryhmiä/kotikäyntejä ym. ei tehdä samalla tai millään intensiteetillä”

8.4 Henkilöstön ideat jatkotyöskentelylle

Jatkotyöskentelyideoita vastauksissa oli vähän koko pilotin ajan. Eniten niitä kuitenkin tuli ennen pilottia ja ne liittyivät erityisesti henkilöstön jatkuvaan sekä säännölliseen kouluttamiseen. Hoitajien näkemyksen mukaan koulutusta tarvittaisiin muun muassa väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn, erilaisiin interventioihin ja potilaan kohtaamiseen liittyen. Ehdotettiin myös olemassa olevan ja kokeneen henkilöstön hyödyntämistä koulutuksissa sekä henkilöstön mukaan ottamista suunnitteluun ja toimintamallien yhtenäistämiseen. Toisaalta oltiin huolissaan vanhojen, jo toimiviksi todettujen toimintamallien unohtumisesta.

Toimintamallien yhtenäistäminen nähtiin edellytyksenä toimintakulttuurin muutokselle ja muutoksen jalkauttamiselle osastoille. Muutamia ideoita kirjattiin myös pilotin jälkeen ja ne toistivat samoja ehdotuksia kuin ennen pilottia, lisäksi perehdytyksen merkitys nostettiin vahvana esiin. Vastauksissa pohdittiin myös voisiko tehdä useampia pilotteja ennen varsinaiseen turvasoluun siirtymistä uudessa sairaalassa.

”Kannattaa suunnittelussa kuunnella osaavaa henkilökuntaa”

”Struktuuri → ketkä hyötyy turvasoluhoidosta ja millaiselle porukalle ei hyötyä tai merkitystä”

”Olisi hyvä perehdyttää myös muita turvasolussa työskentelyyn”

9 Pohdinta ja johtopäätökset

9.1 Eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen etiikka on ollut alun perin erityisesti lääketieteen pareissa tehtyjen tutkimusten ydin, mutta se on levinnyt myös muiden tieteenalojen tutkimuksen ytimeksi. Eettisyyden lähtökohtana on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä tutkimuksen aikana. Suomessa on sitouduttu noudattamaan kansainvälisesti hyväksytyn tutkimusetiikan ohjeistusta, Helsingin julistusta, joka on alun perin hyväksytty vuonna 1964 ja uudestaan 2001 Lääkäriliitossa. Tämä julistus ohjaa myös hoitotieteellistä tutkimusta, jota ohjaa lisäksi American Nurses Association vuonna 1995 julkaisema hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018m ss. 211-212, 216). Samoihin perusteisiin pohjautuu ammattikorkeakoulujen eettiset suositukset, jotka on päivitetty ja hyväksytty Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:ssä 2019. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin kuuluu luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Luetettavuudella varmistetaan tutkimuksen laatu suunnittelussa, menetelmissä sekä voimavarojen käytössä. Tutkimusta suunnitellaan, toteutetaan, arvioidaan ja raportoidaan rehellisesti, puolueettomasti sekä yksityiskohtia salaamatta. Tutkimuksen aikana osoitetaan arvostusta kollegoita sekä tutkimuksen eri osapuolia kohtaan ja kannetaan vastuu tutkimusprosessin koko elinkaaresta ideasta vaikutuksiin asti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023, s.12; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, s. 227).

Olemme tutkimuksen aikana tehneet arvioivia kysymyksiä liittyen tutkimuksen eettisyyteen; olemmeko informoineet tutkimukseen osallistujia ymmärrettävästi ja riittävästi, pysyykö kerätty tutkimusmateriaali anonyyminä, olemmeko säilyttäneet materiaalia luotettavasti, olemmeko toimineet oikeudenmukaisesti tulkitessamme materiaalia, miten työn tilaaja hyötyy tutkimuksesta ja olemmeko varmistuneet, että emme aiheuta harmia tutkimuksen eri osapuolille. Kysymykset nousevat Henninkin ym. (2020) kirjasta ja näiden avulla on voitu varmistaa tutkimuksen jokaisessa vaiheessa tutkimuksen ja sen tulosten raportoinnin eettisyys.

Tutkittavilta pitää pyytää suostumus vastausten käyttämiseen tutkimuksessa ja tutkimuksen tarkoitus, sisältö sekä miten tutkimusaineistoa tullaan käyttämään, tulee olla tutkimukseen osallistuvalla tiedossa. Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu vastaajan vapaasta tahdosta ja hän tietää, että voi myös kieltäytyä osallistumisesta ilman seurauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, s. 219). Tähän opinnäytetyöhön käytettävää materiaalia kerätessä vastaajia on tiedotettu tutkimukseen osallistumisesta suullisesti

koulutustilaisuuksissa, sähköpostitse sekä kirjallisesti kyselylomakkeiden antamisen yhteydessä. Tutkimusaineisto koostuu nimettömänä tehdystä kyselyistä, joista ei ole mahdollista tunnistaa vastaajaa myöhemmin. Aineistosta ei kerry eettisesti vastaajien tietosuojaa rikkovaa materiaalia. Tutkimusmateriaalia on säilytetty siten, että vain opinnäytetyön tekijät ovat käsitelleet sitä tutkimuksen eri vaiheissa. Kyselyyn osallistujien vastaukset on kirjattu sellaisena, kuin ne on saatu ja pelkistämässä on huomioitu, ettei vastauksen sisältö muutu. Opinnäytetyön tulokset on raportoitu sellaisina kuin ne nousevat tutkimuksesta esiin rehellisesti ja yksityiskohtia salaamatta ja niitä vähättelemättä.

Opinnäytetyön kirjoittajina sitoudumme noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan sekä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä ohjeita ja suosituksia koko tutkimusprosessin ajan suunnittelusta tutkimuksen julkaisuun saakka.

9.2 Luotettavuuden pohdinta

Tutkimusmenetelmä ja aineiston keräämismenetelmä tulee miettiä tarkasti ennen tutkimuksen tekemistä luotettavuuden varmistamiseksi. Ennen tutkimusta on mietittävä, onko tutkittavaa aihetta ylipäättäen syytä tutkia, miten sitä voi tutkia ja miten tuloksia voi käyttää jatkossa. Tutkimuksen tiedonsaannin luotettavuutta arvioidaan kriittisesti jo suunnitteluvaiheessa. Tämä edellyttää tutkijoilta monipuolista perehtymistä niin käytettävään menetelmään kuin tutkittavaan aiheeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018.). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa pohtimalla sisältääkö työ tulkinnanvaraisuuksia, onko tutkimusnäkökulma selkeä, vastaako tulokset tutkimuskysymyksiin ja miten tekijöiden subjektiivisuus on huomioitu vastauksia analysoidessa. (Hennink, 2020, s. 23)

Tämän opinnäytetyön aihe nousi työelämässä tapahtuvasta toiminnan muutoksesta. Turvasolussa pilotoitiin lyhytaikaisesti turvasolun käyttöä ja toimintamalleja, jotta niitä voidaan edelleen kehittää siten, että ne olisivat mahdollisimman valmiit uuteen sairaalaan siirryttäessä. Pilotin kokemuksia ja hoitajien näkökulmia oli tärkeää kerätä jatkossa tapahtuvaa kehittämistyötä varten ja henkilökunnan osallistamisen näkökulmasta. Opinnäytetyöntekijöillä ei ollut tutkimukseen osallistuvaa henkilöstöä enempää tietoa tai kokemusta turvasolussa toimimisesta ja käytännöistä, pilotti oli kaikille ennen kokematon ja uudenlaista ajattelua vaativaa toimintaa, joten tekijöillä ei ollut omia ennakkokäsityksiä turvasolupilotin toiminnasta. Tekijä osallistuivat samoihin koulutuksiin tutkimukseen osallistujien kanssa ja saivat näin samat pohjatiedot heidän kanssa. Laadullisessa

tutkimuksessa on kuitenkin aina mahdollisuus tutkijoiden omien tulkintoihin tutkimusta tehdessä.

Jotta saatiin mahdollisimman hyvä kokonaiskuva koko henkilöstön näkemyksistä, oli tässä tapauksessa tutkimusmateriaalin oltava laaja. Tämä mahdollistettiin antamalla koko psykiatrian henkilöstölle mahdollisuus osallistua tutkimukseen tuomalla oma näkemys esiin koko turvasolupilotin ajan. Laadullisella tutkimuksella ja avoimilla, anonyymeillä vastauksilla saatiin tietoa henkilöstön näkökulmasta ilman, että vastaukset yksilöityvät ja vaikuttavat henkilöstön vastauksiin. Vastausten pelkistämistä on tehty kahden opinnäytetyöntekijän toimesta, jolloin vastausta ja sen sisältöä on voitu pohtia yhdessä ja vastauksia on tulkittu laajemmin oikeanlaisten pelkistykseen varmistamiseksi.

Tuloksiin lisättiin autenttisia lainauksia alkuperäisestä aineistosta, jolla osoitetaan tulosten yhteys alkuperäiseen aineistoon. Aineistoa käsiteltäessä opinnäytetyön tekijöinä kävimme vuoropuhelua ja kriittistä keskustelua koko sisällönanalyysiprosessin ajan. Lisäksi aineiston ja sen analyysin luotettavuutta lisättiin lisäämällä esimerkkitaulukko sisällönanalysoinnista (Kuva 3). (Elo ym., 2022, ss. 223-224)

9.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tässä opinnäytetyössä onnistuttiin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin ”Mikä oli hoitajien näkemys turvasolun vaikutuksista osastoille? Miten hoitajien näkemys muuttui pilotin aikana?”. Ennen pilottia vastauksia tulin paljon ja kyselyihin vastattiin aktiivisesti, pilotin edetessä vastausten määrä väheni. Opinnäytetyön tekijät pohtivat vastausten määrä vähentymisen johtuvan muun muassa siitä, että pilotin myötä käytännöt jalkautuivat osastoille eikä huolenaiheita noussut samassa määrin esiin kuin ennen pilottia. Pilotin ollessa käynnissä esiin tulleet epäkohdat pyrittiin korjaamaan heti, joten kyselyn tullessa eteen pilotin edetessä, osa asioista oli jo ratkaistu. Myös vastausten sisällöstä oli tulkittavissa tyytyväisyys siihen, että ongelmia ratkottiin ajantasaisesti jo pilotin aikana ja toimintamalli muokkautui joustavasti tarpeen mukaan.

Isona kokonaisuutena vastauksissa oli toimintamallin ja –kulttuurin muutos sekä sen jalkautuminen käytäntöön. Tämä kokonaisuus nousi esiin jokaisessa pilotin vaiheen kyselyssä. Henkilökunta odotti toimintamallien muutosta ja uusia toimintamalleja, niiden koettiin olevan tarpeellisia toiminnan kannalta. Ennen pilottia toimintamallien ja –kulttuurin muutosten välttämättömyydestä huolimatta niiden ei uskottu jalkautuvan eikä todellista muutosta uskottu tapahtuvan. Ennen pilottia oli myös huoli siitä, että vanhat toimivat mallit

unohdetaan eikä henkilökuntaa kuunnella, tämä huoli osoittautui turhaksi eikä se enää noussut kyselyiden myöhemmissä vaiheissa esiin.

Pilotin edetessä huoli toimintamallien jalkautumisen onnistumisesta väheni ja vastauksissa nousi enemmän yksittäisiä ongelmakohtia, jotka ratkaistiin välittömästi pilotin aikana. Henkilökunta kehitti itse toimintaa kommentteillaan ja kokeili käytännössä uusia toimintamalleja. Toiminnan kehittäminen eteni siten, että henkilöstö esitti huolen, jota pohdittiin työryhmässä yhdessä esihenkilön kanssa ja sovittiin tilanteeseen toimintamalli. Esihenkilö teki tilanteeseen ohjeen, joka toimitettiin kaikkiin yksiköihin. Toimintamallia alettiin käyttää heti ohjeiden tultua ja henkilöstö oli avainasemassa toimintamallin toteutuksessa ja tiedon levittämisestä. Pilotin päättyessä toimintakulttuurin katsottiin pilotin osalta muuttuneen ja toimintamallien olevan sillä hetkellä toimivia ja näihin oltiin tyytyväisiä.

Pilotti itsessään koettiin hyvänä kokeiluna ennen varsinaisen toiminnan alkamista ja henkilökunta koki tulleen kuulluksi pilotin suunnittelussa. Huolen aiheisiin oli vastattu ja toimintaa muutettu ongelmakohtaan tullessa esiin ja hoitajien mielipiteillä oli ollut vaikutusta toimintamallin kehittämiseen sekä jalkauttamiseen. Yhteistyö osastojen välillä lisääntyi ja pilotin jälkeen kyselyissä oli ehdotuksia myös pilotin toistamisesta ennen varsinaiseen uuteen turvasoluun siirtymistä uudessa sairaalassa. Yllä mainittua yhteistyön kehittämistä mahdollistaa hyvä johtaminen ja hoitajien aktiivinen osallistaminen oman työn kehittämiseen. (Kallankari, 2019, ss. 29-31)

Potilasturvallisuuden odotettiin parantuvan ja muiden osastojen rauhoittuvan pilotin päätyttyä, näin koettiin myös tapahtuneen pilotin jälkeisissä vastauksissa. Turvasolun ympärillä muut osastot olivat rauhoittuneet ja aikaa yksilölliselle potilastyölle oli jäänyt enemmän, kuten kyselyn odotuksissa ja vahvuuksissa oli tullut esiin. Pilotissa koettiin olevan samanlaisia vaikutuksia kuin aiemmin teoriaosuudessa esitellyssä Hollannin mallissa. Turvasoluun siirtyminen huoletti potilasturvallisuuden näkökulmasta ennen pilottia, mutta huoli ei näissä kyselyissä noussut enää myöhemmin esiin. Mahdollisesti tähän vaikutti turvasolun sijainti, toisenlaisella sijainnilla tilanne olisi voinut olla toinen. Kuitenkin rakenteilla olevassa uudessa sairaalassa turvasolun sijainti on keskeinen suhteessa kaikkiin aikuisosastoihin eikä yksittäisen osaston sisällä, kuten pilotissa oli.

Huoli resurssien riittävydestä niin turvasolussa kuin muilla osastoilla säilyi koko pilotin ajan. Huoli myös realisoitui ja pilotin päätyttyä koettiin, että resurssia ei voi vähentää muilta osastoilta mutta toisaalta turvasolun tulee olla riittävän resursoitu. Pilotin aikana resurssia oli otettu ajoittain osastoilta turvasoluun sijaisten saannin oltua haastavaa. Uutisissa on viime aikoina noussut vahvasti esiin hyvinvointialueiden talouden tasapainotustarve eikä

lisärahoitusta ole mahdollista saada, ja tämä koskee myös Kanta-Hämeen hyvinvointialuetta. Tämän hetkessä taloustilanteessa ja hyvinvointialueen säästöpainneessa voi olla haastava järjestää riittävä resurssi, etenkin mikäli jo laskennallisesti tarvitaan lisää työntekijöitä. ("Kanta-Hämeen hyvinvointialue aloittamassa yt-neuvottelut", 2024)

Pilotin aikana odotukset, vahvuudet ja osa huolen aiheista kulkivat koko pilotin ajan pitkälti samoina. Huolen aiheista moni karsiutui ja jäljelle jäi pilotista nousseet konkreettiset huolet, esimerkiksi resurssit, joihin hoitajat itse eivätkä välttämättä myöskään lähiesihenkilöt suoraan voi vaikuttaa. Toisaalta hoitajien näkemykset muuttuivat monelta osalta ja monista odotuksista tuli toiminnan vahvuuksia. Huomioitavaa on, että lyhyen pilotin aikana toiminnan muutos voi olla joiltain osin hankalaa mutta toisaalta tässä oli monin osin myös onnistuttu. Tähän on ollut vaikuttamassa henkilöstön näkökulmien kartoittaminen, epäkohtiin ja ongelmiin tarttuminen, yhdessä suunnittelu sekä selkeiden ohjeiden tuottaminen sekä muutosten toteuttaminen joustavasti ja nopealla aikataululla. Henkilöstön mukaan ottaminen toiminnan suunnittelussa ja toimintamallien jalkauttamisessa osastoille on ollut ensiarvoisen tärkeää muutoksen onnistumisen kannalta. Mukaan ottaminen on tuonut hoitajille tunteen, että konkreettista työtä tekevien mielipiteillä ja huomioilla on merkitystä ja niiden pohjalta voi tehdä muutoksia.

9.4 Ehdotuksia jatkotutkimusta varten ja kehittämissuhteet

Kyselyiden jatkotutkimusehdotuksia nousi useita muun muassa tutkimuksen kohteena olleen pilotin raportoinnista, tulevista piloteista sekä varsinaisesta turvasolun toiminnan käynnistämisestä. Kyselyissä nousi ehdotus pilotin uusimisesta toistamiseen ennen uuteen sairaalaan ja sinne rakennettuun turvasoluun siirtymistä. Pilotin ollessa positiivinen kokemus ja sen koettiin olleen hyödyllinen niin potilaiden kuin hoitajien näkökulmasta, voisi pohtia turvasolun ottamista käyttöön jo nyt vanhoissa tiloissa.

Opinnäytetyön tekijöinä meistä olisi mielenkiintoista ja informatiivista saada tutkittavana olleen turvasolupilotin aikaista pakonkäytön vähenemisen lukuja sekä miten turvasolu konkreettisesti vaikutti eristämisten ja sitomisten lukumääriin. Olivatko määrät laskevia vai nousevia? Miten pilotti vaikutti eristämisten ja sitomisten kestoihin? Toinen tutkimuksen kokonaisuus tulevaisuudessa on tehdä kysely turvasolua käyttäneille potilaille heidän kokemuksista ja kerätä heiltä ideoita jatkotyöskentelyyn potilaslähtöisyyden kehittämisestä.

Kehittämistä ja suunnittelua henkilöresurssin sijoittelusta turvasoluun ja osastoille olisi hyvä tehdä jo nyt laskennallisesti. Voisi tutkia ja kokeilla erilaisia vaihtoehtoja, miten olemassa

olevalla henkilöstöllä saataisiin hoitajat sijoittumaan tarkoituksen mukaisesti ja riittävästi jokaiseen yksikköön turvasolutoiminnan mahdollistamiseksi.

Lähteet

- Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist* [väitöskirja, Norwegian University].
https://www.riskassessment.no/web/mod_files/article/phd-thesis-almvik-2007.pdf
- Arene ry. (2019). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto.
<https://www.arene.fi/wpcontent/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84Y%20TET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508
<https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Center for mindfulness. (n.d.). *MBSR ja mindfulness – miten ne eroavat toisistaan*.
<https://mindfulness.fi/miten-mbsr-ja-mindfulness-eroavat-toisistaan>
- Cummings, K., Grandfield, S. & Coldwell, C. (2010). Caring with Comfort Rooms: Reducing Seclusion and Restraint Use in Psychiatric Facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(6), 26-30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>
- Elo, S., Kajula, O., Kääriäinen, M. & Tohmola, A. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215-225.
<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. SAGE Publications.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Kallankari, S. (2019). *Muutoksen johtaminen arjessa*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro Oy.

- Kanta-Hämeen hyvinvointialue aloittamassa yt-neuvottelut – koskee noin tuhatta henkilöä. (7.3.2024). YLE. <https://yle.fi/a/74-20078003>
- Kanta-Hämeen keskussairaala. (n.d.). *Psykiatria*. <https://www.khshp.fi/palvelut/psykiatria/>
- Kanta-hämeen keskussairaala. (n.d.). *Aikuispsykiatria*.
<https://www.khshp.fi/palvelut/psykiatria/aikuispsykiatria/>
- Kauvo, T & Virkkunen, H. (2022). *Potilastiedon kirjaamisen yleisopas*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kekkonen, V., Koivisto, M., Lindeman, S. & Tolmunen, T. (2022). Dialektinen käyttäytymisterapia on tehokas ja käytännönläheinen hoitomenetelmä tunne-elämän epävakauteen liittyvän itsetuhoisuuden vähentämisessä. *Duodecim*, 138(21),1951-8
<https://www.duodecimlehti.fi/duo17090>
- KHSHP. (2020). *Ahveniston sairaala Hankesuunnitelma*. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2020/12/KHSHP-ky-valtuusto15.12.2020-esityslista-liitteineen.pdf>
- Kilkku, N. (2008) *Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa – Substanttiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentamisesta* (Acta Universitatis Tamperensis 1361) [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Trepo. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7492-7>
- Kognitiivisen psykoterapian yhdistys. (n.d.) *Dialektinen käyttäytymisterapia*.
<https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/kognitiivinen-psykoterapia/dialektinenkayttaytymisterapia-dkt/>
- Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. (2019). Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim*, 135(10), 925-31. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14927>
- Kuosmanen, L. (2009). *Personal liberty in psychiatric care – towards service user involvement* (Annales Universitatis Turkuensis 841) [väitöskirja, Turun yliopisto]. Utupub.
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/43990/AnnalesD841Kuosmanen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kyrölä, A. (2023). *Osastohoidon kesto lyhenee edelleen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147842/TR66_2023_psykiatrinen%20erikoissairaanhoido%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Käypähoito. (2015). *Tietoinen läsnäolo (mindfulness) epävakaa persoonallisuushäiriön hoidossa*. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix01057>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lahti, M., Berg, J., Varpula, J., Lipponen, E., Lantta, T., Äärinen, A., Soininen, P., Sailas, E., Kontio, R. & Välimäki, M. (2018). *Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana*. <https://oma.tsr.fi/api/projects/277425e7-3799-4517-a9bb-524cc2036a52/attachment/03c627a1-8a13-48df-bc10-d9a6745ebc5d>
- Lantta, T. (2016). *Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study* (Annales Universitatis Turkuensis 1255) [väitöskirja, Turun yliopisto]. Utupub.
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125695/Annales%20D%201255%20Lantta%20DISS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Laukkanen, E., (2021), *Coercive measures in Finnish psychiatric inpatient care – special emphasis on psychiatric nursing managers’ attitudes* (Dissertations in Health Sciences 608) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. eRepo.
<https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/24257/16110514501537570168.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laukkanen, E., Marin, K., Holopainen, A. & Kuosmanen, L. (2022). Millainen on hoitotyöntekijöiden asenne mielenterveyspotilaiden fyysistä rajoittamista kohtaan ja miten rajoitusten käyttöä voidaan vähentää?. *Hotus*.
<https://www.hotus.fi/wpcontent/uploads/2022/03/nv-3-2022.pdf>
- Linehan, M. (1995). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. (n.d.). *Dialektisen käyttäytymisterapian taidot*. (S. Hakala, käant.). Guilford Press. (Alkuperäisteos julkaistu 2015)

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (2016).

Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa J. Kärkkäinen (toim.), *Työpaperi* (ss. 3-30). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302751-0>

Mielenterveyslaki 1116/1990.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.) *Osastohoito mielenterveyshäiriöissä*.

<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/osastohoito-mielenterveyshairioissa>

Näkki P. & Sayed T. (2015). *Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla*. Edita Publishing oy.

Oma Häme. (n.d.) *Psykiatria*. Haettu 1.2.2024 osoitteesta <https://omahame.fi/psykiatria>

Rathus, J. & Miller, A. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford press.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. (2012). Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim* 128(22),2336-43.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo10637>

Safewards-malli. (n.d.) *Safewards-malli: interventiot*. Safewards.

<https://www.safewards.net/fi/2015-07-03-10-10-24>

Safewards-malli. (n.d.) *Safewards-malli: konfliktit ja rajoitustoimenpiteet psykiatrisilla osastoilla*. Safewards. [https://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-](https://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-4453/ammattilaisille)

[4453/ammattilaisille](https://www.safewards.net/fi/2015-07-03-09-4453/ammattilaisille)

Turvahuonemenetelmä on psykiatrisen pakkohoidon inhimillisempi vaihtoehto. (22.11.2022).

Työelämän tutkimuksen ja kehittämisen verkkolehti. [https://www.tsr.fi/tiedon-](https://www.tsr.fi/tiedon-silta/turvahuonemenetelmaon-psykiatrisen-pakkohoidon-inhimillisempi-vaihtoehto/)

[silta/turvahuonemenetelmaon-psykiatrisen-pakkohoidon-inhimillisempi-vaihtoehto/](https://www.tsr.fi/tiedon-silta/turvahuonemenetelmaon-psykiatrisen-pakkohoidon-inhimillisempi-vaihtoehto/)

Suomen mapa keskus. (n.d.). *Mitä mapa on?* <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/>

- Suomen mapa keskus. (2023). *Pidä minut turvassa – kohtele minua kunnioittavasti*.
<https://suomenmapakeskus.fi/pida-minut-turvassa-kohtele-minua-kunnioittavasti/>
- THL. (n.d.). *Mielenterveyspalvelut*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 14.11.2023
 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- THL. (2009). *Mikä on Safewards?* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://thl.fi/documents/155392151/190126140/Raija+Kontio_esitys.pdf/26742e74-09dc-4047-beb9-d68751bc5301/Raija+Kontio_esitys.pdf?t=1456488538057
- THL. (n.d.). *Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 1.12.2022 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastusaikuispsykiatriassa>
- THL. (2024). *Eettisyys itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa –verkosto*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveysverkostot/eettisyysitsemaaraamisoikeuden-rajoittamisessa-verkosto>
- Turunen, P. (2023). Sosiaalinen tiheys –ja muita tilasuunnittelun keinoja aggressiivisuuden vähentämiseen. <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2019/11/Pakonv%C3%A4hent%C3%A4minen-Sosiaalinen-tiheys.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Tölli, S., (2022), *Ihmisarvoa kunnioittava haasteellisen käyttäytymisen hallinta – mittarin kehittäminen ja testaaminen hoitotyössä* (Dissertations in Health Sciences 715) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. eRepo.
https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28789/urn_isbn_978-952-61-46904.pdf?sequence=1
- Van de Sande. R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder,

C.L. & Nijman, H. 2013. Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 475-484. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12033>

Van Melle, A. L., Voskes, Y., De Vet, H. C. W., Van der Meijjs, J., Mulder, C. L. & Widdershoven, G. A. M. (2018). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration on Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 34 – 43. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0890-x>

Varpula, J. (2023). *Safety incidents in seclusion and restraint practices in psychiatric inpatient care* (Annales Universitatis Turkuensis 1704) [väitöskirja, Turun yliopisto]. Utupub. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/174520/Annales%20D%201704%20Varpula%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vuori, J. (n.d.). *Laadullinen sisällönanalyysi*. Tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavanvalinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. (2014.) *Uudistuva mielenterveystyö*. Fioca Oy.

/

Liite 1. Sähköposti henkilöstölle

Hei,

teemme HAMKissa YAMK-opinnäytetyötä turvasolupilottiin liittyen. Työn tavoite on saada koko psykiatrian osastojen henkilöstön näkökulmaa siitä, miten pilotti on suunniteltu ja kuinka toiminta käynnistyi, sekä miten toteutus ja toiminta pilotin aikana onnistui. Keräämme tietoa anonymisti ja käytämme samaa lomaketta, mikä oli käytössä kevään turvasolukoulutuspäivillä (odotukset, vahvuudet, huolet ja ideat jatkotyöskentelyyn). Toivomme paljon vastauksia, jotta saamme kattavasti näkökulmia turvasolupilotin suunnitteluun, toteutukseen ja toimintaan liittyen.

Ensimmäisen kerran lomakkeet ilmestyvät osastolle ma 11.9. Haemme lomakkeet pe 15.9.

Ystävällisin terveisin,

P6 aoh Heini Luoma & P4K aoh Mija Karppanen





Liite 2. Kyselylomake, canvas



assi

AHVENISTON SAIRAALA

TURVASOLU XX.XX. – XX.XX.2023

 <p>ODOTUKSET</p>	 <p>VAHVUUDET</p>	 <p>HUOLET</p>
 <p>IDEAT JATKOTYÖSKENTELYLLE PÄIVÄN SISÄLLÖN POHJALTA</p>		

Tätä materiaalia hyödynnetään jatkotyöskentelyssä

Liite 3. Aineistonhallintasuunnitelma



OPINNÄYTETYÖN AINEISTONHALLINTASUUNNITELMA

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerätään paperisella kyselylomakkeella anonyymisti eikä vastuksia ole mahdollista yhdistää vastaajiin. Lomakkeessa ilmoitetaan, että materiaalia käytetään jatkotyöskentelyssä. Opinnäytetyöprosessin aikana ei kerätä henkilötietoja eikä aineistossa ole salassa pidettävää materiaalia.

Aineiston keräämisestä sekä käyttämisestä opinnäytetyöhön on informoitu kaikissa kevään koulutuspäivissä sanallisesti. Syksyllä aineiston keräämisestä informoitiin koko psykiatrian henkilöstöä saatekirjeellä sähköpostitse sekä kerättävien lomakkeiden palautuspisteessä. Opinnäytetyön tekijät kiersivät kaikki osastot aina kyselyiden alkaessa ja informoivat kyselyistä sekä jatkokäytöstä henkilökuntaa.

Alkuperäistä tutkimusaineistoa sekä aineistosta tehtyjä yhteenvetoja säilytetään Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa, lukitussa tilassa ja kaapissa. Aineiston puhtaaksikirjoitetut, sähköiset materiaalit ovat tallennettuna opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisiin tiedostoihin Kanta-Hämeen keskussairaalan suojaamassa kahdessa eri kansiossa, jolloin muodostuu varmuuskopio aineistosta.

Tutkimusaineistoa käsitellään Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa sekä opinnäytetyöntekijöiden kodeissa.

Opinnäytetyössä noudatetaan ammattikorkeakoulujen eettisiä suosituksia.

Opinnäytetyön aineisto ja tulokset ovat toimeksiantajan sekä opinnäytetyöntekijöiden omaisuutta.

Opinnäytetyöhön kerättyä tutkimusaineistoa säilytetään yhden vuoden ajan opinnäytetyön hyväksymispäivästä lukien, jonka jälkeen aineisto hävitetään.

Tässä opinnäytetyössä olevaa alkuperäistä eikä puhtaaksi kirjoitettua aineistoa käytetä jatkotutkimuksissa.