

Mari Lahti, Johanna Berg,
Veera Vainila, Mikko Korte, Pekka Toikka,
Pekka Makkonen, Kalle Varvikko,
Annamari Lindroos & Kaisa Mishina

TURKU AMK 

Hoitajien työturvallisuus ja työn hallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa

287

Raportteja

Mari Lahti, Johanna Berg, Veera Vainila, Mikko Korte,
Pekka Toikka, Pekka Makkonen, Kalle Varvikko, Annamari Lindroos &
Kaisa Mishina

Hoitajien työturvallisuus ja työn hallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa

Turun ammattikorkeakoulun raportteja 287

Turun ammattikorkeakoulu

Turku 2022

Ulkoasu: Turun AMK

Taitto: PunaMusta Oy/Sisältö- ja suunnittelupalvelut

IISBN 978-952-216-810-8 (painettu)

ISSN 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: PunaMusta Oy, Vantaa 2022

ISBN 978-952-216-811-5 (pdf)

ISSN 1459-7764 (elektroninen)

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-216-811-5>

Turun AMK:n sarjajulkaisut: turkuamk.fi/julkaisut



Sisältö

Esipuhe	7
Tiivistelmä	9
Summary	11
1 Johdanto	13
2 Tutkimuksen tavoite ja metodologiset lähtökohdat	18
2.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
2.2 Tutkimuksen vaiheet, asetelma ja käytetyt tutkimusmenetelmät.....	19
2.3 Tutkimusosastojen kuvaus.....	24
3 Mielenterveys- ja päihdehoitotyö	27
3.1 Mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitojärjestelmä ja siihen vaikuttavat lait ja asetukset	27
3.2 Psykiatrinen hoitotyö	28
4 Vaihtoehtoja pakkohoitoimenpiteille	31
4.1 Pakon käytön vähentäminen Suomessa.....	31
4.2 Kuusi ydinstrategiaa pakon käytön vähentämiseen	33
4.3 HIC – 'High Intensive Care' -malli	35
5 Työssä jaksaminen psykiatrisessa hoitotyössä	38
5.1 Työturvallisuus psykiatrisella osastolla	38
5.2 Työhyvinvointi ja ilmapiiri psykiatrisella osastolla.....	39
6 Väkivallan riskin arviointi psykiatrisessa hoitotyössä	40
6.1 Väkivalta ilmiönä psykiatrisella osastolla	40
6.2 Väkivaltariskin strukturoitu arviointi psykiatrisessa hoitotyössä.....	41

7	Tulokset	45
7.1	Hoitajien ja potilaiden käsityksiä turvatilahoidosta kansainvälisen kirjallisuuden perusteella	45
7.2	Työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitukset psykiatrisessa osastohoidossa	49
7.3	Työhyvinvointi ja työilmapiiri psykiatrisella osastolla	52
7.4	Turvatilahoito psykiatrisella osastolla	55
7.5	TurvaSiipi-hankkeen tulosten yhteenveto.....	69
8	Toimintamalli turvatilassa	72
9	Pohdinta	76
9.1	Työhyvinvointi ja työilmapiiri tutkimusosastoilla.....	76
9.2.	Työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitukset psykiatrisessa osastohoidossa	77
9.3.	Potilaan voinnin ja väkivaltariskin seuranta psykiatrisessa osastohoidossa	78
9.4.	Hoitajien ja potilaiden ehdotukset turvatilahoidon kehittämiseksi.....	79
10	Turvasiipi-hankkeen tulosten soveltaminen ja hyödyntäminen	81
11	Uusi psykiatrinen sairaala Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä Ja turvatilan suunnittelu	85
	Lähteet	87

Kirjoittajat

Lahti, TtT, Post Doc tutkija, yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

on työskennellyt Turun ammattikorkeakoulussa vuodesta 2010 erilaisissa opetus- ja tutkimustehtävissä. Tällä hetkellä hän toimii yliopettajana ja vetää mielenterveyden edistämisen tutkimusryhmää. Hän johtaa ja toimii tutkijana useammassa kansallisessa ja kansainvälisessä hankkeessa. Tutkimusalueena ovat erilaiset mielenterveyden ja mielenterveyshoitotyön kysymykset, sekä mielenterveyden edistämisen. Mari on myös tehnyt pitkään tutkimusta väkivalta- ja pakkohoidon teemoista.

Johanna Berg, TtT, sh, lehtori, Turun Ammattikorkeakoulu

on työskennellyt Turun ammattikorkeakoulussa vuodesta 2002 erilaisissa opetus- ja tutkimustehtävissä. Tällä hetkellä hän toimii opettajana Turun ammattikorkeakoulun Master Schoolissa (ylempi ammattikorkeakoulutus) sosiaali- ja terveysalalla sekä tutkijana kansallisissa ja kansainvälisissä hankkeissa. Tutkimusalueen keskeisiä teemoja ja kiinnostuksen kohteita ovat eri ikäisten mielenterveys ja mielenterveystyö sekä mielenterveyden edistämiseen ja koulutukseen liittyvät kysymykset.

Pekka Toikka, sh (AMK), TtM-opiskelija, TYKS Psykiatria

on työskennellyt sairaanhoitajana psykiatrisessa hoitotyössä vuodesta 2010 sekä TYKS psykiatrian toimialueella vuodesta 2017 lähtien psykoosivastuualueen vuodeosastohoidossa. Tällä hetkellä hän opiskelee terveystieteiden maisterin tutkintoa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. TurvaSiipi-hankkeessa Pekka toimii tutkimusassistenttina.

Pekka Makkonen, projektipäällikkö, TtM, TYKS psykiatria

toimii Turun tulevan psykiatrisen sairaalan projektipäällikkönä. Sairaalan I-vaihe valmistuu 2024. Hänen vastuullaan on toiminta tulevassa sairaalassa. Hän on toiminut myös Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatehtävissä ja ollut mukana kirjoittamassa Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa- työpapereita 2016. Koulutukseltaan Pekka on terveystieteiden maisteri.

Veera Vainila, SH(YAMK), TYKS Psykiatria

on valmistunut sisätauti-kirurgiseksi sairaanhoitajaksi 2007. Hän on työskennellyt vuodesta 2006 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Psykiatrian tulosalueella ja tällä hetkellä työskentelee osastonhoitajana Psykoosiosastolla P4. Työkokemusta hänellä on myös projektitehtävistä. Sairaanhoitajan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon Veera suoritti vuonna 2020. YAMK-tutkinnon kehittämisprojektissa hän suunnitteli Tyks Psykiatrian turvallisuuskulttuuria pohtimalla uuden toimintamallin, turvatilan, käytön periaatteita ja koulutti henkilökuntaa uuteen toimintamalliin.

Kaisa Mishina, TtT, sh (AMK), yliopisto-opettaja, erikoistutkija, Turun yliopisto

työskentelee Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella ja lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksessa. Päättökimusalueena hänellä on mielenterveys- ja päihdeaiheet. Erityisenä mielenkiinnon kohteena ovat interventio- ja aikasarjatutkimukset sekä palveluiden käyttäjälähtöinen kehittäminen.

Mikko Korte SH(YAMK), TYKS Psykiatria

on valmistunut sairaanhoitajaksi 2010, ja sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen YAMK-koulutusohjelmasta 2020. Hän on työskennellyt TYKS psykiatrissa eri tehtävissä vuodesta 2010, tällä hetkellä riippuvuuspsykiatrian vuodeosasto R1:n osastonhoitajana. Mikko on ollut suunnittelemassa ja kehittämässä TYKS psykiatrian turvallisuus- ja voimankäyttökoulutusten sisältöä ja koordinoi ko. koulutuksia. Erityinen mielenkiinnon kohde on työ- ja potilasturvallisuuden parantaminen väkivaltariskin ennakointia, haastavien tilanteiden vuorovaikutuksellista ja fyysistä hallintaa, ja yksiköiden fyysistä ympäristöä kehittämällä.

Kalle Varvikko

on toiminut koulutetun kokemusasiantuntijan tehtävissä TYKSissä huhtikuusta 2017 alkaen, pääasiassa psykiatrian toimialueella, mutta myös muilla toimialueilla. Lisäksi hän työskentelee Installation Technician- tittelillä Neuro Event Labs Oy:ssä. Kalle kokee luontevaksi olla tulkkina teknologian ja ihmisympäristön risteyskohdassa. Hänellä on ollut luottamustoimia mm. VSSH:n lähipalvelulautakunta 2017–2021 ja Salon seurakunta 2019–2022. Kalle on ylpeä kahden pienen tytön isä.

Annamari Lindroos

on toiminut TYKS psykiatrian kokemusasiantuntijana vuodesta 2017 lähtien, lisäksi hän on tehnyt yli kymmenen vuoden ajan vapaaehtoistyötä Varsinais-Suomen FinFamissa mm. omaisten vertaisena, tukihenkilönä ja ryhmänohjaajana. Annamari toimii äidin näkökulmasta ja haluaa työssään tuoda esille läheisten roolia psyykkisesti sairaan hoitokokonaisuudessa. Sydäntä lähinnä omakohtaisten kokemusten kautta on haastavan potilaan hoito ja siinä rinnalla kulkevien läheisten huomioiminen.

Taulukot

- Taulukko 1. BVC-mittarin osiot ja selitteet
- Taulukko 2. Hoitajien ja potilaiden kokemukset turvatilahoidosta.
- Taulukko 3. Vastaajien taustatietoja
- Taulukko 4. Turvasiipitilassa annettavan hoidon hyödyt ja haitat hoitajien mukaan

Kuviot

- Kuvio 1. Tutkimushankkeen vaiheet
- Kuvio 2. Hoitajien määrä tutkimusosastoilla (tilanne helmikuussa 2020)
- Kuvio 3. Työhyvinvoinmittarin summamuutokset 2019 ja 2021 välillä
- Kuvio 4. Osastoilmapiirikyselyn summamuutokset 2019 ja 2021
- Kuvio 5. Seurantalomake A:n täyttäjän ammattinimike
- Kuvio 6. Seurantalomake A:n täyttäjien ikä
- Kuvio 7. BVC-pisteet seurantalomake A:ssa
- Kuvio 8. Potilaiden antama kouluarvosana turvatilahoidolle.
- Kuvio 9. Hoitajien kehittämissuhteet turvatilassa annettavalle hoidolle

Kuvat

- Kuva 1. Turvatila Kupittaa sairaalassa TurvaSiipi-hankkeen pilotissa
- Kuva 2. Sairaanhoitajat keskustelevat väkivaltariskin arvioinnista osastolla
- Kuva 3. Sairaanhoitajat keskustelevat turvatilahoidon kriteereistä

Lyhenteet

WHO	World Health Organization
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskus
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
HIC	High Intensive Care

Esipuhe

Pakkotoimenpiteiden käyttöä on pyritty vähentämään psykiatrisessa hoidossa Suomessa ja kansainvälisesti jo yli 25 vuoden ajan. Edelleen aihe on ajankohtainen Suomessa, ja erilaisten pakkotoimenpiteiden käyttöä pyritään vähentämään. Haasteena on ollut, että haastavan potilaan kohtaamiseen ja hoitoon ei ole ollut tarjolla pakkotoimenpiteiden tilalle juurikaan mitään muuta. Tutkimusten mukaan potilaan hoitaminen eristyshuoneessa tai lepositeissä ei edistä potilaan vointia, vaan potilaat kaipaavat vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa.

On olemassa vielä vähän tieteellistä näyttöä siitä, millaisia vuorovaikutuksellisia vaihtoehtoisia menetelmiä voidaan käyttää pakkohoitoimenpiteiden tilalla, erityisesti liittyen potilaan huone- ja sidontaeristyksen hoitamiseen. Tavoitteen tulisi olla, että vuorovaikutusta haastavan potilaan hoidossa tulee voida parantaa, ylläpitäen niin hoitohenkilökunnan kuin potilaidenkin hyvä turvallisuus. Tässä julkaisussa pyritään tuomaan esille ratkaisuja edellä mainittuihin haasteisiin pakkotoimenpiteiden vähentämiseen liittyen ja terapeuttisen vuorovaikutuksen lisäämiseen. Tästä mahdollisuudesta haluamme kiittää Työsuojelurahastoa.

Julkaisussa kuvataan Työsuojelurahaston rahoittaman TurvaSiipi – Hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa -hankkeen (2019–2022) toteutusta ja tuloksia. Kuvaamme psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa vaihtoehtoista ja vuorovaikutuksellista haastavan potilaan hoitoa uudenaikaisessa turvatilassa, jotta huone- ja sidontaeristystä voitaisiin vähentää. Lisäksi kuvaamme potilaiden ja hoitohenkilökunnan tuottamia turvatilahoitoon liittyviä kehittämiskohteita. Hankkeen osavaiheiden tuloksia raportoidaan tarkemmin kansainvälisissä vertaisarvioituissa tieteellisissä artikkeleissa. Pyrimme myös julkaisemaan ja tiedottamaan hankkeen tuloksista laajemmin ammattiyhteisölle. Toivomme, että näin hankkeen tulokset, hyödyt ja turvatilan toimintaohjeen käyttö leviävät mahdollisimman laajalle mielenterveystyön kentällä.

TurvaSiipi-hankkeen päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta, työnhallintaa ja työhyvinvointia haastavan potilaan hoidossa. TurvaSiipi-hankkeessa haastavan potilaan hoitoa kehitettiin siten, että perinteinen huone-eristys pyrittiin korvaamaan uudella turvatilahoidolla, jossa hoitajan työturvallisuus ja työnhallinta eivät vähene, mutta riskinarviointi ja terapeuttinen vuoro-

vaikutus potilaan kanssa lisääntyivät. Lisäksi tavoitteena oli luoda ohjeistus turvatilan käytöstä haastavien potilaiden hoidon tueksi psykiatriassa.

Hankkeessa tuotettiin näyttöön perustuvaa tietoa haastavan potilaan hoidosta uudessa turvatilassa ja systemaattisen väkivallanriskin arvioinnin käyttöönotosta, jotta hoitajien työturvallisuus, työhyvinvointi ja työnhallinta paranee.

Konsortiohanketta on ollut mukana toteuttamassa kolme organisaatiota. Mukana ovat olleet Turun ammattikorkeakoulu, Turun yliopisto, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri sekä Kupittaa ja Halikon sairaala. Erytynen kiitos kuuluu hankkeessa mukana olleille osastoille, joilla hoidetaan päivittäin psykiatrisia potilaita, psykoosiosastot P1, P2 ja P3, riippuvuuspsykiatrian osasto R1, nuorisopsykiatrinen osasto J1 ja vanhuspsykiatrian osasto V1. Osastojen henkilökunta ja esimiehet osoittivat suurta sitoutumista hankkeeseen ja auttoivat haasteellisen turvatilaintervention aineistonkeruussa sekä osallistui-
vat itse hankkeen aineistonkeruuseen. Lämmin kiitos näiden osastojen henkilökunnalle. Kiitos myös tutkimuksessa avustaneille tutkimusassistenteille Minni Rothille ja Noora Gustafssonille sekä Pekka Toikalle.

Suurin kiitos kuuluu niille kaikille psykiatrisille potilaille, jotka omasta haastavasta tilanteestaan riippumatta tahtoivat osallistua interventioon, jossa pilotoimme turvatila-
hoitoa. Tahdon lämpimästi koko tutkijaryhmän puolesta kiittää kaikkia tutkimukseemme osallistuneita psykiatristen potilaiden suuresta omistautumisesta tähän hankkeeseen.

Tämä raportti omistetaan kaikille psykiatrisille potilaille ja heitä hoitaville ammattilai-
sille, ilman teidän apuanne ja innostustanne, tämä loppuraportti ei olisi ollut mahdol-
lista tehdä.

Kirjoittajien puolesta,

Mari Lahti

yliopettaja, Turun ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Psykiatrisilla osastoilla hoitajien työturvallisuutta ja työhallintaa heikentävät potilaiden haastava ja väkivaltainen käyttäytyminen. Yli 80 % hoitajista on kokenut potilaiden taholta uhkaavaa käyttäytymistä työuransa aikana. Potilaiden uhkaava käyttäytyminen vaikuttaa negatiivisesti hoitajien työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen.

Potilaiden aggressiivista käyttäytymistä hoidetaan edelleen pakotoimien, kuten huoneeristyksen, avulla siitä huolimatta, että tavoitteena on ollut pakotoimien vähentäminen psykiatrisessa hoidossa jo vuosikymmenten ajan. Haasteena on ollut pakolle vaihtoehtoisten hoitokeinojen ja -käytäntöjen vähäisyys. Huomiota on kiinnitetty siihen, että huoneeristyksen aikana hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on erittäin vähäistä, mikä ei tue hoidollisuutta eikä huomioi potilaan oikeuksia näissä erityisissä hoitotilanteissa. Hoidon painopisteen tulisi olla tilanteiden ennakoinnissa ja väkivaltariskin arvioinnissa sekä terapeuttisen vuorovaikutuksen vahvistamisessa.

TurvaSiipi-hankkeessa haastavan potilaan hoitoa kehitettiin siten, että korvattiin perinteinen huoneeristys, jossa vuorovaikutusta ja riskinarviointia on ollut erittäin vähän, uudella turvatila-mallilla. Turvatila-mallissa haastavat potilaat hoidettiin välittömässä kontaktissa ja vuorovaikutuksessa siten, että hoitajan työturvallisuus ja työhallinta eivät vähene, mutta terapeuttinen vuorovaikutus ja riskinarviointi lisääntyivät.

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työympäristöä turvatilan avulla siten, että se edistää hoitajien työturvallisuutta, työn hallintaa ja työhyvinvointia haastavan potilaan hoidon aikana. Lisäksi tavoitteena on luoda ohjeistus hoitotyöntekijöille turvatilan käytöstä haastavien potilaiden hoidon tueksi psykiatriassa.

Tutkimus koostui neljästä vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää turvatilan käyttöä psykiatriassa kansainvälisen kirjallisuuden perusteella. Toisessa vaiheessa selvitettiin hoitajien työturvallisuuteen ja -hallintaan sekä työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä kyselytutkimukseen ja rekisteritutkimukseen perustuen. Kolmannessa vaiheessa tarkoituksena oli pilotoida turvatilaa. Pilotoinnin jälkeen selvitettiin haastatteluiden avulla hoitajien ja potilaiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia turvatilassa annetusta hoidosta. Viimeisessä, neljännessä vaiheessa tarkoituksena oli laatia ohjeistus hoitotyöntekijöille turvatilassa toimimiseen.

Hankkeen tuotoksena muodostettiin toimintamalli tukemaan hoitajien työturvallisuutta ja työn hallintaa turvatilassa annettavan hoidon aikana. Toimintamalli koostuu kuudesta osa-alueesta sisältäen ohjeet turvatilan esittelystä potilaalle, turvatilan hoidon aloittamisen kriteerit, kuvauksen hoitotyön toiminnoista turvatilassa, hoidon päättäminen turvatilassa, ohjeistukset riittävään resursointiin ja henkilöstön täydennyskoulutukseen.

TurvaSiipi-hankkeen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä työympäristöjä uusissa, rakenteilla olevissa psykiatrisissa sairaaloissa. Hoitoympäristöjä uudistamalla voidaan tukea työnhallintaa, vähentää työn tekemiseen kohdistuvia riskejä ja välttää tilanteista johtuvia seurauksia hoitajille. Tulokset ovat hyödynnettävissä kehitettäessä psykiatrista hoitotyötä- ja hoitokulttuuria siten, että hoitoyön painopiste on ennaltaehkäisyssä, että kiinnitetään huomiota enemmän vuorovaikutuksellisiin hoitokeinoihin ja väkivaltariskin arviointiin haastavissa hoitotilanteissa. Hankkeen tuloksia voidaan käyttää suunniteltaessa ja toteutettaessa täydennyskoulutuksia liittyen turvatila-ideologiaan.

Summary

In psychiatric wards, occupational safety and nursing care are impaired by the challenging and violent behaviour of patients. More than 80% of nurses have experienced threatening behaviour from patients during their careers. Patients threatening behaviour has a negative effect on nurses' well-being at work and coping at work.

Patients' aggressive behaviour continues to be treated through coercive measures, such as seclusion, despite the goal of reducing coercive measures in psychiatric care for decades. The challenge has been the lack of alternative therapies and practices for coercion. Attention has been paid to the fact that during seclusion, the communication between nurse and patient is very low, which does not support treatment and does not consider the patient's rights in these specific care situations. The focus of treatment should be on anticipating situations and assessing the risk of violence, as well as strengthening therapeutic communication.

In the TurvaSiipi project, the care of a challenging patient was developed by replacing the traditional seclusion, where there has been very little communication and risk assessment, with a new high intensive care unit (HIC). In the HIC unit, challenging patients were treated in immediate contact and intensive communication so that the nurses' occupational safety and work management did not decrease, but therapeutic communication and risk assessment increased.

The aim of the study was to develop the working environment of nurses working in a psychiatric hospital through a HIC so that it promotes nurses' occupational safety, work management and well-being during the treatment of a challenging patient. In addition, the aim was to create guidelines for nursing staff on the use of a HIC to support the treatment of challenging patients in psychiatry.

The study consisted of four phases. In the first phase, the purpose of the literature review was to investigate the use of HIC in psychiatry based on international literature. In the second phase, factors related to occupational safety and management and well-being at work were investigated based on a survey and a register study. The third phase was to pilot a HIC. After the pilot, interviews were conducted to find out the experiences and development suggestions of nurses and patients about the treatment given in the HIC. The final, fourth step was to develop guidelines for nursing staff to work in HIC.

As a result of the project, guidelines for HIC was formed to support the occupational safety and nursing care during the treatment provided in the HIC. The guidelines consist of six areas, including instructions for introducing the HIC to the patient, the criteria for starting treatment, a description of the nursing care, ending treatment, instructions for adequate resourcing and staff training.

The results of the TurvaSiipi project can be utilized in developing work environments in new psychiatric hospitals under construction. By reforming care environments, work management can be supported, the risks of aggression can be reduced and the consequences for nurses can be avoided. The results can be used to develop a psychiatric nursing and nursing care culture with a focus on aggression prevention, giving more attention to therapeutic communication and risk assessment of violence in challenging care situations. The results of the project can be used in the planning and implementation of in-service training related to the HIC ideology.

Johdanto

1

Suomessa uusi kansallissairaus näyttää vahvasti olevan mielenterveysongelmat. COVID-19-pandemian puhjetessa Suomessa kevään 2020 aikana mielenterveyden sairaudet nousivat yleisimmäksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syyksi ohi tuki- ja liikuntaelin sairauksien (Palotie-Heino & Nyman 2020). COVID-19-pandemialla ei ollut tähän varsinaisesti vaikutusta, sillä tämä trendi on ollut havaittavissa jo hyvin pitkään. Eläketurvakeskuksen (Palotie-Heini & Nyman 2020) mukaan mielenterveysyistä myönnettyjen eläkkeiden määrä on kasvanut 25 prosenttia vuodesta 2016.

Tämä on todella huolestuttava trendi, sillä OECD on arvioinut laajassa eurooppalaisessa raportissaan 2018 Suomen menettävän laskennallisesti 11 miljardia euroa vuosittain mielenterveysongelmien vuoksi. Kuluihin laskeutuu niin suoria sairastamisesta tulevia kuluja kuin epäsuoria kuluja esimerkiksi työn menettämisen tai työn tehokkuuden laskemisen vuoksi. (OECD 2018.) Mielenterveyden häiriöt ja niiden alle luettavat päihdehäiriöt ovat yksi kalleimmista tautiryhmistä.

Mielenterveyspalvelujen saatavuudessa on kuitenkin ongelmia niin alueiden välillä kuin niiden sisällä, ja palvelurakenteen sekavuus tuottaa suuren kohtaanto-ongelman. Mielenterveyspalvelujen integraatio perus- ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole onnistunut toivotulla tavalla, ja mielenterveysongelmien tunnistaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa on joskus haasteellista. (Walhbeck ym. 2018.) Kärkkäinen (2016) on todennut, että mielenterveyspalveluiden tulee olla sote-uudistuksen keskiössä uusilla hyvinvointialueilla, ja erityisesti tulee panostaa mielenterveyspalveluiden saatavuuteen yhdenvertaisesti muiden potilasryhmien kanssa. Samaan tulokseen tultiin Yhdessä Mielin -hankkeen loppuraportissa (Wahlbeck, ym. 2018), jossa todetaan, että mielenterveyspalvelut tulisi integroida vahvasti osaksi perusterveydenhuollon palveluita.

Suomessa hoidettiin vuonna 2020 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yhteensä noin 203 000 potilasta. Heistä vuodeosastolla hoidossa oli noin 24 000 ja avohoidossa hieman yli 200 000 potilasta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon olevien potilaiden määrä kasvoi 1,7 prosenttia. Useimmilla vuodeosastohoidon potilailla on myös avohoidon kontakteja saman vuoden aikana. (THL, 2021.) Vuonna 2018 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin Suomessa 196 242 potilasta ja vastaavasti vuodeosastohoidossa heitä oli 24 881 ja avohoidossa 192 557. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuonna 2018 avohoidon käyntejä oli 2,2 miljoonaa. (THL 2019.) Verratessa erikoissairaanhoidon käyntien ja potilaiden määrän kehittymistä kymmenen vuoden aikana voidaan huomata, että muutosta on tapahtunut paljon. Vuonna 2012 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kirjattiin lähes 40 000 vuodeosastohoidon hoitajaksoa 27 738 potilaalle. Avohoidon puolella hoidettiin 157 135 potilasta, joilla oli yhteensä lähes 1,8 miljoonaa käyntiä. Kaikkiaan vuonna 2012 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin noin 1,4 miljoona potilasta. (THL 2014.)

Psykiatrisessa hoidossa erilaisiin pakkotoimenpiteitä on jo pitkään pyritty vähentämään. Suomessa asetettiin jo vuonna 2009 tavoite vähentää pakkotoimenpiteitä 40 % vuoteen 2015 mennessä (Partanen ym. 2010), mutta vielä tavoitteeseen ei olla päästy. Mielen-terveyslaki kuvailee pakkotoimiksi tai rajoitustoimiksi psykiatrisessa hoidossa seuraavia toimenpiteitä: henkilöntarkastus ja -katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen muista potilaista, sitominen lepositeilla, hoidollinen kiinnipitäminen, tahdonvastainen hoitotoimenpide tai tutkimus, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto ja omaisuuden tarkistaminen. (Kuosmanen & Laukkanen 2019).

Edelleen psykiatriseen potilaaseen kohdistuvat pakkotoimenpiteet aiheuttavat paljon keskustelua, ja tutkimusten mukaan esimerkiksi eristämisestä saatava hyöty on kiistanalaista (Sailas & Fenton 2000; Mohr 2010; Hulatt 2014). Vuodesta 2017 asti THL on psykiatrisen hoidon raportissaan kuvannut myös pakkohoitotoimenpiteitä systemaattisesti (Kuosmanen & Laukkanen 2019). Psykiatrisessa hoidossa vuonna 2020 päättyneissä hoitajaksoissa pakkotoimenpiteitä käytettiin yhteensä hieman yli 5000 hoitajakson aikana ja tämä vastaa noin 13 % kaikista hoitajaksoista.

Psykiatrisilla osastoilla hoitajien työturvallisuus saattaa vaarantua sekä työhallinta heikentyä potilaiden haastavan käyttäytymisen vuoksi (Lanctot & Guay 2014). Hoitajat kokevat haastavat tilanteet stressaavina ja kuormittavina, ja tällä on vaikutusta hoitajien työhyvinvointiin (Zerach & Shaver 2015; Yang ym. 2018; Lanctot & Guay 2014). Hoitajaan kohdistuvat uhka- ja vaaratilanteet johtavat usein hoitajan sairaspöissaoloon (Estryn-Behar ym. 2008), mikä lisää organisaation kustannuksia merkittävästi (Campbell ym. 2011; McGovern ym. 2000).

Vakavimmat hoitajan työturvallisuutta vaarantavat uhkatilanteet ilmenevät psykiatrisissa laitoksissa (NICE 2015; Estryn-Behar ym. 2008), ja 80 % hoitajista on kokenut potilaiden tahoilta uhkaavaa käyttäytymistä työuransa aikana (Moylan 2011). Potilaiden haastavan käyttäytymisen taustalla on useita erilaisia tekijöitä, jotka liittyvät mm. hoitajien ominaisuuksiin (Bowers ym. 2009; Kontio ym. 2010; Duxbury ym. 2005; Papadopoulos ym. 2012; Najafi ym. 2018), potilaiden ominaisuuksiin (Duxbury ym. 2005; Nolan ym. 2009; Meehan ym. 2006; Kontio ym. 2010; Najafi ym. 2018), potilaiden ja hoitajien väliseen vuorovaikutukseen (Lahti ym. 201; Najafi ym. 2018) sekä osastoympäristöön (Meehan ym. 2006; Virtanen ym. 2011) ja siellä vallitsevaan ilmapiiriin (Lantta ym. 2016; Duxbury ym. 2005).

Psykiatrinen osastojen tiloissa on havaittu puutteita turvallisuuden näkökulmasta (Hunt & Sine 2015). Ongelmat liittyvät rakenteelliseen turvallisuuteen, turvallisuuteen vaaratilanteissa, lukitus- ja hälytysjärjestelmiin sekä huone-eristystiloihin. Erityisesti huone-eristyksen turvallisuus on herättänyt keskustelua. Riskitekijöitä turvallisuudelle huone-eristyksen aikana ovat mm. eristyshuoneen fyysiset tekijät ja hoitajan ja potilaan välisen kommunikoinnin vähäisyys, mikä vuoksi haastavan potilaan hoidossa tulee siirtyä käyttämään vähemmän pakkoa sisältäviä hoitomenetelmiä. Hoidon tulee painottua ennaltaehkäisevien ja vuorovaikutuksellisten menetelmien käyttöön. (Lahti ym. 2018.) Osastoympäristön hoitaja- ja potilaslähtöisellä suunnittelulla voidaan vähentää potilaan haastavaa käyttäytymistä ja pakon käyttöä (Novotna ym. 2011; Papoulias ym. 2014; Cummings ym. 2010).

Huone-eristys on vaativaa psykiatrista tehohoitoa, jota tulee käyttää ainoastaan viimeisenä hoitovaihtoehtona (Knox & Holloman 2012). Huone-eristyksen turvallisuuden ja hoitajan työn hallinnan parantamiseksi näihin vaativiin tilanteisiin on kehitetty turvasiipimalli (HIC, High Intensive Care- malli) (van Mierlo ym. 2014). HIC perustuu tilojen suunnitteluun siten, että ne ovat hoidollisia ja tukevat haastavan käyttäytymisen ennaltaehkäisyä sekä vaihtoehtoisia hoitomuotoja.

Keskeistä ennaltaehkäisyssä on riskinarviointimittareiden, kuten Broset Violence Checklist (BVC) -mittarin käyttö (NICE 2015). BVC:n avulla voidaan arvioida luotettavasti potilaan riskiä väkivaltakäyttäytymiselle (Almvik ym. 2000; Almvik 2008), ja se on helpokäyttöinen kliinisessä työssä (Clarke ym. 2010). HIC-mallissa haastavien tilanteiden hallinta perustuu siihen, että riskinarviointia parannetaan, vuorovaikutusta lisätään ja potilas on jatkuvasti hoitajan valvonnassa turvasiivessä (van Mierlo ym. 2014; Heikkinen & Kähkönen 2017). Turvasiipimallilla on saatu aikaan selkeä muutos siten, että pakon käyttö on vähentynyt (90 %), hoitoajat lyhentyneet ja hoitokustannukset vähentyneet (van Mierlo ym. 2014).

Vuorovaikutus psykiatrisessa hoitotyössä on prosessi, joka on luonteeltaan inhimillistä ja kuvastaa arvoja, aikomuksia, valintoja, ratkaisuja sekä tekoja (Haho 2006; Finfgeld-Connett 2008). Vuorovaikutus mahdollistuu parhaiten toimivassa hoitosuhteessa (Laitila 2010; Tölli ym. 2010). Potilaan tarpeet, turvallisuus, potilaan tila ja sen kiireellisyys vaikuttavat hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.

Potilaiden mielestä henkilökunnan heikko vuorovaikutus ja terapeuttisen suhteen puuttuminen lisää potilaiden aggressiivista käyttäytymistä, ja vuorovaikutusta lisäämällä voidaan vähentää tahdosta riippumattomia toimenpiteitä (Bonner ym. 2002; Moran ym. 2009). Hoitajat kokevat pakkokeinojen olevan haitaksi hoitosuhteelle (Chambers ym. 2015). Hoitosuhteen säilyttäminen uhkaavissakin tilanteissa vaatii hoitajalta taitoa ja työkokemusta (Ennis ym. 2015). Keskustelu ja onnistunut vuorovaikutus ovat keinoja vähentää rajoittavia toimenpiteitä ja sitä kautta parantaa hoitosuhdetta (Chambers ym. 2015). Hoitajien koulutuksella voidaan lisätä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen laatua (van Meijel ym. 2009).

Psykiatriset potilaat odottavat saavansa apua hoitajilta vuorovaikutuksen avulla (Stenhouse 2011) ja potilaat toivovat enemmän vuorovaikutusta ja kommunikointia hoitajien kanssa (Stewart ym. 2015; Wyder ym. 2015). Potilaat kokevat terapeuttisten keskustelujen lisäksi arkiset keskustelut tärkeiksi (Wyder ym. 2015). Potilaat ovat tyytyväisiä vuorovaikutukseen, kun he saavat aikaa hoitajalta, kun hoitaja kuuntelee heitä ja on kiinnostunut potilaan asioista (Stenhouse 2011).

Tässä TurvaSiipi-hankeessa fokuksena on ollut hoitajan työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa. Tutkimushanke on kohdistunut haastavan potilaan hoidon kehittämiseen psykiatrisissa sairaaloissa lisäämällä väkivallan riskin arviointia ja vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. TurvaSiipi-hanke pohjautuu Työsuojelurahaston rahoittamaan ”EriTurva – Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen aikana”-hankkeeseen (Hanke Nro: 116181).

Tässä uudessa TurvaSiipi-hankeessa haastavan potilaan hoitoa kehitettiin siten, että korvattiin perinteinen huone-eristys, jossa vuorovaikutusta ja riskinarviointia on ollut erittäin vähän, uudella turvatila-mallilla. Turvatila-mallissa haastavat potilaat hoidettiin välittömässä kontaktissa ja vuorovaikutuksessa siten, että hoitajan työturvallisuus ja työnhallinta eivät vähene, mutta terapeuttinen vuorovaikutus ja riskinarviointi lisääntyivät.

On tärkeää saada uutta näyttöön perustuvaa tietoa siitä, miten haasteellista potilasta hoidetaan Turvatila-mallin avulla ja parannetaan hoitajan työnhallintaa ja työhyvinvointia. Tämä tieto auttaa kehittämään tulevaisuudessa näiden erikoistilanteiden käy-

täntöjä ja lyhentämään eristyksen kestoa. Näin parannetaan hoidon laatua ja varmistetaan hoitotyölle korkea eettinen taso, jolloin hoitajien kokemus työturvallisuudesta ja työnhallinnasta paranee.

Tässä julkaisussa kuvaamme ensin TurvaSiipi-hankkeen tavoitteita ja tutkimusmenetelmällisiä vaiheita. Seuraavaksi kuvaamme mielenterveys- ja päihdehoitotyötä sekä pakokotoimien ja pakon käytön vähentämistä. Pyrimme tuomaan esille perusteluita, miksi tämä teema on tärkeä ja nostamaan esille psykiatrisessa hoitotyössä pakon käytön vähentämiseen liittyvää tutkimusta. Kuvaamme keskeisiä psykiatriseen hoitoon liittyviä työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin näkökulmia sekä pureudumme väkivallan riskin arviointiin psykiatrisessa hoitotyössä.

Kuvaamme TurvaSiipi-hankkeen tuloksia: potilaiden ja hoitajien käsityksiä turvatilahoidosta sekä hoitajien ja potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta. Kuvaamme väkivallan riskin arvioinnin käyttöönottoa sekä työilmapiiriä ja työtyytyväisyyttä psykiatrisella osastolla. Lisäksi käymme läpi, miten turvatilahoitoa toteutetaan ja miten sitä voidaan kehittää. Vedämme tulokset lyhyesti yhteen ja esittelemme turvatilahoidon toimintaohjeen. Lopuksi pohdimme hankkeen tulosten laajempaa hyödynnettävyyttä ja soveltuvuutta psykiatrisen hoitotyön alalla. Kuvaamme myös sitä, miten tässä TurvaSiipi-hankkeessa testattua turvatilaa tullaan hyödyntämään uudessa psykiatrisessa sairaalassa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella.

Tutkimuksen tavoite ja metodologiset lähtökohdat

2

2.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tässä raportissa esitettävän TurvaSiipi-hankkeen tarkoituksena on tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta, työnhallintaa ja työhyvinvointia. Tavoitteena on kehittää psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työympäristöä ja työnhallintaa turvatilan avulla siten, että riskinarviointi ja hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus lisääntyy. Tavoitteena on luoda ohjeistus turvatilan käytöstä haastavien potilaiden hoidon tueksi psykiatriassa.

Hankkeen tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

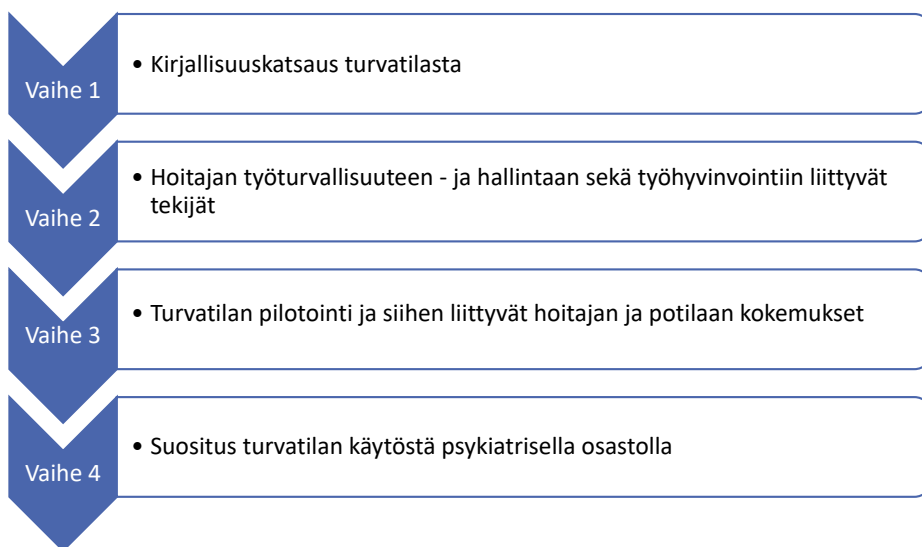
1. Miten turvatilan käyttöä kuvataan kansainvälisten tutkimusten perusteella?
2. Kuinka paljon huone-/sidontaeristyksiä, vaaratapahtumien raportointi (HaiPro)-ilmoituksia ja työturvallisuusilmoituksia on tutkimusosastoilla ennen ja jälkeen vuorovaikutustoimintaohjeen koulutuksen, riskinarvioinnin ja turvasiipitilan käyttöönoton?
3. Millainen vaikutus vuorovaikutustoimintaohjeen koulutuksella, riskinarvioinnin ja turvatilan käyttöönotolla on hoitajien työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen?
4. Minkälaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia hoitajilla on potilaan hoidosta turvatilassa?
5. Minkälaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia potilailla on hoidosta turvatilassa?
6. Kuinka kauan hoito turvasiipitilassa kestää, ja minkälaiset potilaat turvatilaa käyttävät?

2.2 Tutkimuksen vaiheet, asetelma ja käytetyt tutkimusmenetelmät

TurvaSiipi-tutkimus jakautui neljään eri vaiheeseen, joilla pyrittiin osaltaan vastaamaan siihen, että tutkimuksen tavoitteeseen vastattaisiin.

Tutkimushankkeen vaiheet ovat:

1. tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa turvatilan käytöstä kansainväliseen tutkimustietoon perustuen
2. kuvata hoitajan työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä rekisteriaineistoihin perustuen
3. pilotoida turvatila ja kuvata hoitajan ja potilaiden kokemuksia turvatilassa toteutuneesta hoidosta haastatteluaineistoon perustuen
4. laatia suositus turvatilan käytöstä psykiatrisille osastoille.



Kuvio 1.

Tutkimushankkeen vaiheet.

Tutkimusasetelma oli kvalitatiivinen, kvantitatiivinen ja kvasikokeellinen koe-kontrolliryhmäasetelma (Burns & Grove 2009; Polit & Beck 2014). Tämä lähestymistapa valittiin, koska satunnaistettu koe-kontrolli-asetelma olisi ollut mahdoton toteuttaa tutkimus-

osastoilla, koska vain kahdelle osastolle oli mahdollista rakentaa turvatila Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (Harris ym. 2006). Aineistonkeruu toteutettiin hyödyntäen monimenetelmätutkimusta yhdistämällä määrällistä ja laadullista lähestymistapaa (Sormunen ym 2013; Creswell & Plano Clark 2011; Polit & Beck 2014). Monimenetelmätutkimus on pragmaattinen ja korostaa tiedon käytännöllistä luonnetta. Se sopii tilanteisiin, joissa pyritään kuvaamaan psykiatrisen hoitotyöntekijän työnhallintaan liittyviä tekijöitä ja työtyytyväisyyttä sekä potilaiden ja hoitajien kokemuksia turvasiipitilassa annettavasta hoidosta (Whitley & Crawford 2005).

2.2.1 Kirjallisuuskatsaus

Tarkoituksena oli selvittää turvatilamallin käyttöä psykiatrisilla osastoilla kansainväliseen kirjallisuuteen perustuen. Kirjallisuuskatsaus laadittiin integratiivisena, kuvailevana katsauksena, jonka pohjaksi toteutettiin systemaattinen kirjallisuushaku viidestä terveystietokannasta.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää turvatilamallin käyttöä psykiatriassa kansainväliseen kirjallisuuteen perustuen. Turvatilamallissa turvatila määritellään erilliseksi tilaksi, jossa hoitaja voi hoitaa uhkaavasti käyttäytyvää potilasta tiiviissä vuorovaikutuksessa. Tilan tarkoituksena on rauhoittaa potilasta ja varmistaa riskinarviointi ja jatkuva vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Turvatilaa käyttämällä pyritään vähentämään eristyshuoneen käyttöä. Katsaukseen otettiin mukaan empiirisiä tutkimuksia, joissa oli tutkittu hoitajien ja potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta (HIC) psykiatrian osastoilla. Lisäksi tutkimusten tuli olla julkaistu englanninkielisissä, vertaisarvioituissa terveystieteen alan julkaisuissa. Ulosjättökriteerit olivat seuraavat: tutkimus oli tehty lasten- ja nuorisopsykiatrian tai oikeuspsykiatrian alalta tai jos oli kyseessä teoreettinen artikkeli, tapaus tutkimus, konferenssiabstrakti, kirjan luku, rekisteritutkimus, internetjulkaisu tai julkaisematon artikkeli/raportti (= julkaisu oli muu kuin tieteellinen raportti).

Tutkimusryhmän tutkijat toteuttivat kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten haun systemaattisesti. Haku tehtiin viidestä tietokannasta (PubMed, CINAHL, Cochrane, PsycINFO ja Web of Science) ja hakutermit määrittyivät PICO-viitekehityksen (Stone 2002) avulla seuraavasti: populaatio psykiatrisen sairaanhoitaja ja psykiatrisen potilas; Ilmiö/kiinnostuksen kohde turvatilahoito; tulos hoitajien ja potilaiden kokemukset turvasiipitilahoidosta. Hakulausekkeiden muodostamisessa käytettiin informaation asiantunteen ja kunkin tietokannan MeSH-termejä. Lisäksi toteutettiin manuaalinen haku valittujen artikkeleiden lähdeluetteloista. Haku tuotti 4281 artikkelia. Päälekkäisten tutkimusten ja sisäänottokriteereitä vastaamattomien tutkimusten poistamisen jälkeen jäi

32 artikkelia. Näistä 32 artikkelista luettiin kokotekstit, joista 11 hylättiin. Lopulta 21 artikkelia hyväksyttiin analysoitavaksi.

Tutkimukset kuvattiin yleisellä tasolla (julkaisuajankohta, tutkimuksen konteksti, tutkimusmenetelmät ja tutkittavien demografiset tiedot). Seuraavaksi tutkimukset luettiin läpi huolellisesti ja niistä haettiin potilaan ja hoitajan kokemuksia turvatilahoidosta psykiatrian osastoilla. Valittujen tutkimusten laatua arvioitiin Mixed Method Appraisal Tool MMAT (Pluye ym. 2011) -kriteeristön avulla. Tutkimusten analyysi toteutettiin sisällyönanalyysin avulla (Burns & Grove ym. 2009), johon perustuen tehtiin aineiston integratiivinen kuvaileva synteesi (Whittemore & Knafl 2005).

2.2.2 Rekisteritutkimus

Tarkoituksena oli selvittää hoitajan työturvallisuuteen ja -hallintaan sekä työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Selvityksen perustaksi kerättiin rekisteritiedot kahtena erillisenä otantana HaiPro-järjestelmästä ja Oberon-tietokannasta. HaiPro on potilas-/asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointityökalu ja Oberon-tietokantaan raportoidaan huone- ja sidontaeristysten lukumäärät, kestot ja tahdonvastaiset toimenpiteet.

Rekisteritutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kahteen kertaan ennen ja jälkeen tutkimusintervention. Ensimmäinen rekisteriotanta toteutui ajalta 1.8.2019–31.1.2020. Rekisteritiedot kerättiin huone- ja sidontaeristysten määristä ja kestoista sekä tahdonvastaisista toimenpiteistä (OBERON-tietokanta) ja työturvallisuus- ja vaaratapahtumailmoituksista (HaiPro-järjestelmä). Saatu rekisteriaineisto analysoitiin käyttämällä kuvailuvan tilastollisen analyysin perustunnuslukuja eli frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Lisäksi muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja khiin neliötestin avulla. HaiPro-rekisteriaineiston analyysissä käytettiin HaiPro-ohjelmaan valmiiksi tehtyjä luokitteluja ja tutkijoiden luomia luokitteluja silloin, kun valmiit luokittelut eivät olleet relevantteja/käyttökelpoisia.

2.2.3 Kyselytutkimus

Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemuksista työtyytyväisyydestä ja työilmapiiristä kuudella tutkimusosastolla. Aineisto muodostui hoitajille osoitetuista kahden kyselytutkimuksen vastauksista. Kyselytutkimukset toteutettiin ennen ja jälkeen tutkimusintervention.

Aineistonkeruun mittareina käytettiin ilmapiirikyselyä WAS – Ward Atmosphere Scale (Rossberg & Friis 2003) ja työtyytyväisyysmittaria – Kuopio University Hospital Job

Satisfaction Scale (Kvist ym. 2012). WAS-mittari koostui neljästä osiosta ja sisälsi likert-asteikollisia kysymyksiä. Työtyytyväisyysmittari koostui 37 likert-asteikollisesta kysymyksestä, jotka liittyivät koettuun työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin. Kyselytutkimuksen aineisto kerättiin tutkimusosastojen hoitohenkilökunnalta ennen ja jälkeen tutkimusintervention. Kyselytutkimukseen oli mahdollista osallistua, jos henkilöllä oli hoitajan tutkinto, 18 vuoden ikä ja hän oli suomen kielen taitoinen. Ulosjättökriteereinä oli opiskelija, lyhytaikainen sijainen (alle 3 kk) ja osastolla tilapäisesti työskentelevä varahenkilöstö. Kyselytutkimusten tuottama aineisto analysoitiin käyttäen SPSS (IBM Corp. Released 2020).

2.2.4 Hoitajien ja potilaiden kokemukset turvatilahoidosta

Haastatteluiden tarkoituksena oli kuvata hoitajien ja potilaiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia turvatilassa annetusta hoidosta. Aineisto muodostui hoitajien ryhmähaastatteluista ja potilaiden yksilöhaastatteluista.

Hoitajien haastattelussa tutkimusjoukon (n=21) muodostivat tutkimusosastojen hoitohenkilökunta. Haastatteluun otettiin mukaan henkilöt, jotka olivat vapaaehtoisia osallistumaan, joilla oli hoitajan tutkinto, jotka olivat täyttäneen 18 vuotta ja suomen kielen taitoisia. Haastattelun ulkopuolelle jätettiin lyhytaikaiset sijaiset (alle 3 kk) ja varahenkilöstöön kuuluvat hoitajat. Hoitajilta kerättiin taustatietoja (ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, täydennyskoulutus psykiatrisessa hoitotyössä ja aggression hallinnan käytännössä, työkokemus ja ammattinimike). Haastattelua ohjaavat teemat olivat: kokemukset turvasiipitilassa annetusta hoidosta, hoidot hyödyt ja haitat, turvasiipitilahoidon vaikutus työnhallintaan ja työturvallisuuteen, kehittämisehdotukset turvasiipitilassa annettavaan hoitoon ja turvasiipitilan käytön kriteeristö ja sen kehittäminen. Aineiston analyysi toteutettiin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla (Graneheim & Lundman 2004).

Potilaiden (n=7) haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastatteluun osallistumisen kriteereinä olivat potilaan vapaaehtoinen osallistuminen, suomen kielen taito, 18 vuoden ikä ja riittävän hyvä kliininen vointi hoitajan arvioimana. Potilailta kerättiin taustatietoja (ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, ammatti, hoitokerrat ja hoitoaika psykiatrisessa sairaalassa). Haastattelun teemat olivat seuraavat: kokemukset turvasiipitilassa annetusta hoidosta, hoidon hyödyt ja haitat ja kehittämisehdotukset turvasiipitilahoitoon. Saatu tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä kvalitatiivista sisällönanalyysiä (Graneheim & Lundman 2004).

2.2.5 Turvatilan pilotointi

Tarkoituksena oli pilotoida turvatilaa ja kehittää uutta turvatilassa annettavaa hoitoa. Tässä tutkimuksessa turvatila tarkoittaa rauhoittumistilaa, joka on tarkoitettu levottomalle/ uhkaavasti käyttäytyvälle potilaalle silloin, kun pakkotoimet eivät vielä ole aiheellisia. Potilas on tilassa hoitajan kanssa, jolloin säilyy kiinteä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä ja riskinarviointi mahdollistuu.

Turvatilan pilotointiin osallistui 6 tutkimusosastoa, jotka jaettiin koeryhmä A:han, koeryhmä B:hen ja verrokkiryhmä C:hen. Koeryhmä A:han kuului kaksi osastoa, joiden henkilökunta sai koulutuksen vuorovaikutuksellisesta toimintaohjeesta (Lahti ym. 2018) ja sen käyttöönotosta osastolla. Henkilökunta koulutettiin käyttämään BVC (Broset Violence Checklist) väkivaltaisuuksien tarkistuslistasta -mittaria (Almvik 2008; Almvik ym. 2000), jota käytettiin arvioimaan potilaan uhkaavan ja aggressiivisen käyttäytymisen riskiä. Lisäksi osastoille rakennettiin turvatila, johon hoitaja ja potilas siirtyivät, kun potilaan käyttäytymisen muuttui uhkaavaksi tai levottomaksi, potilas aloitti hoitajakson osastolla tai potilaan eristyshuonehoito päättyi. Koeryhmä B:hen kuului kaksi osastoa, jotka saivat myös koulutuksen vuorovaikutuksellisesta toimintaohjeesta (Lahti ym. 2018) ja sen käyttöönotosta ja BVC-mittarista (Almvik 2008; Almvik ym. 2000). Sitä vastoin koeryhmä B:hen kuuluville osastoille ei rakennettu turvasiipitiloja. Verrokkiryhmä C:hen kuuluvat kaksi osastoa eivät saaneet yllä kuvattuja interventioita, vaan näillä osastoilla toteutettiin normaalia hoitoa ja arkitoimintaa.

Interventio/pilottijakso toteutui ajalla 7.1.–31.3.2020, 28.9.–30.11.2020 ja 4.1.–27.6.2021. Ennen ja jälkeen pilottijaksoa toteutettiin Työilmapiiri ja Työtyytyväisyyskyselyt tutkimusosastojen hoitajille (ks luku 2.2.3.) ja selvitettiin rekisteritietoja liittyen työturvallisuusilmoituksiin, vaaratapahtumiin ja tahdonvastaisiin toimenpiteisiin osastoilla (ks. luku 2.2.2).



Kuva 1.
Turvatila Kupittaaan sairaalassa TurvaSiipi-hankkeen pilotissa.

2.3 Tutkimusosastojen kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) Psykiatrian toimialueella tuotetaan psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluja kahdessa psykiatrisessa sairaalassa (Halikon sairaala ja Kupittaaan sairaala). Psykiatrian toimialue on jaettu kahdeksaan vastuualueeseen ja näistä vastuualueista TurvaSiipi-hankkeessa oli edustettuina neljä: psykoosien hoito, riippuvuuspsykiatria, vanhuspsykiatria ja nuorisopsykiatria. Tutkimusosastoina toimi kuusi osastoa näiltä neljältä vastuualueelta.

Psykoosiosastot P1 (17 potilaspaikkaa) ja P2 (11 potilaspaikkaa) ovat ympärivuorokautisia, suljettuja vastaanotto-osastoja, jolle tullaan pääasiassa TYKS Akuutin mielenterveys- ja päihdeyksikön kautta M1-läheteellä tahdosta riippumattomaan tai B-läheteellä vapaaehtoiseen hoitoon. Osastot tarjoavat psykiatrista erikoissairaanhoidon tutkimusta ja hoitoa 18–69-vuotiaille potilaille, joilla on ensimmäistä kertaa psykoosioireita tai aiemmin todettu psykoosisairaus ja vointi on akuutisti heikentynyt sellaiseksi, että avohoidon palvelut eivät ole riittäviä.

Hoito osastoilla perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja hoitajaksojen pituus vaihtelee muutamasta päivästä muutama viikkoon. Lisäksi osasto P3 (20 potilaspaikkaa)

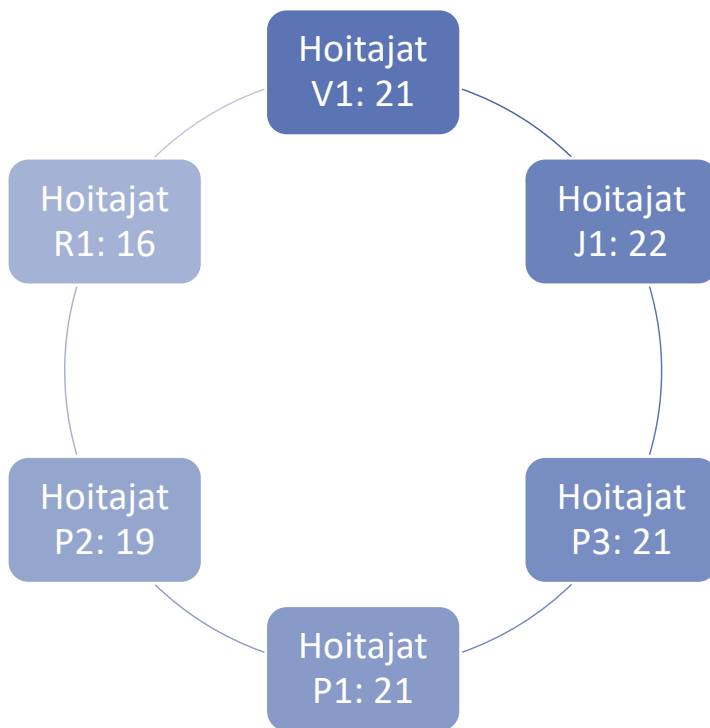
toimii ympärivuorokautisena suljettuna osastona, jonne tullaan lääkärin läheteellä tahdosta riippumattomaan tai vapaaehtoiseen hoitoon Tyks Akuutista, perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidon psykoosityöryhmistä tai osastosiirtona muilta osastoilta. Osasto toimii vastaanotto-osastona ja sinne voidaan tulla myös päivystyksellisesti. Osasto tarjoaa hoitoa täysi-ikäisille potilaille vaikeimpiin psykoosisairauksiin, jolloin osastohoidon tarve on toistuvaa.

Riippuvuuspsykiatrian osasto R1 on 12-paikkainen ympärivuorokautinen suljettu osasto, jonne tullaan lääkärin läheteellä, joko tahdosta riippumattomaan hoitoon tai vapaaehtoiseen hoitoon. Osasto tarjoaa hoitoa 18–69-vuotiaille aikuiselle, joilla on samanaikainen vaikea päihde- tai toiminnallinen riippuvuus ja vaikea psykiatrinen häiriö. Osastolla voidaan lisäksi toteuttaa opioidiriippuvuuden korvaushoidon aloitusjaksoja sekä lyhyitä hoidollisia interventiojaksoja avohoidon potilaille. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 2–4 viikkoa.

Vanhuspsykiatrian osasto V1 on 15-paikkainen ympärivuorokautinen akuutti vastaanotto-osasto, jonne tullaan lääkärin läheteellä suunnitellusti tai päivystyksellisesti, ja potilaan hoito voi toteutua hänen tahdostaan riippumatta tai vapaaehtoisesti. Osasto tarjoaa hoitoa pääsääntöisesti yli 70-vuotiaille potilaille silloin, kun avohoidon keinot ovat riittämättömiä ja potilaan toimintakyky sekä arjessa selviytyminen ovat psyykkistä syistä heikentyneet. Tavallisimmat hoitoon tulon syyt ovat psykoottiset häiriöt kuten harhaluuloisuushäiriö, vaikea masentuneisuus tai ahdistuneisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä muistisairauksiin ja päihdeongelmiin liittyvät vaikeat psykiatriset oireet. Hoitojaksot pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä.

Nuorisopsykiatrian osasto J1 on 10-paikkainen, ympärivuorokautinen suljettu osasto, jonne tullaan lääkärin läheteellä joko suunnitellusti tai päivystyksellisesti. Osastolle tulee myös ulkoisia läheteitä esimerkiksi kouluterveydenhuollosta ja lastensuojelusta. Osasto tarjoaa tutkimusta ja hoitoa 13–17-vuotiaille nuorille yhteistyössä heidän lähiverkostonsa kanssa silloin, kun perusterveydenhuollon tai nuorisopsykiatrian avohoidon palvelut eivät riitä. Osastolla hoidetaan nuoria tahdosta riippumatta tai vapaaehtoisesti. Sairaalahoidon syynä voi olla esimerkiksi akuutti mielenterveyshäiriö, vakava mieliala- tai käytöshäiriö, itsetuhoisuus tai vakava syömishäiriö. Tutkimus- ja hoitojaksot kestävät keskimäärin muutamasta vuorokaudesta viikkoihin. Osaston yhteydessä toimii myös sairaalakoulu.

Hoitotyötä tutkimusosastoilla toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä ja työparityöskentelynä. Alla kuviossa 2 esitetään TurvaSiipi-hankkeen tutkimusosastoilla työskentelevien hoitajien lukumäärät osastoittain.



Kuvio 2.
Hoitajien määrä tutkimusosastoilla (tilanne helmikuussa 2020).

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö

3

3.1 Mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitojärjestelmä ja siihen vaikuttavat lait ja asetukset

Kunnat ja erikoissairaanhoido järjestävät mielenterveyspalveluja, joihin sisältyy ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki ja kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Mielenterveystyöstä säädetään terveydenhuoltolaissa ja mielenterveyslaissa. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto vastaa asukkaidensa mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä, varhaisesta tunnistamisesta, asianmukaisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat hoidossa ensisijaisia. Mielenterveyspalveluja järjestetään myös erikoissairaanhoidossa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa aikuisilla on samat hoitoon pääsyn aikarajat kuin muussakin sairaanhoidossa. Lasten ja nuorten hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kuudessa viikossa lähetteen saapumisesta. Hoito on järjestettävä kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta. Neuvolat sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä, havaitsemisessa ja tuen tarjoamisessa. Työterveyshuolto tukee taas työikäisen väestön mielenterveyden ylläpitämistä ja ongelmien ehkäisyä. Mielenterveystyötä tutkii ja kehittää terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja valvoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirasto. (Sosiaali- ja terveystoimi 2022).

Mielenterveyspalveluja tuotetaan perustasolla ja erityistasolla. Perustasolla tarkoitetaan perusterveydenhuoltoa, kuten terveyskeskuksia, opiskeluterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa. Erityistasolla tarkoitetaan psykiatrista erikoissairaanhoidoa eli psykiatrian erikoisalana mukaisten tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuutta. Sosiaalihuolto järjestää asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa mielen-terveyskuntoutujille. Lisäksi seurakunnat ja lukuisat järjestöt eli kolmas sektori tuottavat monipuolisia palveluja. Yksityissektorin palveluilla on merkitystä erityisesti psykoterapioissa. Kansaneläkelaitos korvaa mielen-terveyshäiriöistä kärsiville 16–67-vuotiaille työ- tai opiskelukyvyn parantamiseen tähtävästä kuntoutuspsykoterapiaa. Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta Kela korvaa, jotta töistä tai arkielämän toiminnoista voisi selvitä huolimatta sairaudesta tai vammasta. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos, 2022)

Vuonna 2020 julkaistun kansallisen mielen-terveysstrategian tavoitteena on turvata mielen-terveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus vuoteen 2030 asti. Strategiassa mielen-terveys nähdään voimavarana, jota voidaan tukea. Mielen-terveyden häiriöitä voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti, ja niihin liittyvää syrjintää ja leimaamista vähentää. Palvelujen (mukaan lukien päihdepalvelut) saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle. Strategia antaa suuntaviivat päätöksenteolle sekä toiminnan ja voimavarojen suuntaamiselle ja siinä on viisi sisällöllistä painopistettä: mielen-terveys pääomana, lasten ja nuorten mielen-terveys, mielen-terveysoikeudet, palvelut ja mielen-terveysjohtaminen. Seurantaan ehdotetaan sekä olemassa olevia että kehitettäviä mittareita. Strategian tavoitteita toteutetaan aluksi lisäämällä ehkäisevien ja hoitopalveluiden saatavuutta perustasolla sekä näiden ylläpitämiseksi tarvittavaa yhteistyörakennetta. Lisäksi parannetaan työelämään kuntouttavia mielen-terveyspalveluja, mielen-terveysosaamista kunnissa ja itsemurhien ehkäisyä. (Vorma ym. 2020; Pirkola 2020.)

3.2 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidetaan potilaita heidän tahdostaan riippumatta tai vapaaehtoisesti. Psykiatrisissa sairaaloissa osastot ovat usein profiloituneet toimintansa ja sairausryhmän mukaisesti. Sairaaloissa toimii ympärivuorokautisesti potilaita vastaanottavia osastoja, ja lisäksi sairaaloissa voi olla kuntoutusosastoja, jotka voivat myös ottaa vastaan heille entuudestaan tuttuja potilaita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022.)

Hoidon tarkoituksena psykiatrisessa sairaalassa on arvioida ja hoitaa potilaan psyykkistä terveydentilaa tiiviimmin, mitä se on avohoidon keinoin mahdollista. Hoito sairaalassa on kokonaisvaltaista ja siinä huomioidaan potilaan psyykkisen tilanteen lisäksi sosiaalinen ja taloudellinen tilanne, sekä somaattinen vointi. Hoidon aikana seurataan potilaan psyykkistä ja fyysistä vointia, toteutetaan lääkehoitoa ja selvitetään potilaan

elämäntilannetta ja tuetaan potilaan selviytymiskykyä. Hoidon tavoitteena on potilaan psyykkisten oireiden poistuminen tai lieveneminen ja että potilas saa elämäntilanteensa hallintaan siten, että hän voi kotiutua ja hoito voi jatkua avohoidossa. Kuntoutusosastojen toiminnan tavoitteena on parantaa potilaiden toimintakykyä ja opettaa heitä elämään sairautensa kanssa. (Mielenterveystalo.)

Sairaalassa kunkin potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti. Potilaan hoidosta vastaa lääkäri ja hoitoryhmä koostuu moniammatillisesta työryhmästä, johon kuuluu lääkärin lisäksi aina myös omahoitaja sekä potilaan tarpeiden mukaan esimerkiksi sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti. Varinaista psykoterapiaa ei osastohoidossa pääsääntöisesti toteuteta, mutta hoidon aikana potilaalla on mahdollisuus käydä terapeuttisia keskusteluja hoitajien ja muiden hänen hoitoonsa osallistuvien työntekijöiden kanssa. Hoidon aikana potilaiden on myös mahdollisuus osallistua osastoilla järjestettäviin ryhmiin, joita voivat olla esimerkiksi erilaiset psykoedukatiiviset, liikunnalliset tai toiminnalliset ryhmät. (Mielenterveystalo.)

Sairaalahoidon aikana potilaan omaiset ja muu verkosto otetaan mukaan hoitoon ja heitä voidaan tavata yhdessä potilaan kanssa, mikäli potilas on tähän suostuvainen. Omaisia voidaan kuitenkin aina kuulla, vaikka potilas kieltäisikin antamasta omaisille tietoa hänen hoidostaan. Omaisten ja läheisten osallistuminen hoitoon parantaa usein hoidon onnistumista. Heiltä saadaan tietoa potilaan elämästä ja oireilusta ennen sairaalahoittoa, mikäli potilas ei itse suostu näitä asioita jakamaan hoitavalle taholle. Omaisilla voi myös olla potilaan omasta ajatuksesta poikkeavia näkemyksiä, jos potilas ei tunnista omaa psyykkistä oireilua sairaudeksi. Perheen ja läheisten tapaamisissa voidaan antaa tietoa potilaan sairaudesta. Omaisten kanssa suunnitellaan yhdessä myös potilaan jatkohoitoa ja omaisia voidaan tukea myös heidän omassa jaksamisessaan, koska he ovat potilaan toipumiselle tärkeä voimavara, kun potilas kotiutuu sairaalasta. (Mielenterveystalo.)

Sairaalahoidon kesto voi vastaanottavilla tai eri sairausryhmien mukaisella osastolla olla 1–3 viikkoa ja kuntouttavilla osastoilla tätä pidempi. Sairaalahoidon kestoa on kuitenkin vaikea arvioida heti hoidon alkuvaiheessa, koska psykiatristen sairauksien toipumisaika voi vaihdella paljon. Psykiatrisen oireilun kehittyminen voi joskus kestää viikkoja tai kuukausia, joten mitä pidempään potilas on oireillut ilman hoitoa, sitä pidempään myös toipuminen voi kestää. Potilaan ei kuitenkaan tarvitse olla sairaalahoidossa siihen asti, että oireet olisivat kokonaan poistuneet, mutta niiden tulee sairaalahoidossa lieventyä siten, että ne eivät enää haittaa päivittäistä arjessa selviytymistä ja heikennä potilaan päätöksentekokykyä. (Mielenterveystalo.)

Joskus potilaan perusoikeuksia ja itsemääräämisoikeutta voidaan joutua sairaalahoidon aikana rajoittamaan. Rajoitukset perustuvat mielenterveyslakiin ja niitä määrätään ainoastaan, kun potilas on oireilunsa takia vaaraksi itselleen tai toisille tai potilas häiritsee jonkun toisen henkilön hoitoa tai yksityisyyttä merkittävästi. Rajoitukset määrää lääkäri potilaan tilanteen yksilöllisesti arvioiden ja niitä voidaan käyttää ainoastaan siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan oma turvallisuus, muiden henkilöiden turvallisuus tai muu laissa säädetyn edun turvaaminen sitä edellyttää. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Potilaan kanssa voidaan myös yhteistyössä sopia, että hän suostuu tiettyihin rajoituksiin, mutta niiden suhteen potilas voi aina perua suostumuksensa. Vapaaehtoisessa hoidossa olevan potilaan oikeuksia ei voida koskaan rajoittaa muuten, kuin mitä yleiset sairaaloiden ja julkisten paikkojen järjestyssäännöt sallivat, mutta heidän kanssaan voidaan tehdä myös sopimuksia, miten sairaalahoidon aikana toimitaan. (Mielenterveystalo.)

Psykiatrisessa osastohoidossa voidaan rajoittaa potilaan liikkumisvapautta ja yhteydenpitoa. Ulkoilua voidaan rajata esimerkiksi siten, että potilas voi päästä ulkoilemaan rajatulla alueella, vain hoitajan saattamana tai ajallisesti esimerkiksi vain yhden tunnin ajan. Yhteydenpitoa voidaan rajoittaa siten, että puheluiden ja kirjeiden vastaanottaminen ja lähettäminen tai tiettyjen vieraiden käyminen osastolla kielletään. Yhteydenpidon rajoittamisesta tulee aina tehdä kirjallinen päätös, jossa eritellään tarkasti, mitä yhteydenpitoa rajoitetaan ja millä tavalla. Potilaan oikeutta ottaa yhteyttä valvoviin viranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin, ihmisoikeuksien valvontaelimiin, oikeusavustajaan tai potilasasiاميةheen ei voida koskaan rajoittaa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilaille voidaan tehdä vasten hänen omaan tahtoaan myös henkilöntarkastus ja -katsastus ja myös hänen tavaransa voidaan tarkistaa. Potilaalta voidaan ottaa vasten hänen tahtoaan haltuun hänen omaisuutensa, jos hänellä on hallussaan jotain välineitä, joilla hän voi vaarantaa omaa tai muiden turvallisuutta. Potilaalta voidaan ottaa talteen myös hänen rahansa tai maksuvälineet, jos on mahdollista, että hän sairautensa takia hävittää ne. Omaisuuden haltuunotosta tehdään aina myös kirjallinen päätös, johon eritellään talteen otettu omaisuus. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa myös toteuttamalla vastentahtoisia hoitotoimenpiteitä, kuten lääkitsemistä. Lisäksi potilas voidaan ottaa kiinnipitoon tai hänet voidaan sitoa lepositeisiin. Lisäksi potilas voidaan eristää muista potilaista. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Eristäminen ja lepositeiden käyttäminen ovat äärimmäisiä keinoja potilaan rajoittamiseksi ja niitä ennen pyritään kokeilemaan kaikkia muita keinoja hillitsemään esimerkiksi potilaan väkivaltaista käyttäytymistä muita tai itseään kohtaan.

Vaihtoehtoja pakkohoito- toimenpiteille

4

4.1 Pakon käytön vähentäminen Suomessa

Perusoikeuksien rajoituksissa on aina noudatettava mielenterveyslain säännöksiä. Näitä perusoikeuksien rajoituksia voidaan soveltaa vain potilaaseen, joka on mielenterveyslain 2–4 luvuissa säädetyllä tavalla otettu tarkkailuun tai määrätty tutkimukseen tai hoitoon. Jos potilas on otettu sairaalaan omasta tahdostaan, häneen ei voi kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Kunkin rajoituksen osalta on mielenterveyslain 4 a -luvussa säädettyjen rajoittamisen edellytysten täytyttävä sillä hetkellä, kun rajoittamista käytetään. Kun kysymys on perusoikeuksien rajoittamisesta, voidaan käyttää vain sellaisia rajoituskeinoja, joista on nimenomaisesti säädetty. Rajoitusta koskevia säännöksiä tulkitaan niiden sanamuodon mukaisesti, sanamuotoa laajentava tulkinta on kielletty. (Makkonen ym. 2016.)

Suomessa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2020 noin 203 000 potilasta. Näistä potilaista 24 000 hoidettiin vuodeosastoilla. Vuodeostoilla hoidettujen potilaiden määrä väheni 3,1 % ja hoitajaksojen määrä väheni 7,5 % verrattuna edelliseen vuoteen 2019. Vuonna 2020 päättyneiden hoitajaksojen osalta raportoitiin, että pakkotoimia käytettiin noin 13 % kaikista hoitajaksoista. Tämä tarkoittaa hieman yli 5 000 hoitajaksoa. Pakkotoimet kohdistuivat 3 887 potilaaseen 13 654 kertaa vuonna 2020. Pakkotoimien käyttö vaihtelee eri sairaanhoitopiirien välillä, esimerkiksi eristämistä käytettiin Pohjanmaalla 61,1 hoitajaksoa 1 000 hoitajaksoa kohden ja Satakunnassa 1,3 hoitajaksoa 1 000 hoitajaksoa kohden vuonna 2020. (THL 2021)

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on tärkeä ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet velvoittavat systemaatt-

tiseen pakon vähentämiseen. (Makkonen ym. 2016.) Kansainvälisesti vertailtaessa Suomessa käytetään psykiatriassa pakkoa runsaasti verrattuna muihin pakkoa käyttäviin maihin (Salize ym. 2002; Tuohimäki 2004). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjasi jo vuonna 2009, että pakon käytön tulisi vähentyä Suomessa 40 % vuoteen 2015 mennessä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2019). Tätä tavoitetta edistämään perustettiin terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja sairaanhoitopiirien asiantuntijoista työryhmä (Makkonen ym. 2016) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma tavoitetta 40 % pakon käytön vähentämiseksi ei kuitenkaan saavutettu.

Pakon käytön vähentämistä tarkastellessa täytyy huomioida se, että sairaalahoito on vain pieni, vaikkakin taloudellisesti merkittävä, osa psykiatrisen hoidon kokonaisuutta. Avohoito tulee olla entistä tiiviimpää niille potilaille, joilla on vaara joutua toistuvasti sairaalaan, ja joiden psykoosin hoito ei ole tasapainossa. Perustasolla on tärkeä rooli esimerkiksi psykoosin varhaisessa tunnistamisessa, ja varhainen hoitoon pääsy vähentää väkivaltatilanteita ja pakon käyttöä sairaalassa. (Makkonen ym. 2016)

Tiloilla on myös suuri merkitys pakon käytön vähentämisessä. Maailmanlaajuisesti eristämiseen liittyviä tiloja on kuitenkin tutkittu hyvin vähän (Kaar ym. 2017). Se kuitenkin tiedetään, että osastoympäristön hoitaja- ja potilaslähtöisellä suunnittelulla voidaan vähentää pakon käyttöä (Novotna ym. 2011, Cummings ym. 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työkirjan mukaan vuorovaikutuksen eristetyn ja sidotun potilaan kanssa tulisi olla henkilökohtaista jatkuvaa ja samaan asiaan on myös kiinnittänyt huomiota kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimiva eurooppalainen komitea (CPT 2020).

Eristämiseen ja sitomiseen käytetyn tilan tulisi olla mahdollisimman turvallinen ja virikkeitä tarjoava, ja potilaalla tulisi olla mahdollisuus käydä wc:ssä, suihkussa ja ruokailmassa eristystilan ulkopuolella ja ilman siteitä. (Makkonen ym. 2016.) Tämän hetken eristystilat Suomessa eivät kuitenkaan mahdollista tätä jatkuvaa vuorovaikutusta. Kuosmanen ja Laukkasen tekemä selvitys 2021 osoitti, että eristystiloissa ja niiden varustelussa on paljon parannettavaa. Eristyshuoneet ovat pieniä ja virikkeitä tarjoavia varusteita on rajoitetusti. Eristystiloista puuttuu myös wc- ja peseytymistilat ja tiloista ei löydy myöskään kameravalvontaa, valvontaluukkuja tai ääniyhteyttä henkilökunnan kansliaan. (Kuosmanen & Laukkanen 2021.)

Vähäinen pakon käyttö on tärkeä psykiatrisen sairaalahoidon laatumittari. Pakon käytön vähentämisessä tarvitaan johdon tuki ja sitoutuneet esimiehet. Tutkimusnäyttö korostaa useita samanaikaisia toimenpiteitä järjestelmän eri tasoilla. Pakko vähenee määrien jatkuvalla seurannalla ja niistä kommunikoimalla. Erilaiset menetelmäkokonaisuudet ja potilaiden ja omaisten mukaan ottaminen hoidon kehittämiseen ovat oleellisia asioita

pakon käytön vähentämisessä. Tärkeää on myös terapeutin vuorovaikutuksen syventäminen potilaiden ja henkilökunnan välillä. (Kuosmanen & Laukkanen 2019.)

Yksi pakon käytön vähentämisen menetelmäkokonaisuus on Six Core Strategies©, joka koostuu kuudesta ydinstrategiasta: johtajuus, tieto ohjaamaan käytäntöä, henkilöstön kehittäminen, ennaltaehkäisytyökalujen käyttö, potilaiden rooli ja jälkipalaverit (Huckshorn 2004; Tuovinen 2018). Toinen menetelmäkokonaisuus, jonka avulla pakko vähenee, on Safewards toimintamalli. Mallissa esitetään konkreettisia välineitä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja aggressiutilanteiden rauhoittamiseen. Mallissa on määritelty kuusi keskeistä tekijää, jotka vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön psykiatrisessa osastohoidossa ja tämän lisäksi mallissa on 10 erilaista konkreettista toimenpidettä, joita toteutetaan systemaattisesti. (Bowers ym. 2014.) Myös Suomessa on kehitetty vaihtoehtoisia menetelmiä eristämiseksi ja sitomiseksi esimerkiksi yhdistelmä Auran sairaalan ja Halikon sairaalan toimintaohjeesta, jossa esitellään 13 vaihtoehtoista menetelmää pakon käytölle. Yksi pakon käytön vähentämisen menetelmistä on myös ottaa käyttöön psykiatrisen hoitotahto. Psykiatrisen hoitotahtoon käyttöön antaa potilaalle mahdollisuuden tuoda esille pakkohoitoa koskevia toiveitaan ja tämä edesauttaa oikean hoitomuodon löytymistä sekä pakon käyttö vähenee. Näiden toimien lisäksi myös väkivaltariskin arviointia tulisi kehittää jatkuvasti. (Makkonen ym. 2016.)

4.2 Kuusi ydinstrategiaa pakon käytön vähentämiseen

Makkonen ym. (2016) on esitellyt Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) työkirjassa, Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa, Kuusi ydinstrategiaa -toimintamallin (Six Core Strategies). Se on kehitetty useiden Yhdysvaltain osavaltioiden kansallisena hankkeena ja rekisteröity Yhdysvaltojen käypä hoito-suositukseksi. Toimintamallin periaatteita on otettu käyttöön useissa valtioissa, muun muassa Australiassa, Yhdistyneissä kuningaskunnissa ja Suomessa, ja sillä on saatu vähennettyä eristämistä ja sitomista sekä potilastilanteisiin liittyvien työtapaaturmien aiheuttamia henkilökunnan sairaspotilaita. Kuusi ydinstrategiaa koostuu johtajuudesta, tiedon hyödyntämisestä käytännön toiminnassa, henkilöstön kehittämisestä, ennaltaehkäisevien työkalujen käytöstä, potilaiden roolin huomioimisesta ja riskitilanteiden jälkeisen pidettävistä jälkipalavereista. (Huckshorn 2004; Putkonen ym. 2013.)

Ylempien esimiesten määrätietoinen osallistuminen pakkokeinojen vähentämiseen sekä tapahtumien ja tulosten seurantaan on merkittävää niin toiminnan laadun parantamiseen, kuin esimiesten ja hoitohenkilökunnan kokemusten näkökulmista (Lantta ym. 2016; Makkonen ym. 2016). Esimiesten laatimassa suunnitelmassa määritellään kunkin

yksikön missio, hoidon filosofia ja arvot koskien pakon käytön vähentämistä. Lisäksi johtajuuteen kuuluu määritellä kunkin työntekijän roolit ja vastuut. Esimiehet arvioivat henkilöstön osaamisen ja kehittämistarpeet, ja voivat käyttää myös henkilöstön palkitsemista edesauttaakseen pakon käytön vähentämiseen tähtäävien toimintamallien kehittymistä. Johtajuudella voidaan vaikuttaa myös potilaiden hoitoympäristöön, jotta siellä on mahdollista toteuttaa monipuolisesti erilaisia hoitomenetelmiä. (Huckshorn 2008.)

Jotta pakonkeinojen käyttöä voidaan vähentää systemaattisesti ja ohjata kehittämistyötä oikeaan suuntaan, tarvitaan tietoa yksiköiden toiminnan nykytilanteesta. Organisaation johdolta tämä edellyttää analyyttistä osaamista sekä kykyä asettaa tavoitteita ja seurata niiden saavuttamista. Pakon käytön vähentämiseen liittyen tietoa tarvitaan esimerkiksi yksikön vuorokohtaisista tapahtumista, eristämistä tai sitomista vaativien potilaiden tyypillisistä ominaisuuksista, tahdonvastaisista lääkitsemisistä, vammoista, joita aiheutunut uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinnasta potilaille tai henkilökunnalle sekä tiedot, ketä hoitajia tilanteissa on ollut mukana. (Huckshorn 2008; Makkonen ym. 2016.)

Kolmannen ydinstrategian mukaan henkilöstöä tulee kehittää siten, että henkilöstön periaatteet ja toiminta vähentävät pakkokeinojen käyttöä ja konflikteja. Näin luodaan hoitoympäristö, jossa potilaille on tarjolla toiminnallisia ja hoidollisia vaihtoehtoja hallita oireita ja itsekontrollia yksilöllisesti, ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen kohdistuvat rajoittamistoimet olisivat viimeinen ratkaisukeino haastavassa tilanteessa. Yksilöllisyyden huomioiminen haastavissa tilanteissa edellyttää myös, että potilas on itse mukana laatimassa omaa hoitosuunnitelmaansa. Henkilökunnan riittävän tiedon ja osaamisen varmistaminen edellyttää jatkuvaa vuorovaikutusta, mentorointia ja seurantaa. (Huckshorn 2008; Makkonen ym. 2016.) Johtamisen näkökulmasta, henkilökunnan osaaminen ja sen kehittäminen tulee huomioida koulutuksissa, uusien työntekijöiden rekrytoinnissa ja perehdytyksessä, työn kuvausten laatimisessa sekä työntekijäarvioinneissa (Huckshorn 2008).

Ennaltaehkäisevät työmenetelmät, jotka ovat integroitu hoitoyksikön käytänteisiin ja yksilöllisesti sovittu osaksi kunkin potilaan hoitosuunnitelmaa, ovat neljäs osa pakon käytön vähentämisen ydinstrategiaa. Ennaltaehkäiseviä työmenetelmiä ovat erilaiset kliinisen voinnin arviointimittarit esimerkiksi väkivaltariskistä sekä potilaan terveydentilaa ja henkilöhistoriaa kartoittavat selvitykset liittyen muun muassa aikaisempiin pakkotoimien käyttöön ja traumoihin. Lisäksi pakon käytön ennaltaehkäisyä on potilaan kanssa laadittava de-eskalaatiokartoitus tai kriisisuunnitelmaa (hoitotahto) ja heille opetettavat itsehillinnän ja tunnesäätelyn taidot sekä syrjimätön kielenkäyttö. Pakon käyttöä voidaan ehkäistä myös hoitoympäristöä muuttamalla tai luomalla yksiköihin erilaisia rauhoittumis- tai aistihuoneita. (Huckshorn 2008; Makkonen ym. 2016.)

Potilailla, heidän läheisillään ja tukihenkilöillä nähdään olevan myös rooli edesauttamassa pakon käytön vähentämistä. Heitä voidaan ottaa mukaan organisaation eri tasoilla erilaisiin tehtäviin tukemaan hoidon ja järjestelmän kehittämistä, ja heille annetaan tarvittava perehdytys ja koulutus. He voivat toimia kokemusasiantuntijuudellaan erilaisien tehtävien valvonnassa ja seurannassa, jälkipuintilanteissa, vertaistukihenkilöinä tai valtuutettuina organisaatioiden eri toimikunnissa. Organisaation johtavan työntekijän tulee tunnistaa vaativuus, joka liittyy edellä mainittuihin tehtäviin osallistumiseen, ja hänen tulee olla valmis tukemaan, auttamaan ja puolustamaan näitä erityisroolissa olevia toimijoita sekä heidän mukaan ottamistaan. (Huckshorn 2008; Makkonen ym. 2016.)

Työhyvinvoinnin ja työn hallinnan näkökulmasta haastavien tilanteiden jälkeen tehtävät purkukeskustelut henkilöstön kesken on koettu merkityksellisinä (Lahti ym. 2018). Kuudes ydinstrategia korostaakin kaikkien uhka- ja väkivaltatilanteiden, sekä niihin liittyvien eristämisen- ja sitomistilanteiden huolellista analysointia jälkipalaverissa, jotta prosesseja ja käytänteitä voidaan kehittää ja minkälaisia toimintamalleja tulee mahdollisesti jatkossa välttää. Lisäksi jälkipalaverien tai purkukeskustelujen tarkoitus on lieventää pakkokeinojen käyttöön liittyviä haitallisia ja traumaattisia vaikutuksia kaikkien tilanteeseen osallistuneiden kohdalla. (Huckshorn 2008; Makkonen ym. 2016.) Tilanteita voidaan analysoida kahdella tapaa: välittömästi tilanteen jälkeen ja myöhemmin hoitor ryhmän kanssa (Huckshorn 2008).

4.3 HIC – 'High Intensive Care' -malli

2000-luvun alussa Hollannissa käynnistettiin psykiatrisessa hoidossa käytettävien pakkokeinojen vähentämiseen tähtäävä toimenpideohjelma. Huomiota kiinnitettiin erityisesti eristyshuonehoidon eettiseen näkökulmaan ja tavoitteeksi asetettiin vähentää vuosittain eristämistä 10 prosentilla. Samanaikaisesti hallituksen tahtotila oli vähentää psykiatrisen vuodeosastohoidon potilaspaikkoja, ja sen myötä omaksuttiin tehostetun avohoitotyön menetelmiä ja panostettiin potilaiden sosiaaliseen verkostoon. Kynnys ottaa potilaita osastolle hoitoon kasvoi, jolloin osastohoidossa olevat potilaat olivat entistä huonokuntoisempia ja tarvittiin myös tehostetumpia hoitokeinoja. Samalla potilaiden hoidossa kehittyi ajatus toipumisen ja oireiden hallinnan korostamisesta sen sijaan, että tavoiteltaisiin potilaiden täyttä oireettomuutta. (Voskes ym. 2021.) Kolme merkittävää muutostekijää olivat pakon käytön vähentämiseksi luotujen, eri hoitointerventioiden koostaminen yhdeksi kokonaisvaltaiseksi toimintamalliksi, parempi kontaktin luominen ja yhteistyö niin potilaan kuin muiden hoitoon osallistuvien tahojen kesken sekä toipumisorientoituneen hoitokulttuurin omaksuminen (van Melle ym. 2020).

Hollannin Eindhoveniin perustettiin vuonna 2012 ensimmäinen High and Intensive Care Centre. HIC-mallissa suunnitellaan hoitoympäristö yksikön perustehtävää palvelevaksi sekä samalla kehitetään avo- ja osastohoidon saatavuutta ja laatua. Lisäksi malliin kuuluu vaihtoehtoisten, tahdonvastaisia toimenpiteitä ennaltaehkäisevien toimintatapojen lisääminen hoidossa, esimerkiksi vuorovaikutuksen lisääminen hoitohenkilöstön ja potilaan välillä. Myös potilaan uhkaavan ja aggressiivisen käytöksen riskin arviointi strukturoidusti ja laadukkaasti on osa HIC-mallia. Vuosina 2012–2014 kehitettyä High and Intensive Care (HIC)-mallia ja sen implementointiin kehitettyä HIC Monitoria on tutkittu psykiatrisessa hoitoympäristössä ja sen on todettu vähentävän tahdonvastaisten toimenpiteiden, kuten eristämisen ja tahdonvastaisen lääkitsemisen määriä sekä hoidon kustannuksia. (van de Sande ym. 2013; van Mierlo ym. 2014; Bierbooms ym. 2017; van Melle ym. 2020.)

HIC-mallissa korostuvat hoidon porrastaminen, potilaan hoitoon ottamisen ja hoidon prosessi, lääketieteellinen ja toipumisorientoitunut lähestymistapa, ammatillinen ja kokemuseräinen tieto sekä parantava ympäristö. Hoidon porrastus tarkoittaa sitä, että osastohoito aloitetaan vain silloin, kun avohoidossa ei enää kyetä potilasta hoitamaan. Potilas kirjataan tehostetun tuen osastolle, jossa hänellä on oma huone, yhteiset oleskelutilat muiden kanssa ja mahdollisuus käyttää rauhoittumistilaa. Jos potilaan vointi heikkenee ja aggressiivisuus lisääntyy, potilas siirretään intensiivihoidon tiloihin, turvahuoneeseen, joka sijaitsee samalla osastolla. Intensiivihoidossa potilasta hoidetaan isommassa potilashuoneessa, ja hänen seurassaan on koko ajan hoitaja. Vierihoidon järjestyy samasta yksiköstä, jonne potilas on alun perin sisäänkirjoitettu. Jos turvallisuusuhka potilaan hoitamisessa lisääntyy, potilas siirretään intensiivihoidosta lukittuun, korkeimman turvan huoneeseen, jossa hän on yksin eli potilas eristetään, ja tällöin käytetään pakkotoimia. (Voskes ym. 2021.)

Potilaan hoitoon ottamisessa on määritelty kuusi vaihetta. Ensimmäisenä tutustutaan potilaaseen ja luodaan luottamusta niin potilaaseen kuin hänen läheisiin, joita voidaan kutsua osastolle. Toisessa vaiheessa, jo heti ensimmäisten tuntien aikana, potilaasta tehdään riskiarviointia väkivaltaisuuden ja itsetuhoisuuden suhteen. Riskiarviointi jatkuu koko osastojakson ajan. Kolmas vaihe on psykiatrin arvio ja neljäs vaihe somaattinen arvio. Viides vaihe on potilaan hoidon suunnittelu. Nämä edeltävät vaiheet tehdään 24 tunnin sisällä potilaan sisäänkirjoituksesta ja hoitosuunnitelma laaditaan mahdollisuuksien mukaan potilaan kanssa yhdessä. Kuudes vaihe on järjestää hoitopalaveri 24 tunnin kuluessa sisäänkirjoituksesta, johon osallistuu HIC-yksikön lääkäri, potilas ja tämän sukulaiset sekä avohoidon lääkäri. (Voskes ym. 2021.)

HIC-mallissa lääketieteellinen diagnoosi ja hoito perustuvat potilaan yksilölliseen huomioimiseen, jotta hän toipuu kriisistään. Hoitotiimissä on monipuolista ammatillista tietotaitoa, sillä työryhmään kuuluu psykiatreja, hoitajia, psykologeja, hoitotieteen asiantuntijoita ja toimintaterapeutteja. Kokemusperäistä tietoa hoidon tueksi saadaan vertaistuesta. Yhteistyötä tehdään myös puolisoiden, omaisten tai naapureiden kanssa ja heidän tietämystään ja kokemustaan hyödynnetään potilaiden hoidossa. Ammattilaisten koulutuksessa opetetaan teorian lisäksi ottamaan huomioon kokemusperäistä tietoa ja kehittämään myös perustaitoja kuten sosiaalisia taitoja. Kokonaisuudessaan HIC-yksikkö on suunniteltu parantavaksi ympäristöksi, joka edesauttaa toipumista ja hyvinvointia, sekä vähentää stressiä, ahdistusta ja aggressiivisuutta. (Voskes ym. 2021.)

HIC Monitorissa on listattu 67 elementtiä, jotka arvioidaan asteikolla 1–5, sen mukaan, millä tasolla jokin toimintatapa on otettu käyttöön HIC-mallia implementoidessa (1=ei ole otettu käyttöön lainkaan, 5=kokonaan käytössä) (van Melle ym. 2020).

HIC-toimintamallin käyttöönottoa edesauttavat selkeä, tukea antava johtaminen ja viestintä muutoksesta, henkilöstön osallistuminen muutokseen eteenpäin viemiseen sekä muutoksen portaittainen sisäänajo siten, ettei kaikkia menetelmiä oteta käyttöön kerralla vaan priorisoidaan, mistä toimista aloitetaan. Lisäksi toimintamallin käyttöönottoa auttaa positiivinen palaute ja ylpeyden tunne onnistumisista, koulutus sekä selkeät, arviotavat tavoitteet, joita on HIC-käsikirjassa ja HIC-monitorissa. (van Melle ym. 2021.) Vastaavasti toimintamallin omaksumista yksikössä voi heikentää johdon tuen puute, henkilöstön muutosvastarinta ja henkilöstön määrän vajuus ja sijaistyöntekijät. Henkilöstön määrän vähyys vaikuttaa mahdollisuuteen toteuttaa vierihoidon ja se vaikuttaa myös turvallisuuden tunteeseen, kuten myös sijaistyöntekijöiden käyttö. Lisäksi toimintamallin käyttöönottoa heikentää tiedon puute toimintamallissa toteutettavista interventioista kuten vierihoidon käytännöistä ja se, jos tilat eivät ole soveltuvia toteuttaa interventioita. HIC-mallin toimintafilosofiassa voidaan myös nähdä ristiriitaa, mikä osaltaan vaikuttaa toiminnan implementoimiseen, sillä vaikka tavoitteena olisi vähentää eristämistä, toimintamallissa potilas voidaan kuitenkin sijoittaa turvahuoneeseen, jossa hänet käytännössä eristetään muista potilaista. (van Melle ym. 2021.)

Työssä jaksaminen psykiatrisessa hoitotyössä

5

5.1 Työturvallisuus psykiatrisella osastolla

Väkivaltainen ja aggressiivinen käyttäytyminen haastaa terveydenhuoltoa ja sen työturvallisuutta. Ongelma on ollut esillä jo kauan ja on edelleen kasvava. Tiedetään, että hoitajilla on jopa neljä kertaa suurempi riski kohdata väkivaltaa työssään kuin muiden alojen työntekijöillä (Wells & Bowers 2002) ja riski on erityisen suuri psykiatrisessa hoitotyössä (Ridenour ym. 2015). Työturvallisuutta uhkaavana väkivallan muotona esiintyy eniten verbaalista väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa taas esiintyy tutkimusten mukaan erityisesti iltavuoroissa. Potilaiden diagnooseihin liittyen sekä verbaalisen että fyysisen väkivallan esiintyvyyden on todettu olevan yhteydessä personallisuushäiriötä sairastavien potilaiden suureen määrään osastolla. (Ridenour ym. 2015.) Työturvallisuuden edistämiseksi on tärkeää saada hoitotyön käytäntöön menetelmiä, joiden avulla väkivaltaa voidaan vähentää.

Työturvallisuutta on pyritty edistämään kehittämällä ja implementoimalla erilaisia menetelmiä hoitotyöhön. Interventioilla, joiden pyrkimyksenä on ollut ennaltaehkäistä väkivaltaa ja sen uhkaa, on ollut vain melko vähäistä vaikutusta eikä niiden toimivuudesta ole varmaa tietoa (Jaspers ym. 2019). Valtaosa näistä kyseisistä interventioista on kohdistunut työntekijöihin ja perustunut erilaisiin taitoharjoitteluihin. Tyypillisesti niiden avulla saadaan lisättyä hoitajien taitoja ja kompetenssia väkivaltaisten tilanteiden hoitamiseen, mutta niiden varsinainen tehokkuus väkivaltatilanteiden vähenemiseen ja ennaltaehkäisyyn on epäselvä. (Anderson ym. 2010.) Sellaisia interventioita, joissa olisi huomioitu myös potilaiden näkökulma, on vain vähän. Opetuksellisten menetelmien lisäksi tiedetään, että väkivallan riskinarviointi voi ennaltaehkäistä väkivaltaa ja näin ollen edistää työturvallisuutta. Säännöllisesti tapahtuva väkivallan riskinarviointi ja psykiatrisen hoitoympäristön auditointi tulisivin olla säännönmukaisesti toteutettavaa ja

osa sairaaloiden normaalitoimintaa (Cowman & Bowers 2009). Jotta väkivaltilanteita pystyttäisiin kuitenkin aidosti vähentämään, tarvitaan usean eri tason toimia. Tämä tarkoittaa esimerkiksi hoitajien kouluttamista, hoitoympäristön muutoksia ja organisaation toimia (Andreson ym. 2010).

5.2 Työhyvinvointi ja ilmapiiri psykiatrisella osastolla

Työhyvinvoinnilla on selkeä yhteys tuottavuuteen ja työssä suoriutumiseen hoitotyössä (Law ym. 2020). Hyvä työhyvinvointi lisää työtyytyväisyyttä ja halua pysyä omassa tehtävässään (Lu ym. 2012). Työhyvinvointi edistää hoitajien psykososiaalista hyvinvointia vähentäen esimerkiksi työuupumusta ja siitä johtuvia sairauspoissaoloja. Työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden voidaankin ajatella olevan merkittävää paitsi hoitajalle itselleen, myös koko organisaatiolle ja sen toiminnalle.

On tärkeää tarkastella työhyvinvointia suljetuilla psykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien näkökulmasta. Tiedetään, että suljetuilla osastoilla työskentelevät hoitajat suunnittelevat avo-osastoilla työskenteleviä useammin lopettavansa työssään ja että erityisesti osa-aikaisena työskentelevät hoitajat ovat tyytymättömämpiä työhönsä kuin kokoaikaiset. Samoin nuoret hoitajat suunnittelevat lähtöä vanhempia hoitajia useammin (Baum & Kagan 2015.) Tämä on asia, joka on tärkeää ottaa huomioon ja pyrkiä tukemaan työssä jaksamista ja työtyytyväisyyttä.

Psykiatrisilla osastoilla tapahtuvat vaaratilanteet aiheuttavat negatiivisia seurauksia hoitohenkilökunnalle, potilaille (Baby ym. 2014) ja koko osastolle (Daffern & Howells 2002). Seuraukset voivat olla psyykkisiä tai fyysisiä (Martinez 2016), kuten uniongelmia, pelkoa (Pelto-Piri ym. 2020; Stevenson ym. 2015), fyysisiä loukkaantumisia ja materiaalisia vahinkoja (Pelto-Piri ym. 2020). Näistä voi puolestaan aiheutua ylimääräisiä kustannuksia organisaatioille johtuen esimerkiksi sairauslomista, rekrytoinnin haasteista (Kneller & Harvey 2016) sekä työntekijöiden lähtemisistä pois alalta (Van Gerven ym. 2016). Tiedetään, että työympäristössä tapahtuva väkivalta on merkittävin tekijä työtyytymättömyyteen, johtaen edelleen lisääntyneisiin työpoissaoloihin ja työstä lähtemisiin (Liu ym. 2019). Jotta voisimme ymmärtää ja ennaltaehkäistä vaaratilanteiden syntymistä ja näin tukea työssä jaksamista, on tärkeää ymmärtää vaaratilanteita erityisesti hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Väkivallan riskin arviointi psykiatrisessa hoitotyössä

6.1 Väkiältä ilmiönä psykiatrisella osastolla

Väkiältä käsitteenä on yksilöön, ihmisryhmään tai yhteisöön kohdistuvaa uhkailemista tai fyysisen voiman tahallista käyttöä. Lisäksi väkivallaksi määritellään muu käyttäytyminen, joka voi johtaa loukkaantumiseen, kuolemaan, psykologiseen vahinkoon, kehityksen heikkenemiseen tai riistoon. Jos toiminta kohdistuu tekijään itseensä, on kyse itsetuhoisesta käytöksestä, joka on myös yksi väkivallan muoto. (World Health Organization [WHO] 2002; National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2015.) Aggressio voidaan jakaa RADI- ja PIP-aggressioon, joiden lyhenteet koostuvat englannin kielen sanoista affective, defensive ja impulsive sekä planned, instrumental, predatory. RADI kuvastaa reaktiivista, tunteisiin liittyvää, puolustusellista ja impulsiivista aggressiota, kun taas PIP-aggressio on luonteeltaan suunniteltua, väkivallan käyttöä vallan välineenä ja saalistavaa. Psykoosia sairastavalla ihmisellä on suurempi riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen, jos hänellä on nuoruudessa tai nuoruudesta lähtien esiintynyt antisosiaalisuutta ja väkivaltaa, päihdeongelmia, itsetuhoisuutta, sairautentunnottomuutta ja lääkehoidon laiminlyömistä. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Väkiältä psykiatrisella osastolla voidaan eritellä distaalisiin ja proksimaalisiin tekijöihin. Nämä tekijät voivat ilmetä yhtäaikaisesti. Distaalisiin tekijöihin kuuluvat potilaan ominaisuudet kuten menneisyys, hyväksikäyttökokemukset, päihdehistoria, persoonallisuus ja psyykinen hätä, kun taas proksimaalisia tekijöitä ovat ne, jotka ilmenevät väkivaltilanteessa kuten vihamielisyys, kommunikaatiovaikeudet, vakavat harha-aistimukset, hoitohenkilökunnan suhtautuminen ja muiden potilaiden toiminta. Lisäksi väkiältäan liittyviä tekijöitä ovat fyysiset tekijät kuten sitominen tai pitkittynyt osastohoito, kulttuuriset ja osaston hoitoympäristöön liittyvät, esimerkiksi ylipaikkatilanne tai osaston tunnelma. (NICE 2015; Najafi ym. 2018; Asikainen ym. 2020; Al-Qadi 2021.) Poti-

laan näkökulmasta osastoilla tapahtuvat väkivaltilanteet liittyvät usein tylsyyteen, yksinäisyyteen sekä hallintaan, valvontaan ja sääntöihin. Potilaiden kokemuksen mukaan hoitohenkilökunnan tapa kohdata potilas vaikuttaa väkivaltilanteiden syntyyn. Autoritäärisyyden ja tuen vähäisyyden koetaan lisäävän aggressiivisuutta, kun taas ammatillisuus, potilaan kunnioittaminen ja hoitajan läsnäolo vähentävät aggressiivisuutta osastolla. (Kontio ym. 2014.)

Maailmanlaajuisesti hoitohenkilökunnalla on kohonnut riski joutua jonkin väkivallan muodon kohteeksi työssään (Edward ym. 2016), minkä osoittaa myös se, että suurin osa hoitohenkilökunnasta on kokenut henkistä ja hieman yli puolet fyysistä väkivaltaa. (Itzhaki ym. 2015). Suomessa suurin osa psyykkisiin häiriöihin liittyvistä väkivaltilanteista tapahtuu ensiapupoliklinikalla tai psykiatrisella vastaanotto-osastolla (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015). Psykiatrista hoitotyötä tekevien työntekijöiden todennäköisyys joutua väkivallan kohteeksi työssään on kolme kertaa suurempi kuin muilla erikoisaloilla. Psykiatrian osastoilla työskentelevillä naissairaanhoidajilla on suurempi todennäköisyys joutua henkisen väkivallan ja miessairaanhoidajilla taas fyysisen väkivallan uhriksi. Useimmiten väkivallan tekijä on potilas, harvemmin taas muu henkilö kuten omainen tai muu työntekijä. (Edward ym. 2016.)

Potilaan väkivaltainen käytös saattaa aiheuttaa hoitohenkilökunnalle ahdistusta, masennusta, työuupumusta, välttelykäyttäytymistä ja post-traumaattisen stressioireiston syntymisen. Affektiivisia seurauksia väkivallasta voi olla häpeä, viha ja syyllisydentunteet. Väki­vallasta voi seurata myös useita fysiologisia trauma­joja, kuten luunmurtumia, silmien vahingoittumista tai muita pysyviä vammoja, joita kokee joka neljäs hoitaja työ­uransa aikana. Lisäksi väkivaltaa saattaa vaarantaa heidän työturvallisuutensa ja vaikeuttaa työn hallintaa. (d’Ettorre & Pellicani 2017; Yang ym. 2018, Pariona-Cabrera ym. 2020; Havaei 2021). Potilaalle väkivaltaisen käytöksen seurauksena voi olla joutuminen huone-eristykseen (Lahti ym. 2018) tai kiinnipitoon (Lantta ym. 2016).

6.2 Väki­valtariskin strukturoitu arviointi psykiatrisessa hoitotyössä

Potilaan väki­valtariskin strukturoitu arviointi toteutetaan arviointimittarilla. Erilaisia mittareita on tutkimuskirjallisuudessa tunnistettavissa lähes kaksikymmentä, jotka ovat ominaisuuksiltaan ja käyttötarkoituksiltaan erilaisia. (Dickens 2020.) Mittareiden arviointitekijät voivat olla staattisia tai dynaamisia sekä mittari voi sisältää jompaakumpaa tai näiden yhdistelmää. Dynaamiset tekijät kuvaavat potilaan psyykkiseen tilaan, vointiin ja asenteisiin liittyviä väki­valtariskin käsitteitä, kun taas staattiset tekijät kuvaavat potilaan väki­vallan historiaa. (Ghosh ym. 2019; Dickens ym. 2020.) Esimerkiksi Historical Clinical and Risk Management -20, eli HCR-20-mittari, koostuu historiallisista,

kliinisistä ja riskien hallinnan osioista, joten tätä mittaria voidaan pitää niin staattisten kuin dynaamisten tekijöiden yhdistelmästä (Douglas ym. 2014; Kötter ym. 2014). Lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointimittari koostuu siis pääasiassa dynaamisista tekijöistä, ja sen tarkoituksena on auttaa väkivaltariskin ennustamisessa noin 24 tunnin aikavälillä. (Ghosh ym. 2019; Dickens ym. 2020). Tällaisten mittareiden on todettu soveltuvan psykiatrisessa osastohoidossa päivittäiseen arviointiin, koska ne ovat herkkiä mielialan ja psyykkisen voinnin muutoksille. (Chu ym. 2013).

Väkivaltariskin strukturoidusta arvioinnista on luotu suositus Ilossa-Britanniassa NICEn (2015) toimesta liittyen erilaisiin keinoihin vähentää väkivallan ilmenemistä psykiatrisessa hoidossa. Suosituksessa kehoitetaan ottamaan käyttöön psykiatriseen osastohoittoon lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointimittareista Brøset Violence Checklist eli BVC-mittari tai Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Versionin eli DASA-IV-mittari. (NICE 2015.) Suomessa ei ole olemassa virallista tai kansallista suositusta arviointimenetelmien käytöstä psykiatrisessa hoidossa, mutta tavallisimmin oikeuspsykiatrialla ja vankilaympäristössä käytössä oleva instrumentti on HCR-20-mittari (Eronen ym. 2007).

Almvikin ja Woodsin (1998, 2000) kehittämä BVC-mittari on otettu kansainvälisesti käyttöön psykiatrisessa hoidossa ja käännetty useille eri kielille, myös suomeksi. Hoitohenkilökunta arvioi potilaan väkivaltariskiä tarkastelemalla potilaan käytöstä BVC-mittarin kuuteen käyttäytymisen ominaisuuteen peilaten. Nämä ominaisuudet ovat sekava, ärtynyt, äänekkäästi levoton, sanallisesti uhkaava, fyysisesti uhkaava sekä esineisiin kohdistuva aggressio (Almvik & Woods 1998; Woods & Almvik 2002). Jos käytöstä ilmenee, annetaan tästä kohdasta yksi piste ja, jos taas ei, annetaan nolla pistettä. Mittarin käytössä tulee ottaa huomioon etenkin muutos voinnissa. Jos potilas ei ole ollut aiemmin sekava, mutta psyykkinen vointi muuttuu sellaiseksi, arvioidaan tästä kohdasta yksi piste. Jos taas sekavuus on potilaan ajankohtaiselle psyykkiselle voinnille ominaista eikä siinä ole tapahtunut muutosta, arvioidaan tästä kohdasta nolla pistettä. Jokaisen kuuden kohdan pisteet lasketaan lopuksi yhteen. Näin mittarista tuloksena saatava pistemäärä on välillä 0–6. (Almvik & Woods 1998; Woods & Almvik 2002.) Taulukossa 1 on kuvattu käyttäytymisen ominaisuudet ja selitteet tarkemmin.

Taulukko 1. BVC-mittarin osiot ja selitteet.

Nro	Käytös	Selite
1	Sekava	Vaikuttaa selvästi sekavalta ja desorientoituneelta. Saattaa olla epätietoinen ajasta, paikasta ja henkilöstä.
2	Ärtynyt	Ärttyy ja suuttuu helposti. Ei kestä muiden läsnäoloa.
3	Äänekkäästi levoton	Käytös on avoimen äänekkästä ja meluavaa. Esimerkiksi paiskoo ovia, puhuu huutamalla jne.
4	Sanallisesti uhkaava	Sanallinen purkaus, joka on enemmän kuin äänen korottamista ja jossa on selkeänä aikomuksena pelotella tai uhata toista henkilöä. Esimerkiksi sanallinen hyökkäys, solvaaminen, nimittely tai neutraalien kommenttien ilmaiseminen ärähtäen aggressiivisella tavalla.
5	Fyysisesti uhkaava	Selvä fyysisellä vakavalla uhkaaminen. Esimerkiksi aggressiivisen asennon ottaminen, toisen henkilön vaatteisiin kiinni käyminen, käden tai jalan kohottaminen, käsien nyrkkiin puristaminen tai yritys pukata toista päällään.
6	Esineisiin kohdistuva aggressio	Hyökkäys kohdistuu esineisiin, ei henkilöihin. Esimerkiksi umpimähkäinen esineen heittäminen, ikkunoiden lyöminen tai hajottaminen, esineiden potkiminen, esineiden lyöminen tai niiden päällä iskeminen tai huonekalujen hajottaminen.

(Almvik & Woods 1998; Woods & Almvik 2002).

Tulosta tulkitaan mittarista saadun pistemäärän mukaan. Jos tulos on nolla pistettä, väkivaltariski on pieni tai olematon. Yksi tai kaksi pistettä tarkoittaa väkivaltariskin olevan kohtalainen, jolloin mittarissa kehoitetaan ennaltaehkäiseviin toimiin ryhtymiseen. Kun pisteitä on enemmän kuin kaksi, väkivaltariski on erittäin suuri. Tällöin kehoitetaan myös ryhtymään ennaltaehkäiseviin toimiin ja laatimaan suunnitelma mahdollisen väkivaltatilanteen hallitsemiseen. (Almvik & Woods 1998; Woods & Almvik 2002.) Vaikka BVC-mittarista saadaan ennuste väkivaltariskistä seuraavaksi 24 tunniksi, tarkimmat ennusteet saadaan yleensä täyttämällä mittari kerran työvuorossa, eli noin kahdeksan tunnin välein. (Dickens ym. 2020; Almvik ym. 2007).

BVC-mittarin etuina on pidetty sen helppokäyttöisyyttä, yksinkertaisuutta ja sen täyttämiseen vaadittavaa lyhyttä aikaa (Dickens ym. 2020; Yao ym. 2014; Rechenmacher ym. 2014; Clarke ym. 2010; Abderhalden ym. 2004) ja sen käyttämisestä on hoitohenkilökunnan näkökulmasta koettu olevan hyötyä etenkin uusille ja kokemattomille työntekijöille (Brathovde 2020; Abderhalden ym. 2006). Mittarin testauksissa sen tuloksen kriittisenä arvona todettiin olevan kaksi, eli jos potilas sai mittarista kaksi tai enemmän pistettä, todettiin väkivaltariski kohonneeksi. (Almvik & Woods 1998; Almvik ym. 2000; Woods & Almvik 2002.) BVC-mittarin tarkkuus ja herkkyys on todettu hyväksi väkivaltariskin en-

nustamisessa (Chu ym. 2013; Ramesh ym. 2018; Dickens ym. 2020) sekä arvioijien välisessä luotettavuudessa (Dickens ym. 2020), toisin sanoen eri mittarista saatavat tulokset eivät ole käyttäjäkohtaisia vaan eri käyttäjät saavat samoja tuloksia samasta tilanteesta.



Kuva 2.
Sairaanhoitajat keskustelevat väkivaltariskin arvioinnista osastolla.

7.1 Hoitajien ja potilaiden käsityksiä turvatila hoidosta kansainvälisen kirjallisuuden perusteella

TurvaSiipi-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin kirjallisuuskatsauksen avulla hoitajien ja potilaiden kokemuksia Psychiatric Intensive Care Unit (PICU)-yksikössä annettavasta hoidosta. PICU-yksiköissä hoidetaan potilaita, joilla on kohonnut riski käyttäytyä aggressiivisesti, ja joiden käyttäytymistä ei voi turvallisesti hallita osastolla. Nämä yksiköt vertautuvat TurvaSiipi-hankkeessa pilotoituun turvatilaan. Jatkossa tässä raportissa käytetään PICU-termistä turvatila- termiä. Katsauksen avulla haettiin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on turvatilassa työskentelystä?
- 2) Minkälaisia kokemuksia potilailla on turvatilassa saamastaan hoidosta?

Katsausta varten haettiin aineistoa viidestä terveystieteellisestä tietokannasta, yhteensä 4281 artikkelia. Artikkelit käytiin läpi otsikko- ja abstraktitasolla. Katsaukseen valikoitui lopulta 21 tutkimusta, jotka oli tehty vuosina 1993–2018. Kirjallisuuskatsauksen perusteella hoitajat kuvasivat kokemuksia turvatilassa työskentelystä seuraavasti: tasapainoilu hoitokäytäntöjen välillä, haastava työympäristö ja hoitotyön toiminnot. Potilaat kokemukset turvatilahoidosta tiivistyivät kahteen seikkaan: tyytyväisyys hoitotyöhön ja tyytymättömyys hoitotyöhön. Taulukossa 2 esitetään tiivistettynä kirjallisuuskatsauksen tulokset.

Taulukko 2. Hoitajien ja potilaiden kokemukset turvatilahoidosta.

Teema	Yläkategoria	Alakategoria
Hoitajien kokemukset turvatilassa työskentelystä	Tasapainoilu hoitokäytäntöjen välillä	<ul style="list-style-type: none"> • Säännöt ja kontrolli • Potilaan terapeuttinen ja voimaannuttava kohtaaminen
	Haastava työympäristö	<ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen ympäristö • Työn kuormittavuus • Ammatillinen yhteistyö
	Hoitotyön toiminnot	<ul style="list-style-type: none"> • Arviointi ja vuorovaikutus potilaan kanssa
Potilaiden kokemukset hoidosta turvatilassa	Tyytyväisyys hoitotyöhön	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö hoitajien kanssa
	Tyytymättömyys hoitotyöhön	<ul style="list-style-type: none"> • Epäsopivat tilat ja ympäristö • Puutteellinen vuorovaikutus • Riittämätön tieto hoidosta • Turvattomuuden kokemus • Turvatoimien kritiikki

Hoitajat kokivat, että hoitotyö turvatilassa oli *tasapainoilua kahden hoitokäytännön välillä*. Hoitoympäristön turvallisuus oli ensisijaista turvatila- yksiköissä (Gentle 1996; Björkdahl et al. 2010). Turvallisuutta hoitajat ylläpitivät tarkkailemalla potilaita (O'Brien & Cole 2004) ja noudattamalla yksikön sääntöjä ja sovittua toimintatapaa (Björkdahl et al. 2010; Salzmänn-Erikson et al. 2008). Hoitajat tiedottivat potilaille yksikön toimintatavoista (Björkdahl et al. 2010) ja tarvittaessa rajoittivat potilasta sanallisesti ja fyysisesti (Salzmänn-Erikson 2018). Potilas- ja työturvallisuuden takaaminen oikeutti pakkotoimien käytön tilanteen niin vaatiessa ja pakkotoimet nähtiin potilaan edun mukaiseksi toiminnaksi (Björkdahl et al. 2010).

Toisaalta hoitajien tehtävänä turvatila-hoidon aikana oli muodostaa potilaaseen luottamuksellinen ja terapeuttinen vuorovaikutussuhde. Tämä katsottiin oleva ensisijainen keino vähentää riskikäyttäytymistä. Terapeuttisen vuorovaikutuksen muodostamiseksi hoitajat käyttivät hyväkseen persoonallisuuttaan, osoittivat empatiaa ja myötätuntoa potilasta kohtaan. (Salzmänn-Erikson et al. 2008; Björkdahl et al. 2010.) Hoitajat olivat potilaiden saatavilla ja pyrkivät luomaan turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiiriin (Björkdahl et al. 2010), jossa potilailla on kokemus osallisuudesta tehtäessä heitä koskevia päätöksiä (Ward & Gwinner 2015; Björkdahl et al. 2010). Potilaan tilanteen ymmärtäminen, potilas- hoitaja suhteen tasaveroisuus (Björkdahl et al. 2010) ja potilaan persoonan huomioiva vuorovaikutus (McAllister & McCrae 2017) mahdollistivat potilaan supportiivisen kohtaamisen (Salzmänn-Erikson et al. 2008).

Hoitajat kokivat turvatilan haastavana työympäristönä. Turvallisuuksyistä ja potilaiden tarkkailemisen helpottamiseksi yksiköt olivat pohjaratkaisuiltaan usein avoimia ja kohtalaisen pieniä (O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson et al. 2008; Gentle 1996). Tämä johti kuitenkin siihen, että potilailla ei ollut mahdollisuutta yksityisyyteen hoidon aikana (O'Brien & Cole 2004). Lisäksi hoitajat kokivat esimerkiksi saniteettitilojen ja kalusteiden puuteiden vähentävän PICU-yksikön viihtyvyyttä ja sitä kautta hoidollisuutta (O'Brien & Cole 2004).

Työnteko turvatilassa koettiin sekä psyykkisesti että fyysisesti kuormittavana (Evans & Petter 2012) ja työn ennustettavuus oli vähäistä (Björkdahl et al. 2010). Tämä johtui potilasaineiston moninaisuudesta (Ward & Gwinner 2015), konfliktiherkkyydestä (Salzmänn-Erikson et al. 2008) ja potilaiden suuresta vaihtuvuudesta (Salzmänn-Erikson 2018). Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut riittävästi vaihtoehtoisia hoitokeinoja käytettäväksi pakkokeinojen sijasta (Ward & Gwinner 2015) ja pakkokeinojen käyttö aiheutti hoitajissa eettistä ristiriitaa (Salzmänn-Erikson 2018).

Hoitajat arvostivat kollegoidensa tukea. He kokivat, että väkivaltilanteiden purkamisen keskustelun avulla auttoi tunteiden, esimerkiksi pelon käsittelyssä (Evans & Petter 2012). Kuitenkin ammatillinen yhteistyö kollegoiden kanssa saattoi olla haastavaa: ajoittain väkivaltilanteisiin ei saatu apua (Evans & Petter 2012) tai kollegoilla oli epärealistisia odotuksia turvatilassa työskentelevän henkilöstön aggressiotilanteiden hallintakyvystä (Salzmänn-Erikson 2018). Hoitajat kertoivat myös esimiesten tuen puutteesta ja puutteista tiedon kulussa (Evans & Petter 2012).

Hoitotyön toiminnoiksi hoitajat mainitsivat vuorovaikutuksen potilaan kanssa ja potilaan tilan arvioinnin. Vuorovaikutukseen sisältyi potilaan kuunteleminen, yhdessä tekeminen, rentoutumista edistävien menetelmien käyttäminen, tilanteiden de-eskalaatio ja psykoedukaatio. (Ward & Gwinner 2015). Kun hoitajat ovat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, he arvioivat samalla potilaan psyykkistä ja fyysistä tilaa, mm. tarkkailemalla stressitasoa ja vitaalitoimintoja (Ward & Gwinner 2015) ja merkkejä aggressiivisesta käyttäytymisestä (Ward & Gwinner 2015; Mackay ym. 2005).

Potilaiden kokemukset turvatilassa toteutettavasta hoidosta olivat kahtalaisia. He kokivat olevansa sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä saamaansa hoitoon. Yhteistyö hoitajien kanssa vahvisti potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. Potilaat pitivät tärkeänä mahdollisuutta vuorovaikutukseen hoitajien kanssa (Wykes & Carroll 1993; Bos ym. 2012; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017; McAllister & McCrae 2017). Supportiivisia keskusteluita hoitajien kanssa käyneet arvioivat hoidon laadun korkeaksi (Schröder & Björk 2012). Potilaat kokivat hoitajat pääosin helposti lähestyttäväksi ja auttavaisiksi (Ash ym. 2015; Wykes & Carroll 1993) ja kokivat saaneensa tukea ja kunnioittavaa kohtaamista

(Iversen ym. 2011) sekä empatiaa hoitajilta (Schröder & Björk 2012). Potilaat arvostivat yhteistä tekemistä kuten pelaamista hoitajien kanssa (O'Brien & Cole 2004) ja kokivat, että hoitajat auttoivat rentoutumaan ja tuntemaan olon kotoiseksi (Hyde ym. 1998).

Tyytymättömyyttä hoitoon aiheuttivat epäsovivat tilat ja ympäristö (Ash ym. 2015; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017). Potilaat kokivat, ettei heillä ole riittävästi mielekäs-tä tekemistä PICU-hoidon aikana (Wykes & Carroll 1993; O'Brien & Cole 2004) mikä usein aiheutti tyytymättömyyttä (Wykes & Carrol 1993). Tyytyväisyys virkistys- ja har-rasteloihin olikin selvästi yhteydessä aggressiivisten tilanteiden vähenemiseen (Hyde ym. 1998). Fyysisen ympäristön parannusehdotuksina potilaat mainitsivat mm. parempia saniteettitiloja, enemmän yksityisiä tiloja, joihin vetäytyä ja liikuntatiloja (Ash ym. 2015).

Potilaat kokivat, että potilaan ja hoitajan vuorovaikutus oli riittämätöntä (Bos ym. 2012; O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017) ja aiheuttaa negatiivisia tunteita (O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017). Potilaat kokivat, ettei heidän tunteitaan otettu huomioon (O'Brien & Cole 2004) eikä palautetta otettu vakavasti (Wykes & Carroll 1993). Potilaiden mukaan hoitajat eivät olleet riittävästi saatavilla (Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017) ja potilaat jätettiin yksin, mikä aiheutti pelkoa (Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017). Potilaat halusivat olla myös enemmän osallisena omassa hoidossaan (McAllister & McCrae 2017; Ash ym. 2015; Wykes & Car-roll 1993).

Potilaat toivoivat asiallista ja riittävästi tietoa hoidostaan (McAllister & McCrae 2017). Tämä ei aina kuitenkaan toteutunut ja aiheutti tyytymättömyyttä hoitoon (O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017; Schröder & Björk 2012). Potilaat kai-pasivat enemmän tietoa lääkityksen sivuvaikutuksista (Iversen ym. 2011), muiden poti-laiden aggressiivisesta käyttäytymisestä (Salzmänn-Eriksson & Söderqvist 2017), hoi-don päättymisestä (Hyde ym. 1998), oikeudellisesta asemastaan ja oikeuksistaan sekä tehdyistä hoitopäätöksistä (Lemmey ym. 2012).

Turvattomuuden kokemukset olivat tavallisia. Vaikka turvallisuuden takaaminen oli yksi prioriteeteista (Bos ym. 2012), potilailla oli kokemuksia väkivallan kohteeksi joutumi-sesta (Loubser ym. 2009) tai he olivat nähneet väkivaltatilanteita (Bos et al. 2012). Tästä huolimatta potilaat kokivat olonsa turvalliseksi (Iversen ym. 2011; Bos ym. 2012). Rajoi-tukset, vuorovaikutus toisten potilaiden kanssa, tupakointi, sairaus, provokaatio hoitajilta ja yksityisyyden puute olivat syitä aggressiiviseen käyttäytymiseen turvatilayksiköissä (Loubser ym. 2009). Lisäksi tyytymättömyys hoitoon lisäsi aggressiivisen käyttäytymisen riskiä (Hyde ym. 1998).

Potilaat kritisoivat yksiköiden turvatoimia. Tyytymättömyyttä hoitoon turvatilassa aiheuttivat tiukat säännöt ja rajoitukset (Bos ym. 2012; Salzmänn-Erikson ym. 2017) ja jatkuva tarkkailun alla oleminen (O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017), mikä haittasi potilaiden yksityisyyden kokemusta (O'Brien & Cole 2004; Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017). Potilaat kokivat myös, että heidän itsemääräämisoikeuttaan ei kunnioitettu (Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017) ja kuvasivat oloaan turvattomaksi (Salzmänn-Erikson & Söderqvist 2017) ja olosuhteita vankilanomaisiksi (O'Brien & Cole 2004).

Katsauksen perusteella voidaan todeta, että turvatila on haastava ympäristö sekä potilaalle että hoitajalle. Potilaat kokevat yksikön tiukat rajoitukset itsemääräämisoikeuttaan rajoittavina ja ahdistavina, mutta toisaalta myös turvaa ja rajoja tuovana. Hoitajat puolestaan painivat kahden hoidollisen lähestymistavan välimaastossa: kuinka taata riittävän turvallinen ympäristö potilaille ja toimia sääntöjen mukaan ja toisaalta kuinka tukea potilasta ja luoda hoidollinen vuorovaikutussuhde rajoituksista huolimatta. Työ- ja potilasturvallisuuden takaaminen turvatilayksiköissä on ensiarvoisen tärkeää.

7.2 Työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitukset psykiatrisessa osastohoidossa

Viimeisten vuosien aikana on kehitetty ja implementoitu erilaisia järjestelmiä työturvallisuus- ja potilasturvallisuusilmoitusten tekemiseksi (WHO: Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems 2020) ja niitä hyödynnetään lisääntyvässä määrin terveydenhuollossa (Liukka ym. 2018). Ilmoitusjärjestelmien perimmäisenä tarkoituksena on edistää potilaiden ja henkilökunnan turvallisuutta rekisteröimällä ja sitä myötä lisäämällä ymmärrystä tapahtuneista vaaratapahtumista. Ilmoitusjärjestelmät auttavat hoitohenkilökuntaa ennakoimaan ja ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia, lisäämällä tietoa tapahtuneista vaaratapahtumista, mikä taas voi johtaa parempaan vaaratilanteiden hallintaan tulevaisuudessa (Anderson ym. 2013). Yksi esimerkki tällaisesta työ- ja potilasturvallisuusilmoitusjärjestelmästä on HaiPro, joka on verkkopohjainen raportointijärjestelmä ilmoitusten tekemiseksi. HaiPro on laajasti käytetty terveydenhuollossa Suomessa (Awanic 2021). HaiPro tarjoaa mahdollisuuden systemaattiseen turvallisuustapahtumien raportointiin terveydenhuolto-organisaatioissa (Awanic 2021) ja parantaa näin ollen merkittävästi turvallisuutta (Kuosmanen ym. 2019).

TurvaSiipi-hankkeen työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitusten aineisto kerättiin 1.3.–31.8.2019 ja siihen sisältyi 76 ilmoitusta. Työturvallisuus- ja potilasturvallisuusilmoitukset jaettiin kolmeen käsiteltyyn aiheeseen: mitä työ- tai potilasturvallisuustapah-

tumissa tapahtui, millaisia seurauksia työ tai potilasturvallisuustapahtumilla oli sekä miten vastaavat vaaratapahtumat olisi mahdollista estää tulevaisuudessa.

7.2.1 Mitä työ- tai potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumissa tapahtui

Vaaratapahtumat voitiin jakaa kahdenlaisiin tilanteisiin. Sellaisiin, joissa potilaat tai heidän omaisensa olivat verbaalisesti tai fyysisesti uhkaavia hoitohenkilökuntaa muita potilaita kohtaan tai kohdistivat väkivaltaa itseensä. Toisen tyyppisissä tapauksissa vaaratapahtumat liittyivät osaston toimintaan ja sen häiriöihin. Näitä olivat esimerkiksi laittomien päihteiden löytyminen osastolta tai ylipäänsä haasteet hoitaa osaston toimintaa ohjeistetulla tavalla.

Potilaiden uhkaava käyttäytyminen ilmeni sekä sanallisena että fyysisenä aggressiona. Hoitohenkilökuntaa uhattiin fyysisellä väkivallalla, viittaamalla esimerkiksi tulevaisuudessa mahdollisesti vapaa-ajalla tapahtuviin kohtaamisiin. Myös potilaiden omaiset saattoivat olla uhkaavia hoitohenkilökuntaa kohtaan. Tätä tapahtui erityisesti silloin, kun omaiset eivät olleet tyytyväisiä läheisensä saamaan hoitoon. Potilaiden hoitohenkilökuntaan kohdistama fyysinen aggressio ilmeni esimerkiksi lyömisenä, potkimisena tai tönimisenä. Joskus tapahtumat tulivat yllätyksenä, ilman mahdollisuutta ennakoida sitä. Tällaisia olivat esimerkiksi hoitajan ja potilaan kohtaaminen osaston käytävällä, jolloin potilas oli äkkiarvaamatta huitaissut hoitajaa. Vaaratapahtumia ilmeni myös hoitotilanteissa, kun potilas esimerkiksi vastusteli hoitotoimenpiteitä. Tällöin potilas saattoi huitoa tai yrittää lyödä hoitajaa. Hoitohenkilökunnalla oli myös riski joutua lukituksi tilaan kahden potilaan kanssa, kuten muutamassa esimerkissä tuli ilmi. Hoitaja oli joutunut lukituksi potilaan toimesta potilashuoneeseen ja toisessa tapauksessa wc-tiloihin. Kummassakin tapauksessa potilas oli sen jälkeen yrittänyt kohdistaa hoitajaan fyysistä väkivaltaa.

Uhkaavaa käyttäytymistä ilmeni erityisesti silloin, kun potilaan tai potilaiden toimintaa jouduttiin jotenkin rajaamaan. Tyypillisesti kyseessä oli yksittäisen potilaan kohdistama uhkaava käytös hoitohenkilökuntaa tai toista potilasta kohtaan. Joissain tapahtumissa kyseessä oli suurempi joukko potilaita, joka aiheutti vaaratapahtuman. Tästä aiheutui vaikea ja uhkaava ilmapiiri koko osastolla.

Joissain tapauksissa potilaat vahingoittivat tai pyrkivät vahingoittamaan itseään tahallisesti tai tahattomasti. Tahatonta vahingoittamista ilmeni esimerkiksi silloin, kun potilas liikehti levottomasti ja oli suuri mahdollisuus siihen, että hän kaatuisi. Tahallinen itsensä vahingoittaminen ilmeni puolestaan esimerkiksi viiltelynä tai yrityksinä karata osastolta.

Tapahtumat, jotka eivät suoraan liittyneet aggressiiviseen käyttäytymiseen, aiheutuivat pitkälti osastojen haasteista suorittaa toimintaansa ohjeiden mukaisesti. Tällaisia tilanteita olivat tyypillisesti osastojen suuri kuormittuneisuus ja hoitohenkilökunnan vajaa määrä. Ilmoituksissa kuvattiin tilanteita, joissa osastolla jouduttiin hoitamaan enemmän potilaita kuin resurssit olisivat mahdollistaneet ja oltiin ns. ylipaikkatilanteessa.

7.2.2 Millaisia seurauksia työ- tai potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumilla oli

Vaaratapahtumista aiheutui seurauksia potilaille, hoitohenkilökunnalle ja koko osastolle. Seurauksien vakavuus vaihteli lievästä, kuten hankaluudesta suorittaa hoitotoimenpiteitä, aina vakaviin seurauksiin kuten henkeä uhkaaviin tapahtumiin.

Tyypillisesti vaaratapahtumiin osallistuneiden potilaiden toiminnalla oli seurauksia. Näitä olivat esimerkiksi eristykseen joutuminen, hoitosuunnitelman muutokset ja uloskirjaus osastolta. Aineistossa raportoitiin kuitenkin seurauksia myös muille potilaille. Turvallisuustapahtumat hankaloittivat koko osaston toimintaa ja muut potilaat saattoivat olla peloissaan ja kärsiä tapahtumista. Muille potilaille aiheutui myös fyysisiä seurauksia kuten mustelmia. Hoitohenkilökuntaan kohdistuneet seuraukset vaihtelivat välittömistä kuten loukkaantumisista pidemmällä aikavälillä ilmeneviin haittoihin kuten työuupumukseen ja työhyvinvoinnin heikkenemiseen. Osaston toimintaan kohdistuneet seuraukset olivat esimerkiksi lisäresurssien tarve sekä hankaluudet hoitaa osastojen normaalitoimintoja.

7.2.3 Miten vastaavat vaaratapahtumat voisi estää tulevaisuudessa

Työ- ja potilasturvallisuusilmoituksissa kuvattiin, että vaaratapahtumia voisi ennaltaehkäistä jakamalla tietoa tapahtuneista vaaratapahtumista, olemalla varautunut ja tietoinen turvatoimista sekä suunnittelemalla hoito ja osaston toiminnot mahdollisimman kokonaisvaltaisesti etukäteen.

Vaaratapahtumista tulisi keskustella potilaiden, koko hoitohenkilökunnan ja esihenkilöiden kanssa. Samoin kaikkien vaaratapahtumien raportointi koettiin tärkeäksi. Osastokokoukset nähtiin tyypillisimmin olevan tällä hetkellä niitä paikkoja, joissa vaaratapahtumista keskusteltiin ja läpikäytiin.

Hyvä varautuminen tarkoitti sitä, että resurssit ja tarve vastaavat toisiaan ja kaikki tarvittavat toiminnot on suunniteltu etukäteen. Nähtiinkin olennaisena, että kaikilla on selkeästi tiedossa mitä työvuorossa kuuluu tehdä ja mitä toimintoja on kenenkin vastuulla. Tällainen kokonaisvaltainen suunnittelu koettiin olevan avainasemassa vaa-

ratapahtumien ennaltaehkäisyssä. Samoin koettiin, että turvallisuuskoulutus on tärkeää ja että sitä tulisi päivittää säännöllisin väliajoin, jotta turvallisuuden varmistaminen ja turvatoimet olisivat osa normaalia rutiinotoimintaa. Osastojen fyysisten tilojen tulisi olla sellaisia, että ne ovat turvallisia niin potilaille kuin hoitohenkilökunnallekin. Esimerkiksi ikkunalasien tulisi olla särkymätöntä turvalasia ja wc-koppien lukkojen sellaisia, että ne saa auki sekä ulkoa että sisältä. Kokonaisvaltaisesti suunniteltu hoito tarkoitti sitä, että hoito tulisi suunnitella moniammatillisessa työryhmässä siten, että myös hoitajilla on mahdollisuus osallistua suunnitteluun.

7.3 Työhyvinvointi ja työilmapiiri psykiatrisella osastolla

Turvasiipi-hankeen kyselytutkimukseen, jossa hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä ja osastoilmapiiriä selvitettiin, osallistui yhteensä N=136 hoitotyöntekijää. Vastaajista oli naisia (n=80) ja miehiä (n=55). Ensimmäisessä kyselyssä vastaajien koulutusjakauma oli laajempaa, jolloin mukana oli mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja terveystieteiden maistereita. Vuonna 2021 mukana oli vain mielenterveyshoitajia ja sairaanhoitajia. Valtaosa vastaajista on saanut täydennyskoulutusta (N=117). Vakituksessa työsuhteessa oli suurin osa vastaajia (N=108). Kuitenkin huomionarvoista on, että vuonna 2021 määräaikaikäisessä työsuhteessa olevien vastaajien määrä oli hieman suurempi (ks taulukko 3).

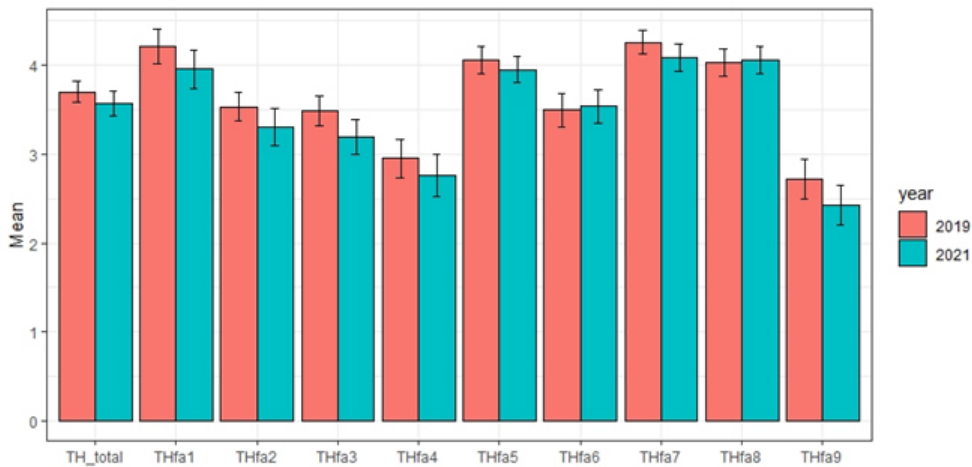
Taulukko 3. Vastaajien taustatietoja.

ASIA	VUOSI 2019	VUOSI 2021
Osallistujien määrä	74	62
Sukupuoli		
– Mies	32	23
– Nainen	41	39
Koulutus		
– Mielenterveyshoitaja / mielisairaanhoitaja	10	6
– Lähihoitaja	10	–
– Sairaanhoitaja	51	46
– Terveystieteiden maisteri	1	–
– Muu	2	–
Työnimike		
– Mielenterveyshoitaja	11	6
– Sairaanhoitaja	49	46
– Osastonhoitaja / Apulaisosastonhoitaja	6	2
– Muu	8	7
Täydennyskoulutus		
– Kyllä	67	50
– Ei	7	10
Työsuhde		
– Vakituinen	62	46
– Määräaikainen	12	16

Työhyvinvointi kyselyssä oli 36 kysymystä liittyen työhyvinvointiin osastoilla. Kysymykset muodostavat yhdeksän summaa seuraavasti:

1. Hoitotyön johtaminen TH1 – kysymykset (11,17)
2. Hoitotyöntekijöiden resursointi TH2 – kysymykset (20, 22, 23, 26, 27)
3. Työn edellytykset TH3 – kysymykset (21, 36, 40, 44)
4. Työn olosuhteet TH4 – kysymykset (18, 19, 35, 38)
5. Omantunnon arvo työssä TH5 – kysymykset (42, 43, 45, 46, 47)
6. Itsenäisyys TH6 – kysymykset (28, 29, 37)
7. Ammatillinen itsetunto TH7 – kysymykset (24, 32, 33, 41)
8. Työn tasapaino osaamisen ja tehtävien välillä H8 – kysymykset (25, 30, 31)
9. Kunnianhimo TH9 – kysymykset (34, 39)

Tulosten mukaan, summien tasolla ei näy tilastollisesti merkitsevää muutosta kyselyiden 2019 ja 2021 välillä. Kahdeksan summan muuttujan kohdalla työhyvinvoin heikkeni ja kahden muuttujan välillä työhyvinvointi parani. Summamuuuttujat, joiden osalta tulokset paranivat, liittyivät mahdollisuuteen vaikuttaa ja tehdä itsenäisiä päätöksiä omaan työhön liittyen sekä oman osaamisen hyödyntämiseen työyhteisössä. Summamuuuttujien eroja vuosien välillä kuvattu tarkemmin kuviossa 3.



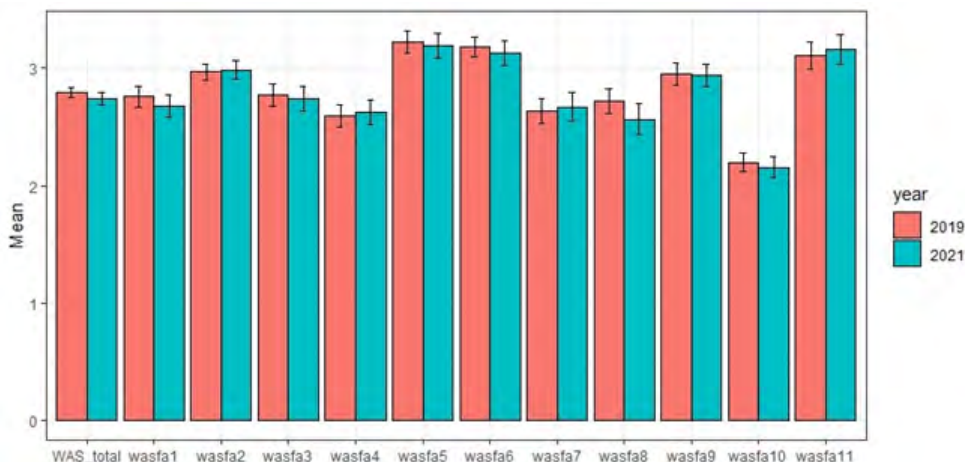
Kuvio 3.

Työhyvinvoinnittarin summamuutokset 2019 ja 2021 välillä.

Työilmapiiriin kyselyssä oli 104 kysymystä liittyen työilmapiiriin psykiatrisella osastolla. Kysymykset muodostivat 11 summaa seuraavasti:

1. Osallisuus WAS1 – kysymykset (1, 9, 17, 26, 34, 42, 51, 59, 67, 75)
2. Työn teon tuki WAS2 – kysymykset (2, 10, 18, 27, 43, 52, 60, 68, 76)
3. Spontaani käyttäytyminen WAS3 – kysymykset (3, 19, 28, 44, 61)
4. Autonomia WAS4 – kysymykset (4, 11, 54, 70, 77)
5. Käytännön orientaatio WAS5 – kysymykset (12, 20, 29, 36, 45, 62, 78)
6. Henkilökohtainen ongelmanratkaisu WAS6 – kysymykset (13, 21, 37, 46, 63, 79)
7. Aggressiivinen ja vihainen käyttäytyminen WAS7 – kysymykset (5, 14, 22, 30, 38, 47, 55, 71)
8. Järjestys ja organisaatio WAS8 – kysymykset (6, 15, 23, 31, 39, 48, 56, 65, 72, 81)
9. Päivöajelman selvyys WAS9 – kysymykset (7, 16, 24, 32, 40, 49, 57, 73, 82)
10. Henkilökunnan kontrolli WAS10 – kysymykset (8, 25, 33, 41, 50, 58, 66, 74)
11. Hoitohenkilökunnan asenteet tunteiden ilmaisuun WAS11 – kysymykset (53, 69, 80)

Tulosten mukaan, summien tasolla ei näy tilastollisesti merkitsevää muutosta kyselyiden 2019 ja 2021 välillä. Seitsemän summa muuttujan kohdalla työilmapiiri heikkeni ja neljän muuttujan välillä työilmapiiri parani. Summamuuuttujat, joiden osalta tulokset paraniivat, liittyivät työn teon tukeen, autonomiaan, aggressiiviseen ja vihaiseen käyttäytymiseen ja hoitohenkilökunnan asenteisiin tunteiden ilmaisemiseen. Summamuuuttujien eroja vuosien välillä kuvattu tarkemmin kuviossa 4.



Kuvio 4.

Osastoilmapiirikyselyn summamuutokset 2019 ja 2021.

7.4 Turvatilahoito psykiatrisella osastolla

7.4.1 Turvatilahoidon määritelmä

Pakkotoimenpiteiden käyttö voidaan nähdä prosessimallina, jossa edetään vähemmän pakottavasta toimenpiteestä kohti rajoittavampaa toimenpidettä. Ensimmäisenä toimenpiteenä on nähty lääkitseminen, toisena vierihoidaminen, kolmantena kiinnipito, neljäntenä eristäminen ja viidentenä sitominen. THL:n työkirjassa on esitetty vaihtoehtona eristämiseksi, eristyshuoneen yhteydessä olevaa vierihoidoaluetta, jossa potilaalla olisi enemmän tilaa liikkua ja olla ja jossa mahtuisi olemaan myös 1–2 hoitajaa. (Makkonen ym. 2016.) Turvatilahoito vastaa tähän THL:n suositukseen ja sijoituu prosessimallissa vierihoidamisen ja eristämisen väliin. Turvatilahoidossa osoitetaan potilaalle erillinen huone, jossa hoitaja on koko ajan läsnä (Korte 2020; Vainila 2020). Vuorovaikutuksen on todettu potilaiden näkökulmasta olevan riittämätöntä eristämisen aikana (Goulet & Larue 2017; Keski-Valkama 2010; Kontio 2012; Lahti ym. 2018; Soini-

nen 2013), mutta turvatilassa potilaalla on jatkuva mahdollisuus vuorovaikutukseen ja potilaan tarpeet tulevat myös jatkuvasti huomioiduksi. Näin potilaalle luodaan turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö. Potilaiden näkökulmasta hoitoympäristöön vaikuttavat keinot ovatkin parempia vaihtoehtoja rauhoittumiselle kuin eristäminen (Goulet & Larue 2017; Keski-Valkama 2010; Kontio 2012).

Turvatilahoidolla tavoitteena on siis potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyvän hoitosuosituksen sekä Suomen lainsäädännön edellyttämän lievimmän puutumisen periaatteen mukaisen hoidon toteutuminen. Potilaan tahdosta riippumaton hoito, suljettujen ovien takana oleminen ja rajoitusten asettaminen potilaalle lisäävät väkivallan esiintymistä psykiatrisilla osastoilla (Bowers ym. 2009; Terkelsen & Larsen 2016; Lennaco ym. 2017). Lisäksi psykoottinen oireilu, kuten äänten kuuleminen, voi olla potilaan väkivaltaisen käytöksen laukaisevana tekijänä (Terkelsen & Larsen 2016). Turvatilahoitoa voidaankin käyttää haasteellisissa potilashoidon tilanteissa esimerkiksi silloin, kun potilas on jollakin tapaa arvaamaton ja mahdollisesti vaaraksi itselleen, toisille tai ympäristölle. Turvatilahoidosta on pohdittu hyödyvän potilaiden, jotka vaikeuttavat toisten potilaiden hoitoa tai potilaiden, joilla on voimakkaita hallusinaatioita, voimakasta ahdistusta tai pelkotiloja. Lisäksi turvatilaa voitaisiin hyödyntää uusien potilaiden vastaanottotilanteessa, jolloin potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen riski on vielä arvioimatta ja tarvitaan rauhallinen tila potilaaseen tutustumiseen. (Korte 2020; Vainila 2020.) Suurin osa väkivaltatilanteita on yhdistetty tapahtuvan pian osastolle tulon jälkeen (Lennaco ym. 2017), joten potilaan tulotilanteisiin on tärkeä panostaa.

Turvatilahoidon aloitus on suunniteltu perustuvan hoitohenkilökunnan tai lääkärin kliiniseen arvioon ja siinä on ohjeistettu hyödyntämään Brøset Violence Checklist (BVC) -mittaria (Korte 2020; Vainila 2020). Isossa-Britanniassa BVC-mittari onkin suositeltu ottamaan käyttöön psykiatrisessa osastohoidossa (NICE 2015) ja sen on todettu auttavan tunnistamaan potilaita, joiden riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen on kohonnut (Almvik ym. 2000; Marques ym. 2015; Sarver ym. 2019). Lähtökohtaisesti potilasta hoidetaan turvatilassa vapaaehtoisuuteen perustuen, mutta jos potilas tätä vastustaa, häntä voidaan hoitaa turvatilassa hänen tahdostaan riippumatta. Tällöin turvatilahoito on tahdonvastainen rajoittamistoimenpide mutta kuitenkin inhimillisesti ajateltuna lievempi kuin eristäminen muista potilaista perinteiseen eristyshuoneeseen yksin tai sitominen. Hoito turvatilassa voi kestää muutamista minuuteista useampaan päivään mutta se pyritään aina lopettamaan heti, kun potilaan vointi sen sallii. (Korte 2020; Vainila 2020.)

Hoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on turvatilahoidossa merkittävä rooli. Terapeuttista hoitosuhdetta vahvistavia tekijöitä ovat luottamuksen saavuttaminen, keskustelu, sopimuksista neuvottelemineen, empatian osoittaminen, lohduttaminen ja

kannustaminen (Goulet & Larue 2017). Lahden ym. (2018) EriTurva-hankkeessa luoman vuorovaikutusmallin periaatteita mukaillen, turvatilahoidossa on tärkeää, että potilaalle kerrotaan, miten turvatilassa toimitaan, miksi turvatilaa käytetään ja mitä häneltä edellytetään, että turvatilahoito päättyy. Lisäksi Lahden ym. (2018) vuorovaikutusmallin mukaisesti potilas tulee kohdata yksilöllisesti ja inhimillisesti ja on hyvä kiinnittää huomiota omaan selkeään ja asialliseen puheeseen sekä rauhalliseen kehonkieleen ja äänenpainoon. Potilaalle tulee myös antaa mahdollisuus ilmaista omat tuntemuksensa, ja hoitajan tulee muistaa olla provosoitumatta potilaan käytöksestä.

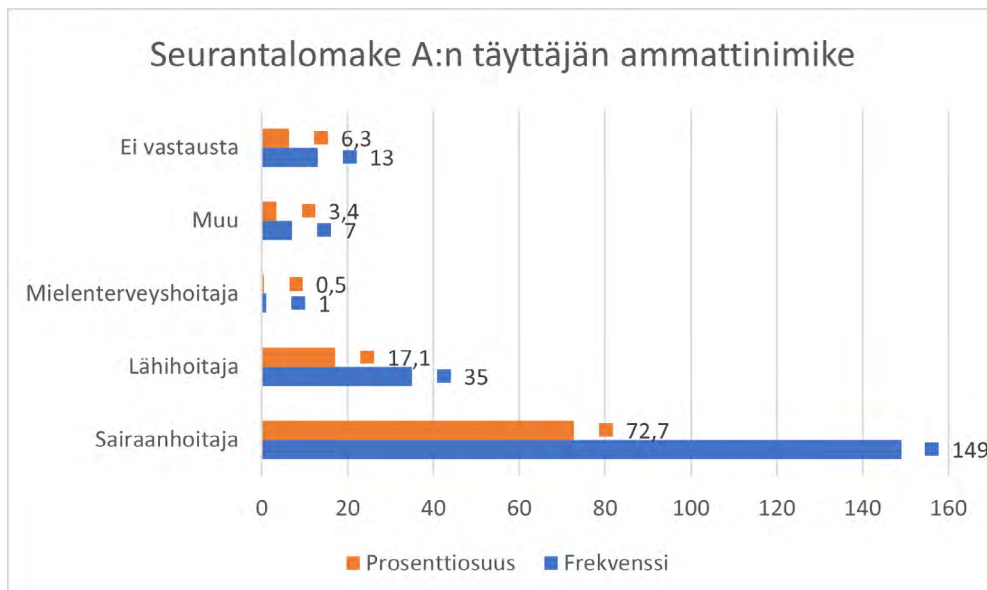
Turvatilahoidossa potilaan vointia seurataan ja arvioidaan vuorovaikutuksessa sekä erikseen määritellyillä mittareilla. Potilaan hoidossa huomioidaan vuorovaikutuksen lisäksi vointia tukeva lääkehoito ja potilaalle mielekäs toiminta. Potilas voi turvatilahoidon aikana esimerkiksi katsoa televisiota, lukea, kuunnella musiikkia tai pelata hoitajan kanssa. (Korte 2020; Vainila 2020.) Toiminnallisuuden ohjaamisella ja mielekkäällä tekemisessä on vaikutusta potilaan käyttäytymiseen ja voi ehkäistä potilaan eristämistä (Keski-Valkama 2010; Makkonen ym. 2016). Potilaalla voi olla mukana omaa omaisuutta, kuten matkapuhelin, mikäli omaisuudesta ei aiheudu turvallisuusriskiä potilaalle tai hoitajalle. Turvatilan lattiaan on myös HIC-mallia mukaillen merkitty viiva, jonka on tarkoitus rajata potilaalle oma henkilökohtainen tila, jonne henkilökunta menee vain pakottavista, työ- ja potilasturvallisuuden perustuvista syistä. Potilaan ruokailu, peseytyminen, ulkoilut, vierailut ja muut päivittäiset toiminnot järjestetään turvatilahoidon aika potilaan yksilöllisten tarpeiden ja hoitosuunnitelman mukaan huomioiden käytettävissä olevat tilat, resurssit ja turvallisuus. (Korte 2020; Vainila 2020.)

7.4.2 Potilaan voinnin ja väkivallan riskin seuranta ja arviointi psykiatrisella osastolla

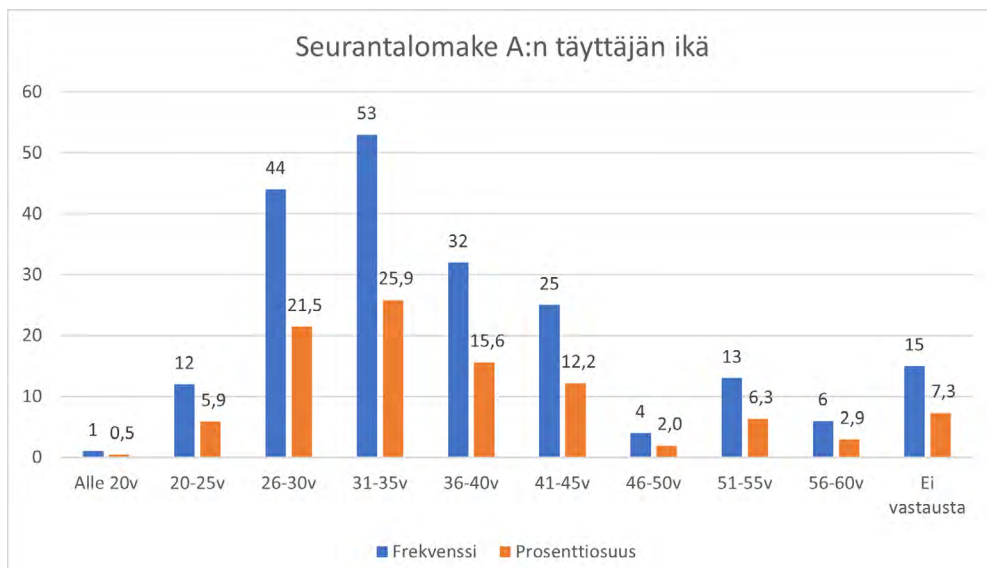
TurvaSiipi-tutkimuksessa potilaan vointia ja väkivallan riskiä arvioitiin tutkimuksen ajan hankkeessa keitettyllä seurantalomakkeella (seurantalomake A). Seurantalomakkeen tarkoituksena oli arvioida potilaan vointia ja hänelle tarjottuja hoitotoimenpiteitä tilanteessa, jossa väkivallanrikin arviointimittari BVC antoi arvon 2 tai enemmän.

Yhteensä Seurantalomake A:ta täytettiin 205 kappaletta TurvaSiipi-hankkeen pilotointijakson aikana. Yli puolet lomakkeiden täyttäjistä oli sukupuoleltaan miehiä (n=113) ja alle puolet naisia (n=80). Selkeä enemmistö lomakkeiden täyttäjistä oli ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia (n=149) ja toiseksi eniten taas lähihoitajia (n=35), joiden lisäksi oli yksi mielenterveyshoitaja (n=1). Muita nimikkeitä oli sairaanhoitajaopiskelija (n=1), mielisairanhoitaja (n=1) sekä osastonhoitaja (n=6). Neljäsosa (n=53) seurantalomake A:n täyttäjistä oli iältään 31–35 vuotta ja viidesosa (n=44) 26–30 vuotta.

Kuviossa 5 kuvataan seurantalomake A:n täyttäjien ammattinimike ja kuviossa 6 ikäkauma.

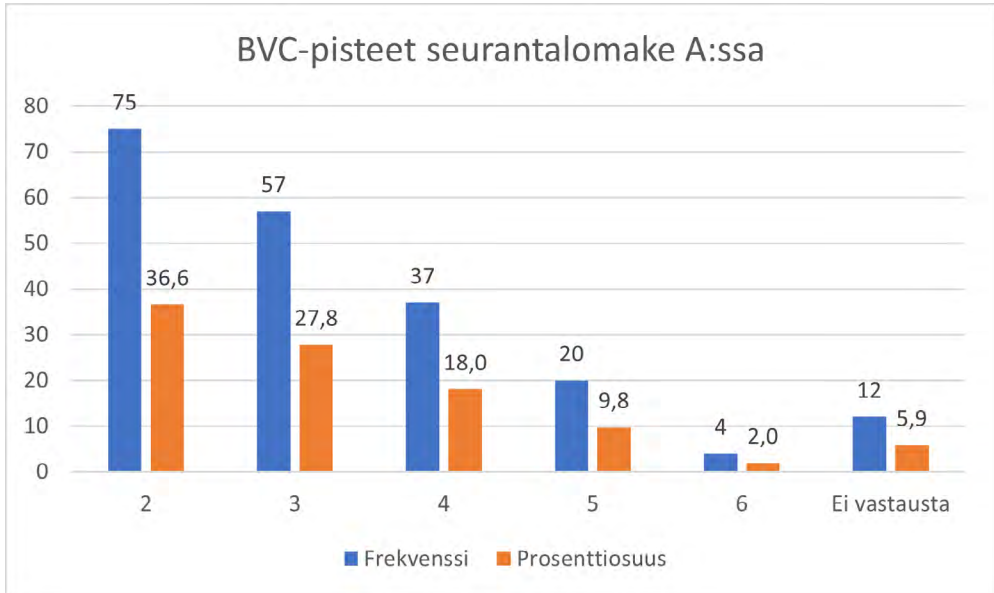


Kuvio 5.
Seurantalomake A:n täyttäjän ammattinimike.



Kuvio 6.
Seurantalomake A:n täyttäjien ikä.

Pääosin seurantalomake A:ta täytettiin aamuvuoron (n=84) ja iltavuoron aikana (n=76). Noin viidesosa lomakkeista täytettiin yövuorossa (n=45). Noin kolmasosa seurantalomake A:han täytetyistä BVC-pisteistä oli kaksi (n=75) ja neljäsosa pisteistä oli kolme (n=57). Neljä BVC-pistettä oli alle viidesosassa lomakkeista (n=37), viisi BVC-pistettä alle kymmenesosassa (n=20) ja kuusi BVC-pistettä vain neljässä lomakkeessa (n=4). Katso kuvio 7. BVC-pisteet seurantalomake A:ssa



Kuvio 7.
BVC-pisteet seurantalomake A:ssa.

Pääasiassa potilaaseen saatiin seurantalomake A:n mukaan puhe- ja katsekontakti (n=180), mutta kymmenesosassa kyseisistä tilanteista ei (n=21). Muihin lomakkeisiin puhe- ja katsekontaktin saamisen toteutumiseen ei vastattu (n=4). Puhe- ja katsekontaktia ei saatu, jos potilas oli niin sekava tai psykoottinen (n=5), ei reagoi (n=6), on agitoitunut tai kiihtynyt (n=3), hokee samaa lausetta (n=2), on aggressiivinen tai huone-eristyksessä (n=2), on yhteistyökyvytön (n=1), on niin maaninen (n=1) tai tulee keskustelukontaktiin vain ajoittain (n=1).

Potilaan kanssa käytiin hoidollista keskustelua noin kahdessa kolmasosasta tilanteita (n=122), kun taas noin kolmasosassa ei (n=69). Muihin lomakkeisiin ei vastattu hoidollisen keskustelun toteutumisesta (n=14). Yleisimmät syyt siihen, miksi tilanteessa ei käyty hoidollista keskustelua, olivat, että potilaaseen ei saatu kunnollista kontaktia (n=24),

potilaan psyykkinen vointi oli niin heikko (n=24), potilas oli liian kiihtynyt (n=10), tilanne oli eristystilanne tai potilas oli fyysisesti aggressiivinen (n=8), potilas vaihtoi asiointikielen venäjäksi (n=1) tai potilas oli niin päihtynyt (n=1).

Suurimmassa osasta tilanteista käytettiin inhimillistä kohtaamista (n=195), ja hyvin pienessä osassa ei (n=7). Kolmessa lomakkeessa (n=3) ei tarkennettu inhimillisen kohtaamisen käyttämistä. Inhimillistä kohtaamista kuvailtiin muun muassa kuunteluksi (n=40), toiveiden kuunteluksi niitä toteuttamatta tai toiveiden toteuttamiseksi (n=32), antamalla eri vaihtoehtoja tilanteen purkamiseksi (n=12) tai käymällä kohtaaminen potilaan äidinkielellä (n=1). Syitä siihen, miksi inhimillistä kohtaamista ei käytetty, olivat, että potilas ei puhunut ollenkaan (n=4), potilas kieltäytyi (n=3) tai potilas huusi ja solvasi (n=1). Suurin osa hoitajista arvioi inhimillisen kohtaamisen sujuneen tilanteessa melko hyvin (n=82), kohtalaisesti (n=45) tai erittäin hyvin (n=31). Alle viidesosa lomakkeen täyttäjistä ei arvioinut inhimillisen kohtaamisen onnistumista (n=30), mutta vain harva lomakkeen täyttäjää arvioi sen onnistuneen melko huonosti (n=13) tai erittäin huonosti (n=4).

Suurin osa lomakkeen täyttäjistä vastasi yksilöllistä kohtelua käytetyn tilanteessa (n=178) ja kymmenesosa ei (n=20). Seitsemään lomakkeeseen (n=7) ei vastattu yksilöllisen kohtelun toteutumisesta. Yksilöllistä kohtaamisen kuvattiin tapahtuvan keskustelemalla (n=24), kunnioittamalla potilaan toiveita tai mielipiteitä (n=9), arvioimalla tai rauhoittelemalla tilannetta potilaan senhetkisen toiminnan mukaan (n=7), etsimällä vaihtoehtoisia ratkaisuja yhdessä potilaan kanssa (n=4), antamalla potilaalle tilaa rauhoittua (n=3) tai tarjoamalla yksityisyyttä lääkkeenannon yhteydessä (n=1). Yksilöllistä kohtaamista ei tapahtunut, jos potilas oli aggressiivinen tai huone-eristyksessä (n=4) tai hänen kanssaan ei päästy keskusteluyhteyteen (n=3). Suurin osa hoitajista arvioi yksilöllisen kohtaamisen toteutuneen tilanteessa melko hyvin (n=79) tai erittäin hyvin (n=43). Viidesosa vastaajista ei arvioinut lomakkeeseen yksilöllisen kohtaamisen onnistumista (n=45), mutta kymmenesosa lomakkeen täyttäjistä arvioi sen toteutuneen kohtalaisesti (n=24) ja pieni osa taas melko huonosti (n=11) tai erittäin huonosti (n=3).

Yli puolet hoitajista ei kokenut kulttuuritaustan huomioimista tapahtuneen tilanteessa (n=128), mutta noin kolmasosa koki (n=62). Pieneen osaan lomakkeista kulttuuritaustan huomioimisen käyttämisestä ei vastattu (n=15). Kulttuuritaustan huomioimisen kuvattiin toteutuvan käyttämällä potilaan äidinkieltä tai tulkkia mahdollisuuksien mukaan (n=4), ottamalla huomioon tilanteessa olevan hoitohenkilökunnan sukupuoli potilaan kulttuuritaustaan sopivaksi (n=4), ottamalla huomioon potilaan vankila- tai päihdetausta (n=3), sallimalla kulttuurin mukainen temperamentti (n=1), sallimalla kristitylle uskomus siitä, että on Suomen lakien yläpuolella (n=1) tai sallimalla puhumattomuus, koska potilas kokee kulttuuritaustansa vuoksi olevansa kykenemätön puhumaan tunteistaan

(n=1). Yleisin syy, miksi kulttuuritaustaa ei huomioitu, oli se, että potilas on kantasuomalainen (n=63). Toinen syy kulttuuritausta huomioimatta jättämiselle oli potilaan aggressiivisuus (n=2). Hieman yli puolet lomakkeen täyttäjistä ei arvioinut potilaan kulttuuritaustan huomioimista (n=106). Vastanneista suurin osa koki sen onnistuneen melko hyvin (n=35) tai erittäin hyvin (n=46).

Suurimmassa osassa tilanteista omaiset eivät olleet läsnä (n=188). Kahdeksassa tilanteessa (n=8) omaiset olivat jollain tapaa läsnä, mutta yhdeksään (n=9) lomakkeeseen ei vastattu omaisten läsnäolosta. Yleisimmin omaiset eivät olleet ajankohtaisesti osastolla, osastolla ei voinut vieraillla Covid 19 -pandemian vuoksi tai ei ollut vierailuaika (n=122). Muita syitä sille, miksi omaiset eivät olleet tilanteessa läsnä, olivat, että tilanne alkoi niin nopeasti tai oli muuten akuutti (n=18), potilas oli huone-eristyksessä (n=10), potilaalla oli huonot sosiaaliset suhteet omaisiin tai ei omaisia lainkaan (n=8), omaiset olivat muussa maassa (n=2) tai omaisen oli oppositiossa hoitoa vastaan (n=1). Omaisten läsnäolon kuvailtiin tapahtuneen niin, että omaisen oli ollut vierailulla (n=2), omaisen oli ollut puhelimitse tilanteessa mukana (n=1) tai omaisen oli ollut mukana hoitoneuvottelussa (n=1).

Yhteenkään lomakkeeseen ei vastattu kokemusasiantuntijan olleen läsnä tilanteessa (n=0), kun taas suurimpaan osaan vastattiin kieltävästi (n=194). Muihin lomakkeisiin ei vastattu kokemusasiantuntijan läsnäolosta (n=11). Useimmiten kuvattu syy kokemusasiantuntijan läsnäolon puuttumiselle oli se, että kokemusasiantuntija ei ollut ajankohtaisesti osastolla (n=181) tai että potilas oli eristyksessä (n=12).

Alle puolessa tilanteista toteutettiin potilaan toiveiden mukaista tekemistä (n=82), mutta noin puolessa tilanteista ei (n=106). Muihin lomakkeisiin ei vastattu potilaan toiveiden mukaisesta tekemisestä (n=17). Potilaan toiveiden mukaista tekemistä kuvailtiin tupakoinnin tai nikotiinikorvaustuotteen käytön mahdollistamiseksi (n=20), kahvin, mehun tai muun elintarvikkeen antamiseksi (n=10), antamalla toiveen mukaisesti tilaa (n=8), ulkoiluksi (n=5), päästämällä tietokoneelle (n=3) tai musiikin kuunteluksi (n=2). Yleisimpiä syitä potilaan toiveiden mukaisen tekemisen käyttämättömyydelle olivat, että potilas oli niin aggressiivinen tai huone-eristyksessä (n=35), tilanne eskaloitunut niin nopeasti (n=8), potilas ei toivonut mitään tekemistä (n=2) tai potilaan kanssa ei voitu ulkoilla mielenterveyslain mukaisten rajoitusten puitteissa (n=1).

Noin puoleen tilanteista ei sisältynyt ruokailua (n=114), mutta kolmasosassa sisältyi. Muihin lomakkeisiin ei vastattu ruokailun toteutumisesta (n=23). Syitä ruokailun estymiselle oli, että potilas oli juuri syönyt, syömässä tai ruokailu oli hetken päästä alkamassa (n=45), ei ollut ruoka-aika (n=34) tai potilas kieltäytyi (n=10). Suurimmassa osassa tilanteita ei peseydytty (n=170) ja vain harvoin peseydyttiin (n=9). Muihin lomakkeisiin

ei vastattu peseytymisen toteutumisesta (n=26). Syitä siihen, ettei peseydytty olivat, että sille ei ollut tarvetta tai että potilas oli aiemmin peseytynyt (n=64), potilas oli aggressiivinen tai huone-eristyksessä (n=20) tai oli yöaika (n=4). Hieman yli puoleen tilanteista ei sisältynyt nukkumista (n=120) mutta noin viidesosaan sisältyi (n=58). Muihin lomakkeisiin ei vastattu nukkumisen toteutumisesta (n=27). Syitä nukkumattomuudelle oli, että oli päiväsaika tai sille ei ollut tarvetta (n=84), potilas oli maaninen tai ei pysty rauhoittumaan nukkumaan (n=12), potilas oli stimulanttien vaikutuksen alaisena (n=4) tai kyseessä oli aggressiotilanne (n=4).

Hieman yli puolessa tilanteista potilaalle annettiin tarvittavaa lääkettä (n=114), kun taas noin kolmasosassa ei (n=77). Pieneen osaan lomakkeista ei vastattu tarvittavan lääkkeen käyttämisestä (n=14). Syitä tarvittavan lääkkeen käyttämättömyydelle oli, että potilas kieltäytyi (n=28), potilas juuri hetkeä aiemmin saanut tarvittavaa lääkettä (n=26), potilas ehtinyt tätä ennen aloittaa aggressiivisen toiminnan (n=7) tai potilas sai listalääkityksen eikä tarvittavaa lääkettä (n=2).

7.4.3 Potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta

Potilaiden kokemuksia monitoroitiin myös sille erikseen tarkoitetulla monitorointilomakkeella, jota hoitajat täyttivät turvatilahoidon aikana. Kokonaisuudessaan turvatilaa päästiin pilotoimaan seitsemän kertaa. Osastolla P1 toteutettiin viisi (n=5) turvatilahoitoa ja osastolla R1 kaksi (n=2). Turvatilassa hoidettavista potilaista kuusi (n=6) oli sukupuoleltaan miehiä ja yksi oli nainen (n=1). Turvatilassa olleiden potilaiden iän vaihteluväli oli 18–38. Kaksi potilaista oli iältään 32 vuotta (n=1), muut potilaat olivat iältään 18 (n=1), 21 (n=1), 26 (n=1), 30 (n=1) ja 38 (n=1) vuotta.

Yleisin turvatilassa olleen potilaan ajankohtainen diagnoosi oli F29.0 määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö (n=4). Muita diagnooseja oli F20 paranoidinen skitsofrenia, jatkuva (n=1) sekä F31.20 kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso, mielialan mukaisia psykoottisia oireita (n=1). Yhden potilaan diagnoosia ei raportoitu monitorointilomakkeeseen. Useimmiten potilaalla ei ollut ensimmäistä sivudiagnoosia (n=5). Raportoidut sivudiagnoosit olivat F11.24 opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä käyttäen ainetta (n=1) sekä F63.8 muu käytös- ja hylitsemishäiriö (n=1).

Monitorointilomakkeiden alku- ja loppumisaikojen perusteella turvatilahoidot kestivät 45 min (n=1), 1h (n=1), 1h 15min (n=1), 5h 45min (n=1), 6h15min (n=1), 1pv 20h 30min (n=1) sekä 3pv 2h 30min (n=1). Suurin osa turvatilahoidossa olleista potilaista oli mielenterveyslainsäädännön mukaisella tarkkailujaksolla (n=5) ja kaksi heistä taas tahdosta riippumat-

tomassa hoidossa (n=2). Yksikään potilas ei ollut vapaaehtoisessa osastohoidossa. Viidellä potilaalla oli hoitojaksolla käytössä liikkumisvapauden rajoitus tahdosta riippumattomana toimenpiteenä (n=5). Kolmella potilaalla oli hoitojaksolla ollut R400 huone-eristäminen muista potilaista ja yhdellä potilaalla lisäksi R110a tahdonvastainen lääkitseminen (n=1). Ennen turvatilahoitoa yleisin BVC-mittarilla potilaista saatu pistemäärä oli 1 (n=3). Muut BVC-pisteet olivat 0 (n=2) ja 2 (n=1). Suurin osa turvatilahoidon aikana BVC-pisteistä oli 0 (n=3), mutta yksi BVC-pistemäärä oli 1 (n=1).

Potilaat saivat arvioida kouluarvosanalla (asteikolla 4–10) kokemustaan turvatilassa hoidon loppuessa. Suurin osa vastanneista potilaista antoi turvatilahoidolle kouluarvosanan 6 (n=3). Kaksi muuta potilasta antoi arvosanaksi 9 (n=1) ja 10 (n=1). Kaksi potilasta ei arvioineet turvatilahoitoa kouluarvosanoin (n=2). Katso jakauma kuvio 8. Potilaiden antama kouluarvosana turvatilahoidolle.



Kuvio 8.

Potilaiden antama kouluarvosana turvatilahoidolle.

Potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta

Kaikkia potilaita, joita oli hoidettu turvatilassa, pyydettiin osallistumaan haastatteluun. Kaikki potilaan suostuivat mukaan yksilöhaastatteluun. Haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä turvatilassa saamaansa hoitoon. Hyvää turvatilahoidossa oli se, että sai olla

tilassa yksin mutta kuitenkin samanaikaisesti hoitajan valvonnan alla. Tämä toi turvallisuuden ja hallinnan tunteen tilanteessa. Myös tilan kokoa pidettiin hyvänä ja kalustusta asianmukaisena. Potilaat kokivat, että turvatila kalusteineen tuki sopivan etäisyyden ja yksityisyyden ylläpitoa ja mahdollisti oman rauhan mutta toisaalta välittyi kokemus siitä, että hoitaja oli koko ajan paikalla ja saatavilla.

Kommunikaatio potilaan ja hoitajan välillä koettiin tärkeäksi turvatilahoidon aikana. Haastateltavat pitivät tärkeänä sitä, että hoitajat esittelevät itsensä turvatilaan saapuesaan. Potilaan pitäminen ajan tasalla tilanteesta ja mahdollisista lähiajan suunnitelmista rauhoitti, antoi mahdollisuuden hahmottaa nykytilannetta ja toi näköaloja tulevaisuuteen. Myös mahdollisuus pitää yhteyttä omaisiin koettiin hyväksi turvatilahoidon aikana.

Potilaat kokivat, että turvatilassa sai myös jäsenellä rauhassa omaa tilannettaan ja käydä läpi asioitaan, mikä nosti itsetuntoa ja itseluottamusta. Haastateltavat totesivat, että osastolle tuleminen turvatilan kautta tai toisaalta eristyksen lopettaminen turvatilan kautta oli hyvä asia, joka tuki hoidollisuutta ja hoidon etenemistä.

Ehdotukset turvatilahoidon kehittämiseksi

Haastateltavat toivoivat ajan kuluksi erilaisia aktiviteetteja turvatilaan, joiden avulla on mahdollista rauhoittua. Näitä olivat esimerkiksi lauta- tai tietokonepelit, kirjat, lehdet, pääsy käyttämään tietokonetta, mahdollisuus katsoa tv:tä tai kuunnella radiota. Nämä olivat haastateltavien mukaan kodinomaisia seikkoja, jotka helpottaisivat turvatilassa olemista ja antaisivat mielekästä tekemistä.

Turvatilan toivottiin myös olevan ikkunallinen tila, josta pääsisi katsomaan ulos. Ikkunan tulisi olla riittävän korkealla tai suojattu siten, että yksityisyys pystytään takaamaan. Kulkuyhteys suoraan pihalle ulkoilun mahdollistamiseksi tai pääsy parvekkeelle koettiin tärkeäksi. Yhteys ulkomaailmaan piti yllä toivoa paremmasta.

Turvatilahoidon ajallinen jäsentäminen mainittiin kehittämisen kohteeksi ja koettiin tärkeäksi. Tämä tarkoitti esimerkiksi konkreettista kuvallista aikajanaa, jonka avulla potilas pystyy hahmottamaan ja jäsentämään turvatilassa vietettyä aikaa. Kuvallinen aikajana toimisi hoitajan ja potilaan yhteisenä työvälineenä, joka helpottaisi potilaan orientoitumista tilanteeseen ja antaisi toisaalta potilaalle hallinnan ja osallisuuden tunnetta omassa hoidossaan.

7.4.4 Hoitajien kokemuksia turvatilahoidosta, väkivaltariskin arviointimittarin käyttöönotosta sekä turvatilahoidon kehittämisehdotukset

Haastateltavat kuvasivat turvatilassa annettavan hoidon hyötyjä neljästä eri näkökulmasta. Pakkokeinojen käyttö vähenee, haastavan tilanteen hoidollisuus vahvistuu, hoito on eettisesti kestävä ja potilaslähtöistä ja turvatilaa käytetään hoidon nivelvaiheissa.

Turvatilassa annettavaa hoitoa kuvattiin ”kevyemmäksi rajoitukseksi”, jolloin pakkokeinojen ts. huone-eristyksen tai sidontaeristyksen käytön tarve vähenee. Pakkokeinojen käytön väheneminen oli vastaajien mukaan toivottava kehityssuunta, ja he näkivät turvatilahoidon käyttökelpoisena vaihtoehtona eristystoimenpiteille. Turvatilahoitoa kuvattiin myös ”ketterämmäksi” rajoittamistoimeksi, jolloin potilaan levottomaan ja agitoituneeseen käyttäytymiseen päästiin puuttumaan nopeasti ja ehkäisemään yleisen levottomuuden tarttumisen laajemmin osastolla, mikä tuki osastolla työnhallintaa ja työturvallisuutta. Haastateltavat arvioivat, että systemaattinen turvatilahoidon käyttäminen saattaisi lyhentää hoitajaksoja ja tuoda kustannussäästöjä.

Turvatilaan siirtyminen mahdollisti ympäristön viriketulvan vähenemisen, jolloin potilaan pysäyttäminen oli helpompaa. Hoitajan jatkuva läsnäolo mahdollisti hoitajan ja potilaan välisen tiiviin vuorovaikutuksen, jossa oli mahdollisuus hoidolliseen keskusteluun. Hoitajat kuvasivat toimintaa turvatilassa myös joustavaksi, jolloin potilaalle saattoi tarjota erilaisia virikkeitä turvatilahoidon aikana tai mahdollistaa potilaan tupakalla käymisen. Turvatilahoidon aikana oli mahdollisuus kerätä tietoa ja arvioida potilaan psyykkistä tilaa. Haastateltavat totesivat, että samassa tilassa potilaan kanssa olemisen antoi hyvän tilaisuuden tarkkailla potilaan toimintaa, kommunikaatiota, lääkityksen tarvetta tai huone-eristyksen tarvetta. Turvatilahoito mahdollisti riskiarvioinnin päätöksen tueksi.

Turvatilassa annettavaa hoitoa pohdittiin myös eettisestä näkökulmasta. Haastateltavat totesivat, että turvatilahoito näyttäytyi inhimillisenä ja turvallisena hoitokeinona haastavassa tilanteessa, koska hoitaja- potilaskontakti ei hoidon aikana katkennut toisin kuin esim. huone-eristyksen aikana. Turvatilahoito mahdollisti potilaan perusoikeuksien kunnioittamisen. Tällä hoitajat viittasivat itsemääräämisoikeuteen, joka ei esimerkiksi pakkohoitotilanteissa yleensä toteudu. Hoitajat kuvasivat turvatilahoitoa potilaslähtöiseksi toimintatavaksi. Tällöin hoitajilla oli mahdollisuus kuulla ja kuunnella potilaan mielipiteitä ja ottaa ne huomioon. Tämä vahvisti myös potilaan osallisuutta tilanteessa. Toisaalta potilaslähtöisyyteen liitettiin myös ajatus siitä, että potilas turvatilassa ollessaan joutuu ottamaan enemmän vastuuta omasta käytöksestään.

Haastateltavat totesivat, että turvatilahoidosta on hyötyä hoidon nivelvaiheissa. Tämä tarkoitti mm. sitä, että uusi potilas tulee osastolle turvatilan kautta, jolloin hoitaja ehtii tutustua potilaaseen ja muodostaa alustavan käsityksen potilaan hoidollisista tarpeista. Toisaalta potilaalla on tilaisuus tutustua henkilökuntaan ja saada tietoa osaston toimintatavoista, mikä helpottaa varsinaista osastoille siirtymistä. Eristyshuonehoidon jälkeen potilaan siirtyminen turvatilan kautta osastolle antaa hoitajille mahdollisuuden arvioida potilaan sen hetkistä psyykkistä vointia ja kykyä pärjätä osastolla.

Haastateltavat toivat esille, että turvatilahoidolla saattaa olla myös haittoja. Hoitajien näkökulmasta turvatilahoito saattaa aiheuttaa työturvallisuusriskin. He toivat esille, että on tarkkaan mietittävä, missä tilanteessa ja minkälaisen potilaan kanssa voi turvatilaan mennä, jotta työturvallisuus voidaan taata. Systemaattinen ja huolellinen riskinarviointi on tässä aiheellista hoitajien mukaan.

Hoitajat kuvasivat turvatilahoidon haittoja suhteessa resurssien riittävyteen ja työnhallintaan. Turvatilassa toteutettu hoito sitoo aina yhden hoitajan, jonka työpanos on pois osastolta. Tämä vaikeuttaa työnhallintaa ja sujuvuutta hoitotyön arjessa. Haastateltavat korostivat, että turvatilahoitoon joka vuorossa tulee nimetä vähintään yksi hoitaja, jonka työpanos ei ole poissa osastotyöstä.

Haastateltavien mukaan potilaan näkökulmasta turvatilahoidosta voi olla joskus enemmän haittaa kuin hyötyä. Toive turvatilahoitoon pääsemisestä saattaa aiheuttaa joissakin potilaissa ei-toivottua käyttäytymistä, esim. välittömän huomion hakemista ja odotuksia ”yksilöllisestä palvelusta” osastolla, mikä ei vastaajien mukaan ole hoidollista. Haittana potilaan kannalta voi olla myös kokemus yksityisyyden ja etäisyyden säätelyn vaikeutumisesta turvatilassa, jossa potilaan ja hoitajan oma tila on rajoitettu (ks. Taulukko 4).

Taulukko 4. Turvasiipitilassa annettavan hoidon hyödyt ja haitat hoitajien mukaan.

Hyödyt	Haitat
Pakkokeinojen käyttö vähenee	Työturvallisuusriski
Haastavan tilanteen hoidollisuus vahvistuu	Haastaa osaston työnhallintaa ja resursseja
Hoito on eettisesti kestävä ja potilaslähtöistä	Yksityisyyden säätely vaikeutuu
Turvatilan käyttäminen hoidon nivelvaiheissa	

Haastateltavat toivat esille kehittämissuhteita turvatilan fyysisten ominaisuuksien ja hoitotyön näkökulmasta. Kehityskohteina hoitajat mainitsivat tilan sijainnin ja koon sekä kalusteet ja virikkeet. Turvatilan sijainti osastolla tulee miettiä tarkkaan. Sen tulisi olla keskeisellä paikalla, johon on helppo saada tarvittaessa lisää hoitajia ja että sieltä on helppo myös poistua. Poistumisreitit turvatilasta täytyy olla hyvin suunniteltu. Tämä oli hoitajien mukaan keskeistä työnhallinnalle ja työturvallisuudelle. Hoitajat toivat esille myös toimivan hälytysjärjestelmän tärkeyden. He pohtivat esimerkiksi turvakutsuhälytintä, jota voisi tarpeen mukaan käyttää. Lisäksi turvatilan monitorivalvontaa, jonka kautta olisi mahdollista saada keskusteluyhteys, pidettiin tärkeänä.

Tilan on haastateltavien mukaan oltava riittävän suuri ja muokattavissa oleva. Riittävän suuri tila antaa potilaalle mahdollisuuden yksityisyyteen ja hoitajalle mahdollisuuden säädellä vuorovaikutuksen intensiteettiä. Muokattavuus koettiin tärkeänä ja siihen liittyi myös turvallisuusaspekti. Potilaan voinnin mukaisesti esim. irtoesineitä kuten lehtiä tai pelejä olisi mahdollista siirtää lukittuun kaappiin, ettei niitä käytetä aggression välineinä. Turvatilassa on myös oltava wc- ja suihkutilat ja tilasta tulisi olla mahdollisuus päästä ulkoilemaan. Myös vaivaton pääsy tupakkatilaan mainittiin tärkeänä.

Turvatilan kalustuksen tulisi tukea hoidollisuutta ja turvallisuutta ja se tulee järjestää niin, että se tukee potilaan yksityisyyttä. Tilan tulee olla riittävän viihtyisä sisältäen tarpeellisen kalustuksen, esimerkiksi potilassänky, nojatuoli/säkkituoli, kaappitilaa virikkeille ja hoitajan työpiste tietokonepäätteineen. Työpisteen tulee olla riittävän suojattu ja sijaita niin, että se tukee turvallista hoitotyötä. Haastateltavien mukaan tietokone mahdollistaa sujuvan kirjaamisen ja auttaa täten tilanteesta raportointia ja tiedonkulkua. Tietokoneen avulla hoitaja pysyy myös ajan tasalla potilaan tilanteesta, lukemalla aikaisempia kirjauksia, jolloin voi suunnata vuorovaikutusta hoidolliseen suuntaan. Hoitajat ehdottivat erilaisia virikkeitä turvatilaan kuten mahdollisuutta tv:n katselemiseen ja radion kuuntelemiseen, lehtien/kirjojen lukemiseen ja erilaisten pelien pelaamiseen. Nämä olivat hoitajien mukaan välineitä, joiden avulla turvatilassa voi viettää aikaa ja joilla on toisaalta myös hoidollinen funktio. Esimerkiksi potilas voi rauhoitella itseään kuuntelemalla musiikkia ja näin ottaa vastuuta omasta voinnistaan. Alla olevassa kuviossa (kuvio 9) on kuvattu keskeiset hoitajien kehittämissuhteet turvatilahoidolle.



Kuvio 9.

Hoitajien kehittämisehdotukset turvatilassa annettavalle hoidolle.

Haastateltavat kuvasivat kokemuksiaan BVC-mittarin käytöstä arvioitaessa tarvetta siirtyä turvatilaan. Mittarin hyödyiksi todettiin, että sen avulla voi seurata potilaan voinnin kehittymistä ja se antoi mahdollisuuden varautua ja ennakoida tulevaa aggressiivista tilannetta. Mittarin todettiin haastaneen miettimään erilaisia tilanteita ja uudelleen arvioimaan ja pohtimaan toiminnan perusteita tilanteissa, joille hoitajat ovat tulleet ajan mittaan ”sokeiksi”. Tiedonkulun kannalta mittaria pidettiin hyödyllisenä työvälineenä, joten hoitajat kokivat saavansa tietoa potilasmateriaalista ja työntekijöiden turvallisuustilanteesta suhteessa potilaiden vointiin.

Toisaalta hoitajat olivat myös kriittisiä mittarin käytön suhteen. He tunnistivat mittarin subjektiivisuuden ja kuvasivat, että jokaisella hoitajalla on oma käsitys ja toleranssi puuttua aggressiivisissa tilanteissa, joka määrittää osaltaan pisteetyksen. Hoitajat pohtivat, riittävätkö pisteet yksinään päätöksenteon pohjaksi vai onko työryhmässä tilanteesta keskustelu validimpi keino turvatilaan siirtymisen päätöksenteon pohjaksi. BVC-kriteeristö koettiin myös liian karkeaksi luokitukseksi aggressiiville. Hoitajat kokivat, että mittari ei ota huomioon kaikkia aggressiivisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja, esim. itsetuhoista käyttäytymistä, jolloin mittarin perusteella ko. käytös jää arvioimatta. Haasta-

vinta hoitajien mielestä oli määrittää ns. nollatilanne, joka kuvastaa potilaan normaalia käyttäytymistä. ”Normaali” koettiin erilaiseksi eri potilaiden kohdalla, jolloin myös pisteytys ei ollut yhdenmukaista. Arvioon vaikutti mm. hoitajan (subjektiivinen) käsitys tilanteesta ja se kuinka hyvin hän potilaan tunsi.

Hoitajat toivat esiin kehittämisehdotuksia mittarille ja sen käytölle. Mittarin asteikon muokkaaminen käyttökelpoisemmaksi ja relevantimmaksi potilasryhmälle nostettiin haastatteluissa esille. Mittari tulisi ottaa systemaattisesti käyttöön osana osaston rutiineja ja hoitotyötä, jolloin se hyödyttäisi hoidollisia päätöksiä. Tässä hoitajat mainitsivat esimiesten tuen ja riittävän koulutuksen olevan tärkeässä roolissa. Mittarin perusteella saadun riskiarvioinnin tulosten tulisi olla helposti saatavilla potilastietojärjestelmässä ja kuvattuna visuaalisesti siten, että hoitaja saisi nopeasti käsityksen kunkin potilaan psyykkisestä tilanteesta ja sen kehittymisestä.

7.5 TurvaSiipi-hankkeen tulosten yhteenveto

TurvaSiipi-hankkeessa kehitettiin ja tutkittiin haastavien potilaiden hoidossa psykiatrisilla osastoilla uutta toimintamallia, jonka avulla pyrittiin ennaltaehkäisemään väkivaltaisten tilanteiden syntymistä ja näin lisäämään sairaalassa työskentelevien hoitajien työnhallintaa ja työhyvinvointia. Psykiatrisilla osastoilla hoitajien työturvallisuus saattaa vaarantua sekä työnhallinta heikentyä potilaiden haastavan käyttäytymisen vuoksi. Turvallisuuden ja hoitajan työn hallinnan parantamiseksi haastaviin tilanteisiin on kehitetty turvatilahoitomalli, joka perustuu ennaltaehkäisyyn, tilojen suunnitteluun ja vuorovaikutuksen lisäämiseen. Aihe on erittäin tärkeä hoitajien työturvallisuuden kannalta, sillä väkivallan uhka on psykiatrian osastoilla ja eristystilanteessa aina läsnä (Bowers ym. 2009; Virtanen ym. 2011).

Hoitajien ja potilaiden käsityksiä turvatila hoidosta selvitettiin kansainvälisen kirjallisuuden perusteella. Katsauksessa tarkasteltiin hoitajien ja potilaiden kokemuksia ”Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) -yksikössä annettavasta hoidosta. PICU-yksiköissä hoidetaan potilaita, joilla on kohonnut riski käyttäytyä aggressiivisesti, ja joiden käyttäytymistä ei voi turvallisesti hallita osastolla ja nämä ovat hyvin lähellä tässä TurvaSiipi-tutkimuksessa käytettyä turvatilaa. Katsaukseen lopulta valikoitui mukaan 21 tutkimusta ja ne oli tehty vuosina 1993–2018. Kirjallisuuskatsauksen perusteella nousi esille kolme teemaa liittyen hoitajien kokemuksiin ja kaksi teemaa liittyen potilaiden kokemuksiin. Hoitajien kokemukset turvatilassa työskentelystä muodostivat kolme pääkategoriaa seuraavasti: 1) tasapainoilu hoitokäytäntöjen välillä, 2) haastava työympäristö ja 3) hoitotyön toiminnot. Potilaiden kokemukset turvatilahoidosta tiivistyivät kahteen pääkategoriaan: 1) tyytyväisyys hoitotyöhön ja 2) tyytymättömyys hoitotyöhön.

Katsauksen perusteella voidaan todeta, että turvatila on haastava ympäristö sekä potilaille että hoitajalle.

Työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitukset psykiatrisessa osastohoidossa kerättiin HaiPro-raporttien avulla. TurvaSiipi-hankkeen tutkimusosastoilla tehtiin 76 ilmoitusta. Aineiston analyysissä työturvallisuus- ja potilasturvallisuusilmoitukset jaettiin kolmeen käsiteltyyn aiheeseen: 1) mitä työ- tai potilasturvallisuustapahtumissa tapahtui, 2) millaisia seurauksia työ tai potilasturvallisuustapahtumilla oli sekä 3) miten vastaavat vaaratapahtumat olisi mahdollista estää tulevaisuudessa. Tulosten mukaan vaaratapahtumat voitiin jakaa kahden tyyppiin tilanteisiin seuraavasti: 1) potilaat tai heidän omaisensa olivat verbaalisesti tai fyysisesti uhkaavia kohdistuen hoitohenkilökuntaan, toisiin potilaisiin tai potilaisiin itseensä, ja 2) vaaratapahtumat liittyivät osaston toimintaan ja toiminnan häiriöihin, joita olivat esimerkiksi laittomien päihteiden löytyminen osastolta tai ylipäänsä haasteet toteuttaa osaston toimintaa ohjeistetulla tavalla. Vaaratapahtumista aiheutui seurauksia potilaille, hoitohenkilökunnalle ja koko osastolle. Seurauksien vakavuus vaihteli lievästä kuten hankaluudesta suorittaa hoitotoimenpiteitä aina vakaaviin seurauksiin kuten henkeä uhkaaviin tapahtumiin. Työ- ja potilasturvallisuusilmoituksissa kuvattiin, että vaaratapahtumia voisi ennaltaehkäistä jakamalla tietoa tapahtuneista vaaratapahtumista, olemalla varautunut ja tietoinen turvatoimista sekä suunnittelemalla hoito ja osaston toiminnot mahdollisimman kokonaisvaltaisesti etukäteen.

Hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä ja osastoilmapiiriä selvitettiin työhyvinvointi ja työilmapiiri- kyselyillä (n=136 hoitajaa). Tulosten mukaan, työtyytyväisyyden summien tasolla ei näkynyt tilastollisesti merkitsevää muutosta kyselyiden 2019 ja 2021 välillä. Työtyytyväisyyden kohdalla, kahdeksan summamuuttujan kohdalla työhyvinvointi heikkeni ja kahden muuttujan välillä työhyvinvointi parani. Muuttujat, joiden kohdalla tulos hieman parani, liittyivät mahdollisuuteen vaikuttaa ja tehdä itsenäisiä päätöksiä omaan työhön liittyen sekä oman osaamisen hyödyntämiseen työyhteisössä. Osastoilmapiirin suhteen tilastollisesti merkitsevää muutosta ei tapahtunut tulosten mukaan kyselyiden 2019 ja 2021 välillä. Osaston työilmapiiri heikkeni seitsemän summamuuttujan kohdalla ja neljän summamuuttujan välillä työilmapiiri parani. Summamuuttujat, joiden osalta tulokset paranivat, liittyivät työn teon tukeen, autonomiaan, aggressiiviseen ja vihaiseen käyttäytymiseen ja hoitohenkilökunnan asenteisiin tunteiden ilmaisemiseen.

Potilaan voinnin ja väkivallan riskin seuranta ja arviointia toteutettiin psykiatrisella osastolla hankkeessa kehitetyllä seurantalomakkeella. Seurantalomaketta täytettiin, kun potilas sai BVC mittarissa arvon 2 tai yli. Seurantalomake A:ta täytettiin 205 kappaletta TurvaSiipi-hankkeen pilotointijakson aikana. Tulosten perusteella voidaan huomata, että pääosin seurantalomaketta täytettiin, aamuvuoron (n=84) ja iltavuoron aikana

(n=76). Tulosten mukaan potilaaseen saatiin pääosin katsekontakti ja hänen kanssaan käytiin terapeutista keskustelua. Potilas pystyttiin kohtaamaan haastavassa tilanteessa kuitenkin inhimillisesti ja yksilöllisesti. Samoin potilaalle tarjottiin erilaisia vaihtoehtoja voinnin kohentamiseen kuten lääkitystä tai potilaalle mielekästä tekemistä.

Potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta seurattiin monitorointilomakkeella sekä haastatteleamalla potilaita turvatilahoidon jälkeen. Yleisimmät turvatilassa olleiden potilaiden diagnoosit olivat F29.0 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö (n=4), F20 Paranoidinen skitsofrenia, jatkuva (n=1) sekä F31.20 Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso, mielialan mukaisia psykoottisia oireita (n=1). Potilaan olivat hyvin eri pituisia aikoja turvatilassa, lähtien alle tunnin mittaisesta jaksosta yli kolmen vuorokauden jaksoon. Yhteensä potilaat olivat turvatilassa 8040 minuuttia ja keskiarvo oli 1149 minuuttia. Turvatila madalsi BVC pisteitä potilailla. Haastattelussa potilaat toivat esille, että he olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä turvatilahoitoon. Potilaat toivat esille, että oma tila oli turvallinen ja vuorovaikutus hoitajien kanssa oli toimivaa, turvallista ja edisti heidän vointinsa kohentumista. Potilaat esittivät turvatilahoidon kehittämiseksi seuraavanlaisia kehittämissuhteita: 1) lisää aktiviteetteja, 2) ikkunaa, josta näkisi hyvin ulos sekä 3) kuvallista aikajanaa, josta voisi hahmottaa paremmin turvatilassa vietettyä aikaa ja päiväryhtiä.

Hoitajien kokemuksia turvatilahoidosta, turvatilahoidon kehittämissuhteita ja kokemuksia väkivaltariskin arviointimittarin käyttöönotosta selvitettiin ryhmähaastatteluiden avulla. Haastateltavat (n=21) kuvasivat turvatilan olevan käyttökelpoinen vaihtoehto pakkotoimenpiteille. Turvatilassa oleminen potilaan kanssa edisti vuorovaikutusta ja mahdollisti riskinarvioinnin, jolloin tilanteen hoidollisuus vahvistui. Turvatilahoito näyttöytyi hoitajille myös eettisesti kestäväksi toimintana, jolloin mahdollistui potilaan inhimillinen ja potilaslähtöinen kohtaaminen. Lisäksi hoitajat kokivat, että turvatila oli käyttökelpoinen hoidon nivelvaiheissa, esimerkiksi eristyshoidon päättyessä. Turvatilahoidon keskeiseksi haasteeksi hoitajat nimesivät resurssikysymykset. Turvatilahoidon kehittämissuhteina hoitajat mainitsivat riittävän hoitajaresurssin varmistamisen, mahdollisuuden tilan muunneltavuuteen, turvallisuuteen liittyvät seikat ja mielekkäiden virikkeiden tarjoamisen potilaalle hoidon ajaksi. Väkivaltariskin arviointimittarin käytön hyödyt hoitajien mukaan olivat, että mittari auttoi seuraamaan potilaan voinnin kehittymistä ja ennakoimaan väkivaltatilanteita. Lisäksi mittari haastoi kriittisesti pohdintaan hoitajan omia käsityksiä riskitilanteista. Toisaalta mittaria kritisoitiin liian subjektiiviseksi ja karkeaksi. Haastateltavien mukaan mittari tulee ottaa systemaattisesti käyttöön osaksi hoitotyön rutiineja, jolloin se tukee päätöksentekoa.

Toimintamalli turvatilassa

8

Kehittämishankkeen eri vaiheiden tulosten perusteella esitämme ohjeita hoitajille turvatilassa toimimiseen. Esitettävät ohjeet tukevat hoitajan työturvallisuutta ja työnhalintaa turvatilassa annettavan hoidon aikana.

Turvatilan esittely potilaalle osastohoidon alkaessa

- Potilaalle esitellään turvatila osastohoidon alussa ja kerrotaan turvatilan käytön indikaatiot.
- Potilaalle tiedotetaan osaston hoitokäytännöistä, jolloin potilas on tietoinen turvatilasta ja sen käyttömahdollisuuksista.
- Potilaalle kerrotaan väkivallanriskinarviointi mittarin käytöstä osastohoidon aikana.
- Osaston toiminnan tavoitteena on ennakoida haastavien tilanteiden syntyminen ja minimoida pakkotoiminen käyttö.

Turvatilahoidon aloittamisen kriteerit

- Turvatilahoidon aloittamisen kriteerit sovitaan työryhmässä.
- Potilaslähtöisyys tulee turvata siten, että potilas tulee ottaa mukaan tilanteen arviointiin kuulemalla potilasta mahdollisuuksien mukaan.
- Turvatilahoito voi olla joko vapaaehtoinen tai vastentahtoinen hoitokeino.
- Potilaan hoito osastolla voi alkaa turvatilassa. Tällöin hoitajalla on mahdollisuus tutustua potilaaseen ja tarkkailla häntä rauhallisessa ympäristössä, ja toisaalta potilas tutustuu osaston henkilökuntaan ja saa tietoa osaston käytännöistä, mikä saattaa helpottaa osastolle siirtymistä.

- Turvatilaan voi siirtyä toteuttamaan vierihoitoa, jolloin voidaan turvata rauhallinen ja vuorovaikutuksellinen ympäristö potilaalle.
- Turvatilaan voidaan siirtyä, jos väkivallanriskinarviointi mittarin perusteella on kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen.
- Turvatilaan voi siirtyä eristys- ja leposidehoidon päätyttyä, jolloin hoitajalla on tilaisuus arvioida potilaan voinnin kehittymistä ja vaiheittainen osastolle palaaminen helpottuu.
- Turvatilahoidon aloittamisen jälkeen potilaan kanssa tulee keskustella indikaatiot hoidon päättämiseksi, jotta kaikilla osapuolilla on yhteinen ymmärrys.

Hoitotyö turvatilahoidon aikana

Vuorovaikutus

- Hoitajan tulee esitellä itsensä turvatilaan tullessaan.
- Hoitajan tulee luoda katse- ja puhekontakti potilaaseen.
- Hoitaja säätelee vuorovaikutuksen intensiteettiä potilaan voinnin mukaan.
- Hoitaja kiinnittää huomiota potilaan yksityisyyteen ja huolehtii sen säilymisestä turvatilahoidon aikana
- Hoitaja käy potilaan voinnin mukaan terapeutista hoidollista keskustelua potilaan kanssa mm. tukien potilaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta.
- Hoitajan tulee luoda vuorovaikutuksen keinoin emotionaalisen ja fyysisen turvallisuuden kokemus potilaalle. Esimerkiksi hoitaja jäsentää potilaalle sanallisesti ja aikajanan avulla turvatilassa vietettyä aikaa.

Päivittäiset hoitotoimenpiteet

- Hoitaja huolehtii potilaan lääkehoidosta.
- Hoitaja mahdollistaa mielekkään tekemisen turvatilahoidon aikana ottaen huomioon tilanteen turvallisuuden. Tämä voi tarkoittaa potilaalle mm. mahdollisuutta ulkoiluun, pelien pelaamiseen, puhelimen käyttöön, lukemiseen, tv:n katseluun ja/tai radion kuunteluun.
- Hoitaja järjestää potilaan ruokailun suhteessa potilaan psyykkiseen kuntoon, joko turvatilassa tai osaston muissa tiloissa.
- Hoitaja mahdollistaa potilaalle henkilökohtaisen hygienian hoidon.
- Hoitaja toimii yhdyshenkilönä läheisiin ja tarpeen mukaan tukee ja mahdollistaa yhteydenpidon heihin turvatilahoidon aikana.
- Hoitaja tarpeen mukaan mahdollistaa potilaan keskustelun kokemusasiantuntijan kanssa.

Turvatilahoidon hoitotyön kirjaaminen ja raportointi

- Hoitaja kirjaa hoidon aloitus- ja lopettamisajat.
- Hoitaja kirjaa perusteet hoidon aloitukselle ja päättymiselle.
- Hoitaja kirjaa hoidon luonteen: vapaaehtoisuuteen perustuva vai tahdosta riippumaton toimenpide.
- Hoitaja kirjaa huomioita potilaan psyykkisestä ja fyysisestä tilasta.
- Hoitaja kirjaa hoidon aikana tehdyt väkivallanriskinarviointi mittarin tulokset.
- Hoitaja kirjaa potilaan kanssa tehdyt sopimukset turvatilahoidon päättymisestä ja osastolle siirtymisestä ja jatkotoimista tilanteissa, joissa väkivaltariski nousee.
- Hoitajien vaihtuessa turvatilassa hoitotyön raportointi tapahtuu potilaan läsnäollessa.
- Turvallisuus
- Hoitaja varmistaa turvalaitteiden (esim. hälytin, monitori) toiminnan.
- Hoitaja varmistaa yhteydenpidon kansliaan turvatilasta.
- Hoitaja pitää potilaaseen riittävän etäisyyden.
- Hoitaja arvioi potilaan tilaa (väkivallanriskinarviointi mittari, kliininen arviointi).
- Hoitaja varmistaa esteettömän poistumistien turvatilasta.
- Hoitaja tarkastaa, ettei potilaalla ole vaarallisia esineitä mukanaan ja tarvittaessa poistaa ko. esineet.
- Tarvittaessa tilassa on useampi hoitaja varmistamassa turvallisuutta.

Hoidon päättäminen turvatilassa

- Työryhmä tekee yhteistyössä päätöksen turvatilahoidon lopettamisesta.
- Potilas otetaan mukaan päätöksentekoon hoidon lopettamisesta ja hoito päätetään suunnitellusti yhteistyössä potilaan kanssa.
- Potilaan tilanteen arvioinnin tukena käytetään strukturoitua väkivallanriskinarviointimittaria (esim. BVC).
- Hoito turvatilassa tulee päättää vaiheittain, jolloin osastolla testataan potilaan pärjäämistä, vähitellen osastolla oloaika pidetään ja turvatilahoito lopetetaan.
- Hoitaja keskustelee ja käy läpi turvatilahoitoa potilaan kanssa hoidon päättyttyä.

Resurssit

- Joka vuorossa tulee olla nimettynä turvatilahoitaja.
- Turvatila hoidon alkaessa, on nimettävä potilaalle oma hoitaja, jotta hoito voidaan toteuttaa laadukkaasti ja hallitusti.

- Osaston henkilöstöresursointi tulee olla riittävä, jotta turvatilahoidon aikana hoitajaa voidaan vaihtaa välillä (esim. pitkän turvatilahoidon aikana).
- Turvatila tulee olla tilana muokattava ja riittävän suuri, ja kalustettuna siten, että se tukee sekä potilasturvallisuutta että hoitajan turvallisuutta.

Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus

- Hoitajien tulee saada koulutusta turvatilassa toimimisesta, jotta turvallisuus varmistetaan.
- Hoitajien tulee saada koulutusta väkivallanriskinarviointimittareiden käytöstä, jotta varmistetaan hoitajien työhallinta ja työturvallisuus haastavissa potilastilanteissa.
- Hoitajien tulee saada koulutusta hoidolliseen vuorovaikutukseen haastavien potilaiden hoitoon liittyen.



Kuva 3.

Sairaanhoitajat keskustelevat turvatilahoidon kriteereistä.

9.1 Työhyvinvointi ja työilmapiiri tutkimusosastoilla

Psykiatristen osastojen työhyvinvoinnista on tärkeä näkökulma ja tutkimusten mukaan työhyvinvoinnilla on yhteys psykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien haluun lähteä alalta (Baum & Kagan 2015.) Tässä TurvaSiipi-hankkeen tutkimuksessa tarkasteltiin psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan työhyvinvointia ja työilmapiiriä. TurvaSiipi-tutkimuksen mittauspisteiden väliin ajoittui myös COVID-19-pandemia ja se on varmasti osaltaan vaikuttanut tutkimustuloksiin. Tässä tutkimuksessa kahden mittauspisteen välillä ei tapahtunut merkittävää muutosta työhyvinvoinnissa parempaan suuntaan mutta havaittavissa on merkkejä siitä, että useat mittarin kohdat heikkenivät, vaikka eivät tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Koronapandemian vaikutuksista on vielä vähän tutkimusta, mutta Lim ym. (2022) osoittivat tutkimuksessaan psykiatristen sairaanhoitajien kokeneen työstressiä, masennusta ja työssä uupumista koronan vaikutuksesta. Heidän tutkimuksessaan oli myös vahva yhteys työssä uupumisen ja työtyytyväisyyden välillä siten, että enemmän uupuneet olivat myös työhönsä tyytymättömiä. TurvaSiipi hankkeessa työtyytyväisyys koheni liittyen mahdollisuuteen vaikuttaa ja tehdä itsenäisiä päätöksiä omaan työhön liittyen sekä oman osaamisen hyödyntämiseen työyhteisössä.

Aikaisempi tutkimuskirjallisuus tuo esille, miten hoitajat ovat raportoineet haastavat potilastilanteet stressaavina ja kuormittavina ja tällä on ollut vaikutusta psykiatristen sairaanhoitajien työhyvinvointiin (Zerach & Shaver 2015; Yang ym. 2018; Lanctot & Guay 2014). Tässä TurvaSiipi-tutkimuksessa tulokset indikoivat, että tehtäessä interventioita vuorovaikutukseen, väkivallan riksin arviointiin ja uudelleen vuorovaikutukselliseen turvatilaan, niin sillä on vaikutuksia hoitajien raportoimaan psykiatrisen osaston ilmapiiriin kokemukseen mm. työn teon tukeen, autonomiaan, aggressiiviseen ja vihai-

seen käyttäytymiseen ja hoitohenkilökunnan asenteisiin tunteiden ilmaisemiseen. Tämä on tärkeää, sillä hoitajaan kohdistuvat uhka- ja vaaratilanteet saattavat johtaa hoitajan sairaspöissaoloon (Estryn-Behar ym. 2008), mikä on voinut lisätä organisaation kustannuksia merkittävästi (Campell ym. 2011; McGovern ym. 2000). Panostamalla psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin, voidaan vaikuttaa myös osastolla esiintyvään väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Pekurinen ym. 2017).

9.2. Työturvallisuus ja potilasturvallisuusilmoitukset psykiatrisessa osastohoidossa

TurvaSiipi-hankkeessa tarkasteltiin tutkimusosastojen työturvallisuutta HaiPro-raporttien avulla, jotka kuvaavat osastoilla tapahtuneita läheltä piti -tilanteita, joissa hoitajien työturvallisuus tai potilasturvallisuus on ollut vaarassa. Tulosten mukaan vaaratilanteet kuvautuivat tilanteina, joissa potilas tai omaiset käyttäytyivät sanallisesti tai fyysisesti uhkaavina uhan kohdistuessa hoitajiin, toisiin potilaisiin tai potilaaseen itseensä. Psykiatrian osastoilla työturvallisuutta uhkaavana väkivallan muotona esiintyy eniten juuri verbaalista väkivaltaa, fyysisten väkivaltatekojen ollessa harvinaisempia (Ridenour ym. 2015). Työturvallisuuden edistämiseksi on tärkeää saada hoitotyön käytäntöön menetelmiä ja hoitoympäristöön liittyviä tilallisia ratkaisuja, joiden avulla potilaiden väkivaltakäyttäytymistä voidaan vähentää. Turvatilamallin tuominen yhdeksi psykiatrian osastoilta käytettäväksi hoitokeinoksi vastaa tähän käytännön hoitotyön tarpeeseen.

Vaaratapahtumista aiheutuu aina seurauksia sekä hoitajille, potilaille ja osastoympäristöön. Tulosten mukaan seurauksien vakavuus vaihteli lievistä vakaviin seurauksiin. Hoitajille seuraukset olivat välittömiä seurauksia kuten loukkaantumisia ja välitöntä uhkaa hengelle tai pitemmällä aikavälillä ilmeneviä seurauksia, kuten työuupumusta ja työhyvinvoinnin heikkenemistä. Kirjallisuudessa kuvataan potilaan väkivaltakäyttäytymisen seurauksia hoitajille moninaisiksi ja ne voivat ilmetä mm. fyysisinä tai psyykkisinä oireina (Martinez 2016; Pelto-Piri ym. 2019; Stevenson ym. 2015). Väkivaltatilanteet työssä aiheuttavat tyytymättömyyttä hoitajissa, lisäävät työstä poissaoloja (Liu ym. 2019) ja lisäävät hoitajien aikomusta vaihtaa työpaikkaa- ja alaa (Baum & Kagan 2015; Liu ym. 2019). On tärkeää tunnistaa ja puuttua väkivaltatilanteiden seurauksiin, jotta voidaan tukea hoitajien työnhallintaa ja työhön sitoutumista.

Vaaratapahtumat aiheuttivat potilaille pelkoa tai fyysisiä seurauksia kuten mustelmia. Myös osaston normaali toiminta häiriintyi ja ilmeni esimerkiksi lisäresurssien tarvetta, jotta turvallisuus osastolla pystyttiin takaamaan. Väkivallan ansiosta saattaa ilmetä myös materiaalisia vahinkoja (Pelto-Piri ym. 2020), joista usein aiheutuu kustannuksia organisaatioille (Kneller & Harvey 2016).

HaiPro-raporteista ilmeni, että vaaratapahtumia voi ennaltaehkäistä. Sen edellytyksenä nähtiin vaaratilanteista raportointi ja avoin keskustelu ja tiedon jakaminen hoitohenkilöstön, esihenkilöiden ja potilaiden välillä. Tiedetään kuitenkin, että vaaratilanteista raportointi on sattumanvaraista ja osa tilanteista jää raportoimatta (Babiarczyk ym. 2020; Kvas & Seljak 2014). Tämä saattaa johtua henkilökunnan asenteista ja vaaratilanteisiin liittyvistä ajatusvääristymistä kuten siitä, että hoitaja kokee, että olisi itse syyppää aggressiotilanteisiin, jolloin kokee häpeää omasta toiminnastaan. Raportoinnin ongelmat saattavat johtua myös osastolla vallitsevasta ilmapiiristä, jolloin sitä ei koeta tarkoituksenmukaisena. Kuitenkin hoitajien työnhallinnan ja työturvallisuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeitä, että harmittomiltakin vaikuttavista vaaratilanteista raportoidaan systemaattisesti.

Vaaratilanteisiin voi varautua. Tämä tarkoittaa, että resurssit ovat oikein kohdennettuja ja osaston toiminnot suunniteltu kokonaisvaltaisesti etukäteen. Kokonaisvaltaisesti suunniteltu hoito tarkoitti sitä, että hoito suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä siten, että myös hoitajilla on mahdollisuus osallistua suunnitteluun. Systemaattinen ja säännöllisin väliajoin toteutuva turvallisuuskoulutus kuvattiin osaksi ennaltaehkäisyä. Turvatoimien tulee olla osa normaalia osaston rutiinitoimintaa, jolla vastataan vaaratilanteiden syntymiseen.

9.3. Potilaan voimien ja väkivaltariskin seuranta psykiatrisessa osastohoidossa

Potilaan väkivaltariskin arviointiin osastoympäristössä on olemassa erilaisia strukturoituja mittareita ja suosituksia mittareiden käyttöön otosta (NICE 2015). TurvaSiipi-hankkeessa potilaan väkivallan riskiä arvioitiin BVC-mittarin avulla. Potilaan voimaa ja hänelle tarjottuja hoitotoimenpiteitä selvitettiin hankkeessa kehitetyllä seurantalomakkeella silloin, kun potilas ei päätenyt turvatilahoitoon. Tutkimusten mukaan psykiatrisessa sairaalassa tiloilla on myös suuri merkitys pakon käytön vähentämisessä, vaikka tutkimusta aiheesta löytyykin verrattain vähän (Kaar ym. 2017). Se kuitenkin tiedetään, että osastoympäristön hoitaja- ja potilaslähtöisellä suunnittelulla voidaan vähentää pakon käyttöä (Novotna ym. 2011; Cummings ym. 2010).

TurvaSiipi-hankkeessa potilaiden kokemuksia turvatilahoidosta seurattiin monitorointilomakkeella sekä haastattelemalla potilaita turvatilahoidon jälkeen. Turvatila malli perustui vahvasti Hollantilaiseen HIC-malliin, jossa haastavasti käyttäytyvää potilasta hoidettiin läheisessä vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa erikseen sille suunnitellussa turvatilassa (van Mierlo ym. 2014). TurvaSiipi-hankkeessa havaittiin, että turvatilassa hoidettiin eniten juuri psykoottisesti oireilevia potilaita. Tämä on hyvin samansuuntainen

linjaus, kuin alkuperäisessä HIC-mallissa, jossa tilan toivottiin edesauttavan toipumista ja hyvinvointia, sekä vähentää stressiä, ahdistusta ja aggressiivisuutta (Voskes ym. 2021). TurvaSiipi-hankkeessa potilaiden BVC-mittarilla saadut pisteet laskivat turvatilahoidon aikana ja potilaat toivat esille, että he olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä turvatilahoitoon. Potilaat toivat esiin, että oma tila koettiin turvallisena ja vuorovaikutus hoitajien kanssa oli toimivaa, turvallista ja edisti heidän vointinsa kohentumista.

Hoitajat kuvasivat käyttämiään vuorovaikutuksellisia hoitokeinoja osastolla silloin, kun turvatilaan ei ollut pääsyä. Hoitajat pyrkivät ottamaan potilaaseen puhe- ja katsekontaktin ja kävivät potilaan kanssa hoidollista keskustelua. Potilaan kohtaaminen inhimillisesti ja yksilöllisesti kuten potilaan kuunteleminen, mielipiteiden kunnioittaminen, tilan antaminen ja kulttuuritaustan huomioiminen, toteutui hoitajien mukaan pääasiassa hyvin. Nämä keinot tulevat esille myös muissa hoidollista vuorovaikutusta selvittäneissä tutkimuksissa (Arthur ym. 1999; Martin & Street 2003; Lahti ym. 2018) ja luovat perustaa laadukkaalle potilaan ja hoitajan väliselle vuorovaikutukselle, jolla on korostunut rooli haastavien tilanteiden de-eskalaatiossa ja joiden tulisi olla ensisijaisia tunnusmerkkejä laadukkaalle psykiatriselle hoitotyölle (Lahti ym. 2018).

Kokemusasiantuntijoiden tai läheisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun tulisi olla, tilanteen sen salliessa, yleisempää psykiatrian osastoilla. Tämän hankkeen tulosten mukaan läheinen oli vain harvoin ajankohtaisesti läsnä haastavassa tilanteessa. Läheisiä voitaisiin kuitenkin osallistaa vielä enemmän hoidon suunnitteluun, koska he tuntevat potilaan taustan parhaiten ja pystyvät siten tukemaan potilasta uusien hoitomuotojen kokeilemisessa. Läheisen tai kokemusasiantuntijan ottaminen tiiviimmin potilaan hoitoprosessiin mukaan vaatii kuitenkin yhteistä keskustelua työryhmässä, mm. siitä, missä hoitoprosessin vaiheessa he voisivat parhaiten olla hyödyksi ja millä tavalla.

9.4. Hoitajien ja potilaiden ehdotukset turvatilahoidon kehittämiseksi

Uusia hoitotyön ympäristöjä ja hoitotyön käytäntöjä kehitettäessä tulee ottaa huomioon loppukäyttäjien kokemukset, jotta toiminnot saadaan osaksi osastotyön rutiinia. Hoitajat kokivat turvatilan hyväksi vaihtoehdoksi pakkotoimenpiteille. Hyväksi koettiin erityisesti se, että mahdollisuus vuorovaikutukseen lisääntyi, jolloin tilanteen hoidollinen vaikutus moninkertaistui esimerkiksi eristyshuonehoitoon verrattuna. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille potilas-hoitajavuorovaikutuksen vähäisyys pakkotoimia, kuten huone- tai leposide-eristystä, käytettäessä (Lahti ym. 2008; Kontio ym. 2010).

Hoitajahaastatteluissa tuli esille useita turvatilaan ja siellä toimimiseen liittyviä kehittämissuhteita. Keskeisenä kehittämissuhteena hoitajat mainitsivat riittävän hoi-

tajaresurssin osoittamisen turvatilaan, jotta hoitoa voidaan toteuttaa hallitusti ja hoitajien työturvallisuus taata. Erillisen turvatila-hoitajan nimeäminen aamu- ja iltavuoroihin nähtiin tärkeänä, koska silloin tämä hoitaja ei ole poissa muun osaston hoitajaresursista. Osaston turvallisuus pystytään näin takaamaan ja hoitotyön arkirutiinit osastolla olisi mahdollista toteuttaa.

Turvatilán tulisi sijaita osastolla keskeisellä paikalla siten, että se on helposti saavutettavissa tilanteissa, jolloin paikalle tarvitaan lisäapua. Myös poistumisreitien tulee olla suunniteltuja ja selkeästi merkittyjä. Tilán turvallisuutta lisäisi myös monitorivalvonta, josta olisi yhteys osaston kansliaan ja jonka kautta saisi puheyhteyden kollegoihin. Eri-laiset hälytys- tai turvanapit, joiden avulla tilanteen eskaloituessa olisi mahdollista kutsua lisää hoitajia paikalle, parantaisivat työturvallisuutta tilassa toimiessa.

Tilana turvatilan tulisi olla riittävän suuri ja muokattavissa potilaan tarpeiden mukaan. Turvatilan tulisi olla kalustettu siten, että se tukee toisaalta hoitajan työturvallisuutta ja toisaalta antaa potilaalle riittävästi tilaa yksityisyyteen ja rauhoittumiseen. Turvatilassa tai sen välittömässä läheisyydessä tulee olla wc- ja suihkutilat ja tilasta tulisi olla mahdollisuus päästä ulkoilemaan.

Potilaat kokivat turvatilahoidon pääasiassa positiivisena. Kehittämisehdotuksina mainittiin aikajanan käyttöönotto. Aikajana olisi konkreettinen, mahdollisesti kuvin tai symbolein varustettu jana, jonka avulla olisi helppo jäsentää turvatilahoidossa vietettyä aikaa ja päivärytmiä. Mahdollisuus mielekkääseen tekemiseen ja eri aktiviteetteihin helpottaisi turvatilassa olemista ja auttaisi potilaita rauhoittumaan, lisäten tilanteen turvallisuutta. Turvatilan olisi hyvä olla ikkunallinen tila kuitenkin siten, että yksityisyys olisi mahdollista varmistaa. Kulkuyhteys suoraan pihalle ulkoilun mahdollistamiseksi tai pääsy parvekkeelle tulisi mahdollistaa.

Hankkeen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavia ehdotuksia työnhallintaa ja turvallisuutta tukemaan turvatilassa:

- turvatilahoitajan nimeäminen työvuoroon
- riittävän suuri ja muunneltavissa oleva tila
- asianmukaiset ja turvalliset kalusteet
- selkeät poistumisreitit
- asianmukainen hälytys- ja valvontajärjestelmä
- mahdollisuus mielekkääseen tekemiseen potilaalle
- aikajana hoidon hahmottamiseen ja jäsentämiseen
- ikkunallinen tila, suora ulkoilumahdollisuus.

Turvasiipi- hankkeen tulosten soveltaminen ja hyödyntäminen

TurvaSiipi-hankkeen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä haastavien tilanteiden hoitoa psykiatrian yksiköissä. Turvatilassa toteutetun hoidon keskeisissä ja auttavia elementtejä on potilas- hoitaja vuorovaikutuksen lisääntyminen ja mahdollisuus riskinarviointiin. Tiivis vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä sekä hoitajan läsnäolo auttaa de-eskaloimaan kärjistyneet tilanteet ja välittyy potilaalle inhimillisenä hoitona, jolloin pakkotoimien käytöltä vältytään.

Hankkeen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä suomalaista työelämää psykiatrian osastoilla. Hankkeessa pilotoitiin turvatila-hoitomallia, joka tukee hoitajan työnhallintaa ja työturvallisuutta haastavissa potilastilanteissa. Hoitoympäristöjä uudistamalla ja kehittämällä voidaan vähentää työn tekemiseen kohdistuvia riskejä ja välttää tilanteista johtuvia seurauksia hoitajille. Turvatilahoitoon kehittäminen ei ole pelkästään fyysisen hoitoympäristön uudistamista tai kehittämistä vaan siihen liittyy kiinteästi myös hoitotyön kulttuurin muutos ja sen kehittäminen osastoilla. Turvatilahoito-mallissa keskeistä on tiivis potilas-hoitajavuorovaikutus, aggressioutilanteiden ennakointi ja riskinarvioinnin korostuminen. Tämä vaatii hoitajilta uudenlaista orientoitumista hoitotyön toteuttamiseen, jossa painopiste on vahvasti riskin arvioinnissa, tilanteiden ennakoinnissa ja potilaan vahvemmassa osallistamisessa omaan hoitoonsa.

Pakkotoimenpiteet, kuten eristäminen ja leposidehoito, aiheuttavat traumoja potilaalle ja työturvallisuusriskin hoitajalle (Zerach & Shaver 2015; Yang ym. 2018). Pakkotoimien käyttöä on myös kuvattu epäinhimilliseksi hoitomuodoksi, joka kajoaa potilaan itsemääräämisoikeuteen ja vahvistaa potilaan ja hoitajan epätasa-arvoista suhdetta. Tässä hankkeessa pilotoitu Turvatilahoito-malli muuttaa hoitoa inhimillisempään suuntaan ja luo potilaalle mahdollisuuden osallistua aktiivisemmin omaan hoitoonsa. Malli tukee hoitokulttuurin kehittymistä avoimempaan suuntaan ja tuo siten luottamusta hoitotahoon.

Hoidon eettisyys ja laadukkuus kohenee. Pakkohoito-tilanteisiin liittyvä ”vankilamaisuuden” kokemus vähenee ja myös tilanteisiin liittyvät traumakokemukset vähenevät.

Potilaan näkökulmasta merkittävää turvatilahoidossa verrattuna eristysuonehoitoon on näköyhteys hoitajaan ja mahdollisuus tiiviiseen vuorovaikutukseen hänen kanssaan. Pelkkä hoitajan läsnäolo rauhoittaa potilasta, jolloin keskusteluyhteys on helppo säilyttää. Potilaan näkökulmasta turvatilassa annettava hoito on myös uusi hoitotyön toimintatapa ja se tuleekin kuvata osastohoidon aloittavalle potilaalle sekä hänen läheisilleen yhtenä mahdollisena hoitokeinona eskaloituneissa tilanteissa. Tieto turvatila-hoidon mahdollisuudesta saattaa auttaa potilasta hallitsemaan ja ottamaan vastuuta omasta käyttäytymisestään. Usein läheisillä on tärkeä rooli tukea potilasta uusien hoitomuotojen kokeiluun, joten läheisten tiedottaminen on myös merkityksellistä.

Tulevaisuuden sairaalaympäristöjä suunniteltaessa tulee vahvasti huomioida myös kokemusasiantuntijoiden tuoma näkökulma psykiatrisen hoitotyön prosessien ja toimintaympäristöjen kehittämisessä. Kokemusasiantuntijuus olisi tarvittaessa asiakkaan, läheisten tai ammattilaisten ja muun verkoston käytettävissä eri hoitoprosessin vaiheissa avohoidosta eristykseen, joissa siitä koetaan olevan hyötyä hoidon lopputuloksen kannalta. Turvatilahoidon kehittämisessä tulisi pohtia kokemusasiantuntijuuden mahdollisuudet kussakin turvasoluun liittyvän hoidon vaiheessa. Tämäntapaisessa toimintamallissa pitäisi ottaa erityisesti huomioon myös turvallisuus-aspekti. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen edellyttää luonnollisesti ylimmän johdon ja hoitohenkilökunnan kiinnostuksen ja tahtotilan, mikä tarkoittaa hoitokulttuurin muutosta. Askelmerkkejä tästä muutoksesta on onneksi jo nähtävissä.

Hankkeessa pyrittiin kehittämään hoitoympäristöä psykiatrisilla osastoilla lanseeraamalla turvatila-hoitomalli haastavien tilanteiden hoitoon. Suomessa eri tahoilla on viime vuosien aikana rakennettu uusia psykiatrisia sairaaloita, joihin on suunniteltu turvatilaiden mukaisesti uudenlaista hoitoympäristöä. TurvaSiipi-hankkeen tulokset ovat hyödynnettävissä suoraan turvatilojen suunnittelussa ja rakentamisessa siten, että ne edistävät hoitajien työhallintaa- ja turvallisuutta.

TurvaSiipi-hankkeen tuloksia voidaan soveltaa ja hyödyntää kehitettäessä hoitajien työ- ja turvallisuutta ja -hallintaa turvatilahoidon aikana. Hankkeen perusteella voidaan antaa seuraavia suosituksia:

Tutkimuksen näkökulma

- Näyttöön perustuvat menetelmät, väkivallan riskin arviointi ja turvatila-malli, tulee ottaa systemaattisesti käyttöön.
- Uusia hoitomenetelmiä psykiatrisessa hoitotyössä tulee tutkia ja niiden tuloksia tulee jalkauttaa käytäntöön.

Koulutuksen näkökulma

- Tulevia ammattilaisia tulee kouluttaa jo peruskoulutuksen aikana uudenlaiseen toimintamalliin, jolla voidaan vähentää pakkotoimine käyttöä.
- Turvatilamalliin tulee kouluttaa systemaattisesti hoitohenkilökuntaa tulevaisuudessa, kun uusia psykiatrisia sairaaloita rakennetaan, joissa turvatiloja otetaan käyttöön.

Hallinnon näkökulmasta

- Turvatilamallia tulee tukea myös hallinnon näkökulmasta varmistamalla riittävät henkilöstöresurssit psykiatrisilla osastoilla.
- Hallinnon tulee myös varmistaa väkivallan riskin systemaattinen käyttöönotto ja arviointi, jotta saadaan tiedolla johtamiseen pohjaa.

Työnantajan näkökulma

- Työnantajan tulee osoittaa asianmukainen tila turvatilahoidon toteuttamiseksi siten, että työturvallisuus ei vaarannu.
- Työnantajan tulee laatia työhallintaa ja työturvallisuutta edistävät toimintaohjeet turvatilassa toteutettavalle hoidolle.

Työsuojelun ja työturvallisuuden näkökulma

- Hoitajien kokemukset ja kehittämis ehdotukset turvatilassa toimimisesta tulee ottaa huomioon, kun viranomaiset tekevät työsuojelullisia päätöksiä ja muodostavat työturvallisuutta vahvistavia hoitotyön ohjeita turvatilassa toimimiseen.
- Turvatilamallin mukaisesti työturvallisuus tulee varmistaa suunnittelemalla turvatilat huomioiden työturvallisuusstandardit.

Hoitotyöntekijät/ hoitotyön näkökulma

- Hoitotyön laadun varmistamiseksi ja työnhallintaa tukemaan tulee ottaa käyttöön systemaattinen riskinarviointi potilaan aggressiivisen käyttäytymisen arvioinnissa. Riskinarvioinnin ottaminen osaksi hoitotyön rutiineja tukee hoitotyön päätöksentekoa ja vahvistaa tilanteiden ennakointia. Tällöin vältetään tilanteiden eskaloitumiselta ja pakkotoimien käyttö vähenee sekä vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttö lisääntyy.
- Hoitajien tulee raportoida systemaattisesti turvatilahoidon aikana ilmeneviä turvallisuuspuutteita tai -uhkia, jolloin niihin voidaan reagoida ja ennaltaehkäisevästi puuttua.

Potilaiden näkökulma

- Hoito turvatilassa mahdollistaa potilaille inhimillisen hoidon verrattuna eristyshuonehoitoon.
- Turvatila mahdollistaa tiiviin vuorovaikutuksen hoitajan kanssa, jonka avulla potilas pääsee käsittelemään tilannettaan nopeammin. Se myös edellyttää potilasta ottamaan enemmän vastuuta omasta toiminnastaan ja täten lisää osallisuuden kokemusta.

Yhteiskunnallinen näkökulma

- Turvatilan systemaattinen käyttäminen vähentää pakkotoimien käyttöä ja nopeuttaa potilaan toipumista sekä siten lyhentää osastohoitojaksoja. Tämä tuo säästöjä hoitokustannuksiin.
- Turvatilaa käyttämällä voidaan saavuttaa pakonkäytön vähentämisen tavoitteita laajemmin.

Uusi psykiatrinen sairaala Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja turvatilan suunnittelu

Tulevassa sairaalassa turvatilasta käytetään käsitettä turvasolu, joka käsittää erilaisen määrän muita hoidollisia tiloja. Tulevan sairaalan turvasolumallin teoreettisena ja käsitteellisenä perustana on toiminut Hollannin Tilburg sairaalan High and Intensive Care -malli (HIC). HIC on osoitettu toimivaksi psykiatrisessa hoitoympäristössä ja vähentävän pakkotoimien määrää (Bierbooms ym. 2017) ja hoitokustannuksia (van Mierlo ym. 2014). HIC-mallissa tilat tukevat hoitajien ja potilaiden turvallisuutta. HIC-mallissa keskeistä on potilaan uhkaavan ja aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy, jolloin hoitajiin kohdistuvat väkivallanteot vähenevät, sekä vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttäminen lisääntyy.

Keskeistä ennaltaehkäisyssä on riskinarviointimittareiden käyttö (NICE 2015). HIC-mallissa haastavien tilanteiden hallinta perustuu siihen, että riskinarviointia parannetaan, vuorovaikutusta lisätään ja potilas on jatkuvasti hoitajan valvonnassa turvasolun vierihoido huoneessa (van de Sande ym. 2013). HIC-mallissa väkivaltatilanteissa vuorovaikutusta lisätään niin paljon kuin mahdollista, kun taas Suomessa väkivaltatilanteissa potilas viedään lukittavaan huoneeseen, jossa potilaan vointia tarkkaillaan kameran välityksellä. Suomessa vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä ei tapahdu juuri lainkaan huone-eristyksessä. Eri-turva-hankkeen tuloksista selvisi, että Suomessa henkilökunta on potilaan välittömässä läheisyydessä eristystilanteissa neljä prosenttia (Lahti ym. 2018).

Hollannin Tillburgin sairaalan HIC-mallissa osastojen omista huone-eristyksistä (12 kpl) siirryttiin turvasolun kahteen huone-eristykseen ja sairaansijat vähenivät kahdeksasta

kymmenestä kuuteenkymmeneen. Osastohoidon sisäänkirjoitukset vähentyivät ja hoitoajat lyhentyivät. Huone-eristysten määrät vähentyivät yhdeksänkymmentä prosenttia ja samanaikaisesti vähentyi myös huone-eristyksissä käytetty aika. Väikivaltatilanteiden määrät eivät kasvaneet, vaikka huone-eristysten käyttö vähentyi dramaattisesti. Pakkolääkitysten määrä on pysynyt lähes samana vuodesta 2013 vuoteen 2018 (van Melle ym. 2020).

Turvatila on suunniteltu HIC-mallin mukaisesti ja sitä on nyt pilotoitu TYKS psykiatrian toimialueella. Pilotin tuloksia on hyödynnetty sairaalan suunnittelussa alusta asti. Uuteen sairaalaan tulee ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2024 kahdeksan vuodeosastoa (P1, P2, P3, R1, V1, L1, M1 ja M2). Vuodeosastot siirtyvät viideltä eri vastuualueelta (psykoosivastuualue, riippuvuuspsykiatrian vastuualue, vanhuspsykiatrian vastuualue, lastenpsykiatria ja mielialahäiriö vastuualue). Uuden sairaalan osastot ovat tiloiltaan standardoituja 14 sairaansijan osastoja. Uuteen sairaalaan on turvatilan pilotoinnin vaikutuksesta suunniteltu turvasolutilat. Turvasolutila käsittää uudessa sairaalassa vierihoitohuoneita ja eristyshuoneita. Uuden sairaalan turvalliseen hoitomallin kokonaisuuteen kuuluu turvasolutilan lisäksi osaston puolella olevat aistihuone ja yhden hengen potilashuoneet. Aistihuone on uudenlainen tila, jota HIC-mallissa ei ole kuvattu. Uudessa sairaalassa osastojen turvasolun tilat eristyshuoneiden ja vierihoitohuoneiden osalta vaihtelevat osaston profilista riippuen. Kaikille kahdeksalle osastolle tulee 14 potilashuonetta ja yksi aistihuone. Lastenpsykiatrian osaston turvasoluun tulee eristyshuone, mutta ei vierihoitohuonetta, koska vierihoidot toteutetaan lasten omissa potilashuoneissa. Vanhuspsykiatrian osaston turvasoluun tulee eristyshuone ja vierihoitohuone. Kaikille psykoosiosastoille ja riippuvuuspsykiatrian osastolle tulee turvasoluun eristyshuone ja vierihoitohuone. Mielialahäiriö osastojen turvasoluihin ei tule eristyshuoneita, vaan ainoastaan vierihoitohuoneet. Uuteen sairaalaan tulee ensimmäisessä vaiheessa yhteensä kahdeksan osastoa, kuusi eristyshuonetta sekä seitsemän vierihoitohuonetta.

TYKS psykiatrian toimialueen tämän hetken eristystilat eivät mahdollista jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa, ja tilojen remontoiminen ei onnistu. Psykiatrian toimialue tarvitsee uudet toimitilat, jotta vuorovaikutuksesta saadaan jatkuvaa koko prosessin ajaksi. Turvasolumallin tueksi suunnitellaan erilaisia menetelmäkoulutuksia, esimerkiksi henkilökunnalle kohdistettava haastavan potilaan kohtaamiskoulutus. Turvasolun toiminnan tueksi tehdään myös työkirja, jonka tarkoituksena on opastaa henkilökuntaa toimimaan turvasolun tiloissa. Suomeen on suunnitteilla useampi psykiatrisen sairaala seuraavien vuosien aikana. Uusia psykiatrisia sairaaloita rakennetaan Tampereelle, Vaasaan, Poriin, Mikkeliin, Kuopioon, Helsinkiin ja Turkuun. Jokaisella rakennushankkeella on samanlaiset haasteet liittyen eristystiloihin. Turvatilan pilotointi tuo uutta tietoa kaikille rakennushankkeille siitä miten tilat tulisi suunnitella.

Lähteet

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, HJ. & Fischer, J. 2006. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 6.

Abderhalden, C., Needham, I., Miserez B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, HJ. & Fischer, JE. 2004. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: A multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(4), 422–427.

Almvik, R. & Woods, P. 1998. The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: some preliminary results. *Psychiatric Care* 5(6), 208–211.

Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. 2000. The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, Specificity and Inter-rater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol 15, No 12, 1284-1296

Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. 2007. Assessing risk for imminent violence in the elderly: The Brøset Violence Checklist. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(9), 862–867.

Al-Qadi, M.M. 2021. Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of Occupational Health* 63(1).

ANA 2021. Bill of Rights FAQs. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/bill-of-rights-faqs/>. Accessed: 6 October 2021.

Anderson, L., FitzGerald, M. & Luck, L. 2010. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19(17-18):2520-30.

Anderson, J.E., Kodate, N., Walters, R. & Dodds, A. 2013. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, 141-150.

Arthur, D., Chan, H.K., Fung, W.Y., Wong, K.Y. & Yeung, K.W. 1999. Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6(1), 29-36.

Ash, D., Suetani, S., Nair, J., & Halpin, M. 2015. Recover-based services in a psychiatric intensive care unit- the consumer perspective. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 524–527.

Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E. & Louheranta, O. 2020. Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care. *Journal of Psychosocial Nursing* 58(5), 39–50.

Awanic. (2021). Haipro. <https://awanic.fi/eng/products-and-services/#haipro>. Accessed: 6 October 2021.

Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagova, M., Zelenikova, R., Önlér, E. & Cantus, C.S. 2020. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries – a cross-sectional study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 33(3), 325-338.

Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing*, 35, 647-655.

Baum, A. & Kagan, I. 2015. Job satisfaction and intent to leave among psychiatric nurses: closed versus open wards. *Archives of Psychiatric Nursing* 29(4), 213-6. doi: 10.1016/j.apnu.2015.03.004.

Bierbooms, J.J.P.A., Lorenz-Artz, C.A.G., Pols, E. & Bongers. I.M.B. 2017. High and intensive care three years later; an evaluation of the experiences of patients and employees and the effect on coercive measures in psychiatry. *Tijdschrift Psychiatrie* No 59(7), 427-432.

Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. 2010. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 510–518.

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. 2002. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of the physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 465–473.

Bos, M., Kool-Goudzwaard, N., Gamel, C.J., Koekkoek, B., & Van Meijel, B. 2012. The treatment of 'difficult' patients in a secure unit of a specialized psychiatric hospital: the patients' perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 528–535.

Bowers, L., Allan, T., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M. & Jeffery, D. 2009. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatients Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol 30, No 4, 260-271.

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.

Brathovde, A. 2020. Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 1–8.

Burns, N. & Grove, S. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* 6th edition. Saunders Elsevier.

- Campbell, J., Messing, J., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., Sheridan, D., Lindauer, C., Deaton, J. & Bolyard, R. 2011. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *Journal of Occupational Health and Environmental Medicine*, 53, 82–89.
- Chambers, M, Kantaris, X., Guise, V. & Välimäki, M. 2015. Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 289-297.
- Chu, C.M., Daffern, M. & Ogloff, J.R.P. 2013. Predicting aggression in acute in-patient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 Clinical scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 24(2), 269–285.
- Clarke D.E., Brown A.M. & Griffith P. 2010. The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 17(7), 614–620.
- Cowman, S. & Bowers, L. 2008. Safety and security in acute admission psychiatric wards in Ireland and London: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 1346-1353.
- CPT. 2020. Preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Finland from 7 to 18 September 2020. *CPT/Inf (2020) 30*. <https://rm.coe.int/1680a00dac>.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. 2011. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd Edition. SAGE publications, Thousand Oaks, CA.
- Cummings, K.S., Grandfield, S.A. & Coldwell, C.M. 2010. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint in psychiatric Facilities. *Journal of Psychosocial Nursing* 48(6), 26-30.
- Daffern, M. & Howells, K. 2002. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and violent behavior*, 7, 477-497.
- d’Ettorre, G. & Pellicani, V. 2017. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work* 8(4), 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>.
- Dickens, G.L., O’Shea, L.E. & Christensen, M. 2020. Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526>.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D. & Belfrage, H. 2014. *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Duxbury, J. & Whittington, R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 469-478.

Edward, K.L., Stephenson, J., Ousey K., Lui, S., Warelow, P. & Giandinoto, J.A. 2016. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing* 25(3–4), 289–299.

Ennis, G., Happell, B. & Reid-Searl, K. 2015. Clinical Leadership in Mental Health Nursing: The Importance of a Calm and Confident Approach. *Perspectives in Psychiatric Care* 51, 57–62.

Eronen, M., Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi - Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuu den vaaraa arvioidaan Suomessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123(19), 2375–2380.

Estryn- Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M. & Hasselhorn, H-M. 2008. Violence risks in nursing –results from the European NEXT- study. *Occupational Medicine* 58, 107-114.

Evans, R.E. & Petter, S. 2012. Identifying mitigating and challenging beliefs in dealing with threatening patients: an analysis of experiences of clinicians working in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 8(2), 113–119.

Finfgeld-Connett, D. 2008. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 17, 196-204.

Gentle, J. 1996. Mental health intensive care: the nurses' experience and perceptions of a new unit. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1194–1200.

Ghosh, M., Twigg, D., Kutzer, Y., Towell-Barnard A., De Jong, G. & Dodds, M. 2019. The validity and utility of violence risk assessment tools to predict patient violence in acute care settings: An integrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(6), 1248–1267.

Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105–112.

Goulet, M. & Larue, C. 2017. A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Research Nursing* 27(7), 853-870.

Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus: hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. *Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu: Oulun yliopisto.*

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio - ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 131(15), 1361–1366. Viitattu 5.11.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375>

Harris, A.D., McGregor, J.C., Perencevich, E.N., Furuno, J.P., Zhu, J., Peterson, D.E. & Finkelstein, J. 2006. The Use and Interpretation of Quasi-Experimental Studies in Medical Informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, Volume 13(1), 16–23. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1749>

Havaei, F. 2021. Does the type of exposure to workplace violence matter to nurses' mental health? *Healthcare* 9(41).

Heikkinen, O-P. & Kähkönen, T. 2017. Työohje: Hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille L2- talon turvasolusta. Psykiatrian klinikka. Pohjois-Karjalan Sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. **Viitattu 13.11.2018.**

Huckshorn, K.A. 2004. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 42(9), 22-33.

Huckshorn, K.A. 2008. Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Health Program Directors. Viitattu 13.2.2022. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

Hunt, J.M. & Sine, D.M. 2015. Common mistakes in designing psychiatric hospitals. Viitattu 19.11.2018. http://www.fgi.guidelines.org/pdfs/FGI_CommonMistakesPsychiatricHospitals_1505.pdf

Hyde, C.E. 1998. Violence, dissatisfaction and rapid tranquillisation in psychiatric intensive care. *Psychiatric Bulletin*, 22, 477–480.

IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp,

Iennaco, J.D., Whittemore, R. & Dixon, J. 2017. Aggressive Event Incidence using the Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R): A Longitudinal Study. *Psychiatric Quarterly* 88(3), 485-499.

Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V. & Bluvstein, I. 2015 Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*. 24(5):403–12.

Iversen, V.C., Sallaup, T., Vaaler, A.E., Helvik, A-S. & Morken, G. 2011. Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(1), 1–10.

Jaspers, S.O., Jakobsen, L.M., Gadegaard, C.A., Dyreborg, J., Andresen, L.P.S. & Aust, B. 2019. Design of a tailored and integrated violence prevention program in psychiatric wards and prisons. *Work* 62 (2019) 525–541.

Kaar, S., Walker, H., Sethi, F. & McIvor, R. 2017. The function and design of seclusion rooms in clinical settings. *Journal of Psychiatric Intensive Care*; 13, 83–91.

Keski-Valkama, A. 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. Academic Dissertation. University of Tampere. School of Public Health. Tampere: University of Tampere.

Kneller, W. & Harvey, A. J. (2016). Lineup identification accuracy: The effects of alcohol, target presence, confidence ratings, and response time. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 8, 11-18

Knox, D.K. & Holloman, G.H. 2012. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 35-40.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17(1), 65–76.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol 48, No 1, 16-24.

Kontio R., Anttila M., Lantta T., Kauppi K., Joffe G. & Välimäki M. 2014. Toward a safer working environment on psychiatric wards: service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspectives in Psychiatric Care* 50(4), 271 - 279.

Korte, M. 2020. Turvatilamallin kehittäminen ja käyttöönotto. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2022. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/335866/Korte_Mikko.pdf?sequence=2

Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M. & Turunen, H. 2019. Changes in patient safety culture: a patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff. *Journal of nursing management*, 27, 848-857.

Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. 2019. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoitossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135(10), 925-31.

Kvas, A. & Seljak, J. 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review* 61(3), 344-351.

Kvist, T., Mäntynen, R., Partanen, P., Turunen, H., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. The job satisfaction of Finnish nursing staff: the development of a job satisfaction scale and survey results. *Nursing Research and Practice*, Epub 2012 Oct 23, 1-11.

Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus - mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. *Lääketieteen aikakauskirja Duodecim*, 132(17):1505-6.

Kötter, S., von Franqué, F., Bolzmacher, M., Eucker, S., Holzinger, B. & Müller-Isberner R. 2014. The HCR-20V3 in Germany. *International Journal of Forensic Mental Health* 13(2), 122–129.

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 sidontaeristykseen aikana. Turun ammattikorkeakoulu. Raportteja 248.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Kopiojyvä oy: Kuopio.

Lanctot, N. & Guay, S. 2014. The aftermath of workplace violence among health care workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent behavior*, 19 (5), 492-501.

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, CE. & Välimäki, M. 2016. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems* 10.

Law, P.C.F., Too, L.S., Butterworth, P., Witt, K., Reavley, N. & Milner, A.J. 2020. A systematic review on the effect of work-related stressors on mental health of young workers. *International Archives in Occupational Environment and Health* 2020, 93, 611–622.

Lemmey, S.J., Glover, N. & Chaplin, R. 2012. Comparison of the quality of care in psychiatric intensive care units and acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9(1), 12–18.

Lim, S., Song, Y., Nam, Y., Lee, Y. & Kim, D. 2022. Moderating Effect of Burnout on the Relationship between Self-Efficacy and Job Performance among Psychiatric Nurses for COVID-19 in National Hospitals. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Jan 24;58(2):171. doi: 10.3390/medicina58020171. PMID: 35208495; PMCID: PMC8880477.

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., et al. 2019. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76, 927-937.

Liukka, M., Hupli, M. & Turunen, H. 2018. How transformational leadership appears in action with adverse events? A study for Finnish nurse manager. *Journal of Nursing Management*, 26, 639-646.

Loubser, I., Chaplin, R. & Quirk, A. 2009. Violence, alcohol and drugs: The views of nurses and patients on psychiatric intensive care units, acute wards and forensic wards. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 5(1), 33–39.

Lu, K. H., Barriball, L., Zhang, X., Alison, E. & While, A. E. 2012. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017–1038.

Mackay, I., Paterson, B. & Cassels, C. 2005. Constant or special observation of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 464–471.

- McAllister, S. & McCrae, N. 2017. The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 491-502.
- McGovern, P., Kochevar, L., Lohman, W., Zaidman, B., Gerberich, S.G., Nyman, J. & Findorff-Dennis, M. 2000. The cost of work-related physical assaults in Minnesota. *Health Services Research* 35 (3), 663–686.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen J. (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 13.2.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1
- Marques, M.I., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S & Neves, G. 2015. Assessment of the Risk of Violence in Portuguese Psychiatric Settings Using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*. Vol 5, No 5, 360-370.
- Martin, T. & Street, A.F. 2003. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(5), 543-551.
- Martinez, A.J.S. 2016. Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 31–36.
- Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. 2006. Aggressive behavior in the high secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1)19-25.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo. 2022. Tietoa sairaalahoidosta. Viitattu 12.2.2022. Saatavilla: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/omaiset/Pages/tietoa_sairalahoidosta.aspx#hoidon_sis%C3%A4lt%C3%B6 .
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Viitattu 17.2.2022. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80006/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniuliene, V. & Välimäki, M. 2009. Restrain and Seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 599–605.
- Moylan, L. & Cullinan, M. 2011. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(6), 526–534.

Najafi, F., Fallahi-Khoskhknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A. & Rahgozar, M. 2018. Antecedents and consequences, of workplace violence against nurses: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27, 116–128.

NICE. 2015a. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 1–64.

NICE. 2015b. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guideline, No. 10. Updated edition. National Collaborating Centre for Mental Health. Viitattu 1.10.2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

Nolan, K.A, Shope, C.B., Citrome, L. & Volavka, J. 2009. Staff and patient views of the reasons for aggressive incidents: a prospective, incident based study. *The Psychiatric Quarterly*, 80(3), 162-172.

Novotna, G., Urbanoski K.A. & Rush, B.R. 2011. Client-centered design of residential addiction and mental healthcare facilities: staff perceptions of their work environment. *Qualitative Health Research*, 21, 1527–1538.

O'Brien, L., & Cole R. 2004. Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 89–99.

OECD: European Union 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels. Saatavilla: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Palotie-Heino, T. & Nyman, H. 2020. Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Eläketurvakeskus. Viitattu 14.3.2022. Saatavilla: <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/>

Papadopoulos, C. Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L. 2012. The antecedents of violence and aggression within psychiatric inpatient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 6, 425-439.

Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S. & Wykes, T. 2014. The psychiatric ward as a therapeutic space: a review. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 171-176.

Pariona-Cabrera, P., Cavanagh, J. & Bartram, T. 2020. Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 76, 1581–1593.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: THL.

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, MP. & Rousseau, MC. 2011. Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Viitattu 22.11.2018. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPage>

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Rynänen, O-P., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. 2013. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services* (64)9, 850-855.

Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Välimäki, M. 2017. Patient aggression and the wellbeing of nurses: A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), E1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>.

Pelto-Piri, V., Wallsten, T., Hylén, U., Nikban, I., & Kjellin, L. 2019. Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden. *International journal of mental health systems*, 13, 1-10.

Polit, D.F. & Beckm C. T. 2014. *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice.* 4th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: China.

Ramesh T., Igoumenou A., Vazquez Montes M. & Fazel, S. 2018. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* 52, 47–53.

Rechenmacher, J., Müller G., Abderhalden, C. & Schulc, E. 2014. The diagnostic efficiency of the extended German Brøset violence checklist to assess the risk of violence. *Journal of Nursing Measurement* 22(2), 201–212.

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

Rosberg, J.I. & Friis, S. 2003. A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 374–380

Salize, H. 2002. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-member states.* Mannheim: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General.

Salzmann-Erikson, M. & Söderqvist, C. 2017. Being Subject to Restrictions, Limitations, and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals’ Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 540–548.

Salzmann-Erikson, M., Lützn, K., Ivarsson, A-B. & Eriksson, H. 2008. The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 98–107.

Salzmann-Erikson, M. 2018. Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care. *International Journal of Mental Health Nursing* 27, 1851–1860.

Sarver, W.L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. & Mantz, L. 2019. Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Online First -Publication.

Schröder, A. & Björk, T. 2012. Patients' judgements of quality of care in psychiatric observation and intensive in-patient care. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 9(2), 91–100.

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. 2013. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* 22(1), 47–55.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2022. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 17.2.2022. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sormunen, M., Saaranen, T., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 50, 312-321.

Stenhouse, R.C. 2011. 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 74–80.

Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S. & Bowers, L. 2015. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing* 24, 82 – 90.

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

Terkelsen, T.B. & Larsen, I.B. 2016. Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics* 23(3), 308 - 317.

THL. 2022. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 17.2.2022. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL. 2021. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 44/2021 Viitattu 5.3.2022 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44_Psykiatrisen_erikoissairaanhoidon_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- THL 2019. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2018. Tilastoraportti 42/2019. Viitattu 3.3.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138844/Tr42_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- THL 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014. Tilastoraportti 7/2014. Viitattu 5.3.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16.pdf?sequence=3
- Tölli, S., Lukkarinen, H. & Vuokila – Oikkonen, P. 2010. Ymmärtävä oppiminen tuottaa mielenterveyshoitotyön syvällistä osaamista. *Hoitotiede* 22 (4), 324 - 335.
- Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuori, T., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. 2014. Deprivation of liberty in Finnish psychiatric inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry* 27(2), 193-205.
- Tuovinen, S. 2018. Reduction of seclusion and restraint and hospital violence during involuntary forensic psychiatric care. Väitöskirja. *Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto*
- Vainila, V. 2020. Turvatilan käytön periaatteet ja käyttöönotto: Turvallisuuskulttuurin kehittäminen Tyks Psykiatrialla. Opinnäytetyö (YAMK). Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2022. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/342933/Vainila_Veera.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Van Gerven, E., Vander Elst, T., Vandenbroeck, S. et al. 2016. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Medical Care* 54, 937-943.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y. & Mulder, N. 2014. *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie. De Tijdstroomuitgeverij. Boom Uitgevers. Amsterdam.*
- 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.
- van Meijel B, Megens Y, Koekkoek B, de Vogel W, Kruitwagen C & Grypdonck M. 2009. Effective interaction with patients with schizophrenia: qualitative evaluation of the interaction skills training programme. *Perspectives in Psychiatric Care* 45(4):254-61.
- van Melle, A.L., van der Ham, A.J., Widdershoven, G.A.M., Voskes, Y. 2021. Implementation of High and Intensive care (HIC) in the Netherlands: a process evaluation. *Psychiatric Quarterly*, 92, 1327-1339. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09906-x>
- van Melle, A. L., Noorthoorn, E.H., Widdershoven, G.A.M., Mulder, C.L., Voskes, Y. 2020. Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20, 469-475. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y>
- Ward, L. & Gwinner, K. 2015. Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2), 101-116.

Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G.D. & Tuisku, K. 2011. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(2), 149-155.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Koslof, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020. Viitattu 13.3.2022 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Viitattu 23.2.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1

Ward, L. & Gwinner, K. 2015. Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2), 101–116.

Wells, J. & Bowers, L. 2002. How prevalent is violence towards nurse working in general hospitals in the UK. *Journal of Advanced Nursing* 39, 230–240.

Whitley, R. & Crawford, M. 2005. Qualitative Research in Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 108-114.

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546-553.

World Health Organisation. 2020. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization.

Woods, P. & Almvik, R. 2002. The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 103–105.

World Health Organization. 2002. World report on violence and health. Viitattu 5.11.2021. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf

Voskes, Y., van Melle, A.L., Widdershoven, G.A.M., van Mierlo, A.F.M.M., Bovenberg, F.J.M. & Mulder, C.L. 2021. High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric Services* 72(4), 475-477. doi: 10.1176/appi.ps.201800440

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. 2015. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 181-189.

Wykes, T. & Carroll, S. 1993. Patient satisfaction with intensive care psychiatric services: Can it be assessed? *Journal of Mental Health* 2(4), 339–347.

Yang, B.X., Stone, T.E., Petrini, M.A. & Morris, D.A. 2018. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 31–38.

Yao X., Li Z., Arthur D., Hu L., An FR. & Cheng G. 2014. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(9), 848–855.

Zhao, S.-H., Shi, Y., Sun, Z.-N., Xie, F.-Z., Wang, J.-H., Zhang, S.-E., ... & Fan, L. H. 2018. Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13–14), 2620–2632. <https://doi.org/10.1111/jocn.14311>.

Zerach, G. & Shaver, T. B-I. 2015. The relation between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 135-142.