



Turun yliopisto
University of Turku

HOITAJIEN TYÖN HALLINTA PSYKIATRISEN POTILAAN VÄKIVALTATILANTEISSA

Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kannisto, Raija Kontio

**TURUN YLIOPISTO
HOITOTIETEEN LAITOKSEN JULKAISUJA
TUTKIMUKSIA JA RAPORTTEJA
SARJA A66**

**MARITTA VÄLIMÄKI, TELLA LANTTA, MINNA ANTTILA, VIRVE
PEKURINEN, MIKA ALHONKOSKI, TERHI SUVANNE, ANNA LAINE, KATI
KANNISTO, RAIJA KONTIO**

**HOITAJIEN TYÖN HALLINTA PSYKIATRISEN POTILAAN
VÄKIVALTATILANTEISSA**

(HANKE 111298) LOPPURAPORTTI

**Hanke on toteutettu Työnsuojelurahaston sekä Suomen Kulttuurirahaston
tuella.**

Turku 2013

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	10
2. KIRJALLISUUTTA	14
2.1 Väkivallan ja aggressiivisuuden määritelmiä	14
2.2 Terveysturvallisuuden työturvallisuuteen liittyviä lakeja ja ohjeistuksia	16
2.3 Väkivallan esiintyminen terveydenhuollossa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä.....	19
2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytettyjä menetelmiä psykiatrisessa hoidossa	23
2.5 Hoitajien työhyvinvointi ja terveys	27
2.6 Käytännön hankkeita työyhteisön ja hoitajien työhyvinvoinnin kehittämiseksi terveydenhuollossa	29
2.7 Uusien työmenetelmien kehittäminen, käyttöönotto ja arviointi terveydenhuollossa	33
3. TUTKIMUSHANKKEEN TAVOITTEET	41
4. VAIHEET JA MENETELMÄT	42
4.1 Väkivaltaisen potilaan hoidossa käytettyjä menetelmiä (Vaihe I)	42
4.2 Hoitajien työhyvinvointi ja terveys (Vaihe II)	44
4.3 Uuden käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen (Vaihe III)	44
4.4 Uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi, sen testaus sekä hyväksyttävyyden, toimivuuden ja vaikuttavuuden arviointi (Vaihe IV)	47
4.5 Käyttöönottoprosessin suunnittelu työmenetelmän kansallista hyödyntämistä varten (Vaihe V).....	49
4.6 Eettiset kysymykset	50
5. TULOKSET	53
5.1 Väkivaltaisen potilaan hoidossa käytettyjä menetelmiä (Vaihe I)	53
5.2 Psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työhyvinvointi ja terveys (Vaihe II)	58
5.3 Uusi työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen (Vaihe III)	62
5.4 Uuden työmenetelmän hyväksyttävyys, toimivuus ja vaikutukset (Vaihe IV)	67
5.5 Uusi malli ja sen käyttöönottoprosessin kuvaus.....	82

6. POHDINTA.....	90
7. TULOSTEN SOVELTAMINEN JA HYÖDYNTÄMINEN	95
8. KEHITTÄMISEHDOTUKSET	99
LÄHTEET.....	101
LIITTEET	120

TAULUKOT

- Taulukko 1. Terveysthuollon turvallisuuteen liittyviä lakeja Suomessa
- Taulukko 2. Terveysthuollon turvallisuuteen liittyviä kansainvälisiä ohjeistuksia ja toimintaohjeita
- Taulukko 3. Esimerkkejä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytetyistä työmenetelmistä
- Taulukko 4. Esimerkkejä väkivaltariskin arvioimiseksi kehitetyistä mittareista
- Taulukko 5. Hoitajien taustamuuttujien kuvaus psykiatrian ja ei-psykiatrian alalla
- Taulukko 6. Psykiatrian ja ei-psykiatrian alan hoitajien työhyvinvointia ja väkivalta- ja uhkatilanteita koskeva vertailu
- Taulukko 7. Osastojen henkilökunnan esittämiä ongelmia ja ratkaisuvaihtoehtoja osaston levottomuuden hallintaan
- Taulukko 8. Toteutetut toimenpiteet lyhyellä ja pitkällä aikavälillä
- Taulukko 9. Tutkimusosastojen luonne ja työskentely vuonna 2012
- Taulukko 10. Uuden menetelmän hyväksyttävyyden, toimivuuden ja muutoksen vaikutukset
- Taulukko 11. Hoitajien taustamuuttujien kuvaus hankkeen alussa ja lopputilanteessa
- Taulukko 12. Tutkimus- ja kontrolliryhmän hoitajien käsitykset työstä ja työyhteisöstä hankkeen alku- ja loppuvaiheissa
- Taulukko 13. Yhteistyö osastolla
- Taulukko 14. Yksikön tavoitteet ja toiminnan arviointi
- Taulukko 15. Lähiesimiesten toiminta
- Taulukko 16. Organisaation johtaminen
- Taulukko 17. Henkilökunnan kokema kuorma
- Taulukko 18. Työn epävarmuustekijät
- Taulukko 19. Väkivalta- tai uhkatilanteiden sattuminen hoitajalle viimeisen 12 kuukauden aikana
- Taulukko 20. Potilaiden tyytyväisyys sairaalahoitoon
- Taulukko 21. Potilaiden elämänlaatu 7 viimeisen päivän aikana

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimushankkeen tavoitteet ja vaiheet

Kuvio 2. Hoitaja-tutkimuksen asetelma

Kuvio 3. Väkivalta- ja vaaratilanteita koskeva tapahtumapaikka kuvitteellisessa osaston pohjapiirroksessa

Kuvio 4. Väkivalta- ja vaaratilanteiden tapahtuma-ajat

Kuvio 5. Näyttöön perustuva ja käyttäjälähtöinen työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Turvallinen työn hallinta -hankkeelle saadut eettiset lausunnot ja tutkimusluvut

LIITTEET

Liite 1. Esimerkkejä eri mittareiden käytöstä tutkimuksissa arvioitaessa potilaan väkivaltariskiä

Liite 2. Mielenterveyden keskusliiton esittämät palautteet ja kehittämissuhteet

Liite 3. Mielenterveyden Keskusliitto: Hankkeen kehittämissuhteet

ESIPUHE

Tässä julkaisussa kuvataan Työsuojelurahaston ja Suomen Kulttuurirahaston rahoittamaa hanketta, jonka päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua kehittämällä uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Hanke muodosti usean osa-tavoitteen kokonaisuuden ja siinä hyödynnettiin aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta, määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiä sekä henkilökunnan ja potilaiden aktiivista osallistumista.

Hanke tuotti paljon aineistoa. Tämä raportti pyrkii kokoamaan hankekokonaisuuden yhteen ja kuvaamaan sitä yleisellä tasolla. Kukin vaihe raportoidaan tarkemmin erillisissä tieteellisissä ja ammatillisissa artikkeleissa sekä lisäksi yleistajuisissa julkaisuissa. Laajalla ja monipuolisella hankeraportoinnilla ja tiedottamisella toivotaan levitettävän hanketta koskevaa tietoa laajalle yleisölle.

Osastot, joilla hanke toteutettiin, olivat keskenään hyvin erilaisia ja toimintatavoiltaan haastavia. Uuden menetelmän kehittäminen uusine ohjeistoineen ja sääntöineen ei olisi ollut käytännössä realistinen osastojen erilaisuuden vuoksi. Siksi päädyttiin luomaan yleisen tason malli, jonka avulla henkilökunta voi lähteä itse kehittämään omaa toimintaansa havaitsemiensa käytännön ongelmatilanteiden kautta. Menetelmän luominen on edellyttänyt tutkijoilta arkista läsnäoloa osastoilla, kokouksissa, työryhmäkokouksissa ja ohjausryhmissä vaikuttamista, aktiivista vuorovaikutusta jne. Pienimuotoisetkin muutokset saattavat kuitenkin vaikuttaa isoilta asioilta sairaalaorganisaatiossa. HUS sairaanhoitopiirin osastot ovat ottaneet tutkijat aina vastaan ja tarjonneet heille tilaisuuden päästä lähemmäksi heidän arkeaan. Tämä ei olisi ollut mahdollista ilman lähijohdon tukea osastoilla. He jaksoivat tukea hankkeen etenemistä samalla tavalla kuin he antavat tukensa hoitohenkilökunnalle. Lämmin kiitos heille siitä.

Lämmin kiitos myös siitä, että henkilökunta ja potilaat sallivat meidän tulla osaksi arkeaan ja puuttua heidän päivittäiseen elämäänsä osastoilla. Tämä on edellyttänyt molemminpuolista luottamusta ja yhteisen tavoitteen eteen toimimista. Toivomme, että tämän raportin avulla pystymme kuvaamaan edes osan siitä arvokkaasta työstä, jonka henkilökunta ja potilaat tekivät yhteistyössä turvallisen työilmapiirin kehittämiseksi psykiatrisilla sairaalaosastoilla. Toivomme, että tämä pieni pilottikokeilu voisi olla joillekin esimerkki siitä, miten työilmapiiriä voidaan kehittää henkilökunnan ja potilaiden välisenä yhteistyönä.

Kirjoittajien puolesta,
Maritta Välimäki

TIIVISTELMÄ

Kirjoittajat: Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kannisto, Raija Kontio

Tausta: Psykiatrisen hoitotyön luonne Suomessa on muuttunut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Vaikka hoidon painopiste on siirtynyt sairaalahoidosta avohoitoon, psykiatrinen hoito on Suomessa edelleen laitoshoitopainotteinen ja pakkotoimenpiteiden käyttö yleistä. Psykiatrisilla osastoilla työskentelevien hoitajien työ on potilaiden moniongelmaisuuksien ja väkivaltaisuuden vuoksi erittäin kuormittavaa. Useat hoitajat pelkäävät psykiatrian osastoilla ja hoitajilla on suuri riski joutua väkivallan uhriksi. Potilaan väkivalta lisää henkilökunnan sairauspoissaoloja, vähentää tuottavuutta ja heikentää työpaikan ilmapiiriä. Hoitajien työhyvinvoinnin ja hoidon laadun kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että ammattitaitoinen henkilökunta voi toimia työssään ilman pelon tunnetta ja heillä on näyttöön perustuvaa tietoa toimintansa tueksi. Tällä hetkellä hoitajien käytössä on kuitenkin vain vähän tietoa eri hoitotyön menetelmien hyödyistä. Potilaiden aggressiivisen käytöksen riskinhallintakeinoilla voidaan toisaalta vähentää henkilökuntaan kohdistuvaa väkivaltaa, lisätä työturvallisuutta ja välttää potilaisiin kohdistuvien, perusoikeuksia rajoittavien toimenpiteiden käyttöä. Aihetta on tärkeä tutkia ja kehittää lisää, sillä työturvallisuuden parantaminen on yhteiskunnallisesti keskeinen kehittämistarve.

Tavoite: Tutkimuksen päätavoitteena on tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua kehittämällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen.

Menetelmä: Tutkimus koostuu useasta eri vaiheesta. Ensimmäiseksi tuotettiin kirjallisuuskatsauksia, jotka käsittelivät näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen, riskien hallintaan tehokkaiksi osoitetuista menetelmistä sekä väkivaltariskien arvioimiseen tarkoitetuista mittareista. Toiseksi kuvattiin psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia ja verrattiin sitä eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointiin. Kolmanneksi kehitettiin uusi käyttäjälähtöinen työmenetelmä, jonka aineisto koostui fokusryhmähaastatteluista, tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoituksista, workshopeista, osastokokouksista, uuden menetelmän suunnittelusta ja ohjausryhmän kokouksista. Neljänneksi uusi työmenetelmä otettiin käyttöön ja arvioitiin sen hyväksyttävyyttä, toimivuutta ja vaikuttavuutta. Viidenneksi suunniteltiin uuden työmenetelmän kansallinen käyttöönotto ja hyödyntäminen mm. Technology Acceptance Model ja Ottawan Model of Research Use malleihin pohjautuen, suunniteltiin ja pilotoitiin verkkokoulutus sekä luotiin kirjalliset ohjeet uuden työmuodon käyttöön terveydenhuollossa.

Tulokset: Kirjallisuuskatsauksen mukaan väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallinnassa on käytössä erilaisia menetelmiä ja mittareita arvioida potilaan väkivaltariskiä. Psykiatrian alan hoitajat eroavat ei-psykiatrian alan hoitajista mm. sukupuolen ja koulutuksen sekä työhyvinvointiin, väkivalta- ja uhkatilanteisiin liittyvien tekijöiden suhteen. Esimerkiksi suurimmassa riskissä altistua fyysiselle ja psyykkiselle väkivallalle on vakituisessa työsuhteessa oleva nuori mies, joka tekee vuoro-, yö- tai muuta epäsäännöllistä työtä. Väkivalta- ja vaaratilanteet sijoittuvat psykiatrisilla osastoilla useimmiten tiettyihin tiloihin ja ajankohtiin. Osastojen yhteisiksi kehittämisalueiksi muodostuivat: osaston tilat, yhteisraportointiin käytetty aika, potilaiden viikkosuunnitelma, potilaiden virikkeellisyys ja aktiviteetit, väkivaltariskin arviointi, potilaiden ja omaisten informointi sekä potilaiden osallisuus hoidossa.

Johtopäätökset: Tutkimuksen tuottamaa näyttöön perustuvaa tietoa voidaan soveltaa hoitajien ammatillisessa täydennyskoulutuksessa sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Myös työterveyshuolto, työsuojeluvaltuutetut ja lähijohto hyötyvät hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia koskevasta tiedosta. Tutkimus tuo uutta tietoa käytännön hoitotyöhön tuottamalla mallin henkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyön kehittämiseksi.

Avain – ja asiasanat: Väkivalta, aggressiivisuus, terveydenhuolto, työhyvinvointi, psykiatrinen hoitotyö

SUMMARY

Authors: Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kannisto, Raija Kontio

Background: Psychiatric care has gone through a transformation process during the last two decades. Even though the treatment focus has moved from hospital care to outpatient care, psychiatric treatment is still based on institutions and still involves coercive methods. Patients being treated on psychiatric hospital wards have a variety of problems including violence, which is challenging for the nurses working there. Most nurses are afraid on the psychiatric wards and they are at risk of becoming victims of violence. Patient violence increases sickness leaves, decreases productivity and is detrimental to the atmosphere on the ward. It is extremely important for the nurses' wellbeing at work and for the quality of their work that professional staff can work without fear and that they have evidence-based knowledge to support their decisions. So far little is known about the benefits of existing nursing interventions at the nurses' disposal. On the other hand, risk-management methods can be used to decrease violence targeted at staff, to improve safety at work and to avoid restrictive methods applied to patients and which are infringements of their human rights. The topic merits to study and development, the more so since work wellbeing and its improvement is a central development aim in our society.

Aim: The main aim of the study was to support work wellbeing and quality of work for nurses working on psychiatric wards. This will be done by developing an effective intervention to interact with the patients and by evaluating the risks involved.

Methods: The study consists of several phases. Firstly, there were literature reviews to collate evidence-based knowledge related to patients' violent behavior, effective risk management methods and instruments developed to assess risks of violence. Secondly, wellbeing and health were measured among nurses working in psychiatric hospitals and compared to those working in other fields of nursing. Thirdly, a user-centered intervention was developed and the data included focus group interviews, violence and danger reports of the wards, workshops, ward meetings, planning of the new intervention and steering group meetings. Fourthly, a new intervention was introduced and its acceptability, functionality and use evaluated. Fifthly, the adoption and use of the new intervention nationwide was planned based on e.g. the Technology Acceptance Model and Ottawa Model of Research Use. Moreover, an eLearning course was planned and piloted and written guidelines were produced on the introduction of a new intervention in the health care sector.

Results: According to the literature review, there are various methods in use and also instruments that evaluate the risks of patients behaving violently. Psychiatric nurses differ from those working in other areas in characteristics such as gender, education, wellbeing and experienced violence exposure. As an example, a young male nurse with a permanent job is at risk for physical or psychological violence if he works irregularly e.g. in shifts or at nights. Violent and dangerous incidents are known to occur on the wards at certain sites and times. Common development areas were focused on namely ward rooms, time spent on reporting, patient's weekly schedule, recreation and activity for the patients, violence risk assessment, patient and relative information, and patients' involvement in their own care.

Conclusions: The evidence-based results obtained can be used in nurses' in-service training in the fields of basic and specialized health care. Occupational health care, safety at work representatives as well as line managers can benefit from the results obtained related to nurses' health and work wellbeing. The study offer new knowledge for clinical nursing practice by producing a model to develop interaction and co-operation between staff, patients and relatives.

Key words: Violence, aggression, health care, work wellbeing, psychiatric nursing

1. JOHDANTO

Psykiatrisen hoitotyön luonne Suomessa on muuttunut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. Tänä aikana sairaansijat psykiatrisissa sairaaloissa ovat vähentyneet vajaasta 20 000:sta sairaansijasta 4272 sairaansijaan (THL 2011). Samanaikaisesti hoidon painopiste on siirtynyt sairaalahoidosta avohoitoon (Harjajärvi ym. 2006). Vuodesta 2006 lähtien avohoitokäynnit ovat lisääntyneet neljänneksellä (THL 2013). Psykiatristen sairaalahoitajaksojen pituudet ovat myös lyhentyneet 2000-luvun aikana viidellä päivällä; keskimääräinen hoitajakso on nyt 35 vuorokautta. Tästä huolimatta psykiatrisen hoito on Suomessa edelleen laitoshoitopainotteinen ja pakkotoimenpiteiden käyttö yleistä. Potilaat tulevat yhä useammin sairaalahoitoon oma-aloitteisesti: tahdosta riippumaton hoitoon tulo on laskenut vuodesta 2006 lähtien 22 prosentilla. Silti vuonna 2011 kaikista potilaista 31 % saapui sairaalaan vastoin omaa tahtoaan (M1-lähetä). (THL 2013.)

Lain mukaan potilaisiin voidaan kohdistaa äärimmäisessä tilanteessa ja sairauden niin vaatiessa erilaisia pakkotoimenpiteitä. Näitä ovat huone-eristys, lepositeet, tahdonvastaiset lihakseen annettavat injektiot ja fyysinen kiinnipito. Tyypillisesti toimenpiteet tapahtuvat psykiatristen sairaaloiden suljetuilla osastoilla, joissa on niihin tarvittava varustus ja resurssit, kuten potilaan tarkkailun mahdollistava eristys huone, kameravalvonta, sänkyyn kiinnitettävät lepositeet ja asianmukaisesti koulutettu hoitohenkilökunta. Toimenpiteiden vuoksi suljetulla psykiatrisella osastolla toimivien hoitajien työ on sekä fyysisesti että henkisesti raskasta. Potilaiden ollessa yhä moniongelmaisempia, hoitajien työn luonne on muuttunut viime vuosikymmenen aikana yhä haastavammaksi (THL 2013). Psykiatrisen sairaala on edelleen keskeinen hoitopaikka niille potilaille, jotka ovat vaaraksi itselleen tai muille (Mielenterveyslaki 1990).

Työn vaativuus, siirtyminen muihin tehtäviin sekä työvoiman saatavuus ovat maailmanlaajuisia työvoimapolitiittisia ongelmia psykiatriassa (Knapp ym. 2007). Hoitajien työ on kuormittavaa. Yksi merkittävä työn kuormitustekijä on potilaan väkivaltaisuus. Potilaan väkivalta lisää henkilökunnan sairauspoissaoloja, vähentää tuottavuutta sekä heikentää työpaikan ilmapiiriä. Runsaasti väkivaltaa sisältäville erityisaloille on vaikea saada uutta henkilökuntaa. (Chappell & Di Martino 1998.) Kun perinteisesti poliisit ja vartijat ovat kohdanneet työssään runsaasti väkivaltaa, nykyisin sairaanhoitajat, lääkärit ja sosiaalityöntekijät kohtaavat eniten väkivaltaa asiakkaan taholta (Tilastokeskus 2009, Työturvallisuuskeskus 2010). Jo 90-luvun alussa Suomessa joutui arviolta 17 000 sairaanhoitotyössä työskentelevää henkilöä väkivallan tai sen uhan kohteeksi, mikä on 12 % alalla työskentelevistä; määrä oli yli kaksinkertainen vuoteen 1980 verrattuna (Saarela & Isotalus 1998). Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan terveydenhuoltoalan työntekijöistä 18 % ja sosiaalialan

työntekijöistä 12% on kohdannut väkivaltaa potilaiden taholta vuonna 2007 (Tilastokeskus 2009).

Erityisesti psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevillä hoitajilla on suuri riski joutua väkivallan uhriksi (Lewis & Dehn 1999). Työntekijöihin kohdistuva väkivalta esiintyy erityisesti psykiatristen sairaaloiden akuuttiosastoilla, joissa hoidetaan vaikeimmin sairastuneita potilaita. Henkilökunta kokee väkivaltaisilla osastoilla turvattomuutta (Needham & Sands 2010) ja stressioireita (Abderhalden ym. 2008) ja he ovat esittäneet koulutus- ja tuentarpeita asiaan liittyen (Kontio ym. 2009, Carrid 2009). Työpaikkaväkivallan uhrin voivat saada vakavia fyysisiä ja psyykkisiä vammoja (Rippon 2000). Vaikka useimmat vammat paranevat nopeasti, väkivallasta saattaa seurata elämää häiritseviä psyykkisiä oireita. Jo pelkkä väkivallan uhka voi vähentää hoitajien työssä jaksamista, työtehokkuutta tai työviihtyvyyttä (Rippon 2000, Saarela & Isotalus 1999, 2000). Löydös on merkittävä, sillä työyhteisön negatiivinen ilmapiiri on yksi työpaikan vaihdoksia aiheuttava tekijä (Kivimäki ym. 2007). Suomessa toimii 61 035 hoitajaa terveydenhuollon alueella, joista 5 110 työskentelee psykiatrisissa sairaaloissa (Ailasmaa 2009). Päinvastoin kuin monilla terveydenhuollon erikoisaloilla, psykiatrisessa hoitotyössä toimien määrä on kasvanut. Tästä seuraa, että psykiatrian alueella tullaan kärsimään hoitajapulasta tulevana vuosina laajojen ikäryhmien eläköityessä. Näin ollen väkivallan uhka tai sen esiintyminen psykiatrisilla osastoilla on merkittävä yksilön ja työyhteisön hyvinvointiin sekä yhteiskunnan toimintaan vaikuttava tekijä.

Työpaikkaväkivallan käänneinen ilmiö terveydenhuollossa on, että potilaaseen kohdistetaan psykiatrisissa sairaaloissa runsaasti pakkotoimenpiteitä Suomessa (Keski-Valkama 2010, Raboch ym. 2010). Kaikista Suomen psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista oli vuonna 2011 eristetty 6.2% ja leposide-eristetty 2.9%. Lisäksi 2.2% sai lihakseen annettavaa lääkettä ja fyysisen kiinnipitämisen kohteena oli 1.7% (THL 2013). Pakolla tapahtuviin toimenpiteisiin liittyy komplikaatoriskejä, kuten verenkiertohäiriöitä, luurankolihasen häiriöitä, munuais- ja hermovaurioita ja raajahalvauksia, pahimmillaan jopa kuolemantapauksia (Kaivola & Lehtonen 2006). Potilaat ovat kuvanneet eristämistä ja sitomista pääasiassa kielteisenä ja traumaattisena kokemuksena, rangaistuksena (Meehan ym 2003, Keski-Valkama 2010) tai jopa kidutuksena (Veltkamp ym. 2008). Myös henkilöstö on kuvannut potilaan eristämistä ja sitomista henkisesti raskaana ja eettisesti vaikeana toimenpiteenä (Lind ym. 2004, Schlafani ym. 2008, Kontio ym. 2010). Niiden toteuttamiseen liittyy hoitajien kokemaa pelkoa, häpeää ja voimattomuutta sekä huolta siitä, etteivät potilaan oikeudet toteudu hoidossa (Moran ym. 2009).

Pakon runsas käyttö psykiatrisessa sairaalassa on muodostunut siinä määrin ongelmaksi Suomessa, että Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) on asettanut Kansallisessa

mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa tavoitteeksi vähentää pakon käyttöä noin 40 % vuoteen 2015 mennessä. Tämän on oletettu tapahtuvan sekä lainsäädännöllisin että hallinnollisin keinoin (Keski-Valkama ym. 2009, 2010). Pakon käytön vähentämisen tekee haastavaksi psykiatriseen hoitokulttuuriin syvään juurtuneet hoitokäytännöt ja henkilökunnan negatiiviset asenteet (Keski-Valkama 2010, Happell & Harrow 2010). On havaittu, että hoitajien asenteilla ja terapeutin ilmapiirin puuttumisella on yhteys psykiatrisen hoidon laatuun (Wykes ym. 1997). Stressi, loppuun palaminen ja sosiaalisen tuen puute ovat merkkejä kielteisestä työilmapiiristä (Cleary 2004, McGeorge ym. 2001, Hanrahan ym. 2010). Stressitilanteita aiheuttavat suuri potilasvaihtuvuus, työn määrä ja heikko johtaminen (Bowers ym. 2009), jotka johtavat edelleen huonoon työmoraaliin (Bowers ym. 2009).

Toisaalta tutkimukset osoittavat, että psykiatrian alan hoitajat kokevat vähemmän stressiä ja loppunpalamista (Plant ym. 1992) ja ovat autonomisempia kuin muiden erikoisalojen hoitajat (Tummers ym. 2001). Erona muihin aloihin on kuitenkin se, että psykiatrisen hoitotyö on voimakkaasti tunteisiin koskettavaa ja henkisesti raskasta potilaan sairauden luonteen vuoksi (Tummers ym. 2001). Hoitomenetelmät aiheuttavat toistuvasti eettisiä ristiriitoja hoitajissa. He esimerkiksi pohtivat, onko potilaan eristämistä ollut hyötyä (Kontio ym. 2010). Pohdintoja aiheuttaa myös se, että pakkoa ja rajoitusta käytetään psykiatrisissa organisaatioissa yleisesti hoitokeinoina, vaikka niiden hoidollisista vaikutuksista vaikeisiin mielenterveyshäiriöihin ei ole selkeää näyttöä. Ylipäätään potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen hallintaan (Wright 2003, Nelstrop ym. 2006), ennaltaehkäiseviin menetelmiin tai riskien hallintaan on olemassa vähän tutkimustietoa lääkehoitoa lukuun ottamatta (Sailas & Fenton 2000). Tästä seuraa, että hoitajat toimivat pääosin kokemuksensa ja työryhmän uskomusten varassa. Useat hoitajat myös pelkäävät akuuttipsykiatrian osastoilla (Kontio ym. 2011). Hoitajien työhyvinvoinnin ja hoidon laadun kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että ammattitaitoinen henkilökunta voi toimia työssään ilman pelon tunnetta ja heillä on näyttöön perustuvaa tietoa toimintansa tueksi. Lisäksi tutkimukset osoittavat, että mikäli hoitajat kokevat osaston ilmapiirin negatiivisena tai ajattelevat hoitotoimenpiteen lopputuloksen haittaavaan potilaan hyvinvointia, tämä vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen ja sitä kautta heikentää hoidon laatua (Wykes et al. 1997).

Tällä hetkellä hoitajien käytössä on vain vähän tietoa eri hoitotyön menetelmien hyödyistä. Psykiatriseen hoitotyöhön kohdistetaan ylipäätään vähän tutkimusta ja erityisesti sellaisilla tutkimusasetelmilla, jotka tuottaisivat kansallisesti yleistettävää vaikuttavuustietoa (esim. koe-kontrolliasetelmat, laajat kohorttitutkimukset). Puuttuu myös perustavanlaatuaista vertailutietoa siitä, mitkä organisaatioon liittyvät tekijät ovat yhteydessä hoitajien työhyvinvointiin ja toimintaan (Virtanen ym. 2008). Esimerkiksi infektio- ja tartuntatauti-alueella uusimmat tutkimustulokset ovat osoittaneet, että organisatoriset tekijät kuten potilaiden ylikuormitus osastolla ovat yhteydessä hoitajien

työhyvinvointiin ja hoidon laatuun (Virtanen ym. 2011). Tällä perusteella voidaan alustavasti olettaa, että myös psykiatrisen akuuttiosaston olosuhteet ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan hyvinvointiin ja hoidon laatuun. Potilaiden aggressiivisen käytöksen riskinhallintakeinoilla voidaan vähentää henkilökuntaan kohdistuvaa väkivaltaa, lisätä työturvallisuutta ja välttää ennaltaehkäisevillä toimilla potilaisiin kohdistuvien, perusoikeuksia rajoittavien toimenpiteiden käyttöä (Flannery ym. 2011, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Aihe on tärkeä, sillä työturvallisuuden parantaminen on nimetty yhdeksi keskeiseksi kehittämistarpeeksi henkilökunnan riittävyyden turvaamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004).

Tämä tutkimus kohdistuu psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointiin ja hoidon laatuun. Pyrkimyksenä on kehittää tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Tiedon avulla voitaisiin kohdistaa käytettävissä olevat resurssit juuri niihin toimenpiteisiin, joista on osoitettavissa olevaa hyötyä (Dale 2005, Huckshorn 2007).

2. KIRJALLISUUTTA

2.1 Väkivallan ja aggressiivisuuden määritelmiä

Väkivallan ja aggression käsitteille on esitetty kirjallisuudessa useita eri määritelmiä. Määritelmät ovat osittain samansisältöisiä, ne menevät osittain päällekkäin, mutta toisaalta ne saattavat sisältää tarkempia erottelevia merkityssisältöjä. Aggressio voidaan nähdä näiden määritelmien kautta laajempänä käsitteenä, ja väkivalta yhtenä sen ilmenemismuotona. Toisaalta joissakin tutkimuksissa väkivallan ja aggression määritelmille ei ole tehty eroa ja termejä on käytetty rinnakkain. (Irwin 2006.)

Englannissa sijaitseva National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2005) mukaan aggressiolla viitataan henkilön haluun tai taipumukseen aiheuttaa haittaa. Aggressiota voidaan ilmentää fyysisesti tai sanallisesti. Aggressiivisuus on toimintaa, joka voi ilmentyä verbaalisena tai fyysisenä (Sadock 2009). Aggressiolla viitataan yleisesti haitalliseen verbaaliseen tai fyysiseen toimintaan, joka voi kohdistua yksilöön tai esineisiin. Toiminta voi olla luonteeltaan suunnitelmallista tai impulsiivista. (McDermott ym. 2008.) Wright ym.(2002) lisää verbaaliseen aggressioon sanallisen pahoinpitelyn tai uhkailun. Verbaalinen aggressio voi esiintyä loukkaavana ja herjaavana puheena, huutamisena ja vihamielisenä äänenkäyttönä ja uhkailuna (Stewart & Bowers 2013). Aggressiivinen käyttäytyminen voi olla verbaalista tai fyysistä. Fyysinen aggressiivisuus voi kohdistua potilaaseen itseensä, muihin henkilöihin tai tavaroihin ja se voi olla luonteeltaan impulsiivista tai suunnitelmallista. (McDermott ym. 2008).

Väkivallalla puolestaan viitataan yleensä fyysisen voiman käyttöön, jonka tarkoituksena on satuttaa tai vahingoittaa toista henkilöä (NICE 2005, Wright ym.2002). World Health Organisation (WHO) (2012) on määritellyt väkivallan tietoisena toimintana, jossa käytetään pakottamista, voimaa, pelottelua tai tekoja, joka kohdistuu potilaaseen itseensä, toiseen henkilöön tai ryhmään ja yhteisöön. Lopputuloksena on odotettavissa tai toteutuu loukkaantuminen, kuolema, psykologinen haitta, kehityksen pysähtyminen tai rajoittaminen. Joissakin määritelmissä fyysiseen väkivaltaan sisältyy fyysisen voiman käytön lisäksi myös uhkailu tai uhkaava käytös (NICE 2005). Fyysinen väkivalta ilmenee esimerkiksi lyömisenä, potkimisena, puremisena ja raapimisena (WHO 2012). Väkiälyä kuvattaessa on tehty erilaisia luokitteluperusteita eli typologioita. Krug työryhmineen (2002) on suositellut käytettäväksi kolmea eri luokkaa: itseen kohdistuva, ihmisten välinen ja kollektiivinen väkivalta. Yksi luokitteluperuste on myös väkivallasta aiheutuneet seuraukset. WHO (2002a) kuitenkin korostaa, että luokittelun ei pitäisi perustua pelkästään siihen, onko väkivallasta aiheutunut fyysistä haittaa. Väkiälyä ei nimittäin aina johda fyysiseen vahingoittumiseen tai kuolemaan,

mutta sen seuraukset voivat silti olla vakavat ja pitkäkestoiset sekä ulottua yksilöstä ja perheestä koko yhteiskuntaan. (WHO 2002a.)

Työhön liittyvällä väkivallalla (work-related violence) tai työpaikkaväkivallalla (workplace violence) viitataan joissakin tutkimuksissa sekä fyysiseen että psyykkiseen väkivaltaan, ja joissakin määritelmässä tehdään ero fyysisen väkivallan ja häirinnän/kiusaamisen (harassment) välillä (European Agency for Safety and Health at Work 2010). Työhön liittyvän väkivallan yhteydessä kolmannen osapuolen aiheuttamalla väkivallalla (third-party violence) viitataan fyysiseen väkivaltaan, verbaaliseen aggressioon tai fyysisen väkivallan uhkaan, jonka aiheuttajana ei ole työkaveri vaan esimerkiksi asiakas, oppilas, potilas tai potilaan omainen. Useimmissa määritelmässä työpaikkaväkivallalla viitataan juuri kolmannen osapuolen aiheuttamaan väkivaltaan. Toisinaan tehdään myös ero työpaikan sisäisen ja ulkoisen väkivallan välillä. (European Agency for Safety and Health at Work 2010.) Tilastokeskuksen (2009) tilastointia koskevassa määritelmässä väkivallalla tarkoitetaan ”mitä tahansa tapahtumaa, jossa on käytetty, yritetty käyttää tai uhattu käyttää fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa. Väkivallan kokemuksia ei ole rajattu työpaikkaan, vaan mukana on myös työn ja kodin välisillä matkoilla ja muilla työhön liittyvillä matkoilla (esim. matka tavanomaiselle lounaspaikalle) kohdattu väkivalta.”

Euroopan komission määritelmän mukaan työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa. Tapahtumat vaarantavat suoraan tai epäsuorasti henkilöiden turvallisuutta, hyvinvointia tai terveyttä (Di Martino ym. 2003). WHO:n (2000b) määritelmässä väkivalta työpaikalla ilmenee fyysisenä toimintana tai uhkailuna ja se vaikuttaa työntekijöiden turvallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen. WHO:n määritelmä on laajasti hyväksytty Euroopan komissiossa sekä eri organisaatioiden ja tutkijoiden keskuudessa. (European Agency for Safety and Health at Work 2010). Eurofound’in (2007) raportissa työpaikkaväkivallan esiintyvyyttä kuvataan seitsemässä eri Euroopan maassa. Raportissa jaetaan työpaikkaväkivalta kolmeen luokkaan: 1) fyysinen väkivalta, 2). häirintä, kiusaaminen ja psyykinen väkivalta sekä 3) seksuaalinen häirintä. (Lehto & Pärnänen 2007.) Saarela ja Isotalus (1999) taas jakavat väkivallan kolmeen luokkaan: fyysiseen väkivaltaan, väkivallan uhkaan ja ahdisteluun. Rajanveto erityisesti väkivallalla uhkailun ja kiusaamisen välillä voi olla vaikeaa. Uhkailu voidaan kokea joissakin työpaikoissa niin tavanomaiseksi, että sen katsotaan kuuluvan työtehtäviin eikä siitä raportoida asianmukaisesti työpaikoilla. (Piispa & Hulkko 2010).

Väkivaltaa ja aggressiota kuvaavissa tutkimuksissa on havaittavissa määritelmiin, terminologiaan ja luokitteluun liittyvää vaihtelua. Esimerkiksi kirjallisuuskatsauksessa, joka sisälsi 121 tutkimusta, todettiin runsaasti määritelmien välisiä eroja. Kaikissa

tutkimuksissa väkivallan määritelmään sisältyi fyysinen väkivalta. Sen lisäksi väkivaltaan sisällytettiin vaihdellen verbaalista väkivaltaa, itsensä vahingoittamista, esineisiin kohdistuvaa aggressiota ja seksuaalista väkivaltaa. Väkivallan erilaisista määrittelyistä johtuen väkivallan esiintyvyyttä kuvaavia lukuja ei voida suoraan verrata. (Bowers ym. 2011a)

2.2 Terveysthuollon työturvallisuuden liittyviä lakeja ja ohjeistuksia

Suomessa työsuojelun vastuualueet Aluehallintovirastossa valvovat työsuojelulainsäädännön noudattamista. Työsuojelun yhteistoiminta työpaikalla perustuu työsuojelun valvontaa koskevaan lakiin ja asiaa koskeviin työmarkkinajärjestöjen sopimuksiin. Työsuojeluvaltuutettu edustaa työsuojelun yhteistoiminnassa työntekijöitä. Työnantajan edustajana on työsuojelupäällikkö, jolle työnantaja itse hoitaa työsuojelun yhteistoimintaan kuuluvia tehtäviä. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2011). Työturvallisuudesta ja työväkivallan ehkäisystä työpaikoilla säädetään lailla. Työpaikoilla tapahtuvan väkivallan ehkäisyyn ottaa kantaa erityisesti työturvallisuuslaki (738/2002). Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennalta ehkäistä ja torjua työtapaaturmia, ammattitautteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja.

Työturvallisuuslaki ottaa kantaa erityisesti seuraaviin tekijöihin, joilla voidaan vaikuttaa väkivallan esiintymiseen työpaikoilla:

- työnantajan yleinen huolehtimisvelvoite (8 §)
- työn vaarojen selvittäminen ja arviointi (10 §)
- erityistä vaaraa aiheuttava työ (§ 11)
- työympäristön suunnittelu (§ 12)
- työn suunnittelu (§ 13)
- työntekijälle annettava ohjaus ja opetus (§ 14)
- työntekijän yleiset velvollisuudet (§ 18)
- väkivallan uhka (§ 27)
- yksintyöskentely (§ 29)

Väkivaltaan liittyen työturvallisuuslaki (738/2002) painottaa erityistoimenpiteitä työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka. Työ ja työolosuhteet on tällöin järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Pykälässä 27 (momentti 1) mainitaan, että työpaikoilla on oltava laadittuna työnantajan toimesta menettelytapaohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota

uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla voidaan torjua tai rajoittaa väkivaltatilanteiden vaikutukset työntekijän turvallisuuteen. Työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai –laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Laissa säädetään myös turvallisuusjärjestelyjen ja laitteiden toimivuuden tarkistamisesta tarvittaessa.

Työväkivaltaan liittyvistä asioista säädetään muun muassa rikoslaissa (441/2011). Rikoslain (441/2011) mukaan työntekijän työtehtävissään kohtaama lievikin pahoinpitely katsotaan virallisen syytteen alaiseksi. Näiden lisäksi työpaikkaväkivaltaan liittyvistä asioista säädetään työterveyshuoltolaissa (21.12.2001/1383), tapaturmavakuutuslaissa (608/1948) ja pakkokeinolaissa (30.4.1987/450). Työväkivaltaan liittyvät lait ovat nähtävillä alla olevassa taulukossa internet-osoitteineen (taulukko 1).

Taulukko 1. Terveydenhuollon turvallisuuteen liittyviä lakeja Suomessa

Vuosi	Laki	Osoite
2002	Työturvallisuuslaki (23.8.2002/738)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738
2011	Rikoslaki (441/2011)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110441
2001	Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383
1948	Tapaturmavakuutuslaki (608/1948)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1948/19480608
1987	Pakkokeinolaki (30.4.1987/450)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870450

Lakien lisäksi on olemassa useita ohjelmia ja ohjeistuksia väkivallan ehkäisyyn terveydenhuollossa. Suomessa muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriö (2011a) antaa suosituksia väkivallan ehkäisyyn sosiaali- ja terveydenhuollon johtajille ja turvallisuusalan asiantuntijoille julkaisussaan ”Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu - Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille”. Lisäksi Työterveyslaitos (2010-2013) ohjeistaa työväkivallan ehkäisyssä. Kansainvälisellä tasolla WHO (World Health Organization), ILO (International Labour Office), ICN (International Council of Nurses) ja PSI (Public Services International) ohjeistavat väkivallan ehkäisyssä julkaisullaan ”Framework guidelines for addressing workplace violence in the healthcare sector”(ILO ym. 2002). Ohjeistuksia väkivallan ehkäisyyn on julkaistu myös esimerkiksi Kanadassa (Workers Compensation Board of PEI 2011), Yhdysvalloissa (United States Department of Labor 2004), Iso-Britanniassa (Design Council & Department of Health 2011) ja Australiassa (WorkSafe Victoria 2008).

Esimerkkejä kansainvälisistä ohjeista on nähtävissä alla olevassa taulukossa internet-osoitteinen (taulukko 2).

Taulukko 2. Terveydenhuollon turvallisuuteen liittyviä kansainvälisiä ohjeistuksia ja toimintaohjeita

Maa ja vuosi	Ohjeistus	Julkaisija	Julkaisun osoite
Iso-Britannia 2011	Reducing Violence and Aggression in A&E setting – through a better experience	Design Council, Department of Health	http://www.designcouncil.org.uk/Documents/Documents/OurWork/AandE/ReducingViolenceAndAggressionInAandE.pdf
Iso-Britannia 2005	Violence: the short-term management. Clinical practice guidelines	Royal College of Nursing	http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/109800/003017.pdf
Australia 2008	A handbook for workplaces - Prevention and management of aggression in health services	WorkSafe Victoria	http://www.worksafe.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0012/10209/Aggression_in_health_care.pdf
Yhdysvallat 2004	Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers	U.S Department of Labor Occupational Safety and Health Administration	https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html
Suomi 2010-2013	Työväkivalta	Työterveyslaitos	http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/tyovakivallan_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx
Suomi 2011	Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuus-asiantuntijoille	Sosiaali- ja terveysministeriö	http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1571326
Sveitsi 2002	Framework guidelines for addressing workplace violence in the healthcare sector	International Labour Office ILO - International Council of Nurses ICN - World Health Organization WHO -Public Services International PSI	http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf
Kanada 2011	Guide to the Prevention of Workplace Violence	Safety matters @work – Workers Compensation Board of PEI	http://www.wcb.pe.ca/DocumentManagement/Document/pub_guidetothe preventionofworkplaceviolence.pdf

Ohjeistuksissa painottuu väkivallan ehkäisyn suunnitelmallisuus ja systemaattisuus (ILO ym. 2002, United States Department of Labor 2004, WorkSafe Victoria 2008, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, Workers Compensation Board of PEI 2011). Niissä annetaan tukea esimerkiksi väkivallan riskinarvioinnin ja kartoittamisen menetelmistä työpaikkaväkivallan ehkäisyn suunnittelun tueksi (ILO ym. 2002, United

States Department of Labor 2004, Workers Compensation Board of PEI 2011). Ohjeistuksissa annetaan suosituksia myös väkivallanhallintasuunnitelman käyttöönottoon (ILO ym.2002, United States Department of Labor 2004, WorkSafe Victoria 2008) ja sen arviointiin liittyen (ILO ym.2002,United States Department of Labor 2004,WorkSafe Victoria 2008).

Ohjeistukset suosittelevat erilaisia työpaikkaväkivallan ehkäisemiseen tähtäviä toimenpiteitä. Nämä on ehdotettu toteutettavaksi esimerkiksi hallinnollisilla toimenpiteillä (Workers Compensation Board of PEI 2011), käytännön hoitotyön kehittämisellä (United States Department of Labor 2004, Workers Compensation Board of PEI 2011, Design Council & Department of Health 2011) sekä kehittämällä yksiköiden fyysistä ympäristöä (ILO ym.2002, United States Department of Labor 2004, WorkSafe Victoria 2008, Workers Compensation Board of PEI 2011, Design Council & Department of Health 2011). Lisäksi painotetaan henkilökunnan kouluttamista niin käytännön (United States Department of Labor 2004, WorkSafe Victoria 2008, Workers Compensation Board of PEI 2011, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a) kuin hallinnonkin tasolla työpaikkaväkivaltaan liittyen (United States Department of Labor 2004). Lisäksi ohjelmissa nostetaan esille myös väkivaltatapahtumien uhrien asianmukaisesta jälkihoidosta huolehtiminen (ILO ym. 2002, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, Työterveyslaitos 2010–2013).

2.3 Väkivallan esiintyminen terveydenhuollossa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä

Suomalaisten kokema väkivalta on vähentynyt viime vuosikymmeninä. Työväkivalta on ainoa eri väkivallan tyypeistä, joka on lisääntynyt 1990-luvulta lähtien. Toisaalta työpaikkaväkivallan kasvu näyttää pysähtyneen vuoteen 2003 ja sen jälkeen väkivallan kasvun on todettu jopa vähentyneen. (Sirén ym. 2007). Korkean väkivaltariskin toimialoja Suomessa ovat turvallisuustoimialat, terveydenhuoltoalan potilastyö, sosiaali- ja työvoima-alan asiakastyö, hotelli- ja ravintola-ala, kuljetusala, varhaiskasvatus ja perusopetus sekä kaupan ala. Suhteellisesti eniten alalla toimijoiden määrään verrattuna väkivaltaa koetaan vartiointi- ja suojelutyössä (7000 tapausta) ja seuraavaksi eniten terveyden- ja sairaanhoitotyössä (32 000 tapausta). Erityisesti naiset ovat työpaikkaväkivallan kohteena ja määrä on lisääntymässä (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007). Terveyden- ja sairaanhoitotyö luokitellaankin riskiammatiksi työssä esiintyvän väkivallan suhteen. (Piispa & Hulkko 2010.)

Myös kansainvälisten selvitysten mukaan työssä kohdatusta väkivallasta lähes neljännes tapahtuu terveydenhuollossa (Di Martino ym. 2003), ja terveydenhuollon ammattityhmistä hoitohenkilökunta altistuu eniten väkivallalle (Kynoch ym. 2011, Di

Martino ym. 2003). Eurooppalaisessa kymmentä EU-valtiota käsittävässä NEXT-projektissa tutkittiin hoitajien työolojen ja alanvaihdon yhteyttä. Aineisto kerättiin yli 13 000 hoitajalta kyselylomakkeella, jossa tiedusteltiin mm. hoitajien työssä kokemaa väkivaltaa. Vastanneista 9,9 % ilmoitti kokevansa työssään toistuvaa, vähintään kerran kuukaudessa esiintyvää potilaan tai potilaan omaisen aiheuttamaa väkivaltaa. Maiden välillä havaittiin huomattavia eroja: alimmillaan väkivallan esiintyvyys oli Norjassa (2,2 %) ja korkeimmillaan Ranskassa (19,5 %). Suomalaisista hoitajista 8,8 % altistui väkivallalle toistuvasti. (Estryn-Behar ym. 2008.) Terveystieteiden tutkimusten sisällä tapahtuvan väkivallan esiintyvyyden tarkastelu on osoittanut, että väkivaltaa esiintyy eniten tietyillä erikoisaloilla. NEXT-projektin tulosten mukaan päivystyksyksiköissä sekä psykiatrisilla ja geriatriksilla osastoilla esiintyi enemmän väkivaltaa kuin muissa terveydenhuollon yksiköissä (Estryn-Behar ym. 2008). Psykiatrisilla osastoilla väkivallan esiintyvyys on eri selvitysten mukaan yleisintä (Sturrock 2010, Farrell ym. 2006).

Väkivallan esiintyvyyttä psykiatrisissa hoitotyössä on tutkittu useissa eri maissa. Esimerkiksi Englannissa tutkittiin 184 psykiatrisella osastolla väkivaltaa ja sen esiintymistä. Tulosten mukaan 78 % hoitajista on kohdannut työssään väkivaltaa, uhkailua tai turvattomuuden tunnetta. (Chaplin ym. 2006.) Taiwanilaisessa tutkimuksessa havaittiin psykiatrisella osastolla työskentelevistä hoitajista 35,1 % altistuneen fyysiselle väkivallalle ja 50,9 % verbaaliselle aggressiolle vuoden seurantajakson aikana (Chen ym. 2008.) Australialaistutkimus taas osoitti, että 63,5 % oli kohdannut jonkin asteista väkivaltaa tutkimusta edeltävinä neljänä viikkona (Farrell ym. 2006). Belgiassa tehdyn tutkimuksen perusteella arvioitiin, että suljetuilla psykiatrisilla osastoilla tapahtuu yksi väkivaltatilanne päivittäin jokaista 20 potilasta kohden (Nijman ym. 1997a). Iso-Britannialaisessa tutkimuksessa taas arvioitiin, että psykiatristen osastojen henkilökunta 10 % todennäköisyydellä altistuu potilasväkivallalle vuoden aikana (Foster ym. 2007).

Eri maiden välisten lukujen vertailua vaikeuttavat kuitenkin useat eri tekijät. Eri tutkimuksissa väkivalta on määritelty eri tavoin. Laajimmillaan määrittely voi sisältää kaikki väkivallan muodot tai suppeammillaan vain esimerkiksi fyysisen väkivallan. (Beech & Leather 2006, Di Martino ym. 2003). Psykiatriset palvelut ja väkivallan hallinnassa käytetyt menetelmät ovat erilaisia eri maissa (Bowers ym. 1999) ja tutkimuksissa käytetyt seurantajakset vaihtelevat pituudeltaan (Di Martino ym. 2003). Lisäksi hoitajien on todettu laiminlyövänsä väkivaltatilanteista raportointia. (Lovell ym. 2011) ja usein vain vakavimmista aggressiotilanteista raportoidaan (Stone ym. 2010).

Väkivallan esiintymiseen ovat yhteydessä monet eri tekijät. Eri ammattiryhmistä hoitajat altistuvat eniten väkivallalle (Kynoch ym. 2011). Toisaalta työssä koetun väkivallan riski vaihtelee ammattiryhmien sisällä. Suomessa terveyden- ja sairaanhoidon ammateissa työväkivallan kokemukset ovat yleisiä lähes kaikissa

sairaanhoidajien ammateissa lukuun ottamatta terveydenhoitajia ja osastonhoitajia. Mielisairaanhoidajista 34%, perushoitajista 22 % ja lääkintävahtimestarista 37 % on kokenut työväkivaltaa. (Piispa & Saarela 2010). Terveyden- ja sairaanhoidotyössä eniten työväkivaltaa kokee 35–44 -vuotiaat (24.2 %), naiset (18.4 %), määräaikaisessa työsuhteessa olevat (19.7 %) sekä julkisella sektorilla työskentelevät (Piispa & Saarela 2010).

Tutkimusten mukaan hoitajaan liittyviä väkivaltatilanteisiin yhteydessä olevia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä. Nuoret hoitajat kohtaavat enemmän väkivaltaa (Farrell ym. 2006, Lawoko ym. 2004, Hahn ym. 2013), samoin kuin hoitajat, jotka ovat työskennelleet lyhyemmän aikaa kyseisessä työyksikössä (Hahn ym. 2012) tai joilla on vähän työkokemusta (Lawoko ym. 2004). Toisaalta opiskelijat kohtaavat väkivaltaa vähemmän kuin valmiit hoitotyöntekijät (Hahn ym. 2013). Muita hoitajaan liittyviä riskitekijöitä ovat huono fyysinen ja psyykinen kunto (Lawoko ym. 2004), ulkomaalaisuus (Camerino ym. 2008) ja miessukupuoli (Farrell ym. 2006, Lawoko ym. 2004, Wu ym. 2012). Toisaalta myös naissukupuolen on todettu olevan riskitekijä erityisesti silloin, kun väkivallan tekijä on naispuolinen potilas (Omérov ym. 2002). Hoitajien koulutus ja se, paljonko koulutettua henkilökuntaa on osastolla, näyttäisi olevan yhteys vähäisempään väkivallan esiintymisen määrään (Roche ym. 2010).

Väkivallan määrä vaihtelee tutkimuslöydöksissä hoitoympäristön mukaan. Väkivaltatilanteita tapahtuu eniten esimerkiksi psykiatrisessa hoitotyössä, ensiavussa sekä vanhustenhoidossa (Wu ym. 2012, Hahn ym. 2013, Camerino ym. 2008). Julkisessa sairaalassa väkivaltaa esiintyy enemmän kuin yksityisessä sairaalassa (Farrell ym. 2006). Myös vuorokauden ajalla näyttäisi olevan vaikutusta väkivallan ilmenemiseen. Crillyn ym. (2004) tekemän tutkimuksen mukaan ensiavussa väkivaltaa tapahtui eniten iltavuoron aikana. Omérovin ym. (2002) psykiatrisilla osastoilla tekemässä tutkimuksessa väkivaltatilanteita tapahtui taas kaikkina vuorokauden aikoina, mutta erityisesti aamulla ja illalla.

Väkivaltatilanteisiin näyttäisi liittyvän organisaation resurssitekijät. Roche ym. (2010) tutkivat väkivallan ilmenemistä sisätauti-kirurgisilla osastoilla. Tutkimuksen mukaan osaston tilanteen epätasapaino vaikutti väkivallan määrään ja sen uhkaan lisääntyvästi. Epätasapaino johtui hoitajien vähäisestä määrästä ja suuresta työmäärästä, ongelmista hoitajien ja lääkäreiden välisessä vuorovaikutuksessa ja suuresta määrästä paikkaa odottavia potilaita. Vahva johto ja hoitajien autonomia olivat väkivaltaa vähentäviä tekijöitä. Myös Camerinin ym. (2008) tutkimuksen mukaan hoitajapula oli yhteydessä väkivallan määrään. Mitä kauemmin potilas ja hoitaja ovat tekemisissä keskenään, sitä suurempi riski väkivallan esiintymiselle on (Hahn ym. 2012).

Hoitajien ja potilaiden vuorovaikutuksen laatu on yhteydessä väkivallan esiintymiseen osastoilla. Wun ym. (2012) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajan ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella oli yhteyttä väkivallan esiintymiseen. Väkivalta oli yhteydessä potilaan ja hoitajan kommunikoinnin ongelmiin, potilaan hoitotyytymättömyyteen, pitkään odotusaikaan ja hoidon kustannuksiin. Myös epävarmuus potilaan hoidosta näyttäisi olevan yhteydessä väkivaltaan (Camerino ym. 2008). Tilanteet, joissa potilaalta kielletään jokin asia tai hänen käsketään tehdä jotain, voivat myös laukaista väkivaltatilanteita. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi potilaan osastolta poistumisen kieltäminen, loman epääminen tai käsky ottaa lääkkeitä (Farrell ym. 2006, Omérov ym. 2002).

Kansainväliset tutkimustulokset väkivallan esiintyvyydestä eri häiriöryhmistä kärsivillä potilailla ovat ristiriitaisia eikä suoria syy-seurauksia mielenterveyshäiriöistä ja potilaan aggressiivisuudesta ole syytä tehdä. Potilaan harhaisuus ei ole myöskään yhteydessä kasvaneeseen väkivaltariskiä (Appelbaum ym. 2000). Suurin osa psyykkisiä häiriöitä sairastavista ihmisistä ei myöskään käyttydy väkivaltaisesti (Lewis 2009). Yleinen ajatus psykiatristen potilaiden väkivaltaisuudesta saattaa liittyä vakaviin mielenterveyshäiriöihin sisältyviin väärityneisiin aistihavaintoihin, lisääntyneeseen epäluuloisuuteen, tunteiden epävakautteen tai impulssien kontrolloinnin vaikeuksiin (Lewis 2009). Aggressiivisuus yhdistetään etenkin impulssikontrollihäiriöihin (Sadock 2009), maniaan, skitsofreniaan (Lewis 2009, Sadock 2009) ja vakavaan masennukseen (Lewis 2009). Väkivaltaisen käytöksen esiintyvyys on yleisintä päihdehäiriöitä sairastavilla (Steadman ym. 1998, Lewis 2009) ja potilailla, joilla on aktiivisia psykoottisia oireita (Lewis 2009). Verbaalinen aggressiivisuus, joka on yleinen väkivallan muoto sairaalapotilailla, on myös yhteydessä aiempaan päihteiden väärinkäyttöön ja väkivaltahistoriaan (Stewart & Bowers 2013). Muita yksilöllisiä tekijöitä, joita on yhdistetty väkivaltaisuuteen, ovat miessukupuoli, alhainen sosioekonominen asema ja nuori ikä (Lewis 2009). Koska stressaavat tilanteet saattavat Lewisin (2009) mukaan laukaista potilaissa aggressiivisia piirteitä, henkilökunnan on tärkeä olla tietoinen, miten hoitosuhteessa voidaan toimia rakentavasti siten, ettei potilasta provosoitaisi väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaan toimittaisiin ammatillisesti potilaan yksilölliset piirteet huomioiden.

2.4 Väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytettyjä menetelmiä psykiatrisessa hoidossa

Väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytettyjä työmenetelmiä

Potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden tehokkaaseen ennaltaehkäisyyn ja hallintaan soveltuvia menetelmiä ei edelleenkään tunneta täysin (Littrell & Littrell 1998). Käytössä olevat menetelmät voidaan ryhmitellä Rossin ym. (2012) mukaan eri tavoin. Fyysisiin menetelmiin voidaan lukea potilaan sitominen, tahdonvastainen lääkeinjektio ja voiman käyttö. Rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmiä edustavat eristäminen, de-eskalaatiomenetelmät, aikalisä, ja potilaan lähettäminen intensiiviseen tehohoitoon. Lääkitys- ja havainnointimenetelmiä ovat potilaan erityistarkkailu ja tarvittava lääkitys. Lisäksi henkilökunnan koulutus voidaan nähdä yhtenä ennaltaehkäisevänä menetelmänä. (Ross ym. 2012.)

Seuraava kuvaus väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytetyistä työmenetelmistä perustuu 13 julkaisuista tehtyyn yhteenvetoon. Aineistossa oli mukana kolme kirjallisuuskatsausta, neljä interventiotutkimusta, kolme tapaustutkimusta, kaksi survey-tutkimusta ja yksi laadullinen haastattelututkimus. Interventiotutkimuksista yksi oli vaikuttavuustutkimus. Taulukossa 3 kuvataan esimerkinomaisesti eri menetelmiä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytetyistä työmenetelmistä.

Taulukko 3. Esimerkkejä väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytetyistä työmenetelmistä

Menetelmä	Tutkijat
Sitominen	Duxbury & Whittington 2005, Kontio ym. 2012, Nelstorp ym. 2006, Ross ym. 2012, Sailas & Fenton 2012
Tahdonvastainen injektio	Veltkamp ym. 2008, Ross ym. 2012
Eristäminen	Duxbury & Whittington 2005, Nelstorp ym. 2006, Bowers ym. 2011b, Kontio ym. 2012, Ross ym. 2012, Sailas & Fenton 2012, Veltkamp ym. 2008
Rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmät (de-eskalaatio)	Duxbury & Whittington 2005, Ross ym. 2012
Aikalisä	Ross ym. 2012
Jatkuva eristys-tarkkailu	Stewart ym. 2011, Ross ym. 2012
Voiman käyttö	Ross ym. 2012
Henkilökunnan koulutus	Sjöström ym. 2001, Hahn ym. 2006

Fyysiset menetelmät

Potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyssä käytettyihin fyysisiin menetelmiin luettiin potilaan eristäminen ja sitominen, tahdonvastainen lääkeinjektio ja

voiman käyttö. Voiman käytöllä tarkoitettiin, että hoitajat estävät potilasta vahingoittamasta itseään tai muita pitämällä potilasta otteessaan. Fyysisiä menetelmiä käytettiin eniten niille potilaille, joilla oli aiemmin esiintynyt aggressiivisuutta. (Ross ym. 2012.)

Sitomisella tarkoitettiin potilaan kiinnittämistä esim. vöillä tai remmeillä vuoteeseen erityisessä eristämishuoneessa siten, että hänen kehonsa liikkeet estyvät (Nelstorp ym. 2006). Menetelmä on käytössä eri maissa, vaikka sitä pidetäänkin usein sekä hoitajien että potilaiden mielestä epäeettisenä (Kontio ym. 2012). Siihen liittyy myös kohonnut riski vahingoittua eikä sen vaikuttavuudesta ole selkeää näyttöä (Nelstorp ym. 2006, Sailas & Fenton 2012). Sekä potilaat että hoitajat haluavat tutkimusten mukaan välttää sitomisen käyttöä (Duxbury & Whittington 2005).

Eristämisellä tarkoitetaan potilaan sulkemista lukittuun huoneeseen (Bowers ym. 2011b). Eristämistä käytetään melko laajasti psykiatrisessa hoidossa, mutta sen vaikuttavuudesta ennaltaehkäistä ja hallita potilaan väkivaltaista käyttäytymistä ei ole näyttöä (Nelstorp ym. 2006, Sailas & Fenton 2012). Potilaiden kokemukset eristämisestä ovat pääsääntöisesti kielteisiä (Kontio ym. 2012).

Rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmät

Rauhoittamis- ja vetäytymismenetelmiin kuuluvat eristäminen, de-eskalaatiomenetelmät, aikalisä tai potilaan lähettäminen intensiiviseen tehohoitoon (Ross ym. 2012). De-eskalaatiomenetelmät perustuvat aggressiivista käyttäytymistä ennakoivien oireiden ja merkkien tunnistamiseen sekä havainnoimiseen. Uhkaava tilanne pyritään rauhoittamaan vuorovaikutuksellisin keinoin. Menetelmä pohjautuu kommunikaatioteoriaan ja siinä korostuu hoitajan ja potilaan välinen terapeutinen suhde. (Muralidharan & Fenton 2012.) Terapeutin vuorovaikutuksen merkitys korostuu myös Kontion ym. (2012) potilaiden näkemyksiä kuvaavassa tutkimuksessa. Strukturoitua riskinarviointia voidaan käyttää potentiaalisesti aggressiivisten tilanteiden tunnistamiseen. Myös kehityksessä oleva aggressiotilanne voidaan purkaa de-eskalaatiomenetelmin (Abderhalden ym. 2008).

Aikalisällä tarkoitetaan potilaan rauhoittumista yksin lukitsemattomassa huoneessa. Menetelmä ei perustu pakonkäyttöön, vaan potilaan ja henkilökunnan yhteiseen sopimukseen. Aikalisä on eristämistä hyväksyttävämpi menetelmä ja sitä voidaan joissakin tilanteissa käyttää eristämisen sijaan. (Bowers ym. 2011b.)

Lääkitys- ja havainnointimenetelmät

Potilaan aggressiivista käyttäytymistä ennaltaehkäiseviä lääkitys- ja havainnointimenetelmiä edustavat potilaan erityistarkkailu ja tarvittava lääkitys.

Menetelmää käytettiin eniten potilailla, jotka olivat taipuvaisia itsemurhayritykseen tai he pyrkivät vahingoittamaan itseään. (Ross ym. 2012) Kontion ym. (2012) tutkimuksessa potilaat toivoivat tarvittavaa lääkitystä aggressiivisuuden hallitsemiseksi pakkokeinojen sijaan.

Erityistarkkailulla tarkoitetaan potilaan säännöllistä tarkkailua lähietäisyydeltä. Tarkkailu voi olla jatkuvaa tai jaksottaista. Erityistarkkailua kuvattiin joissakin tutkimuksissa myös ei-terapeuttiseksi menetelmäksi, jonka potilaat saattoivat kokea tunkeilevana ja ikävänä - se saattoi jopa lisätä joidenkin potilaiden aggressiivisuutta. Näin on erityisesti silloin, jos hoitaja ei työskentele omalla persoonallaan vaan toimii lähinnä passiivisen tarkkailijan roolissa. Erityistarkkailu on melko yleistä psykiatrisessa hoidossa, vaikka sen vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. (Stewart ym. 2011.)

Henkilökunnan koulutus

Erilaisia henkilökuntaan kohdistuvia koulutusinterventioita käytetään potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Abderhaldenin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin koulutusintervention jälkeinen väkivaltatilanteiden ja pakkokeinojen väheneminen. Muissa tutkimuksissa ei havaittu koulutusinterventioiden jälkeen aggressiivisuuden vähentymistä (Needham ym. 2004, Sjöström ym. 2001) eikä muutosta hoitajien asenteissa (Hahn ym. 2006).

Potilaan väkivaltariskin arvioinnissa käytettyjä menetelmiä

Potilaan väkivaltariskin arviointien merkitys on korostunut nykyisin terveydenhuollossa. Standardoitujen arviointimenetelmien avulla voidaan seurata potilaan vointia, saada syvällistä tietoa potilaasta sekä varmistaa arvioinnin yhteneväisyys eri mittauskerroilla ja eri mittajien toimesta tehtynä. (Blacker 2009.) Erilaisten arviointimenetelmien avulla voidaan seurata potilaan vointia ja saada aikaisempaa syvällisempää tietoa potilaasta. Lisäksi standardoitujen menetelmien avulla voidaan varmistaa, että arviointi on mahdollisimman yhtenäistä ja vertailukelpoista eri arviointikerroilla ja eri mittajien välillä (Blacker 2009.) Toisaalta riskinarvioinnin tulosten tulisi olla osa potilaasta tehtävää kokonaisarviota eikä päätelmiä potilaan väkivaltaisuudesta tule tehdä pelkkään riskinarviointimenetelmään perustuen (Hartvig ym. 2006). Riskinhallintamenetelmien käyttö tulee olla myös suunnitelmallista ja niiden pitäisi liittyä kiinteästi potilaan tilan kokonaisarvioon. Tällä tavoin voidaan parhaiten ennaltaehkäistä potilaan väkivaltaista käytöstä terveydenhuollossa (Abderhalden ym. 2004, Abderhalden ym. 2006, van de Sande ym. 2011).

Väkivaltaisen potilaan riskinarviossa käytettäviä työmenetelmiä on kehitetty eri toimintaympäristöissä, kuten yleis- ja oikeuspsykiatrian yksiköissä ja avohoidossa. Riskinarviointi tehdään yleisimmin seuraamalla potilaan käyttäytymistä sairaalahoiton

aikana. Myös sairauskertomukseen merkittävät tiedot käytetään potilaan väkivaltaisuuden riskinarviointiin. Tavoitteena on joko ennustaa yksilön väkivaltariskin esiintymistä yhteiskunnassa pitkällä aikavälillä potilaan kotiututtuaan sairaalasta tai todennäköisyyttä, että potilas käyttäytyy väkivaltaisesti sairaalassa lyhyellä aikavälillä, yleisimmin seuraavan 24 tunnin sisällä. Väkivaltariskin lyhyen aikavälin arvioinnin hyötyinä on arvioitu olevan muun muassa arvioinnin nopeus, helppokäyttöisyys ja soveltuminen hoitajien käyttöön (mm. Abderhalden ym. 2004, Ogloff & Daffern 2006). Riskinarvioinnilla on etunsa potilaille, muun muassa eristysten kestojen mahdollinen lyhentäminen (van de Sande ym. 2011). Pitkän aikavälin riskinarviointimenetelmien on arvioitu soveltuvan muun muassa potilaiden hoidon edistymisen seurantaan (Kirkpatrick ym. 2010) ja arviointityökaluksi siirrettäessä oikeuspsykiatrisia potilaita vähemmän valvottuihin yksiköihin (Dolan & Blattner 2010). Myös avohoidossa menetelmien on todettu olevan käyttökelpoisia ja informatiivisia (van den Brink ym. 2010) ja ohjaavan käytössä olevien riskinhallintamenetelmien valintaa (Otto 2000).

Viimeisen 15 vuoden aikana on kehitetty lukuisia väkivaltariskin arviointiin tarkoitettuja menetelmiä. Kliinisen työhön käyttöön otettavan menetelmän valinta riippuu paljolti käyttöympäristöstä ja -tarkoituksesta (Maden 2007). Potilaan väkivaltariskin arviointimenetelmät jaetaan yleensä kliinisiin, aktuaarisiin ja strukturoituihin arviointimenetelmiin. Kliinisellä arviointimenetelmällä tarkoitetaan käytännön kliinikon harkintaan perustuvaa riskinarviointia. Aktuaarinen riskinarviointi sisältää erilaisten tilastollisten mallien ja riskifaktoriin hyödyntämistä osana potilaan käyttäytymisen arviointia. (NICE 2005.) Strukturoidut riskiarviointimenetelmät on kehitetty ajan kuluessa ja ne muodostavat erilaisia mittaripatteristoja käytettäväksi erityyppisissä hoitoympäristöissä. Esimerkiksi lyhyen aikavälin riskinarviointiin on kehitetty mittarit Brøset Violence Checklist (BVC, mm. Abderhalden ym. 2004) ja Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA, mm. Ogloff & Daffern 2006). Pitkän aikavälin riskinarvioinnissa taas käytetään The Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20, mm. Douglas ym. 2003) ja Violence Risk Appraisal Guide (VRAG, mm. Harris ym. 2004) mittareita. Lisäksi väkivallan riskinarviointiin käytetään myös muihin käyttötarkoituksiin kehitettyjä mittareita. Tällaisia ovat mm. psykopatiapiirteiden arviointiin kehitetty The Hare Psychopathy Checklist (PLC, mm. Kirkpatrick ym. 2010).

Väkivaltariskin lyhyen aikavälin riskinarvioinnin hyötyinä on arvioitu olevan muun muassa arvioinnin nopeus, helppokäyttöisyys ja sen soveltuminen hoitajien käyttöön (Abderhalden ym. 2004, Ogloff & Daffern 2006). Riskinarvioinnilla on etunsa myös potilaille, kuten eristyksessä oloajan lyhentäminen (van de Sande ym. 2011). Pitkän aikavälin riskinarviointimenetelmien on arvioitu soveltuvan muun muassa potilaiden hoidon edistymisen seurantaan (Kirkpatrick ym. 2010) tai arviointityökaluksi silloin, kun potilaita siirretään vähemmän valvottuihin yksiköihin (Dolan & Blattner 2010).

Myös avohoidossa riskinarviointimenetelmien on todettu olevan käyttökelpoisia ja informatiivisia välineitä (van den Brink ym. 2010) ja ohjaavan riskinhallinnassa käytettävien menetelmien valintaa (Otto 2000).

Riskinarvioinnin tulosten tulisi olla osa potilaasta tehtävää kokonaisarviota eikä päätelmiä potilaan vaarallisuudesta tule tehdä pelkkään riskinarviointimenetelmään perustuen (Hartvig ym. 2006). Riskinhallintamenetelmien käytön pitäisi liittyä kiinteästi arvioon, jotta aggressiivista käytöstä voidaan ennaltaehkäistä (Abderhalden ym. 2004, Abderhalden ym. 2006, van de Sande ym. 2011).

2.5 Hoitajien työhyvinvointi ja terveys

Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus ovat arvoja, joita tulisi toteuttaa Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jokaisella työpaikalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b). Euroopan Unionin neuvosto korostaa yhteisön työterveys- ja työturvallisuusstrategiaa koskevassa päätöslauselmassa kansallisten strategioiden laatimista ja täytäntöönpanoa (Euroopan unionin neuvosto 2007). Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt linjaukset työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Tavoitteena vuoteen 2020 mennessä on, että ammattitautien määrä vähenee 10 %, työtaturmien taajuus alenee 25 % ja että työn aiheuttamat koetut fyysinen ja psyykinen kuormitus vähenevät molemmat 20 %. Jotta tähän päästäisiin, tullaan johtamisen laatua parantamaan, vahvistamaan työterveyshuollon ennaltaehkäisevää roolia, luomaan verkostoyhteistyömuotoja, jossa kaikki toimijat tiedostavat oman roolinsa ja tehtävänsä, tehostamaan viestintää, ajanmukaistamaan lainsäädäntöä sekä kehittämään valvontakäytäntöjä työpaikoilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b). Tämä on tärkeää, koska työympäristöllä on merkittävä vaikutus työntekijään ja hänen hyvinvointiinsa. Työympäristön tulisi olla voimaannuttava ja kannustava (Ning ym. 2009). On myös havaittu, että työympäristöön kohdistuneet parannukset vaikuttavat työntekijän hyvinvointiin positiivisesti (Kutney-Lee ym. 2013).

Työterveyslaitoksen (TTL) vuonna 2012 tekemässä Työ ja terveys – haastattelututkimuksessa tutkittiin Suomen työssä olevan väestön työtä, työoloja ja työterveyttä. Ammattiryhmät on tutkimuksessa jaoteltu Tilastokeskuksen Toimialaluokitus 2008 mukaan. Terveys- ja sosiaalipalveluiden toimialalla vastanneista 25 % koki terveydentilansa ikäisiinsä verrattuna erittäin hyväksi ja 54 % melko hyväksi. Vastanneista 34 %:lla oli lääkärin toteama pitkäaikais sairaus, vika tai vamma ja näistä 31 % kertoi sen haittaavan nykyistä työtään. Henkisesti työnsä koki hyvin rasittavaksi 9 %, melko rasittavaksi 33 % ja jonkin verran rasittavaksi 37 %. Vastaajista 48 % koki palautuvansa hyvin ja 46 % kohtalaisesti työpäivän tai työvuoron jälkeen. Stressiä vastaajista 2 % koki erittäin paljon, melko paljon 10 % ja jonkin verran 26 %. Terveys-

ja sosiaalialalla työskentelevistä elämäänsä erittäin tyytyväisiä oli 25 % ja melko tyytyväisiä 65 % vastanneista. (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013.)

Yleisimmät ammattitaudit sosiaali- ja terveysalalla ovat ihotaudit ja hengitystieallergiat, joihin lukeutuu yli kaksi kolmasosaa tapauksista. Vuonna 2007 sosiaali- ja terveysalalla todettiin 571 ammattitautitapausta, mikä on noin 150 tapausta 100 000 työntekijää kohden. Sairauspoissaoloja koko sosiaali- ja terveysalalla oli Suomessa vuonna 2008 keskimäärin 12,6 päivää työntekijää kohti, mikä on hieman enemmän kuin työllisillä yleensä. (Parantainen & Laine 2010.) Rauhalan työryhmän (2007) tutkimuksen perusteella työmäärällä näyttäisi olevan suora yhteys toistuviin sairauspoissaoloihin.

Terveysalalla vuorotyön tekeminen on yleistä. Vuonna 2007 sosiaali- ja terveysalalla vuorotyötä teki 38 % työntekijöistä (Miettinen 2008). Vuorotyön on todettu huonontavan hoitajien unen laatua (Karhula ym. 2013). Hoitajien vuorotyöstä johtuvalla huonolla unella on todettu olevan yhteys lisääntyneisiin vatsavaivoihin sekä tuki- ja liikuntaelimestön oireisiin (Sveinsdóttir 2006). Suomessa tehdyn pitkittäistutkimuksen mukaan vuorotyö lisää myös riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. Vuorotyön itsessään ei katsottu olevan riskitekijä. Sitä vastoin vuorotyöstä johtuva vuorokausirytmien häiriöt ja siihen liittyvät tekijät, kuten riittämätön palautuminen sekä työn ja muun elämän yhteensovittaminen ovat työhön liittyviä riskitekijöitä. (Hublin ym. 2010.)

Työperäinen stressi on yksi suurista huolenaiheista työikäisten terveydessä. Vuonna 2005 suomalaisista 25 % koki stressiä, mikä on samalla tasolla kuin Euroopassa keskimäärin (European Agency for Safety and Health at Work 2009). Toisaalta stressin määrä oli pienempi kuin Työterveyslaitoksen vuonna 2012 tekemässä tutkimuksessa (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013). McGrathin ym. (2003) mukaan suurin syy hoitajien työperäiseen stressiin on se, että hoitajat kokevat heillä olevan liian vähän aikaa tehdä työnsä niin, että itse olisivat siihen tyytyväisiä. Myös resurssien puute tai niiden säännöstely, töiden aikarajat ja hallinnolliset tehtävät olivat yleisiä stressin aiheuttajia. Bégat ym. (2005) mukaan myös eettiset ristiriidat voivat olla syynä työperäiseen stressiin ja ahdistukseen. Esimiehen kannustuksen on todettu edistävän hoitajien työtyytyväisyyttä ja sillä on merkitystä työuupumuksen ehkäisemiseksi (Kanste ym. 2007). Myös työilmapiirin vaikutus työtyytyväisyyteen on merkittävä (Caricati ym. 2013). Toisaalta työhyvinvoinnin ylläpitämisessä ja edistämisessä myös erityisesti työnohjauksella (Koivu ym. 2012, Bégat ym. 2005) on tärkeä osa työhyvinvoinnissa. Myös organisaatiojärjestelmän oikeudenmukaisuudella on todettu olevan positiivinen vaikutus työntekijöiden hyvinvointiin (Rodwell & Munro 2013).

Psykiatrisessa hoitotyössä työhyvinvointiin vaikuttavat pitkälti samat tekijät kuin muussakin hoitotyössä. Toisaalta väkivallan uhka näyttäisi olevan suurempi stressitekijä psykiatrisessa hoitotyössä muihin erikoisaloihin verrattuna. Esimerkiksi Edwardsin ym.

(2000) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa psykiatrisessa hoitotyössä stressiä aiheuttavia tekijöitä olivat työmäärän lisääntymisen ja johtamiseen liittyvien tekijöiden lisäksi turvallisuuteen ja väkivaltaan liittyvät tekijät. Myös Curridin (2009) tekemässä tutkimuksessa akuutilla psykiatrisella osastolla työskennelleet hoitajat kohtasivat väkivaltaa ja aggressiivisuutta, mikä koettiin stressiä aiheuttavaksi tekijäksi. Hoitajat kokivat ongelmaksi sen, etteivät kotiin lähtiessä pystyneet sulkemaan päivän tapahtumia pois mielestään. Erityisesti aggressiivisuuden kohtaaminen työssä vähentää hoitajien työhyvinvointia ja saattaa heikentää hoidon laatua (Foster ym. 2007, Farrell ym. 2006). Työssä kohdattu väkivalta laskee työmotivaatiota ja saattaa johtaa jopa alan vaihtoon (Farrell ym. 2006). Psykiatrisessa hoitotyössä koettu väkivalta vaikutti Kiinassa tehdyn kyselyn mukaan hoitajien elämänlaatuun alentavasti (Zeng ym. 2013). Kymmentä Euroopan maata käsittävässä tutkimuksessa todettiin, että hoitajien toistuvasti koetulla väkivallalla oli yhteys hoitajien työuupumukseen sekä haluun vaihtaa ammattia tai työpaikkaa (Estryn-Beharin ym. 2008).

2.6 Käytännön hankkeita työyhteisön ja hoitajien työhyvinvoinnin kehittämiseksi terveydenhuollossa

Henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat keskeinen edellytys väestön tarpeita vastaavalle sosiaali- ja terveystalvutarjonnalle. Tämä edellyttää henkilöstön hyvinvoinnista huolehtimista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Työhyvinvointia edistävät merkityksellisimminkin ammatillinen osaaminen ja työn hallinta (Anttonen & Räsänen 2008), joita voidaan edelleen edistää hoitotyön käytännönkehittämishankkeen keinoin (Unsworth 2000).

Hoitotyön käytännön kehittämiseksi (practice development) ei ole yhtä yksiselitteistä määritelmää. Se käsitetään toisinaan ammatinharjoittajien täydennyskoulutukseksi (Garbett & McGormack 2002). Joskus taas käytännön kehittämisen käsitteeseen liitetään työnohjaus ja reflektiivinen työote (Unsworth 2000). Käytännön kehittäminen voidaan määritellä myös potilashoidon kehittämiseen tähtääväksi hankemuotoiseksi toiminnaksi, johon kuuluu kiinteänä osana koulutus. Lisäksi käsitteellä voidaan viitata työnkuvaan, itsenäiseen opiskeluun, yksilön kokemukseen tai työpaikalla toteutettuihin toimintoihin (Garbett & McGormack 2002). Hankemuotoisena toimintana kehittämiseen saattaa sisältyä työympäristön kohentamiseen liittyviä toimenpiteitä (Severinsson & Hallberg 1996) tai hoitajien myönteisten kokemusten tukemista omasta työsuorituksestaan (Hallberg 1994). Ylipäätään käytännön kehittämisellä on pyritty vaikuttamaan positiivisesti hoitotyön käytäntöihin, lisäämään turvallisuuden tunnetta työympäristössä sekä lisäämään kriittistä arviointia hoitotyössä (Walsh ym. 2003).

Psykiatrisissa sairaaloissa on kehitetty hoitotyön käytäntöjä ottamalla käyttöön esimerkiksi omahoitajamallin mukainen työskentely. Raportoituja esimerkkejä löytyy

mm. Yhdysvalloissa (Allen & Vitale-Nolen 2005), Walesissa (Armitage ym. 1991) ja Alankomaissa (Melchior ym. 1996, Melchior ym. 1999). Näissä hankkeissa pyrittiin kohentamaan hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä (Armitage ym. 1991, Allen & Vitale-Nolen 2005), lieventämään hoitohenkilökunnan työperäistä uupumusta (Melchior ym. 1996), vähentämään työpaikan vaihtamista (Melchior ym. 1996, Melchior ym. 1999) sekä sairaslomia ja poissaoloja (Armitage ym. 1991). Omahoitajamallin käyttöönottoa koskevissa hankkeissa hyödynnettiin muun muassa moniammatillisia työryhmiä, jotka ohjasivat (Allen & Vitale-Nolen 2005) ja suunnittelivat muutosta hoitotyössä (Armitage ym. 1991). Omahoitajamallin mukaisen työskentelyn käyttöönotto vähensi tutkijoiden mukaan työpaikan vaihtamista hoitohenkilökunnan keskuudessa (Melchior ym. 1996) sekä lisäsi potilaslähtöistä työskentelyä (Melchior ym. 1999). Kestoltaan hankkeet olivat kuudesta kuukaudesta (Armitage ym. 1991, Allen & Vitale-Nolen 2005) kahteen ja puoleen vuoteen (Melchior ym. 1996, Melchior ym. 1999). Kehittämishankkeilla oli positiivisia vaikutuksia muun muassa työtyytyväisyyteen (Allen & Vitale-Nolen 2005) sekä osaston ilmapiiriin ja moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen (Armitage ym. 1991).

Käytännön kehittämishankkeissa on pyritty kohentamaan työympäristöä (Melchior ym. 1999), hoitajien näkemyksiä roolistaan sekä asenteita hoitotyön prosesseja kohtaan. On haluttu parantaa osaston ilmapiiriä, hoitotyön laatua, potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja osastoon sekä moniammatillista yhteistyötä (Armitage ym. 1991). Hankkeissa on hyödynnetty mm. työpajatyöskentelyä (Armitage ym. 1991, Allen & Vitale-Nolen 2005). Hoitajia tuettiin muutoksessa myös vertaistukitapaamisten, ulkopuolisten asiantuntijoiden avun (Armitage ym. 1991) tai terveydenhuollon ammattilaisten kanssa järjestettävien moniammatillisten kokousten keinoin (Melchior ym. 1996, Melchior ym. 1999). Hoitajille järjestettiin koulutusta liittyen esimerkiksi hoitotyön käytäntöihin (Armitage ym. 1991) sekä kommunikaatitaitoihin (Melchior ym. 1996, Melchior ym. 1999).

Työnohjaus on ollut perinteisesti yksi psykiatrisen hoitotyön kehittämiskohde. Ruotsissa (Hallberg 1994, Severinsson & Hallberg 1996, Olofsson 2005), Australiassa (Walsh ym. 2003) ja Trinidadissa (Lakeman & Glasgow 2009) psykiatrista hoitotyötä kehitettiin ryhmämuotoisen työnohjauksen keinoin. Hankkeiden avulla pyrittiin muun muassa lievittämään hoitohenkilökunnan työperäistä uupumusta, työn väsyttävyyttä ja kokemusta työn määrästä (Hallberg 1994). Työnohjauksella ja hyvällä johtamisella on suuri merkitys myös psykiatrisessa hoitotyössä työskentelevien hoitajien työhyvinvoinnille. Tämä ilmeni Edwardsin ym. (2006) tekemässä tutkimuksessa, jonka mukaan tehokkaalla työnohjauksella oli työuupumusta vähentävä vaikutus. Hyrkäs (2005) on tutkinut työnohjauksen merkitystä psykiatrisessa hoitotyössä Suomessa. Tutkimuksen mukaan työnohjauksella on positiivinen merkitys työtyytyväisyyden ja työssä koetun stressin osalta. Työnohjaushankkeissa hoitohenkilökunta osallistui

työnohjauksen tarpeen määrittelyyn (Walsh ym. 2003, Olofsson 2005, Lakeman & Glasgow 2009) sekä työnohjauksen sisällön kehittämiseen (Walsh ym. 2003, Lakeman & Glasgow 2009). Hoitohenkilökunnalle järjestettiin koulutusta työnohjausmenetelmään liittyen (Lakeman & Glasgow 2009). Lähes jokaisessa työnohjauksessa keskityttiin yhteen potilastapaukseen kerrallaan (Hallberg 1994, Severinsson & Hallberg 1996, Lakeman & Glasgow 2009, Walsh ym. 2003). Yhdessä hankkeessa refleктоitiin käytettyjä tahdosta riippumattomia hoitotyön menetelmiä yleisemmällä tasolla (Olofsson 2005).

Suurimmassa osassa työnohjauksista hyödynnettiin ulkopuolista ohjaajaa (Hallberg 1994, Severinsson & Hallberg 1996, Olofsson 2005); yhdessä hankkeessa jokainen työnohjausryhmän jäsen toimi vuorollaan ohjaajana (Walsh ym. 2003) ja toisessa esimerkkihankkeessa taas työskenneltiin ilman nimettyä ohjaajaa (Lakeman & Glasgow 2009). Ryhmämuotoisen työnohjauksen käyttöönottolla oli positiivisia vaikutuksia muun muassa hoitajien kokemukseen työn väsyttävyydestä (Hallberg 1994) ja sen koettiin hyödyttävän käytännön hoitotyötä (Olofsson 2005). Lisäksi hoitajien tyytyväisyys hoitotyöhön yleensä (Hallberg 1994) ja erityisesti omaan työhönsä koheni työnohjauksen myötä (Lakeman & Glasgow 2009). Kestoiltaan hankkeet olivat 5 kuukauden (Lakeman & Glasgow 2009) ja 1,5 vuoden välillä (Severinsson & Hallberg 1996).

Psykososiaalisten interventioiden käyttöönottoa on kokeiltu erityisesti Englannissa (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011). Interventioilla pyrittiin muun muassa lieventämään hoitajien työperäistä uupumusta (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011), kohentamaan hoitajien asenteita potilaiden hoitamista kohtaan (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007) ja lisäämään hoitohenkilökunnan tietoa skitsofreniasta ja psykologisista lähestymistavoista potilaiden hoidossa (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011). Hoitohenkilökunnalle järjestettiin koulutusta psykososiaalisista interventioista (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011). Koulutuksissa hyödynnettiin muun muassa teoreettisia luentoja (Ewers ym. 2002, Redhead ym. 2011), kirjallisia töitä (Ewers ym. 2002) ja pienryhmätyöskentelyä (Redhead ym. 2011). Pienryhmissä käsiteltiin yksittäisiä potilastapauksia potilaskertomusmerkintöjen ja nauhoitteiden avulla, jotka sisälsivät vuorovaikutustilanteita potilaiden kanssa (Redhead ym. 2011). Koulutuksen myötä hoitohenkilökunnan tiedot liittyen skitsofreniaan ja psykologisiin lähestymistapoihin potilaiden hoidossa kohenivat sekä asenteet potilaiden hoitoa kohtaan parantuivat (Ewers ym. 2002, Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011). Koulutukset lievensivät myös työperäistä uupumusta (Ewers ym. 2002) sekä vaikuttivat positiivisesti psykososiaalisten interventioiden käyttöönottoon (Doyle ym. 2007, Redhead ym. 2011). Koulutukset olivat kestoiltaan vajaan kuukauden (Ewers ym. 2002), neljä kuukautta (Doyle ym. 2007) ja kahdeksan kuukautta (Redhead ym. 2011).

Psykiatrisen hoitotyön käytäntöjä on kehitetty potilaiden toteuttaman väkivallan hallitsemiseksi Suomessa (Kontio ym. 2011), Yhdysvalloissa (Morrison ym. 2002) ja Englannissa (Paterson ym. 1992). Hankkeiden avulla pyrittiin muun muassa kohentamaan hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä (Paterson ym. 1992, Kontio ym. 2011) ja lieventämään työperäistä uupumusta ja stressiä (Paterson ym. 1992). Lisäksi pyrittiin vähentämään henkilökunnan loukkaantumista ja huone- ja leposide-eristyksen käyttöä (Morrison ym. 2002) sekä lisäämään hoitajien tietoja pakkokäytänteitä ohjaavista laeista (Kontio ym. 2011). Yhdysvalloissa kehitettiin ja otettiin käyttöön potilaskohtainen aggressionhallintasuunnitelma, joka sisälsi aggressiivista käyttäytymistä ennustavat varomerkit potilaan käytöksessä ja niihin suunnitellut hoitotyön interventiot. Sairaalaan perustettiin myös turvalliseen eristämiseen erikoistunut liikkuva työryhmä hankkeen aikana. Hoitohenkilökuntaa neuvomaan ja tukemaan palkattiin hoitaja, jolla oli kokemusta ja tietoa väkivallasta. Osastoille palkattiin myös uudet esimiehet kehittämään toimintaa. (Morrison ym. 2002.)

Suomessa (Kontio ym. 2011) ja Englannissa (Paterson ym. 1992) hoitotyön käytäntöjä haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden hoitoon liittyen on pyritty kehittämään koulutuksen keinoin. Toinen koulutuksista oli verkkokurssi (Kontio ym. 2011) ja toinen perinteisempi opettajan läsnä ollessa järjestettävä koulutus (Paterson ym. 1992). Verkkokurssilla käsiteltiin haastavasti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoitoon liittyviä lakeja, eettisiä näkökulmia, potilaan käyttäytymiseen vaikuttavia ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä, hoitosuhteen ja hoitajan itsetuntemuksen merkitystä, työryhmän merkitystä edellä mainitun kaltaisen potilaan hoidossa ja tutkitun tiedon siirtämistä käytännön hoitotyöhön (Kontio ym. 2011). Toisessa koulutuksessa keskityttiin teoreettiseen tietoon väkivallasta, nonverbaalisiin ja verbaalisiin keinoihin ehkäistä väkivaltaa ja fyysisiin taitoihin paeta väkivaltilanteesta (Paterson ym. 1992). Koulutuksissa hyödynnettiin muun muassa oman toiminnan reflektointia (Paterson ym. 1992, Kontio ym. 2011), videoroolipelejä (Paterson ym. 1992), kirjallisen materiaalin opiskelua, kirjallisia töitä, vertaiskeskustelufoorumia ja oppimispäiväkirjaa (Kontio ym. 2011). Kehittämishankkeiden myötä muun muassa hoitajien stressi lievittyi (Paterson ym. 1992), väkivaltatapahtumat sekä huone- ja leposide-eristykset osastolla vähenivät ja hoitajien loukkaantumisten määrä laski (Morrison ym. 2002). Lisäksi hoitohenkilökunnan tiedot liittyen väkivaltaan, sitä koskevaan lakiin ja väkivallan hallintatekniikoihin kohenivat (Paterson ym. 1992). Kehittämishankkeet olivat pituudeltaan vaihtelevia 10 päivästä (Paterson ym. 1992) tai 3 kuukaudesta (Kontio ym. 2011) 1 vuoteen (Morrison ym. 2002).

2.7 Uusien menetelmien kehittäminen, käyttöönotto ja arviointi terveydenhuollossa

Uusien menetelmien kehittäminen ja käyttöönotto

Uusia menetelmiä kehitettäessä on tärkeää ottaa huomioon kohderyhmän tarpeet ja kehittämis ehdotukset (Hogan & Logan 2004). On oltava myös tietoinen siitä, mitä uuden menetelmän potentiaaliset käyttäjät odottavat menetelmältä ja sen sisällöltä (Koivunen 2009). Käyttäjät huomioivasta kehittämisprosessista käytetään nimitystä käyttäjälähtöinen kehittäminen. Prosessissa huomioidaan käyttäjien tarpeet ja heiltä vaadittavat taidot uutta menetelmää koskien. Tällä voidaan edistää uusien menetelmien hyväksyttävyyttä ja sopivuutta käyttötarkoitukseen sekä –ympäristöön. (Scariot ym. 2012.) Vaikka uusi menetelmä olisi käyttökelpoinen, mutta siinä ei ole huomioitu käyttäjiä, se ei välttämättä koskaan saavuta sille asetettua tavoitetta (Forssel & Vuokko 2007). Uusia menetelmiä kehitettäessä on siksi hyvä ottaa huomioon menetelmän helppokäyttöisyys, teknisen tuen saatavuus, menetelmän asiaankuuluva sisältö ja sillä saavutettavat hyödyt käyttäjille (Koivunen 2009).

Uusia menetelmiä otetaan käyttöön, koska niillä pyritään parantamaan vallitsevia olosuhteita (Mäkelä ym. 2007). Henkilökunnan ammatillinen velvollisuus hoitotyössä on tuottaa korkealaatuisia menetelmiä, jotka kohdistuvat keskeisiin kliinisiin ongelmiin ja tuottavat myönteisiä hoitutuloksia (Whittemore & Grey 2002). Parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen pääseminen terveydenhuollossa edellyttää sellaisten menetelmien kehittämistä, joiden avulla saadaan aikaisempaa syvällisempää tietoa potilaista ja tukea kliiniseen päätöksentekoon.

Kirjallisuudessa esitellään erilaisia teorioita tukemaan uusien menetelmien käyttöönottoa. Yksi näistä on ns. TAM-malli (Technology Acceptance Model), joka kehitettiin 1980-luvulla Yhdysvalloissa. Teorian kehittämisen lähtökohtana oli huoli siitä, että työntekijät eivät käytä heidän käyttöönsä suunnattua uusia menetelmiä (Davis 1989, Davis ym. 1989). Uuden menetelmän käytön edellytys teorian mukaan on aikomus, motivaatio tai halukkuus käyttää uutta menetelmää. Simpsonin (2002) kirjallisuuskatsauksen mukaan motivaatio ja olemassa olevat tarpeet ovat olennaisia tekijöitä uuden menetelmän käyttöönotossa. Näihin on yhteydessä yksilön asenne tai hänen tekemänsä arviointi uudesta menetelmästä. Asenteella puolestaan on kaksi osatekijää: kuinka hyödylliseksi ja helpoksi uusi menetelmä koetaan. TAM-teorian vahvuus on, että se keskittyy laajoihin rakenteisiin, kuten menetelmän käyttökelpoisuuteen ja sosiaalisiin vuorovaikutusprosesseihin ja niiden kautta tapahtuvaan vaikuttamiseen terveydenhuollossa. (Holden & Karsh 2010.) Holdenin ja Karshin (2010) katsausartikkelissa analysoitiin 16 tutkimusta, joissa oli käytetty TAM-teoriaa ja siihen yhteydessä olevia malleja. Katsauksessa todettiin, että TAM-teoriaan pohjautuvia malleja on käytetty terveydenhuollossa ympäri maailmaa, erityisesti

informaatioteknologiasovellutusten käyttöönotossa. Tutkimuksissa koettu hyödyllisyys määriteltiin menetelmän käytön avulla saatavien parannusten tai hyötyjen avulla esimerkiksi työssä suoriutumisessa. Teorian sisältämä tai sosiaalinen näkökulma määriteltiin siten, missä määrin avainhenkilöt arvostivat uuden menetelmän käyttöönottoa.

Se, että uusi menetelmä koetaan helpoksi käyttää, ei kuitenkaan välttämättä vaikuta hyväksyttävyyteen. Helppokäyttöinen menetelmä on yhteydessä käyttökelpoisuuteen: jos uutta menetelmää on vaikea käyttää, sitä ei koeta hyödylliseksi (Davis ym. 1989.) TAM-teorian kehittäjät ajattelivat, että avaintekijä uuden menetelmän käytön lisäämiseen on varmistua uuden menetelmän hyväksynnästä. Tämä voi tapahtua yksinkertaisesti selvittämällä, missä määrin henkilöillä on aikomus käyttää uutta menetelmää tulevaisuudessa. Kun tiedetään henkilöiden aikomuksista menetelmän käytön suhteen sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä, on mahdollista vaikuttaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa menetelmän käyttöön, kuten tukea menetelmään kohdistuvaa hyväksyntää ja lisätä siten uuden menetelmän käyttöä. Huolimatta siitä, miten hyödyllinen tai helppokäyttöinen uusi menetelmä on, tarvitaan vaiheita, jotka varmistavat, että käyttäjät luottavat omiin kykyihinsä käyttää uutta menetelmää. Heidän on myös voitava kontrolloida menetelmän käyttöä vapaaehtoisesti. Käytön esteet on myös poistettava ja käyttäjillä on oltava tarvittava tuki menetelmän käyttöön. (Holden & Karsh 2010.)

Uuden menetelmän hyödyllisyyttä voidaan arvioida sen suhteen, miten hyödyllinen menetelmä on työlle tai työtehtävien suorittamiselle, miten menetelmä lisää työn tuottavuutta, tehokkuutta, tehtävistä suoriutumisen nopeutta, helpottaa työn tekemistä, lisää hoidon ja työn laatua, mahdollistaa tehtävien tekemisen täsmällisesti ja objektiivisesti, tukee työn kriittistä arviointia, mahdollistaa työhön liittyvän kontrollin ja näyttöön perustuvat päätökset sekä parantaa potilashoitoa ja johtamista. Helppokäyttöisyyttä voidaan vastaavasti arvioida sen suhteen, miten helppo menetelmä on käyttää, onko menetelmä selkeä ja ymmärrettävä, onko helppo saada tehdyksi se mitä halutaan, onko menetelmää helppo oppia käyttämään, onko se muokkautuva, tarvitseeko menetelmä vain vähän panostusta ja valvontaa tai onko helppo muistaa, miten menetelmän suhteen toimitaan. Näiden lisäksi sosiaalisuutta voidaan arvioida sen suhteen, mitä yksilön käyttäytymiseen ja kliiniseen työskentelyyn vaikuttavat se, mitä muut ihmiset ajattelevat menetelmän käytöstä, mitä hänelle tärkeät ihmiset ja kollegat ajattelevat menetelmän käytöstä tai miten sairaala, johto ja esimiehet tukevat menetelmän käytössä. Käyttöönotossa vallitsevia olosuhteita voidaan taas arvioida sen mukaan, onko olemassa tarvittavat resurssit menetelmän käyttöön, onko käyttöön liittyvää tietoa, mikä on kilpailtavuus muiden menetelmien suhteen, mikä on mahdollisuus käyttää menetelmää töissä potilaan hoitamiseen ja hallintoon, onko

menetelmän käyttö viisasta tai voiko käyttäjä itse kontrolloida sitä. (Holden & Karsh 2010.)

Uuden menetelmän käyttöönottoon vaikuttaa vuorovaikutus menetelmän, käyttäjän ja ympäristön välillä (Rogers 2003). Uusi menetelmä edellyttää aina jonkin asteista muutosta organisaatiossa. Muutos edellyttää prosessien työstämistä sekä myönteisten selviytymiskeinojen tunnistamista ja hyödyntämistä. Työyhteisöllisiä keinoja ovat osallistuminen ja osallistaminen, valmistautuminen, keskustelu, tiedotus ja koulutus. Yksilöllisiä keinoja ovat aktiivinen osallistuminen, faktojen selvittäminen, kysymysten tekeminen ja huolten jakaminen. (Järvinen 2000). Rogers'in (2003) mukaan uuden menetelmän levittäminen on aina prosessi, jonka organisaatio käy läpi silloin, kun menetelmä otetaan käyttöön. Prosessin aluksi saadaan tietoa uudesta menetelmästä. Tämän jälkeen siitä muodostetaan mielipide, päätetään joko hyväksyä tai hylätä se, otetaan menetelmä käyttöön ja vakuutetaan tehdystä päätöksestä. (Rogers 2003.) Päätös ottaa käyttöön uusi menetelmä voidaan tehdä joko yksilö- tai yhteisötasolla. Yhteisötason päätökset ovat monimutkaisia mutta tarpeellisia silloin, kun tavoitellaan yhteistä päämäärää. Päätökset pohjautuvat kuitenkin aina siihen, miten uusi menetelmä otetaan vastaan ja miten käyttökelpoinen se on. (Simpson 2002.) Organisaation koko saattaa määrätä uuden menetelmän käyttöönottoa, sillä isot organisaatiot tarvitsevat uusia menetelmiä toimintansa kehittämiseksi (Frambach & Schillewaert 2002, Alanen ym. 2007). Myös toiminnallisesti ja ammatillisesti erikoistuneet organisaatiot, joissa on hajautettu päätöksenteko, ottavat muita helpommin käyttöön uusia menetelmiä (Greenhalgh ym. 2004).

Uuden menetelmän käyttöönottoon vaikuttaa myös se, missä määrin uuden menetelmän oletetaan olevan muita parempi, missä määrin se liittyy aikaisempiin kokemuksiin ja tyydyttää käyttäjien tarpeet, miten vaikea menetelmä on ymmärtää, voidaanko sitä kokeilla etukäteen tai ovatko tulokset selkeästi näkyvissä (Melville ym. 2010). Nämä edellä luetellut ovat tärkeitä seikkoja uuden menetelmän käyttöönotolle, sillä ihmiset etsivät luontaisesti uusia menetelmiä, arvioivat niitä, löytävät perusteita niiden käytölle, valittavat niistä, hankkivat kokemusta käytöstä, muokkaavat niitä ja yrittävät parantaa tai uudelleen suunnitella menetelmiä (Greenhalgh ym. 2004). Lisäksi uuden menetelmän käyttöönotossa olisi pyrittävä ymmärtämään käyttäytymisen taustalla olevia tekijöitä (Rogers 2003). Olisi kyettävä arvioimaan, missä määrin tarpeet, resurssit ja toiminta sopivat yhteen. Näiden seikkojen perusteella on helpompi myöhemmin tehdä päätös siitä, jatketaanko uuden menetelmän käyttöä vai hylätäänkö se (Fixen ym. 2005).

Uuden menetelmän käyttöönotolle luodaan parhaimmat olosuhteet silloin, jos menetelmän käyttöönottoa tukee auttava ja sitoutunut johto. Johto seuraa menetelmän käyttöönottoa tiiviisti, jotta he olisivat lähellä ratkaisemaan ongelmia ja eri tahojen vastustusta silloin, kun sitä alkaa esiintyä. Käyttöönottoa tukee aktiivinen työryhmä,

jolla on taitoa, tietoa ja kokemusta, ja joka rohkaisee työskentelemistä yhteisen tavoitteen eteen. Tämä on tärkeää, sillä uuden menetelmän kehittäminen ja käyttöönotto edellyttää turvallista ympäristöä. Tiimi rohkaisee sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja luo uskoa tulevaisuuteen. Uuden menetelmän käyttäjillä, esimerkiksi potilailla ja henkilökunnalla tulee olla positiivinen ja aktiivinen rooli menetelmän käyttöönotossa sekä organisaation sisä- ja ulkopuolella. Uuden menetelmän tulee olla muokkaantava ja joustava reagoimaan käyttäjien tarpeisiin. Ryhmässä tapahtuva kommunikoinnin tulee olla avointa ja suoraa. Kaikki tuotokset tulee dokumentoida. (Brooks ym. 2011).

Haittaavia olosuhteita esiintyy silloin, jos ylin- ja keskijohto tai palvelun käyttäjät vastustavat uuden menetelmän käyttöönottoa. Henkilökunnalla saattaa olla vaatimattomia odotuksia menetelmän suhteen aikaisempien kokemusten perusteella eivätkä he usko uuden menetelmän mahdollisuuksiin. Uuden menetelmän käytöstä aiheutuvat resurssimenot tai kustannukset saatetaan myös aliarvioida tai niistä seuraa vastaavasti liikaa byrokratiaa. Työympäristössä saattaa myös esiintyä ammatillista kateutta uuden menetelmän käyttöönottajia kohtaan. Kommunikointi yksilöiden ja ryhmien välillä saattaa olla heikkoa tai esiintyy jännitteitä johdon puheiden ja perustason toimijoiden välillä. Joskus taas uudet menetelmät saattavat olla niin luovia, että niiden terapeuttiset hyödyt jäävät innovaation varjoon. Uusi idea saattaa olla myös liian monimutkainen käyttäjien tarpeisiin. Mikäli organisaatiossa muutetaan jatkuvasti organisaatio- tai toimintamalleja, uudet menetelmät eivät ole pysyviä. Joskus taas organisaatioissa saatetaan kieltäytyä uusien menetelmien käyttöönotosta, koska pysyvällä toiminnalla halutaan minimoida kaikki mahdolliset muutoksesta aiheutuvat riskit. Esimerkiksi mielenterveysongelmiin yhteydessä olevat ongelmat koetaan uhkana itselle ja muille. Tämä merkitsee sitä, että palvelujen odotetaan minivoivan riskit ja välttämään yllättävät riskinotot - eikä tuomaan uusia riskitekijöitä käyttäjille (Brooks ym. 2011).

Mielenterveysalalla innovaatio edellyttää sitä, että ymmärretään mahdollisuus tehdä aikaisempaa enemmän perinteisestä toiminnasta eroon pääsemiseksi. Mikäli organisaatioissa ajatellaan, että nykyisessä tilanteessa on jo tehty tarpeeksi hyvää, muutosta ei tarvita tai uusi menetelmä rajoittuu siihen, että tarjotaan lähes samaa mitä ennenkin. Mielenterveysongelmiin yhteydessä olevat saatetaan myös kokea uhkana itselle ja muille. Tämä merkitsee sitä, että palvelujen odotetaan minivoivan riskit ja halutaan välttää kaikkea riskinottoa. (Brooks ym. 2011.)

Erityisesti psykiatriset sairaalat ovat haasteellisia ympäristöjä uusien menetelmien käyttöönotolle. Sairaaloissa on suljettuja osastoja, jotka toimivat ympäri vuorokauden. Vuorotyön tekemisellä sinänsä on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia hoitotyöntekijän psyykkiseen hyvinvointiin. Vuorotyö saattaa esimerkiksi lisätä hoitotyöntekijän stressiä ja vaikeuttaa työntekoa ja siihen sitoutumista. Uusi menetelmä

tulisi kohdistaa työympäristöön siten, että se parantaisi työn psykososiaalisia omanaisuuksia. (Elovainio ym. 2009.) Myös hoitotyöntekijöiden ikääntyminen tulisi ottaa huomioon (THL 2012). Ikääntyneet hoitotyöntekijät ovat ryhmänä raportoineet tyytyväisyyttä asemaansa (Letvak 2005). Muutoksia olemassa olevaan tilanteeseen ei aina haluta työuran loppuvaiheessa. Tätä saattaa selittää se, että yksilön työkyky saattaa iän myötä heikentyä. Uusien menetelmien tulisikin tukea henkilökunnan ikääntymisprosessia, eikä uhata sitä. Hyvän ja kokonaisvaltaisen ikääntymisstrategian käyttäminen työyksikössä voi parantaa ikääntyvien hoitajien työssä jaksamista. (Muller ym. 2012.) Joskus hoitajilla esiintyy pessimistisiä asenteita mielenterveyspotilaita kohtaan. Tämä saattaa ilmentyä siten, että potilaiden selviytymiskyky ja hoidon tuloksellisuus nähdään automaattisesti heikkona. Hoitajat saattavat myös heti kyseenalaistaa uuden menetelmän tuomat hyödyt ilman tietoa ja kokemusta siitä. Erilaiset hoitovaihtoehdot nähdään myös kyseenalaisina. (Ross & Goldner 2009). Myös sosiaaliset paineet saattavat joko edistävät tai estävät hoitajien aikomusta ottaa käyttöön uusia menetelmiä (Kortteisto ym. 2010).

Uusien menetelmien arvioiminen

Uudet menetelmät tulisi arvioida tarkasti. Arvioinnin kautta uusien menetelmien hyödyistä saadaan luotettava kuva ja toisaalta myös mahdollista tukea toiminnan resursointiin ja päätöksentekoon. Menetelmien arvioinnissa on tärkeä huomioida kokonaisuus ja ottaa huomioon esimerkiksi aikajänne, jolla arviointia tehdään. Vaikka varhainen arviointi voi olla vaatimus organisaatiolle, luotettavaa tulosta ei välttämättä saavuteta ennen kuin menetelmä on todellisuudessa käytetty. Uusien menetelmien arviointiin kuuluu myös niiden ennakointi esimerkiksi kirjallisuuden avulla. (Mäkelä ym. 2007).

Uusien menetelmien käytön arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia arviointimenetelmiä. Psykiatrisessa hoidossa ja tutkimuksessa perinteisesti käytettyjä arviointimenetelmiä ovat standardoidut kyselylomakkeet (mittarit), strukturoidut tai avoimet haastattelut ja erilaiset monitorointilistat. Arviointimittarit ovat usein lyhyitä ja perustuvat potilaan itsearviointiin. Strukturoitujen menetelmien avulla voidaan seurata potilaan vointia ajassa ja saada muutoksia koskevaa tietoa potilaan tilasta. Standardoitujen arviointimenetelmien käytöllä voidaan myös perustella palveluiden tarvetta ja arvioida hoidon laatua. (Blacker 2009.) Vastaavasti avoimilla, laadullisilla menetelmillä saadaan tietoa potilaan näkökulmasta ilman, että sitä rajoitettaisiin tiettyjen esioletusten mukaan. Parhaimmillaan aineisto voi tuottaa monipuolista ja –tasoista tietoa kohteena olevasta ilmiöstä aineiston sisältöä luokittelemalla (Tong ym. 2007, Silverman 2011).

Sopivan mittarin valinta on tärkeä osa uuden menetelmän käyttöönoton arviointia. Mittausmenetelmän tulee olla yhteensopiva arviointikohteeseen ja uudella menetelmällä

haettaviin tavoitteisiin ja lopputuloksiin. Osa mittareista ei sisällä kaikkia haluttuja arviointikohteita. Osa mittareista on taas vähän käytettyjä eivätkä ne ole siten riittävän luotettavia muutoksen mittaamiseen. Joskus mittaria valitessa on vaikea selvittää, kuinka mittari on kehitetty, mitä se mittaa ja miten sitä käytetään konkreettisesti. Muita tärkeitä seikkoja mittarin valinnassa on, miten mittari on rakennettu, vastaako tutkittava joukko sitä kohdetta mihin mittari on kehitetty tai onko se riittävän ymmärrettävä kohdepopulaatiota ajatellen. Lisäksi on ymmärrettävä, kuinka herkkä mittari on havaitsemaan pienetkin erot tavoiteltavassa muutoksessa ja kuinka paljon se vie aikaa mittaajalta ja esimerkiksi potilaalta. Tärkeää on myös selvittää, minkälainen prosessi liittyy mittarin käyttöönottoon, itse mittaamiseen ja mittarin käyttöön liittyvään pisteytykseen, onko mittarin käytöstä kuluja, mitä taitoja vaaditaan mittarin käyttämiseksi. Lisäksi tulee selvittää, edellyttääkö mittarin käyttö koulutusta tai lupia mittarin käytölle. (Burns & Grove 2009.)

Rickard ym. (2012) rakensivat intervention, jonka tarkoituksena oli vaikuttaa vähentävästi työperäiseen stressiin ja työpaikan vaihdokseen. Arviointi suoritettiin ennen ja jälkeen –asetelmalla (pre-post design) intervention strukturoidulla kyselylomakkeella kolmessa eri ajankohdassa. Menetelmän avulla tutkijat pystyivät kuvailemaan muutosta yhden että kahden vuoden aikajänteellä ja vertaamaan sitä lähtötilanteeseen. Hall ym. (2008) tutkimuksessa interventiota arvioitiin yhteensä neljä kertaa sisältäen alkuarvion, kolmen ja kuuden kuukauden väliarviot sekä puolen vuoden jälkeen tehdyn loppumittauksen. Arviointimenetelmänä käytettiin kyselykaavaketta ja aikajänne perusteltiin intervention luonteella. Samankaltainen arviointi kuvataan Dimeglion ym. (2005) tutkimuksessa, jossa uudenlaista ryhmätyömenetelmää arvioitiin. Menetelmää arvioitiin kyselylomakkeen avulla. Arvioinnin kohteena olivat hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys, ryhmätyön toimivuus sekä työpaikan vaihtaminen. Näistä tyytyväisyyttä ja ryhmätyön toimintaa arvioitiin noin kaksi viikkoa ennen interventiota sekä kolme kuukautta intervention jälkeen. Työpaikan vaihtamismahdollisuutta arvioitiin noin kuusi kuukautta ennen interventiota sekä kuusi kuukautta intervention jälkeen. Ennen-jälkeen –asetelman avulla on tutkittu esimerkiksi uusien menetelmien hyötyjä potilaan aggressiivisen käyttäytymisen hallinnassa. Tutkimuksissa on arvioitu strukturoidun riskinarvioinnin merkitystä väkivallan esiintyvyyteen ja pakkokeinojen käytön määrään (Abderhalden ym. 2008, Needham ym. 2004). Molemmissa edellä mainituissa tutkimuksissa aineisto kerättiin Brøset Violence Checklist-mittarilla (BVC-CH). Ennen-jälkeen –asetelman heikkoutena on, että se ei tuota luotettavaa arviointitietoa kontrolliryhmän puuttuessa.

Arviointiprosessi voidaan myös suorittaa siten, että arvioidaan kaksi eri ryhmää, joista toinen on niin sanottu koeryhmä ja toista ryhmää käytetään kontrolliryhmänä. Aelfers ym. (2013) vertasivat intervention vaikuttavuutta työpaikkaväsymykseen sekä masennukseen. He arvioivat molempien ryhmien kohdalla interventiota alussa (ennen

interventiot), välittömästi intervention jälkeen sekä kuuden että kahdentoista kuukauden jälkeen intervention suorittamisesta. Arviointimenetelmänä käytettiin kyselykaavaketta. Newhouse ym. (2007) arvioivat valmistuneille hoitotyöntekijöille suunnatun erillisen ohjelman arvoa työnvaihtamishalukkuuteen. Arviot tehtiin kuuden, kahdentoista ja kahdenkymmenenneljän kuukauden välein. Tällöin arvioitiin ja verrattiin ohjelman läpikäyneiden ja käymättömien hoitotyöntekijöiden työnvaihtamishalukkuutta. Pryce ym. (2006) arvioivat taas uutta työaikajärjestelmää kahden eri ryhmän välillä ennen ja jälkeen intervention ilman väliarviointia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on arvioitu myös esimerkiksi potilaille tarkoitettujen aggressiohallintamenetelmien vaikuttavuutta empiirisin menetelmin (Abderhalden ym. 2008, Hahn ym. 2006, Muralidharan & Fenton 2012, Needham ym. 2004, Nelstorp ym. 2006, Sjöström ym. 2001) sekä systemaattisen katsauksen avulla (Sailas & Fenton 2012). Koulutuksen vaikuttavuutta aggressiivisen potilaan käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn on tutkittu jonkin verran (Needham ym. 2004, Hahn ym. 2006, Sjöström ym. 2001).

Tutkimukset kuvaavat myös henkilökunnan ja potilaiden käsityksiä ja näkemyksiä uusista menetelmistä (Bowers ym. 2011b, Duxbury & Whittington 2005, Kontio ym. 2012, Veltkamp ym. 2008). Aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa on kuvattu, minkälaisena ja miten usein potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen ilmenee sekä mitä menetelmiä käytetään eri tyyppisissä aggressiotilanteissa (Ross ym. 2012). Henkilökunnan käsityksiä potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä tarkasteltiin kartoitusten avulla, joissa aineisto kerättiin MAVAS-mittarilla (the Management of Aggression and Violence Scale Attitude Scale) (Duxbury & Whittington 2005, Hahn ym. 2006). Yksi tutkimuksista oli retrospektiivinen tapaustutkimus, jossa aineistona käytettiin potilasasiakirjoja (Bowers ym. 2011b). Potilaiden näkemyksiä oli tutkittu kyselylomakkeella (Veltkamp ym. 2008) ja yksilöhaastatteluilla (Kontio ym. 2012).

Yksilöhaastattelua käytetään, kun halutaan kuvata yksilön, esimerkiksi potilaan tai hoitajan, henkilökohtaisia kokemuksia, näkemyksiä tai kehittämisehdotuksia. Yksilöhaastattelu soveltuu hyvin arkaluonteisiin aiheisiin, joista tiedon saanti muilla menetelmillä voi olla vaikeaa tai tieto voi jäädä pinnalliseksi. Yksilöhaastattelun avulla voidaan saada syvällistä ja tarkkaa tietoa yksilön kokemuksista. Yksilöhaastattelun haittana on, että se vie paljon aikaa ja tutkimustuloksia ei voi yleistää laajasti. (Ruusu vuori & Tiittula 2005.) Esimerkiksi Berg ym. (2011a) ovat haastatelleet hoitajia (n=58) tutkiessaan potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen hallintaa nuorten oikeuspsykiatrian osastoilla neljässä Euroopan maassa. Tutkimustulosten mukaan hoitajat käyttivät väkivaltatilanteiden hallinnassa eniten sanallisia interventioita (keskustelu, annettiin vaihtoehtoja, selvitettiin ohjeita). Suunnittelu, päivittäisten aktiviteettien arviointi ja lääkitys kuvattiin tärkeinä interventioina. Viimeisenä äärimmäisenä keinona käytettiin pakkokeinoja, kuten sitomista. Periaatteet aggression

hallinnassa olivat pitkälti samoja tutkimuksen kohteena olevissa maissa. Ne maat, joilla oli pitkä kokemus hoitaa nuoria, käyttivät vähemmän pakkokeinoja. (Berg ym. 2011a.)

Björkdahl ym. (2010) käyttivät hoitajien (n=19) yksilöhaastatteluja selvittäessään erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä vaativissa tilanteissa neljällä akuuttipsykiatrian osastolla Ruotsissa. Hoitajien yksilöhaastattelujen perusteella hoitajilla oli kahdenlaisia auttamismenetelmiä. Yksi rakensi luottamuksellista yhteistyösuhdetta potilaan kanssa ("balettiansija") ja toinen huolehti osaston järjestyksestä ja turvallisuudesta ("raivaustraktori"). "Raivaustraktori" sisältää riskin, että potilaan ääntä ei kuulla ja potilas voi tuntea tulleen tallotuksi. Hoitajia on rohkaistava olemaan tietoinen riskeistä ja löytämään vaihtoehtoja hoidolliseen lähestymistapaan samalla huolehtien osaston turvallisuudesta ja järjestyksestä. (Björkdahl ym. 2010.)

Ryhmähaastattelua käytetään kun halutaan selvittää kollektiivista ilmiötä. Ryhmäkeskustelu ja -prosessi auttavat jäseniä ilmaisemaan ajatuksiaan ja näkemyksiään ja ottamaan kantaa myös toisten esittämiin ajatuksiin. Ryhmäkeskustelussa rohkaistaan spontaania, luonnollista jäsenten välistä keskustelua. Ryhmähaastattelu on tehokas tutkimusmenetelmä saada monipuolinen ja kollektiivinen kuva ilmiöstä. Ryhmähaastattelu on jo sinällään interventio, kun ryhmässä keskustellaan aiheesta. Ryhmähaastattelun haittana on (kuten ryhmätilanteessa yleensä), että kaikki eivät rohkene ilmaista aidosti ajatuksiaan. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, Tong ym. 2007.) Kontio ym. (2010) ovat käyttäneet ryhmähaastattelua tutkiessaan hoitajien (n=22) ja lääkäreiden (n=5) näkemyksiä, mitä osastolla tapahtuu väkivaltatilanteessa ja mitä kehittämisehdotuksia ja vaihtoehtoja he esittävät. Tutkimustulosten mukaan päätöksenteko potilaan väkivaltatilanteessa sisältää monia eettisiä ristiriitoja. Lisäksi hoitajat ja lääkärit kuvasivat, että potilaan näkökulma jää vähälle huomiolle. Kuitenkin hoitajat ja lääkärit kertoivat käyttävänsä työssään monia vaihtoehtoisia menetelmiä ja ehdottivat niitä eristämisen ja sitomisen sijaan. Henkilöstöä tulee rohkaista ja kouluttaa näiden vaihtoehtojen käyttöön sekä ymmärtämään syvemmin potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen syitä ja laukaisevia tekijöitä. (Kontio ym. 2010.)

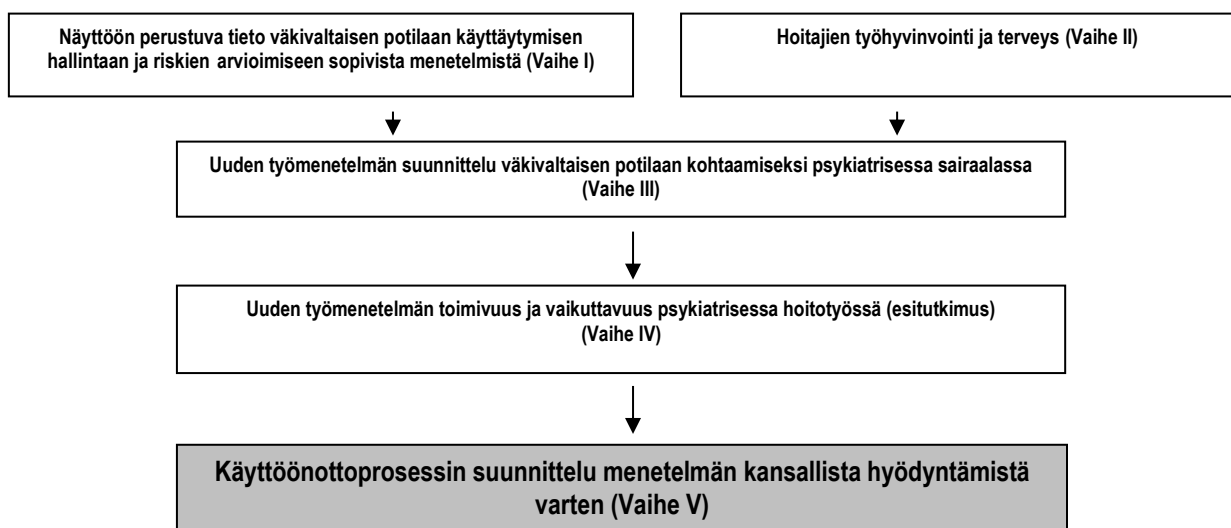
3. TUTKIMUSHANKKEEN TAVOTTEET

Tämän tutkimushankkeen päätavoitteena on tukea akuuttipsykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua kehittämällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen.

Tutkimuksen osatavoitteet ovat seuraavat:

1. Tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen soveltuvista tehokkaista työmenetelmistä.
2. Kuvata psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia ja niitä ennustavia tekijöitä sekä verrata näitä eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien terveyteen ja työhyvinvointiin.
3. Kehittää käyttäjälähtöinen työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen sekä suunnitella työmenetelmän arvioimisen mahdollistava tutkimusasetelma hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyönä.
4. Testata uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi sekä arvioida sen käytön hyväksyttävyyttä, toimivuutta ja vaikuttavuutta osana käytännön toimintaa (esitutkimus).
5. Kehittää väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen tuotetun työmenetelmän käyttöönotto- ja arviointiprosessi psykiatrisessa palvelujärjestelmässä sen mahdollista kansallista hyödyntämistä varten.

Tutkimus koostuu viidestä eri vaiheesta, jotka on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimushankkeen tavoitteet ja vaiheet

4. VAIHEET JA MENETELMÄT

4.1 Väkivaltaisen potilaan hoidossa käytettyjä menetelmiä (Vaihe I)

Hankkeen ensimmäisen vaiheen (Vaihe I) tarkoituksena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen ja riskien hallintaan sopivista tehokkaista menetelmistä. Tietoa tuotettiin kuvailevien katsausten avulla. Aluksi suoritettiin systemaattiset kirjallisuushaut, jotta saataisiin tietää olemassa oleva tutkimustieto väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallintaan ja riskien arvioimiseen liittyen. Kirjallisuushaku tehtiin yhteistyössä Englannissa sijaitsevan Cochrane Center'in kanssa (<http://szg.cochrane.org/>).

Tieto väkivaltaisen potilaan hallinnassa käytetyistä menetelmistä

Ensimmäisen katsauksen tavoitteena oli kuvata interventioita, joita käytetään vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien aikuisten henkilöiden aggressiivisen käyttäytymisen hallintaan. Katsaukseen otettiin mukaan tutkimuksia, joissa oli käytetty kokeellista tutkimusasetelmaa. Vakavalla mielenterveyshäiriöllä tarkoitettiin tässä yhteydessä funktionaalisia psykoosisairauksia eli skitsofreniaa ja muita skitsofrenia-tyyppisiä tai epäspesifejä vakavia/kroonisia sairauksia. (<http://szg.cochrane.org/>). Aikuisilla henkilöillä tarkoitettiin 18-65 -vuotiaita. Mukaan otettiin lääketutkimuksia lukuun ottamatta kaikki tutkimukset, joissa kuvattujen interventioiden tavoitteena oli aggressiivisen käyttäytymisen hallinta. Ulosjättökriteerinä olivat lääketutkimukset tai sellaiset tutkimukset, jotka kohdistuivat henkilöihin, joiden ensisijaisena ongelmana oli dementia, älyllinen kehitysvamma tai päihteiden väärinkäyttö.

Tutkimusten systemaattinen haku toteutettiin Cochrane Schizophrenia Groupin toimesta huhtikuussa 2012. Haku kohdistui seuraaviin elektronisiin tietokantoihin: Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Schizophrenia Group's Register, Cinahl, EMBase and Medlin. Hakulausekkeena käytettiin seuraavaa: (*aggress* or *violen* or *agitat* or *tranq* in title, abstract, index terms of REFERENCE or intervention of STUDY.) Haulle ei asetettu kieli- tai aikarajauksia. Haku tuotti 277 viitettä, joista 148 koski samaa tutkimusta; tarkempaan analyysiin jäi siis 129 tutkimusta, jotka otettiin lähempään tarkasteluun. Tutkimusten sisäänottokriteerien täyttymistä arvioitiin lukemalla julkaisujen otsikot ja abstraktit. Tarkastelu johti 114 tutkimuksen hylkäämiseen: 113 oli lääketutkimuksia ja yksi tutkimus kohdistui lapsiin. Jäljelle jääneet 15 tutkimusta käytiin ns. kokotekstien osalta läpi, jolloin yhdeksän (9) tutkimusta jätettiin edelleen pois jättäen kuusi (6) tutkimusta analyysiin.

Seuraavassa vaiheessa kuvattiin tutkimukset yleisellä tasolla taulukoimalla seuraavat tiedot: tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi ja maa, tutkimusasetelma, interventio, osallistujat, otos ja tutkimuspaikka. Tämän jälkeen siirryttiin tutkimuksissa käytettyjen menetelmien tarkempaan kuvaukseen lukemalla tutkimukset huolellisesti läpi (Whittemore 2005) ja erittelemällä väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallinnassa käytettyjä menetelmiä (interventioita). Niistä kuvattiin sisältö, ajoitus, kesto ja menetelmän toteutukseen osallistuvat henkilöt. Kuvailu perustui narratiiviseen synteisiin (CRD 2008), joka sisältää aineiston kuvailun (Perera & Yudkin 2007) ja taulukoinnin. Tämän lisäksi etsittiin tutkimusten sisäisiä ja välisiä suhteita sekä arvioidaan tutkimusten luotettavuutta (Arai ym. 2006). Interventioiden kuvaamisessa sovellettiin lisäksi Pereran ja Yudkinin (2007) menetelmää, joka on kehitetty kompleksisia interventioita koskevien kokeellisten tutkimusten kuvaamiseen.

Tieto potilaan väkivaltariskin arvioinnissa käytetyistä menetelmistä

Toisessa katsauksessa toteutettiin systemaattinen tiedonhaku elektronisista tietokannoista potilaan väkivaltariskien arvioimiseen tarkoitettujen mittareiden löytymiseksi (PubMed, Cinahl, PsychInfo, Medic, Proquest Health & Safety Science Abstracts ja Cochrane Library). Hakusanoina käytettiin tietokannasta riippuen termejä: patient*, aggressi*, psychiatric*, mental disorder, violen*, anger, hostility, adult, middle aged, ikkui*, väkivalta*, aggressi*, risk assessment, risk factors, risk management, risk perception, riski*. Tiedonhakua täydennettiin manuaalisella haulla. Mukaan valittiin artikkelit, jotka täyttivät seuraavanlaiset kriteerit: tutkimus käsitteli mielenterveysaluetta, aikuisväestöä ja aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden riskin arviointimenetelmiä sekä oli saatavilla englanninkielisenä kokotekstinä. Poissulkukriteerit olivat: kaksoiskappaleet, lapset, nuoret, vanhukset, muistihäiriöiset, kehitysvammaiset, itsemurhariskin arviointi ja muut kuin empiiriset tutkimukset.

Haut tuottivat yhteensä 398 viitettä. Tutkimusten sisäänottokriteerien täyttymistä arvioitiin lukemalla julkaisujen otsikot ja abstraktit. Jatkotarkasteluun valittiin 144 artikkelia, joista 116 kokotekstit oli saatavilla. Poissuljetuista 6 oli review-artikkeleita, 3 kirjeitä, 1 kirjan kappale, 21 artikkelia käsitteli potilaan itsemurhariskiä, 30 artikkelissa tutkimusjoukkoon kuului lapsia tai nuoria ja 14 vanhuksia, 3 käsitteli muistihäiriöisiä potilaita, 66 artikkelissa konteksti oli muu kuin mielenterveysalue, 44 käsitteli aggressiivisesti käyttäytyviä potilaita muusta kuin riskin arvioinnin näkökulmasta ja 115 ei ollut kuvattu aggressiivisesti käyttäytyvien potilaiden riskinarviointi menetelmää. Yhden artikkelin kokotekstiä ei ollut saatavilla englanninkielisenä ja 62 artikkeleista oli kaksoiskappaleita. Näin ollen katsaukseen jäi mukaan 42 sisäänottokriteerit täyttävää artikkelia.

4.2 Hoitajien työhyvinvointi ja terveys (Vaihe II)

Hankkeen toiseen aiheen (Vaihe II) tarkoituksena oli kuvata psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia ja verrata sitä eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointiin. Tutkimuksessa hyödynnettiin Työterveyslaitoksen olemassa olevaa laajaa tutkimusaineistoa vuodelta 2012 (ks. Virtanen ym. 2008). Aineisto muodostui Kunta 10- tutkimuksen ja Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksen yhdistetystä aineistosta, josta muodostuu Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimus. Viiden sairaanhoitopiirin ja yhden kaupungin alueella toimivien psykiatristen sairaaloiden (n = 13) akuuttiosastoilla (n = 90) työskentelevien hoitajien taustatiedot sekä terveys- ja työhyvinvointia koskevat tiedot analysoitiin tilastollisilla menetelmillä. Hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia koskeva vertailutieto eri erikoisaloilta saatiin kuudelta eri erikoisalueelta: psykiatria, sisätaudit, kirurgia, synnytystaudit ja gynekologia, lastentaudit ja tehohoito.

Tutkimusjoukkona olivat psykiatrian alan hoitajat (N = 758) sekä ei-psykiatrian alan hoitajia (N = 4682). Hoitajia kuvaavina tietoina kerättiin ikä, sukupuoli, siviilisäätö, ammatti, palvelussuhteen luonne, palvelussuhteen pituus, nykyisen työtehtävän pituus, työn luonne (kokoaikatyö/osa-aikatyö) sekä työaikamuoto. Aineistona kerättiin seuraavat tiedot: hoitajien tyytyväisyys työhön ja työyhteisöön sekä yhteistyöhön työyksikössä, tietoa osaston tavoitteista, lähiesimiesten toimintaa ja johtamista organisaatiossa. Samoin kuvattiin työhön liittyvään huolestuneisuutta ja epävarmuustekijöitä ja halukkuutta vaihtaa muihin tehtäviin. Hoitajien kohtaamaa väkivaltaa selvitettiin tarkastelemalla eri väkivallan muotoja (fyysinen väkivalta, uhkailu aseella, osaston omaisuuteen kohdistuva väkivalta) sekä väkivallan esiintymisen useutta ja ajankohtaa kuluneen vuoden.

4.3 Uuden käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen (Vaihe III)

Käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen koostui eri osavaiheista:

- 1) fokusryhmähaastattelut (hoitajat, potilaat, omaiset),
- 2) tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analysointi,
- 3) Workshopit,
- 4) osasto- ja yhteisökokoukset.

1) Fokusryhmähaastattelut

Tutkimuksessa toteutettiin hoitajien, potilaiden ja omaisten fokusryhmähaastattelut. Näitä käytettiin uuden työmenetelmän suunnittelun pohjana.

Hoitajien rekrytointi tutkimukseen tapahtui vuonna 2012 kolmelta psykiatriselta osastolta. Sisäänottokriteereinä tutkimukseen osallistumiseen pidettiin täysi-ikäisyyttä, yli kolmen kuukauden työsuhdetta ko. osastoon sekä vapaaehtoisuutta. Tämän lisäksi osallistujien tuli olla hoitajia. Hoitajille järjestettiin viisi erillistä haastattelutilaisuutta mahdollisimman laajan osallistumisen varmistamiseksi. Hoitajia osallistui haastatteluun kaikkiaan 22. Hoitajien haastatteluissa teemat olivat seuraavat: väkivallan kuvailu osastolla ja siihen yhteydessä olevat tekijät sekä kehitysjatkukset koskien väkivaltatilanteiden ehkäisyä.

Omaisten rekrytointi tutkimukseen tapahtui kahden omaisjärjestön kautta. Omaisjärjestöjen valinta tapahtui harkinnanvaraisella otannalla. Rekrytointi toteutettiin omaisjärjestöjen kautta, koska järjestöillä on hyvä kokemus tutkittavasta aiheesta. Toisaalta heillä on myös ajankohtaisin tieto potilaan tarvitsemasta tuesta. Tutkimukseen rekrytoitiin ja siihen osallistui kahdeksan (8) omaista. Haastattelulla kerättiin tietoa omaisten näkökulmasta liittyen potilaan väkivaltaan ja aggressioon sekä omaisten ehdotukset näiden tilanteiden hallintaan psykiatrisilla osastoilla.

Potilaat (n=9) rekrytoitiin tutkimukseen kahden potilasjärjestön avulla. Potilasjärjestöt lähestyivät mahdollisia tutkimushenkilöitä antaen informaation tutkimuksesta ja siitä, mitä osallistuminen edellyttäisi. Haastateltavien tuli olla 18-65 -vuotiaita, kykeneviä antamaan kirjallinen tietoinen suostumus, luotettavan potilasjärjestön jäseniä sekä suomenkielisiä. Tämän lisäksi potilailla tuli olla kokemusta psykiatrisesta hoidosta. Tutkimus oli potilaille vapaaehtoista. Potilaista muodostettiin kaksi ryhmää haastatteluja varten, joissa potilaita haastateltiin kahden teeman ohjaamin kysymyksiin. Ensimmäinen kysymys rajautui potilaan näkökulmaan väkivallasta ja aggressiosta psykiatrisella osastolla ja toinen potilaan mielipiteeseen mahdollista kehittämisehdotuksista turvallisen hoitoympäristön luomiseksi.

2) Tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analysointi

Hankkeen alussa analysoitiin kolmen HUS tutkimusosaston (os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala) väkivalta- ja vaaratilanneilmoitukset vuosilta 2008 – 2011. Ilmoituksia oli kyseisenä aikana ollut kaikkiaan 221. Ilmoituksista selvitettiin tilanteiden tapahtumapaikat osastoilla, tapahtuman kellonaika ja kuukausi sekä käytetyt toimenpiteet liittyen väkivalta- ja uhkatilanteisiin.

3) Workshopit (24.10.2012, 13.2.2013, 22.8.2013)

Hankkeen ensimmäisessä Workshop’issa (24.10.2010) tutkimusosastojen (os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala) hoitajille ja esimiehille kuvattiin tutkimustietoa väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallintaan ja riskien arvioimiseen sopivista menetelmistä kirjallisuudesta löytyneen tiedon

perusteella, esiteltiin alustavia tuloksia omaisten, potilaiden ja hoitajien fokusryhmähaasteluista, analyysituloksia osastojen vaara- ja uhkatilanneilmoituksista sekä Työterveyslaitoksen hoitajien hyvinvointi ja työympäristöstä kyselyaineistosta.

Esittelyjen jälkeen osallistujat (n=25) jaettiin neljään ryhmään ja he saivat pohdittavakseen kysymykset:

- Mitkä ovat keskeiset ongelmat liittyen potilaiden aggressiivisuuteen ja osaston ilmapiiriin?
- Mitkä ovat konkreettiset ratkaisuehdotukset näihin ongelmiin?

Tarkoituksena oli saada aikaan kullakin osastolla yhteinen ymmärrys niistä ongelmatilanteista, jotka edellyttävät käytännön kehittämistoimenpiteitä. Yhteistoiminnallisella otteella haluttiin myös sitouttaa henkilökuntaa yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Tutkimusosastot pitivät myös omilla osastoillaan osastunnit samalla ohjeistuksella niiden hoitajien kanssa, jotka eivät päässeet Workshop:iin paikalle. Tällä tavalla haluttiin edistää tiedonkulkua hankkeesta sekä osoittaa, että kehittämishanke on koko osaston yhteistä omaisuutta riippumatta siitä, onko hoitaja vuorotöissä, lomalla tai muuten pois työvuorosta.

Toisessa Workshopissa (13.2.2013) henkilökunta teki yhteenvedon, mitä ongelmia he olivat havainneet osaston toiminnassa ja mitä ratkaisuehdotuksia he ovat toteuttaneet osastoillaan suunnitelmansa mukaisesti. Ratkaisut oli kohdistettu ensimmäisessä Workshopissa esiin tulleisiin ongelmiin. Tällä menettelytavalla haluttiin osoittaa henkilökunnalle, että ratkaisukeskeisen toiminnan avulla pystytään viemään asioita konkreettisesti eteenpäin eikä vain jäädä 'tuijottamaan ongelmiin'.

Kolmannessa Workshopissa (22.8.2013) henkilökunnalle kerrottiin potilaan riskinarviointimittarien merkityksestä hoitotyössä, esiteltiin yksi riskinarviointimittari sekä kuvattiin sen hyödyntämismahdollisuuksia käytännön hoitotyössä.

4) Osasto- ja yhteisökokoukset

Joulukuussa 2012 tutkimusosastoilla (os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala) otettiin käyttöön kerran kuukaudessa toteutettavat osastokokoukset (1/kk). Niissä kartoitettiin ja nimettiin tutkijoiden ohjauksella osaston päivittäiseen toimintaan liittyviä ongelmatilanteita, etsittiin niihin konkreettisia ratkaisuja sekä toimeenpantiin esitetyt ratkaisuehdotukset. Aluksi osastokokoukset pidettiin erikseen potilaiden ja hoitajien kanssa ajalla 5.12.2012 - 10.10.2013, kolme kullakin osastolla.

Melko pian osastokokousten toteuttamisen aikana tehtiin havainto, että henkilökunnalle ja potilaille erikseen järjestettävät kokoukset eivät ole omiaan luomaan pohjaa yhteisen

ymmärryksen kehittämiseksi henkilökunnan ja potilaiden välillä. Maaliskuusta 2013 lähtien kokoukset pidettiin tutkimusosastoilla (os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala) siten, että hoitajat ja potilaat olivat kokouksissa yhdessä. Tällä toivottiin lisättävän henkilökunnan sekä potilaiden välistä yhteistyötä sekä yhteisen ymmärryksen löytymistä hoitotyön sisällöstä ja tavoitteista. Tämän ajateltiin myös rauhoittavan osaston ilmapiiriä ja lisäävän hoitajien työtyytyväisyyttä. Teemoina yhteisökokouksissa olivat muun muassa osastojen rutiinit ja käytännöt, miten tulisi toimia huomatessa potilaan voinnissa muutoksia, miten väkivaltilanteita tulisi käsitellä jälkikäteen potilaiden kanssa ja väkivallan riskinarviointimittari kuvaus.

Osastoille luotiin siis uudentyyppinen toimintamalli, jossa kokouksiin osallistui tutkimusosastojen henkilökunta, potilaat ja esimiehet yhdessä. Näistä alettiin käyttää arkisesti nimitystä yhteisökokous. Kokouksissa opeteltiin tuomaan esiin itseä vaivanneita arkipäivän asioita ja pohtimaan siihen yhdessä konkreettinen kehittämissuositus. Aikaisempien Workshop'ien ja monipuolisen tilanneanalyysin avulla saatu lisätieto osastojen tilanteista (fokusryhmähaastattelut, osastojen vaara- ja riskitilanteita koskevat kartoitukset, workshopissa toteutetut ryhmätyöt, osastotunnit ja osastovierailut) sekä aikaisempi tutkimuskirjallisuus auttoivat osastoja määrittelemään omat kehittämisalueensa myös pitkällä tähtäimellä. Osastojen tuottamia konkreettisia toimenpiteitä kehitettiin edelleen potilaiden kokouksissa osastoilla, hoitajien osastotunneilla sekä osastohoitajakokouksissa.

4.4 Uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi, sen testaus sekä hyväksyttävyyden, toimivuuden ja vaikuttavuuden arviointi (Vaihe IV)

Uuden työmenetelmän arviointi

Tutkimusosastojen toimintaa kuvaavat perustiedot

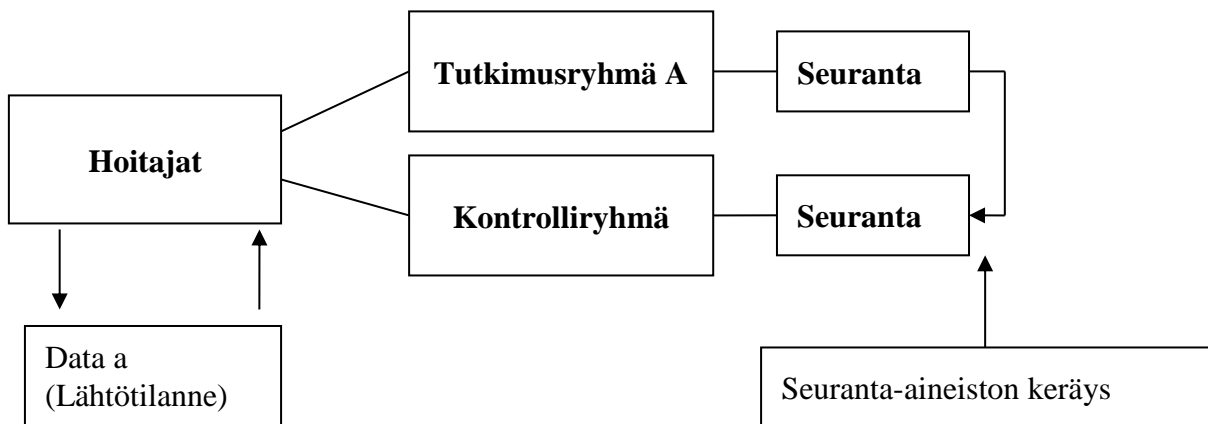
Osastojen toimintaa kuvaavat perustiedot kerättiin hankkeen alussa sairaalan omista rekistereistä ja osaston tiedoissa. Näitä tietoja olivat sairaansijamäärä, kuormitusprosentti, osaston koko, potilaiden hoitoajan pituus, keski-ikä (vaihteluväli), kolme yleisintä diagnoosia, sukupuolijakauma, potilaisiin kohdistettujen pakkotoimien määrä tyypeittäin, eristysten ja sitomisten kestot, sisäänkirjoitus joko suunnitellusti tai päivystysluontoisesti (päivystys klo 15.00-08.00, lauantai tai sunnuntai, su), potilaiden tulotapa osastolle (M1, vapaaehtoisesti, muu tulotapa) ja tahdosta riippumattoman hoidon kesto.

Uuden menetelmän hyväksyttävyyden ja toimivuuden organisaation näkökulmasta

Hankkeessa kehitettyjen uusien työmenetelmien hyväksyttävyyttä ja toimivuutta kartoitettiin hankkeen työryhmäkokouksissa ja osastoilla pidetyissä yhteisökokouksissa. Työryhmäkokouksia järjestettiin yhteensä 16 (19.3.2012 - 9.10.2013). Niihin osallistui tutkimusosastojen yhteyshenkilöitä, osastonhoitajia, osastoryhmäpäälliköitä ja Turun yliopiston tutkijoita. Yhteisökokouksia järjestettiin joka osastolla viisi (5) kertaa ajalla 20.3.2013 - 12.9.2013. Osanottajina olivat potilaat, hoitajat, osastonhoitajat, osastoryhmäpäälliköt, lääkärit ja kerran myös omainen. Yhteisökokousten tapahtumat ja keskustelut kirjattiin ylös, samoin henkilökunnan ja potilaiden tekemät toimintaehdotukset sekä palautteet edellisen kokouksen jälkeisestä toiminnasta. Joka kokouksesta tehtiin muistiinpanot, joilla kuvattiin, kuinka uuden menetelmän kehittäminen hyväksyttiin ja otettiin käyttöön osastolla.

Uuden menetelmän vaikutukset henkilökuntakyselyn perusteella

Hankkeen vaikutuksia henkilökuntaan kartoitettiin pienimuotoisella pilottitutkimuksella, jossa käytettiin kaksihaaraista kontrolloitua koeasetelmaa. Tutkimuspaikkana toimi HUSin 3 osastoa, joiden kaikki hoitajat kuuluivat tutkimusryhmään (ks. kuvio 2). Tutkimusryhmään kuuluneet hoitajat kolmella osastolla osallistuivat hankkeessa uuden työmenetelmän suunniteltuun. Kontrolliryhmän hoitajat ovat eri paikkakunnilla kuin koeryhmän hoitajat, jotta ryhmien välillä ei tapahtuisi tiedonsiirtoa.



Kuvio 2. Hoitaja-tutkimuksen asetelma

Hoitajia kuvaavina tietoina kerättiin alkuvaiheen kyselyssä vastaajan ikä, sukupuoli, siviilisäätty, ammatti, palvelussuhteen luonne, palvelussuhteen pituus, nykyisen työtehtävän pituus, työn luonne (kokoaikatyö/osa-aikatyö) sekä työaikamuoto. Aineistona kerättiin seuraavat tiedot: hoitajien tyytyväisyys työhön ja työyhteisöön sekä yhteistyöhön työyksikössä, tietoa osaston tavoitteista, lähiesimiesten toimintaa ja johtamista organisaatiossa. Samoin kuvattiin työhön liittyvään huolestuneisuutta ja

epävarmuustekijöitä, halukkuutta vaihtaa muihin tehtäviin, yleistä terveydentilaa, stressiä ja elämään tyytyväisyyttä. Hoitajien kohtaamaa väkivaltaa selvitettiin tarkastelemalla eri väkivallan muotoja (fyysinen väkivalta, uhkailu aseella, osaston omaisuuteen kohdistuva väkivalta) sekä väkivallan esiintymisen useutta ja ajankohtaa kuluneen vuoden. Tietoja koskevat tulokset tullaan raportoimaan yksityiskohtaisesti erillisissä julkaisuissa. Tässä raportissa esitellään tulokset yleiset tasolla.

Hoitajien kyselyyn lähtötilanteessa osallistui syksyllä 2012 yhteensä 105 hoitajaa (48 hoitajaa tutkimusosastoilta, 57 hoitajaa kontrolliosastoilta). Tutkimusosastoja oli kolme: os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala. Tutkimusosastojen vastausprosentti hankkeen alussa oli 75% (N=64, n=48). Kontrolliosastojen vastausprosentti oli 72% (N=79, vastanneita n=57).

Uusintakyselyssä vastanneita oli kaikkiaan 90 hoitajaa: 36 hoitajaa tutkimusosastoilla ja 54 hoitajaa kontrolliosastoilla (tutkimusosastolla N=64, vastausprosentti 56%; kontrolliosastolla N = 79, 68%).

Uuden menetelmän vaikutukset potilaskyselyn mukaan

Hankkeen alussa ja lopussa vapaaehtoiset potilaat HUSin tutkimusosastoilla osallistuivat kyselyyn. Kyselyssä kerättiin potilaita koskevaa taustatietoa (ikä, sukupuoli, siviilisääty, ammattikoulutus, aiempien hoitokertojen määrä psykiatrisessa sairaalassa, aiemmat kokemukset pakkotoimenpiteistä [eristys, leposide, tahdonvastainen injektio, fyysinen kiinnipito] sekä minkä ikäisenä on ollut ensimmäisen kerran psykiatrisen terveydenhuoltojärjestelmän piirissä. Potilaat kuvasivat itsearvioimalla kokemaansa elämänlaatua (Q-LES-Q, Endicott 1993) ja hoitotyytyväisyyttä (CSQ-8, Atkisson 2012).

Potilaat vastasivat hankkeen alussa kyselyyn ajalla 12/2012 - 1/2013. Kysely oli luonteeltaan näyte ja siihen osallistui kaikki asiasta kiinnostuneet ja halukkaat täysin vapaaehtoisesti. Hankkeen lopussa toteutettu uusintakysely tapahtui ajalla 9.-14.10.2013. Alkuvaiheen kyselyssä oli mukana 24 potilasta; vastausprosentti on 36% kyselyhetkellä osastolla kaikkien sisäänkirjoituneiden potilaiden määrästä (N=66). Loppukartoituksessa kyselyyn vastanneiden määrä oli 15, mikä oli 38% osastolla olevien potilaiden määrästä (N=39).

4.5 Käyttöönottoprosessin suunnittelu työmenetelmän kansallista hyödyntämistä varten (Vaihe V)

Tutkimuksen perusteella suunniteltiin uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi yhteistyössä terveydenhuollon henkilöstöstä ja johtajista, palveluiden käyttäjistä

(potilaat, omaiset) ja tutkijoista kootun työryhmän kanssa. Näin varmistetaan, että prosessi tukee terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa ja menetelmän käyttöönotto toteutuu hallitusti. Suunnittelutyön perustana käytiin mm. TAM (Technology Acceptance Model, Davis et al. 1989) teoriaa, jonka avulla on mahdollista huomioida uuden menetelmän käyttöönottoon liittyvät kriittiset tekijät. Suunnittelussa tunnistettiin TAM teorian mukaisesti menetelmän käyttöönottoon liittyen resurssien tarve (henkilöstö, tilat, laitteet, tuki, aika), käyttöönottoa tukevien yhteistyöryhmien kokoonpano organisaatioissa, henkilöstön menetelmän käyttöön liittyvän osaamisen ja asenteiden kartoitusmenetelmät, sekä prosessin seurantaindikaattorit.

Lisäksi suunnittelun vaiheissa käytettiin pohjana Ottawan mallia. Mallin avulla pystytään paremmin hahmottamaan prosessin eri vaiheet, jolla voidaan helpottaa uusien menetelmien soveltamisesta käytäntöön (Hogan & Logan 2004, National Collaborating Centre for Methods and Tools 2010).

Hankkeen avulla saatujen tulosten perustella suunniteltiin verkkokoulutuksen sisältö ja rakenne. Verkkokoulutus tukee henkilökuntaa ottamaan uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessia työyhteisöissä. Suunnitelma verkkokurssista esitettiin opiskelijoilla. Opiskelijat antoivat alustavaa palautetta verkkokurssin sisällöstä ja rakenteesta verkkokurssin jatkokehittämisen ja käytännön toteuttamisen tueksi.

4.6 Eettiset kysymykset

Tutkimuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät aiheen valintaan, menetelmällisiin valintoihin, tutkimuksen toteutukseen, raportointiin ja tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden suojelemiseen. Tutkimukseen osallistuvien ihmisoikeuksia, itsemääräämisoikeutta ja anonymiteettiä kunnioitettiin tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999.)

Tutkimukselle saatiin Turun yliopiston eettisen toimikunnan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian eettisen toimikunnan puoltavat lausunnot. Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot myönsivät tutkimuksen eri vaiheille tutkimusluvut. Tutkimuksen eettiset lausunnot ja tutkimusluvut on kuvattuna tarkemmin liitetaulukossa 1.

Tutkimuksen päätavoitteena oli tukea akuuttipsykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua kehittämällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Aiheen valintaa perusteltiin tarkastelemalla aikaisempaa

kirjallisuutta ja tuomalla esiin tiedon aukkoja aikaisempaan tutkimustietoon perustuen. Tutkimuksen ensimmäisenä osatavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen soveltuvista tehokkaista työmenetelmistä (I vaihe).

Tutkimuksen toisena osatavoitteena oli kuvata psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia ja niitä ennustavia tekijöitä sekä verrata näitä eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien terveyteen ja työhyvinvointiin (vaihe II). Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena sairaalassa työskenteleville hoitajille vuonna 2012. Aineisto muodostui Kunta 10- tutkimuksen ja Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksen yhdistetystä aineistosta, josta muodostuu Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimus. (Kuula ym. 2006).

Tutkimuksen kolmantena osatavoitteena oli kehittää käyttäjälähtöinen työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen sekä suunnitella työmenetelmän arvioimisen mahdollistava tutkimusasetelma hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyönä (vaihe III). Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilta. Osallistujien valinnalla pyrittiin siihen, että saataisiin esiin mahdollisimman monia erilaisia käsityksiä potilaan väkivallasta ja kehittämisehdotuksista niiden ehkäisemiseksi ja turvallisiksi hoitamiseksi. Hoitohenkilökunnalle järjestettiin viisi (n=22), potilaille kaksi (n=9) ja omaisille kaksi (n=8) ryhmähaastattelua. Ryhmähaastattelussa pyrittiin turvalliseen ilmapiiriin, jossa osallistujat voivat mahdollisimman avoimesti ilmaista omia ajatuksiaan ja ehdotuksiaan (Tong ym. 2007). Tätä varmistettiin myös sillä, että tutkijat eivät olleet kyseisen organisaation työntekijöitä. Kahdeksassa ryhmähaastattelussa oli kaksi tutkijaa mukana ja yhdessä yksi tutkija. Kahden tutkijan avulla pystytään paremmin huolehtimaan ryhmän positiivisesta ilmapiiristä ja koheesiosta sekä havainnoimaan ryhmäilmiöitä. Induktiivisella, aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pystyttiin muodostamaan kategoriat runsaasta ja monipuolisesta aineistosta sekä löytämään vastaukset tutkimuskysymyksiin (Tong ym. 2007).

Tutkimuksen neljäntenä osatavoitteena oli testata uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi sekä arvioida sen käytön hyväksyttävyyttä, toimivuutta ja vaikuttavuutta osana käytännön toimintaa (esitutkimus, vaihe IV). Tässä vaiheessa potilaille tehtiin kyselylomaketutkimus. Potilaat arvioivat elämänlaatuaan ja hoitotyytyväisyyttään sekä ennen uuden työmenetelmän käyttöönottoa (alkukartoitus) että sen jälkeen (loppukartoitus). Erityistä huomiota kiinnitettiin haavoittuvia henkilöitä koskeviin tutkimuskysymyksiin sekä kyselytutkimukseen osallistuvien tiedon saannin ja ymmärtämisen varmistamiseen (Roach ym. 2009). Aineiston keruussa korostettiin luottamuksellisuutta ja anonymiteettiä. Aiheen sensitiivisyys sekä potilaiden kyky antaa tietoinen suostumus olivat tutkimuksen eettisyyttä pohdittaessa erityisen huomion kohteena. Tutkimukseen osallistuvien tulee olla riittävän hyväkuntoisia tietoisien

suostumuksen antamiseen, mutta ei myöskään saa aliarvioida henkilöiden kykyä tehdä päätöksiä (Roach ym. 2009).

On tärkeää, että myös mielenterveystyön asiakkailta on mahdollisuus osallistua tutkimukseen (Davies 2005). Osallistujille kerrottiin tutkimuksesta sekä kirjallisesti että suullisesti. Potilaille selvitettiin tutkimuksen vapaaehtoinen luonne ja se, että tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuttanut millään tavalla heidän hoitoonsa (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Lupa kyselylomakkeiden käyttöön oli kysytty mittarin kehittäjiltä. Kyselylomakkeet käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti (Kuula ym. 2006).

Organisaation suhtautumista muutokseen tarkasteltiin hankkeeseen ja sen kautta tapahtuvien muutosten hyväksyttävyyden sekä käytännön toimivuuden näkökulmasta. Tietoa muutoksista ja niiden vaikutuksista kerättiin potilas-, hoitaja-, yhteisö- ja työryhmäkokouksissa vapaamuotoisesti keskustellen ja kysellen. Kaksi tutkijaa veti kokoukset. Kussakin kokouksessa oli etukäteen sovittuna kaksi tai kolme keskusteluteemaa, jotka annettiin osallistujille etukäteen kirjallisesti. Kokouksiin osallistumisen vapaaehtoista luonnetta korostettiin. Kokouksissa pyrittiin turvalliseen ja mahdollisimman avoimeen ilmapiiriin, jossa osallistujien (potilaat, hoitajat, lääkärit, esimiehet) oli mahdollista esittää ajatuksiaan, ehdotuksiaan ja kysymyksiään. Osallistujille tarjottiin mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta ja keskustella tutkimuksen aiheuttamista tuntemuksista tutkijoiden kanssa.

Interventiotutkimus sensitiivisestä aiheesta edellyttää tutkijoilta eettisesti korkeatasoista toimintaa koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa punnittiin interventioiden mahdollisia hyötyjä ja haittoja tarkasti. Tutkijoita sitoi vastuu siitä, ettei tutkimukseen osallistuminen aiheuta tutkittaville lisähaittaa. Tämän varmistamiseksi tutkimusaineistoa analysoitiin säännöllisesti. Tutkijoilla oli vastuu interventioiden kehittämisestä yhteistyössä tutkimusosastojen kanssa, interventioiden toteuttajien kouluttamisesta sekä intervention vaikutuksista. Tämä tehtiin säännöllisissä palautekeskusteluissa työryhmäkokouksissa tutkimusosastojen kanssa. (Aho 2012.)

5. TULOKSET

5.1 Väkivaltaisen potilaan hoidossa käytettyjä menetelmiä (Vaihe I)

Väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallinnassa käytettyjä menetelmiä

Katsaus perustui kuuteen (6) sisäänottokriteerit täyttävään tutkimukseen. Tutkimuksissa kuvatut menetelmät olivat eristäminen (Bergk ym. 2011, Huf ym. 2012), sitominen (Huf ym. 2012, Bergk ym. 2011), intensiivinen case management (Walsh ym.2001), väkivaltaa ennaltaehkäisevät interventiot (Nijman ym. 1997b), kognitiivisten taitojen opettaminen (cognitive skills- eli R&R -ohjelma) (Cullen ym. 2012) sekä strukturoitu riskinarviointi (van de Sande ym. 2012). Seuraavassa kuvataan tarkemmin tutkimukset ja niissä käytettyjä menetelmiä väkivaltaisen potilaan käyttäytymisen hallintaan.

Berg ym. (2011a) vertasivat tutkimuksessaan, miten eristäminen ja sitominen rajoittavat potilaan ihmisoikeuksia. Erityisenä näkökulmana oli potilaan kokemus rajoittamistoimenpiteistä. Tutkimukseen osallistujat olivat skitsofreniaa, skitsoaffektiivista häiriötä tai persoonallisuushäiriötä sairastavia aikuisia (n=102) kolmelta yleispsykiatriselta vastaanotto-osastolta Saksassa. Tutkimus oli satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus, jossa 26 potilasta satunnaistettiin interventioryhmiin (eristäminen N=12, sitominen N=14). Loput 76 potilasta muodostivat kontrolliryhmän. Ihmisoikeuksien rajoitavuutta arvioitiin potilasnäkökulmasta pakonkäytön kokemuksia mittaavalla 5-portaisella Coercion Experience Scale -mittarilla (CES, Bergk ym. 2010). Verrattaessa erityyppisiä potilaan rajoittamistoimenpiteitä toisiinsa eli eristämistä ja sitomista, tutkimuksessa ei havaittu eroja menetelmien välillä. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että koska menetelmillä ei ollut hoidon lopputuloksen kannalta eroa, tulisi potilaan rajoittamista koskevan menetelmän valintaa koskevassa päätöksenteossa kuulla potilaan mielipidettä.

Nijman ym. (1997b) arvioivat tutkimuksessaan ennaltaehkäisevien interventioiden käytön vaikutusta aggressiivisten tapahtumien määrään. Arvioinnissa käytetty strukturoitu mittari oli Staff Observation Aggression Scale (SOAS, Hallsteinsen ym. 1998). Tutkimuksen tapahtumapaikkana oli kolme suljettua psykiatrista osastoa Hollannissa. Kaksi osastoista toimi interventio-osastoina ja yksi toimi kontrolliosastona. Interventio-osastoilla käytettiin ennaltaehkäiseviä menetelmiä ja kontrolliosastoilla potilaat saivat tavanomaista hoitoa. Tutkimuksessa käytetyt ennaltaehkäisevät interventiot olivat seuraavat: 1) sanalliset interventiot (terapeuttiseen lähestymistapaan perustuva asteittainen puuttuminen aggressiiviseen käyttäytymiseen); 2) hoidon tavoitteista ja keinosta keskusteleminen potilaan kanssa; 3) potilaan kanssa osaston toimintatavoista keskusteleminen eli miksi ja milloin osaston ovet ovat lukittuja; 4) potilaan ja henkilökunnan välisiä tapaamisia koskevan aikataulun laatiminen; ja 5)

lääkärin tapaamisten järjestämiseen liittyvien toimintaohjeiden selvittäminen. Väkivaltatilanteet vähenivät kaikilla osastoilla, vaikkakin interventio- ja kontrolliosastojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa. Koska väkivaltatilanteet kuitenkin vähenivät kaikilla osastoilla, tutkijat päättelivät, että standardoitu väkivaltatilanteiden raportointi voi itsessään toimia väkivaltaa ennaltaehkäisevänä interventiona.

Walsh ym. (2001) vertasivat intensiivisen case managementin (intensive case management) vaikutusta potilasväkivallan esiintyvyyteen verrattuna tavanomaisen hoitoon. Tutkimus toteutettiin Englannissa. Asetelmana oli satunnaistettu, kokeellinen tutkimus. Otoksena oli 708 psykoosia sairastavaa 18–65 vuoden ikäistä potilasta, jotka satunnaistettiin interventio- (N=353) ja kontrolliryhmään (N=355). Tutkimuksen seuranta-aika oli kaksi vuotta. Potilaan hoidosta vastaa nimetty vastuhenkilö, case manager. Case managerin tehtävänä on sekä toimia potilaan suorassa hoidossa että koordinoida potilaan hoitoa eri palveluntuottajien välillä. Case management toteutetaan jokaisen potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman pohjalta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten case managerin ja potilaan välisten kontaktien määrä vaikuttaa väkivaltatilanteiden määriin. Kontaktien määrää ohjaa case managerin vastuulla olevien potilaiden määrä. Tavallisesti yksittäinen työntekijä toimii vähintään 30 potilaan case managerina samanaikaisesti. Intensiivisessä case managementissa case managerin vastuulla on 10–15 potilasta, mikä lisää case managerien ja yksittäisen potilaan välisten kontaktien määrää. Interventio-ryhmään kuuluvat potilaat saivat tutkimuksen seuranatajakson aikana yli kaksinkertaisen määrän hoitoa ja ohjausta verrattuna tavanomaista hoitoa saaviin potilaisiin. Tulosten mukaan intensiivinen case management eli potilaiden ja case managerien välisten kontaktien määrän lisääminen, ei vähennä väkivaltaisten tapahtumien esiintyvyyttä psykoosipotilailla.

Hufin ym. (2012) tutkimuksessa verrattiin potilaan sitomisen ja potilaan eristämisen vaikutuksia toisiinsa. Tutkimus toteutettiin akuuttipsykiatrisella osastolla Brasiliassa, Rio de Janeirossa. Kohderyhmänä oli vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavat potilaat (n=105), jotka satunnaistettiin interventio-ryhmiin (eristäminen N=54, sitominen N=51). Eristäminen toteutettiin minimaalisesti varustetussa huoneessa (wc ja vuode), josta oli näköyhteys hoitajien tilaan suljetun, lasittoman ikkunan kautta. Sitomisessa potilaan raajat kiinnitettiin vuoteeseen vahvoilla kankaisilla vöillä siten, että raajojen liikkeet estyivät. Molempiin interventioihin sisältyi potilaan tarkkailu hoitajan toimesta 30 minuutin välein ja lääkärin toimesta tunnin välein. Tutkimuksessa mitattiin valitun menetelmän sopivuutta eli esiintyykö rajoittamisen ensimmäisen tunnin aikana tarvetta vaihtaa menetelmä toiseen ja tarvetta rajoittaa potilasta uudelleen neljän tunnin sisällä sitomisen tai eristämisen päättymisestä. Tulosten mukaan valittu menetelmä ei vaikuttanut rajoituksen keston eikä menetelmien välillä havaittu eroa suhteessa tarpeeseen rajoittaa potilasta uudelleen neljän tunnin sisällä. Tutkimuksen

johtopäätöksenä oli, että tilanteissa, joissa menetelmän valinnalle ei ole kliinisiä perusteluja, vähemmän rajoittavan menetelmän (eristäminen) valinta ei vaikuta haitallisesti potilaan rajoittamiseen tai pitkitä rajoittamisen tarvetta.

Cullenin ym. (2012) satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa arvioitiin kognitiivisiin taitoihin (cognitive skills, R&R-ohjelma, Reasoning & Rehabilitation) suunnatun menetelmän vaikuttavuutta potilaan sosiaalis-kognitiivisiin taitoihin. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat oikeuspsykiatrisissa yksiköissä hoidetut miehet (n=84), joilla oli psykoosisairaus ja väkivaltahistoria. Tutkimus tehtiin Englannissa. Interventio sisältää 36 kaksituntista osiota. Ohjelmaan sisältyy 8 moduulia, joissa opetellaan seuraavia asioita: ongelmanratkaisutaidot, itsekontrolli, sosiaaliset taidot, neuvottelutaidot, luova ajattelu, tunteiden hallinta, arvojen pohdinta ja kriittinen ajattelu. Ohjelma toteutettiin 5-8 hengen ryhmissä, jotka kokoontuivat kaksi tai kolme kertaa viikossa. Ryhmän vetäjinä toimivat ohjelmaan koulutetut henkilökunnan edustajat. Tulokset osoittivat, että potilaan osallistuminen R&R-ohjelmaan paransi sosiaalis-kognitiivisia taitoja.

Van de Sanden ym. (2012) tutkimuksen oletuksena oli, että riskinarviointi vähentää väkivaltatilanteita ja eristämisen kestoja. Tutkimus toteutettiin Hollannissa neljällä akuuttipsykiatrisella osastolla, jotka arvottiin sattumanvaraisesti (kaksi interventio-osastoa, kaksi kontrolliosastoa). Tutkimukseen osallistuivat 40 viikon aikana osastoille sisään kirjoitetut potilaat (n=597). Potilaiden diagnoosina oli psykoosisairaus, persoonallisuushäiriö tai päihderiippuvuus. Interventio-osastoilla arvioitiin potilaiden väkivaltariskiä päivittäin ja viikoittain. Päivittäisessä riskinarvioinnissa käytetyt mittarit olivat Brøset Violence Checklist- (Almvik & Woods 1998) ja Kennedy Axis V (lyhyt versio) (Kennedy 2003). Mittareilla arvioitiin välitöntä kontrollin menettämisen riskiä. Kerran viikossa tapahtuva arviointi toteutettiin seuraavilla mittareilla: Kennedy Axis V (täysversio) (Kennedy 2003), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham 1962), the Dangerous Scale (Link ym. 1987) ja the Social Dysfunction and Aggression Scale (Wistedt ym. 1990). Näillä mittareilla arvioitiin mielentilan muutoksia ja potilaan käyttäytymistä viikoittaisella tasolla. Tutkimuksen perusteella väkivaltatilanteiden määrä ja eristämisen kesto väheni tilastollisesti merkittävästi interventio-osastoilla verrattuna kontrolliosastoihin. Eristämisen määrä tai eristettyjen potilaiden määrä ei kuitenkaan vähentynyt. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että strukturoitu riskinarviointi saattaa vähentää väkivaltaisten tilanteiden määrää sekä eristämisen ja sitomisen kestoja osastolla.

Käyttäytymisen hallintaan liittyviä arviointimenetelmiä

Kirjallisuushaku tuotti yhteensä 398 viitettä, joista asetetut sisäänottokriteerit täytti 42 artikkelia. Väkivallan riskinarviointiin käytettyjä menetelmiä tunnistettiin

kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista yhteensä 41. Menetelmät on kuvattu taulukossa 4 (ks. liite 1).

Taulukko 4. Esimerkkejä väkivaltariskin arvioimiseksi kehitetyistä mittareista

Mittari	Tutkija(t)	Vuosi	Muoto	Osiot / Kysymykset
BIOLOGINEN RISKIMARKKERI (HDL, LDL, triglyseridit, serotoniini)	Roaldset ym. 2011b	1998	Strukturoitu	4
BIS (The Barratt Impulsiveness Scale)	Grisso ym. 2000, Doyle & Dolan 2006, McDermott ym. 2008	1994	Strukturoitu	30
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	Hoptman ym. 1999, Grisso ym. 2000, Abushua'leh & Abu-Akel 2006, McDermott ym. 2008, van de Sande ym. 2011	1962	Strukturoitu	18-26
BVC ja BVC-G (Brøset Violence Checklist ja Brøset Violence Checklist-German version)	Abderhalden ym. 2004, Abderhalden ym. 2006, Björkdahl ym. 2006, Vaaler ym. 2006, Vaaler ym. 2011, van de Sande ym. 2011	1998/2004	Strukturoitu	
BVC-VAS (Brøset Violence Checklist-VAS)	Abderhalden ym. 2006	2006	Strukturoitu ja VAS-asteikko	6+1
CANFOR (Camberwell Assessment of Need-Forensic version)	van den Brink ym. 2010	2003	Puolistrukturoitu	25
CARDS ja seulaversio (The Clinical Assessment of Risk Decision Support)	Watts ym. 2004	2004	Strukturoitu	17/7
DASA (The Dynamic Appraisal of Situational Aggression)	Daffern ym. 2009	2006	Strukturoitu	7
Conditional prediction model of judgement	Skeem ym. 2005	1995	Strukturoitu	1
CT (Conflict Tactics Scale)	Hoptman ym. 1999	1979	Strukturoitu	-
COVR/ICT (Classification of Violence Risk/ The multiple iterative classification tree model)	Monahan ym. 2005, Snowden ym. 2009, Sturup ym. 2011	2005	Strukturoitu	40
DS (Dangerousness Scale)	van de Sande ym. 2011	-	Strukturoitu	8
ERM (Early Recognition Method)	Fluttert ym. 2010	2008	Strukturoitu	4 vaihetta
GAF-S	Vaaler ym. 2006, Vaaler ym. 2011	1994	Strukturoitu	2
HCR-20 (The Historical, Clinical, Risk Management-20)	Douglas ym. 1999, Douglas ym. 2003, Douglas & Ogloff 2003a, Douglas & Ogloff 2003b, de Vogel & de Ruitel 2004, Doyle & Dolan 2006, Schaap ym. 2009, Daffern ym. 2009, Dolan & Blattner 2010, Kirkpatrick ym. 2010	1997	Strukturoitu	20
HKT-30	van den Brink ym. 2010	-	Strukturoitu	33
Hoitajien riskinarviointiprosessi-	Trenoweth 2003	1999	Ei	4

malli				
HONOS-MDO (Health of the Nation Outcome Scales version for Mentally Disordered Offenders)	van den Brink ym. 2010	2007	Puolistruktur oitu	12
Kennedy Axis V ja sen lyhennetty versio	van de Sande ym. 2011	-	Strukturoitu	8/4
LSI-R:SV (The Level of Service Inventory-Revised: Screening Version)	Thomas ym. 2009	2005	Strukturoitu	8
NAS-PI (The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory)	Grisso ym. 2000, Doyle & Dolan 2006	2003	Strukturoitu	85
NAS (The Novaco Anger Scale)	McDermott ym. 2008	1994	Strukturoitu	60
NOSIE (The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation)	Hoptman ym. 1999	1965	Strukturoitu	-
PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale)	Vaaler ym. 2006, Vaaler ym. 2011	1987	Strukturoitu	30
PCL-R ja PCL-SV (The Hare Psychopathy Checklist-Revised/Screening Version)	Douglas ym. 1999, Silver ym. 1999, Grisso ym. 2000, Skeem & Mulvey 2001, Skeem ym. 2002, Douglas & Ogloff 2003a, Doyle & Dolan 2006, Edens ym. 2006, Schaap ym. 2009, Kirkpatrick ym.2010	1991/ 1994	Strukturoitu	20/12
Physicians prediction	Vaaler ym. 2006, Vaaler ym. 2011	-	Ei	1
PIC (Problem Identification Checklist)	Quinsey ym. 2006	1990	Strukturoitu	26
PRFS (Proximal Risk Factor Scale)	Quinsey ym. 2006	1997	Strukturoitu	17
PS (Preliminary Scheme)	Hartvig ym.2006	2002	Strukturoitu	33
Risk assessment form	Shergill & Szumukler 1998	1996	Strukturoitu	-
RM-2000-S (Risk Matrix 2000 scale)	Kirkpatrick ym.2010	2003	Strukturoitu	7
SDAS (Social Dysfunction and Aggression Scale)	van de Sande ym. 2011	-	Strukturoitu	11
SIV (the Schedule of Imagined Violence)	Grisso ym. 2000	1999	Strukturoitu	8
SPJ	Douglas & Ogloff 2003b	-	Ei	1
SRS (Self-report risk scale)	Roaldset & Bjørkly 2010	2006	Strukturoitu	4
START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability)	Nicholls ym. 2006	2004	Strukturoitu	20
Therapeutic- and control steps taken and nurses observation-checklist	Vaaler ym. 2006, Vaaler ym. 2011	-	Strukturoitu	23
VAS	Nijman ym. 2002	1989	VAS- asteikko	1
VRS	Kirkpatrick ym. 2010	2001	Strukturoitu	26
VRAG	Snowden ym. 2009, Quinsey ym. 2006, Harris ym. 2004, Edens ym. 2006, Doyle & Dolan 2006	1993	Strukturoitu	12
V-RISK-10	Roaldset ym. 2011a	2006	Strukturoitu	10

5.2 Psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työhyvinvointi ja terveys (Vaihe II)

Hoitajien kuvaus

Tutkimusjoukkona olivat psykiatrian alan hoitajat (N = 758) sekä ei-psykiatrian alan hoitajia (N = 4682). Psykiatrisen alan hoitajat olivat toimineet vähemmän aikaa nykyisessä tehtävässä kuin muiden alojen hoitajat (8 vs. 9 vuotta). Psykiatriassa työskenteli myös enemmän miehiä (26% vs. 6%) sekä perus- ja mielenterveyshoitajia (32 % vs. 14%) verrattuna muiden alojen hoitajiin. Psykiatriassa kokopäivätyö oli myös yleisempää kuin muilla aloilla (95% vs. 91%). (Ks. taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoitajien taustamuuttujien kuvaus psykiatrian ja ei-psykiatrian alalla

Muuttuja	Psykiatrian alan hoitajat (N = 758)	Ei-psykiatrian alan hoitajat (N = 4682)
Ikä (ka, kh)	43.96 (10.95)	43.23 (11.20)
Sukupuoli		
Mies	200 (26%)	288 (6%)
Nainen	558 (74%)	4394 (94%)
Siviilisäät		
Avoliitossa tai avoliitossa	568 (75%)	3530 (76%)
Eronnut tai asumuserossa	89 (12%)	467 (10%)
Naimaton	92 (12%)	617 (13%)
Leski	7 (1%)	46 (1%)
Ammatti		
Mth*, msh**, lähihoitaja, ph***	241 (32%)	666 (14%)
Sairaanhoitaja, esh	436 (58%)	3497 (75%)
Osastonhoitaja	81 (10%)	519 (11%)
Palvelussuhteen luonne		
Vakituisen	592 (78%)	3676 (78%)
Määräaikainen	166 (22%)	1006 (22%)
Muu		
Kuinka monta vuotta yhteensä olette ollut nykyisen sairaalan palveluksessa? (ka, kh)	13.46 (10.62)	13.67 (10.78)
Kuinka kauan olette ollut nykyisessä tehtävässä? (ka, kh)	8.01 (8.67)	9.14 (8.78)
Työn luonne		
Kokoaikatyö	722 (95%)	4214 (91%)
Osa-aikatyö	36 (5%)	426 (9%)
Tavanomainen työaikaamuoto		
Säännöllinen päivätyö	235 (30%)	1308 (27%)
Kaksivuorotyö	118 (16%)	680 (15%)
Kolmivuorotyö	367 (49%)	2370 (51%)
Säännöllinen yötyö	28 (4%)	122 (3%)
Muu epäsäännöllinen työ	9 (1%)	173 (4%)

*mth=mielenterveyshoitaja; **msh=mielisairaanhoitaja; ***ph=perushoitaja

Hoitajien työhyvinvointi

Hoitajat olivat melko samaa mieltä siitä, että he voivat hallita omaa työtään (ka 3.78, kh 0.49); psykiatrian ja ei-psykiatrian alan hoitajilla oli asiasta samansuuntainen mielipide. Työn määrä koettiin työllistävänä (ka 3.34, kh 0.86). Ei-psykiatrian alan hoitajista oli psykiatrian alan hoitajia useammin sitä mieltä, että työ vaatii erittäin kovaa työntekoa, hoitajalta edellytetään kohtuutonta työmäärää ja että heillä ei ole tarpeeksi aikaa saada töitä tehdyksi (ka 3.03 vs. 3.39, $p < 0.001$).

Hoitajien tekemää tiimityötä koskeva arvio oli samansuuntainen (ka 3.59 vs. 3.55) eikä psykiatrian ja ei-psykiatrian alueilla toimivien hoitajien käsityksissä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Sitä vastoin psykiatrian alan hoitajat olivat muita hoitajia useammin sillä kannalla, että työyksikössä toimitaan uusien ideoiden pohjalta (ka 3.29 vs. 3.12, $p < 0.001$). Edelleen hoitajat olivat eri työympäristöissä samaa mieltä työyksikön tavoitteista (ka 3.86 vs. 3.88) ja että työssä parannetaan työskentelyä ja heikkoihin kohtiin kiinnitetään huomiota (ka 3.40 vs. 3.42). Psykiatrian alan ja ei-psykiatrisen alan hoitajien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero työpaikan ihmisiin luottamisessa: useampi psykiatrian alan hoitajista oli täysin samaa mieltä kuin ei-psykiatrian alan hoitaja että työpaikalla ihmisiin voi todella luottaa (16% vs. 11%, $p=0.007$).

Vastaajat olivat usein ”melko samaa mieltä” siitä, että esimiehen toiminta oli oikeudenmukaista (ka. 2.90 vs. 2.90); ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ei-psykiatrian alalla toimivat hoitajat olivat psykiatrian alan hoitajia useammin sitä mieltä, että he kantavat työssään kuormaa (ka 3.53 vs. 3.13, $p < 0.001$). Esimerkiksi ei-psykiatrian alan hoitajilla on jatkuva tekemättömien töiden paine, liian vähän aikaa tehdä työ kunnolla, henkilökuntaa on riittämättömästi ym. Työtä ei voi tehdä yhtäjaksoisesti loppuun, työhön liittyy ristiriitaisia odotuksia tai työssä on ruuhkaa. Psykiatrian alan hoitajilla on vähemmän keskeytyksiä työtehtävissään ja he voivat tehdä työtehtäviä yhtäjaksoisesti alusta loppuun verrattuna ei-psykiatrisen alan hoitajiin. Erittäin usein tai jatkuvasti työssään keskeytyy 27% ei-psykiatrisen alan hoitajista vs. 15% psykiatrian alan hoitajista ($p < 0.001$).

Ei-psykiatrian alalla toimivien työtehtävät lisääntyvät merkitsevästi enemmän ($p < 0.001$) yli sietokyvyn verrattuna psykiatrian alan hoitajien työtehtäviin. Ei-psykiatrian alalla toimivista sietokyvyn ylittymistä koetaan melko paljon 20% vs. psykiatrian alalla toimiviin 14%.

Väkivalta- ja uhkatilanteet

Psykiatrian alan hoitajat ovat merkitsevästi ei-psykiatrisen alojen hoitajia alttiimpia tavaroiden heittelemiselle ja paikkojen rikkomiselle, henkiselle ja ruumiilliselle väkivallalle sekä aseella uhkaamiselle ($p < 0.001$). Tavaroiden heittelemistä ja paikkojen rikkomista on kokenut 46% psykiatrian alan hoitajista, kun taas ei-psykiatrian alan hoitajista tämän oli kokenut 16 % kuluneen vuoden aikana. Sanallista uhkailun uhriksi on joutunut 59% psykiatrian ja 33% ei-psykiatrian alan hoitajista. Lyömistä ja potkimista on kokenut 35% psykiatrian ja 23% ei-psykiatrian alan hoitajista. Ampumaterä- tai lyömäaseella on uhattuna ollut 5% psykiatrian ja 1% ei-psykiatrian alan hoitajista (ks. taulukko 6).

Kun tutkittiin sukupuolen, hoitajien kohtaaman väkivallan, työn luoteen (koko/osa-aikatyö) ja vuorotyön välisiä yhteyksiä voidaan todeta, että tavaroiden heittelylle, paikkojen rikkomiselle ja sanalliselle uhkailulle on riskissä nuori mies, joka on vakituisessa työsuhteessa ja tekee vuoro-, yö- tai muuta epäsäännöllistä työtä. Myös aseella uhatuksi on riskissä joutua nuori mies.

Taulukko 6. Psykiatrian ja ei-psykiatrian alan hoitajien työhyvinvointia ja väkivalta- ja uhkatilanteita koskeva vertailu

Muuttuja	Psykiatrian alan hoitajat		Ei-psykiatrian alan hoitajat	
	N	(%)	N	(%)
Työpaikallamme ihmisiin voi todella luottaa				
Täysin samaa mieltä	118	(16%)	519	(11%)
Jokseenkin samaa mieltä	357	(47%)	2244	(49%)
Ei samaa eikä eri mieltä	169	(22%)	1068	(23%)
Jokseenkin eri mieltä	94	(12%)	666	(14%)
Täysin eri mieltä	18	(3%)	146	(3%)
Jatkuvat keskeytykset, työtehtäviä ei voi tehdä yhtäjaksoisesti alusta loppuun				
Erittäin harvoin tai ei koskaan	32	(4%)	122	(3%)
Melko harvoin	133	(18%)	503	(11%)
Silloin tällöin	226	(30%)	1150	(26%)
Melko usein	247	(33%)	1604	(35%)
Erittäin usein tai jatkuvasti	116	(15%)	1271	(27%)
Eri tahojen keskenään erilaiset ja ristiriitaiset odotukset työni suhteen				
Erittäin harvoin tai ei koskaan	78	(10%)	389	(8%)
Melko harvoin	245	(33%)	1304	(28%)
Silloin tällöin	269	(36%)	1634	(35%)
Melko usein	121	(16%)	975	(22%)
Erittäin usein tai jatkuvasti	40	(5%)	339	(7%)
Työmäärän lisääntyminen yli sietokyvyn				
Erittäin vähän	138	(18%)	691	(15%)
Melko vähän	234	(31%)	1204	(26%)
Jonkin verran	240	(32%)	1407	(30%)
Melko paljon	104	(14%)	934	(20%)
Erittäin paljon	35	(5%)	417	(9%)
Tavaroiden heitteleminen, paikkojen rikkominen				
Ei	404	(54%)	3854	(84%)
Kyllä	338	(46%)	745	(16%)
Henkinen väkivalta (esim. sanallinen uhkailu)				
Ei	301	(42%)	3042	(67%)
Kyllä	424	(58%)	1474	(33%)
Ruumiillinen väkivalta (esim. lyöminen, potkiminen)				
Ei	476	(66%)	3513	(77%)
Kyllä	251	(34%)	1033	(23%)
Aseella uhkaaminen (ampuma-, terä- tai lyömäase)				
Ei	701	(95%)	4542	(99%)
Kyllä	34	(5%)	52	(1%)

5.3 Uusi työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen (Vaihe III)

Uusi käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen koostui eri osavaiheista:

- 1) fokusryhmähaastattelut (hoitajat, potilaat, omaiset),
- 2) tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analysointi,
- 3) Workshop,
- 4) osasto- ja yhteisökokoukset kokoukset.

1) Fokusryhmähaastattelut

Hoitajien ryhmähaastatteluiden tulokset

Hoitajat (N = 22) kuvasivat väkivallan kolmen pääkategorian kautta: väkivallan laukaiseva tekijä, sen kohde sekä toiminta ja toimijat väkivaltatilanteessa. Hoitajat pyrkivät ehkäisemään potilaiden väkivaltaa tulkitsemalla laukaisevia tekijöitä ja tätä kautta valmistamaan itseään kohtaamaan väkivaltainen potilas. Hoitajat kuvasivat väkivaltatilanteet moninaisina niin potilaiden kuin tekojenkin kautta. Osaston ilmapiirin kuvattiin olevan kuormittava, jolla katsottiin olevan vaikutusta hoitajien työhyvinvointiin. Kehitysehdotukset liittyivät esimerkiksi turvallisuustekijöiden lisäämiseen sekä potilasvuorovaikutuksen parantamiseen.

Potilaiden ryhmähaastatteluiden tulokset

Potilaat (N = 9) kuvasivat väkivaltaan liittyviä tunteita lähinnä negatiivisesta näkökulmasta. He kuvasivat esimerkiksi yksinäisyyden ja tylsyyden tuntemusta. Tämän lisäksi potilaat toivat ilmi, että tilanteet toivat esille liiallista kontrollia. Kehitysehdotukset potilaat kuvasivat liittyvän esimerkiksi päivittäiseen tekemiseen sekä inhimilliseen vuorovaikutukseen hoitotyössä.

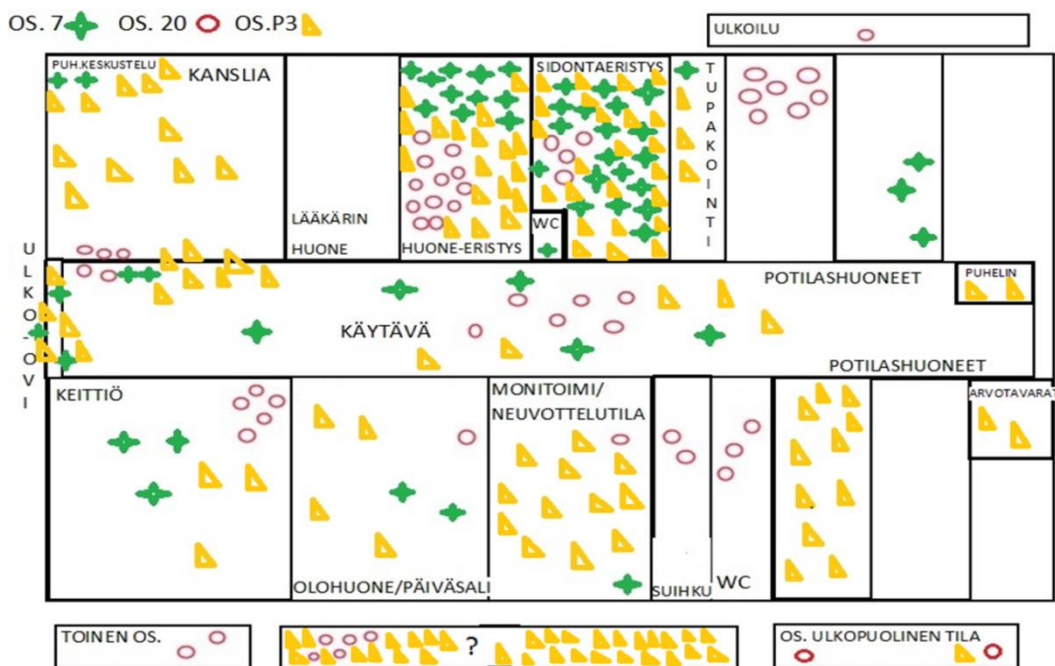
Omaisten ryhmähaastattelujen tulokset

Omaiset (N = 8) kuvasivat väkivallan prosessinomaisena kolmen luokan kautta: potilaan väkivaltainen käytös kotona, sairaalassa ja sieltä päästyä. Omaiset kuvasivat väkivallan uhkana, poikkeamana kotitilanteessa tai hallusinaatiota. Omaiset ennakoivat potilaan väkivaltaista käytöstä havainnoimalla sekä tukemalla. Omaiset pyrkivät saattamaan potilaan psykiatriseen sairaalahoitoon siten, että potilas menisi sairaalaan vapaaehtoisesti. Omaiset kuvasivat myös olleensa niin verbaalisen kuin fyysisen väkivallan kohteena. Omaisten tunnereaktiot sisälsivät esimerkiksi surun tunnetta. Mikäli potilas joutui eristykseen, omaiset tunsivat avuttomuuden tunnetta, koska eivät voineet olla potilaan tukena. Osastolla vierailua omaiset kuvasivat sekavaksi, koska omaisten roolia potilaan hoitosuunnitelmaa tehdessä ei otettu huomioon.

Kehitysehdotuksiksi omaiset kuvasivat esimerkiksi ajantasaisen tiedon antamista sekä merkityksellistä tekemistä päivään.

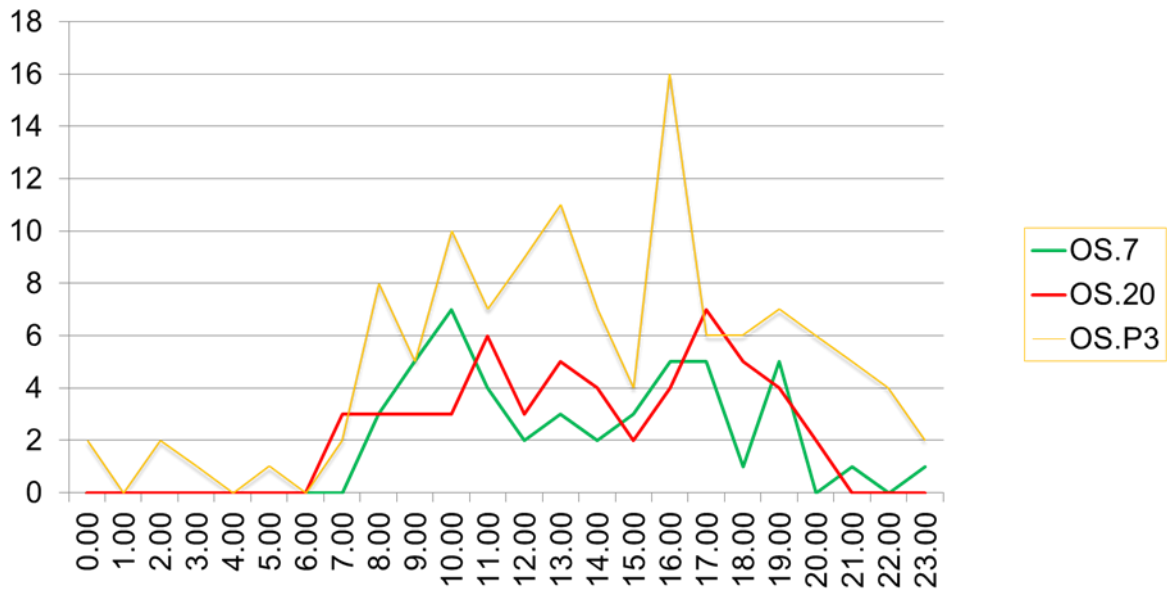
2) Tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analysointi

Väkivalta- ja vaaratilanteet sijoittuvat tutkimusosastoilla useimmiten huone- ja eristystiloihin. Ulko-oven läheisyydessä ja käytävätiloissa oli myös paljon tapahtumia. Väkivalta- ja uhkatilanteisiin liitettyissä ilmoituksissa kuvatut toimenpiteet tilanteen rauhoittamiseksi olivat yleisemmin puhumalla rauhoittaminen, rauhoittava lääkitys ja sidontaeristys. (Ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Väkivalta- ja vaaratilanteita koskeva tapahtumapaikka kuvitteellisessa osaston pohjapiirroksessa

Eri kuukausien välillä ei vaaratilanteiden esiintymisessä ollut havaittavissa trendejä. Väkivalta- ja vaaratilanteet ajoittuvat erityisesti aamuvuorossa klo 10 ja 11 välille sekä iltavuorossa klo 16 ja 19 väliseen ajankohtaan. Yöaikaan osastoilla oli vain yksittäisiä vaaratilanteita. (Ks. kuvio 4.)



Kuvio 4. Väkivalta- ja vaaratilanteiden tapahtuma-ajat

3) Workshop

Workshopissa henkilökunnalle esiteltiin väkivalta- ja vaaratilanteita koskevan analyysin tulokset (24.10.2013). Esittelyjen jälkeen osallistujat (n=25) jaettiin neljään ryhmään ja he saivat pohdittavakseen kysymykset koskien potilaiden aggressiivisuuteen ja osaston ilmapiiriin sekä näitä koskevat ratkaisuehdotukset. Osastot tunnistivat erilaisia ongelmakohtia ja esittivät erilaisia ratkaisuja niihin. Ongelmat liittyivät esimerkiksi hoitajien toimintaan, osaston käytäntöihin, osaston ilmapiiriin ja henkilökunnan ajoittaisen vähyyteen. Nimettyihin ongelmiin esitettiin erilaisia, mm. henkilökunnan osaamiseen ja tilojen rakenteisiin liittyviä ratkaisuja. Hoitajien ja esimiesten kuvaamat ongelmat ja ratkaisuvaihtoehdot on kuvattu taulukossa 7.

Taulukko 7. Osastojen henkilökunnan esittämiä ongelmia ja ratkaisuvaihtoehtoja osaston levottomuuden hallintaan

ONGELMAT	RATKAISUVAIHTOEHTOJA
Lievään aggressiivisuuteen reagoidaan liian voimakkaasti; Hoitajien ajoittainen provosoituminen.	Ammatillinen, rauhallinen henkilökunta; aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan yksilöllinen hoito; sovituista asioista kiinnipitäminen
Loma-ajat, viikonloput ja osaston korkea täyttöaste vaikeuttavat tilanteen hallintaa; vähäinen miehitys vaikeuttaa tilanteiden ennakkointia.	Yhdenhengen huoneet, yhteishuoneisiin sijoitettaessa mietitään potilaiden soveltuvuutta olla huonetovereina.
Raporttien ajaksi vaikea irrottaa hoitajaa osaston puolelle	Vältetään syyllistämistä ja syyllistymistä
Ilmapiiri kärsii jatkuvasta varuillaan olost	Nopeat riskinarvioinnit potilaille pian osastolle tulon jälkeen
Aktiviteettien puute, erityisesti ilta-aikaan	Moniammatillinen tiimi mukaan aktiviteettien suunnitteluun
Aggressiiviset potilaat vievät hoitajien aikaa muilta potilailta	Tilojen ajanmukaisuus; potilaiden kanssa keskustelu ja lisäinformaatio esim. jos potilas pelottaa muita
Aikataulumuutokset aiheuttavat pettymyksiä potilaille	Tiedon siirtyminen eri vuorojen välillä
Potilaat eivät tunne osaston sääntöjä	Uusien potilaiden perehdyttäminen osastolle; yhteiset säännöt osastolla joista joustetaan inhimillisesti
Omaiset provosoivat potilaita; joudutaan rajaamaan vierailuja	Henkilökunnan näkyvyys, läsnäolo
Päihteiden käyttö	Päihteettömyyden seuranta

Henkilökunnan ryhmätyön perusteella nimettiin osastojen yhteisiksi kehittämisalueiksi seuraavat ongelmat ja kehittämisteemat:

- osaston tilat
- yhteisraportointiin käytetty aika
- potilaiden viikkosuunnitelman puute
- potilaiden virikkeettömyys ja aktiviteettien puute
- väkivaltariskin arvioinnin puute
- potilaiden ja omaisten informointi sekä
- potilaiden osallisuus hoidossa.

4) Osasto- ja yhteisökokoukset

Osastot jatkoivat kehittämisalueiden käsittelyä omilla osastotunneillaan sekä potilaille ja hoitajille pidetyissä, tutkijavetoisissa osastokokouksissa. Osastot nimesivät käyttöönotettavat toimenpiteet eli uudet työmenetelmänsä sekä pitkän tähtäimen kehittämisalueensa, jotka he esittelivät hankkeen toisessa Workshopissa (13.2.2013).

Kaikkiin nimettyihin kehittämisalueisiin kohdistui myös pidemmällä aikavälillä toteutettavia toimenpiteitä. Potilaiden virikkeitä oli lisätty ja suunniteltiin lisättävän mm. erilaisilla ryhmätoiminnoilla ja hankinnoilla. Osastojen tiloihin toteutettiin ja suunniteltiin erilaisia rakenteellisia muutoksia ja tiloille otettiin uusia käyttötarkoituksia. Henkilökunnan läsnäolon ja saatavuuden parantamiseksi löydettiin erilaisia ratkaisuja, joista osa oli jo toteutettu. Toteutetut ja suunnitellut toimenpiteet on yksilöity taulukossa 8.

Taulukko 8. Toteutetut toimenpiteet lyhyellä ja pitkällä aikavälillä

TOTEUTETUT TOIMENPITEET	PITKÄLLÄ AIKAVÄLILLÄ TOTETUTETTAVAT TOIMENPITEET
Raportointiaikojen lyhentäminen, aamuvuorolle raportti vain uusista potilaista	Kohdenetut raportit
Henkilökunnan ruokailuaikojen porrastaminen	Tehdään uusia tavarahankintoja (esim. tietokone), korjataan rikkimenneet tavarat
Vastuuhoitajien esittäytyminen potilaille vuoron alussa	Uusien ryhmien perustaminen
Ammatillisen ja asianmukaisen käyttäytymisen vahvistaminen	Säännöllinen yhteydenpitoa potilas-omaisjärjestöihin
Tavarahankintoja (TV, Kuntopyörä)	Omahoitajakeskustelut suunnitelmallisesti, sovittuina ajankohtina
Tupakkahuoneen maalaus	Hoitotyön suunnitelmien päivittäminen kuukausittain
Liinavaatekomeron ja pyykinpesuhuoneen pitäminen avoimena potilaille	Potilaspalautteiden käsittely systemaattisesti
Viikkosuunnitelma käyttöönotto	Äänieristeiden lisääminen
Psykiatrisen hoitotahdon käyttöönotto	Perhehuoneen käyttöönotto sairaalassa
Ylilääkärin huonekierrot	Omaisten osallisuuden lisääminen esim. omaisiltojen muodossa
Tavarahankinnat (TV; kuntopyörä)	Henkilökunnan lisäkoulutukset
Eristyshuoneen hyödyntäminen rauhoittumishuoneena	DASA-mittarin systemaattinen käyttö
Uusien ryhmien perustaminen	Hoitofilosofisen ja hoitokäytäntöjä koskevan keskustelun ylläpitäminen
Yhden hengen potilashuoneet aina mahdollisuuksien mukaan	Potilasesitteen laatiminen
Matkapuhelinten ja mp3-soitinten salliminen	Rakenteellisia muutoksia osaston tiloihin
Lääkkeen jaon muuttaminen vähemmän virhealttiiksi	Turvallisuuden lisääminen
Osaston sääntöjen muuttaminen sallivammiksi potilaille	Asennemuutokset henkilökunnan keskuudessa

5.4 Uuden työmenetelmän hyväksyttävyyden, toimivuus ja vaikutukset (Vaihe IV)

Tutkimusosastojen toimintaa kuvaavat perustiedot

Kolmen tutkimusosaston (os. P3 HYKS Jorvi; os. 7 HYKS Psykiatriakeskus; os. 20 Kellokosken sairaala) toimintaa kuvaavat tiedot on esitetty taulukossa 9. Jo hankkeen alussa eli vuonna 2012 osastojen toiminta erosi merkittävästi toisistaan. Jorvin sairaalassa osastolla P3 oli vain 12 sairaansijaa kun Kellokosken sairaalan osastolla 20 sairaansijaa oli 18. Osastojen kuormitusprosentti vaihteli 87.8% yli 100 prosenttiin (101%). Samoin potilaiden hoitoajan pituus vaihteli vajaasta 9 päivästä lähes 100 päivään (97 päivää). Myös miesten ja naisten osuus vaihteli osastoittain. Lähes kaikki potilaat olivat kuitenkin psykiatrisen hoidon tarpeessa; suurin osa potilaista oli hoidossa vastoin omaa tahtoaan. (taulukko 9.)

Taulukko 9. Tutkimusosastojen luonne ja työskentely vuonna 2012

	Jorvin sairaala os P3	Helsingin klinikkaryhmä os 7	Kellokosken sairaala os 20
sairaansijamäärä	12 (alk.lokakuu 2012)	16	18
kuormitusprosentti	87.8	89	101
osaston koko	nettohp:t 4269, potilaat 423	nettohp:t 5229, potilaat 46	nettohp:t 66601, potilaat 52
potilaiden hoitoajan pituus	8.6 pv	97 pv	70.95 pv
potilaiden keski-ikä, nuorin ja vanhin (vuosina)	keski-ikä 39 vuotta nuorin 18 vuotta vanhin 88 vuotta	keski-ikä 35 vuotta nuorin 20 vuotta vanhin 77 vuotta	keski-ikä 33 vuotta nuorin 18 vuotta vanhin 65 vuotta
potilaiden sukupuolijakauma	miehiä 43.6% naisia 56.4%	miehiä 71% naisia 29%	miehiä 69% naisia 31%
potilaiden yleisimmät diagnoosit, ICD-10 mukaan 3 yleisintä dg ja %	F29: 30.1% F20: 20.8% F20.3: 12.8%	F29: 17% F20: 15% F20.3: 10%	F20.00: 33.33% F20.9: 12.82% F29: 7.69%
potilaisiin kohdistettujen pakkotoimien määrä (kpl) tyypeittäin, eristysten ja sitomisten kestot (saatavissa olevien tietojen mukaan)	100: 42 kpl 200: 58 kpl 400: 83 kpl (27h) 500: 22 kpl (12h) 700: 1kpl 900: 4 kpl	100: 10 kpl 200: 20 kpl 400: 27 kpl (315 h 40 min) 500: 8 kpl (38 h 24 min)	100: 8kpl 200: 79kpl 400: 44 kpl (3699h 2min) 500: 8kpl(311h 1 min) 600: 15kpl 700: 11kpl 800: 1kpl 900: 18kpl
*potilaiden tulotapa osastolle (M1, vapaaehtoisesti, muu) %	75% M1	90% M1 10% vapaaehtoisesti	100% virka-aikaan
pot. tulotapa os. (suunnitellusti, päivystysluontoisesti) %	Päivystysluontoisesti 100 %	Suunnitellusti 98%	Suunnitellusti 100%
osastolle tulo	Päivystysaika 66% Virka-aika 34%	95% virka-aikaan 5% päivystyksellisesti	100% virka-aikana
* tahdosta riippumattoman hoidon kesto	ei tilastotietoa	ei tilastotietoa	ei tilastotietoa

Tiedot poimittu HUS Cressidasta ja osa Ecomedista.

* osastojen arvio, ei tilastoihin perustuva tieto

Uuden menetelmän hyväksyttävyyden ja toimivuuden organisaation näkökulmasta

Uuden työmenetelmän hyväksyttävyyttä, toimivuutta ja vaikutuksia tarkasteltiin eri menetelmillä ja eri vaiheissa prosessina hankkeen edetessä. Taulukossa 10 tuodaan esiin eri keinot, joilla hankkeen hyväksyttävyyttä ja toimivuutta sekä muutosten vaikutuksia

arvioitiin eri projektidokumenttien avulla. Yhteenvedo osoittaa taulukossa 10, että hankkeeseen suhtauduttiin alussa jännittäen ja pessimistisen odottavasti. Henkilökunta odotti perinteisesti, että heille tulee ylimääräistä työtä hankkeesta. Kun toimintamuoto osoittautui yhteistoiminnalliseksi ongelmien nimeämiseksi ja niitä koskevien ratkaisuvaihtoehtojen etsimiseksi henkilökunnan, tutkijoiden ja potilaiden välisenä yhteistyönä, suhtautuminen alkoi vaihdella skeptisestä positiiviseen. Hanke koettiin ajoittain kuormittavana ja muutosvastustusta esiintyi. Henkilökunta alkoi esimerkiksi epäillä, että osastossa tapahtuvat pienetkin muutokset vaarantavat potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden, jonka vuoksi niitä on syytä välttää. Muutosten tapahduttua pikkuhiljaa henkilökunta onkin huomannut niiden myönteiset vaikutukset osaston ilmapiiriin, turvallisuuden tunteeseen ja yhteistoiminnan kehittymiseen osastolla.

Taulukko 10. Uuden menetelmän hyväksyttävyyden, toimivuuden ja muutoksen vaikutukset

AIKA	HYVÄKSYTTÄVYYS	TOIMIVUUS JA MUUTOKSEN VAIKUTUKSET
Työryhmäkokous 27.8.2012	Fokusryhmähaastattelut vähän jännittävät, motivoitu osallistumaan Lääkäriin linja tärkeä tutkimuksen kannalta	Ohjausryhmä tyytyväinen hankkeen konkreettisuuteen
Työryhmäkokous 25.9.2012	Tunnelma pessimistisen odottava, epäilevyys tuoko hanke jotain uutta, suhtautuminen hankkeeseen positiivisempi kuin moneen muuhun. Tulokset kiinnostavat hankkeeseen osallistujia.	Ei erityistä palautetta fokusryhmähaastatteluista. Positiivista palautetta fokusryhmähaastatteluista. Haastattelut ja kysymykset hyviä, synnyttivät keskustelua myös haastatteluiden jälkeen. Haastatteluiden aineisto vaikuttaa rikkaalta.
Työryhmäkokous 24.10.2012		Missä hanke on? Infoa odotetaan lisää. Muutama kyselylomakkeen kohta vaikea ymmärtää.
Työryhmäkokous 21.11.2012	Suhtautuminen vaihtelee skeptisestä positiiviseen. Paljon keskustelua: tiedetään mitä miksi ollaan tekemässä. Kyselyjen anonyymiteetti puhuttanut. Epäilyä siitä, että osastovierailuiden potilastapaamiset aiheuttavat potilaille tunteen, että henkilökunta ei pysty huolehtimaan heidän turvallisuuttaan. Henkilökunta innostunut.	Haastattelua pidettiin kyselylomakkeita parempana tapana kerätä tietoa. Tiedonkulkua kehitettävä. Kehittämiskohteiksi nimetty päihteisiin liittyvät ongelmatilanteet, hoitotahdon käyttäminen, tilaratkaisut, rajoitustoimet, henkilökunnan turvattomuus. Vuorovaikutukseen liittyviä menetelmiä kaivataan, väkivaltamittarin käyttöönottoa mietitty.

	Keskustelua siitä, mitä henkilökunta on valmis tekemään muutoksen eteen. Väsymystä kyselyihin.	
Työryhmäkokous 19.12.2012	Suhtautuminen pääosin positiivista. Sitoutuminen vaihtelevaa. Hanke koetaan kuormittavana. Osallistumisen vapaaehtoisuus puhututtaa. Osastolla kahtia jakautunutta suhtautumista.	Potilaan osallisuus koettu olevan osa nykypäivää. Tärkeää kaikkien sitoutuminen, moniammatillinen osallistuminen, tiedottaminen ja säännöllinen raportointi tuloksista ja etenemisestä. Ohjausryhmä tyytyväinen hankkeen etenemiseen ja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Korostettu esimiesten sitoutumisen tärkeyttä, hankkeen priorisointia ja vastustajien mukaan saamista. Ehdotettu tarkistuslistan kehittämistä hankkeen tiimoilta. Pohdintaa, miten hoitotyön sisältö voidaan tuoda enemmän esille, miten potilaiden viikko-ohjelmaan voidaan lisätä yksilöllistä toimintaa ja miten potilaiden ja hoitajien välistä luottamusta voidaan rakentaa. Keskustelua ohjausryhmän korostamasta tiedottamisesta ja viestinnästä: toivottu laajempaa tiedottamista myös muiden kuin tutkijoiden toimesta. Mietitty eri julkaisukanavia.
9.1.2013 Hoitaja- kokous		Päätetty ottaa toinen erityishuoneista rauhoittumis-huoneeksi; potilaat voivat toiveestaan päästä huoneeseen viettämään omaa aikaa ja ottaa halutessaan omia tavaroita mukaan. Uusi ryhmätila saadaan potilaskäyttöön. Potilaille jaetaan jo tulotilanteessa osaston viikko-ohjelma. Perustetaan leivontaryhmä- ja kuntoiluryhmät. Laaditaan omaisesite. DASA:n käyttöönottoa arvioidaan. Pohditaan psykiatrisen hoitotahdon käyttöönottoa. Omahoitajakokoukset säännöllisiksi, merkitään ajankohdat kalenteriin ja viikko-ohjelmaan. Säännölliset omahoitajakeskustelut voivat vähentää potilaiden kuvaa autoritäärisestä hoitajasta. Puhuttanut potilaiden pelko tulla kansliaan puhumaan hoitajille: pyritään muuttamaan ilmapiiriä ystävällisemmäksi.
16.1.2013 Potilas- kokous/ hoitaja- kokous		Potilaiden toiveita: erilaisia hankintoja (nyrkkeily-säkki, biljardipöytä, uusia mikrofoneja Singstariin, pingispöytä, bingolaitetta, toimivat ompelukoneet ja kuntopyörä), aktiviteettitilaa, vertaistukiryhmien kokoontumisia osastoilla. Hoitajien kehittämistoimenpiteitä ja -ehdotuksia: järjestetty ylimääräinen kirjaamis-/keskustelutila ja tila kahdenkeskeisille keskusteluille, pesukonehuoneen ja liinavaatevaraston ovet pidetään auki potilaille, pyritään lisäämään äänieristystä, rauhoitetaan lääkkeenjako huone, maalataan tupakkahuone potilaiden toimesta, asennettu eristykseen hälytysnappi, hiljainen raportointi käyttöön, työn suunnitelmallisuuden lisääminen, lisää aikaa omahoitajatyöskentelyyn, osaston puolella aina henkilökuntaa, sovitaan vuoroista, aamuhoitaja kiertää iltahoitajan kanssa; iltahoitaja esittäytyy potilaille, potilaille viikkosuunnitelma käyttöön, ulkoiluryhmät joka päivälle, leipomista ja ruoanlaittoa viikonloppuisin, potilastoimikunnan kummitoiminnan lisääminen, omahoitajakeskusteluiden lisääminen; omahoitajakeskustelun luonteesta ja sisällöstä sopiminen, hoitajille koulutusta potilaiden, väkivaltamittareiden käyttöön, potilasesitteen päivittäminen, ensimmäiselle hoitoviikolla omahoitajan valinta, hoitotyön suunnitelma, uuden potilaan perehdytys, säännöllinen keskustelu osaston toimintatavoista, aamu- ja yhteisökokousten teemoittaminen, puhuttavien aiheiden mukaan, lupa-asioiden miettiminen yhdessä omahoitajan ja lääkärin kanssa, ylihoitaja säännöllisesti aamukokouksiin, henkilökunnan ammatillinen käyttäytyminen osastolla, asioista puhuminen omaisten kanssa, potilaspalautteiden käsittely aamu-kokouksissa; kerrotaan mitä tehty palautteiden johdosta, annetaan enemmän myönteistä palautetta potilaille, rohkaistaan ja motivoidaan.
16.01.2013	Ajankohta hyvä	Ideota saatu ihmisiltä yksilöllisesti, mutta yhteiset kokoukset koettu

Työryhmäkokous	kehittämislle Suhtautuminen aaltoilevaa; innostunutta lähtöä seurannut uskon puute. Positiivien asenne; aluksi pelätty ulkoapäin sanelua.	haasteellisiksi. Hanke kokonaisuutena mennyt hyvin: yksiköiden toiveita kuunneltu, jalkautumista osastoille, potilaita tavattu konkreettisesti. Hoitajilta ja potilailta saatu hyviä kehittämideoita, joita jo toteutettu
24.01.2013 Potilas- kokous/ Hoitajakokous		Potilaiden toiveita: enemmän tekemistä osastolle, esim. askarteluhuone, päiväsuunitelma/-ohjelma, jossa yksilöllistä ja yhteisöllistä ohjelmaa, lisää kirjoja, esim. kirjastokärry, enemmän omaisten käyntejä ja omahoitajan tapaamisia, osallisuuden lisääminen jatkopaikan valinnassa, kotiuttaminen asteittain, tekstiviestipalvelu kotona pärjäämisen tueksi. Hoitajien kehittämistoimenpiteitä ja -ehdotuksia: osastolle saatu kamera, ehdotetaan kuntoilutilan käyttöönottoa, omahoitajakeskusteluiden sopiminen etukäteen, päiväohjelman sisällyttäminen potilasesitteeseen, aamukokouksen sijaan huoneissa kiertäminen, vastuuhoidtajien esittäytyminen potilaille jo aamulla, osastolla saa käyttää Mp3-soitinta ja kännykkää. Uusi TV hankittu. Kirjoja jonkin verran osastolla; niitä tarjotaan aktiivisemmin potilaille, kutsutaan omaiset ja kotipolit aktiivisemmin mukaan.
13.2.2013 Työryhmäkokous	Hanke jäänyt hieman muiden muutosten jalkoihin, hanke ei ole ollut pinnalla eikä ykkösprioriteetti. Osallistumisen pakollisuus puhuttanut. Hanke esillä potilaiden ja henkilökunnan keskuudessa. Seurannut positiivisia muutoksia, joihin henkilökunta sitoutunut. Osallistumiseen liittynyt kritiikkiä. Kehitys lähtenyt liikkeelle, muutoksia pikkuhiljaa. Hanke ollut enemmän henkinen muutos hoitajille; asioita ajatellaan enemmän potilaiden kannalta. Työskentelyilmapiiri muuttunut ilman suurta vastarintaa. Osa kokenut turvattomuutta; hankkeelle koettu tarvetta. Hanke sopinut hyvin yhteen samanaikaisten muiden muutosten kanssa, osastolla muutosvalmiutta. Huomattu, että muutos ei olekaan ”niin kauheata.”	Potilaat olleet tyytyväisiä, Potilaat tyytyväisiä, että saaneet olla mukana ja tulleet kuulleeksi. Potilaat kokeneet tapahtuneet muutokset tärkeiksi. Potilaat kokeneet positiiviseksi tapahtuneet muutokset. Positiivista palautetta hankkeen käytännönläheisyydestä. Hankkeessa varattu tarpeeksi aikaa muutosten juurruttamiseen. Potilaat huomanneet muutokset ja raportoineet niistä osastovierailuilla. DASA:n käyttöönottoon suhtauduttu positiivisesti; mittarilta toivotaan helppoutta ja nopeutta. Tutkijakäynnit koettu hyödylliseksi ja niitä päätetty jatkaa. Potilaan kokemukset kuulluksi tulemisesta ja turvallisuudesta lisäävät henkilökunnan työturvallisuutta ja hyvinvointia. Hyvä, että muutos tulee käytännöntasolta, eikä valmiista mallista.
20.3.2013 Työryhmäkokous	Hyvin suhtauduttu; tehty muutoksia (televisio hankittu, ryhmättila, aktiviteetteja lisätty, kuntosali...). Hoitajien asenteet muuttuneet	Potilaat kiittävät muutoksista. Potilaan aito osallistuminen lisääntynyt. Kaikki sujunut suunnitelmien mukaan. Raporttiajat lyhentyneet. Hankkeen myötä asiat elävät osastolla.

	positiivisemmiksi, positiivinen lataus. Lääkärit tulleet enemmän mukaan, ollaan kiinnostuneita. Myönteinen suhtautuminen DASA-mittariin.	
17.4.2013 Työryhmäkokous	Suhtautuminen vaihtelee positiivisesta negatiiviseen. Yhteisökokouksiin osallistuttu aktiivisesti. Suhtautuminen hyvää, tehty muutoksia. Henkilökunnan asenteet muuttuneet koko ajan positiivisempaan ja rakentavampaan suuntaan. Yhteisökokoukset koettu positiivisena.	Hanke edennyt suunnitelmien mukaan. Ohjausryhmä antanut positiivista palautetta hankkeen aikaansaannoksista ja käytännönläheisyydestä. Ohjausryhmä toivonut hankkeelle lisää julkisuutta.
17.4.2013 Yhteisökokous		Potilaiden mietintöjä: miksi biljardia ei saa pelata iltapalan jälkeen, miksi potilaita ei käydä tervehtimässä vuoron alussa; toivotaan hoitajien esittäytymistä, miksei potilaiden kanssa puhuta hyvin menneistä asioista, hoitajat enemmän näkyvillä ja potilaiden kanssa nykyään Hoitajien ajatuksia: hoidon tarkoitus tarjota struktuuria ja rajoja, ei virikkeitä, ”miksi kaikki muutokset kerralla?”, keskustelu oli ennen avoimempaa (potilaiden läsnä ollessa hoitajat eivät halunneet keskustella kaikista teemoista).
23.4.2013 Yhteisökokous		Potilaiden mietintöjä: pitäisikö potilas ensin tutkia vai lääkitä, lääkärin jatkuva vaihtuvuus, mitkä potilaan oikeudet, mitä potilaat voivat tehdä osastolla yhdessä, toivotaan lisää aktiviteetteja, juttelu potilaan kanssa, tervehtiminen henkinen tuki, henkilökunnan lähestyttävyyttä koetaan tärkeäksi. Hoitajien ajatuksia: rapotteja voitaisi lyhentää; aamuraportit jo lyhentyneet, lisää ryhmiä osastolle tulossa, tilataan uusi jalkapallopele rikkoutuneen tilalle, omaisesite työn alla
15.5.2013 Työryhmäkokous	Tehdyt muutokset koetaan pysyviksi; muutoksia ei koettu ongelmina. Etukäteen ollut kauhukuvia muutoksen onnistumisesta.	Tehdyt muutokset rauhoittaneet osastoa. Potilaiden osallistuminen keskusteluihin vaihtelevaa. Hyvä, että hankkeessa ollut mahdollisuus kokeilla erilaisia tapoja. Hankkeeseen sitoutuminen yleisellä tasolla hyvää.
12.9.2013 Työryhmäkokous	Positiivinen mieliala säilynyt, ei soraääniä. Henkilökunnan suhtautuminen positiivista. Osaston lakkauttaminen vaikuttaa suhtautumiseen; suhtautuminen DASA:an välinpitämätöntä, soveltaminen ”oikeisiin” potilaisiin jäänyt. Moniammatillisissa tiimeissä suhtautuminen DASA:an myönteistä.	DASA-arviointi tulee jälkijunassa, on jo toimittu ennakoivasti; ei ole palveluttu tarkoitusta mihin suunniteltu. DASA:n arvioidaan parantavan kirjaamista. DASA ei vastaa akuuttitilanteeseen. Potilaiden keskuudessa epäilyjä tutkimuksen tarkoituksesta. Potilailla vaikeuksia hahmottaa suostumuslomakkeen tarkoitusta. Potilaat kiinnostuneet DASA:sta. DASA puhuttanut kovasti potilaita. Yhteisökokoukset edistäneet potilaiden ymmärrystä hoidosta. Kokosten ulkopuolinen vetäjä koettu hyväksi: potilaat ja henkilökunta tasa-arvoisessa asemassa. Potilaille tärkeää ylihoitajien ja ylilääkärin osallistuminen yhteisökokouksiin

22.8.2013 Työryhmä- kokous	Osaston toiminta loppuu; henkilökunnan motivointi uuden mittarin käyttöön vaikeaa	Moni potilas ei uskalla osallistua yhteisökokouksissa; samat potilaat äänessä. Avoimet kysymykset vaikeita. Tärkeintä, että potilaat läsnä ja keskustelua syntyy jälkikäteen. Ilmapiiri kokouksissa hyvä. Potilaat suhtautuneet DASA:an myönteisesti. Ohjausryhmän palaute positiivista: hanke edennyt suunnitelmien mukaan.
9.10.2013 Työryhmä- kokous	Muutokset ja kehitys ollut positiivista. Asioita, joita aiemmin vastustettu, ei haluta enää muuttaa. Alkuun vastarintaa, mutta muutos koettu hyväksi. Alussa ei tiedetty mitä tulossa; hankkeen edetessä vastusta ei ole havaittu enää. Alussa muutoksiin liittynyt vastustus vähentyneet, muutoksiin luotetaan enemmän.	Hankkeelle ollut tilausta, hankkeella hyvä ajoitus. Lomakkeisiin vastanneet mietityttäneet: henkilöityvätkö vastaukset? Työllistävätkö kovasti? DASA ollut nopea täyttää. Käyty hyviä keskusteluja potilaan kanssa DASAan liittyen. DASA-arvio tulee jälkijunassa; tilanteeseen ehditty jo reagoida. DASA hyvä uusille ihmisille ja opiskelijoille; sisältää kohtia, joihin hyvä kiinnittää huomiota. Potilaat jopa loukkaantuneet DASA-pisteytyksestä; miettineet hoitajien pisteyttämistä. Asteikko 0-1 koettu liian pelkistetyksi; toisaalta asteikko 0-5 veisi liikaa aikaa. Pisteiden ei koeta kuvastavan todellista tilannetta. DASA:n ei ole koettu sopivan työn luonteeseen. DASA:ssa puutteita: esim. pelottavien ilmeiden arviointi. Hanke saanut päättyessään hyvää palautetta: yhteiset keskustelut ja potilaiden kuuleminen positiivista. Potilastyytyväisyys vähentää väkivaltatilanteita ja sitä kautta hoitajien työhyvinvointia. Hoitajien yhteistyö ja vuoropuhelu lisääntynyt. Hankkeen myötä paljon uusia kehittämismuutoksia. Yhteisökokoukset toivotaan pysyviksi osastoille.

Uuden menetelmän vaikutukset henkilökuntakyselyn perusteella

Uuden menetelmän merkitystä osastoilla tarkasteltiin hoitajakyselyn avulla. Raportissa puhutaan vaikutuksista, vaikkakin tiedossa on, että varsinaista vaikuttavuustutkimusta ei hankkeessa tehty. Pienimuotoisen tutkimuksen tulokset on raportoitu alku- ja lopputilanteen perusteella. Tilastollisia vertailuja eri ryhmien sisällä tai välissä ei tehty aineiston pienuuden vuoksi.

Hoitajien taustatietojen kuvaus

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien taustatietoja verrattiin alku- ja lopputilanteessa. Ryhmät näyttävän olevan melko samanlaisia taustatietojensa suhteen hankkeen alussa sekä loppuvaiheessa. Näin on huolimatta siitä, että hoitajien keskuudessa tapahtui hankkeen olemassa olon aikana muutoksia. Poikkeuksena on sukupuoli: naisia oli loppumittauksessa selvästi enemmän kuin alkumittauksessa. Vastaajien taustamuuttujien kuvailu hankkeen alku- ja loppuvaiheessa on kuvattu taulukossa 11.

Taulukko 11. Hoitajien taustamuuttujien kuvaus hankkeen alussa ja lopputilanteessa

Muuttuja	Alkutilanne (N = 105)	Lopputilanne (N = 90)
Ikä (ka, kh)	41.28 (10.16)	43.03 (10.18)
Sukupuoli		
Mies	48 (46%)	38 (42%)
Nainen	57 (54%)	52 (58%)
Siviilisäätö		
Avoliitossa tai avoliitossa	75 (73%)	62 (70%)
Eronnut tai asumerossa	19 (18%)	19 (21%)
Naimaton	8 (8%)	7 (8%)
Leski	1 (1%)	1 (1%)
Ammatti		
Mth*,msh**,lähihoitaja,ph***	37 (35%)	27 (30%)
Sairaanhoitaja, esh	64 (61%)	58 (64%)
Osastonhoitaja	4 (4%)	5 (6%)
Palvelussuhteen luonne		
Vakituisen	83 (79%)	74 (82%)
Määräaikainen	21 (20%)	15 (17%)
Muu	1 (1%)	1 (1%)
Kuinka monta vuotta yhteensä olette olleet nykyisen sairaalan palveluksessa (kuukausina) (ka, kh)	87.99 (95.87)	97.05 (99.84)
Kuinka kauan olette olleet nykyisessä tehtävässä (kuukausina) (ka, kh)	8.01 (8.67)	137.77 (109.39)
Työn luonne		
Kokoaikatyö	91 (91%)	85 (94%)
Osa-aikatyö	9 (9%)	5 (6%)

*mth=mielenterveyshoitaja; **msh=mielisairaanhoitaja; ***ph=perushoitaja ;
vastaajien määrä vaihtelee kysymyksittäin

Hoitajien työhyvinvointi

Hankkeen alkutilanteessa puolet (50%) tutkimusryhmän hoitajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he voivat tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä; 66% kontrolliryhmän hoitajista oli samaa mieltä. Hankkeen lopussa 53% tutkimusryhmästä oli asiasta vielä täysin tai jokseenkin samaa mieltä, kun kontrolliryhmässä näin ajatteli edelleen 66%. Sekä tutkimus- että kontrolliosastolla useimmat osastolla olevat hoitajat olivat sitä mieltä hankkeen lopussa, että heillä oli sanavaltaa päätöksissä. Molemmissa ryhmissä kokemus tehtävien rutiinimaisuudesta oli pienempi loppumittauksessa. Tutkimusryhmän hoitajien käsitys työn edellyttämien uusien taitojen oppimisesta oli yleistynyt. Samoin ajatus siitä, että työssä saa tehdä paljon erilaisia asioita. Myös käsitys työmäärän kohtuuttomuudesta oli vähentynyt tutkimusryhmässä, kun taas

kontrolliryhmässä kyseinen ajatus oli yleistynyt alkumittaukseen verrattuna. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Tutkimus- ja kontrolliryhmän hoitajien käsitykset työstä ja työyhteisöstä hankkeen alku- ja loppuvaiheessa (alkutilanne n=105, lopputilanne n=90)

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Itsenäisten päätösten teko	50	53	66	66
Paljon sananvaltaa omiin töihin	47	58	58	64
Hyvin vähän vapautta päättää mitä tekee	59	56	74	68
Työ edellyttää luovuutta	83	74	84	81
Työhön kuuluu paljon samanlaisia tehtäviä	77	46	83	49
Työ vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja	85	80	88	89
Työ vaatii uusien asioiden oppimista	83	89	97	94
Työssä saa tehdä paljon asioita	72	100	69	85
Omien kykyjen kehittäminen	58	61	86	81
Työ vaatii erittäin kovaa työntekoa	46	43	60	63
Kohtuuton työmäärä	50	44	27	42
Ei tarpeeksi aikaa saada töitä tehdyksi	27	19	14	10

*Yhdistetty väittämät täysin tai jokseenkin samaa mieltä

Tutkimusryhmän hoitajien käsitys tiedon jakamisesta oli myönteisempi hankkeen lopussa kuin alussa. Kontrolliosastolla asiasta täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä olevien hoitajien suhteellinen osuus oli pienempi hankkeen loppupuolella alkutilanteeseen verrattuna. Ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisen tunteen kokoneiden määrä oli vähentynyt molemmissa ryhmissä, samoin ajankäyttö uusien ideoiden etsimiseen sekä yhdessä toiminen uusien ideoiden etsimiseksi. Sitä vastoin keskinäinen luottamuksen tunne kaikissa hoitajissa oli yleistynyt hankkeen loppuvaiheessa. (Ks. taulukko 13.)

Taulukko 13. Yhteistyö osastolla

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Toisten ajan tasalla pitäminen	98	97	97	95
Tietoa pyritään jakamaan yksikön sisällä	87	92	98	93
Yhdessä toimimisen asenne	83	81	93	98
Ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen	60	58	91	83
Työntekijöistä huolehtiminen	37	53	81	85
Tuoreiden työtapojen etsiminen	41	31	56	57
Ajankäyttö uusien ideoiden etsimiseen	45	39	61	54
Yhdessä toimiminen uusien ideoiden toteuttamiseksi	43	39	77	57
Ihmisiin luottaminen työpaikalla	72	91	81	98

*Yhdistetty väittämät täysin tai jokseenkin samaa mieltä

Hankkeen loppuvaiheessa sekä tutkimus- että kontrolliryhmässä oli alkutilannetta enemmän hoitajia, jotka kokivat, että työyksikön jäsenillä on ymmärrystä työyksikön tavoitteista. Kokemus tavoitteiden saavutettavuudesta oli myös korkeampi hankkeen lopussa molemmissa ryhmissä, samoin tavoitteiden hyödyllisyys sekä parannusehdotusten huomioiminen. (Ks. taulukko 14.)

Taulukko 14. Yksikön tavoitteet ja toiminnan arviointi

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Ymmärrys yksikön tavoitteista	56	67	88	87
Tavoitteiden kannattaminen	68	69	96	94
Tavoitteiden saavutettavuus	55	44	91	83
Tavoitteiden hyödyllisyys	66	66	95	81
Valmiudet työn perusteiden kyseenalaiseksi tekemiseen	72	56	72	77
Huomion kiinnittäminen toiminnan heikkoihin kohtiin	71	64	74	64
Parannusehdotusten huomioiminen	49	53	70	87

*Yhdistetty vaihtoehdot 'erittäin paljon' ja 'melko paljon'

Lähiesimiehen toiminta sekä tutkimus- että erityisesti kontrolliosastolla oli hyvää sekä hankkeen alku- että lopputilanteessa. Useimmat hoitajat hankkeen loppuvaiheilla hankkeen alkutilanteeseen verrattuna olivat sitä mieltä, että esimiehet tiedottavat riittävän ajoissa tehdyistä päätöksistä ja niiden vaikutuksista alaisilleen. Myös suhteellisesti useampi hoitaja oli hankkeen lopussa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että esimieheen voi luottaa. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Lähiesimiesten toiminta

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Alaisten mielipiteiden kuuleminen	81	81	95	92
Henkilökohtaisten mieltymysten vaikutus esimiehen päätöksentekoon	72	75	70	74
Ajoissa tiedottaminen	56	75	77	85
Alaisten kohtelu ystävällisesti ja huomaavaisesti	85	83	90	91
Työntekijöiden oikeuksien kunnioittaminen	85	83	90	91
Luottamus esimieheen	77	69	91	93

*Yhdistetty vaihtoehdot täysin samaa ja jokseenkin samaa mieltä

Organisaation johtamista koskeva toiminta näyttää olevan useampien tutkimusosaston hoitajien mielestä parempaa hankkeen lopussa kuin alkuvaiheessa. Erityisesti tutkimusosastolla suhteellisesti useampi hoitaja oli hankkeen lopussa sitä mieltä, että tehdyt päätökset ovat johdonmukaisia, epäonnistuneita päätöksiä voidaan purkaa tai peruuttaa, päätösten seurauksia seurataan, päätöksistä tiedotetaan ja että päätösten perusteista saadaan tarvittaessa lisätietoa. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Organisaation johtaminen

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Päätöksenteko tehdään oikean tiedon perusteella	60	49	75	62
Kaikkien oikeus sanoa mielipiteensä itseä koskevissa asioissa	40	54	60	69
Asianosaiset edustettuna päätöksiä tehtäessä	21	29	37	40
Tehdyt päätökset ovat johdonmukaisia	13	43	35	42
Epäonnistuneet päätökset voidaan purkaa tai muuttaa	15	33	40	43
Päätösten vaikutuksia seurataan ja niistä tiedotetaan	21	49	35	39
Päätösten perusteista saa lisätietoa	21	44	42	50

*Yhdistetty vaihtoehdot 'erittäin paljon' ja 'melko paljon'

Kokemus jatkuvasta kiireestä ja tekemättömien töiden paineesta oli selkeästi pienempi tutkimusosastolla hankkeen lopussa kuin alussa. Samoin oli tilanne koskien jatkuvaa keskeytystä, jolloin työtehtäviä ei voinut suorittaa loppuun. Erityisesti eri tahoilla oli ristiriitaisia odotuksia tutkimusosastolla enemmän hankkeen lopussa alkuvaiheeseen verrattuna. Sama tilanne oli arvioitaessa toisarvoisten töiden määrää. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Henkilökunnan kokema kuorma

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Jatkuva kiire, tekemättömät työt	29	42	35	26
Liian vähän aikaa	38	45	40	36
Henkilöstön riittämättömyys	27	33	40	31
Jatkuvat keskeytykset	21	28	19	11
Eri tahojen ristiriitaiset odotukset	17	36	65	58
Toisarvoiset työt	19	33	35	28
Ruuhkat	31	44	26	26

*Yhdistetty vastausvaihtoehdot erittäin harvoin tai ei koskaan sekä melko harvoin

Työtä koskevaa epävarmuutta kokevien hoitajien määrä on hankkeen loppuvaiheessa suhteellisesti suurempi hankkeen loppuvaiheessa kuin alussa pakko- tai irtisanomisen

uhkaa lukuun ottamatta kontrolliryhmässä. Tutkimusryhmän hoitajien määrä kahtena mittauskertana ei näytä muuttuneen, kun arvioitiin työmäärän lisääntymistä yli sietokyvyn. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Työn epävarmuustekijät

Väittäjä	Tutkimusryhmä		Kontrolliryhmä	
	n=48	n=57	n=36	n=54
	Alku	Loppu	Alku	Loppu
	%	%	%	%
Työtehtävien lakkautusuhka	54	22	82	56
Vastentahtoinen siirto toisiin tehtäviin	73	58	81	65
Pakkolomautuksen uhka	96	75	100	99
Irtisanomisten uhka	92	72	98	95
Työmäärän lisääntyminen yli sietokyvyn	56	56	70	56

*Yhdistetty vastausvaihtoehdot erittäin vähän tai melko vähän

Hankkeen alkuvaiheessa tutkimusryhmän hoitajista 30% jatkaisi nykyisessä paikassa joka tapauksessa jos hän saisi riittävän toimeentulon, 17% vaihtaisi työpaikkaa, 33% vaihtaisi ammattia ja 20% luopuisi työstä kokonaan. (N = 101). Hankkeen lopussa 31% jatkaisi nykyisessä työpaikassa, 13% vaihtaisi työpaikkaa, 19% vaihtaisi ammattia ja 37% luopuisi kokonaan työstä.

Kontrolliryhmän hoitajista 55% jatkaisi nykyisessä työpaikassa, 4% vaihtaisi työpaikkaa, 14% vaihtaisi ammattia ja 27% luopuisi kokonaan työstä. Hankkeen loppuvaiheessa vastaavat prosenttiosuudet olivat 46%, 4, 17% ja 33%.

Hoitajat kuvasivat, onko heille sattunut nimettyjä väkivalta- ja uhkatilanteita työssä viimeisen 12 kuukauden aikana (kyllä, ei). Lisäksi heitä pyydettiin merkitsemään, minä kuukausina kyseinen tilanne on tapahtunut.

Hoitajat kohtaavat eniten työssään henkistä väkivaltaa, kuten sanallista uhkailua. Toiseksi yleisintä on tavaroiden heittäminen. Noin puolet vastanneista hoitajista kokee ruumiillista väkivaltaa. Vajaa 5% on joutunut aseella uhkaamisen kohteeksi. Väkivalta- ja uhkatilanteiden määrän esiintymisessä ei ole merkittävää muutosta alku- ja loppumittauksissa. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Väkivalta- tai uhkatilanteiden sattuminen hoitajalle viimeisen 12 kuukauden aikana

Väittäjä	Alkuvaihe		Loppuvaihe	
	N	%	N	%
Tavaroiden heitteleminen, paikkojen rikkominen				
Ei	21	(21%)	17	(19%)
Kyllä	80	(81%)	79	(81%)
Henkinen väkivalta (esim. sanallinen uhkailu)				
Ei	8	(8%)	10	(11%)
Kyllä	96	(92%)	79	(89%)
Ruumiillinen väkivalta (esim. lyöminen, potkiminen)				
Ei	47	(46%)	42	(47%)
Kyllä	55	(54%)	47	(53%)
Aseella uhkaaminen (ampuma-, terä- tai lyömäase)				
Ei	95	(93%)	84	(96%)
Kyllä	7	(7%)	4	(4%)

Väkivalta- ja uhkatilanteiden esiintymisen useus ilmeni siten, että hankkeen alkuaikana hoitajat olivat viimeisen 12 kuukauden aikana joutuneet keskimäärin yli viisi kertaa (ka 5.65, kh 3.10, n=89) henkisen väkivallan kohteeksi (hankkeen loppuvaiheessa ka 4.54, kh 3.33, n=72) ja vajaa neljä kertaa tavaroiden heittelyn kohteeksi (ka 3.80, sd 3.10, n=70; kontrolliryhmä 3.56, kh 2.79, n=67). Hoitajat olivat kokeneet ruumiillista väkivaltaa keskimäärin vajaa 3 kertaa vuodessa (ka 2.5, kh 2.20, n= 50; kontrolliryhmä ka 2.79, kh 2.17, n=43). Ne hoitajat, jotka olivat joutuneet aseella uhkauksen kohteeksi, olivat kokeneet sen vain noin kerran vuodessa (ka 1.14, kh 0.38, n=7; kontrolliryhmä ka 1.20, kh 0.45, n=5).

Uuden menetelmän vaikutukset potilaskyselyn perusteella

Pieni joukko potilaita vastasi näytemuotoisesti hoitotyytyväisyyttä ja elämänlaatua koskevaan kyselyyn hankkeen alussa ja lopussa. Kyselyyn vastanneet (N = 38) olivat keski-ikänsä 34 -vuotiaita (ka 34.32, kh 13.02, vaihtelu 18 – 64 vuotta). Vastanneista noin kolmannes oli naisia (38%). Vastajat olivat olleet sairaalahoidossa keskimäärin 5 kuukautta (ka 5.12, kh 5.46, vaihtelu 0 – 26 kk). Vastajista 58% oli henkilökohtaista kokemusta ennen kyseistä hoitokertaa eristyksestä, 46% leposidehoidosta, 40% tahdonvastainen injektio, 47% fyysisestä kiinnipidosta (46%).

Hankkeen loppuvaiheessa vastannet potilaat olivat alkuvaiheessa vastanneita potilaita yleisemmin tyytyväisiä siihen, että heidän tarpeensa olivat täyttyneet, he suosittelisivat palvelua ystävälleen, tyytyväisyys palvelun määrään, palvelu oli auttanut käsittelemään ongelmia tehokkaammin ja että he tulisivat takaisin samaan palveluun mikäli olisivat

hakemassa apua uudelleen. Sitä vastoin palvelun laatuun, saiko sellaista palvelua kuin halusi ja kokonaistyytyväisyys palveluun oli kyselyn alussa vastanneiden keskuudessa korkeampi. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Potilaiden tyytyväisyys sairaalahoitoon

Väittämä	Hankkeen alkuvaihe N=24 %	Hankkeen loppuvaihe N=15 %
Palvelun laatu	65%	53%
Saiko sellaista palvelua kuin halusi	54%	40%
Potilaan tarpeiden täyttäminen	63%	66%
Palvelun suosittelu muille ystävälle	50%	57%
Tyytyväisyys palvelun määrään	52%	67%
Auttanut käsittelemään ongelmia käsittely tehokkaammin	67%	80%
Kaiken kaikkiaan tyytyväisyys palveluihin	74%	67%
Tulisiko takaisin samaan palveluun	46%	53%

*Yhdistetty kaksi positiivisinta vastausvaihtoehtoa palvelua kuvaavalle tyytyväisyydelle

Potilaan elämänlaatu oli hankkeen alku- ja loppuvaiheissa melko saman suuntainen. Hankkeen lopussa vastanneissa oli enemmän työhön, kotitöihin, ihmissuhteisiin ja vapaa-ajan harrastuksiin tyytyväisiä potilaita kuin alussa vastanneissa potilaissa. Taloudelliseen tilanteeseen, elinolosuhteisiin, liikuntakykyyn, yleiseen hyvinvointitunteeseen, lääkitykseen ja kokonaistyytyväisyys oli sitä vastoin alempi hankkeen alkuvaiheessa vastanneisiin potilaisiin verrattuna. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Potilaiden elämänlaatu 7 viimeisen päivän aikana (n =38-39)

Väittäjä	Hankkeen alkuvaihe n=24 %	Hankkeen loppuvaihe n=15 %
Terveydentila	46	47
Mieliala	52	53
Työ	45	55
Kotityöt	45	60
Ihmissuhteet	43	53
Perhesuhteet	65	69
Vapaa-ajan harrastukset	37	50
Päivittäinen toimintakyky	57	53
Seksuaalisuus	30	54
Taloudellinen tilanne	38	29
Elinolosuhteet	33	29
Liikuntakyky	77	53
Näkökyky	76	62
Yleinen hyvinvointitunne	50	39
Lääkitys	56	33
Kokonaistyytyväisyys elämään	52	31

*Yhdistetty kaksi positiivisinta vastausvaihtoehtoa kuvaamaan potilaan elämänlaatua

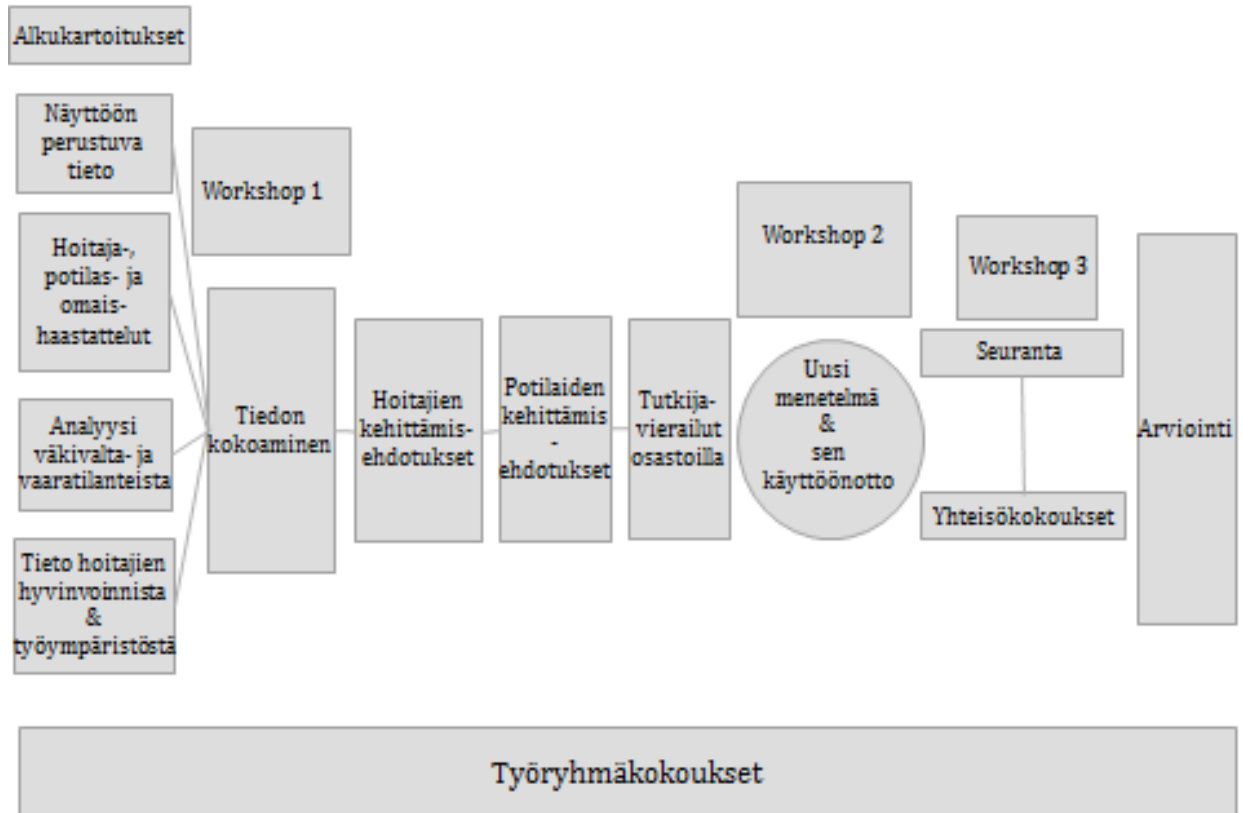
5.5 Uusi malli ja sen käyttöönottoprosessin kuvaus

Uuden mallin kuvaus

Hankkeen keskeisistä vaiheista on laadittu lopputulosmalli (kuvio 5). Mallissa kuvataan uuden, näyttöön perustuvan ja käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen alkukartoituksista suunnittelutyöhön, uuden menetelmän käyttöönottoon, menetelmän käytön seurantaan ja sen arviointiin. Kehittämistyön, käyttöönoton ja arvioinnin rinnalla ovat olleet kuukausittaiset työryhmäkokoukset ja kolmesti järjestetyt workshop-seminaarit.

Malli perustuu perusajatukseen, että ennen kehittämistoiminnan aloittamista on tarkasti määriteltävä alkukartoituksin yksikön kehittämistarpeet organisaation omiin rekistereihin ja tietoihin perustuen. Kartoitusten perusteella yksiköt määrittelevät omat ongelmansa sekä niihin liittyvät konkreettiset ratkaisuehdotuksensa. Eri osapuolten kuuleminen ja eri näkökulmien yhdistäminen on tärkeää osallisuuden tukemiseksi. Eri vaiheiden konkreettinen suunnittelu, jatkuva seuranta, aktiivinen informointi yksiköiden sisällä ja myös ulospäin antaa palautetietoa siitä, mitä muutoksia on hankkeen myötä tapahtunut ja miten siihen on reagoitu. Workshopit ovat paikkoja, missä hanketta koskevia asioita työstetään yhdessä, välitetään edellisen vaiheen tuloksia ja

suunnitellaan taas uutta. Tällä tavalla työskentely tapahtuu aidosti yksiköiden henkilöiden keskuudessa, ei vain tutkijoiden toimesta. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Näyttöön perustuva ja käyttäjälähtöinen työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen

Mallin käyttöönottoprosessin kuvaus

Mallit sinänsä eivät vielä takaa sitä, että ne otettaisiin jatkossa käyttöön käytännön hoitotyössä. Kirjallisuudessa on kehitetty erilaisia keinoja, joiden tarkoituksena on tukea uusien menetelmien käyttöönottoa. TAM-mallin (Technology Acceptance Model) kehittämisen lähtökohtana oli huoli siitä, että työntekijät eivät käytä heidän käyttöönsä suunnattuja uusia menetelmiä (Davis 1989, Davis ym. 1989). TAM-mallin mukaan tulee varmistaa, että uusi menetelmä koetaan hyödylliseksi ja helppokäyttöiseksi. Uuden menetelmän käyttöönottoon vaikuttaa myös asenne sitä kohtaan, aikomus käyttää uutta menetelmää eli se, miten menetelmä hyväksytään sekä menetelmän todellinen käyttö. Seuraavassa käydään läpi yksityiskohtaisesti niitä seikkoja, joita on kokemustemme mukaan huomioitava uuden menetelmän käyttöönottoprosessissa.

Koettu hyödyllisyys

Työmenetelmän käyttöönotossa tulee huomioida, että uusi menetelmä koetaan hyödyllisenä. Hyödyllisyyden kokemusta voidaan lisätä psykiatrisen hoitohenkilökunnan koulutuksen avulla. Jo olemassa oleva tutkimustieto auttaa henkilöstöä havaitsemaan työskentelyyn liittyviä puutteita osastolla, vahvuuksia ja vääriä olettamuksia esim. potilaiden väkivaltaisuuteen liittyen. Koulutuksen ja olemassa olevien käytäntöjen miettimisen avulla on mahdollista, että työntekijöissä saadaan aikaan tarvetta uuden, näyttöön perustuvan ja hyödyllisemmän menetelmän käyttöönotolle. Hyödyllisyyttä tukee se, että käytännön ongelmatilanteet ja yksiköiden kehittämistarve osoitetaan yksiköiden omien tilastojen, toimintalukujen ja seurantatietojen perusteella. Tarve tulee yksikön edustajien ”suusta”, ei ulkopuolisten tutkijoiden nimeämänä.

Koettu helppokäyttöisyys

Väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen kehitetyn käyttäjälähtöisen työmenetelmän helppokäyttöisyys tulee varmistaa. Tämä tapahtuu osallistamalla eri käyttäjäryhmät (potilaat, omaiset, hoitajat) mallin kehittämiseen. Menetelmän helppokäyttöisyyttä tukee, että sen toteuttamiseksi ei tarvitse suorittaa erillisiä toimenpiteitä, että osastoilla on olemassa resursseja ja välineitä sen toteuttamiseksi ja että tarvittava välineistö on valmiiksi saatavilla.

Asenne

On tärkeä varmistaa, että hoitohenkilökunnan asenteet ovat riittävän positiivisia väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen kehitetyn työmenetelmän käyttöönottoon ja ylläpitämiseen. Tämän vuoksi tulee toteuttaa hoitohenkilökunnan myönteistä asennetta tukevia toimenpiteitä uuden menetelmän käyttöönottoa kohtaan. Asennoitumista tukee avoimuuden salliminen ja erilaisten näkökulmien sekä kokemusten rehellinen esiin tuominen potilaiden että hoitajien keskuudessa. Myös säännöllinen yhteydenpito toisiin samassa tilanteessa oleviin hankeosastoihin ja kokemusten jakaminen ovat tärkeitä seikkoja. Osastojen yhteyshenkilöiltä sekä osastojen ja sairaaloiden johdolta voidaan myös edellyttää konkreettista hankkeeseen ja työryhmäkokouksiin osallistumista. Tämä ei toteudu ilman johdon systemaattista tukea.

Aikomus käyttää eli hyväksyminen

Yksiköissä tulee varmistaa, että henkilökunnalla ja organisaatiolla on todellinen aikomus ottaa uusi työmenetelmä käyttöön yksiköissä. Hyväksymistä voidaan tukea siten, että muutoksia toteutetaan pikkuhiljaa etukäteen suunniteltujen välitavoitteiden avulla. Konkreettinen aikataulutus ja toteutettujen muutosten seuranta luovat pohjaa sille, että uusi menetelmä hyväksytään ja otetaan pysyvästi käyttöön työyhteisössä. Menetelmä ei ole kuitenkaan hanketyöskentelyyn perustuva: se pitää kuroa

henkilökunnan toiminnan osaksi siten, että siitä tulee luonnollinen ja pysyvä toimintatapa osastolla.

Todellinen käyttö

Kehitetyn mallin todellinen käyttö tulee varmistaa. Tämän vuoksi tulee mm. raportoida tehdyistä muutoksista, mitä uusi työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen edellytti työyhteisöltä. Uuden menetelmän ylläpitoa ja pysyvyyttä työyhteisössä voidaan edistää esimerkiksi kokousten avulla. Todellista käyttöä tulee tukea siten, että sitä muokataan vallitseviin olosuhteisiin sopivaksi.

Uuden menetelmän kuvaamana käyttöönottoprosessin tukena käytettiin teoreettisena perustana Loganin ja Grahamin (2003) Ottawan mallia (Ottawan Model of Research Use). Malli on käyttökelpoinen silloin kun halutaan viedä uusi innovaatio käytäntöön (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2010). Malli koostuu kuudesta (6) osasta:

1) Vaiheiden määrittäminen

- Niiden yksilöiden nimeäminen, joita suunniteltava muutos koskee
- Olemassa olevien resurssien määrittäminen, joita voidaan käyttää uuden menetelmän käyttöönottoon
- Muutosagenttien nimeäminen

2) Innovaation määrittelemine

- Selkeä määrittely siitä, mikä innovaatio on ja mitä käyttöönotto sisältää

3) Esteiden ja tukevien tekijöiden arvioiminen koskien innovaatiota, potentiaalisia käyttäjiä ja ympäristöä

- Kuvaile nykytilanne ja nimeä esteet ja tukevat tekijät
- Nimeä tekijät, joiden avulla esteet voidaan voittaa
- Kuvaa käyttäjien käsitykset ja asenteet uutta menetelmää kohtaan
- Tunnista erot nykytilanteen ja tavoitetilan välillä

4) Tiedon siirtymisen valitseminen ja seuraaminen

- Valitse tilanneanalyysin perusteella sopivimmat menetelmät uutta menetelmää koskevan tiedon lisäämiseksi ja menetelmän ymmärtämiseksi, tarjoa osallistujille tarvittavat taidot uuden menetelmän toteuttamiseksi.

- Sovella seurannassa menetelmiä, joilla voidaan varmistaa uuden tiedon siirtyminen käytäntöön. Tämä on erityisen tärkeää, jos aikajana on pitkä ja käyttäjäryhmä on heterogeeninen.
- Arvioi tiedon siirtymistä käytännössä.

5) Käyttöönoton seuraaminen

- Arvioi menetelmän käyttöönottoa.
- Määrittele laajuus, jolla innovaation oletetaan otettavan käyttöön eri yksiköissä.

6) Arvioi menetelmän lopputulos

- Arvioi, mikä vaikutus menetelmällä on potilaille, hoitajille ja organisaatiolle

Edellä mainittujen käyttöönottoprosessin ja sitä tukevien vaiheiden lisäksi henkilökunta on syytä kouluttaa ymmärtämään, miksi potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy on tärkeää ja merkityksellistä hoitotyössä. Kokemustemme ja tieteellisen kirjallisuustiedon perustella koulutus on yksi keino, jolla voidaan lisätä henkilökunnan ymmärrystä kohteena olevan kehittämisen tärkeydestä. Sen vuoksi hankkeessa suunniteltiin verkkokoulutuksen rakenne ja sisältö tukemaan uuden menetelmän käyttöönottoa sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristöissä. Kahdeksan (8) opiskelijaa arvioi kurssin sisällön ja rakenteen, joiden pohjalta muokattiin verkkokurssia edelleen.

ALUSTAVAN VERKKOKURSSIN ESITTELY

KURSSIN NIMI: HAVERI – haastavien tilanteiden hallinta ja riskinarviointi asiakas- ja potilastyössä

TAVOITE

Opiskelija kykenee kohtaamaan haastavia tilanteita erityyppisissä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yksiköissä. Opiskelija tuntee erilaisia menetelmiä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn ja arviointiin sekä tilanteiden käsittelyyn. Opiskelija tuntee laajasti potilaan väkivaltariskin arvioimiseen kehitettyjä arviointivälineitä.

KOHDERYHMÄ

Ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistuvat henkilöt sosiaali – ja terveydenhuollon alueelta.

LAAJUUS

100 tuntia (4op)

OPPIMISMENETELMÄT

- Kirjallinen materiaali Moodle2-verkkoympäristössä.
- Aktiivinen osallistuminen keskustelualueella toisten kurssilaisten kanssa.
- Itsereflektitehtävä: Opiskelija reflektoi jotain kriittistä tilannetta Gibbssin reflektiivisen kehä-mallin mukaan (ks. alla kuusi (6) vaiheeta) ja saa palautteen tutorilta. Opiskelijaa pyydetään palauttamaan mieleensä tietty tapahtuma, jonka pohdintaa ohjataan tiettyjen kysymysten avulla seuraavasti (Johns 2004):

Vaihe 1: Mitä tapahtui?

Vaihe 2: Mitä tunsit ja ajattelit?

Vaihe 3: Mitä tilanteessa oli hyvää ja huonoa?

Vaihe 4: Mitä päätelmiä voit tehdä tilanteesta?

Vaihe 5: Mitä muuta olisit voinut tehdä?

Vaihe 6: Jos tilanne tapahtuisi uudelleen mitä tekisit?

- Itsetuntemusharjoite ”Joharin – ikkuna”. Harjoitteessa tarkastellaan omaa itsetuntemusta. Tehtävässä hahmotetaan itsetuntemusta neljän eri vaiheen avulla.
- Keskustelualue: Keskustelualan tarkoitus on pohtia osion aiheeseen liittyviä kysymyksiä. Keskustelualue toimii myös verkkokurssin vertaistuen ja verkostoitumisen välineenä.
- Arviointi: Kurssin lopuksi opiskelija osoittaa perehtyneisyytensä aiheeseen kirjoittamalla lyhyen yhteenvedon oppimastaan sekä arvioimalla kurssin strukturoidun palautelomakkeen avulla.

OPPIMISKÄSITYS

Verkkokurssi perustuu reflektiiviseen oppimiseen (Gustafsson ym. 2007). Taustalla on terveys- ja sosiaalitieteiden alueella runsaasti käytetty reflektiivinen oppimisteoria (Morgan ym. 2006, Lowe ym. 2007, Simpson & Courney 2007, Epp 2008, Jeong & Jeong 2008). Reflektiiviseen oppimiseen kuuluu opiskelijan itsenäinen pohdinta (Simpson & Courney 2007). Oppiminen on prosessinomainen kehä, jota seuraamalla opiskelija pystyy käsittelemään omia tunteitaan ja ajatuksiaan (Bulman & Schultz 2004).

KURSSIN SISÄLTÖ

Kurssi rakentuu neljästä osasta:

1. Orientaatio

- Tavoite:** Opiskelija saa kuvan verkkokurssin sisällöstä, toteuttamisesta ja tarkoituksesta.
Opiskelija oppii tuntemaan muut verkkokurssilla olevat opiskelijat sekä tutorit
- Tehtävät:** Keskustelupalsta, itsensä esitteleminen
- Kirjallisuus:** Väkivallan määrittelyä, tilastoja sen yleisyydestä työyhteisöissä, väkivallan vaikutus työhyvinvointiin.

2. Väkivallan subjektiivinen arviointi

- Tavoite:** Opiskelija saa kuvan siitä, miten väkivaltaa esiintyy terveydenhuollossa
Opiskelija oppii arvioimaan omaa toimintaansa väkivallan esiintymisen näkökulmasta
- Tehtävät:** Opiskelija osallistuu keskustelupalstalla käytävään keskusteluun aihealueesta
Opiskelija pitää omaa päiväkirjaa osion ajan, jossa hän arvioi omaa toimintaansa suhteessa potilaiden aggressiiviseen käyttäytymiseen
- Kirjallisuus:** Artikkeleita siitä, mitkä asiat yksittäisen hoitotyöntekijän toiminnassa voivat ovat yhteydessä väkivallan esiintymiseen hoitoympäristössä
Väkivallan subjektiivinen arviointi

3. Väkivallan objektiivinen arviointi

- Tavoite:** Opiskelija on tietoinen mittaamisen menetelmällisistä lähtökohdista
Opiskelija saa kuvan erilaisista riskinarviointimenetelmistä
- Tehtävät:** Opiskelija osallistuu aktiivisesti keskustelupalstalla käytävään keskusteluun aiheesta
Opiskelija tutustuu tarkkaan yhteen valitsemaansa riskinarviointimenetelmään
- Kirjallisuus:** Artikkeleita eri riskinarviointimenetelmistä

4. Teoriasta käytäntöön – riskinarvioinnin käyttöönotto hoitotyössä

- Tavoite:** Opiskelija on tietoinen uuden menetelmän käyttöönotossa huomioitavista seikoista
Opiskelija osaa hyödyntää riskinarviointimenetelmän käyttöä omassa työssään
- Tehtävät:** Opiskelija esittelee työyksikössään valitsemansa riskinarviointimenetelmän

Opiskelija tukee työyhteisöä ottamaan käyttöön valitsemansa riskinarviointimenetelmän

Opiskelija testaa yhdessä työyksikkönsä kanssa valitsemansa riskinarviointimenetelmän

Opiskelija kerää kokemukset riskinarviointimenetelmän käyttöönotosta yksikössään

Kirjallisuus: Artikkeleita uuden menetelmän käyttöönotosta

VAADITTAVAT OPINTOSUORITUKSET

Opiskelijan tulee osallistua aktiivisesti keskustelupalstalla käytävään keskusteluun (min. kaksi kommenttia ko. aihealueesta). Opiskelijan tulee tehdä kaksi kirjallista työtä (omapäiväkirja sekä kirjallinen arviointi riskinarviointimenetelmän käyttöönotosta).

ARVIOINTI

Hyväksytty/Hylätty

Jokainen kirjallinen työ arvioidaan ja niistä annetaan kommentit

AIKATAULU

Kurssi kesto noin neljä kuukautta.

KIRJALLISUUS

Alan kirjoja, tieteelliset artikkelit (yhteensä 200 sivua)

TOTEUTUKSEN TEKNISET VAATIMUKSET

Verkkokurssilla tarvitaan:

- Riittävät atk:n käyttötaidot
- Oma s-posti osoite
- Tietokone ja siinä tarvittavat ohjelmat:
 - Adobe Reader
 - Flash Player
 - Java
 - Mozilla/Explorer
- Äänitiedoston käytön edellytykset
 - Flash Player 8, 9 käyttöjärjestelmille Windows, Mac
 - Flash Player 9 käyttöjärjestelmille Linux, Solaris
 - Adobe Reader 9 ® Adobe® Presenter® -ohjelmistolla luotujen PDF-tiedostojen katseluun
 - Kuulokkeet tai kaiuttimet

6. POHDINTA

Tämän tutkimushankkeen päätavoitteena oli tukea akuuttipsykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työhyvinvointia ja hoidon laatua kehittämällä tehokas ja näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen. Hanke perustui eri vaiheisiin, joista kukin tuotti merkityksellistä tietoa uuden menetelmän kehittämiseen, käyttöönottoon, testaamiseen ja arvioimiseen. Hanke on pienimuotoisen, pilottiluonteinen kokeilu.

Ensimmäisessä vaiheessa pyrittiin tuottamaan näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen soveltuvista tehokkaista työmenetelmistä. Cochrane Centerin kanssa yhteistyössä toteutettu systemaattinen kirjallisuushaku toi esiin, että valta osa vakavaa mielenterveyshäiriötä koskevassa vaikuttavuustutkimuksessa käytetään lääkehoitoa potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen rauhoittamiseksi. Yli 200 löydetyistä lähteestä vain kuusi arvioi muun kuin ei-lääkehoidon vaikuttavuutta psykiatrisessa hoidossa. Ei-lääketutkimusten vähäinen määrä ja potilaan rajoittamistoimenpiteiden korostuminen nykyaikaisessa hoitotyössä vahvistaa ajatusta siitä, että psykiatrisessa hoitotyössä on syytä pyrkiä kehittämään ja testaamaan uusia menetelmiä potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja käsittelyyn.

Tutkimushankkeen toisessa vaiheessa pyrittiin kuvaamaan psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia sekä niitä ennustavia tekijöitä sekä verrata näitä eri erikoisaloilla työskentelevien hoitajien terveyteen ja työhyvinvointiin. Hankkeessa hyödynnettiin Työterveyslaitoksen olemassa olevaa laajaa tutkimusaineistoa (Virtanen ym. 2008). Aineisto muodostui Kunta 10-tutkimuksen ja Sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksen yhdistetystä aineistosta, josta muodostuu Kuntasektorin henkilöstön seurantatutkimus vuodelta 2010.

Kolmannen vaiheessa tavoitteena oli kehittää käyttäjälähtöinen työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen sekä suunnitella työmenetelmän arvioimisen mahdollistava tutkimusasetelma hoitohenkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyönä. Tämä tapahtui seuraavien osavaiheiden avulla, jotka tuottivat tietoa menetelmän kehittämisen pohjaksi: 1) fokusryhmähaastattelut (hoitajat, potilaat, omaiset), 2) tutkimusosastojen väkivalta- ja vaaratilanneilmoitusten analysointi, 3) Workshopit sekä 4) osasto- ja yhteisökokoukset. Organisaation johto (lähiesimiehet, osastonhoitajat ym.) otettiin alusta lähtien mukaan toiminnan arviointiin ja suunnitteluun. Tällä haluttiin varmistaa, että kehitettävä toiminta on organisaation linjausten mukainen ja tällä tavalla tukee sen perustehtävää. Yhteistyöllä haluttiin myös sitouttaa johto mahdollisimman aikaisin hankkeeseen sekä lisätä eri toimijoiden keskinäistä ymmärrystä organisaation toiminnan tavoitteista.

Hanke liittyi kiinteästi organisaation strategisesti keskeisiin kehittämisalueisiin, kuten potilaiden osallisuuden lisääminen ja pakon käytön vähentäminen sekä henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin tukeminen. Hanke mahdollisti osallistavan johtamisen käytännönläheisellä tavalla. Kehittämisen pohjana käytettiin organisaation oman toiminnan analysointia. Näitä oli esimerkiksi tilastoituja väkivalta- ja uhkatilanteita. Organisaation oman toiminnan näkyväksi tekeminen ja siinä tapahtuvien laatuoppien osoittaminen toimii hyvin henkilökunnan herättäjänä toiminnan kehittämiseen. Käsiteltävä tieto koskettaa hoitajien jokapäiväistä toimintaa ja on ehkä juuri siksi helpommin ymmärrettävissä kuin vaikeatajuisten tieteellisten tutkimusten löydökset. Kehittämistarpeiden osoittaminen asiantuntevalle ja kokeneelle henkilökunnalle ei ole kuitenkaan helppo tehtävä. Monia vuosia muotoutuneita käytäntöjä ei ole helppo kyseenalaistaa eikä siihen tule ulkopuolien lähteäkään kevyin perustein. Kun ongelmakohdat tulevat hoitajille itselleen havaittaviksi ja erityisesti kun ne kuullaan suoraan toiminnan kehittämiselle ovat otolliset.

Potilailla, omaisilla, henkilöstöllä ja johtajilla oli mahdollisuus osallistua yhdessä tutkijoiden kanssa osastojen yhteisökokouksiin, joissa yhteisesti sovittiin tavoitteista ja keinoista sekä niiden toteuttamisesta. yhteisökokoukset ovat perinteisesti kuuluneet monien osastojen arkeen ja niiden käyttö oli erityisen laajaa 1980 –luvulla. Nyttemmin erilaiset ryhmätoiminnat ovat jääneet useilla osastoilla vähemmälle. yhteisökokousten käyttöönotto ei ole sinänsä uutta. Mikä hankkeessamme oli uutta, oli tapa, millä ongelmat otettiin esiin ja mietittiin ratkaisuvaihtoehtoja yhdessä potilaiden ja henkilökunnan kanssa yhdessä. Ongelmien nimeäminen on jo yksi askel eteenpäin. Se ei kuitenkaan riitä, vaan kokemuksemme mukaan tarvitaan vuorovaikutusta ja neuvottelua, jotta ongelma hahmottuu eri osapuolille ja sille voidaan löytää yhteinen ratkaisu. Hanke toi esiin myös sen, että esimiestasolla toimivien henkilöiden on tärkeä olla läsnä ja kuunnella potilaiden ja henkilöstön ajatuksia sekä erilaisia näkökulmia. Tällä saadaan lisätietoa käytännön hoitotyötä koskevien päätösten tueksi. Ymmärrys henkilökunnan ja potilaiden tarpeista auttaa johtotasoa suuntaamaan toimenpiteitä sinne, missä tarve on suurin. Tämän vuoksi hankkeessa rohkaistiin henkilöstä ja potilaita tekemään kehittämis ehdotuksia yhdessä, joita toteutettiin mahdollisuuksien mukaan. Johtamisen näkökulmasta oli keskeistä, että esimiehet ja johtajat jalkautuivat osastoille, potilaiden ja henkilöstön luo. Strateginen johtaminen on työtä, jota tehdään yhdessä potilaiden ja henkilöstön kanssa, ei esimiesten toimistosta johtaen. Laajamuotoinen kirjallisuushakumme osoitti, että ei ole olemassa yksiselitteistä ja kaikille sopivaa menetelmää, jolla voidaan ennaltaehkäistä ja käsitellä haastavia tilanteita psykiatrisilla osastoilla. Tämän vuoksi osastot saivat itse luoda toimintatapojaan ongelmien ratkaisemiseksi. Innovaatio oli pikemminkin se tapa, joilla ongelmia lähestyttiin yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi hoitotyössä. Kun osapuolet ymmärtävät paremmin toistensa maailmaa, se auttaa todennäköisesti myös löytämään uusia ratkaisumahdollisuuksia ongelmallisissa tilanteissa.

Lainsäädäntöpohjamme on monipuolinen sekä henkilökunnan että potilaiden näkökulmasta, ja henkilökunnan tueksi on olemassa monen tyyppisiä ja tasoisia toimintaohjeita sekä kansallisessa että kansainvälisessä kirjallisuudessa. Organisaatioiden tulee luoda omaan toimintaansa sopivat yksilölliset ohjeistot vaaratilanteiden varalta. Nykypäivän haasteena saattaa olla se, että erilaiset ohjeistot eivät välttämättä ole henkilökunnan aktiivisessa käytössä ja toiminta perustuu siksi osastoille syntyneisiin omiin käytänteisiin. Myös henkilökunnan halu suojella potilasta ja muuta henkilökuntaa vakavalta vaaralta on saattanut tehdä henkilökunnasta varovaisia muuttamaan olemassa olevia käytänteitä ja luomaan sääntöjä tuomaan osastoille vakauden tunnetta. Erilaiset ja keskenään ristiriitaisetkin säännöt saattavat olla kuitenkin omiaan luomaan osastoille kireyden tunnetta. Säännöt edellyttävät myös runsaasti valvontaa, joka sitoo henkilökunnan työaika. Tämä aika on taas pois potilaan kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta, mikä saattaa lisätä potilaan tyytymättömyyttä hoitoonsa. Kokemuksemme mukaan toiminnan uudelleen tarkastelulla ja varovaisella sekä harkitulla sääntöviidakon uudelleenkäsittelyllä saatetaan jopa säästää henkilökunnan työaika ja vähentää kiireen tuntua.

Tutkimushankkeessa testattiin uuden työmenetelmän käyttöönottoprosessi sekä arvioitiin sen hyväksyttävyyttä, toimivuutta ja vaikuttavuutta osana käytännön toimintaa. Henkilökunnan ja potilaiden parissa suoritettu ennen-jälkeen –asetelmalla toteutettu arvio ei ole menetelmällisesti luotettava ja siihen vaikuttaa monet väliin tulevat seikat. Esimerkiksi henkilökunta sekä potilasryhmä oli kummassakin mittauksessa erilainen potilaiden siirtyessä osastolta toiselle ja henkilökunnan työvuoroista ja lomista johtuen. Testaus oli määrällisesti pieni ja luonteeltaan esitutkimus, joka parhaimmillaan pystyi tuottamaan vain näytemuotoista tutkimusaineistoa. Osallistava toimintatapa eli henkilökunnan ja potilaiden kanssa toteutettu uusi yhteistyömuoto oli kuitenkin sinälläänkin jo haastava toteuttaa. Tieteellisesti korkeatasoisen arviointitutkimuksen toteuttaminen käytännössä olisi edellyttänyt paljon laajempaa tutkimusjoukkoa sekä henkilökunnan että potilaiden osalta, useampia yhteistyösairaloita ja osastoja, sattumanvaraistamista aineiston vinouden poistamiseksi jne. Hanke antaa pienimuotoisenakin jollakin tasolla tietoa siitä, onko hankkeessa käytetyllä osallistavalla toimintatavalla ylipäätään elinmahdollisuuksia psykiatrisessa hoitotyössä, pystytäänkö henkilökunnan ja potilaiden luottamusta saada heräämään uusien toimintamuotojen luomiseksi ja hyväksyykö organisaation johto ulkopuolisten tutkijoiden osallistumisen osastojen arkeen. Kokeilumme oli pienimuotoisuudesta huolimatta erittäin rohkaiseva ja se antaa varmuutta menetelmän siirtämiseksi myös muille aloille.

Tutkimuksessa hyödynnetty pragmaattinen koe-kontrolli asetelma vaikuttaa asianmukaiselta menetelmältä hoitotyön käytäntöjä kehitettäessä ja tutkittaessa.

Potilaiden, omaisten ja hoitajien osallisuus on tämän tutkimushankkeen kokemusten perusteella toimiva ratkaisu, sillä osallisuus lisää motivaatiota ja sitoutumista käytäntöjen kehittämiseen. Tämänkaltaisen menetelmän hyödyntäminen eri hoitotyön ympäristöissä ja erilaisia hoitotyön menetelmiä kehitettäessä lienee suositeltavaa. Jatkossa olisi merkityksellistä kuitenkin toteuttaa suuremmalla otoksella laajempi käyttöönotto- ja vaikuttavuustutkimus menetelmän kansalliseksi levittämiseksi ja esitutkimuksen tulosten varmentamiseksi. Menetelmän toimivuutta myös muissa kuin akuuttipsykiatrisissa ympäristöissä tulisi tutkia menetelmän sovellettavuuden laajuuden tarkemmaksi selvittämiseksi.

Tämän tutkimuksen yhtenä vahvuutena on sen eettinen korkealaatuisuus. Erityistä huomiota kiinnitettiin muun muassa tietoisuuden saamiseen haavoittuvalta asiakasryhmältä, mielenterveysasiakkailta. Tietoisuuden varmistaminen voi toisinaan olla haasteellista, sillä saadun tiedon ymmärtämisen arviointi voi olla hankalaa. Lisäksi edellä mainittu voi myös asettaa haasteita rekrytoinnille; tulevaisuuden tutkimuksessa olisikin tärkeää huolehtia tutkimuksen eettisestä korkealaatuisuudesta pelkäämättä rekrytoinnin ongelmia.

Aikaisempi selkeän tutkimusnäytön vähäisyys potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemisen menetelmistä rohkaisi ottamaan käyttöön väkivaltariskin arvioimisen käytettyjä menetelmiä. Niillä on todettu aikaisempien tutkimusten mukaan olevan jonkin asteista vaikutusta väkivaltatilanteisiin (mm. van de Sande 2012). DASA-mittari valittiin eri mittareiden kirjosta siksi, että organisaation johto oli jo aiemmin tehnyt päätöksen kyseisen mittarin käyttöönotosta organisaatiossa. DASA-mittarin valinnalla haluttiin tukea johdon tekemiä päätöksiä organisaatiossa ja tuottaa organisaatiolle käyttökelpoista tietoa DASA-mittarin hyödyistä ja haitoista. Mittari oli jo osalle henkilökunnasta tuttu; uuden mittariin käyttöönottoon suhtauduttiin ylipäättään myönteisesti tutkimusosastoilla.

Osaston henkilökunta ja potilaat toteuttivat hankkeen eri vaiheet sitoutuneesti, vaikka hankkeen loppuvaiheessa oli jo suuri uhka organisaatiomuutoksista ja aavistus yhden tutkimusosaston lakkauttamisesta. Epävarmuus tilanteesta kesti koko hankkeen loppujakson ajan yhden osaston osalta. Koska kiinnostus hanketta kohtaan oli lisääntynyt hankkeen loppua kohti erilaisista asennealloista huolimatta, hanketta ei lopetettu kesken, vaan jatkettiin ”niin kauan kuin osastolla on henkilökuntaa.” Epävarma tilanne heijastui varmasti myös henkilökunnan kyselyjen tuloksiin ja halukkuuteen vastata kyselyyn. Analyysin mukaan osa tuloksista oli mennyt lähtötilannetta parempaan suuntaan (esim. johtamistoiminta), osa taas selvästi heikommalle tasolle.

Hankkeen tulosten hyväksikäyttäminen hoitotyön perus- ja täydennyskoulutuksessa on perusteltua, koska tieto tukee ammattiin kasvamista niin peruskoulutus- kuin täydennyskoulutusvaiheessakin. Oman ammatillisen identiteetin kehittäminen vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa oman toiminnan arviointia. Hankkeen aihe on sellainen, että sitä voi hyvin liittää sairaanhoitajan koulutukseen eri vaiheisiin. Koulutuksen näkökulmaa arvioitaessa hankkeen tuoma arvo näkyy ennen kaikkea ennaltaehkäisevässä ja ratkaisukeskeisessä sisällössä. Sairaanhoitajan perus- ja täydennyskoulutuksessa voidaan perustellummin tuoda esille esimerkiksi konkreettisia asioita, joilla työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä on pyritty tukemaan. Myös tieto siitä, että asioihin voi oikeasti itse omassa työyksikössä vaikuttaa, rohkaisee niin sairaanhoitajaopiskelijaa kuin valmista hoitajaakin arvioimaan omaa toimintaa uudelleen.

Hankkeen lopputuloksena on väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien arvioimiseen tuotetun työmenetelmän käyttöönotto- ja arviointiprosessi psykiatrisessa palvelujärjestelmässä sen mahdollista kansallista jatkohyödyntämistä varten. Hankkeessa rakennettiin myös alustava verkkokurssisuunnitelma. Verkkokurssin on tarkoitus tukea käyttäjälähtöisten menetelmien käyttöönottoa ja arvioimista. Tavoite oli laaja ja se sisälsi monia riskielementtejä. Hanke ei olisi onnistunut ilman organisaation johdon aktiivista osallistumista ja tukea. Lopputulos osoitti, että hanke liittyi kiinteästi organisaation strategisesti keskeisiin kehittämisalueisiin, kuten potilaiden osallisuuden lisääminen ja pakon käytön vähentäminen sekä henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin tukeminen. Hanke mahdollisti osallistavan johtamisen käytännönläheisellä tavalla. Potilailla, omaisilla, henkilöstöllä ja johtajilla oli mahdollisuus osallistua yhdessä tutkijoiden kanssa esimerkiksi osastojen yhteisökokouksiin, joissa yhteisesti sovittiin tavoitteista ja keinoista sekä niiden toteuttamisesta. Hankkeessa oli tärkeää kuunnella potilaiden ja henkilöstön ajatuksia ja erilaisia näkökulmia asioista päätettäessä. Potilaita ja henkilöstöä rohkaistiin tekemään kehittämis ehdotuksia, joita toteutettiin mahdollisuuksien mukaan. Johtamisen näkökulmasta oli keskeistä, että esimiehet ja johtajat jalkautuivat osastoille, potilaiden ja henkilöstön luo. Strateginen johtaminen on työtä, jota tehdään yhdessä potilaiden ja henkilöstön kanssa.

7. TULOSTEN SOVELTAMINEN JA HYÖDYNTÄMINEN

Terveydenhuollon alueella on jo runsaasti tietoa siitä, minkälaisia ongelmia potilaan väkivaltaisuus aiheuttaa henkilökunnan keskuudessa. Sitä vastoin kaivataan tietoa siitä, mitkä ovat konkreettiset keinot vastata potilaan käyttäytymisestä seuraaviin haasteisiin. Tutkimuksen tuottamaa näyttöön perustuvaa tietoa voidaan soveltaa hoitajien ammatillisessa täydennyskoulutuksessa sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Kansallisessa kehittämissuunnitelmassa painotetaan ammatillisen osaamisen vahvistamista systemaattisen täydennyskoulutuksen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Kouluttautuminen parantaa työntekijöiden hyvinvointia ja vähentää työuupumusta, koska koulutuksesta saadun tiedon avulla hoitajat voivat kehittää omaa työtään ja vaikuttavat näin myös itse työtyytyväisyyteensä. Kouluttautuminen lisää hoitajien varmuutta hoitotyössä (Killick & Allen 2005). Tiedon lisääntyminen parantaa myös henkilökunnan kykyä tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä (Gilbody ym. 2006). Tutkimustuloksiamme voidaan soveltaa laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollossa: tieto on sovellettavissa terveydenhuollon eri erikoisalueille (ensiapu, sisätaudit, geriatria), eri ammattiryhmiin (lääkärit, toimistovirkailija) sekä sosiaalihuoltoon (vanhustyö, päihdehuolto). Tiedon sovellettavuus näille alueille on helppoa, sillä asiakkaan ja potilaan väkivaltaisuus on laajasti eri palveluammattissa ja ammattiryhmissä havaittu ongelma.

Tutkimus tuo uutta tietoa käytännön hoitotyöhön. Potilaan väkivaltaisuuden vaaran arvioiminen yksilötasolla on vaikeaa ja eettisesti haastavaa, sillä se johtaa asianomaisen kannalta raskaisiin seurauksiin (Eronen ym. 2007). Tutkimus tuottaa mallin henkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyön kehittämiseksi. Mallia voidaan soveltaa terveydenhuollon eri alueilla potilaiden ja omaisten osallisuuden lisäämiseksi, joka on tällä hetkellä ajankohtainen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa (THL 2010). Eri asiakasryhmien osallisuus ja sitoutuminen helpottavat pitkällä tähtäimellä henkilökunnan työskentelyä, sillä hoitoon sitoutuneet potilaat ja omaiset ovat aktiivisempia ja motivoituneempia potilaan hoitoon. Tutkimuksen eri vaiheista saatua tietoa sovelletaan monipuolisesti suunniteltaessa käyttöönottoprosessi uuden menetelmän hyödyntämiseksi laajemmin Suomessa.

Tutkimusaineistosta perustuu osittain laajoihin, olemassa oleviin tutkimusaineistoihin. Tällä tavalla poistetaan päällekkäisen tiedon kerääminen, saadaan arvokasta tietoa organisaatioiden käyttöön sekä rasitetaan mahdollisimman vähän henkilökuntaa aineiston keruussa. Tutkimus tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien hallintaan soveltuvista työmenetelmistä. Tällä hetkellä psykiatrisessa hoitotyössä toimitaan pääasiassa totuttujen hoitokäytänteiden ja perinteeksi tulleiden menetelmien varassa. Koska asiakkaiden ongelmat ovat monimuotoisia, tarvitaan uutta tietoa siitä, mikä auttaa ja miten hoitohenkilökunnan

vähäiset resurssit tulisivat parhaiten käyttöön. Siksi tutkimuksen pohjaksi tarvitaan systemaattisesti tuotettua, näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimuksessamme saatua perustietoa (osat I ja II) hyödynnettiin työmenetelmän kehittämässä (Vaihe III). Tietoa voidaan hyödyntää laajemminkin hoitajien perus- ja täydennyskoulutuksessa ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Hoitajien ammatillinen pätevyys on keskeinen koulutuspoliittinen kysymys terveydenhuollossa (Grönfors ym. 2001).

Tutkimus kartoitti psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien terveyttä ja työhyvinvointia sekä vertaa hoitajien tilannetta muiden erikoisalojen hoitajien tilanteeseen. Vertailutietoa voidaan hyödyntää kansallisesti sekä ammattijärjestöissä (Tehy, Super) että hoitajien perus- ja täydennyskoulutuksessa. Terveydenhuoltoalan opettajat pystyvät tukemaan tulevia ammatinharjoittajia, jotta heillä olisi eettisesti raskaaseen akuuttipsykiatriseen hoitotyöhön vaadittavat ammatilliset, tiedolliset ja taidolliset edellytykset. Myös työterveydenhuolto ja työsuojeluvaltuutetut hyötyvät ja työhyvinvointia koskevasta tiedosta. Tieto auttaa tunnistamaan paremmin ne riskiryhmään kuuluvat työntekijät, jotka ovat vaarassa uupua työssään tai haluavat lähteä toisiin tehtäviin työstä johtuvan rasituksen vuoksi. Näiden hoitajien tunnistaminen auttaa kohdistamaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä juuri niihin, joilta puuttuu hallintakeinoja kohdata väkivaltaisia potilaita psykiatrisessa osastotyössä. Myös lähijohto pystyy kehittämään johtamistoimintaansa ja kohdistamaan resursseja työn ongelmakohtiin, kun se on tietoinen henkilökunnan työhyvinvointia uhkaavista tekijöistä.

Tutkimuksessa suunniteltiin uusi työmenetelmä väkivaltaisen potilaan kohtaamiseksi psykiatrisessa sairaalassa. Menetelmän suunnitteluun osallistuivat eri ammattiryhmät sekä potilas- ja etujärjestöjen edustajat. Yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa tukee käyttäjien osallisuutta ja lisää aktiivista päätöksentekoa. Kun suunnittelussa ovat mukana juuri ne osapuolet joita asia koskee, se lisää motivaatiota toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Tämä lisää työn hallinnan tunnetta, mikä on yhteydessä työn laatuun.

Uusi työmenetelmä räätälöitiin hyväksyttäväksi käyttäjien eli erityisesti hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilaita ja omaisia hyödyttäväksi. Tutkimuksen uutuusarvona on, siinä käytetään pragmaattista koe-kontrolliasetelmaa, joka myös suunnitellaan yhteistyössä henkilökunnan ja asiakkaiden kanssa. Aikaisempiin asetelmiin verrattuna menetelmä oli yksinkertainen: se liittyy kiinteästi päivittäiseen toimintaan ja se hyödyntää olemassa olevat hyvät käytännöt terveydenhuollon tarpeisiin kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Työmenetelmän käyttöönotto- ja laajempi vaikuttavuustutkimusehdotus tullaan suunnittelemaan siten, että se voitaisiin toteuttaa mahdollisimman laajasti Suomessa yhteistyössä eri tutkimus- ja asiantuntijaorganisaatioiden kanssa.

Hoitajien työhyvinvoinnin ja uusien menetelmien käyttöönoton kannalta on olennaista, että hoitajilla on tunne, että he voivat hallita omaa työtään. Uusia menetelmiä otetaan käyttöön, koska niillä pyritään parantamaan vallitsevia olosuhteita (Mäkelä ym. 2007). Vaikka työn määrä koetaan työllistävänä, ei työn koeta psykiatrian alalla vaativan erittäin kovaa työntekoa, kohtuutonta työmäärää, eikä hoitajille ole tunnetta etteivät he ehdi saada töitään tehdyksi tai työtehtäviä on yli sietokyvyn. Koska psykiatrian alan hoitajien työtehtävät eivät keskeydy ja he voivat tehdä työtehtäviä yhtäjaksoisesti alusta loppuun, on heillä hyvät mahdollisuudet sekä uusien menetelmien käyttöönoton omaksumiselle että kouluttautumiselle esim. työaikana.

Hoitajien kouluttautumista tulee tukea, sillä psykiatrian alan hoitajat ajattelevat työyksikössä toimittavan uusien ideoiden pohjalta. He kokevat, että työssä pyritään työskentelyn parantamiseen ja heikkoihin kohtiin huomion kiinnittämiseen. Henkilökunnan ammatillinen velvollisuus hoitotyössä on tuottaa korkealaatuisia menetelmiä, jotka kohdistuvat keskeisiin klinisiin ongelmiin ja tuottavat myönteisiä hoitotuloksia (Whittemore & Grey 2002).

On tärkeää oppia tunnistamaan potilaiden väkivaltaa laukaisevia tekijöitä kuten huone- ja sidontaeristykseen ja tiettyjä rutiinitapahtumia kuten raporttiaikoja osastojen toiminnassa, pyrkiä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteiden syntymistä sekä miettimään vaihtoehtoisia toimintatapoja riskitilanteiden välttämiseksi. Kouluttautumisen myötä on myös mahdollista saada tietoa käytössä olevista ja hyväksi havaituista potilaiden virike- ja ryhmätoiminnoista.

Psykiatrian alan hoitajat ovat samaa mieltä työyksikön tavoitteista. Työyksikön toiminnan suhteen on tärkeä tietää, mitä muut ajattelevat uuden menetelmän käytöstä tai miten sairaala, johto ja esimiehet tukevat sen käyttöä (Holden & Karsh 2010). Käyttöönottoa tukee aktiivinen työryhmä, jolla on taitoa, tietoa ja kokemusta, ja joka rohkaisee työskentelemistä yhteisen tavoitteen eteen (Brooks ym. 2011). Lisäksi psykiatrian alan hoitajat luottavat työpaikan toisiin ihmisiin. Tämä on tärkeää, sillä uuden menetelmän kehittäminen ja käyttöönotto edellyttää turvallista ympäristöä (Brooks ym. 2011).

Hankkeeseen suhtauduttiin alussa jännittäen ja pessimistisen odottavasti. Henkilökunta odotti, että heille tulee ylimääräistä työtä. Kun toiminta osoittautui yhteistoiminnalliseksi ongelmien nimeämiseksi ja niitä koskevien ratkaisuvaihtoehtojen etsimiseksi, alkoi suhtautuminen muuttua skeptisestä positiiviseen. Toisaalta hanke koettiin ajoittain kuormittavana ja muutosvastustustakin esiintyi. Henkilökunta mm. epäili, että osastolla tapahtuvat pienetkin muutokset vaarantavat potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden. Muutosten tapahduttua pikkuhiljaa henkilökunta huomasi niiden myönteiset vaikutukset osaston ilmapiiriin, turvallisuuden tunteeseen ja

yhteistoiminnan kehittämiseen osastolla. Uusia menetelmiä kehitettäessä onkin tärkeää huomioida kohderyhmän tarpeet ja kehittämisehdotukset (Hogan & Logan 2004, liite 2 ja 3). On myös oltava tietoinen siitä, mitä uuden menetelmän potentiaaliset käyttäjät odottavat menetelmältä ja sen sisällöltä (Koivunen 2009). Uuden menetelmän käyttöönotolle luodaan parhaimmat olosuhteet silloin, kun menetelmän käyttöönottoa tukee auttava ja sitoutunut johto. Johdon on seurattava menetelmän käyttöönottoa tiiviisti, jotta he olisivat lähellä ratkaisemaan ongelmia ja eri tahojen vastustusta silloin, kun sitä alkaa esiintyä. (Brooks ym. 2011.)

Hanke toi monipuolista tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa käytetyistä työmenetelmistä ja riskien arvioimiseen soveltuvista mittareista, hoitajien työhyvinvoinnista sekä uuden menetelmän käyttöönotosta. Hankkeessa paneuduttiin monipuolisesti, syvällisesti ja pitkäjänteisesti kahden vuoden ajan kolmeen tutkimusosastoon. Tätä voidaan pitää tämän hankkeen vahvuutena, koska silloin syntyy ymmärrystä myös arjen ilmiöistä ja toimintakulttuurista. Nämä ovat arvokasta tietoa päättäjille päätöksenteon perustaksi, esimerkiksi suunniteltaessa henkilöstö- ja muiden resurssien tehokasta ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä suunniteltaessa interventioita henkilöstön työhyvinvoinnin ja osaamisen tukemiseksi. Uuden työmenetelmän käyttöönoton suunnittelua eri toimijoiden yhteistyönä voidaan hyödyntää muillakin terveydenhuollon sektoreilla.

Hanke on tuottanut merkittävää uutta tietoa käytännön kehittämisen näkökulmasta. Tuotettua tietoa väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja riskien hallintaan soveltuvista tehokkaista työmenetelmistä voidaan käyttää arvioitaessa, ovatko psykiatrisilla sairaalaosastoilla käytössä olevat menetelmät näyttöön perustuvia ja toisaalta mitkä olisivat tutkimustiedon perusteella suositeltavia käytäntöön vietäviä menetelmiä. Käytäntöjä kehitettiin yhteistyössä niin potilasjärjestöjen kuin tutkimusosastoilla hoidossa olevien potilaiden kanssa. Kokemusasiantuntijat myös tekivät hankearvioinnin hankkeessa tuotettujen dokumenttien pohjalta. Merkittävä osa konkreettisista tutkimusosastoilla tapahtuneista muutoksista oli lähtöisin osastojen potilaiden ehdotuksista ja he myös osallistuivat uusien menetelmien käyttöönoton suunnitteluun sekä arviointiin.

Tässä hankkeessa on laadittu sen keskeisistä vaiheista lopputulosmalli. Siinä kuvataan uuden, näyttöön perustuvan ja käyttäjälähtöisen työmenetelmän kehittäminen alkukartoituksista suunnittelutyöhön, uuden menetelmän käyttöönottoon, menetelmän käytön seurantaan ja sen arviointiin. Käytäntöjen kehittämiseen on yhä tiiviimmin syytä ottaa mukaan kohderyhmä: henkilökunta, asiakkaat/potilaat ja omaiset sekä kiinnittää huomiota konkreettisiin keinoihin vastata potilaan käyttäytymisestä seuraaviin haasteisiin. Kun kehittämisessä ovat mukana juuri ne osapuolet joita asia koskee, se lisää motivaatiota toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen.

8. KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Hankekokemustemme perusteella esitämme seuraavia kehittämisehdotuksia:

TUTKIMUS

- Terveystieteiden tutkimuksessa tarvitaan laajoja, laadukkaita ja henkilökunnan mielipiteet huomioivaa tutkimusta potilaan väkivaltatilanteiden ennakoimiseen, käsittelemiseen ja arviointiin.
- Henkilökunnan työhyvinvointia on tarkasteltava monipuolisesti ja testatuilla menetelmillä. Tätä täydentämään tarvitaan myös laadullisia menetelmiä, jotta ymmärrettäisiin paremmin henkilökunnan työhön ja työympäristöön liittyviä ilmiöitä työelämässä.
- Haavoittuvissa ryhmissä toteutettavissa tutkimuksissa tulee aina huolehtia tutkimuksen eettisyys.

HYVYNVOINTI

- Nuorten, juuri alalle tulleiden ja nuorten miesten kokemaan väkivaltaan tulee kiinnittää huomiota.

KOULUTUS

- Väkivaltatilanteiden ennakoiminen ja riskinhallinta tulee sisällyttää eri tason hoitoalan koulutuksen opinto-ohjelmiin sekä hoitoalan täydennyskoulutukseen.
- Henkilökunnalla tulee olla ajan tasainen tutkimustieto ja taito hakea viimeisintä tietoa mahdollisimman laajasti.
- Tieteellisessä jatkokoulutuksessa opiskelijalle tulee antaa tutkimusmenetelmälliset taidot toteuttaa haastavia tutkimusasetelmia erilaisissa työympäristöissä ja herkästi haavoittuvissa, eettisestä hienovaraisuutta edellyttävissä ryhmissä.

KÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN

- Fokusryhmähaastatteluin saatu tieto väkivaltatilanteisiin liittyvistä keskeisistä ongelmista ja kehittämisehdotuksista on hyvä ottaa huomioon kun kartoitetaan vastaavien osastojen kehittämistarpeita.
- Tieto hoitajien työhyvinvoinnista tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa uhkaaviin tilanteisiin liittyvien toimenpiteiden käyttöönottoa. Uudet toimet saattavat olla vaikeita niille hoitajille, joilla on vähän hallintakeinoja kohdata väkivaltaisia potilaita psykiatrisessa osastotyössä. Hoitotyön kehittäminen ei saa vaarantaa osastojen turvallisuutta eikä aiheuttaa lisästressiä henkilökunnalle.

- Käytäntöjen kehittämiseen on yhä tiiviimmin syytä ottaa mukaan kohderyhmä: henkilökunta, asiakkaat/potilaat ja omaiset sekä kiinnittää huomiota konkreettisiin keinoihin vastata potilaan käyttäytymisestä seuraaviin haasteisiin. Kun kehittämisessä ovat mukana juuri ne osapuolet joita asia koskee, se lisää motivaatiota toimia yhteisen päämäärän hyväksi ja lisää sitoutumista toiminnan kehittämiseen.

JOHTAMINEN

- Organisaation johdon on osallistuttava tiiviisti käytännön kehittämishankkeisiin hoitotyössä. Tämä auttaa organisaatiossa tapahtuvaa tiedonkulkua ja hyvine käytäntöjen leviämistä.
- Kehittämistoimenpiteissä on tärkeää kuunnella potilaiden ja henkilöstön ajatuksia ja erilaisia näkökulmia asioista päätettäessä.
- Potilaita ja henkilöstöä tulee rohkaista tekemään kehittämis ehdotuksia.
- Johtamisen näkökulmasta on tärkeää, että esimiehet ja johtajat jalkautuivat osastoille, potilaiden ja henkilöstön luo.

KUNTOUTUJAT

- Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden käytännön kehittämisehdotukset tulisi ottaa systemaattisesti huomioon uusia tutkimus- ja kehittämishankkeita suunniteltaessa sekä toteutettaessa.
- Hankkeiden asiakas- ja potilaslähtöinen arviointi tulee olla merkittävässä asemassa kehitettäessä henkilökunnan työhyvinvointia ja palvelujen laatua.

PÄÄTÖKSENTEKIJÄT

- Päätöksentekijöiden, palvelujen tuottajien ja asiakkaiden yhteistoimintaa tulee lisätä yhteisen ymmärryksen löytymiseksi.
- Päätöksentekijöillä on oltava syvällistä tietoa ymmärrystä psykiatrisen hoitotyön arjen ilmiöistä ja toimintakulttuurista.
- Päätäjät tarvitsevat monipuolista tietoa päätöksenteon perustaksi, kuten esimerkiksi suunniteltaessa henkilöstö- ja muiden resurssien tehokasta ja tarkoituksenmukaista käyttöä sekä henkilöstön työhyvinvointia ja osaamista tukevia menetelmiä.

LÄHTEET

Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug H-J & 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, 422–427.

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J & Fischer JE. 2006. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BioMed Central Psychiatry* 6, 17–25.

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J & Fisher JE. 2008. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 193, 44–50.

Aelfers E, Bosma H, Houkes J & van Eijk J. 2013. Effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce mild to moderate depression and chronic fatigue in a working population: the design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 13, 129–136.

Aho A. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24 (4), 271–280.

Ailasmaa R. 2009. Kuntien sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö 2008. Tilastoja henkilöstöluvusta 23/2009. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Alanen S, Johannala-Kemppainen R, Ijäs J, Kaila M, Klockars M, Mäkelä M & Välimäki M. 2007. Evaluation of current care effectiveness: a survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25, 232–236.

Allen DE & Vitale-Nolen RA. 2005. Patient Care Delivery Model Improves Nurse Job Satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 36 (6), 277–282.

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

Anttonen H & Räsänen T. 2008. Well-being at work - new innovations and good practices. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Appelbaum PS, Clark Robbins P & Monahan J. 2000. Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry* 157, 566–572.

Arai L, Britten N, Petticrew M, Popay J, Roberts H, Rodgers M & Sowden A. 2006. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews.

Armitage P, Chambrey-Smith J & Andrews K. 1991. Primary nursing and the role of the nurse preceptor in changing long-term mental health care: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 16, 413–422.

Atkisson C. 2012. Client satisfaction questionnaire (CSQ Scales®). [http://www.csqscales.com/pdfs/Brief%20Summary%20of%20the%20Client%20Satisfaction%20Questionnaire%20\(CSQ%20Scales\).pdf](http://www.csqscales.com/pdfs/Brief%20Summary%20of%20the%20Client%20Satisfaction%20Questionnaire%20(CSQ%20Scales).pdf) 21.10.2013.

Bégat I, Ellefsen B & Severinsson E. 2005. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. 13, 221–230.

Beech B & Leather P. 2006. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of trainin evaluation models. *Aggression and Violent Behavior* 11, 27–43.

Bergk J, Einsiedler B, Flammer E & Steinert T. 2011a. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric Services* 62 (11), 1310–1317.

Berg J, Kaltiala-Heino R & Välimäki M. 2011a. Management of aggressive behaviour among adolescents in forensic units: a four-country perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 776–785.

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.

Bergk J, Flammer E, Steinert T. 2010. "Coercion Experience Scale" (CES)--validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*. 14;10:5. doi: 10.1186/1471-244X-10-5.

Blacker D. 2009. *Psychiatric Rating Scales*. Teoksessa: Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. (toim.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volume 2. 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. E-kirja. 1032–1059.

Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J & Whittington R. 2009. Morale is high in acute inpatient psychiatry. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 44, 39–46.

Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H & Jeffery D. 2011a. Inpatient violence and aggression: a literature review. Institute of Psychiatry, Kings College London. <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAgg.pdf> 18.10.2013.

Bowers L, Ross J, Nijman H, Muir-Cochrane E, Noorthoorn E & Stewart D. 2011b. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing* 68 (4), 826-835.

Bowers L, Whittington R, Almvik R, Bergman B, Oud N & Savio M. 1999. A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *International Journal of Nursing Studies* 36, 217-222.

Bulman C & Schultz S. 2004. *Reflective practice in nursing*. Third Edition. Blackwell Publishing.

van den Brink RHS, Hooijschuur A, van Os TWDP, Savenije W & Wiersma D. 2010. Routine violence risk assessment in community forensic mental healthcare. *Behavioral Sciences and the Law* 28, 396–410.

Brooks H, Pilgrim D & Rogers A. 2011. Innovation in mental health services: what are the key components of success? *Implementation Science* 6:1:120.

Burns N & Grove SK. 2009. *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence*. Sixth Edition. Saunders Elsevier, St. Louis.

Camerino D, Estryn-Behar M, Conway P BIJ & Hasselhorn H. 2008. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT Study: a longitudinal cohort study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(1), 35-50.

Caricati L, La Sala R, Marletta G, Pelosi G, Ampollini M, Fabbri A, Ricchi A, Scardino M, Artioli G & Mancini T. 2013. Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, Early View Online.

Chaplin R, McGeorge M & Lelliott P. 2006. The National Audit of Violence: in-patient care for adults of working age. *The Psychiatrist* 30, 444–446.

Chappell D & Di Martino V. 1998. *Violence at work*. International Labour Office, Geneva. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108406_en.pdf 16.10.2013.

Chen W, Hwu H, Kung S, Shiu H & Wang J. 2008. Prevalence and Determinants of Workplace Violence of Health Care Workers in a Psychiatric Hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health* 50, 288–293.

Cleary M. 2004. The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing* 13, 53–60.

CRD. 2008. *Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York, UK.

Crilly J, Chaboyer W & Creedy D. 2004. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing* 12, 67–73.

Cullen A, Clarke A, Kuipers S, Hodgins S, Dean K & Fahy T. 2012. A multi-site randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine* 42, 557–569.

- Currid T. 2009. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing Standard* 44, 40–46.
- Dale AE. 2005. Evidence based practice: compatibility with nursing. *Nursing Standard* 19, 48–53.
- Davies BR. 2005. Coercion or collaboration? Nurses doing research with people who have severe mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (1), 106–111.
- Davis FD. 1989. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 13 (3), 319–340.
- Davis FD, Bagozzi RP & Warshaw PR. 1989. User acceptance of computer technology: A comparison of 2 theoretical models. *Manage Sci* 35, 982–1003.
- Design Council & Department of Health. 2011. Reducing Violence and Aggression in A&E setting – through a better experience. Iso-Britannia.
<http://www.designcouncil.org.uk/Documents/Documents/OurWork/AandE/ReducingViolenceAndAggressionInAandE.pdf> 16.10.2013.
- Di Martino V, Hoel H & Cooper C. 2003. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Duplin, Ireland.
- Dimeglio K., Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A & Ducharme M. 2005. Group Cohesion and Nurse Satisfaction. *Journal of Nursing Administration* 35 (2), 110–120.
- Dolan M & Blattner R. 2010. The utility of the Historical Clinical Risk -20 Scale as a predictor of outcomes in decisions to transfer patients from high to lower levels of security-A UK perspective. *BioMed Central Psychiatry* 10, 76–83.
- Douglas KS, Ogloff JRP & Hart SD. 2003. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 54 (10), 1372–1379.
- Doyle M, Kelly D, Clarke S & Braynion P. 2007. Burnout: the impact of psychosocial interventions training. *Mental health practice* 10 (7), 16–19.
- Duxbury J & Whittington R. 2005. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50 (5), 469–479.
- Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A & Hannigan B. 2000. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 7–14.

- Edwards D, Burnard P, Hannigan B, Cooper L, Adams J, Juggesur T, Fothergil A & Coyke D. 2006. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1007–1015.
- Elovainio M, Kuusio H, Aalto A-M, Sinervo T & Heponiemi T. 2009. Insecurity and shiftwork as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioural mediators. *Journal of Advanced Nursing* 66 (5), 1080–1091.
- Endicott J, Nee J, Harrison W & Blumenthal R. 1993. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin* 29 (2), 321–326.
- Epp S. 2008. The value of reflective journaling in undergraduate nursing education: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1379–1388.
- Eronen M, Kaltiala-Heino R & Kotilainen I. 2007. Vaarallisuuden arviointi – missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaara arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 123 (19), 2375–2380.
- Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM & Hasselhorn H-M. 2008. Violence risks in nursing - results from the European ‘NEXT’ Study. *Occupational Medicine* 58, 107–114.
- Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2011. European Network. http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good_practice/stress/violence-links.stm 28.8.2011.
- Euroopan unionin neuvosto. 2007. Neuvoston päätöslauselma yhteisön uudesta työterveys- ja työturvallisuusstrategiasta vuosiksi 2007-2012. (2007/C 145/01)
- European Agency for Safety and Health at Work. 2009. OSH in figures: stress at work – facts and figures. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work 17.10.2013.
- European Agency for Safety and Health at Work. 2010. Workplace Violence and Harassment. a European Picture. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC> 16.10.2011.
- Ewers P, Bradshaw T, McGovern J & Ewers B. 2002. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing* 37 (5), 470–476.
- Farrell GA, Bobrowski B & Bobrowski P. 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 778–787.
- Fixen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM & Wallace F. 2005. Implementation research: A synthesis of the literature (Rep. No. FMHI Publication #231). Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Flannery RB, LeVitre V, Rego S & Walker AP. 2011. Characteristics of Staff Victims of Psychiatric Patient Assaults: 20-Year Analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly* 82 (1), 11–21.

Forssell A & Vuokko R. Käyttöönotto kriisissä: Tietojärjestelmän osuus käyttöönoton aikana ilmeneviin ongelmatilanteisiin. Häyrynen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät*. Stakesin työpapereita 14/2007.

Foster C, Bowers L, Nijman H. 2007. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal Of Advanced Nursing* 58 (2), 140–149.

Frambach RT & Schillewaert N. 2002. Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research* 55, 163-176.

Garbett R & McGormack B. 2002. A concept analysis of practice development. *Nursing Times Research* 7 (2), 87-100.

Gilbody S, Cahill J, Barkham M, Richards D, Bee P & Glanville J. 2006. Can we improve the morale of staff working in psychiatric units? A systematic review. *Journal of Mental Health* 15 (1), 7–17.

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P & Kyriakidou O. 2004. Diffusion of innovation in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quaterly* 82, 581–629.

Gustafsson C, Asp N & Fagerberg I. 2007. Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice* 13, 151–160.

Grönfors S, Sinervo T & Elovainio M. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* (13) 4, 227–237.

Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury J & Halfens J. 2006. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 197-204.

Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T & Halfen S. 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing* 68 (12), 2685–2699.

Hahn S, Müller M, Hantikainen V, Kok G, Dassen T & Halfens RJG. 2013. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies* 50 (3), 374–385.

Hall L, Doran D & Pink L. 2008. Outcomes of interventions to improve hospital nursing work environments. *Journal of Nursing Administration* 38 (1), 40–46.

Hallberg IR. 1994. Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing* 8 (1), 44–52.

Hallsteinsen A, Kristensen M, Dahl AA & Eilertsen DE. 1998. The extended staff observation aggression scale (SOAS-E): development, presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97 (6), 423–6.

Hanrahan NP, Aiken LH, McClaine L & Hanlon AL. 2010. Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing* 3, 198–207.

Happell B & Harrow A. 2010. Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 19 (3), 162–168.

Harjajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. ACTA Nro 187. Stakes ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Harris GT, Rice ME & Camilleri JA. 2004. Applying a forensic actuarial assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to nonforensic patients. *Journal of Interpersonal Violence* 19 (9), 1063–1074.

Hartvig P, Alfarnes SA, Skjønberg M, Moger TA & Østberg B. 2006. Brief checklist for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry* 60 (3), 243–248.

Hogan DL & Logan J. 2004. The Ottawa Model of Research Use. A guide to clinical innovation in the NICU. *Clinical Nurse Specialist* 18 (5), 255–261.

Holden RJ & Karsh B-T. 2010. The technology acceptance model: its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics* 43 (1), 159–172.

Hublin C, Partinen M, Koskenvuo K, Silventoinen K, Koskenvuo M & Kaprio J. 2010. Shift-work and cardiovascular disease: a population-based 22-year follow-up study. *European Journal of Epidemiology* 25, 315–323.

Huckshorn KA. 2007. Building a better mental health workforce, 8 core elements. *Journal of Psychosocial Nursing* 45 (3), 24–34.

Huf G, Coutinho E & Adams C. 2012. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychological Medicine* 42 (11), 2265–2276.

Hyrkäs K. 2005. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing* 23, 531–556.

ILO, ICN, WHO, PSI. 2002. Framework guidelines for addressing workplace violence in the healthcare sector. Geneve. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf 16.10.2013.

Irwin A. 2006. The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 309–318.

Jeong A & Jeong M. 2008. The effects of active versus reflective learning style on the processes of critical discourse in computer-supported collaborative argumentation. *British Journal of Educational Technology* 39(4), 651–665.

Johns C. 2004. *Becoming a Reflective Practitioner*. Second edition. Blackwell Publishing, Oxford.

Järvinen P. 2000. *Esimies ja työyhteisön kehittäminen*. WSOY, Porvoo.

Kaivola J & Lehtonen L. 2006. LePOSITEIDEN KÄYTTÖ LEVOTTAMALLA MYRKYTYSOTILAALLA: [potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja]. *Suomen lääkirilehti* 61 (34), 3351–3355.

Kanste O, Kyngäs H & Nikkilä J. 2007. The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management* 15, 731–739.

Karhula K, Härmä M, Sallinen M, Hublin C, Virkkala J, Vahtera J & Puttonen S. 2013. Job strain, sleep and alertness in shift working health care professionals – a field study. *Industrial Health* 51, 406–416.

Kennedy JA. 2003. *Mastering the Kennedy Axis V: A New Psychiatric Assessment of Patient Functioning*. American Psychiatric Publishing, Arlington.

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

Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J & Kaltiala-Heino R. 2009. Who are the restrained and secluded patients? A nationwide 15-year study. *Social Psychiatric Epidemiology* 45, 1087–1093.

Killick S & Allen D. 2005. Training staff in an adolescent inpatient psychiatric unit in positive approaches to managing aggressive and harmful behaviour: does it improve confidence and knowledge? *Child Care in Practice* 11 (3), 323–339.

Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M, Cooper S, Twiselton K, Watson N, Evans J, Hawes V, Jones L, Moore C, Andrews K & Maden T. 2010. A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21 (2), 264–282.

Kivimäki M, Vanhala A, Pentti J, Länsisalmi H, Virtanen M, Elovainio M, Vahtera J. 2007. Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: prospective cohort study. *BMC Health Service Research* 7:170.

Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. 2007. World Health Organization: Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. The future direction of mental health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, McGraw-Hill, Open University Press.

Koivu A, Saarinen PI & Hyrkas K. 2012. Does clinical supervision promote medical–surgical nurses’ well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management* 20, 401–413.

Koivunen M. 2009. Acceptance and use of information technology among nurses in psychiatric hospitals. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D osa 837. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

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

Kontio R, Lahti M, Pitkänen A, Joffe G, Putkonen H, Hätönen H, Katajisto J & Välimäki M. 2011. Impact of eLearning course on nurses’ professional competence in seclusion and restraint practices: a randomized controlled study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 813–821.

Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L & Joffe G. 2009. Nurses’ and physicians’ educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspectives in Psychiatric Care* 45 (3), 198–207.

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.

Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, Mäntyranta T & Rissanen P. 2010. Healthcare professionals’ intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science* 5, 51.

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A & Lozano R. 2002. World report on violence and health. Geneva: World Health Organisation.

Kutney-Lee A, Wu S, Sloane D & Aiken L. 2013. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies* 50, 195–201.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Tampere.

Kynoch K, Chung-Jung W, & Chan AM. 2011. Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 8, 76–86.

Lakeman R & Glasgow C. 2009. Introducing peer-group clinical supervision: An action research project. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 204–210.

- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.
<http://www.finlex.fi/fi./laki/ajantasa/1999/19990488>. 2.11.2013.
- Lay B, Lauber C & Rössler W. 2006. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry* 21, 401–409.
- Lawoko S, Soares JF & Nolan P. 2004. Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden. *Work and Stress* 18 (1), 39–55.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2007. Violence, bullying and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01.pdf> 26.9.2013.
- Lehto A-M & Pärnänen A. 2007. Violence, bullying and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01.pdf> 26.9.2013. On tekstissä!
- Letvak S. 2005. Health and safety of older nurses. *Nursing Outlook* 53 (2), 66–72.
- Lewis DO. 2009. Adult antisocial behavior, criminality, and violence. Teoksessa: Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. (toim.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume 2. 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. E-kirja. 2491–2505.
- Lewis ML & Dehn DS. 1999. Violence against nurses in outpatient mental health settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37 (6), 28–33.
- Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2004. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11 (2), 379–385.
- Littrell K & Littrell S. 1998. Current understanding of violence and aggression: Assessment and treatment. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 36 (12), 18–24.
- Link BG, Cullen FT, Frank J & Wozniak JF. 1987. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology* 92, 1461–1500.
- Lovell A, Skellern J & Mason T. 2011. Violence and under-reporting: learning disability nursing and the impact of environment, experience and banding. *Journal of Clinical Nursing* 20, 3304–3312.
- Lowe M, Rappolt S, Jaglal S & Macdonald G. 2007. The Role of Reflection in Implementing Learning from Continuing Education into Practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 27(3), 143–148

- Maden A. 2007. *Treating Violence: A Guide to Risk Management in Mental Health*. Oxford University Press, New York.
- McDermott BE, Quanbeck CD, Busse D, Yastro K & Scott CL. 2008. The Accuracy of Risk Assessment Instruments in the Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Behavioral Sciences and the Law* 26, 759–777.
- McGeorge M, Lelliott P & Stewart J. 2001. Managing violence in psychiatric wards: preliminary findings of a multicentre audit. *Mental Health Care* 31, 366–369.
- McGrath A, Reid N & Boore J. 2003. Occupational stress in nursing. *International Journal Of Nursing Studies* 40, 555–565.
- Meehan T, Bergen H & Fjeldsoe K. 2003. Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing* 47 (1), 33–38.
- Melchior MEW, Philipsen H, Abu-Saad HH, Halfens RJG, van de Berg AA & Gassman P. 1996. The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long-stay settings. *Journal of Advanced Nursing* 24, 694–702.
- Melchior MEW, Halfens RJG, Abu-Saad HH, Philipsen H, van den Berg AA & Gassman P. 1999. The effects of primary nursing on work-related factors. *Journal of Advanced Nursing* 29 (1), 88–96.
- Melville K, Casey K & Kavanagh D. 2010. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 49, 455–471.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> 25.10.2013.
- Miettinen J. 2008. Vuorotyö ja terveys. *Työterveyslääkäri* 26 (2), 113–6.
- Moran A, Cocoman P, Scott A, Matthews V, Staniulienė M & Välimäki M. 2009. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 599–605.
- Morgan J, Rawlinson M & Weaver M. 2006. Facilitating online reflective learning for health and social care professionals. *Open Learning* 21(2), 167–176.
- Morrison E, Morman G, Bonner G, Taylor C, Abraham I & Lathan L. 2002. Reducing Staff injuries and Violence in a Forensic Psychiatric Setting. *Archives of Psychiatric Nursing* 16 (3), 108–117.
- Muller A, Weigl M, Heiden B, Glaser J & Angerer P. 2012. Promoting work ability and well-being in hospital nursing: The interplay of age, job control, and successful ageing strategies. *Work* 41, 5137–5144.

Muralidharan S & Fenton M. 2012. Containment strategies for people with serious mental illness (Review). *The Cochrane Library* 2, 1–14.

Mäkelä, Kaila, Lampe & Teikari (toim.) 2007. *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

National Collaborating Centre for Methods and Tools (2010). *Ottawa Model of Research Use: A Framework for Adopting Innovations*. Hamilton, ON: McMaster University. Retrieved from <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/65.html>. 3.11.2013.

Needham H & Sands N. 2010. Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care* 46 (3), 221–233.

Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug H.J, Halfens R & Fischer J.E. 2004. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 595–601.

Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, Fraher D-M, Hardy P, Jones S, Gournay K, Johnston S, Pereira S, Pratt P, Tucker R & Tsuchiya A. 2006. A systematic review of the safety and effectiveness of restrain and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews of Evidence-Based Nursing* 3 (1), 8–18.

Newhouse R, Hoffman J, Suflita J & Hairston D. 2007. Evaluating an Innovative Program to Improve New Nurse Graduate Socialization Into the Acute Healthcare Setting. *Nursing Administration Quarterly* 31(1), 50–60.

NICE. 2005. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical practice guidelines. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10964/29719/29719.pdf>. 10.7.2013.

Nijman, H. L., Allertz W & Merckelbach, H. 1997a. Aggressive behavior on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry* 11, 106–114.

Nijman H, Merckelbach H, Allertz W & Campo J. 1997b. Prevention of Aggressive Incidents on a Closed Psychiatric Ward. *Psychiatric Services* 48 (5), 694–698.

Ning S, Zhong H, Libo W & Quijie L. 2009. The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 65 (12), 2642–2648.

Ogloff JRP & Daffern M. 2006. The Dynamic Appraisal of Situational Aggression: An Instrument to Assess Risk for Imminent Aggression in Psychiatric Inpatients. *Behavioral Sciences and the Law* 24, 799–813.

Olofsson B. 2005. Opening up: psychiatric nurses' experiences of participating in reflection groups focusing on the use of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 259–267.

- Omérov M, Edman G & Wistedt B. 2002. Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nordic Journal of Psychiatry* 56 (3), 207–213.
- Otto RK. 2000. Assessing and Managing Violence Risk in Outpatient Setting. *Journal of Clinical Psychology* 56 (10), 1239–1262.
- Overall JE & Gorham DR. 1962. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 10, 799–812.
- Pakkokeinolaki 30.4.1987/450. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870450> 21.10.2013.
- Parantainen A & Laine M. 2010. Työterveys ja –turvallisuus sosiaali- ja terveystalalla 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveystalalan riskiprofiili. Työterveyslaitos.
- Paterson P, Turnbull J & Aitken I. 1992. An evaluation of a training course in the short-term management of violence. *Nurse Education Today* 12, 368–375.
- Perera R & Yudkin P. 2007. Graphical method for depicting randomized trials of complex interventions *The British Medical Journal* 334, 127-129.
- Perkiö-Mäkelä M & Hirvonen M. 2013. Työ ja Terveys –haastattelututkimus 2012. Työterveyslaitos. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_Terveys_2012.pdf 21.10.2013.
- Piispa M & Hulkko L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. http://www.ttk.fi/files/1527/Tyovakivallan_riskiammatit_raportti_1_2010_TTK.pdf 21.10.2013.
- Plant M, Plant M & Foster J. 1992. Stress, alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1057–1067.
- Pryce J, Albertsen K. & Nielsen K. 2006. Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work–life balance. *Journal of Nursing Management* 14, 282–288.
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S & Kallert T. 2010. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Perspective* 61, 1012–1016.
- Rickard G, Lenthall S, Dollard M, Opie T, Psych P & Knight S. 2012. Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian* 19, 211–221.
- Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, Rainio A-K, Ojaniemi K & Kinnunen J. 2007. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing* 57, 286–295.

Redhead K, Bradshaw T, Braynion P & Doyle M. 2011. An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 18, 59–66.

Rikoslaki 441/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110441> 21.10.2013 21.20.2013.

Rippon TJ. 2000. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31, 452–460.

Roach P, Duxbury JA, Wright K, Bradley D & Harris N. 2009. Conducting research on acute mental health admission wards. *Nurse Researcher* 16 (4), 65–72.

Roche M, Diers D, Duffield C & Catling-Paull C. 2010. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal Of Nursing Scholarship* 42 (1), 13–22.

Rodwell J & Munro L. 2013. Well-being, satisfaction and commitment: the substitutable nature of resources for maternity hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing* 69, 2218–2228.

Rogers EM. 2003. *Diffusion of Innovations*. 5 painos. The Free Press, New York.

Ross CA & Goldner EM. 2009. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 558–567.

Ross J, Bowers L & Stewart D. 2012. Conflict and containment events in inpatient psychiatric units. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2306–2315.

Ruusuvuori J & Tiittula L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. *Vastapaino*, Tampere.

Royal College of Nursing. 2005. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. The Royal College of Nursing. London, UK. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/109800/003017.pdf.

Saarela K & Isotalus N. 1999. Väikivaltatyötäpuurmat Suomessa. *Työ ja ihminen* 13 (2), 137–149.

Saarela K & Isotalus N. 2000. Väikivaltatilanteet ja niihin varautuminen terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 34, 3323–3326.

Sadock BJ. 2009. Signs and Symptoms in Psychiatry. Teoksessa: Sadock BJ, Sadock VA & Ruiz P. (toim.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Volume 2. 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. E-kirja. 919–929.

Sailas E & Fenton M. 2000. Seclusion and restraint for people with serious mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No: CD001163DOI:10.1002/14651858.CD001163.

Sailas EES & Fenton M. 2012. Seclusion and restraint with serious mental illnesses (Review). The Cochrane Library 6, 1-18.

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. The British Journal of Psychiatry 199, 473–478.

van de Sande R, Nijman H, Noorthoorn O, Wierdsma A, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder C. 2012. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. The British Journal of Psychiatry 199 (6), 473–478.

Scariot CA, Heemann A & Padovani S. 2012. Understanding the collaborative-participatory design. Work 41, 2701–2705.

Sclafani MJ, Humphrey FJ, Repko S, Ko HS, Wallen MC & DiCiacomo A. 2008. Reducing patient restraints: a pilot approach using clinical case review. Perspectives in Psychiatric Care 44 (1), 32–39.

Severinsson EI & Hallberg IR. 1996. Systematic clinical supervision, working milieu and influence over duties: the psychiatric nurse`s viewpoint- a pilot study. International Journal of Nursing Studies 33 (4), 394–406.

Silverman D. 2011. Interpreting Qualitative Data. Fourth Edition. SAGE Publications Ltd, Cornwall.

Simpson DD. 2002. A conceptual framework for transferring research to practice. Journal of Substance Abuse Treatment 22, 171–182.

Simpson E & Courtney M. 2007. A framework guiding critical thinking through reflective journal documentation: A Middle Eastern experience. International Journal of Nursing Practice 13, 203–208.

Sirén R, Kivivuori J, Kääriäinen J & Aaltonen M. 2007. Suomalaisten kokema väkivalta 1980–2006. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 74, Helsinki.

Sjöström N, Eder D, Malm U & Beskow J. 2001. Violence and its prediction at a psychiatric hospital. European Psychiatry 16, 459–465.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2004:5, Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3694.pdf&title=Selvitys_tyonjaosta_ja_tyonrasituksesta_mielenterveyspalveluissa_fi.pdf 17.10.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Saatavana <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htx.i1049.pdf> 7.4.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuus asiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15, Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:13, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän alustavat linjaukset ja kehittämis ehdotukset 2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-17802.pdf 10.7.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1, Helsinki.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Clark Robbins P, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. 1998. Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Archives of General Psychiatry* 55 (5), 393–401.

Stewart D, Bowers L & Ross J. 2011. Managing risk and conflict behaviors in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing* 68 (6), 1340-1348.

Stewart D & Bowers L. 2013. Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20 (3), 236–43.

Stone T, McMillan M & Hazelton M. 2010. Swearing: its prevalence in healthcare settings and impact on nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, 528–534

Sturrock A. 2010. Restraint in inpatient areas: the experiences of service users. *Mental Health Practice* 14 (3), 22–26.

Sveinsdóttir H. 2006. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20, 229–237.

Tapaturmavakuutuslaki (608/1948). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1948/19480608> 21.10.2013.

THL. 2011. Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon tilastoraportti 4/2011. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04_11.pdf

THL. 2012. Terveystien ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia. THL:n vuosittainen ennakkoraportti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22> 2.11.2013.

- THL. 2013. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2011. Tilastoraportti 4/2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1
- Tilastokeskus. 2009. Hyvinvointikatsaus 3/2009. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0
- Tong A, Sainsbury P & Craig J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality and Health Care* 19 (6), 349–357.
- Tummers G, Janssen P, Landeweerd A & Houkes I. 2001. A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing* 36, 151–162.
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383> 21.10.2013.
- Työterveyslaitos. 2010-2013. Työväkivalta. http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/tyovakivallan_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx 21.10.2013.
- Työturvallisuuskeskus. 2010. Työväkivaltariski suurin terveydenhuolto-, sosiaali- ja vartiointityössä. *Uutiset* 22.6.2010.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> 21.10.2013.
- United States Department of Labor. 2004. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html> 21.10.2013.
- Unsworth J. 2000. Practice development: a concept analysis. *Journal of Nursing Management* 8, 317–326.
- van de Sande R, Nijman H, Noorthoorn O, Wierdsma A, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder C. 2012. The British Journal of Psychiatry 199 (6), 473-478.
- Veltkamp E, Nijman H, Stolker J, Frigge K, Dries P & Bowers L. 2008. Patients Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services* 59 (2), 209–211.
- Virtanen M, Terho K, Oksanen T, Kurvinen T, Pentti J, Routamaa M, Vartti A-M, Peltonen R, Vahtera J, Kivimäki M. 2011. Patients with infectious diseases, overcrowding and health in hospital staff. *Archives of Internal Medicine* 171 (14), 1296-1298.

Virtanen M, Pentti J, Ferrie J, Stansfeld S, Helenius H. 2008. Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *American Journal of Psychiatry* 165, 1482–1486.

Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R & Fahy T. 2001. Reducing violence in severe mental illness: randomized controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 323 (7321), 1093–1096.

Walsh K, Nicholson J, Keough C, Pridham R, Kramer M & Jeffrey J. 2003. Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice* 9 (1), 33–39.

Whittemore R. 2005. Combining evidence in nursing research. *Methods and Implications. Nursing Research* 54, 56–62.

Whittemore R & Grey M. 2002. The systematic development of nursing interventions. *Journal of Nursing Scholarship* 34, 115–120.

WHO. 2002a. World report on violence and health.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf> 16.10.2013.

WHO. 2002b. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sectors.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf 16.10.2013.

WHO. 2012. Violence. <http://www.who.int/topics/violence/en/> 24.3.2012.

Wistedt B, Rasmussen A, Pedersen L, Malm U, Träskman-Bendz L, Wakelin J & Bech P. 1990. The Development of an Observer-Scale for Measuring Social Dysfunction and Aggression. *Pharmacopsychiatry* 23(6), 249–252.

Workers Compensation Board of PEI. 2011. Guide to the prevention of workplace violence. WCB Information publications, Canada.
http://www.wcb.pe.ca/DocumentManagement/Document/pub_guidetothe prevention of workplace violence.pdf 16.10.2013.

WorkSafe Victoria 2008. A handbook for workplaces - Prevention and management of aggression in health services, Australia.
http://www.worksafe.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0012/10209/Aggression_in_health_care.pdf 16.10.2013.

Wright S. 2003. Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: A critical review. *Medicine, Science and the Law* 43, 31–38.

Wright S, Gray R, Parkes J & Gournay K. 2002. The recognition, prevention and therapeutic management of violence in acute in-patient psychiatry. A literature review and evidence-based recommendations for good practice. UKCC.
[http://www.nmcuk.org/\(ghwajmimtotqiu45t11pa0nq\)/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=341](http://www.nmcuk.org/(ghwajmimtotqiu45t11pa0nq)/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=341) 17.10.2013.

Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W & Wang X. 2012. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal of Industrial Medicine* 55 (11),1000–1008.

Wykes T, Stevens WT & Everitt B. 1997. Stress in community care teams: will it affect the sustainability of community care? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 32 (7), 398–407.

Zeng J-Y, F-R, Xiang Y-T, Qi Y-K, Ungvari GS, Newhouse R, Yu D SF, Lai K YC, Yu L-Y, Ding Y-M, Tang W-K, Wu P-P, Hou Z-J, Chiu H FK. 2013. Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research*, Online.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113003296> 16.10.2013.

Esimerkkejä eri mittareiden käytöstä tutkimuksissa arvioitaessa potilaan väkivaltariskiä

BIOLOGINEN RISKIMARKKERI (HDL, LDL, triglyseridit, serotoniini) (1998)

Roaldset JO, Bakken AM & Bjørkly S. 2011b. A prospective study of lipids and serotonin as risk markers of violence and self-harm in acute psychiatric patients. *Psychiatry Research* 186, 293–299.

BIS (The Barratt Impulsiveness Scale) (1994)

Doyle M & Dolan M. 2006. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189, 520–526.

Grisso T, Davis J, Vesselinov R, Appelbaum PS & Monahan J. 2000. Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), 388–398.

McDermott BE, Quanbeck CD, Busse D, Yastro K & Scott CL. 2008. The Accuracy of Risk Assessment Instruments in the Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Behavioral Sciences and the Law* 26, 759–777.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) (1962)

Abushua'leh K & Abu-Akel A. 2006. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 143, 205–211.

Grisso T, Davis J, Vesselinov R, Appelbaum PS & Monahan J. 2000. Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), 388–398.

Hoptman MJ, Yates KF, Patalinjug MB, Wack RC & Convit A. 1999. Clinical Prediction of Assaultive Behavior Among Male Psychiatric Patients at a Maximum-Security Forensic Facility. *Psychiatric Services* 50 (11), 1461–1466.

McDermott BE, Quanbeck CD, Busse D, Yastro K & Scott CL. 2008. The Accuracy of Risk Assessment Instruments in the Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Behavioral Sciences and the Law* 26, 759–777.

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry* 199, 473–478.

BVC ja BVC-G (Brøset Violence Checklist ja Brøset Violence Checklist-German version) (200/2004)

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J & Fischer JE. 2006. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BioMed Central Psychiatry* 6, 17–25.

Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug H-J & 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, 422–427.

Björkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. 2006. Nurses short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113, 224–229.

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry* 199, 473–478.

Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T & Linaker OM. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BioMed Central Psychiatry* 11, 44–50.

Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC & Linaker OM. 2006. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 144–149.

BVC-VAS (Brøset Violence Checklist-VAS) (2006)

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J & Fischer JE. 2006. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BioMed Central Psychiatry* 6, 17–25.

CANFOR (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) (2003)

van den Brink RHS, Hooijschuur A, van Os TWDP, Savenije W & Wiersma D. 2010. Routine Violence Risk Assessment in Community Forensic Mental Healthcare. *Behavioral Sciences and the Law* 28, 396–410.

CARDS ja seulaersio (The Clinical Assessment of Risk Decision Support) (2004)

Watts D, Bindman J, Slade M, Holloway F, Rosen A & Thornicroft G. 2004. Clinical assessment of risk decision support (CARDS): The development and evaluation of a feasible violence risk assessment for routine psychiatric practice. *Journal of Mental Health* 13(6), 569–581.

DASA (The Dynamic Appraisal of Situational Aggression) (2006)

Daffern M, Howells K, Hamilton K, Mannion A, Howard R & Lilly M. 2009. The impact of structured risk assessments followed by management recommendations on aggression in patients with personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20(5), 661–679.

Conditional prediction model of judgement (1995)

Skeem JL, Mulvey EP, Odgers C, Schubert C, Stowman S, Gardner W & Lidz C. 2005. What Do Clinicians Expect? Comparing Envisioned and Reported Violence for Male and Female Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (4), 599–609.

CT (Conflict Tactics Scale) (1979)

Hoptman MJ, Yates KF, Patalinjug MB, Wack RC & Convit A. 1999. Clinical Prediction of Assaultive Behavior Among Male Psychiatric Patients at a Maximum-Security Forensic Facility. *Psychiatric Services* 50 (11), 1461–1466.

COVR/ICT (Classification of Violence Risk/ The multiple iterative classification tree model) (2005)

Monahan J, Steadman HJ, Clark Robbins P, Appelbaum P, Banks S, Grisso T, Heilbrun K, Mulvey EP, Roth L & Silver E. 2003. An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons With Mental Disorders. *Psychiatric Services* 56 (7), 810–815.

Snowden RJ, Gray NS, Taylor JT & Fitzgerald SF. 2009. Assessing Risk of Future Violence Among Forensic Psychiatric Inpatients With the Classification of Violence Risk (COVR). *Psychiatric Services* 60 (11), 1522–1525.

Sturup J, Kristiansson M & Lindqvist P. 2011. Violent behaviour by general psychiatric patients in Sweden – validation of Classification of Violence Risk (COVR) software. *Psychiatry Research* 188, 161–165.

DS (Dangerousness Scale)

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry* 199, 473–478.

ERM (Early Recognition Method) (2008)

Fluttert FAJ, van Meijel B, Nijman H, Bjørkly S & Grypdonck M. 2010. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1529–1537.

GAF-S (1994)

Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T & Linaker OM. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BioMed Central Psychiatry* 11, 44–50.

Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC & Linaker OM. 2006. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 144–149.

HCR-20 (The Historical, Clinical, Risk Management-20) (1997)

Daffern M, Howells K, Hamilton K, Mannion A, Howard R & Lilly M. 2009. The impact of structured risk assessments followed by management recommendations on aggression in patients with personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20(5), 661–679.

Dolan M & Blattner R. 2010. The utility of the Historical Clinical Risk -20 Scale as a predictor of outcomes in decisions to transfer patients from high to lower levels of security-A UK perspective. *BioMed Central Psychiatry* 10, 76–83.

Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls TL & Grant I. 1999. Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (6), 917–930.

Douglas KS & Ogloff JR. 2003a. Violence by Psychiatric Patients: The Impact of Archival Measurement Source on Violence Base Rates and Risk Assessment Accuracy. *Canadian Journal of Psychiatry* 48 (11), 734–740.

Douglas KS & Ogloff JRP. 2003b. The Impact of Confidence on the Accuracy of Structured Professional and Actuarial Violence Risk Judgments in a Sample of Forensic Psychiatric Patients. *Law and Human Behavior* 27 (6), 573–587.

Douglas KS, Ogloff JRP & Hart SD. 2003. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 54 (10), 1372–1379.

Doyle M & Dolan M. 2006. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189, 520–526.

Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M, Cooper S, Twiselton K, Watson N, Evans J, Hawes V, Jones L, Moore C, Andrews K & Maden T. 2010. A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21 (2), 264–282.

Schaap G, Lammers S & de Vogel V. 2009. Risk assessment in female forensic psychiatric patients: a quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20 (3), 354–365.

de Vogel V & de Ruiter C. 2004. Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 15 (1), 145–164.

HKT-30

van den Brink RHS, Hooijschuur A, van Os TWDP, Savenije W & Wiersma D. 2010. Routine Violence Risk Assessment in Community Forensic Mental Healthcare. *Behavioral Sciences and the Law* 28, 396–410.

Hoitajien riskinarviointiprosessi-malli (1999)

Trenoweth S. 2003. Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *Journal of Advanced Nursing* 42(3), 278–287.

HONOS-MDO (Health of the Nation Outcome Scales version for Mentally Disordered Offenders) (2007)

van den Brink RHS, Hooijschuur A, van Os TWDP, Savenije W & Wiersma D. 2010. Routine Violence Risk Assessment in Community Forensic Mental Healthcare. *Behavioral Sciences and the Law* 28, 396–410.

Kennedy Axis V ja sen lyhennetty versio

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry* 199, 473–478.

LSI-R:SV (The Level of Service Inventory-Revised: Screening Version) (2005)

Thomas SDM, Daffern M, Martin T, Ogloff JRP, Thomson LDG & Murray F. 2009. Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 2–9.

NAS-PI (The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory) (2003)

Doyle M & Dolan M. 2006. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189, 520–526.

Grisso T, Davis J, Vesselinov R, Appelbaum PS & Monahan J. 2000. Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), 388–398.

NAS (The Novaco Anger Scale) (1994)

McDermott BE, Quanbeck CD, Busse D, Yastro K & Scott CL. 2008. The Accuracy of Risk Assessment Instruments in the Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Behavioral Sciences and the Law* 26, 759–777.

NOSIE (The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation) (1965)

Hoptman MJ, Yates KF, Patalinjug MB, Wack RC & Convit A. 1999. Clinical Prediction of Assaultive Behavior Among Male Psychiatric Patients at a Maximum-Security Forensic Facility. *Psychiatric Services* 50 (11), 1461–1466.

PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) (1987)

Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T & Linaker OM. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BioMed Central Psychiatry* 11, 44–50.

Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC & Linaker OM. 2006. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 144–149.

PCL-R ja PCL-SV (The Hare Psychopathy Checklist-Revised/Screening Version)(1991/1994)

Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls TL & Grant I. 1999. Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (6), 917–930.

Douglas KS & Ogloff JR. 2003a. Violence by Psychiatric Patients: The Impact of Archival Measurement Source on Violence Base Rates and Risk Assessment Accuracy. *Canadian Journal of Psychiatry* 48 (11), 734–740.

Doyle M & Dolan M. 2006. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189, 520–526.

Edens JF, Skeem JL & Douglas KS. 2006. Incremental Validity Analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist: Screening Version in a Civil Psychiatric Sample. *Assessment* 13 (3), 368–374.

Grisso T, Davis J, Vesselinov R, Appelbaum PS & Monahan J. 2000. Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), 388–398.

Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M, Cooper S, Twiselton K, Watson N, Evans J, Hawes V, Jones L, Moore C, Andrews K & Maden T. 2010. A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21 (2), 264–282.

Silver E, Mulvey EP & Monahan J. 1999. Assessing Violence Risk Among Discharged Psychiatric Patients: Toward an Ecological Approach. *Law and Human Behavior* 23 (2), 237–255.

Skeem JL, Monahan J & Mulvey EP. 2002. Psychopathy, Treatment Involvement, and Subsequent Violence Among Civil Psychiatric Patients. *Law and Human Behavior* 26 (6), 577–603.

Skeem JL & Mulvey EP. 2001. Psychopathy and Community Violence Among Civil Psychiatric Patients: Results From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (3), 358–374.

Schaap G, Lammers S & de Vogel V. 2009. Risk assessment in female forensic psychiatric patients: a quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20 (3), 354–365.

Physicians prediction

Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T & Linaker OM. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BioMed Central Psychiatry* 11, 44–50.

Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC & Linaker OM. 2006. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 144–149.

PIC (Problem Identification Checklist) (1990)

Quinsey VL, Jones GB, Book AS & Barr KN. 2006. The Dynamic Prediction of Antisocial Behavior Among Forensic Psychiatric Patients. *Journal of Interpersonal Violence* 21 (12), 1539–1565.

PRFS (Proximal Risk Factor Scale) (1997)

Quinsey VL, Jones GB, Book AS & Barr KN. 2006. The Dynamic Prediction of Antisocial Behavior Among Forensic Psychiatric Patients. *Journal of Interpersonal Violence* 21 (12), 1539–1565.

PS (Preliminary Scheme) (2002)

Hartvig P, Alfarnes SA, Skjønberg M, Moger TA & Østberg B 2006. brief checklist for assessing violence risk among patients discharged from acute psychiatric facilities: A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry* 60 (3), 243–248.

Risk assessment form

Shergill SS & Szmukler G. 1998. How predictable is violence and suicide in community psychiatric practice? *Journal of Mental Health* 7(4), 393–401.

RM-2000-S (Risk Matrix 2000 scale) (2003)

Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M, Cooper S, Twiselton K, Watson N, Evans J, Hawes V, Jones L, Moore C, Andrews K & Maden T. 2010. A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21 (2), 264–282.

SDAS (Social Dysfunction and Aggression Scale)

van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C & Mulder CL. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry* 199, 473–478.

SIV (the Schedule of Imagined Violence) (1999)

Grisso T, Davis J, Vesselinov R, Appelbaum PS & Monahan J. 2000. Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), 388–398.

SPJ

Douglas KS & Ogloff JRP. 2003b. The Impact of Confidence on the Accuracy of Structured Professional and Actuarial Violence Risk Judgments in a Sample of Forensic Psychiatric Patients. *Law and Human Behavior* 27 (6), 573–587.

SRS (Self-report risk scale) (2006)

Roaldset JO & Bjørkly S. 2010. Patients' own statements of their future risk for violent and self-harm behaviour: A prospective inpatient and post-discharge follow-up study in an acute psychiatric unit. *Psychiatry Research* 178, 153–159.

START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) (2004)

Nicholls TL, Brink J, Desmarais SL, Webster CD & Martin M-L. 2006. The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample. *Assessment* 13 (3), 313–327.

Therapeutic- and control steps taken and nurses observation-checklist

Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T & Linaker OM. 2011. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BioMed Central Psychiatry* 11, 44–50.

Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC & Linaker OM. 2006. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nordic Journal of Psychiatry* 60, 144–149.

VAS (1989)

Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T & Campo J. 2002. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105, 390–395.

VRS (2001)

Kirkpatrick T, Draycott S, Freestone M, Cooper S, Twiselton K, Watson N, Evans J, Hawes V, Jones L, Moore C, Andrews K & Maden T. 2010. A descriptive evaluation of patients and prisoners assessed for dangerous and severe personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21 (2), 264–282.

VRAG (1993)

Doyle M & Dolan M. 2006. Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psychiatry* 189, 520–526.

Edens JF, Skeem JL & Douglas KS. 2006. Incremental Validity Analyses of the Violence Risk Appraisal Guide and the Psychopathy Checklist: Screening Version in a Civil Psychiatric Sample. *Assessment* 13 (3), 368–374.

Harris GT, Rice ME & Camilleri JA. 2004. Applying a Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients. *Journal of Interpersonal Violence* 19 (9), 1063–1074.

Quinsey VL, Jones GB, Book AS & Barr KN. 2006. The Dynamic Prediction of Antisocial Behavior Among Forensic Psychiatric Patients. *Journal of Interpersonal Violence* 21 (12), 1539–1565.

Snowden RJ, Gray NS, Taylor JT & Fitzgerald SF. 2009. Assessing Risk of Future Violence Among Forensic Psychiatric Inpatients With the Classification of Violence Risk (COVR). *Psychiatric Services* 60 (11), 1522–1525.

V-RISK-10 (2006)

Roaldset JO, Hartvig P & Bjørkly S. 2011a. V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *European Psychiatry* 26, 85–91.

Liitetaulukko 1. Turvallinen työn hallinta- hankkeelle saadut eettiset lausunnot ja tutkimusluvat

Tutkimuslupa	Luvan saannin päivämäärä	Mitä koskee
TY:n eettinen toimikunta	29.5.2012	Hoitajahaastattelut sekä potilas- ja omaisjärjestöhaastattelut
HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue	3.7.2012	Hoitajien haastattelut
xxx Mielenterveysyhdistys ry	16.8.2012	Potilasjärjestöön kuuluvien henkilöiden haastattelu
HUS HYKS	24.8.2012	Hoitajien haastattelut
HUS eettinen toimikunta	29.8.2012	Koko tutkimus
Omaiset mielenterveystyön tukena xxx seudun yhdistys ry	29.8.2012	Omaisjärjestöön kuuluvien henkilöiden haastattelu
Keski-Suomen sairaanhoitopiirin KSSHP	11.9.2012	Hoitajien kyselytutkimukset/verrokkiosastot
Omaiset mielenterveystyön tukena xxx ry	17.9.2012	Omaisjärjestöön kuuluvien henkilöiden haastattelu
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri EPSHP	20.9.2012	Hoitajien kyselytutkimukset/verrokkiosastot
HUS HYKS	24.9.2012	Intervention kehittäminen (hoitajat & potilaat)
HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue	3.10.2012	Koko tutkimus
xxx	23.10.2012	Potilasjärjestöön kuuluvien henkilöiden haastattelu
HUS Hyvinkään sairaanhoitoalue	16.8.2013	DASA:n käyttöönotto
HUS HYKS	30.8.2013	DASA:n käyttöönotto

MIELENTERVEYDEN KESKUSLIITON ESITTÄMÄT PALAUTTE JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Arvioinnin kohteena oleva hanke on erittäin tärkeä, koska tätä aihealuetta ei ole aiemmin juurikaan tutkittu.

Hankkeen aikana kehitettyjä tulosten hyödyntämistä on siirrettävissä myös muiden alojen hoitokäytänteisiin (mm. geriatria, ensiapu).

Hankkeella pystytään vaikuttamaan myönteisesti mielenterveyspotilaisiin ja – kuntoutujiin ja mielenterveysalan ammattilaisiin (stigman vähentäminen).

Hankkeella tähdätään potilaiden, työntekijöiden ja omaisten yhteistyöhön, mikä on käyttäjälähtöinen toimintamalli. Tutkimus lisää kiinnostusta hoitotyötä ja sen käytänteitä kohtaan. Hankeraportoinnissa esitettyjen kehittämistyön toimenpide-ehdotuksilla ja toimenpiteillä pyritään hankkeen tavoitteeseen hoitajien työn hallintaan psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteessa sekä ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita.

DASA -mittarin avulla saadaan näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan ennaltaehkäisemiseksi. DASA -mittari on selkeä menetelmä, ja se on liitetty hoidon päivittäisiin rutiineihin. Tällä tavoin mittarin käyttäminen voidaan liittää osaksi hoitokäytännön arkea.

Omahoitajajärjestelmä on kokemuservioijien kokemuksen mukaan hyvä ja suositeltava toimintamalli, joka edistää potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta.

Myönteistä on, että lääkärit on saatu mukaan yhteisökokouksiin, jotta potilailla on mahdollisuus päästä vuorovaikutukseen yhteisökokouksissa myös lääkärin kanssa. Tiedon välittyminen paranee.

Aamukokousten teemoittaminen on hyvä ajatus, jolloin niiden aika saataisiin lyhemmäksi ja kiinnostavammaksi.

Joillakin osastolla hoitajien raportointiaikoja on lyhennetty. Tämä mahdollistaa enemmän aikaa potilaille ja edistää osaltaan potilaan osallisuutta hoitoonsa.

Jollakin osastolla sääntöjä on pehmenetty, ja huomioitu entistä enemmän potilaiden toiveita. Tämä lisää potilaan osallisuutta ja toiveiden kuulemista osastohoidossa.

Jollakin osastolla henkilökunnan ruokailutaukoja oli porrastettu, jotta osastolla on aina riittävästi henkilökuntaa paikalla.

Jollakin osastolla oli käytössä potilaiden henkilökohtainen viikkosuunnitelma, mikä lisää potilaan omaa hallinnantunnetta.

Voimakkaasti tunteita koskettava hoitotyö osaltaan tukee työntekijän jaksamista ja työhyvinvointia työssä.

Osastoilla on ehdotettu erilaisia potilaiden virike- ja harrastusmahdollisuuksia. Raportoinnin perusteella ainakin osa on niistä jo käytössä, ja ne ovat toimineet hyvin. Hankkeen raportoinnin pohjalta voidaan todeta, että potilaiden harrastemahdollisuuksien lisääminen on edistänyt potilaiden viihtyvyyttä ja samalla vähentänyt aggressiivisuutta osastoilla.

Mielenterveyden keskusliitto: Hankeen kehittämisehdotukset

Kokemusarvioijat esittävät hankemateriaalin pohjalta seuraavia kehittämisehdotuksia:

Väkivaltainen potilas – käsitteen määrittely

Hankkeen raportoinnissa olisi hyvä ensin määritellä, mitä tarkoitetaan väkivaltaisella potilaalla. Hankkeen raportoinnissa käsitteen määrittely käy ilmi DASA -mittarin kriteereissä.

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja pakkotoimenpiteiden käyttäminen

Potilaiden tyytymättömyys hoitoon todennäköisesti lisää väkivallan mahdollisuutta. Olisi tärkeä laatia selkeät ohjeistukset potilaan väkivaltaisuuden ennaltaehkäisemiseen, tunnistamiseen, kohtaamiseen sekä käytettäviin vaihtoehtoisin menetelmiin ja pakkotoimenpiteisiin eri tilanteissa. Työntekijöitä on tärkeää kouluttaa väkivaltaisen käytöksen johdosta tehtävien pakkotoimenpiteiden varalle, jotta tilanne olisi mahdollisen vähän traumatisoiva molemmille osapuolille. Mitä tunteita pakkotoimenpiteet voivat herättää työntekijöissä itse tilanteessa ja sen jälkeen? Pakkotoimenpiteiden jälkeen on tärkeää käydä tilanne lävitse myös potilaiden kanssa.

Pakkotoimenpiteitä välttämällä hoitajien työhyvinvointi paranee. Hyvä vuorovaikutuksellinen hoitosuhde potilaiden ja hoitajien välillä todennäköisesti vähentää pakkotoimia ja mahdollisia väkivaltatilanteita jatkossa.

Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn voi saada malleja myös muilta ammattialoilta. Raportoinnissa olisi hyvä täsmentää, miten psykiatrinen hoitotahto tutkimuskohteena olleilla osastoilla toteutuu, ja miten potilaat ovat sen kokeneet.

Osastojen henkilökunnan resursointi, työilmapiiiri ja työhyvinvointi

Hankeraportoinnissa olisi ollut hyvä tuoda esille tutkimuskohteena olleiden sairaalaosastojen työntekijäresursointi. Onko osastoilla riittävästi henkilökuntaa ja toimitiloja hankkeen kohteena olevien eri toimintojen toteuttamiseen ja kehittämiseen?’

Hoitohenkilökunnalla tulee olla tarkoituksenmukaisesti resursseja niin, että potilasta voidaan pitää erityistarkkailussa hoidon alussa ilman eristämistä. Työntekijöiden ruoka- ja muut tauot tulisi porrastaa kaikilla osastoilla, jotta osastoilla on aina riittävä määrä henkilökuntaa. Miten tutkimuskohteena olleilla osastoilla seurataan työyhteisön työilmapiiiriä ja työhyvinvointia? Mitä tuloksia ja kehittämisehdotuksia niiden pohjalta on tehty? Johtajuus ilmiönä ei näkynyt hankeraportoinnissa.

Hoitotyön kehittäminen ja uusien toimintamallien oppiminen

Raportissa tuodaan esille, että psykiatrisen hoitotyön kehittäminen on perustunut pitkälti historiallisiin hoitokäytänteisiin. Jatkossa hoitotyön kehittämisessä olisi hyvä huomioida potilailta ja omaisilta kerättävä kokemusperäinen ja käyttäjälähtöinen palaute.

Hoitotyö on elinikäistä oppimista. Tämä olisi tärkeää huomioida uusia toimintamuotoja kehitettäessä yhteistoiminnassa potilaiden, omaisten ja vertaisten kanssa. Kokemusrvioijat ehdottavat, että henkilökuntaa motivoidaan ja heille annetaan mahdollisuus osallistua koulutukseen ja kursseille työajalla.

Hankesuunnitelmassa todetaan, että potilaan väkivaltaista käyttäytymistä ja sen hallintaa ja siihen liittyviä ennaltaehkäiseviä menetelmiä ja riskinhallintaa on tutkittu vähän. Tästä seuraa, että hoitajat toimivat kokemuksensa ja työuskomustensa varassa. Vääristä hoitorutiineista pois oppiminen on tärkeää, koska ne hankaloittavat ja vaikeuttavat henkilökunnan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja näin vaikuttavat potilaiden ja henkilökunnan hyvinvointiin. Hoitohenkilökunnalle ehdotetaan rohkeutta kokeilla ja muuttaa asioita myös potilaita, omaisia ja vertaistoimijoita kuulemalla. Tähän liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa tulisi lisätä. Hankesuunnitelmassa professori Välimäki (2012, 2) siteeraa Wykesiä (1997), jonka mukaan ”on havaittu, että hoitajien asenteilla ja terapeuttisen ilmapiirin puuttumisella on yhteys psykiatrisen hoidon laatuun” (Wykes ym. 1997). Edelleen Välimäki (2012, 2) tuo esille Clearyn, McGreogen ja Hanrahan ym. tutkimuksiin viitaten, ” stressi, loppuun palaminen ja sosiaalisen tuen puute ovat merkkejä kielteisestä työilmapiiristä” (Cleary 2004, McGeorge ym. 2001, Hanrahan ym. 2010).

Hankkeen raportoinnin mukaan osa hoitajia uudistusten toteuttaminen mietityttää. Hoitajien varauksellisuutta uudistuksia kohtaan voisi hälventää lisäkoulutuksella ja sitouttamisella vielä enemmän kehittämistoimintaan.

Miten potilas voisi olla mukana kehittämässä hoitokäytänteitä? ”Liiallinen” hoitohenkilökunnan ammatillisuus voi tuoda potilaalle tunteen, että tietoa ei haluta välittää eteenpäin, vaikka näin ei olisi. Kokemusrvioijat ehdottavat hoitokäytänteiden avaamista enemmän potilaalle. Potilaalta voisi kysyä mielipiteitä esim. hoidosta ja lääkkeistä potilaan hoidon edistyessä. Kokemusrvioijat ehdottavat, että eri sairaaloiden osastojen hyvät hoitokäytänteet ja kehittämismallit välitettäisiin muiden psykiatristen sairaaloiden osastoille (benchmarking ja toisten sairaaloiden osastojen hyvistä käytänteistä oppiminen).

Potilaiden ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus

Potilaan hoito tulisi olla vuorovaikutteista myös potilaan hoidon suunnasta. Potilas kaipaa raporttien perusteella kohtaamista ja vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa. On tärkeää, että potilas kohdataan yksilönä. Potilaiden kanssa pitäisi puhua myös niistä asioista, jotka ovat hyvin, ei ainoastaan epäkohdista. Potilaita tulee kehua ja

kannustaa sekä rohkaista mm. vapaaehtois- ja vertaistukitoimintaan. Omahoitajajärjestelmä ehdotetaan käyttöön jokaiselle osastolle. Kaikissa sairaaloissa, jokaisella osastolla, hoitajien olisi hyvä tavata kaikki omat potilaansa aina työvuoronsa alkaessa. Koko henkilökunnan tulisi tervehtiä potilaita. Mitä enemmän potilasta kuullaan tasavertaisena, sitä tyytyväisempi hän on. Tämä on omiaan vähentämään väkivaltaista käyttäytymistä.

Potilaille mielekästä tekemistä heidän toiveitaan kuullen

Potilaille ehdotetaan mielekästä tekemistä potilaiden yksilöllisten toiveiden ja hoitosuunnitelmissa sovitun mukaisesti, esim. kaikille osastoille ehdotetaan askartelu/piirustushuone; toimintaterapeutin tai kuvataideterapeutin ohjaamat ryhmät. Television katselulle ehdotetaan omaa tilaa. Virikkeellinen tekeminen yhdessä potilaiden kanssa voi ennaltaehkäistä väkivaltatilanteita (ks. Björkdahl 2013). Osastolla voisi olla enemmän virikkeitä, esim. vapaaehtoistoimintaa. Pitkäaikaispotilaille voisi järjestää vertaistukitoimintaa, esimerkiksi ryhmiä, niille potilaille, jotka sitä haluavat. Osastoilla aika tulee pitkäksi. Mahdollisuuksien mukaan potilaat voisivat osallistua vapaaehtoisuuteen perustuvaan toimintaan, esim. osaston siivoukseen/kunnostukseen. Kirjojen lainaamismahdollisuus tulisi taata kaikille potilaille. Osastoille ehdotetaan tietokoneita potilaiden käyttöön potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma ja näkemykset huomioiden.

Yhteistyö avohoidon kanssa

Mikäli avohoitoon ei ole panostettu tarpeeksi, se pitää järjestää saumattomasti. Yhteistyö avohoidon kanssa ehdotetaan aloitettavaksi jo sairaalahoidon aikana esimerkiksi sairaalan taholta kotikäyntien ja tekstiviestien avulla. Sairaalan henkilökunnan kotikäyntejä ehdotetaan potilaan kotiutumisvaiheessa avohoidon tueksi. Näin voidaan ehkäistä pyörö-ovitulanteita ja mahdollisia uusia väkivaltatilanteita. Tuleva avohoidon työntekijä ehdotetaan otettavaksi mukaan niihin potilaan sairaalahoidon palavereihin, joissa avohoitoon siirtymistä käsitellään.

Osastojen tilat

Raportoinnissa olisi selkeämmin voinut tuoda esille eri osastojen pohjapiirustukset. Ehdotetaan kaikille osastoille erillistä rauhoittumistilaa tai rauhoittumishuonetta, jonne ei jouduta vaan jonne päästään. Siellä potilaan olisi mahdollista kuunnella mm. mielimusiikkia. Huoneen voisi sisustaa sohvilla, kukilla, verhoilla ja tuoksulla, ks. esimerkiksi Anna Björkdahlin luento toukokuussa 2013 2nd European Conference on Mental Health Nursing - konferenssissa ja Brjörkdahlin (2010) tutkimus (sensory stimulation relaxation room). Potilas voi kokea huonetoverinsa pelottavana. Sänkyjen välissä olisi hyvä olla näkösuojia tai mahdollisuus omaan yksityiseen huoneeseen potilaan sitä toivoessa. Kaikille osastoille ehdotetaan erillistä pientä huonetta potilaan ja hänen omahoitajansa kahdenkeskisille keskusteluille.

Tiedonkulku ja yhteisökokoukset

Potilas- ja omaisesitteet saatava jokaiselle osastolle heti, ei pitkän tähtäimen tavoitteena. Yhteisökokoukset on kannatettava toimintamalli kuulla potilaita ja työntekijöitä ja edistää yhteisöllisyyttä. Miten hiljaisimpien potilaiden ääni pääsee yhteisökokouksissa kuuluviin?

Eri toimijoiden ” (hoitajat, lääkärit, potilaat, vertaistukihenkilöt, vapaaehtoiset toimijat, omaiset) mukaan ottamista saman pöydän ääreen ehdotetaan, jotta tieto kulkisi osastoilla eri tahojen välillä. Lääkitsemistilanteessa pitäisi aina tehdä potilaalle selväksi mitä lääkettä potilaalle annetaan. Tällä lisätään luottamusta. Lääkkeen jaossa ei saa tapahtua virheitä. Kokemusarvioijat ehdottavat lääkkeiden jakoon aina kahta hoitajaa, jossa toinen jakaa lääkkeitä ja molemmat hoitajat tarkistavat lääkemääräyksen tarkistuslistasta (vrt. lentäjien tarkistuslistat). Yhteisökokousten muistiot ehdotetaan kirjoitettavaksi aktiivimuodossa esim. ”suurin osa yhteisökokousten potilaista on sitä mieltä, että ” osa potilaista kokee, että”... Tämä edistää sitä, että potilas otetaan mukaan aktiivisena toimijana.

Omaiset/läheiset enemmän mukaan

Omaiset/läheiset pitäisi ottaa enemmän mukaan potilaan hoitoon osastolla, mikäli he sitä toivovat. Vierashuoneen käyttömahdollisuutta ehdotetaan niille omaisille/läheisille, jotka matkustavat kaukaa tapaamaan läheisiään. Yhteistyö olisi hyvä käynnistää sellaisten tahojen kanssa, jotka voivat majoittaa omaisia (esim. Suomen Punainen Risti, vapaapalokunta.).

Potilaiden palautteet

Potilaalla on oltava mahdollisuus täyttää palautelomake hoidon päätyttyä osastolla ja saada tähän tarvittaessa tukea. Kokemusarvioijat ehdottavat potilaspalautteiden systemaattista käyttöönottoa sekä potilaspalautteiden käsittelyä ja hyödyntämistä kaikilla osastoilla. Kokemus-asiantuntijat/arvioijat olisi hyvä ottaa mukaan suunnittelemaan miten ja millainen palautteen keruu tulisi laatia.

**TURUN YLIOPISTON HOITOTIETEEN LAITOKSEN JULKAISUJA,
SARJA A TUTKIMUKSIA JA RAPORTTEJA**

- A1 1993 Outi Ketola & Virpi Pyykkö: NÄKYVÄN PINNAN TAAKSE tutkimuskohteena vanhan ihmisen psyykkinen kriisi
- A2 1993 Pirkko Silfver, Sirkka Lauri & Helena Leino-Kilpi: HANKALA POTILAS - Kuka hän on? – empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä
- A3 1994 Soile Juvonen & Sirkka Lauri: UUSIEN SYÖPÄPOTILAIDEN TIEDONSAANTI JA TIEDONTARVE SEKÄ OSALLISTUMINEN OMAA HOITOAAN KOSKEVAAN PÄÄTÖKSENTEKOON
- A4 1994 Anja Hottinen & Maija Hupli: PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKO VUODEOSASTON HOITOSUUNNITELMAKOKOUKSESSA
- A5 1994 Katariina Jantunen, Anne Puumalainen, Tarja Suominen & Helena Leino-Kilpi: ONKO SAIRAALASSA YKSITYISYYTTÄ?
- A6 1994 Katri Vehviläinen-Julkunen, Sirkka Lauri, Tuula Laine, Riitta Peni, Janet Beaton & Annette Gupton: NAISTEN SYNNYTYSSODOTUKSET JA SYNNYTYKSEEN VALMENTAUTUMINEN-pitkittäistutkimus nais ten käsityksistä synnytyskivuista, tilanteen hallinnasta ja päätöksenteosta sekä saamastaan tuesta synnytyksessä
- A7 1994 Sirkka Lauri & Sanna Salanterä: SUOMALAISTEN SAIRAANHOITAJIEN JA TERVEYDENHOITAJIEN PÄÄTÖKSENTEKOMALLIT JA NIIHIN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT
- A8 1995 Mervi Lepistö, Sirkka Lauri & Silvia Käppeli: POTILAAN JA SAIRAANHOITAJAN YKSIMIELISYYS POTILAAN HOIDOLLISTEN ONGELMIEN MÄÄRITTELYSSÄ
- A9 1995 Sirkka Lauri & Sanna Salanterä: HOITOTIEDE - MITÄ, MITEN JA MIKSI? Erilaisia näkökulmia hoitotieteeseen ja teorianmuodostukseen
- A10 1995 Ulla-Maija Haukka & Pirkko Routasalo: VANHUSTEN KALTOINKOHTELU PERHEPIIRISSÄ
- A11 1995 Jaana Uttu & Pirkko Routasalo: KANNATTAAKO LAPSENI ROKOTTAA? Mitä 1-2-vuotiaiden lasten vanhemmat tietävät ja haluavat tietää rokotuksista?
- A12 1995 Fia Heino, Elina Lahtinen, Maija Hupli & Helena Leino-Kilpi: VALMISTUVA TERVEYDENHOITAJA- saavutetut valmiudet opiskelijoiden ja opettajien arvioimina

A13	1996	Liisa Salmenperä & Tarja Suominen: VAIHTOEHTOLÄÄKINTÄ-HOITAMISTA VAI HUMPUUKIA? Hoitajien tietoja ja mielipiteitä vaihtoehtolääkinnästä
A14	1996	Pirkko Routasalo & Helena Leino-Kilpi: HOITAMAAN OPPIMINEN JA OPETTAMINEN. Hoidon didaktiikan kysymyksiä kokeneen opettajan näkökulmasta
A15	1996	Anna-Liisa Pirnes & Helena Leino-Kilpi: ITSEOHJATTU OPPIMISPROSESSI SAIRAAHOITAJAKOULUTUKSESSA
A16	1996	Mervi Lepistö, Helena Leino-Kilpi & Harry Scheinin: PREOPERATIIVISEN KIERRON MERKITYS KOHDUNPOISTOPOTILAALLE
A17	1997	Sirpa-Liisa Hovi & Sirkka Lauri: SYÖPÖPOTILAAN KIPU potilaan ja sairaanhoitajan arvioimana
A18	1997	Ritva Laaksonen-Heikkilä & Sirkka Lauri: MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ KOTIHOIDOSSA
A19	1998	Helena Soini & Maritta Välimäki: VANHUSTEN KOTIHOIDON ONGELMAT JA HOITOKEINOT SEKÄ TYÖNTEKIJÄN SAAMA JA ODOTTAMA APU
A20	1998	Sami Laakso & Pirkko Routasalo: YKSILÖVASTUISEEN HOITOTYÖHÖN SIIRTYMINEN - Vanhainkodissa asuvien vanhusten, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemuksia
A21	1998	Maria Oksanen-Mäkelä & Maija Hupli: KÄSITEANALYYSI ”HOITAJA POTILAAN EDUSTAJANA” - käsitteestä
A22	1998	Seija Pyysalo & Tarja Suominen: HAAVOITETAANKO AIVOHALVAUSPOTILAITA? Potilaat kertovat kokemuksistaan ja niiden vaikutuksesta elämäänsä
A23	1998	Oili Veräjänkorva & Helena Leino-Kilpi: LÄÄKEHOITO JA SEN OPETUS Empiirinen tutkimus hoito-opin opettajien näkemyksistä valmiuksistaan ja toteutuneesta opetuksesta
A24	1998	Riitta Mäkirinne-Heikkilä (toim.): HOIDON OPPIMISEN JA OPETUKSEN TULOKSELLISUUS -tutkimuksellinen näkökulma
A25	1999	Ulla Muinonen, Tarja Suominen, Maritta Välimäki, Christa Lohrmann & Ian Peate: NUORISON HIV- JA AIDS-TIETOUS JA ASENTEET
A26	1999	Minna Vaininen, Pirkko Routasalo & Timo J. Virtanen: RAKKAAT JA TARPEELLISET TAVARAT – vanhainkodissa asuvan vanhuksen esineistö
A27	2000	Merja Mäkelä, Tarja Suominen & Helena Leino-Kilpi (toim.): TEHOHOITOTYÖN TUTKIMUS - tehohoitopotilaan ja -hoitajan parhaaksi

A28	2000	Sirkka Lauri, Maija Hupli & Sanna Salanterä (toim.): HOITOTIEDE - MITÄ, MITEN JA MIKSI? OSA II Puheenvuoroja teorian ja käytännön suhteesta
A29	2000	Sirkka Lauri, Maija Hupli & Satu Jokinen (toim.): HOITOTIEDE - MITÄ, MITEN JA MIKSI? OSA III Näyttöön perustuva hoitotyö
A30	2001	Pirkko Routasalo & Seija Arve (toim.): VANHUSTEN HOITO LAITOKSISSA - Näkökulmia vanhusten laitoshoidon kehittämiseen
A31	2001	Sanna Mustajoki, Pirkko Routasalo, Sanna Salanterä & Aira Autio: VANHUSTEN HYVÄ HOITO VANHAINKODISSA
A32	2001	Sari Säleniemi, Tarja Suominen & Juha Kenraali: TERVEYDENHUOLTOALAN OPISKELIJOIDEN KOKEMUKSET KOULUTUKSEN ANTAMISTA VALMIUKSISTA ULKOMAILLA TAPAHTUVALLE HOITAMISEN OPPIMISELLE
A33	2001	Merja Mäkelä, Kirsi Kiviniemi, Tarja Suominen, Pirkko Routasalo & Seija Arve (toim.): KLIINISEN HOITOTYÖN ASiantuntija - tiedekorkeakoulun näkökulmasta
A34	2001	Pirkko Routasalo & Heikki Suhonen (toim.): ”KYLLÄ MINÄ TIEDÄN, MITÄ MINÄ HALUAN!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa – ikäihmisten kanssa työskentely -seminaarin esitykset
A35	2002	Sirkka Lauri, Heli Virtanen, Tuija Lehti & Riitta Hiltunen: SYÖPÄÄ SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN SUOSITUSTEN KEHITTÄMINEN JA ARVIOINTI
A36	2002	Elina Eriksson, Sari Somer, Elina Kylmänen-Kurkela & Sirkka Lauri: OMAISEN SELVIYTYMINEN SYÖPÄPOTILAAN KUOLEMAN JÄLKEEN JA HOITOHENKILÖKUNNALTA SAATU TUKI – Vertaileva tutkimus saattohoitokodissa ja sairaalassa
A37	2002	Helena Leino-Kilpi, Maija Hupli & Sanna Salanterä (toim.): POTILAAN YKSITYISYYS TERVEYDENHUOLLOSSA
A38	2002	Terhi Piironen, Seija Lahti, Leena Lindqvist, Maija Hupli & Helena Leino-Kilpi: HENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN MUUTTUVASSA TYÖYHTEISÖSSÄ Kuvaus työn koetusta hallinnasta yliopistosairaalan iho- ja sukupuoli tautien klinikalla
A39	2002	Marja-Riitta Hirvonen & Sanna Salanterä: VALMISTUVIEN HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN VALMIUDET KULTTUURINMUKAISEEN HOITOTYÖHÖN
A40	2002	Sanna Salanterä & Tarja Suominen (toim.): HOITOTIETEELLISEN TUTKIMUKSEN METODISIA POHDINTOJA

A41	2003	Hannele Haapaniemi, Pirkko Routasalo & Sirkka Lauri: HOITOTIETEELLINEN VANHUSTUTKIMUS SUOMESSA – Analyysi vuosina 1979-2000 tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä
A42	2003	Elina Kuukkala, Sanna Salanterä, Maija Hupli & Juha Sainio: HOITOTIETEEN ASiantuntijakoulutus – näkemyksiä Turusta valmistuneiden koulutuksen ja työelämän vastaavuudesta
A43	2003	Seija Klemetti, Tarja Suominen & Helena Leino-Kilpi (toim.): PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ HOITOTIETEELLISESSÄ TUTKIMUKSESSA
A44	2004	Leena Salminen & Maija Hupli (toim.): TERVEYSALAN OPETTAJANA 2000-LUVULLA, OSA I
A45	2004	Maija Hupli (toim.): POTILASOHJAUKSEN ULOTTUVUUDET
A46	2005	Tarja Piironen, Hannele Lyytinen & Pirkko Routasalo: ASUKKAIDEN KOKEMUKSIA PALVELUTALON ARJESTA
A47	2005	Elina Eriksson, Hannele Virtanen-Vaaranmaa, Raijamaria Björkroth, Ritva Laitinen, Lea-Riitta Mattila, Leena Rekola, Taru Ruotsalainen & Anneli Sarajärvi: HOITOTYÖN KOULUTUKSEN KEHITTÄMISHAASTEET – Hoitotyön johtajien, opettajien ja hoitotyöntekijöiden näkemykset
A48	2006	Aila Ruuth-Setälä & Sanna Salanterä (toim.): NÄKÖKULMIA POTILAAN TERVEYSONGELMIEN TUNNISTAMISEEN
A49	2006	Maija Hupli & Helena Leino-Kilpi (toim.): TOHTORIKSI HOITOTIETEESTÄ – Käytänteitä Aurajoen rannoilta
A50	2006	Maija Hupli, Kirsi Hakola & Katja Heikkinen (toim.): OPISKELIJANA HOITOTIETEESSÄ – KERTOMUKSIA MATKALTA MAISTERIKSI
A51	2007	Kirsi Johansson, Anna Axelin, Minna Stolt & Riitta-Liisa Ääri (toim.): SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS JA SEN TEKEMINEN
A52	2007	Maija Hupli (toim.): TERVEYSTIETEIDEN MAISTERIKOULUTUS JA TYÖELÄMÄ
A53	2007	Heljä Lundgrén-Laine, Sanna Salanterä & Satu Haapalainen-Suomi (toim.): NÄKÖKULMIA HOITOTYÖN ELEKTRONISEEN KIRJAAMISEEN
A54	2007	Elina Eriksson, Leena Rekola, Anja Valta & Terhi Ogbeide (toim.): OSAAMISEN JOHTAMINEN AMMATTIKORKEAKOULUSSA HOITOTYÖN JA ENSIHOIDON KOULUTUSOHJELMISSA
A55	2008	Liisa Montin (toim.): POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

A56	2008	Leena Salminen ja Heli Virtainen (toim.): MATKALLA HUIPPUOSAAJAKSI – opetusharjoittelun mahdollisuudet
A57	2009	Minna Stolt ja Leena Salminen (toim.): HOIVAYRITTÄJYYDEN PERUSTEITA TERVEYSALAN OPETTAJILLE
A58	2010	Elina Kaitala ja Leena Salminen (toim.): TERVEYSALAN OPETTAJIEN YRITTÄJYYSOSAAMINEN – tietoa, taitoa ja asenteita
A 59	2010	Minna Stolt, Ninja Lehtonen ja Leena Salminen (toim.): SOSIAALINEN MEDIA JA TERVEYSALAN KOULUTUS
A 60	2010	Riitta Suhonen, Heli Vaartio-Rajalin, Kirsi-Marja Lonkila, Helena Leino-Kilpi (toim.): KÄSITEANALYYSI – Harjoittelua eettisten ongelmien tarkasteluun
A 61	2010	Leena Salminen, Sanna Koskinen & Heli Virtanen (toim.): NÄKÖKULMIA OPPIMISEN ARVIOINTIIN
A 62	2011	Riina Junnila, Sanna Koskinen, Leena Salminen & Minna Stolt (toim.): NÄYTTÖÖN PERUSTUVA OPETTAMINEN JA OHJAAMINEN
A 63	2012	Maija Hupli, Sirkku Rankinen & Heli Virtanen (toim.): POTILASOHJAUKSEN ULOTTUVUUDET 2
A 64	2013	Marja-Liisa Gustafsson & Leena Salminen (toim.): OPETUSHARJOITTELUN MAHDOLLISUUKSIA TERVEYSALAN KOULUTUKSESSA - OPETTAJAOPISKELIJOIDEN KOKEMUKSIA
A 65	2013	Minna Stolt, Anna Axelin & Riitta Suhonen (toim.): IKÄÄNTYNEEN IHMISEN TERVEYSONGELMAT JA NIIDEN AR- VIOINTI ESIMERKKEJÄ KESKEISISTÄ TERVEYSONGELMISTA
A 66	2013	Maritta Välimäki, Tella Lantta, Minna Anttila, Virve Pekurinen, Mika Alhonkoski, Terhi Suvanne, Anna Laine, Kati Kannisto, Raija Kontio: HOITAJIEN TYÖN HALLINTA PSYKIATRISEN POTILAAN VÄKIVALTATILANTEISSA

ISSN 1236-7370
ISBN 978-951-29-5562-6

Juvenes Print
Turku 2013