



**TURUN
YLIOPISTO**
UNIVERSITY
OF TURKU

Tehokkaampaa väkivallan riskinhallintaa psykiatrisille sairaalaosastoille – EDASA+APP FI

Tella Lantta, Tiina Talja, Jaakko Varpula,
Sanna Blomqvist, Maria Ameen

**TURUN YLIOPISTO
HOITOTIETEEN LAITOKSEN JULKAISUJA
TUTKIMUKSIA JA RAPORTTEJA
SARJA A88**

**TELLA LANTTA, TIINA TALJA, JAAKKO VARPULA,
SANNA BLOMQVIST, MARIA AMEEL**

**TEHOKKAAMPAA VÄKIVALLAN RISKINHALLINTAA
PSYKIATRISILLE SAIRAALAOsASTOILLE – EDASA+APP FI**



Työsuojelurahasto
Arbetskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund



Turku 2024

Julkaisu on läpikäynyt arviointiprosessin ja sen perusteella toimitusneuvosto on hyväksynyt sen julkaistavaksi.

ISSN: 1236-7370

ISBN: 978-952-02-0029-9

Turku 2024

TIIVISTELMÄ

Työväkivalta on yleinen ilmiö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Väkivaltariskin arviointiin ja väkivallan hallintaan on kehitetty luotettavia menetelmiä ja niiden integroiminen suoraan potilastietojärjestelmään edistää menetelmien käyttöä. eDASA on lyhyen aikavälin (24 tunnin) sähköinen riskinarviomenetelmä, jolla voidaan arvioida potilaan tulevan vuorokauden riskitaso. eDASA:n käyttöön voidaan yhdistää ennaltaehkäiseviä hoitotyön interventioita (Aggression Prevention Protocol, APP), jolloin siitä tulee yhdessä DASA:n kanssa ohjaava työnkulku, eDASA+APP.

Tässä loppuraportissa kuvatun tutkimushankkeen tavoitteena oli vähentää työväkivaltaa ja tahdosta riippumattomia hoitotoimia Suomessa eDASA+APP FI -mallin avulla. Tavoitteena oli myös selvittää hoitajien ja esihenkilöiden asenteita väkivallan riskinhallintaa kohtaan ja kuvata mallin implementaatioprosessi sekä sen vaikutukset kirjaamiseen. Potilaiden osallisuutta väkivallan riskinarvioinnissa tutkittiin myös.

Tutkimus toteutettiin kolmessa vaiheessa vuosina 2022-2024: (1) kysely väkivallan riskinarvioinnin- ja hallinnan asenteista, (2) kuvaus eDASA+APP:n modifioinnista, koulutuksen kehittämisestä ja mallin testaamisesta työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin lisäämiseksi ja (3) kuvaus implementointiprosessista psykiatriseen sairaalahoitoon. Tutkimuksen ensimmäinen vaihe toteutettiin kuvailevana poikkileikkaustutkimuksena. Aineisto ensimmäisessä vaiheessa kerättiin sähköisenä verkkokyselynä REDCap-sovelluksen avulla 26 osaston hoitohenkilökunnalta ja esihenkilöltä. Tutkimuksen toisessa vaiheessa modifioitiin yhteiskehittämisen menetelmällä Australiassa kehitetty eDASA+APP Suomeen, kehitettiin käyttöönottoa varten verkkopohjainen koulutus hoitajille sekä esihenkilöille ja championeille ja testattiin mallin käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimus toteutettiin HUS-yhtymässä, jonka neljä suljettua osastoa valikoitui pilottiosastoiksi. Kehittäminen toteutettiin loppukäyttäjien (hoitajat ja kokemusasiantuntijat) osalta työpajoissa. Pilotointivaiheen jälkeen kerättiin aineistoa niin mallin kuin koulutuksen käytöstä.

Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa implementoitiin eDASA+APP FI 23 aikuispsykiatrian osastolle. Implementaation onnistumista arvioitiin potilastietojärjestelmän auditoinnin ja kirjausten avulla. Muutoksia henkilökunnan asenteissa arvioitiin uudelleen käyttöönoton jälkeen. Implementoinnin vaikutusta

työväkivallan vähenemiseen tarkasteltiin HUS-Riskit ilmoitusten perusteella ja tahdosta riippumattomien hoitotoimien käyttöä hakemalla tietoa pakkotoimista potilastietojärjestelmästä.

Tutkimushankkeen tulosten mukaan hankkeen alussa hoitajien asenteet riskinarviointimenetelmiin vaihtelivat. Lähes puolet hoitajista (41,4 %) ei osannut sanoa kantaansa, ja 14,4 % koki, että validoidut riskinarviointimittarit eivät ole tehokkaita tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita. Hieman alle puolet (44,1 %) koki riskinarviointimittarit tehokkaiksi.

Pilotointivaiheessa eDASA+APP FI -mallilta odotettiin saavutettavuutta, potilaslähtöisyyttä, helppokäyttöisyyttä ja näkyvyyttä sekä tukea käytännön työhön. Alkuperäiseen eDASA+APP -malliin tehtiin vain vähän muutoksia työpajatyöskentelyn jälkeen. Muutokset liittyivät kielellisiin ja toimintakäytäntöjen eroihin. Pilotoinnin perusteella hoitajat kokivat eDASA+APP FI:n työvälineenä, joka antaa hoitajalle tietoa potilaasta ja tämän väkivaltariskistä. Vanhuspsykiatrian osastolla väkivaltariskin arviointia eDASA:n avulla ei pidetty luotettavana. Pilotin aikana väkivaltariskin arviointi ja ennaltaehkäisevien interventtioiden kirjaaminen lisääntyi.

eDASA+APP FI:n laajempi käyttöönotto toteutettiin 23 aikuispsykiatrian osastolla. Kirjaamisen auditoinnin perusteella implementointi vaihteli yksiköittäin. Joissain yksiköissä eDASA+APP FI:tä käytettiin säännöllisesti suunnitelman mukaan ja joissain käyttöönottoa ei oltu aloitettu. HUS-Riskit -ilmoitusten perusteella käyttöönoton jälkeen väkivaltatapauksia raportoitiin 40 kappaletta enemmän kuin ennen käyttöönottoa. Pakkotoimet vähenivät selvästi kahdella osastolla, joissa eDASA+APP FI:n käyttöönotto oli vakiintunutta. Yksiköiden välillä oli kuitenkin suurta vaihtelua niin väkivaltatapausten raportoinnin kuin pakkotoimien käytön määrien välillä. Kysely väkivallan riskinarvioinnin- ja hallinnan asenteista toistettiin hankkeen lopussa. Tulosten perusteella asenteet väkivaltariskin arviointia kohtaan validoiduilla mittareilla muuttuivat hankkeen aikana positiivisemmiksi.

Tutkimushankkeen tuloksia voidaan hyödyntää kansallisesti eDASA+APP FI:n integroimisessa eri potilastietojärjestelmiin ja mallin käyttöönotossa. Loppukäyttäjien osallistuminen ja koulutus ovat olennaisia terveysteknologisten sovellusten, kuten eDASA+APP FI:n käyttöönotossa. Erityisesti vasta valmistuneet hoitajat ovat

potentiaalinen kohderyhmä uusien menetelmien käytölle. Hoitotyön johtajien asenteet ovat merkittäviä uusien työtapojen käyttöönotossa. Organisaation ja esihenkilöiden sitoutuminen ja tuki on välttämätöntä uusien toimintatapojen omaksumiseksi.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
1 LUKIJALLE.....	7
2 JOHDANTO.....	9
3 TUTKIMUKSEN TAUSTA	11
4 TUTKIMUKSEN VAIHEET JA MENETELMÄT	24
5 TULOKSET	32
6 POHDINTA.....	49
7 TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN.....	58
8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET	59
9 KIITOSSANAT.....	60

1 LUKIJALLE

Tämä loppuraportti käsittelee työväkivallan vähentämistä psykiatrisessa sairaalahoidossa eDASA+APP FI (electronic Dynamic Appraisal of Situational Aggression + Aggression Prevention Protocol) -mallin avulla. Malli yhdistää lyhyen aikavälin väkivaltariskin arvioinnin ja ennaltaehkäisevät hoitotyön interventiot, ja se on kehitetty tukemaan kliinistä päätöksentekoa. Tutkimushankkeen tavoitteena oli vähentää työväkivaltaa ja tahdosta riippumattomien hoitotoimien käyttöä sekä selvittää hoitajien ja esihenkilöiden asenteita väkivallan riskinhallintaa kohtaan.

Tehokkaampaa väkivallan riskinhallintaa psykiatrisille sairaalaosastoille – eDASA+APP FI on Työsuojelurahaston ja Sairaanhoidtajien koulutussäätiön rahoittama, Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen ja HUS Psykiatrian yhteishanke. Hanke sai alkunsa kliinisestä tarpeesta kehittää työväkivallan ennaltaehkäisyä ja pakkotoimien vähentämistä aikuispsykiatrian osastoilla.

Olemme hyödyntäneet hankkeessa Australiassa kehitettyä ja tehokkaaksi vaikuttavuustutkimuksessa osoitettua eDASA+APP -mallia. Innovatiivisena elementtinä hankkeessa oli tämän mallin integroiminen potilastietojärjestelmään ja sen rakentaminen kliinistä työtä ohjaavaksi päätöksenteon tueksi. Keskeisinä läpileikkaavina teemoina hankkeessa olivat myös yhteiskehittäminen ja implementaatiotieteen menetelmien hyödyntäminen. Näin pyrimme yhdessä tekemällä luomaan käyttökelpoisen ja kliinistä työtä aidosti palvelevan uuden menetelmän, suomalaisen version eDASA+APP -mallista (FI), joka jää organisaation käyttöön hankeajan päätyttyä.

eDASA+APP FI -hankkeen loppuraportti alkaa johdannolla, joka esittelee tutkimuksen taustan ja tarpeen. Seuraavaksi käsitellään kirjallisuutta, joka kattaa työväkivallan ja sen hallinnan psykiatrisessa sairaalahoidossa, mukaan lukien riskinarviointi, potilaan osallisuus ja teknologian rooli. Vaiheet ja menetelmät -osio kuvaa tutkimuksen kolme vaihetta: kysely asenteista, eDASA+APP:n modifiointi ja testaus sekä mallin implementointi. Tulokset-osiossa esitellään keskeiset löydökset, kuten hoitohenkilökunnan asenteet, mallin testauksen ja implementoinnin vaikutukset. Pohdinta-osio analysoi tuloksia ja niiden merkitystä. Tulosten hyödyntäminen -osio tarjoaa suosituksia mallin kansalliselle käyttöönotolle. Lopuksi kuvaamme

kehittämisehdotuksia niin hoitotyön käytännölle, johtamiselle, koulutukselle kuin tutkimukselle.

Toivomme, että tämän raportin tulokset auttavat edistämään turvallista työympäristöä psykiatrisessa sairaalahoidossa ja tarjoavat hyödyllistä tietoa eDASA+APP FI -mallin kansallisessa käyttöönotossa.

Kirjoittajien puolesta

Tella Lantta
Yliopistonlehtori, dosentti
Hoitotieteen laitos
Turun yliopisto

2 JOHDANTO

Työväkivallan tiedetään olevan yleistä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Arviolta yli puolet (65 %) suomalaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa työskentelevästä hoitohenkilökunnasta on kohdannut työväkivaltaa (Pekurinen ym. 2017). Kansainvälisesti psykiatrisilla osastoilla väkivallan esiintyvyys vaihtelee 8–76 prosentin välillä (Weltens ym. 2021). Työväkivallasta voi seurata hoitohenkilökunnalle fyysisiä vammoja (Renwick ym. 2016) ja psyykkistä kuormitusta (d’Ettorre & Pellicani, 2017). Työväkivallasta johtuva psyykkinen kuormitus lisää merkittävästi mielenterveyden syistä johtuvien sairauspoissaolojen määrää (Wijkander ym. 2023). Psykiatrisessa sairaalahoidossa työväkivaltaa hallitaan erilaisin riskinarvioinnin- ja hallinnan menetelmillä (Jang ym. 2022). Suomessa riskinarviointi on perustunut tyypillisesti kliinisen kokemuksen ohjaamaan arvioon, ja hallintamenetelmänä on korostunut pakkotoimien käyttö (Välimäki ym. 2019).

Väkivallan riskinarviointiin on kehitetty toimivia ja luotettavia menetelmiä. DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) on yksi väkivallan lyhyen aikavälin riskinarvionnin menetelmistä, jonka avulla tulevan vuorokauden riski voidaan arvioida luotettavasti (Maguire ym. 2018). Väkivallan riskiarviointi ei yksistään kuitenkaan riitä väkivallan ehkäisemiseen. Tarvitaan myös tietoa ennaltaehkäisevistä hallintamenetelmistä, jossa DASA:n riskipisteet ohjaavat ammattilaista valitsemaan tilanteeseen sopivia menetelmiä. Esimerkkinä riskiarvion ja hallinnanmenetelmien yhdistämisestä on DASA + APP (Aggression Prevention Protocol; Maguire ym. 2021). Menetelmän integraatiota sähköiseen potilastietojärjestelmään merkitään kirjaimella e (electronic). Integroimalla arviointimenetelmiä suoraan potilastietojärjestelmään voidaan edistää ja sujuvoittaa menetelmien käyttöä (Shea ym. 2012). Tässä tutkimuksessa käytetty malli eDASA+APP -malli muodostuu, kun DASA ja APP sisällytetään osaksi potilastietojärjestelmää tukemaan hoitohenkilökunnan kliinistä päätöksentekoa.

Uusien menetelmien käyttöönotto osaksi toimintaa edellyttää, että menetelmiä käyttävä hoitohenkilökunta omaa tarvittavat tiedot ja taidot menetelmien hyödyntämiseen sekä tunnistaa menetelmien tuoman lisäarvon (Cassidy ym. 2021). Hoitohenkilökunnan asenteet väkivaltariskin arviointiin kuitenkin vaihtelevat. Osa hoitajista luottaa omaan kliiniseen arvioon mittareiden sijaan (Downes ym. 2016). Psykiatrisessa sairaalahoidossa

työskentelevien hoitajien asenteet teknologiaa kohtaan ovat myös osittain negatiivisia (Golz ym. 2022). Onnistunut menetelmien käyttöönotto edellyttää menetelmäkoulutuksen lisäksi myös hoitajien asenteiden muuttamista (Morténus ym. 2012). Lisäksi käyttöönotto edellyttää organisaatiolta erilaisia valmiuksia ja tukimuotoja. Näistä keskeisimpiä ovat organisaation muutosvalmius, johtajien myönteinen suhtautuminen innovaatioihin, riittävät resurssit (Abell ym. 2023) sekä henkilöstön sitoutuminen ja koulutus (Zurynski ym. 2021).

Tämä julkaisu on ”Tehokkaampaa väkivallan riskinhallintaa psykiatrisille sairaalaosastoille – eDASA+APP FI” -tutkimushankkeen loppuraportti. Tutkimushankkeessa modifioitiin väkivallan riskinhallinnan ohjaava malli eDASA+APP Suomen oloihin sopivaksi ja implementoitiin tämä interventio psykiatrian osastoille. Lähestymistavaksi valittiin yhteiskehittäminen, co-design. Monialaiset osaajat, kuten tutkijat, sovelluskehittäjät, psykiatrisen hoidon ammattilaiset, esihenkilöt ja potilaita edustavat kokemusasiantuntijat muodostivat työryhmän ja toivat oman asiantuntemuksensa, kokemuksensa ja odotuksensa tasa-arvoisina kumppaneina intervention kehitystyöhön (Grindell ym. 2022).

Tämän tutkimushankkeen tavoitteena oli vähentää psykiatristen osastojen työväkivaltaa ja tahdosta riippumattomien hoitotoimien käyttöä Suomen oloihin modifioidulla ja potilastietojärjestelmään integroidulla, kliinistä päätöksentekoa tukevan väkivallan riskinhallinnan mallin (eDASA+APP FI) avulla. Tutkimuksessa tavoitteena oli myös selvittää hoitajien ja esihenkilöiden asenteita väkivallan riskinhallintaa kohtaan ja mahdollisia asenteissa tapahtuvia muutoksia tutkimushankkeen aikana. Lisäksi tutkimuksessa kuvattiin kliinistä päätöksentekoa tukevan ja potilastietojärjestelmään integroitavan väkivallan riskinhallinnan mallin implementaatioprosessi sekä prosessin vaikutuksia hoitajien kirjaamiseen. Myös potilaiden osallisuuden mahdollisuuksia väkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa eDASA+APP:ta käyttäen ja kirjaamiseen osallistuen tutkittiin.

3 TUTKIMUKSEN TAUSTA

3.1 Työväkivalta psykiatrisessa sairaalahoidossa

Työväkivalta on merkittävä haaste psykiatrisessa sairaalahoidossa. Eri lähteiden pohjalta on arvioitu, että fyysistä työväkivaltaa on viimeisen vuoden aikana kokenut 2,3–58,4 % hoitajista. Fyysisen työväkivallan lisäksi hoitajiin kohdistuu psyykkistä ja verbaalista väkivaltaa. Viimeisen vuoden aikana psyykkistä tai verbaalista väkivaltaa koki 7,8–88,6 % hoitajista. (Jang ym. 2022.)

Tutkimuksissa on tunnistettu erilaisia työväkivaltaan yhteydessä olevia tekijöitä. Niistä keskeisiä ovat potilaan sairauten tai taustatekijöihin liittyvät tekijät ja osastoympäristöön, hoitoon sekä henkilöstöön liittyvät tekijät. Työväkivallan riskitekijöiksi on potilaiden kohdalla tunnistettu nuori ikä, miessukupuoli, skitsofrenia tai muu psykoottinen häiriö, aikaisempi historia väkivallasta ja päihteiden käytöstä, sekä tahdosta riippumaton hoito (Dack ym. 2013). Psykoottisiin häiriöihin liittyvät tietyt oireet voivat lisätä väkivaltaista käyttäytymistä. Erityisesti vainoharhaisuus ja ääniharhat voivat olla yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Chan & Shehtman 2019). Toisaalta jotkin persoonallisuushäiriöt, kuten epävakaa ja antisosiaalinen persoonallisuushäiriö (González ym. 2016) ja tietyt persoonallisuuden piirteet (Jeandarme ym. 2019) voivat olla jopa enemmän yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen kuin psykoottiset häiriöt (Sopromadze & Tsiskaridze 2018). Kohonnut stressiherkkyys, vihamielisyys, impulsiivisuus ja korostunut herkkyys provokaatiolle ja turhautumiselle ovat riskitekijöitä persoonallisuuden piirteiden osalta (Sopromadze & Tsiskaridze 2018).

Lisäksi työväkivaltaan psykiatrisessa hoidossa voi vaikuttaa osastoympäristössä olevat tekijät, kuten osaston ylipaikkatilanteet ja haasteet vuorovaikutuksessa potilaiden ja henkilökunnan välillä (Weltens ym. 2023). Aktiviteettien puute, henkilökunnan vähyys, huono osastoilmapiiri, yksityisyyden puute, hoidossa käytetyt rajoitustoimet ja pitkittynyt sairaalahoidon kesto ovat myös tekijöitä, jotka voivat lisätä väkivallan esiintymistä psykiatrisessa sairaalahoidossa (Asikainen ym. 2020).

3.2 Työväkivallan hallinta psykiatrisessa sairaalahoidossa

Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan järjestämään työolosuhteet siten, että työväkivallan uhka ja väkivaltatilanteet voidaan ennaltaehkäistä asianmukaisilla ja tarpeellisilla järjestelyillä.

3.2.1 Työväkivallan riskinarviointi psykiatrisessa sairaalahoidossa

Työväkivallan riskiarvioinnin tavoitteena on tunnistaa potilaat, joilla on kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen (O'Rourke ym. 2018). Työväkivallan riskinarviointia toteutetaan psykiatrisessa sairaalahoidossa kahdella eri tavalla, joko strukturoimattomalla väkivallan riskinarvioinnilla tai strukturoiduilla menetelmillä (Anderson & Jenson, 2019). Strukturoimaton arviointi pohjautuu ammattilaisen intuitioon sekä kokemukseen (Harris & Rice, 2007). Tutkimukset eivät kuitenkaan tue strukturoimattoman arvioinnin käyttöä väkivallan riskinarvioinnissa (Falzer, 2013; Griffith ym. 2013).

Strukturoitu väkivallan riskinarviointi perustuu tilastollisiin todennäköisyyksiin. Strukturoidut menetelmät voivat perustua joko potilaiden taustatekijöihin ja historian pohjalta tehtyihin arvioihin tai potilaan ajankohtaiseen käyttäytymiseen pohjautuvaan arviointiin. (Singh, 2013.) Väkivaltariskin arviointia voidaan toteuttaa sairaalassa lyhyen aikavälin arviointina, jolloin arvioidaan välitöntä väkivaltariskiä. Useimmiten arviointi tapahtuu niin, että sen avulla pyritään arvioimaan tulevaa 24 tuntia ja sen aikaista riskiä. (Nqwaku ym. 2018, Ghosh ym. 2019.) Lyhyen aikavälin väkivaltariskin arvioinnissa pyritään havaitsemaan nopeat muutokset voinnissa, jotka saattavat johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Ghosh ym. 2019). Väkivaltariskiä voidaan arvioida myös pitkällä aikavälillä. Tällöin väkivaltariskiä pyritään arvioimaan kuukausien tai jopa vuosien päähän. Nämä pitkän aikavälin riskinarviointimenetelmät ovat yleisemmin käytössä pitkäaikaishoidossa, kuten oikeuspsykiatrisessa hoidossa (Ireland ym. 2024.) Kansallisesti väkivallan lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointimenetelmän käyttöä suositellaan päivittäisenä osana väkivallan ennaltaehkäisyn prosessia (Björkqvist ym. 2024).

3.2.2 Työväkivallan riskinhallinta psykiatrisessa sairaalahoidossa

Työväkivallan riskinhallinta psykiatrisessa sairaalahoidossa pohjautuu useiden eri menetelmien hyödyntämiseen. Riskinhallinta voidaan jakaa 1) väkivallan riskiin

varautumiseen 2) ennaltaehkäisyyn ja viimeisenä keinona 3) väkivallan hallintaan tahdonvastaisilla hoitotoimenpiteillä (NICE, 2015).

Väkivallan riskiin varautuminen tarkoittaa, että hoitohenkilökunnalla on riittävät valmiudet tunnistaa, ennaltaehkäistä ja toimia väkivaltatilanteissa (NICE, 2015). Hoitohenkilökunnan koulutusta pidetään tärkeänä edellytyksenä valmiuksien saavuttamiseksi (Heckemann ym. 2015; NICE, 2015). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että koulutukset väkivallan riskinhallintaan ovat riittämättömiä, ja voivat jopa lisätä väkivaltariskiä osastoilla (Bowers ym. 2006; Livingston ym. 2010). Väkivallan hallinnassa tulisi olla pääpaino ennaltaehkäisevien menetelmien käytössä ja väkivaltariskin alentamisessa. Väkivallan ennaltaehkäisyssä psykiatrisessa sairaalahoidossa korostetaan enenevässä määrin terapeutin vuorovaikutussuhteen merkitystä hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä (Goodman ym. 2020; NICE, 2015). Terapeuttiseen vuorovaikutukseen pohjautuu muun muassa de-eskalaatio, jolla tarkoitetaan tekniikoita, joilla on tarkoitus rauhoittaa potilasta ja antaa potilaalle vaihtoehtoja vihan tai aggression tunteiden purkamiseen (NICE, 2015.) De-eskalaatio menetelmien koulutuksen vaikuttavuudesta väkivallan ehkäisyyn on alustavaa näyttöä, mutta tutkimuksien määrä on vielä vähäistä (Brenig ym. 2023). Lisäksi ennaltaehkäiseväksi menetelmäksi voidaan määritellä tarvittaessa annettava (pro re nata; PRN) lääkitys, joka tarjoaa mahdollisuuden rauhoittaa tilannetta ja ehkäistä tilanteen eskaloitumisen väkivallaksi (NICE, 2015).

Tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet, joita myös pakkotoimiksi kutsutaan, ovat viimeinen keino väkivallan hallintatilanteissa (NICE, 2015). Näistä keskeisiä ja Mielenterveyslakiin perustuvia Suomessa ovat eristäminen, sidonta, kiinnipito sekä tahdonvastainen lääkitys (Kyrölä & Järvelin, 2022). Eristämisen, sidonnan ja kiinnipidon vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä (Chieze ym. 2019), sen sijaan niiden on tunnistettu olevan yhteydessä erinäisiin haittatapahtumiin (Kersting ym. 2019), kuten potilaiden kokemaan fyysiseen epämukavuuteen ja kipuun, unettomuuteen, painajaisiin, ja erilaisiin psyykkisiin haittoihin, kuten pelon, arvottomuuden, avuttomuuden ja nöyryytyksen tunteisiin (Tingleff ym. 2017). Hoitohenkilökunnalle tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden käyttö aiheuttaa usein psyykkistä kuormaa (Galbert ym. 2023). Hoitohenkilökunta on kokenut myös pelkoa siitä, miten pakkotoimet vaikuttavat potilas-hoitaja-suhteeseen. Tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet saattavat aiheuttaa myös palveluiden

stigmatusoitumista ja potilaiden jättäytymistä pois psykiatrisesta hoidosta. (Aragóns-Calleja & Sánchez-Martinez 2024.) Tahdonvastaisen lääkityksen on todettu vähentävän potilaan aggressiivisuutta (Muir-Cochrane ym. 2020). Potilaiden kokemukset tahdonvastaisesta lääkityksestä kuten muistakin pakkotoimista ovat pääosin negatiivisia (Ling ym. 2015).

3.2.3 Potilaan osallisuus työväkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa

Potilaiden mahdollisuus olla osallisena omassa hoidossaan ja sitä koskevissa päätöksissä on yksi keskeinen arvo nykypäivän psykiatrisessa hoidossa. Potilaiden osallisuus tulisi toteutua myös työväkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa. Seuraavassa kappaleessa on esitetty Millarin ym. (2016) osallisuuden viitekehystä hyödyntämällä (kuvio 1), miten osallisuus on ilmennyt aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa koskien väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Osallisuutta lähestytään henkilökeskeisen lähestymistavan, tietoon perustuvan päätöksenteon, edunvalvonnan, potilaiden näkemysten ja yhdessä toimimisen kautta.



Kuvio 1. Osallisuuden viitekehys Millarin ym. 2016 mukaillen

Henkilökeskeinen lähestymistapa osallisuudessa tarkoittaa, että potilaita kuullaan ja kohdataan. Henkilökeskeisessä lähestymistavassa korostuu potilaiden yksilöllisten toiveiden, tarpeiden ja haasteiden huomioiminen (Millar ym. 2016). Väkivallan

riskinarvioinnissa ja -hallinnassa tämä tarkoittaa sitä, että potilaat kohdataan yksilöllisesti ja heidän tarpeitaan kuullaan (Fluttert ym. 2010, Abou-Sinna & Lubbers 2012, Skeem ym. 2013, Troquete ym. 2013, van den Brink ym. 2015) ja aikaisemmin potilastietojärjestelmään kirjattuja tietoja väkivaltariskin arvioinnin ja hallinnan suunnittelussa hyödynnetään (Roaldset & Bjørkly 2010, Gough ym. 2015, Lockertsen ym. 2018).

Tietoon perustuva päätöksenteko osallisuudessa tarkoittaa, että potilaalla on riittävästi tietoa päätöksentekoa varten (Millar ym. 2016). Tätä voidaan varmistaa joko jaetun päätöksenteon (eng. shared decision making) tai tuetun päätöksenteon (eng. supported decision making) avulla. Jaettu päätöksenteko on potilaan ja ammattilaisen yhteinen prosessi, jossa ammattilainen varmistaa keskustelun ja tiedon jakamisen avulla, että potilas ymmärtää eri vaihtoehdot, niihin liittyvät riskit, hyödyt ja seuraukset (NICE 2021). Tuetusta päätöksenteosta puhutaan silloin, kun potilas tekee päätökset, mutta tukihenkilö, joka voi olla esimerkiksi omainen tai muu potilaalle läheinen tai tuttu henkilö, selittää asioita potilaalle ja tarvittaessa tulkitsee potilaan mieltymyksiä muille. Korvaavalla päätöksenteolla (eng. substituted decision making) tarkoitetaan sitä, että päätöksistä vastaa tuomioistuimen määräämä edustaja tai holhooja ilman, että päätöksenteossa osoitetaan päätösten olevan potilaan toiveiden mukaisia. (United Nations, 2007, s. 89–91.) Tavallinen esimerkki korvaavasta päätöksenteosta on edunvalvonta (Jeste ym. 2018), mutta psykiatrisessa hoidossa myös tahdosta riippumattomat hoitotoimet voidaan nähdä korvaavana päätöksentekona (Dawson, 2015).

Potilaan kyvystä tehdä itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksiä on käyty yhteiskunnallista ja tieteellistä keskustelua viime vuosien aikana. Yhtäältä potilaan päätöksenteon mahdollisuuksien rajoittaminen voidaan nähdä potilaan suojelemisena, mutta toisaalta se nähdään potilaan oikeuksien, kuten itsemääräämisoikeuden ja autonomian loukkaamisena (Craigie ym. 2019). Virheellisesti voidaan olettaa, että potilas ei kykene päätöksentekoon (Hormazábal-Salgado ym. 2024), vaikka käytettävissä ei ole spesifiä mittaria psykiatrisen potilaan päätöksentekokyvyn arvioimiseksi (Fattori ym. 2023). Päätöksenteon suurimpana esteenä on, ettei potilaalle tarjota riittävästi tietoa sairaudesta ja eri vaihtoehtoista tai potilaalle ei edes tarjota mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon (Millar ym. 2016; Hormazábal-Salgado ym. 2024) Korvaavasta päätöksenteosta tulisi siirtyä kohti tuettua tai jaettua päätöksentekoa, sillä potilaan

osallistuminen päätöksentekoon voi vähentää rajoittavien interventtioiden käyttöä psykiatrisessa hoidossa (Zinkler, 2019). Potilaan osallistuminen väkivaltariskin arviointiin ja sen hallintaan käytettävien menetelmien suunnitteluun yhdessä ammattilaisen kanssa lisää potilaan sitoutumista ja edistää potilaan omaa vastuunottoa (Markham, 2020) ja siten voi vähentää väkivaltaista käyttäytymistä tai pakkotoimien käytön tarvetta. Jaetun päätöksentekoprosessin keskeiset edut ovat hyvä potilaan ja ammattilaisen välinen suhde, potilaan sitoutuminen tehtyihin päätöksiin, ahdistuneisuuden vähentyminen, vähentynyt tahdosta riippumattomaan hoitoon joutuminen ja vähentynyt päätöksentekotilanteisiin liittyvä konfliktien määrä (Hormazábal-Salgado ym. 2024).

Edunvalvonta on keskeisessä osassa potilaiden osallisuutta. Edunvalvonnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että potilaiden etua ajetaan muiden intressien sijaan. (Millar ym. 2016.) Väkivallan riskinarvioinnin ja -hallinnan osalta potilailla on mahdollisuus vaikuttaa heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Väkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa tämä tarkoittaa ensisijaisesti hoitosuunnitelman tekoon osallistumista. (Fluttert ym. 2010, Troquette ym. 2013, van den Brink ym. 2015.)

Potilaiden näkemysten ja palautteen saaminen edistää osallisuutta, sillä potilaiden näkemysten pohjalta toimintaa voidaan kehittää vastaamaan heidän tarpeitaan. Potilaiden kokemukset ja näkemykset voivat erota ammattilaisten näkemyksistä. (Millar ym. 2016.) Väkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa potilaiden näkemyksiä ja palautetta voidaan toteuttaa osallistamalla heidät arviointiprosessiin. Potilaat voivat osallistua esimerkiksi vastaamalla heille kehitettyyn mittariin ja vertailemalla heidän ja henkilökunnan vastauksia (van den Brink ym. 2015, Troquette ym. 2013). Potilaiden näkemyksiä voidaan selvittää itsearviointimenetelmillä (Roaldset & Bjørkly 2010, Lockertsen ym. 2018) sekä keskustelemalla ja haastattelemalla (Meehan ym. 2006, Fluttert ym. 2010, Skeem ym. 2013, Troquette ym. 2013, Lantta ym. 2016).

Yhdessä toimiminen tarkoittaa, että potilas ja häntä hoitava taho tekevät yhteistyötä. Edellytys yhdessä toimimiselle on potilaiden tunnistaminen asiantuntijoina, jotka omaavat ainutlaatuisia näkemyksiä. (Millar ym. 2016) Väkivallan riskinarvioinnin ja -hallinnan kohdalla yhdessä toimimista voidaan toteuttaa omahoitajakeskusteluina, joissa yhdessä keskustellaan väkivallan riskinarvioinnista ja -hallinnasta (Fluttert ym. 2010,

Abou-Sinna & Lubbers 2012, Troquete ym. 2013, van den Brink ym. 2015). Osallisuutta edistää, mikäli potilaiden asiantuntijuus kirjataan hoitosuunnitelmaan (Fluttert ym. 2010, Troquete ym. 2013, van den Brink 2015).

3.2.4 Teknologia työväkivallan riskinarvioinnissa ja -hallinnassa

Teknologiaa hyödynnetään työväkivallan riskinarvioinnissa käyttämällä digitaalisia väkivallan riskinarvioinnin menetelmiä. Menetelmät koostuvat digitaalisista mittareista (muun muassa eDASA, eHARM, OXRISK), puettavista laitteista, sekä potilastietojärjestelmään rakennetuista koneoppimiseen pohjautuvista ennustavista menetelmistä.

eDASA on lyhyen aikavälin (24 tunnin) aikana väkivallan riskiä arvioiva, sähköinen versio DASA-mittarista. Hoitohenkilökunnan edustaja täyttää kunkin potilaan kohdalla seitsemän kohtaa (negatiivinen asenne, impulsiivisuus, ärtyneisyys, sanallinen uhkaus, sensitiivisyys havaittuun provokaatioon, helposti vihainen kun pyyntö evätään, haluttomuus noudattaa ohjeita) asteikolla 0–1 (ei ilmene, ilmenee). eDASA arvioi tämän pohjalta, kuuluuko potilas matalaan (0 pistettä), kohtalaiseen (1–3 pistettä) vai korkeaan (4–6 pistettä) riskiin. eDASA on helppokäyttöinen ja nopea arviointiväline. eDASA käytettäessä riskitasoa voidaan muokata kliinistä harkintaa käyttäen. Väkivaltariskin arviointiin voidaan sisällyttää riskin madaltamiseen ja väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyvät APP (Aggression Prevention Protocol) interventiot. Niitä ovat kahdenkeskinen hoitotyö (one-to-one nursing), vakuuttelu (reassurance), huomion poisvienti (distraction), de-escalatio (de-escalation), rajojen asettaminen (limit settings), lisääntynyt tarkkailu (increased observations) ja tarvittava lääkitys (PRN medication). (Griffith ym. 2021, Maguire ym. 2019.)

eDASA:n ja APP-interventioiden käyttö vaatii erillisen koulutuksen. Menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi potilaan ensimmäisinä hoitopäivinä, viikon ajan tai tarvittaessa muun muassa voinnin seurantaan, riippuen osaston luonteesta ja potilaiden tarpeista.

eHARM on sähköinen versio HARM-mittarista (The Hamilton Anatomy of Risk Management), joka on dynaaminen väkivaltariskin neljän askeleen arviointityökalu. eHARM:ssa väkivaltariskiä arvioidaan yhdistämällä potilaan nykyinen ja aiempi

käyttäytyminen, hoito sekä diagnoosit. eHARM-mittari määrittää potilaan välittömän ja tulevan väkivallan riskin asteikolla 1–9. eHarm on maksuton ja nopeasti täytettävä mittari. Sitä voidaan käyttää väkivallan riskin arviointiin ja -hallintaan. Mittarista on erikseen oikeuspsykiatriseen hoitoon kehitetty versio eHARM-FV. eHARM-mittari ei tunnista väkivaltariskiä kovinkaan tarkasti potilailla, joilla riski on matala. (Healey ym. 2020.)

OXRISK (Oxford Forensic Psychiatry Risk Tools) on useita väkivaltariskiä arvioivia mittareita sisältävä sivusto. Sivustolle täytetään tietoja potilaasta ja tietokoneohjelma arvioi väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyyttä yhden ja kahden vuoden aikana. Sivustolla hyödynnetään visuaalisia elementtejä, joiden avulla esitetään myös ajan myötä tapahtuneet muutokset väkivaltariskille. Sivustolla on mittareita eri tarkoituksiin. FoVOx (Forensic Psychiatry & Violence) ja FoxWeb (Calculator Trial) ovat verkkopohjaisia väkivallan riskin arvioinnin mittareita oikeuspsykiatrisille potilaille. OxMIV (Mental Illness and Violence) on mielenterveyden häiriöiden ja väkivallan arvioinnin sähköinen työkalu. OXRISK-mittarit ovat nopeita ja ilmaisia. Niitä voidaan hyödyntää kliinisen päätöksenteon tukena ja osana rutiininomaista potilaiden väkivallan riskin arviointia. Mittareita voidaan myös käyttää, vaikka jokaiseen arvioitavaan kohtaan ei ole vastausta, koska tällöin mittarit laskevat eri vaihtoehtojen pienimmän ja suurimman arvon. Näiden perustella voidaan havaita kuinka paljon riski voi vaihdella. OXRISK-mittarit on todettu tarkoiksi tunnistamaan potilaiden väkivallan riskiä. Mittareiden käytössä haastavaa on potilaan historiatietojen kartoittaminen. (Fazel ym. 2017, Gulati ym. 2016, Wolf ym. 2018.)

Tulevaisuudessa potilaan väkivaltariskin arviointiin ja tunnistamiseen tarjoavat uusia mahdollisuuksia esimerkiksi potilaan sairauskertomustiedoista väkivaltariskiä tunnistavat koneoppimisen algoritmit (Le ym. 2018) sekä päälle puettavat laitteet, jotka voivat reaaliaikaisesti tunnistaa potilaaseen kiinnitettyjen antureiden avulla potilaan kohoavaa väkivaltariskiä (Bankole ym. 2012).

3.2.5 Potilaan osallisuus ja digitaalisuus

Aikaisempaa tutkimusta ei juuri ole psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden osallisuudesta digitaaliseen väkivallan riskinarviointiin. Digitaalisuuteen liittyvää potilaiden osallisuutta on kuitenkin aikaisemmin tutkittu hoitotyön kontekstissa muun muassa hoitotyön kirjaamiseen liittyen.

Potilaiden pääsy omiin terveystietoihin antaa heille mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja aktiiviseen omaa terveyttä koskevaan yhteistyöhön ammattilaisten kanssa. Omaa terveyttä ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumisen on todettu parantavan potilastyytyväisyyttä ja saavan aikaan voimaantumista oman terveyden suhteen. (Tambuyzer, Pieters & Van Audenhove 2014.) Perinteisesti potilaan yhteistyö ammattilaisten kanssa ei ole kuitenkaan sisältänyt kirjaamiseen osallistumista, vaan kirjaamista on toteutettu eri terveydenhuollon toimijoiden kesken ilman, että potilas on osallistunut siihen.

Digitalisaation myötä terveydenhuollossa on otettu käyttöön sähköinen potilaskertomus. Sähköisen potilastietojärjestelmän ensisijaisena tarkoituksena on kuvata potilaan hoitoprosessia tavoitteiden asettamisesta, suunnittelusta ja toteutuksesta aina hoidon tuloksiin saakka (Häyrinen ym. 2008) ja lisätä hoidon turvallisuutta, tehokkuutta ja laatua (Nordo ym. 2019). Sähköisen potilaskertomuksen käytön etuja perinteiseen, paperimuodossa tapahtuneeseen kirjaamiseen verrattuna on tiedon helppo saatavuus (Shachak & Reis 2009) ja tiedon välittämisen nopeus sekä potilaalle itselleen että muille hänen hoitoonsa osallistuville terveydenhuollon ammattilaisille. Potilastietojärjestelmien käyttö mahdollistaa suurten potilastietomäärien keräämisen kliinisen päätöksenteon tueksi reaaliajassa etenkin, mikäli tiedot ovat käytettävissä ja potilaskirjaukset toteutetaan potilaan vierellä hänen läsnä ollessaan (Hardiker ym. 2019). Potilastietojärjestelmien käyttö yhdessä potilaan kanssa voi myös kehittää potilaan kanssa yhteistyössä toteutettavaa kirjaamista. Esimerkiksi mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kanssa on saavutettu positiivisia kokemuksia, kun potilaskirjaukset on tehty heille avoimiksi (Schwarz ym. 2021). Taulukkoon 1 on kerätty hyötyjä ja haittoja, joita aikaisemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta on havaittu, kun potilas on osallistunut sähköiseen kirjaamiseen.

Taulukko 1. Yhdessä toteutettavan sähköisen kirjaamisen hyödyt ja haitat potilaalle

Hyödyt lähdekirjallisuuden mukaan	
• lisää potilaan osallisuutta hoitoonsa	McMath & Harvey 2004, Rose ym. 2014, Denneson ym. 2017, Lindroth ym. 2018, Burkoski ym. 2019, Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021, Lezard & Deave 2021, De Groot ym. 2022, Lushin ym. 2022
• rohkaisee potilasta sitoutumaan hoitoonsa	Glasper ym. 2006, Rose ym. 2014, Lindroth ym. 2018, Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021, Lezard & Deave 2021, De Groot ym. 2022, Lushin ym. 2022,
• edistää yhdessä toteutettavaa hoitoa	Rose ym. 2014, Denneson ym. 2017, Fernandes 2017, Lindroth ym. 2018, Pithara ym. 2020, Lezard & Deave 2021, De Groot ym. 2022, Lushin ym. 2022
• lisää yhteistä päätöksentekoa	Rose ym. 2014, Lindroth ym. 2018, Burkoski ym. 2019, Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021, Lezard & Deave 2021, De Groot ym. 2022, Lushin ym. 2022
• lisää potilaan vaikutusmahdollisuuksia	McMath & Harvey 2004, Rose ym. 2014, Denneson ym. 2017, Burkoski ym. 2019
• lisää potilaan itsenäisyyttä ja itseohjautuvuutta	Denneson ym. 2017, Burkoski ym. 2019
Haitat lähdekirjallisuuden mukaan	
• voi heikentää potilaan terveyhtymistä (muun muassa kirjaamisen epätarkkuus, mahdolliset väärinkäsitykset, kirjaamisen vahingolliset seuraukset esimerkiksi psykiatriassa haavoittuvassa asemassa olevat tai lähisuhdeväkivaltatilanteet)	Denneson ym. 2017, De Groot ym, 2021

Kirjaaminen vie aikaa ja etenkin sähköisiin potilastietojärjestelmiin kirjaamisen koetaan usein sekä kuormittavan työntekijää (Olivares Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard 2019) että vähentävän vuorovaikutteista, potilaaseen keskittyvää läsnäoloa potilastyössä (Shachak & Reis 2009, Forde-Johnston ym. 2023). Potilaan oma näkemys asioista ja hänen osallistumisensa kirjaamiseen on ensiarvoisen tärkeää (Matthews 2020). Taulukossa 2 kuvataan potilaasta johtuvia ja potilaan osallisuutta lisääviä ja heikentäviä tekijöitä, jotka liittyvät potilaan kanssa yhdessä toteutettavaan sähköiseen kirjaamiseen.

Taulukko 2. Potilaaseen liittyviä tekijöitä yhdessä toteutettavassa sähköisessä kirjaamisessa

Tekijä	Lähdekirjallisuus
Osallisuutta lisääviä tekijöitä	
potilaan oma kiinnostus ja panostus	Rose ym. 2014, Lindroth ym. 2018, Burkoski ym. 2019, Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021; De Groot ym. 2022, Lushin ym. 2022
tiedon saanti omasta terveydestä	De Groot ym. 2021, De Groot ym. 2022
mahdollisuus korjata kirjauksia	Denneson ym. 2017, De Groot ym. 2021, De Groot ym. 2022
perheenjäsenten lisäämä kiinnostus	De Groot ym. 2021
Osallisuutta heikentäviä tekijöitä	
potilaan oma passiivisuus	De Groot ym. 2022
välinpitämättömyys omaa terveyttä ja kirjaamista kohtaan	Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021, De Groot ym. 2022
haluttomuus olla vaivaksi osallistamalla perheenjäseniä	De Groot ym. 2021
kirjaamisalustojen ylikäyttö tai epäoleelliseen tietoon puuttuminen	Gerber ym. 2017
korkea ikä	Burkoski ym. 2019, De Groot ym. 2021, De Groot ym. 2022,
fyysinen terveydentila	De Groot ym. 2021, De Groot ym. 2022
psykoemotionaalinen vointi	Denneson ym. 2017, Pithara ym. 2020, De Groot ym. 2021
keskittymisvaikeudet	De Groot ym. 2022
luottamuksen puute teknologiaa kohtaan	Burkoski ym. 2019, Pithara ym. 2020

Teknologia tuo mahdollisuuksia hoitotyön dokumentaatioon tarjoamalla mahdollisuuden kirjaamiseen yhdessä potilaan kanssa. Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella reaaliaikaisen kirjaamisen nähdään lisäävän potilasturvallisuutta ja säästävän aikaa (Bennani & Oumil, 2013; Sharifian ym. 2014). Esimerkiksi erilaiset sähköiset tarkastuslistat ja ohjaavat työnkulut tai tietojärjestelmän antamat hoitotyön ohjeistukset parantavat potilasturvallisuutta (Zha, ym. 2022; Kernebeck ym. 2022; Minghao & Wei, 2021). Potilaan kanssa kirjaaminen antaa tilaisuuden olla läsnä ja mahdollistaa havaintojen tekemisen reaaliaikaisesti (Misto ym. 2018). Toisaalta teknologian hyödyntämistä vähentää järjestelmien hankalakäyttöisyys, tiedon pirstaleisuus

(Kernebec, 2022) tai että samoja tietoja joudutaan kirjaamaan useaan eri paikkaan (Vuorinen, 2019). Toisinaan teknologia nähdään aikaa vievänä ja hoitotyötä hidastavana tekijänä (Kernebec, 2022). Haasteet voivat liittyä myös sopivaan ympäristöön tai resursseihin (Zhou ym. 2019; Minghao & Wei, 2021) tai osaamiseen (Kernebec, 2022). Koulutus ja riittävä harjoittelu lisäävät positiivista suhtautumista teknologiaa kohtaan (Barzekar ym. 2019). Oletetun hyödyn ja positiivisten vaikutusten nähdään olevan yhteydessä teknologian hyväksymiseen (Zha ym. 2022; Minghao & Wei, 2021; Sheikhtaheri ym. 2020; Vollmer ym. 2016; Kernebeck ym. 2022; Markam ym. 2018; Bennani & Oumlil, 2013; Sharifian ym. 2014; Barchielli ym. 2021 Vuorinen, 2019) ja aikeeseen hyödyntää teknologiaa työssä (Zha ym. 2022; Minghao & Wei, 2021; Sheikhtaheri ym. 2020; Sharifian ym. 2014; Barchielli ym. 2021) sekä teknologian käytön jatkamiseen (Alsyouf ym., 2022).

3.2.6 Yhteiskehittäminen

Uusien menetelmien yhteiskehittäminen perustuu siihen, että erilaista kokemustietoa omaavat henkilöt osallistuvat kattavasti kehittämistyöhön. Aidossa uusien menetelmien yhteiskehittämisessä jokaisen ääntä arvostetaan (Grindell ym. 2022, Hickey ym. 2018). Tämä lisää osallistujien luottamusta omiin mahdollisuuksiinsa parantaa olemassa olevia käytänteitä ja saada aikaan entistä vaikuttavampia, tehokkaampia ja parempia menetelmiä (Voorberg ym. 2015). Yhteiskehittäminen voi kuitenkin epäonnistua ja osallistujien asennoituminen vaikuttaa siihen, missä määrin aito yhteiskehittäminen toteutuu. Esimerkiksi riskejä välttelevä, konservatiivinen hallintotapa ei välttämättä mahdollista palvelujen käyttäjien mukaan ottamista yhteiskehittämiseen (Voorberg ym. 2015).

Tehokkaampaa väkivallan riskinhallintaa psykiatrisille sairaalaosastoille -hankkeessa (eDASA+APP FI) kuvataan eDASA+APP -mallin kehittämisprosessi yhdessä loppukäyttäjien kanssa. Koska valmiin arviointimenetelmän sovittaminen vieraaseen kulttuuriin voi olla haastavaa ja vaatii erityistä huomiota (Bejnö ym. 2019), hankkeessa haluttiin yhteiskehittää eDASA+APP sopimaan suomalaisen kontekstiin ja käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Suomessa käyttöön otettavan mallin nimi on eDASA+APP FI, koska se sovitetaan osaksi suomalaista potilastietojärjestelmää.

Perusajatuksena eDASA+APP FI -mallin käytössä on, että potilaan kanssa yhdessä toteutetaan väkivallan riskinarviointi ja kirjataan tiedot yhdessä hänen kanssaan

sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sähköiseen potilastietojärjestelmään integroidut APP interventiot tuottavat erilaisia vaihtoehtoja väkivallan hallitsemiseksi riippuen väkivallan riskitasosta. Väkivallan riskitason ja suositeltujen interventioiden perusteella yhdessä potilaan kanssa mietitään, mikä olisi juuri hänelle sopiva interventio ja suunnitellaan väkivallan hallintaa potilaan tarpeista lähtien. Kirjaaminen toteutetaan koko ajan yhdessä potilaan kanssa sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Tässä raportissa esitellään yhteiskehittämisprosessi, osallistujien suositukset mallin mukauttamiseksi sopimaan suomalaiseen potilashoittoon sekä tuodaan ajatuksia liittyen mallin jatkohyödyntämiseen eri psykiatrian aloilla. Lisäksi kuvataan kliinistä päätöksentekoa tukevan ja potilastietojärjestelmään integroidun väkivallan riskinhallinnan mallin eDASA+APP FI:n implementaatioprosessi sekä prosessin vaikutuksia hoitajien kirjaamiseen, työväkivaltaan ja pakkotoimien määrään HUS Psykiatrian aikuispsykiatrian osastoilla.

4 TUTKIMUKSEN VAIHEET JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus toteutettiin kolmessa vaiheessa: I) Kysely väkivallan riskinarvioinnin ja -hallinnan asenteista, II) Kuvaus eDASA+APP FI:n modifioinnista, koulutuksen kehittämisestä ja mallin testauksesta työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin lisäämiseksi, III) Kuvaus implementointiprosessista psykiatriseen sairaalahoitoon.

4.1 Kysely väkivallan riskinarvioinnin ja -hallinnan asenteista (vaihe I)

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin kuvaileva selvittämään psykiatrisessa sairaalahoidossa työskentelevien hoitajien ja heidän esihenkilöidensä asenteita väkivallan riskinhallintaa kohtaan ennen eDASA+APP FI -mallin käyttöönottoa ja koulutusta (Varpula ym. 2024).

Tutkimus toteutettiin sähköisenä verkkokyselynä HUS Psykiatrian aikuispsykiatrisilla osastoilla. Verkkokysely pohjautui kansainväliseen mittariin hoitohenkilökunnan asenteista väkivallan riskinarviointiin ja -hallintaan. Mittari sisältää 13 väittämää, jotka muodostavat kolme osa-aluetta (riskinarvioinnin rooli, toipuminen ja riskinarvio, riskinarviointimenetelmät). Mittaria on aikaisemmin käytetty Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa hoitajien asenteista väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan. (Downes ym. 2016.) Kyseinen mittari käännettiin suomeksi ja esitestattiin neljällä psykiatrisella osastolla touko-kesäkuussa 2022. Verkkokyselyssä selvitettiin myös osallistujien taustatietoja (ikä, sukupuoli, työtehtävä, sairaala, jossa työskentelevät, työkokemus nykyisessä tehtävässä, työkokemus mielenterveyspalveluissa).

Verkkokysely toteutettiin helmi-maaliskuussa 2023 REDCap-verkkopohjaisella tietoturvalisellä sovelluksella (Harris ym. 2019). Verkkokysely toteutettiin 26 psykiatrisella osastolla. Verkkokysely kohdistettiin sairaan- ja lähihoitajille sekä heidän esihenkilöilleen. Edellytyksenä osallistumiselle oli vakituinen tai yli kolme kuukautta kestävä työsuhde. Organisaation yhteyshenkilöt välittivät verkkokyselyn hoitohenkilökunnalle.

Verkkokysely hoitohenkilökunnan asenteista väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan toistettiin eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen 18.11.–29.11.2024 välisenä aikana niillä 23 aikuispsykiatrian osastolla, joilla malli oli otettu käyttöön kesän 2024

aikana. Pilotoinnin tulosten pohjalta vanhuspsykiatrian osastot jäivät pois laajemmasta käyttöönotosta vuonna 2024.

Aineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmistolla (versio 27 ja 29). Analyysissä käytettiin kuvailevia menetelmiä, sekä tarkasteltiin taustamuuttujien yhteyttä hoitohenkilökunnan asenteisiin väkivallan riskiarviointia ja -hallintaa kohtaan Mann-Whitney U-testillä, Kruskal-Wallis H-testillä sekä Spearmanin korrelaatiolla. Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin $p < 0,05$.

4.2 eDASA+APP FI:n modifiointi, koulutuksen kehittäminen ja testaus (vaihe II)

Tutkimuksen toisessa vaiheessa a) modifioitiin Australiassa kehitetty eDASA+APP Suomeen, b) kehitettiin mallin käyttöönottoa varten verkkopohjainen koulutus hoitohenkilökunnalle, c) sekä testattiin mallin käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Tutkimusyhteistyö toteutettiin pääkaupunkiseudulla, HUS yhtymässä. Tarve uudelle interventiolle väkivallan ehkäisemiseksi yksiköissä esitettiin yhteistyösairaalan taholta. Yhteistyö käynnistyi suomalaisten mielenterveyshoitotieteen tutkijoiden, australialaisten eDASA+APP:n kehittäjien sekä yhteistyösairaaloiden edustajien kesken. Hankkeen kokonaisuutta ohjasi näyttöön perustuvan hoitotyön viitekehys 'The Johns Hopkins Evidence Based Nursing Model (JHEBNM)' (Dang & Dearholt 2017). Viitekehys on todettu sopivaksi kehitettäessä väkivallan riskinhallintaa psykiatrisessa hoitotyössä (Brathovde, 2021). Viitekehys on tarkoitettu avuksi parhaan tutkimusnäytön käytäntöön viemisessä. JHEBNM-viitekehys on kolmivaiheinen: 1. prosessia ohjaa käytännön työstä tuleva tarve; 2. näyttö, kirjallisuushaut ja löytyneen kirjallisuuden arviointi; ja 3. näytön muuntaminen käytäntöön, käytännön muuttamisen implementointiprosessi, jatkuva arviointi ja tulosten levittäminen (Brathovde, 2021).

eDASA+APP -mallin modifiointi Suomeen aloitettiin menetelmän käyttöohjeen (manuaalin) kääntämisellä. Manuaalin käännös toteutettiin suomalaisaustralialaisessa yhteistyössä. Tämän jälkeen aloitettiin eDASA+APP -interventioiden sisällön modifiointi sopivaksi Suomen kontekstiin ja HUS Psykiatrian osastoille. Yhteiskehittämistä varten muodostettiin asiantuntijaryhmä, joka yhdessä tutkimusryhmän kanssa suunnitteli ja toteutti tarkemmat toimenpiteet sairaanhoitopiirissä. Monialaisessa asiantuntijaryhmässä oli eri ammattiryhmien

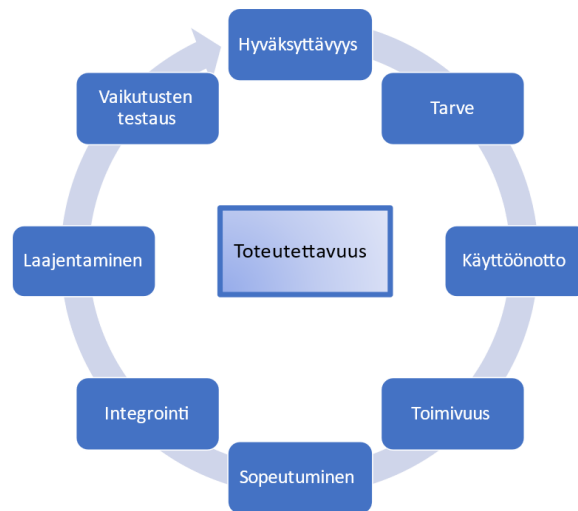
edustajia ja se koostui mielenterveyshoitotieteen, yhteiskuntatieteiden, psykiatrian, informatiikan, tietotekniikan ja loppukäyttäjien (hoitotyöntekijät, esihenkilöt ja kokemusasiantuntijat) edustajista. Kokemusasiantuntijoita edusti HUS:n kokemusasiantuntijat, joilla oli suoraa, omakohtaista kokemusta aiheesta. Kokonaisuudessaan poikkitieteellisellä asiantuntijaryhmällä oli syvällistä tietoa ja ymmärrystä yksiköissä toteutettavasta hoidosta, potilastietojärjestelmästä sekä teknistä ymmärrystä suomalaiseen kontekstiin integroitavan eDASA+APP:n muutosmahdollisuuksista.

Tutkimusorganisaation kolme osastoa valikoitui pilottiosastoiksi. Ne olivat suljettuja vuodeosastoja, joissa esiintyi eritasoisia väkivaltatapauksia. Osastoilla oli käytössä malliin sisällytettäviä erilaisia interventioita ja ne edustivat samalla erilaisten osastotyyppien tarpeita. Interventiot oli näin ollen mahdollista toteuttaa sekä matalan – että korkean vakivaltariskin yksiköissä. Kahdessa osastoista väkivaltariski oli korkea ja yhdessä väkivaltatilanteita oli vähän (kuntoutusyksikkö). Myöhemmin mukaan tuli neljäs, puoliakuutti yksikkö. Kahdella pilottiosastolla toteutettiin havainnointia etnografisin menetelmin hoitajien kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmän käyttöön liittyen.

Yhteiskehittämistä toteutettiin loppukäyttäjien kanssa työpajoissa. Loppukäyttäjät olivat osaston hoitotyöntekijöitä ja koulutettuja kokemusasiantuntijoita. Työpajat pidettiin ajanjaksolla 17.5.2022-8.6.2022. Yksiköiden tutkimusyhdyshenkilöinä toimineet yksikönjohtajat rekrytoivat hoitohenkilökuntaa niihin, kun taas HUS:n koulutettuja kokemusasiantuntijoita rekrytoitiin HUS:n psykiatrian asiakasraadista. Työpajat toteutettiin ryhmäkeskusteluina yksiköissä. Jokaisessa yksikössä pidettiin kaksi kahden tunnin kestoista työpajaa, yhteensä kuusi samansisältöistä työpajaa. Työpajat sisälsivät teemoja, jotka liittyivät väkivallan riskinarviointiin, eDASA+APP -malliin, erilaisiin riskinhallintainterventioihin eri eDASA-riskitasolle, mallin soveltuvuuteen kyseisille osastoille ja niiden potilaille, sekä mallin modifiointiin sopimaan kliiniseen työhön sekä käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Työpajoista tehtiin muistiinpanot.

Työpajamuistiinpanot analysoitiin laadullisella deduktiivisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs 2008). Analyysi pohjautui Bowen ym. (2009) kahdeksaan toteutettavuusalueeseen (Kuvio 2). Deduktiivisen analyysin varsinaisena

analyysirunkona oli näistä kuusi ensimmäistä (hyväksyttävyys, tarve, käyttöönotto, toimivuus, sopeutuminen, integrointi).



Kuvio 2. Toteutettavuusalueet Bowen ym. 2009 mukailleen

Alkuperäinen eDASA + APP -koulutus toteutettiin usean tunnin mittaisina työpajoina (Maguire ym. 2019). Hankkeen aikana kuitenkin todettiin, että kohdeorganisaatiossa on tarve jatkuvalle koulutukselle, joka mahdollistaa myös uusien työntekijöiden kouluttautumisen työsuhteen alussa. Näin eDASA+APP -mallin käyttöönottoa varten kehitettiin verkkopohjainen koulutus hoitohenkilökunnalle. Koulutuksen keskeiset sisällöt ja viitteellinen suoritus aika määriteltiin yhdessä työpajoissa, aihealueiden asiantuntijoiden näkemysten ja manuaalin perusteella, havainnointitutkimusosion tulosten pohjalta sekä hyödyntämällä ensimmäisen asennekyselyn tietoa.

4.2.2 Koulutuksen kehittäminen

Hoitohenkilökunnan koulutuksessa keskeisiksi osioiksi määriteltiin riskinarvion merkitys ja potilaan osallisuus, ennaltaehkäisevien interventioiden kuvaus sekä mallin käyttö potilastietojärjestelmässä. Koulutus rakennettiin sähköiseen muotoon HUS Psykiatrian Moodle-oppimisympäristöön. Pilottivaiheessa koulutuksen suoritti 70 henkilöä, jotka arvioivat koulutuksen riittäväksi eDASA+APP:n käyttöä varten. Pilotin jälkeen kerätyn palautteen perusteella koulutusta muokattiin lisäämällä systemaattisen arvioinnin

tieteellistä perustaa sekä mallintamalla potilaan kanssa tehtävää riskinarvioinnin dokumentaatiota lyhyenä videona.

Lisäksi hankkeessa kehitettiin erillinen lähikoulutus esihenkilöille ja käyttöönottoa yksiköissä tukeville championeille. Championit olivat tässä hankkeessa osastojen valitsemia työntekijöitä, jotka edistävät paikallisesti menetelmän käyttöä opastamalla loppukäyttäjiä ja tuomalla käytännön työssä esiin tulleista haasteista palautetta tutkimusryhmälle ja sovelluskehittäjille. Esihenkilöiden rooli uusien menetelmien käyttöönotossa on todettu merkittäväksi tekijäksi edistämään menetelmien juurtumista osaksi päivittäistä työtä. (Abell ym. 2023.) Lähikoulutuksessa hyödynnettiin viitekehyksenä 'CFIR Card Game' -menetelmää, jossa koulutukseen osallistujat arvioivat 39 mahdollisen implementaatiota estävän tekijän vaikutusta käyttöönotossa (Piat ym. 2021). Koulutukseen ei tehty muutoksia pilottivaiheen jälkeen.

4.2.3 eDASA+APP FI:n pilotointi

eDASA+APP FI pilotoitiin neljällä psykiatrian osastolla 11.-24.12.2023. Pilotin aikana potilaan väkivaltariskiä arvioitiin ja sen hallintaan käytettävät interventiot suunniteltiin päivittäin eDASA+APP FI -työnkululla. Jokaisen potilaan päivittäinen arviointi pilotin aikana valittiin osastojen kanssa yhdessä mahdollisimman laajan käyttökokemuksen saamiseksi. Arvioinnin perusteella saatua riskitasoa voitiin laskea tai nostaa hoitajan kliinisen arvion perusteella. Arviointi pyrittiin tekemään aamuvuoron aikana ja henkilökuntaa kannustettiin kirjaamaan tarkasti, mikäli potilaan käyttäytymisessä esiintyi arvioitavia kohtia sekä kirjaamaan käytettävien interventioiden toteutumisesta ja potilaan saamasta hyödystä. Väkivaltariskin arviointi ja sen hallintaan käytettävien interventioiden suunnittelu oli tarkoitus tehdä mahdollisuuksien mukaan potilaan kanssa yhdessä.

Pilottijakson aikana tutkimusryhmän jäsenet pitivät yhteyttä pilottiyksiköihin monitorointikäynnerein ja sähköpostitse. Tapaamisissa tuettiin käyttöönottoa, autettiin osastoja ratkaisemaan esimerkiksi teknisiä haasteita ja kerättiin tietoa kokemuksista uuden toimintatavan käytöstä.

Pilottijakson jälkeen jokaisessa siihen osallistuneessa yksikössä järjestettiin palautetapaaminen, jossa hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus tuoda esille kokemuksia

eDASA+APP FI:n käytöstä, integraation toimivuudesta potilastietojärjestelmässä sekä ennen pilotin alkua suoritetusta eDASA+APP -verkkopohjaisesta koulutuksesta. Palautetapaamiset olivat noin tunnin mittaisia ja ne järjestettiin 23.1.–8.2.2024 välisenä aikana. Niihin osallistui pilottiyksiköiden henkilökuntaa ja vähintään kaksi tutkimusryhmän jäsentä. Tutkimusryhmän jäsenet tekivät muistiinpanoja käydystä keskustelusta. Muistiinpanot analysoitiin laadullisella deduktiivisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs 2008). Analyysirunkona käytettiin Bowen ym. (2009) neljää toteutettavuusalueta (hyväksyttävyys, käyttöönotto, toimivuus, integrointi).

Palautetyöpajoista saatiin huomioita ja kehittämisehdotuksia, jotka liittyivät mallin käytettävyyteen ja näkyvyyteen potilastietojärjestelmässä sekä mahdollisuuteen tuoda potilaan näkökulma esille kirjauksessa. Ennen laajempaa käyttöönottoa potilastietojärjestelmän ja eDASA+APP:n välistä integraatiota muokattiin saadun palautteen perusteella. Myös eDASA+APP -verkkopohjaista koulutusta täydennettiin.

Pilotin vaikutusta hoitajien kirjaamiseen selvitettiin tarkastelemalla hoitajien kirjauksia potilaan väkivaltariskistä ennen pilottia ja pilotin aikana pilottiin. Poiminnat tehtiin kolmen päivän ajalta potilastietojärjestelmästä. Kirjaukset olivat sekä rakenteisesti tuotettuja että vapaan tekstinä kirjattuja. Vapaana tekstinä tehdyt kirjaukset potilaan väkivaltariskin arvioinnista sen hallintaan käytetyistä menetelmistä luokiteltiin. Väkivaltariskin arviointien ja sen hallintaan käytettävien interventiodien määrät kuvataan frekvenssein ja prosenttiosuuksin.

4.3 eDASA+APP FI -mallin implementointi (vaihe III)

Tutkimuksen kolmannessa toteutettiin eDASA+APP FI -mallin laajempi implementointi psykiatriseen sairaalahoitoon. Ennen eDASA+APP FI:n laajempaa implementointia yksiköiden esihenkilöille ja championeille järjestettiin kuusi samansisältöistä koulutusta. Esihenkilöt ja championit saivat noin 2,5-3 tuntia kestäneen koulutuksen aikana perustietoa heidän roolistaan ja eDASA+APP -mallista sekä sen modifioinnista Suomeen. Tämän jälkeen he pienryhmissä arvioivat keskeisimpiä esteitä 'CFIR Card Game' menetelmän avulla oman osastonsa eDASA+APP:n käyttöönotolle. Esteiden määrittelyn jälkeen ryhmässä ideoitiin keinoja esteiden poistamiseen tai minimointiin. Lopuksi jokaisen osastojen edustajat saivat tietoa eDASA+APP:n erilaisista käytötavoista ja

ohjeen aloittaa käyttötavan suunnittelu omilla osastoillaan. Koulutukset toteutettiin noin 3-5 osaston yhteiskoulutuksina.

Yksiköiden esihenkilöt tiedottivat eDASA+APP FI:n käyttöönotosta henkilöstöään. Yksiköille toimitettiin postereita, joista osa oli tarkoitettu henkilökunnalle ohjeeksi ja osa sijoitettavaksi osaston yleisiin tiloihin potilaille tiedoksi toimintamallista. Yksiköt suunnittelivat omalle osastolleen tarkoituksen mukaisen tavan käyttää mallia. Ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa hoitohenkilöstön tuli suorittaa Moodle-alustalla oleva verkkopohjainen, noin 30 minuutin kestoinen koulutus.

eDASA+APP FI:n käyttöönotto yksiköissä ajoittui touko-kesäkuulle 2024. Käyttöönottoa edistettiin tutkimusryhmän kaksi kertaa viikossa Teamsin kautta järjestämällä tukitapaamisilla, joihin kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua, esittää kysymyksiä ja kertoa käyttöönoton edistymisestä tai haasteista. Lisäksi tutkimusryhmän jäsenet keräsivät tietoa potilastietojärjestelmän integraatioon liittyvistä ongelmista. Teams-tapaamiset lopetettiin kesäkuun lopussa, sillä osallistujia ei tapaamisissa enää ollut, joten tapaamiset katsottiin tarpeettomiksi.

Implementaation etenemistä arvioitiin ensimmäisen kerran kesäkuussa 2024 toteutetun HUS Psykiatrian potilastietojärjestelmän käytön auditoinnin yhteydessä. Heinäkuussa 2024 mallin käyttötapoja selvitettiin tarkastelemalla potilastietojärjestelmään tehtyjä kirjausten sisältöä. Syyskuussa 2024 järjestettiin esihenkilöille ja championeille syventävä lähikoulutus. Koulutuksen tavoitteena oli edelleen syventää osaamista väkivaltariskin arvioinnissa ja ennaltaehkäisyssä sekä edistää toimintamallin jalkautumista HUS psykiatrian aikuispsykiatrian osastoille. Koulutuksessa myös reflektointiin osallistujien kesken eDASA+APP:n käyttöön liittyvää osaamistasoa erikoisalan keskeisten työtehtävien kautta (Entrustable professional activities, EPA). eDASA+APP FI:n käytön vakiintumista arvioitiin lokakuussa 2024 tarkastelemalla prevalenssipäivänä sisäänkirjattujen potilaiden sairaskertomustiedoista mallin käyttöä kaikissa yksiköissä.

Hoitohenkilökunnan asenteita ja asenteissa tapahtunutta muutosta väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan selvitettiin verkkokyselyn avulla marraskuussa 2024. Verkkokysely toteutettiin REDCap-sovelluksella (Harris ym. 2019) niillä 23:lla psykiatrisella osastolla, jotka ottivat eDASA+APP FI:n mallin käyttöön kesän 2024

aikana. Verkkokysely kohdistettiin sairaan- ja lähihoitajille sekä heidän esihenkilöilleen. Edellytyksenä osallistumiselle oli vakituinen tai yli kolme kuukautta kestävä työsuhde.

eDASA+APP FI:n vaikutusta työturvallisuuden kehittymiseen selvitettiin tarkastelemalla henkilökunnan kokemaa työväkivaltaa HUS-Riskit ilmoitusten perusteella ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen. Tarkastelu tehtiin kolmen kuukauden ajanjaksolta 1.9.2023–30.11.2023 ja 1.9.2024–30.11.2024.

eDASA+APP FI:n vaikutusta käytettyjen pakkotoimien käyttöön selvitettiin poimimalla tiedot potilastietojärjestelmästä toteutuneista tahdosta riippumattomista lääkityksistä, potilaan eristämistä muista potilaista ja sidonnoista ennen mallin käyttöönottoa 1.9.-30.11.2023 ja käyttöönoton jälkeen 1.9.-30.11.2024 välisinä ajanjaksoina. Potilaan eristäminen tai sitominen pyritään lopettamaan heti, kun sen arvioidaan olevan mahdollista, joten yksittäisen pakkotoimen kesto saattoi olla kymmenistä minuuteista muutamaan tuntiin. Toisinaan potilas joudutaan eristämään tai sitomaan uudelleen, joten samaan tilanteeseen liittyviä tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä saattoi olla useita, joten pakkotoimien lukumäärä ei antanut todellista kuvaa eristysten tai sidontojen määrästä. Tästä syystä toistuvia pakkotoimia tarkasteltiin yhtenä rajoitetapahtumana. Pakkotoimien määrät suhteutettiin per 1000 potilaspäivää.

eDASA+APP FI:n käytön yhteyttä hoitajien kokemaan työhyvinvointiin tarkastellaan vuoden 2025 keväällä. Hoitajien työtyytyväisyyttä selvitetään vuosittain toteutettavalla Nurse Engagement Survey -kyselyllä (NES+), jonka vastausaika on huhtikuussa. EDASA+APP:n käyttöönoton jälkeiset tulokset ovat käytettävissä vasta kesäkuussa 2025.

5 TULOKSET

Seuraavissa luvuissa kuvataan hoitohenkilökunnan asenteita väkivallan riskinhallintaa kohtaan, eDASA+APP FI -mallin modifiointi sopimaan suomalaiseen hoitokontekstiin ja potilastietojärjestelmään sekä mallin testaus ja laajempi implementaatio psykiatriseen sairaalahoitoon.

5.1 Hoitohenkilökunnan asenteet väkivallan riskinhallintaa kohtaan

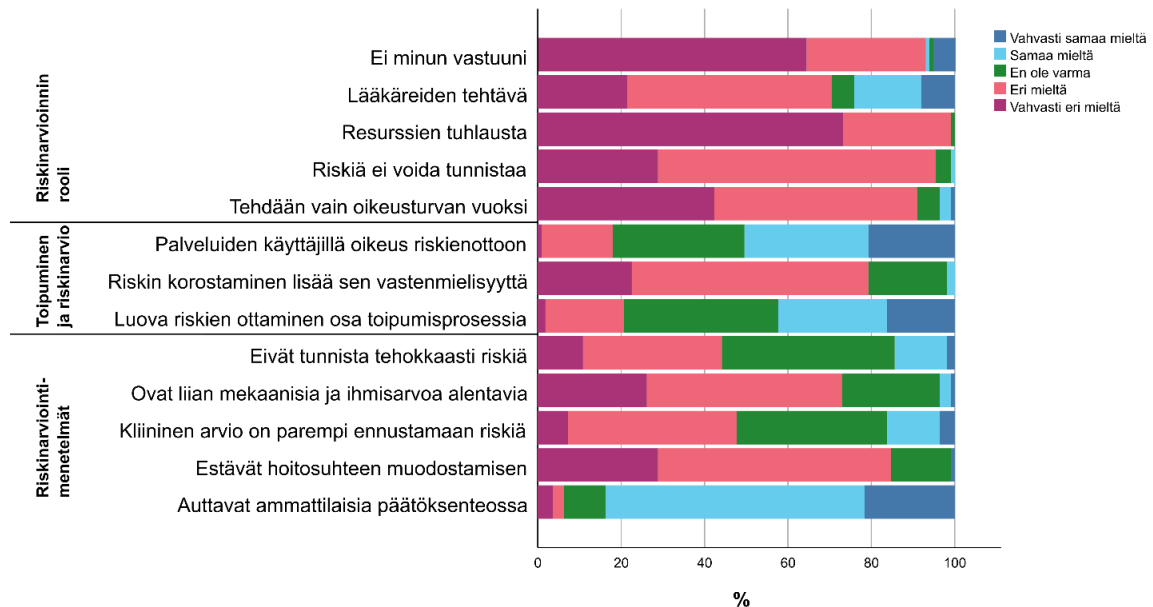
Verkkokyselyllä tarkasteltiin hoitohenkilökunnan asenteita väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan ennen eDASA+APP -koulutusta ja käyttöönottoa (Varpula ym. 2024). Verkkokyselyyn osallistui 142 hoitajaa ja hoitotyön esihenkilöä, joista 112 täytti koko verkkokyselyn. Osallistuneiden keski-ikä oli 42,7 (nuorin 18, vanhin 66). Hieman yli puolet (57,0 %) vastaajista oli naisia. Sairaanhoitajia oli hieman alle puolet (46,5 %), lähihoitajia 32,4 % ja hoitotyön esihenkilöiltä 13,3 %. Työkokemus nykyisessä työssä oli keskimäärin 7,2 vuotta, ja työkokemus mielenterveyspalveluissa 13,4 vuotta. Verkkokyselyyn osallistuneiden taustatiedot ovat kuvattu tarkemmin taulukossa 3.

Taulukko 3. Verkkokyselyyn osallistuneiden taustatiedot

Taustatieto	n/KA (% , KH)
Sukupuoli (n = 130)	
Nainen	81 (57,0 %)
Mies	42 (29,6 %)
Muu	5 (3,5 %)
Ei halua sanoa	2 (1,4 %)
Ikä (n = 130)	
42,7 (12,4)	
Nykyinen työtehtävä (n = 131)	
Lähihoitaja	46 (32,4 %)
Sairaanhoitaja	66 (46,5 %)
Apulaisosastonhoitaja	10 (7,0 %)
Osastonhoitaja	9 (6,3 %)
Työkokemus nykyisessä työtehtävässä (n = 129)	
7,2 (8,6)	
Työkokemus mielenterveyspalveluissa (n = 129)	
13,4 (10,8)	

n = otos; KA = keskiarvo; % = frekvenssi; KH = keskihajonta

Hoitajien asenteita riskinarviointiin tarkasteltiin kolmen eri osa-alueen pohjalta. Osa-alueissa tarkasteltiin hoitajien asenteita omaan rooliinsa riskinarvioinnissa, riskinarvioinnin ja toipumisen yhteyttä sekä heidän asenteitaan riskinarviointimenetelmiin. Kuviossa 3. on esitetty hoitajien asenteet näiden kolmen osa-alueen mukaisesti.



Kuvio 3. Hoitajien asenteet riskinarviointiin

Riskinarvioinnin rooli

Hoitajista lähes kaikki (92,9 %) koki, että väkivallan riskinarviointi kuuluu heidän velvollisuuksiinsa. Tästä huolimatta osa (24,1 %) hoitajista koki, että väkivallan riskinarviointi kuuluu lääkäreiden työnkuvaan. Muutamaa vastaajaa lukuun ottamatta kaikki hoitajat kokivat, että väkivallan riskinarviointi ei ole resurssien haaskausta. Lähes kaikkien (95,5 %) hoitajien näkemysten mukaan väkivallan riskiä voidaan ennustaa. Väkivallan riskiarviointia ei hoitajien mukaan (90,9 %) toteuteta vain oikeusturvan vuoksi. Hoitajien taustatiedoissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa suhteessa heidän asenteisiinsa riskinarvioinnin roolista.

Toipuminen ja riskinarvio

Hoitajien asenteet toipumiseen ja riskiarviointiin vaihtelivat. Joka viides (18,0 %) hoitaja koki, että potilailla on oikeus tietoisesti otettuihin riskeihin. Hieman alle kolmannes (31,5 %) hoitajista ei osannut sanoa kantaansa väittämään, ja puolet (50,4 %) hoitajista oli eri mieltä. Hoitajien asenteista ilmeni, että hieman yli puolet (56,8 %) oli eri mieltä, että riskin korostaminen lisää ilmiön vastenmielisyyttä. Joka viides (22,5 %) oli samaa mieltä ja 18,9 % ei osannut sanoa kantaansa kyseiseen väittämään. Hoitajien asenteet luovien riskien ottamiseen osana toipumisprosessia ilmentivät eroavaisuuksia asenteissa. Noin joka viidennes (20,7 %) suhtautui myönteisesti luovien riskien ottamiseen, kun taas lähes puolet (42,3 %) suhtautui siihen kielteisesti. Yli 35-vuotiaiden hoitajien asenteet olivat tilastollisesti merkitsevästi ($z = 2,633$, $p = ,008$) positiivisemmat toipumiseen ja riskinarviointiin.

Riskinarviointimenetelmät

Hoitajien asenteet riskinarviointimenetelmiin vaihtelivat. Lähes puolet hoitajista (41,4 %) ei osannut sanoa kantaansa, ja 14,4 % koki, että validoidut riskinarviointimittarit eivät ole tehokkaita tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita. Hieman alle puolet (44,1 %) koki riskinarviointimittarit tehokkaiksi. Hoitajista valtaosa (72,9 %) koki, että riskinarviointimittarit eivät ole liian mekaanisia tai ihmisarvoa alentavia. Osa (23,4 %) hoitajista ei osannut ilmaista omaa kantaansa. Noin puolet (47,7 %) hoitajista arvioi riskinarviointimittareiden olevan parempia ennustamaan riskiä kuin heidän oma kliininen arvionsa. Yli kolmannes (36,0 %) hoitajista arvio kuitenkin oman kliinisen arvionsa olevan parempi ennustamaan riskiä kuin riskinarviointimittareiden, ja 16,2 % ei osannut sanoa kantaansa. Suurin osa (84,7 %) hoitajista koki, että validoitujen riskinarviointimittareiden käyttö ei estä hoitosuhteen muodostumista potilaisiin. Selkeä enemmistö (83,8 %) hoitajista arvioi, että riskinarviointimittarit auttavat heitä päätöksenteossa. Yli 35-vuotiaiden hoitajien asenteet olivat merkittävästi ($z = -2,914$, $p = ,004$) positiivisempia riskinarviointimenetelmiä kohtaan kuin nuorempien. Samoin myös hoitajien työtehtävillä oli merkittävä ($H(2) = 8,431$, $p = ,015$) vaikutus heidän asenteisiinsa riskinarviointimenetelmiä kohtaan. Hoitotyön esihenkilöiden asenteet

riskinarviointimenetelmiin olivat merkittävästi positiivisemmat kuin lähihoitajilla ($p = ,013$) ja sairaanhoitajilla ($p = 0,36$).

5.2 eDASA+APP FI:n testaus psykiatrisessa sairaalahoidossa

5.2.1 Käyttöönoton kuvaus

Yhteiskehittämistyöpajoihin osallistui yhteensä 42 loppukäyttäjää, 6–9 työpajaa kohden. Loppukäyttäjät olivat hoitohenkilökuntaa (mielenterveyshoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia), esihenkilöitä (apulaisosastonhoitajia ja osastonhoitajia) sekä psykologi. Viiteen työpajaan osallistui kokemusasiantuntija.

Ensimmäisessä työpajassa keskusteltiin osallistujien odotuksista liittyen väkivallan riskinarvioinnin hyötyihin ja haittoihin sekä eDASA+APP FI -mallista. Osallistujat kirjoittivat nämä post-it-lapuille, jotka kerättiin taululle, ryhmiteltiin hyötyihin ja haittoihin, ja joista keskusteltiin yhdessä. Toisessa työpajassa alkuperäisen APP:n erilaiset väkivallan hallintamenetelmät ja aikaisemmasta tutkimustiedosta saadut kokemukset koottiin paperimuistiinpanoina pöydälle. Osallistujat pystyivät näin yhdistämään sopivat hallintamenetelmät haluttuun riskitasoon sekä kuvaamaan myös muita, käytössä olevia ja hyväksi havaittuja menetelmiä. Hallintamenetelmille keksittiin suomalaiseen kontekstiin sopivia nimityksiä. Jälkimmäisessä työpajassa keskusteltiin myös potilaiden osuudesta eDASA+APP -mallin käytössä. Jotta eDASA+APP FI -mallin sisällyttämistä suomalaiseen potilastietojärjestelmään oli mahdollista hahmottaa käytännössä, navigoitiin varsinaisessa järjestelmässä yhdessä ideoiden. Osallistujat saivat ilmaista toiveitaan ja näkemyksiään siitä, mihin malli tulisi sijoittaa järjestelmässä, jotta kaikki löytäisivät sen ja jotta se olisi mahdollisimman käyttökelpoinen.

5.2.2 Modifiointivaateet

eDASA+APP FI -menetelmältä odotettiin, että se on moniammatillisesti ja yhdenmukaisesti kaikkien käytössä, sekä tarjoaa potilaille keinon tunnistaa ja hallita aggressiivisuuttaan. Mallilta edellytettiin, että se toisi tietoa, mitkä väkivallan ehkäisy- ja hallintamenetelmät ovat aikaisemmin toimineet potilaan kanssa. Mallilta edellytettiin helppokäyttöisyyttä ja sekä konkreettista näkyvyyttä potilastietojärjestelmässä että tukea ja turvallisuutta päivittäisessä arjessa. Mallilta edellytettiin myös käytännön tukea

henkilökunnalle erityisesti uusien, ennalta tuntemattomien potilaiden kanssa ja apua klinisen työn suunnitteluun.

Loppukäyttäjillä oli huoli, että rakenteisen eDASA+APP:n käyttö johtaa siihen, että potilaasta ei saada yleiskuvaa, riittävästi yksityiskohtaista tietoa eikä potilasta opita tuntemaan kunnolla. Vastaajat eivät ehkä myöskään ymmärtäneet, että eDASA on lyhytaikainen riskinarviointityökalu ilman, että potilasta tarvitsee tuntea etukäteen. Heidän on voinut olla vaikea ymmärtää, mitä lyhyen aikavälin riskinarviointi tarkoittaa, koska se ei ole aiemmin ollut käytössä yksiköissä. Loppukäyttäjät myös ilmaisivat huolensa, että arviointi johtaa henkilöstön omien riskinarviointikykyjen laiminlyöntiin, arviointi keskittyy liikaa väkivallan riskiin, tai että potilaiden mieltymyksiä laiminlyödään. Heillä oli huoli, että menetelmä vähentää potilaan hoitoon suunnattua aikaa, vaikka riskinarviointityökalun perimmäisenä tarkoituksena on nimenomaisesti toimia yhdessä potilaan kanssa. Loppukäyttäjät ilmaisivat huolen, että päätöksiä ei tehdä moniammatillisesti. Uhkakuvat johtuivat pääasiassa aikaisempien menetelmien käytöstä, jolloin osallistujilla oli negatiivisia kokemuksia paljosta mittaamisesta ilman käytännön hyötyjä, tai lukuisista erilaisiin tarkoituksiin suunnatuista menetelmistä, jotka ohjeistavat liikaa päivittäistä klinistä työtä.

Henkilöstöpulan kuvattiin olevan eDASA+APP:n käytön este. Mallin käytön pelättiin myös olevan hidasta, monimutkaista ja vaikeaa. Osallistujilla oli ennakoluuloja ja negatiivisia ajatuksia kaikesta uudesta, vaikeuksia käyttää teknologiaa tai oppia uutta. Uuden teknologian oppimisen haasteet ilmenivät erityisesti iältään vanhempien ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi menetelmän käytön ajateltiin kuormittavan henkilöstöä lisäämällä työtä ja kirjaamista. Käyttöönottovaiheessa oli osastoilla vallitsevana käytäntönä, että väkivallan riskinarviointi tehdään klinisen arvion perusteella, ilman siihen kehitetyn mittarin tai menetelmän käyttöä.

5.2.3 Interventioiden sisältöjen muokkaaminen

Loppukäyttäjien kanssa toteutettujen työpajojen pohjalta eDASA+APP FI:hin tehtiin vain vähän muutoksia verrattuna alkuperäiseen eDASA+APP -versioon. Tarve muutoksille johtui kielellisistä eroista, mutta myös eroista toimintakäytännöissä. Esimerkiksi alkuperäinen mallissa oleva ilmaus "kahdenkeskinen hoitotyö" nähtiin käsitteenä, joka sisältyy suomessa muihin menetelmiin, joten se korvattiin nimityksellä

"henkilökohtaisen päiväohjelman käyttäminen". Termi "vakuuttelu" muutettiin validaatioksi, koska suomen kielessä vakuutteluun sisältyy kielteisiä merkityksiä kuten nöyryyttävää, ikään kuin lapselle suunnattua puhumista. "Huomion poisvienti" nimettiin uudelleen "rauhoittumismenetelmien käytön ohjaamiseksi", jotta ne vastaisivat paremmin jo osastoilla käytössä olevia menetelmiä. Lisäksi "ympäristön turvallisuuden takaaminen" lisättiin omaksi menetelmäkseen loppukäyttäjien toiveiden mukaisesti, koska olennaista on, että riskialttiissa ympäristössä väkivaltariski ei lisäännä.

Jotta eDASA+APP-sovellus voitaisiin integroida suomalaiseen kontekstiin, osallistujat ehdottivat konkreettisia toimia eDASA+APP -tietojen tallentamiseen potilastietojärjestelmään. He myös ehdottivat, miten potilastietojärjestelmästä saataviin tietoihin tulisi reagoida. Osallistujat ehdottivat, että arviointitulokset olisivat heti näkyvissä potilastietojärjestelmässä koko vuodeosaston osalta. Kokonaispisteiden ja niiden kuvausten sekä värien haluttiin edustavan riskinarvioinnin tuloksia siten, että tulosta ei voi ohittaa kiinnittämättä siihen huomiota ja toimimatta sen mukaisesti. Hälytyksiä haluttiin näkyvän vain tilanteissa, joissa väkivaltariski on korkea. Riskinarviointia perättiin myös toteutettavaksi kaikkien potilaiden osalta, jolloin tieto puuttuvasta riskinarvioinnista on näkyvillä. Toisaalta korostettiin, että lyhyen aikavälin riskinarvioinnin tulokset eivät saa jäädä potilastietojärjestelmään yli 24 tunnin ajaksi ilman painavaa syytä.

5.2.4 Kokemukset eDASA+APP FI verkkopohjaisesta koulutuksesta pilotin jälkeen

Verkkopohjaisen koulutuksen suorittaneilta kerättiin palautetta koulutuksesta sähköisellä kyselyllä. Kyselyyn saatiin 71 vastausta. Koulutuksen jälkeen 75 % (n=53) vastaajista arvioi osaamisensa käyttää eDASA+APP FI -mallia hyväksi tai erittäin hyväksi. Vastaajista 83 % (n=59) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että koulutus auttoi ymmärtämään väkivaltariskin arvioinnin merkityksen potilaan hoidossa. Vastaajista 78 % (n=55) arvioi, että koulutus antoi riittävät tiedot eDASA+APP -päätöksenteon tukimallin käyttöön potilaan hoidossa ja 87 % (n=62) vastaajista aikoi käyttää eDASA+APP -päätöksenteon tukimallia kliinisessä työssään. Avoimissa vastauksissa korostui koulutuksen selkeys, sopiva pituus ja kattavuus. Kurssin materiaalit, kuten videot ja posterit koettiin hyväksi. Jotkut vastaajat arvioivat, että kurssi

ei tarjonnut uutta tietoa pitkään psykiatrasta hoitotyötä tehneille hoitajille. Ohjeita eDASA+APP FI:n käytöstä potilastietojärjestelmässä toivottiin selkiytettävän.

5.2.5 Pilotista saadut kokemukset eDASA+APP FI:n käytöstä

Palautekeskusteluista saadut tulokset viittaavat siihen, että uuden menetelmän käyttöönotto on monimutkaista ja se vaatii yhteistyötä loppukäyttäjien kanssa. Keskustelujen muistiinpanot analysoitiin käyttäen Bowenin ym, (2009) toteutettavuusalueiden neljää käsitettä (hyväksyttävyyys, tarve, käyttöönotto, toimivuus) analyysirunkona.

Hyväksyttävyyys

Pilottiin osallistuneet hoitotyön ammattilaiset näkivät eDASA+APP FI työvälineenä, joka antoi hoitajalle tietoa potilaasta ja potilaan väkivaltariskistä. Väkivaltariskin hallintaan käytettävät menetelmät olivat tuttuja ja niitä käytettiin päivittäisessä hoitotyössä. EDASA+APP FI koettiin helpoksi ja nopeaksi tehdä. Vaikka väkivaltariskin arviointia tehtiin harvoin potilaan kanssa, tunnistettiin yhdessä kirjaamisen parantavan potilaan ja hoitajan välistä suhdetta. Väkivaltariskin arviointi ja sen hallintaan käytettävien menetelmien suunnittelu eDASA+APP FI:n avulla nähtiin erityisen hyödyllisenä silloin, jos potilasta ei tunnettu tai potilaan sairaus oli epästabailissa vaiheessa. Toisaalta sama pisteytysasteikko eri potilasryhmillä nähtiin arvioinnin luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Erityisesti tämä tuli esille vanhuspsykiatrian osastolla, jossa väkivaltariskin arviointia eDASA:lla ei pidetty luotettavana.

Hyväksyttävyyttä heikensi se, että väkivaltariskin arvioinnin ja sen hallintaan käytettävien interventioiden koettiin tulevan myöhässä. Arvioitiin, että tilanteeseen oli jo puututtu, mikäli potilaan väkivaltariski oli korkea. Potilaan persoonallisuuden piirteiden nähtiin nostavan riskitasoa ja pelättiin myös, että väkivaltariskin arviointi yhdessä potilaan kanssa saattoi provosoida potilasta.

Käyttöönotto ja toimivuus

Mallin käyttöönottoa ja toimivuutta edistävinä tekijöinä pidettiin sitä, eDASA+APP FI koettiin helpoksi käyttää ja löytää potilastietojärjestelmästä. Sen koettiin parantavan tiedonkulkua ammattilaisten välillä. Väkivaltariskin arviointi ja sen hallintaan käytettävien interventioiden suunnittelu nähtiin standardoivan arviointia, ammattilaisen kokemuksesta riippumatta. Verkkopohjainen Moodle-koulutus nähtiin hyödyllisenä ja sitä toivottiin osaksi uuden työntekijän perehdytystä. Moodle-koulutus oli nopea suorittaa, mutta siihen toivottiin lisättävän materiaalia kirjaamisen tärkeydestä.

Käyttöönottoa ja toimivuutta heikensi se, että eDASA+APP FI oli mahdollista täyttää ainoastaan tietokoneella. Mobiililaitteilla sen täyttämien ei onnistunut. Osa hoitajista piti eDASA+APP FI:n tuottamaan tietoa riittämättömänä, ja sen koettiin antavan liian vähän tietoa potilaan käyttäytymisestä. He pitivät informatiivisempaa intuitioon perustuvaa hoitajan kliinistä arviota. Jotkut loppukäyttäjistä olivat huolissaan siitä, että ammattilaiset voivat arvioida potilaat eri tavalla. Myös narratiivisia kuvauksia pidettiin kattavampina ja vuoronvaihtoraportit väylänä siirtää tietoa ammattilaiselta toiselle.

Integrointi

Pilottiyksiköiden palautteissa toivottiin parannettava sekä riskinarvioinnin tuloksen että valittujen interventioiden näkyvyyttä potilastietojärjestelmässä. eDASA+APP FI:stä saatujen tietojen yhdistymistä esimerkiksi potilaan lääkitystietoihin toivottiin. Lisäksi toivottiin mahdollisuutta potilaan oman näkemyksen kirjaamiseen. eDASA+APP FI:n yhteys käytössä oleviin toimintamalleihin, kuten Safewards (Bowers, 2014) tunnistettiin.

Ennen laajempaa käyttöönottoa potilastietojärjestelmän ja eDASA+APP FI:n välistä integraatiota muokattiin saadun palautteen perusteella. Myös eDASA+APP -verkkopohjaista koulutusta täydennettiin.

5.2.6 Pilotin vaikutus hoitajien kirjaamiseen

Potilaan väkivaltariskiin arviointiin liittyviä kirjauksia tarkasteltiin ennen pilottia ja pilotin aikana. Potilastietojärjestelmästä poimittiin väkivaltariskin arviointiin liittyviä kirjauksia neljältä pilottiosastolta. Kirjaukset olivat sekä rakenteisesti tuotettuja että vapaan tekstinä kirjattuja. Poiminnot tehtiin 20.-22.11.2023 ja 18.-20.12.2023.

Tarkastelujaksolla ennen pilottia potilaita oli osastoilla yhteensä 58, joista 34 oli miehiä ja 24 naisia. Yksi potilaista ei ollut paikalla ajanjaksolla. Ennen pilottia ainoastaan 16 potilaan (28 %) kohdalla väkivaltariskin arviointi oli kirjattu. Seitsemän potilaan kohdalla arviointeja oli useampia. Yhteensä tarkastelujakson aikana väkivaltariskiä oli arvioitu 29 kertaa. Kaikki arvioinnit perustuivat hoitajan kliiniseen arviointiin ja ne oli kirjattu vapaana tekstinä.

Väkivaltariskin hallintaan käytettäviä interventioita oli kuvattu 55 % (16) eri tilanteissa, joissa väkivaltariskiä oli arvioitu. Käytetyt interventiot olivat tarvittavan lääkkeen antaminen, puheella rauhoittaminen, omaan huoneeseen ohjaaminen, puuttuminen tilanteeseen, henkilöstöressurssien lisääminen, vartijoiden kutsuminen ja eristäminen. Interventiota ei ollut kirjattu 45 % (13) väkivaltariskin arvioinneista.

Pilotin aikana tarkastelujaksolla oli 64 potilasta, joista puolet oli miehiä ja puolet naisia. Yksi potilas ei ollut osastolla tarkastelujakson aikana. Pilotin aikana väkivaltariskin arviointi oli tehty 92 % (59) potilaista. Viiden potilaan kohdalla väkivaltariskin arviointi oli tehty useamman kerran jakso aikana, joten väkivaltariskiä oli arvioitu kaikkiaan 73 kertaa tarkastelujakson aikana. Arvioinneista 68 % (50) oli tehty eDASA:lla. Väkivaltariskin hallintaan käytettäviä interventioita oli kirjattu 48 % (35) tilanteessa, 24 eri potilaalle. Enemmän kuin yksi interventio oli kirjattu 18 kertaa. eDASA+APP FI mallin interventioita oli kirjattu 34 % (25) tilanteessa, 19 eri potilaalle. Yksilöllisen päiväohjelman käyttö oli kirjattu 11 kertaa, validaatio 11 kertaa, ympäristön turvallisuuden varmistaminen kuusi kertaa, puheella rauhoittaminen kahdeksan kertaa, rauhoittumismenetelmien ohjaaminen kuusi kertaa ja tiivis hoidollinen läsnäolo kolme kertaa. Muita interventioita olivat vierihoito, tahdonvastainen lääkehoito, vartijoiden kutsuminen, henkilöstöressurssien lisääminen, realisointi, lääkkeen aikaistaminen ja tilanteen pahoittelu. Interventioita ei ollut kirjattu 37 tilanteessa.

Pilotin aikana väkivaltariskin arviointi ja interventioiden käyttö ja dokumentointi muuttui systemaattisemmaksi. Arviointi tehtiin lähes kaikille potilaille ja interventioiden suunnittelu lisääntyi pilotin aikana niin että 67 interventiosta 45 oli ei-rajoittava eDASA+APP mallin interventio.

5.2.7 Pilotin vaikutus potilaiden osallisuuteen kirjaamisessa

Potilaiden osallisuutta kirjaamiseen selvitettiin pilotin jälkeen palautekeskustelussa. Potilan osallisuuden merkitys tunnistettiin ja palauteen perusteella potilastietojärjestelmään lisättiin kohta potilaan oman näkemyksen kirjaamiselle. Kuitenkaan väkivaltariskin arviointia ja sen hallinnan menetelmien suunnittelua ei tehty pilotin aikana yhdessä potilaan kanssa.

Potilaan kanssa kirjaaminen on iso muutos ja muutokseen liittyviä haasteita tunnistettiin organisaatiossa. Ennen mallin implementointia muille aikuispsykiatrian vuodeosastoille verkkopohjaiseen koulutukseen lisättiin potilaan osallisuutta käsittelevää materiaalia. Potilaan kanssa kirjaamista käsiteltiin myös syventävässä koulutuksessa syyskuussa 2024 ja koulutusmateriaalia potilaan osallisuudesta kirjaamisessa on lisätty myös muihin koulutuksiin.

5.3 eDASA+APP FI -mallin implementointi psykiatriseen sairaalahoitoon

eDASA+APP FI:n laajempi käyttöönotto toteutettiin 23 aikuispsykiatrian vuodeosastolle. Yksiköiden esihenkilöille ja championeille järjestettiin eDASA+APP FI:n käyttöönottoa tukeva koulutus. Koulutustapahtumat järjestettiin kampuksittain 19.4.–26.4.2024 siten, että ajankohta sopisi mahdollisimman monelle. Koulutuksiin osallistui vähintään yksi henkilö jokaisesta yksiköstä, mutta pääsääntöisesti edustajia oli enemmän. Osallistujat toimivat sairaanhoitajan, apulaisosastonhoitajan ja osastonhoitajan tehtävissä.

Esihenkilöt esittelivät eDASA+APP FI -mallia yksikössään. Yksiköt suunnittelivat omalle osastolleen tarkoituksenmukaisen tavan käyttää mallia. Lisäksi yksiköt suunnittelivat käyttöönotto ajankohdan ja toimittivat tiedot tutkimusryhmälle. Ennen käyttöönottoa yksiköissä työskentelevät hoitajat suorittivat päivitetyn eDASA+APP FI -verkkopohjaisen koulutuksen. Yksiköille toimitettiin postereita väkivaltariskin arvioinnista ja sen hallintaan käytettävistä interventioista. Osa postereista oli tarkoitettu osastojen yhteisiin tiloihin, jotta potilaat saisivat mallista tietoa.

Mallin implementointia tuettiin Teams-tapaamisilla, joita järjestettiin kaksi kertaa viikossa. Ainakin yksi tutkimusryhmän jäsen oli paikalla koko tapaamisen ajan. Tapaamisille ei ollut etukäteen suunniteltua asialistaa. Tarkoituksena oli, että kuka tahansa voi osallistua tapaamiseen ja kertoa kokemuksiaan eDASA+APP FI:n käytöstä tai kysyä neuvoa. Lisäksi tutkimusryhmän jäsenet keräsivät tietoa potilastietojärjestelmän integraatioon liittyvistä haasteista. Käyttöönoton alkuvaiheessa erilaisia potilastietojärjestelmän käytön haasteita ilmeni ja niihin etsittiin ratkaisuja yhdessä sovelluskehittäjien kanssa ja integraatioon tehtiin korjauksia.

Implementoinnin onnistumista arvioitiin ensimmäisen kerran kesäkuun 2024 alussa. HUS Psykiatrian potilastietojärjestelmän käytön auditointi tehtiin 5.6.2024 ja auditointiin oli sisällytetty kysymys: Onko potilaan väkivaltariskiä arvioitu eDASA-mittarilla? Tulosten perusteella 18 yksikössä väkivaltariskiä oli arvioitu ainakin yhdeltä potilaalta, seitsemällä osastolla väkivaltariskin arviointi oli tehty yli puolelle auditoinnissa tarkastelluille potilaalle. Viidellä osastolla väkivaltariskiä ei ollut arvioitu yhdeltäkään potilaalta, joiden sairauskertomus oli auditoinnissa mukana. Tuloksen perusteella mallin käyttöönotto oli vielä kesken.

Heinäkuussa mallin käyttötapoja selvitettiin tarkastelemalla eDASA+APP FI -kirjauksia potilastietojärjestelmästä ja vertaamalla niitä yksikön suunnitelmaan mallin käytöstä. Tarkastelu osoitti, että mallin käyttö ei pääsääntöisesti ollut systemaattista ja se ei noudattanut yksikössä tehtyä suunnitelmaa. Väkivaltariskin hallintaan käytettäviä interventioita suunniteltiin vain harvoin. Tulosten johdosta esihenkilöille ja championeille järjestettiin 6.9.2024 koko päivän kestävä syventävä koulutus eDASA+APP FI:n käytöstä. Koulutuksen tavoitteena oli lisätä osaamista väkivaltariskin arvioinnissa ja hallinnassa ja antaa osallistujille valmiuksia ohjata yksikön työntekijöitä mallin käytössä. Koulutukseen osallistui 9 henkilöä. Osallistujat työskentelivät yksiköissään joko sairaanhoitajina, mielenterveyshoitajina, apulaisosastonhoitajina tai osastonhoitajina. Koulutuksen materiaali toimitettiin yksiköille käytettäväksi osastotunneilla tai koulutustilaisuuksissa.

Implementoinnin onnistumista arvioitiin uudelleen lokakuussa 2024. Tutkimusryhmän jäsen tarkasteli 18.10.2024 sisäänkirjattujen potilaiden tiedoista oliko potilaan väkivaltariskiä arvioitu ja interventioita suunniteltu hoitojakson aikana. Lisäksi

tarkasteltiin, noudatetaanko kirjauksissa yksiköiden tekemää suunnitelmaa eDASA+APP FI:n käytöstä yksikössä.

Tarkasteltavia sairauskertomuksia 23 eri osastolla yhteensä 369 kappaletta. Väkivaltariskin arviointi oli tehty 154 potilaalle ja interventioita oli suunniteltu 63 potilaalle. EDASA+APP FI:n käyttö jakautui niin, että väkivaltariskin arviointi oli tehty 13 osastolla suurimmalle osalle sisäänkirjatuista potilaista, kahdella osastolla väkivaltariskin arviointia ei ollut tehty yhdellekään potilaalle, kahdella osastolla se oli tehty ainoastaan yhdelle potilaalle ja kahdella osastolla kahdelle potilaalle. Väkivaltariskin hallintaan käytettäviä interventioita suunniteltiin vähän, erityisesti mikäli potilaan väkivaltariskitaso on matala. Kuudella osastolla eDASA+APP FI -mallia käytettiin siten, kuin yksikössä oli suunniteltu. Niissä yksiköissä, joista osallistuttiin eDASA+APP FI -syventävään koulutukseen, käyttö oli pääsääntöisesti systemaattista ja noudatti yksikön käyttösuunnitelmaa.

Väkivaltariski oli arvioitu korkeaksi tai koholla olevaksi 26 potilaan kohdalla, mutta uutta arviointi ei tehty seuraavana päivänä. Niistä neljä potilasta oli sellaisia, joiden väkivaltariski oli arvioitu korkeaksi edellisellä osastolla ennen potilassiirtoa, mutta uudella osastolla väkivaltariskin arviointia ei ollut tehty. Potilaat olivat jakautuneet tasaisesti sekä niille osastoille, missä väkivaltariskin arviointi oli melko systemaattista ja niille, jossa sitä ei tehty.

5.4 eDASA+APP FI mallin käyttöönotto työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin lisäämiseksi

5.4.1 Työväkivallan vähentäminen

Hoitajien kokemaa työväkivaltaa tarkasteltiin HUS-Riskit ilmoitusten perusteella ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen niillä 23 osastolla, jotka ottivat eDASA+APP FI:n käyttöön kevään tai kesän 2024 aikana. Tarkastelu tehtiin kolmen kuukauden ajanjaksolta 1.9.2023–30.11.2023 ja 1.9.2024–30.11.2024. Väkivaltatapahtumat oli luokiteltu viiteen eri luokkaan: 1. välitön lääkärin hoitoa vaativa vakava fyysinen väkivalta, 2. vammoja aiheuttava fyysinen väkivalta, 3. lievä fyysinen väkivalta, sekä 4. vakavia omaisuusvahinkoja aiheuttava väkivalta ja 5. lieviä omaisuusvahinkoja aiheuttava väkivalta.

Ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa väkivaltatapahtumia oli raportoitu aikuispsykiatrian vuodeosastoilla yhteensä 78 kappaletta. Välitöntä lääkärin hoitoa vaativa vakavaa fyysistä väkivaltaa oli raportoitu yhden kerran tarkasteluajan jaksolla, vammoja aiheuttavaa fyysistä väkivaltaa oli 13 tapausta, lievää fyysistä väkivaltaa 46 tapausta. Vakavia omaisuusvahinkoja aiheuttaneita väkivaltatapahtumia oli 2 kappaletta ja lieviä 16 kappaletta.

eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen väkivaltatapauksia oli raportoitu HUS-Riskit järjestelmään yhteensä 118 tapausta, joista välitöntä lääkärin hoitoa vaativa vakavaa fyysistä väkivaltaa oli raportoitu 1 tarkasteluajan jaksolla, vammoja aiheuttavaa fyysistä väkivaltaa oli 9 tapausta, lievää fyysistä väkivaltaa 83 tapausta. Vakavia omaisuusvahinkoja aiheuttaneita väkivaltatapahtumia oli 3 kappaletta ja lieviä 22 kappaletta.

eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen HUS-Riskit ilmoituksia on tehty 40 kappaletta enemmän kuin ennen käyttöönottoa. Vammoja aiheuttaneet väkivaltatapahtumien määrä on hieman laskenut, mutta vastaavasti ilmoitukset lievästä fyysisestä väkivallasta ovat lähes kaksinkertaistuneet. Toisaalta joistain yksiköistä ei ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa ollut tehty yhtään ilmoitusta, kun käyttöönoton jälkeen niitä on tehty runsaasti. Tämä sama ilmiö oli nähtävissä useassa yksiköissä. Tämä voi kertoa siitä, että näistä yksiköistä raportoidaan väkivaltatapahtumia systemaattisemmin kuin aikaisemmin. Joissakin yksiköissä ilmoitusten määrässä oli selvää laskua. Näissä yksiköissä potilaan väkivaltariskiä arvioitiin ja sen hallintaan käytettäviä menetelmiä suunniteltiin systemaattisemmin eDASA+APP FI:n avulla.

5.4.2 Pakkotoimien vähentäminen

Pakkotoiminen käyttöä tarkasteltiin ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa 1.9.2023-30.11.2023 ja käyttöönoton jälkeen 1.9.-30.11.2024 välillä. Tarkastelussa oli lääkkeen anto potilaan tahdosta riippumatta, potilaan eristäminen muista potilaista ja potilaan sitominen.

Ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa potilaalle annettiin lääkettä potilaan tahdosta riippumatta 133 kertaa, potilas eristettiin muista potilaista 247 kertaa ja sidontaa käytettiin 88 kertaa. Mallin käyttöönoton jälkeen potilaalle annettiin lääkitystä tahdosta riippumatta

131 kertaa, potilas eristettiin muista potilaista 293 kertaa ja sidontaa käytettiin 111 kertaa. Hoitopäiviä psykiatrian osastoilla oli 1.9.-30.11.2023 välisellä ajanjaksolla 28348 ja 1.9.-30.11.2024 välisellä ajanjaksolla niitä oli hieman yli 2000 hoitopäivää enemmän, yhteensä 30474. Tahdosta riippumattoman lääkitysten määrä väheni hieman, mutta eristysten ja sidontojen määrä lisääntyi, kun pakkotoimimäärät suhteutettiin per 1000 hoitopäivää. Pakkotoimien määrät suhteutettuna per 1000 hoitopäivää ennen ja jälkeen eDASA+APP FI:n käyttöönoton on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Pakkotoimet ennen ja jälkeen eDASA+APP FI:n käyttöönoton / 1000 hoitopäivää

	Ennen käyttöönottoa	Käyttöönoton jälkeen
Pakkotoimi	Tapahtuma / 1000 hoitopäivää	Tapahtuma / 1000 hoitopäivää
Pakkolääkitys	4,69	4,43
Eristäminen muista potilaista	8,71	9,61
Sidonta	3,10	3,64

Pakkotoimien määrän vaihteli paljon osastojen välillä. Ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa pakkotoimien määrä oli vähimmillään 0 ja enimmillään 123,18 / 1000 hoitopäivää. eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen minimi oli 0 ja maksimi 97,03 / 1000 hoitopäivää. Niillä kahdella osastolla, joilla oli käytetty eniten pakkotoimia ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa, mallin käyttö oli vakiintunut arkeen ja molemmilla osastoilla pakkotoimien määrä väheni merkittävästi (86,18→80,49 ja 123,18→97,03). Suurin lisäys pakkotoimien käytössä oli osastolla, jossa potilaiden väkivaltariskiä ja sen hallintaa arvioitiin ja suunniteltiin vain satunnaisesti (kasvua oli 16,30→27,44 / 1000 hoitopäivää) tai ei ollut käytössä lainkaan (kasvua 8,09→15,12 / 1000 hoitopäivää). Neljällä osastolla pakkotoiminen määrä väheni, vaikka eDASA+APP FI ei ollut käytössä lainkaan tai oli se käytössä vain satunnaisesti. Kahdeksalla osastolla pakkotoimien määrä lisääntyi, vaikka osastoilla eDASA+APP FI oli käytössä. Pakkotoimien käyttö lisääntyi seitsemällä osastolla, joilla eDASA+APP FI ei ollut käytössä tai se oli käytössä vain satunnaisesti.

5.4.3 Hoitajien työhyvinvoinnin lisääminen

eDASA+APP FI:n käytön yhteyttä hoitajien kokemaan työhyvinvointiin tarkastellaan vuoden 2025 keväällä, sillä hoitajien työtyytyväisyyttä selvitetään vuosittain toteutettavalla Nurse Engagement Survey -kyselyllä (NES+). Kyselyn vastausaika on huhtikuussa, joten eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeiset tulokset ovat saatavissa vasta toukokuussa 2025.

5.5 Hoitohenkilökunnan asenteet väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan

eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen

eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen toteutettiin verkkokysely hoitohenkilökunnan asenteista väkivallan riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan. Loppuraporttiin on nostettu sellaisten väittämien tulokset, joihin ajatellaan koulutuksellisilla interventioilla olevan vaikutusta.

Kysely lähetettiin 535 hoitotyön ammattilaiselle. Kyselyyn vastasi 166 hoitajaa ja hoitotyön esihenkilöä, joista 129 täytti koko kyselyn. Vastausprosentti oli 31 %. Vastaajien keski-ikä oli 45,6 (nuorin 21 ja vanhin 64). Yli puolet vastaajista oli naisia (63,3 %). Sairaanhoidajia (44,5 %) ja lähihoitajia (43,8 %) oli vastaajista yhtä paljon. Hoitotyön esihenkilöitä oli 11,7 % vastaajista. Työkokemus nykyisessä työtehtävässä oli keskimäärin 8,1 vuotta ja työkokemus mielenterveyspalveluissa 14,5 vuotta. Vastaajien taustatiedot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Verkkokyselyyn osallistuneiden taustatiedot

Taustatieto	n/KA (% , KH)
Sukupuoli (n = 147)	
Nainen	93 (63,3%)
Mies	47 (32,0%)
Muu	1 (0,7%)
Ei halua sanoa	6 (4,1%)
Ikä (n = 145)	45,6 (11,5)
Nykyinen työtehtävä (n = 146)	
Lähihoitaja	64 (43,8%)
Sairaanhoitaja	65 (44,5%)
Apulaisosastonhoitaja	9 (6,2%)
Osastonhoitaja	8 (5,5%)
Työkokemus nykyisessä työtehtävässä (n = 144)	8,1 (9,2)
Työkokemus mielenterveyspalveluissa (n = 145)	14,5 (11,1)

n = otos; KA = keskiarvo; % = frekvenssi; KH = keskihajonta

Hoitajien asenteet riskinarviointimenetelmiin vaihtelivat. Vajaa kolmasosa hoitajista (31,1 %) ei osannut sanoa kantaansa, ja 15,1 % koki, että validoidut riskinarviointimittarit eivät ole tehokkaita tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita, kun taas 53,8 % vastaajista arvoivat riskinarviointimittarit tehokkaiksi tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita. Vajaa puolet (43,9 %) hoitajista arvioi riskinarviointi mittareiden olevan parempia ennustamaan riskiä kuin heidän oma kliininen arvionsa. Omaa kliinistä arviota ennustamaan potilaan väkivaltariskiä piti parempana viidesosa (20,5 %) hoitajista ja 35,6 % ei osannut sanoa kantaansa.

Tulosten perusteella näyttäisi, että hoitajien asenteet väkivaltariskin arviointia kohtaan validoidulla mittarilla ovat muuttuneet positiivisemmaksi. Useampi hoitaja pitää validoituja väkivaltariskinarviointimittareita tehokkaina tunnistamaan väkivaltariskissä olevia potilaita kuin ennen eDASA+APP FI -mallin käyttöönottoa ja siihen liittyviä koulutuksia (Taulukko 6).

Taulukko 6. Muutos asenteissa väkivaltariskin arviointia kohtaan

eDASA APP FI:n käyttöönotto	Ennen % (n=111)	Jälkeen % (n=132)
Validoidut riskinarviointimittarit eivät tunnista tehokkaasti riskissä olevia ihmisiä		
Vahvasti samaa mieltä	1,8 (2)	3,0 (4)
Samaa mieltä	12,6 (14)	12,1 (16)
En ole varma	41,4 (46)	31,1 (41)
Eri mieltä	33,3 (37)	37,9 (50)
Vahvasti eri mieltä	10,8 (12)	15,9 (21)
Oma kliininen arvioni on parempi ennustamaan riskiä kuin validoidut mittarit		
Vahvasti samaa mieltä	3,6 (4)	2,3 (3)
Samaa mieltä	12,6 (14)	18,2 (24)
En ole varma	36,0 (40)	35,6 (47)
Eri mieltä	40,5 (45)	34,1 (45)
Vahvasti eri mieltä	7,2 (8)	9,8 (13)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna erityisesti sairaanhoitajien ja esihenkilöiden asenne validoituja mittareita kohtaan on muuttunut positiivisemmaksi hankkeen aikana. Epävarmojen osuus on pienentynyt kaikissa ammattiryhmissä. Asenteet validoituja mittareita kohtaan ammattiryhmittäin on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Muutos asenteissa validoituja riskinarviointimittareita kohtaan ammattiryhmittäin

Validoidut riskinarviointimittarit eivät tunnista tehokkaasti riskissä olevia ihmisiä						
	Lähihoitajat		Sairaanhoitajat		Esihenkilöt	
	Ennen % (n=36)	Jälkeen % (n=56)	Ennen % (n=60)	Jälkeen % (n=60)	Ennen % (n=15)	Jälkeen % (n=16)
Samaa mieltä	11,1 (4)	21,4 (12)	18,3 (11)	11,7 (7)	6,7 (1)	6,3 (1)
En ole varma	47,2 (17)	35,7 (20)	41,7 (25)	33,3 (20)	26,7 (4)	6,3 (1)
Eri mieltä	41,7 (15)	42,9 (24)	40,0 (24)	55,0 (33)	66,7 (10)	87,5 (14)

6 POHDINTA

Potilaan osallisuus ja digitaalisuus

Potilaan kanssa yhdessä toteutettava kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään on ajankohtaista suomalaisessa terveydenhuollossa. Myös kansainvälisesti asia on ajankohtainen, sillä suurin osa aiheeseen liittyvästä tutkimuskirjallisuudesta on julkaistu tekemämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan viimeisen 10 vuoden aikana (Iwuchukwu ym. 2024). Potilaan läsnä ollessa toteutettavalla kirjaamisella on havaittu olevan potilastyötä helpottavia ja potilaan hoitoa parantavia vaikutuksia. Potilaat ovat kiinnostuneita ja aktiivisia (Burkoski ym. 2019, De Groot ym. 2022, Lindroth ym. 2018, Lushin ym. 2022, Pithara ym. 2020, Rose ym. 2014) toteuttamaan sähköistä kirjaamista yhdessä hoitajan kanssa. Potilaiden kirjaamiseen osallistuminen voi lopulta jopa säästää hoitajien aikaa ja tarjota paremmat mahdollisuudet yhteiseen päätöksentekoon. Potilaaseen liittyvät tekijät, kuten potilaan ikä tai sairaus voivat kuitenkin vaikuttavaa potilaan kirjaamisosallistumiseen.

Hoitajan ammatillisuus (Lezard & Deave, 2021, Pithara ym. 2020), ennakoluulot ja henkilökohtainen tapa työskennellä (De Groot ym. 2022, Fernandes 2017) vaikuttavat hoitajien kirjaamiseen yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat ovat tuoneet myös esiin erilaisia huolia yhteiskirjaamisen myötä lisääntyvään työmäärään (Burkoski ym. 2019, Gerber ym. 2017, McMath & Harvey 2004) sekä eettisiin asioihin (Denneson ym. 2017, Graham ym. 2018, Misto ym. 2019) etenkin siinä vaiheessa, kun uusi toimintatapa alkaa ja ennen kuin se on vakiintunut päivittäiseksi käytänneeksi. Koska teknologiaosaaminen ja teknologian toimivuus vaikuttaa kirjaamisen onnistumiseen, tarvitaan vahvaa organisatorista tukea käytäntöjen kehittämiseksi ja uuteen sitoutumiseksi (Denneson ym. 2017, Gerber ym. 2017, Graham ym. 2018, Pithara ym. 2020). Loppukäyttäjien, hoitajien ja potilaiden mukaan ottaminen suunnitteluun (Martikainen ym. 2020) sekä asian sisällyttäminen hoitotyön opetussuunnitelmaan (Forde-Johnston ym. 2023) on tärkeää.

eDASA+APP FI -hankkeessa otettiin ensimmäisiä askelia kohti potilaan kanssa yhdessä kirjaamista. Toimintatapa oli monille hoitajille vielä uusi. Potilaan osallisuutta väkivallan riskinarvioinnin ja -hallinnan eri vaiheissa vahvistettiin hankkeen eri vaiheissa

esimerkiksi koulutussisältöjä kehittämällä ja integroimalla potilaan näkemyksen kuulemista osaksi digitaalista eDASA+APP FI toteutusta. Potilaan kanssa yhdessä työskentelyn toimintatavan vahvistamista jatketaan osana eDASA+APP FI -mallin pitkäaikaisvaikutusten seurantaa.

Asenteet riskinarviointia ja -hallintaa kohtaan

Sairaanhoitajat kokevat riskien arvioinnin olevan heidän vastuullaan. Heidän asenteissaan strukturoituun väkivallan riskinarviointiin ei ole kuitenkaan tapahtunut merkittävää muutosta vuosien varrella (Lantta ym. 2015). Kuitenkin nyt eDASA+APP FI -mallin käyttöönoton jälkeen tehdyn asennekyselyn alustavien tulosten perusteella hoitohenkilökunnan asenteet validoituja riskinarviointimittareita kohtaan ovat muuttuneet myönteisemmäksi. Niiden osuus, joiden mielestä validoidut riskinarviointimittarit eivät tunnista väkivaltariskissä olevia ihmisiä on pysynyt ennallaan, mutta epävarmojen osuus on pienentynyt. Hoitajat suosivat omaa kliinistä harkintaansa riskinarvioinnissa kokemuksensa ja intuitionsa perusteella (Dickens ym. 2023) ja korostavat intuition roolia kliinisessä päätöksenteossa, vaikka lähes puolet kyselyymme vastanneista ei pitänyt omaa kliinistä arviointiaan parempana riskin ennustajana kuin validoituja työkaluja. Tästä huolimatta yli puolet osallistujista oli epävarmoja tai samaa mieltä siitä, että työkalut eivät ole tehokkaita riskiryhmien tunnistamisessa. Hoitohenkilökunnan kokemus oman intuition luotettavuudesta väkivaltariskin arvioinnista on pysynyt ennallaan myös eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen. Edelleen vain alle puolet vastaajista pitää validoituja riskinarviointimittareita luotettavampana kuin omaa kliinistä arvioita. Ongelma saattaa olla nykyinen käytäntö, jossa riskinarviointia ei ole integroitu kliiniseen toimintaan ja jossa on ollut vain vähän ohjeita siitä, mitä tehdä tilanteissa, joissa riski tunnistetaan (Maguire ym. 2022). Intuition onkin mahdollista tukea päätöksentekoprosessia, kun se integroidaan objektiivisten arviointien käyttöön (Melin-Johansson ym. 2017). eDASA+APP sisällyttää hoitotyön toimenpiteet DASA-riskinarviointitasoihin. Tämä voi tarjota mahdollisuuksia integroida lyhytaikaisen väkivallan riskin arviointi ja hallinta aidosti kliiniseen työhön ja tuoda siten näkyviä hyötyjä hoitotyöhön.

Yli 35-vuotiailla osallistujilla oli huomattavasti positiivisempi asenne riskinarviointityökaluihin kuin nuoremmilla osallistujilla. Aiempien tutkimusten tulokset iän yhteydestä asenteisiin tällä tutkimusalueella ovat ristiriitaisia (Downes ym. 2016, Husum ym. 2023, Dickens ym. 2022, Lee ym. 2021). Asenteisiin on puututtava, koska suotuisa suhtautuminen riskinarviointivälineisiin ja vähemmän suotuisa suhtautuminen pakkokeinoihin ja aggressiivisuuteen voi toimia työkaluna riskinarviointivälineiden ja ei-pakottavien hallintatapojen käyttöönotolle. Esihenkilöt suhtautuvat myönteisemmin riskinarviointityökalujen käyttöön kuin sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Yksi selitys tälle voi olla se, että esihenkilöillä on usein ylempi korkeakoulututkinto, mikä voi johtaa myönteisempään asenteeseen validoitujen työkalujen käyttöön osana näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Kliinisen käytännön muutoksen aikaansaamiseksi esihenkilöillä on keskeinen rooli (Laukka ym. 2020, Miech ym. 2018). Muutoksen toimeenpanijoina onkin suotavaa hyödyntää erityisesti muutosmyönteisiä hoitotyön esihenkilöitä (Miech ym. 2018). Esihenkilöiden on ymmärrettävä näyttöön perustuvan toiminnan arvo ja käytettävä aikaa päivittäisessä työssä sen edistämiseen, mikä ei välttämättä aina ole helppoa hektisessä akuutissa toimintaympäristössä.

Uusien menetelmien kehittäminen ja käyttöönotto – yhteiskehittäminen

Hankkeessa esitelty yhteissuunnitteluprosessi tapahtui todellisessa ympäristössä. eDASA+APP mukautettiin uuteen maahan, jotta se integroituisi paikallisiin käytäntöihin ja jotta sen sisältämä kieli olisi asianmukaista ja hyväksyttävää käyttäjille. Valitsemamme lähestymistapa auttaa pohtimaan erilaisia yhteissuunnittelun mahdollisuuksia ja haasteita sekä tuottaa tietoa, mitkä tekijät vaikuttavat hyväksyttävyyteen ja integraatioon.

Hoitajat ja kokemusasiantuntijat toivat työpajoissa esiin positiivisia odotuksia eDASA+APP:n toteutettavuudesta, mutta myös erilaisia huolenaiheita. Osallistujilla oli huoli, että sen käytöllä olisi kielteisiä seurauksia kuten arvioinnin johtaminen siihen, että henkilökunta luopuu omasta riskinarviointiosaamisestaan tai että arviointi korostaa väkivallan riskiä henkilön muiden näkökulmien kustannuksella. Heidän mukaansa on olemassa vaara, että potilaiden mieltymykset väkivallan ehkäisemiseen jätetään huomiotta, vaikka kyseessä pitäisi nimenomaisesti olla ajatus yhteisestä näkemyksestä potilaan kanssa. Hoitajat ilmaisivat myös huolensa siitä, että päätöksistä ei sovita

moniammatillisesti, kuten aiemmissa tutkimuksissa on havaittu (O'Dowd ym. 2023). Jotkut yllä mainituista huolenaiheista ovat saattaneet johtua siitä, että lyhyen aikavälin rakenteellisen väkivallan riskinarviointi ei ole työntekijöille tuttua. Hankkeen alkaessa lyhyen aikavälin väkivallan riskin arviointi tehtiin strukturoimattoman kliinisen harkinnan perusteella (Lantta ym. 2015, Lantta ym. 2016).

Osan uhkakuvista kuvattiin johtuvan aiempien mittareiden ja interventioiden käyttöönotosta. Osallistujilla oli huoli ottaa käyttöön uusia menetelmiä, he pelkäsivät teknologiaa tai uuden oppimista. Mielenterveyden parissa työskentelevällä henkilökunnalla voikin olla muita vähemmän kokemusta uusien teknologisten ratkaisujen käytöstä (Strudwick & Eyasu 2015), mikä on otettava huomioon esimerkiksi tarjoamalla riittävästi teknistä tukea käyttöönoton aikana (Zurynski ym. 2021). Teknologisia ratkaisuja kehitettiin yhteistyössä loppukäyttäjien kanssa käytettävyyden varmistamiseksi. Työpajoihin osallistujat ehdottivat konkreettisesti missä eDASA+APP sijaitsee potilastietojärjestelmässä, miten sitä käytetään ja miten niitä hyödynnetään.

Uusien menetelmien pilotointi ja implementointi

Uuden menetelmän pilotointi on tärkeä vaihe, jota usein kuvataan iteratiivisena prosessina, jossa interventiosta kerätään palautetta pienessä populaatiossa ja palautteen perusteella interventioon tehdään muutoksia ja parannuksia (O'Cathain ym. 2019). eDASA+APP FI pilotoitiin neljällä erilaisella psykiatrian osastolla. Pilotin aikana osastolla olevien potilaiden väkivaltariskiä arvioitiin päivittäin, jotta toimintatapa vakiintuisi käytännöksi. Pilotissa tarkasteltiin menetelmän toimivuutta suomalaisessa kontekstissa eri potilasryhmissä. Abell ym. (2023) ovat tunnistanee implementaation onnistumista edistäväksi tekijäksi kokemuksen uuden menetelmän tuttuudesta ja hyödyllisyydestä käytännön työssä. Pilotista saatujen tulosten perusteella väkivaltariskin hallintaan käytettävät menetelmät olivat tuttuja ja päivittäisessä käytössä jo ennen pilottia. Strukturoidun työkalun käytön nähtiin myös yhtenäistävän väkivaltariskin arviointia, hoitaja kokemuksesta riippumatta. Lisäksi sen nähtiin parantavan tiedonkulkua ammattilaisten välillä. Toisaalta osa hoitajista ei pitänyt eDASA+APP FI:a hyödyllisenä, sillä he kokivat sen antavan liian vähän tietoa potilaasta verrattuna hoitajan tekemään kliiniseen arvioon. Tämä on yhtenevä Dowesin ym. (2016) tutkimuksen

tulosten kanssa, joiden mukaan hoitajat pitivät riskinarviointityökaluja päätöksentekoa helpottavina, mutta kuitenkin huomattava määrä hoitajista piti edelleen intuitioon perustuvaa kliinistä arviota luotettavampana kuin strukturoituja arviointivälineitä.

Pilotissa testattiin myös eDASA+APP FI:n integraation toimivuutta potilastietojärjestelmässä. Väkivaltariskinarviointi ja sen hallinnan menetelmien suunnittelu eDASA+APP FI:n avulla koettiin helpoksi ja nopeaksi tehdä. Tämä parantaa mallin implementoinnin onnistumista, sillä erityisesti käytettävyyteen ja integraatioon liittyvät ongelmat, kuten hitaus, monimutkaisuus ja tekniset ongelmat ovat esteitä implementaation onnistumiselle (Abell ym. 2023).

Cassidy ym. (2021) ovat katsauksessaan todenneet monimenetelmäisen koulutusstrategian, joka voi sisältää esimerkiksi yhteissuunnittelua, osallistavia menetelmiä ja fasilitointia, tehokkaaksi ja varmistavan menetelmän osaamisen. eDASA+APP FI:n käyttöön ja mallin implementaatioon keskittyvä lähikoulutus kohdennettiin esihenkilöille ja ”superosaajille” eli championneille. Hoitohenkilökunnalle kehitettiin verkkopohjainen koulutus, jonka suorittamiseen meni 30 minuuttia. Verkkopohjainen koulutus nähtiin hyödyllisenä ja sen sisältämiä videoita ja mallista tehtyjä havainnollistavia hoitajille ja potilaille tarkoitettuja postereita pidettiin tarpeellisena. Koulutuksen sisältöä pidettiin kattavana, vaikka jotkut vastaajista pitivätkin sisältöä liian yksinkertaisena pitkään osastotyössä olleelle. Vastaajat toivoivat koulutusta lisättäväksi uuden työntekijän perehdytysohjelmaan.

Implementoinnin onnistumista pyrittiin edistämään siten, että yksiköt suunnittelivat omalle yksikölleen sopivimman tavan käyttää mallia, sillä kokemus uuden mallin hyödyllisyydestä parantaa implementoinnin onnistumista (Abell ym, 2023). Esiin tulleita käytettävyyteen liittyviä haasteita kerättiin käyttöönoton jälkeen kaksi kertaa viikossa pidetyssä Teams-tapaamisissa sekä sähköpostitse ja ongelmat pyrittiin ratkaisemaan nopeasti (Abell ym, 2023; Zurynski ym. 2021).

Väkivaltariskin arvioinnin ja hallinnan dokumentointi

eDASA+APP FI:n käyttö mallin pilotointivaiheessa lisäsi potilaan väkivaltariskin arviointia ja sen kirjaamista sekä ei-rajoittavien interventioiden suunnittelua ja kirjaamista potilastietojärjestelmään. Ennen pilottia väkivaltariskin arviointi perustui pääsääntöisesti potilaan käyttäytymisen kuvailuun, kun taas pilotin aikana hoitajat arvioivat potilaan väkivaltariskiä tietoisesti. Tämä havainto on tehty myös aiemmissa tutkimuksissa. Maguire ym. (2019) totesivat strukturoidun työkalun lisäävän interventioiden dokumentointia verrattuna siihen, että interventioiden valinta perustui hoitajien kokemukseen ja kliiniseen arvioon. Tässä tutkimuksessa väkivaltariskin arvioinnin ja interventioiden suunnittelun systemaattisuus vaihteli osastojen välillä. Osastot suunnittelivat omalle yksikölleen tarkoituksen mukaisen tavan käyttää mallia.

Mallin käyttö toteutui hankkeen aikana vaihtelevasti. Erityisesti silloin, jos potilaan väkivaltariski arvioitiin matalaksi, interventioita suunniteltiin harvoin. Tämä kuvaa sitä, että eDASA+APP FI:n käyttö kliinisen päätöksen tekoa ohjaavana mallina vaatii vielä kirkastamista, sillä uuden menetelmän implementointi on haastavaa ja vaatii jatkuvaa tukea ja koulutusta (Abell ym. 2023). Väkivaltariskin arvioinnin ja hallintaan käytettävien interventioiden dokumentointia tulee seurata jatkossa ja tarvittaessa suunnitella toimia, joilla vahvistetaan mallin käyttöä yksiköissä (Moore ym. 2021).

eDASA+APP FI ja työturvallisuus

Väkivaltatapahtumista tehtyjen HUS-Riskit ilmoitusten määrä lisääntyi eDASA+APP FI:n käyttöönoton jälkeen. Erityisesti lieviksi luokiteltujen väkivaltatapausten määrä lähes kaksinkertaistui. Ilmoituksia tuli runsaasti usealta sellaiselta osastolta, joista ei ennen eDASA APP FI:n käyttöönottoa ollut tehty yhtään ilmoitusta. Tähän voi syynä olla se, että eDASA+APP FI:n liittyvät koulutukset ja osastoilla oleva materiaali ohjasi hoitajia kiinnittämään huomiota väkivaltatapahtumiin ja sen myötä tekemään niistä myös useammin ilmoituksia. Tämä ilmiö on tunnistettu terveydenhuollossa ja puhutaankin usein ”Hawthornen efektistä”, jossa hoitohenkilöstön huomio kiinnittyy havainnoimaan tutkittavaa ilmiötä ja sen seurauksena he muuttavat omaa käyttäytymistään (mm. Berkhout ym. 2022). Toisaalta osassa sellaisia yksiköitä, joissa eDASA+APP FI oli

käytössä, väkivaltatapahtumia ilmoitettiin vähemmän tai saman verran kuin ennen käyttöönottoa.

Eristysten ja sidontojen määrä osastoilla oli korkea ennen eDASA+APP FI:n käyttöönottoa ja niiden määrä lisääntyi käyttöönoton jälkeen. Määrien suora vertailu ei anna todellista kuvaa tilanteesta. Eristämis- ja sidonta-ajat pyritään pitämään mahdollisimman lyhyinä, sillä niiden vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä (Chieze ym. 2019) ja niiden on tunnistettu olevan yhteydessä erilaisiin haittatapahtumiin (Kersting ym. 2019). Eristäminen tai sidonta lopetetaan heti kun sen arvioidaan olevan mahdollista. Toisinaan kuitenkin käy niin että potilas ei vielä pärjää osastolla ja voidaan päätyä nopeasti uuteen eristämiseen tai sidontaan. Tämä nostaa eristysten ja sidontojen lukumäärää, mutta toisaalta sen avulla varmistutaan siitä, että potilaan eristämistä tai sidontaa ei tarpeettomasti jatketa. Lisäksi tarkasteltuna ajanjaksona hoitopäivien määrä lisääntyi 7,5 %, kun vastaavasti henkilöstömäärä pysyi ennallaan. Tämä voi selittää pakkotoimien käytön kasvua, sillä aikaisemman tutkimusnäytön perusteella eDASA+APP -mallin käytön on todettu vähentävän eristysten ja sidontojen määrää suhteutettuna 1000 hoitopäivää (Griffith ym., 2021; Maquire ym., 2019), mutta potilaiden hoitaminen ylipaikoilla ja osaston korkea kuormituksen on vastaavasti todettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen väkivallan esiintymiseen (Weltens ym. 2023). Kasvaneet hoitopäivämäärät lisäävät osastojen kuormitusta ja tästä syystä henkilökunnalla voi olla rajoittuneet mahdollisuudet tehdä väkivaltariskin arviointia ja hallinnan suunnittelua yhdessä potilaan kanssa. Myös interventioden käytön ohjaaminen saattaa jäädä kiireen vuoksi. Potilaan tilanteen muutosta ei havaita ajoissa, silloin kun väkivaltariskitaso on vielä matala tai koholla ja jolloin väkivallan ennaltaehkäisy olisi mahdollista. Onkin tarpeen seurata eDASA+APP FI:n käyttöönoton etenemistä ja sen yhteyttä pakkotoimimääriin pidemmällä aikavälillä.

Mebrahtun ym. (2021) katsauksessa todettiin kliinisten päätöksentekoa ohjaavien mallien parantavan hoitoprosesseja ja potilashoidon tuloksia. Kliinisten päätöksentekoa ohjaavien mallien käytön todettiin olevan myös yhteydessä tutkimustiedon hyödyntämiseen työssä ja vähäisempiin haittatapahtumiin. e+APP FI:n merkitys kliinisen hoitotyön työturvallisuutta parantavana apuvälineenä tarvitsee vielä kirkastamista. Tällä hetkellä interventioden suunnittelua tehdään vain harvoin, mikäli potilaan väkivaltariskitaso on matala. Riskinarviointia ei tehdä välttämättä uudelle potilaalle,

vaikka potilaan väkivaltariski olisi edellisessä hoitopaikassa arvioitu koholla olevaksi tai korkeaksi. Riskin arviointia ei välttämättä jatketa osastolla, vaikka väkivaltariski olisi ollut koholla tai korkea useiden päivien ajan. Tähän liittyy ensinnäkin se, että toistaiseksi väkivaltariskin arviointi perustuu siihen, kuinka yksittäinen työntekijä muistaa sen tehdä ja ohjelmoida arvioinnin seuraavalle päivälle. Erilaisia muistettavia asioita on runsaasti, erityisesti uuden potilaan sisäänkirjauksen yhteydessä. Zurynski ym. (2021) totesivat erilaisten potilastietojärjestelmän automatisoitujen työnkulkujen ja muistuttajien varmistavan, että potilaan hoitoon liittyvät merkinnät tulevat tehdyksi oikea-aikaisesti. eDASA+APP FI:n käytön ylläpitäminen edellyttääkin sekä championien ja henkilöstön osaamiseen liittyvien koulutusten jatkamista että potilastietojärjestelmän käytettävyyden parantamista niin, että potilaan väkivaltariskin arviointi ja hallintaan käytettävien interventiodien suunnittelu yhdessä potilaan kanssa tulee sujuvaksi ja osaksi arjen hoitotyötä.

Teknologian tarjoamat mahdollisuudet tulevaisuudessa

Tulevaisuudessa saamme teknologian kehityksen ja tekoälyn tarjoamien mahdollisuuksien myötä uusia apuvälineitä hoitotyöhön. Potilaan väkivallan riskiä voidaan arvioida automaattisesti mittareilla, jotka hyödyntävät koneoppimista. Näin myös välttyttäisiin tilanteilta, jossa väkivaltariski jää arvioimatta validein mittarein esimerkiksi kiireen, unohduksen tai kielteisten asenteiden vuoksi. Koneoppimisen algoritmit tunnistavat automaattisesti potilaskertomusten väkivaltaa ja väkivallattomuutta kuvaavia sanoja ja muuttavat niitä mitattavaan muotoon. Tietojen pohjalta koneoppiminen tuottaa arvion ja ennusteen väkivallan riskistä. Koneoppimista on hyödynnetty psykiatrisessa sairaalahoidossa väkivallan riskin arviointiin. Automaattisen riskiarvioinnin hyötyinä ovat automaattisuuden lisäksi soveltuvuus erilaisiin konteksteihin, sekä teknologian kehittyessä niiden mahdollinen lisäpotentiaali. Automaattista ennustetta voidaan muokata paikalliseen kontekstiin soveltuvaksi. Automaattisen ennusteen heikkoutena voidaan pitää sen pohjautumista vain dynaamisiin riskitekijöihin kuten ajankohtaisiin sairauden oireisiin tai potilaan tunnetilaan sekä kielellisiin haasteisiin. (Menger ym. 2018, Menger ym. 2019, Van Le ym. 2018, Wang ym. 2020.)

Väkivaltariski voidaan arvioida myös puettavilla laitteilla. Niillä tarkoitetaan potilaaseen kiinnitettäviä antureita, joiden avulla voidaan arvioida potilaan aggressiivisuutta ja sen kehittymistä. Antureita voidaan kiinnittää eri puolille potilaan kehoa (nilkka, ranne, vyötärö). Anturit tuottavat reaaliaikaista tietoa hoitohenkilökunnan mobiilisovellukseen, hälyttäen noususta potilaan aggressiivisuustasossa. Puettavista laitteista on tehty tutkimuksia psykiatrisessa sairaalahoidossa. Puettavat laitteet havaitsevat aggression nousun nopeasti, jolloin hoitohenkilökunta voi reagoida nopeasti. Potilaat ja hoitohenkilökunta ovat kokenet laitteiden käytön helpoksi ja miellyttäväksi. Haasteina on tunnistettu potilaan kohdalla kokemukset seuraamisesta sekä laitteisiin liittyvät turvallisuushuolet. (Bankole ym. 2012, Greer ym. 2019, Kujipers ym. 2012.)

7 TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Loppukäyttäjien osallistuminen ja koulutus on olennaista terveysteknologian käyttöönotossa. Erityisesti vastavalmistuneet ja vain vähän työkokemusta omaava hoitohenkilökunta on potentiaalinen kohderyhmä löytämään uusia mahdollisuuksia sähköisen väkivallan riskinarviointi ja -hallintamenetelmien käytölle omassa työssään. Myös hoitotyön johtajien asenteet ovat merkittävässä asemassa uusien työtapojen käyttöönotossa. Tästä syystä olemme suunnitelleet lyhyen koulutusmoduulin hoitotyön johtajille ja esihenkilöille helpottamaan käyttöönottoprosessia.

Useimmat sairaanhoitajat tunnistavat riskinhallintasuunnitelmien kehittämisen tärkeyden eivätkä pidä riskinarviointia epäinhimillistävänä tai koe sen estävän ammatinharjoittajien ja palvelujen käyttäjien sitoutumista. Edelleen on kuitenkin tarvetta kehittää kattavia toimia, joilla varmistetaan tehokkaiden riskinarviointi- ja turvallisuuskäytäntöjen täytäntöönpano psykiatrisessa sairaalahoidossa. eDASA+APP FI sisältää ja ehdottaa interventioita eri riskitasoille, joiden perusteella yhdessä potilaan kanssa mietitään juuri hänelle sopiva rauhoittumismenetelmä ja kirjataan se ylös.

Yhteisen toiminnan ja tekemisen kautta on mahdollista edistää loppukäyttäjien sitoutumista ja vähentää mahdollisia uuden menetelmän hyväksyttävyyteen ja toteutettavuuteen liittyviä haasteita. Organisaation sitoutuminen on välttämätöntä näissä tilanteissa.

Tämän hankkeen tuloksia voidaan hyödyntää kansallisesti suunniteltaessa eDASA+APP FI mallin käyttöönottoa aikuispsykiatrian osastoille. Mallin soveltuvuutta eri organisaatioihin on hankkeen aikana arvioitu yhden HUS Psykiatrisen ulkopuolisen osaston (Helsingin kaupunki) kanssa. Tulosten hyödyntämiseksi HUS Psykiatrian ulkopuolella ja muilla kuin aikuispsykiatrian osastoilla suosittelemme yhteissuunnittelun menetelmää eDASA+APP FI:n käytettävyyden varmistamiseksi.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

eDASA+APP -tutkimushankkeen pohjalta voidaan antaa useita kehittämis ehdotuksia niin hoitotyön käytännölle, johtamiselle, koulutukselle kuin tutkimukselle:

- Organisaatioiden on tuettava ja varmistettava uusien, toimiviksi arvioitujen menetelmien sisällyttäminen kliiniseen osastotyön arkeen
- Tarvitaan ketterästi toteutettavaa, lyhytkestoista ja arkeen mukautuvaa täydennyskoulutusta
- Ohjelmisto- ja laitteistoteknologian kehitys on tehtävä yhteistyössä loppukäyttäjien kanssa
- Tarvitaan lisää yhteistä, moniammatillista keskustelua tukemaan uusien menetelmien käyttöönottoa
- Tarvitaan toipumiseen tähtääviä käytäntöjä myös liittyen väkivaltariskin arvioimiseen ja -hallintaan
- Tarvitaan loppukäyttäjien osallistumista kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa
- Tarvitaan pitkäaikaista tutkimusta seuraamaan uusien menetelmien käyttöönottoa ja sen vaikutuksia kliiniseen työhön, hoitajien työhyvinvointiin, potilaiden turvallisuuteen sekä inhimilliseen kohtaamiseen

9 KIITOSSANAT

Haluamme kiittää hankkeeseen osallistuneita psykiatrisen hoidon ammattilaisia, esihenkilöitä ja kokemusasiantuntijoita. Kiitos hanketta rahoittaneille Työsuojelurahastolle, Sairaanhoidtajien kehittämissäätiölle, Turun yliopistolle ja HUS yhtymälle. Hankkeeseen ovat osallistuneet monet asiantuntijat, joista erityisesti haluamme nimetä eDASA+APP -kehittäjät Australiasta, Michael Daffern ja Tessa Maguire sekä Apotti-integraatiosta keskeisesti vastanneet Tero Laiho ja Terhi Velo. Kiitämme myös Päivi Soinista hankkeen mahdollistamisesta HUS Psykiatrialla johtavana ylihoitajana. Loppuraporttiin ovat kirjoittajien lisäksi materiaalia tuottaneet Jenni Anttila, Minna Anttila, Gift Iwuchukwu, Tinja Rautiainen ja Minna Vataja. Kiitos arvokkaasta panoksestanne hankkeelle.

Lähteet

- Abell, B., Naicker, S., Rodwell, D., Donovan, T., Tariq, A., Baysari, M., Blythe, R., Parsons, R. & McPhail, S.M. 2023. Identifying barriers and facilitators to successful implementation of computerized clinical decision support systems in hospitals: a NASSS framework-informed scoping review. *Implementation Science*, 18:32. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01287-y>
- Abou-Sinna, R. & Luebbers, S. 2012. Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need – Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *International Journal of Mental Health Nursing* 21, 462-470. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x
- Alsyouf, A., Ishak, A. K., Lutfi, A., Alhazmi, F. N., & Al-Okaily, M. 2022. The Role of Personality and Top Management Support in Continuance Intention to Use Electronic Health Record Systems among Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 11125. <https://doi.org/10.3390/ijerph191711125>
- Anderson, K. K., & Jenson, C. E. 2019. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.012>
- Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. 2024. Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(2), 259–280. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/inm.13248>
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E., & Louheranta, O. 2020. Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care: A Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(5), 39–49. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.3928/02793695-20200306-01>
- Bankole, A., Anderson, M., Smith-Jackson, T., Knight, A., Oh, K., Brantley, J., Barth, A. & Lach, J. 2012. Validation of Noninvasive Body Sensor Network Technology in the Detection of Agitation in Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 27(5), 346-354.
- Barchielli, C., Marullo, C., Bonciani, M., & Vainieri, M. 2021. Nurses and the acceptance of innovations in technology-intensive contexts: the need for tailored management strategies. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06628-5>
- Barzekar, H., Farzad, E., Luo J., Karami, M., Robati, Z. & Goodrazi, P. 2019. Adoption of Hospital Information System Among Nurses: a Technology Acceptance Model Approach. *Acta Informatica Medica*, 27(5), 305. <https://doi.org/10.5455/aim.2019.27.305-310>
- Bejnö, H., Roll-Pettersson, L., Klintwall, L., Långh, U., Odom, S. L. & Bölte, S. 2019. Cross-Cultural Content Validity of the Autism Program Environment Rating Scale in

Sweden. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(5), 1853–1862. doi: 10.1007/s10803-018-03870-5.

Bennani, A.-E., & Oumlil, R. 2013. Factors fostering IT acceptance by nurses in Morocco: Short paper. *IEEE 7th International Conference on Research Challenges in Information Science (RCIS)*, Paris, France, 1-6, doi: 10.1109/RCIS.2013.6577708.

Berkhout, C., Berbra, O., Favre, J., Collins, C., Calafiore, M., Peremans, L., & Van Royen, P. 2022. Defining and evaluating the Hawthorne effect in primary care, a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, 1033486. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1033486>

Björkqvist, M., Korte, M. & Tammentie-Sarén T. 2024. Eristämisen ja sitomisen kansalliset laatukriteerit: Käsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjaus: 2024_012. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-419-2>

Bowen, D.J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C.P., Squiers, L., Fabrizio, C. & Fernandez M. 2009. How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.002.

Bowers, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>.

Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J., & Turner, L. 2006. Prevention and Management of Aggression Training and Violent Incidents on U.K. Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022–1026. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.7.1022>

Brenig, D., Gade, P., & Voellm, B. 2023. Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? – A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y>

Brathovde A. 2021. Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(3), 251–258. <https://doi.org/10.1177/1078390320915988>

van den Brink, R. H., Troquete, N. A., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. 2015. Risk assessment by client and case manager for shared decision making in outpatient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry*, 15, 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0500-3>

Burkoski, V., Yoon, J., Hall, T. N. T., Solomon, S., Gelmi, S., Fernandes, K., & Collins, B. E. 2019. Patient Empowerment and Nursing Clinical Workflows Enhanced by Integrated Bedside Terminals. *Nursing Leadership*, 32(SP), 42–57. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25815>

- Cassidy, C. E., Harrison, M. B., Godfrey, C., Nincic, V., Khan, P. A., Oakley, P., Ross-White, A., Grantmyre, H., & Graham, I. D. 2021. Use and effects of implementation strategies for practice guidelines in nursing: A systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01165-5>
- Chan, B. & Shehtman, M. 2019. Clinical risk factors of acute severe or fatal violence among forensic mental health patients. *Psychiatry Research*, 275, 20-26.
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. 2019. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491>
- d’Ettorre, G., & Pellicani, V. 2017. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Craigie, J., Bach, M., Gurbai, S., Kanter, A., Kim, SYH., Lewis, O. & Morgan, G. 2019. Legal capacity, mental capacity and supported decision-making: Report from a panel event. *International Journal of Law and Psychiatry* 62, 160–168.
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. 2013. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Dang, D., & Dearholt, S. 2017. Johns Hopkins nursing evidence-based practice: model and guidelines. 3rd ed. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Dawson J. 2015. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 70–79
- De Groot, K., Douma, J., Paans, W., & Francke, A. L. 2022. Patient participation in electronic nursing documentation: An interview study among home-care patients. *Health Expectations*, 25(4), 1508–1516. <https://doi.org/10.1111/hex.13492>
- de Groot, K., Sneep, E. B., Paans, W., & Francke, A. L. 2021. Patient participation in electronic nursing documentation: An interview study among community nurses. *BMC Nursing*, 20(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00590-7a>
- Denneson, L. M., Cromer, R., Williams, H. B., Pisciotto, M., & Dobscha, S. K. 2017. A Qualitative Analysis of How Online Access to Mental Health Notes Is Changing Clinician Perceptions of Power and the Therapeutic Relationship. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e208. <https://doi.org/10.2196/jmir.6915>
- Dickens, G. L., Al Maqbali, M., Hallett, N., Ion, R., Kemp, C., Schoultz, M., & Watson, F. 2023. Mental health nurses' attitudes towards risk assessment: An integrative systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(6), 1137–1151. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/jpm.12946>
- Downes, C., Gill, A., Doyle, L., Morrissey, J., & Higgins, A. 2016. Survey of mental health nurses’ attitudes towards risk assessment, risk assessment tools and positive risk.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23(3–4), 188–197. <https://doi.org/10.1111/jpm.12299>

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Fattori, F., Zisman-Ilani, Y., Chmielowska, M. & Rodríguez-Martín, B. 2023. Measures of Shared Decision Making for People With Mental Disorders and Limited Decisional Capacity: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 74(11), 1171–1175. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200018>

Falzer, P. R. 2013. Valuing Structured Professional Judgment: Predictive Validity, Decision-making, and the Clinical-Actuarial Conflict. *Behavioral Sciences and the Law*, 31(1), 40–54. <https://doi.org/10.1002/bsl.2043>

Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mallet, S. & Fanshawe, T. 2017. Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence Tool [OxMIV]): a derivation and validation study. *Lancet Psychiatry*, 4, 461–468. <http://dx.doi.org/10.1016/>

Fernandes, A. 2017. Patients' Experiences, Expectations, and Satisfaction with Point-of-Care Electronic Documentation. *Journal of Informatics Nursing*, 2(4), 6–18.

Fluttert, F. A., 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(11-12), 1529–1537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x>

Forde-Johnston, C., Butcher, D., & Aveyard, H. 2023. An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse-patient interactions and communication. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 48–67. <https://doi.org/10.1111/jan.15484t>

Galbert, I., Azab, A., Kaplan, Z. & Nusbaum, L. 2023. Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 106–116. doi: 10.1111/inm.13064

Gerber, D. E., Beg, M. S., Duncan, T., Gill, M., & Craddock Lee, S. J. 2017. Oncology Nursing Perceptions of Patient Electronic Portal Use: A Qualitative Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 165–170. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.165-170>

Ghosh, M., Twigg, D., Kutzer, Y., Towell-Barnard, A., De Jong, G. & Dodds, M. 2019. The validity and utility of violence risk assessment tools to predict patient violence in acute care settings: An integrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, 1248–1267. doi: 10.1111/inm.12645

Glasper, E. A., Holmes, C. W., Brown, K. L., & Newton, J. 2006. Shared records: Towards collaborative working with families. *Paediatric Nursing*, 18(1), 34–37.

- Golz, C., Aarts, S., Hacking, C., Hahn, S., & Zwakhalen, S. M. G. 2022. Health professionals' sentiments towards implemented information technologies in psychiatric hospitals: A text-mining analysis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1426. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08823-4>
- González, R., Igoumenou, A., Kallis, C. & Coid, J. 2016. Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. *BMC Psychiatry*, 16:180, 1-10. DOI 10.1186/s12888-016-0885-7
- Goodman, H., Papastavrou Brooks, C., Price, O., & Barley, E. A. 2020. Barriers and facilitators to the effective de-escalation of conflict behaviours in forensic high-secure settings: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 59. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00392-5>
- Gough, K., Richardson, C., & Weeks, H. 2015. An audit of service-user involvement and quality of HCR-20 version 2 risk assessments on rehabilitation and low secure wards. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(S1), e2. doi:10.1017/S1742646415000084
- Graham, H. L., Nussdorfer, D., & Beal, R. 2018. Nurse Attitudes Related to Accepting Electronic Health Records and Bedside Documentation. *Computers, Informatics, Nursing*, 36(11), 515–520. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000491>
- Greer, B., Newbery, K., Cella, M., & Wykes, T. 2019. Predicting Inpatient Aggression in Forensic Services Using Remote Monitoring Technology: Qualitative Study of Staff Perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e15620. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.2196/15620>
- Griffith, J. J., Daffern, M., & Godber, T. 2013. Examination of the predictive validity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in two mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 485–492. <https://doi.org/10.1111/inm.12011>
- Griffith, J.J., Meyer, D., Maguire, T., Ogloff, J.R.P. & Daffern, M. 2021. Testing a Clinical Decision Support System to Prevent Aggression and Reduce Restrictive Practices in a Forensic Mental Health Service. *Psychiatric Services*, 72(8), 885–890. doi: 10.1176/appi.ps.202000315.
- Grindell, C., Coates, E., Croot, L. & O'Cathain, A. 2022. The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 877. doi: 10.1186/s12913-022-08079-y.
- Gulati, G., Cornish, R., Al-Taïar, H., Miller, C., Khosla, V., Hinds, C., Price, J., Geddes, J., & Fazel, S. 2016. Web-Based Violence Risk Monitoring Tool in Psychoses: Pilot Study in Community Forensic Patients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(1), 49–59. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1080/15228932.2016.1128301>
- Hardiker, N. R., Dowding, D., Dykes, P. C., & Sermeus, W. 2019. Reinterpreting the nursing record for an electronic context. *International Journal of Medical Informatics*, 127, 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.021>

- Harris, G. T., & Rice, M. E. 2007. Characterizing the Value of Actuarial Violence Risk Assessments. *Criminal Justice and Behavior*, 34(12), 1638–1658. <https://doi.org/10.1177/0093854807307029>
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O’Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., Duda, S. N., & REDCap Consortium. 2019. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of Biomedical Informatics*, 95, 103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
- Healey, L.V., Mullally, K., Mamak, M., Chaimowitz, G.A., Ahmed, A.G. & Seto, M.C. 2020. Short-term clinical risk assessment and management: Comparing the Brockville Risk Checklist and Hamilton Anatomy Risk of Management. *Behavioral Sciences and the Law*, 38(5), 506–521. <https://doi.org/10.1002/bsl.2479>
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. 2015. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>
- Hickey, G., Brearley, S., Coldham, T., Denegri, S., Green, G., Staniszewska, S., Tembo, D., Torok, K. & Turner, K. 2018. Guidance on co-producing a research project. Southampton: INVOLVE. https://www.invo.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Copro_Guidance_Feb19.pdf.
- Hormazábal-Salgado, R., Whitehead, D., Osman, A.D. Hills, D. 2024. Person-Centred Decision-Making in Mental Health: A Scoping Review, *Issues in Mental Health Nursing*, 45:3, 294–310. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2288181>
- Husum, T. L., Siqveland, J., Ruud, T., & Lickiewicz, J. 2023. Systematic literature review of the use of Staff Attitudes to Coercion Scale (SACS). *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1063276. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.3389/fpsyt.2023.1063276>
- Häyrynen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. 2008. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77(5), 291–304. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001>
- Ireland, J., Levtova, Y., Abi Seeman, C-H., Steene, L., Henrich, S., Gaylor, L., Driemel, L., Volz, S., Homann, J., Dickopf, M., Greenwood, L. & Chu, S. 2024. Risk and protective factors in risk assessment: predicting inpatient aggression in adult males detained in a forensic mental health setting. *Aggressive Behavior* 50, 1–9. <https://doi.org/10.1002/ab.22150>
- Iwuchukwu, G., Anttila, M., Lantta, T., Varpula, J., & Ameen, M. 2024. A Mixed-Methods Systematic Review on the Impacts and Implementation of Collaborative Electronic Documentation on Nurse-Patient Relationship. *Computers, Informatics, Nursing*, 10.1097/CIN.0000000000001263.

- Jang, S. J., Son, Y.-J., & Lee, H. 2022. Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 450–468. <https://doi.org/10.1111/inm.12951>
- Jeste, DV., Eglit, GML., Palmer, BW., Martinis, JG., Blanck, P. & Saks, ER. 2018. Supported Decision Making in Serious Mental Illness. *Psychiatry*, 81(1): 28–40. doi:10.1080/00332747.2017.1324697.
- Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Oei, T.I. & Bogaerts, S. 2019. Risk Factors Associated With Inpatient Violence During Medium Security Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(17), 3711–3736. <https://journals.sagepub.com/home/jiv>
- Kernebeck, S., Busse, T. S., Jux, C., Dreier, L. A., Meyer, D., Zenz, D., Zernikow, B., & Ehlers, J. P. 2022. Evaluation of an Electronic Medical Record Module for Nursing Documentation in Paediatric Palliative Care: Involvement of Nurses with a Think-Aloud Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3637. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063637>
- Kersting, X. A. K., Hirsch, S., & Steinert, T. 2019. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 400. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400>
- Kuijpers, E., Nijman, H., Bongers, I. M., Lubberding, M., & Ouwerkerk, M. 2012. Can mobile skin conductance assessments be helpful in signalling imminent inpatient aggression?. *Acta Neuropsychiatrica*, 24(1), 56–59. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/j.1601-5215.2011.00582.x>
- Kyrölä, A., & Järvelin, J. 2022. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2021 (No. 3830). Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/145637>
- Lantta, T., Daffern, M., Kontio, R. & Välimäki, M. 2015. Implementing the dynamic appraisal of situational aggression in mental health units. *Clinical Nurse Specialist*, 29(4), 230–243. doi: 10.1097/NUR.0000000000000140.
- Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C.E. & Välimäki, M. 2016. Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpatients: a feasibility study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 691–701. doi: 10.2147/PPA.S103840.
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., & Kanste, O. 2020. Identifying the Roles of Healthcare Leaders in HIT Implementation: A Scoping Review of the Quantitative and Qualitative Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2865. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.3390/ijerph17082865>
- Le, D., Montgomery, J., Kirkby, K. & Scanlan, J. 2018. Risk prediction using natural language processing of electronic mental health records in an inpatient forensic psychiatry setting. *Journal of Biomedical Informatics*. 86, 49–58.

- Lee, T. K., Välimäki, M., & Lantta, T. 2021. The Knowledge, Practice and Attitudes of Nurses Regarding Physical Restraint: Survey Results from Psychiatric Inpatient Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6747. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.3390/ijerph18136747>
- Lezard, R., & Deave, T. 2021. The factors influencing community nurses' usage of electronic health records: Findings from focus groups. *British Journal of Community Nursing*, 26(12), 604–610. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.12.604>
- Lindroth, T., Isind, A. S., Steineck, G., & Lundin, J. 2018. From Narratives to Numbers: Data Work and Patient-Generated Health Data in Consultations. *Studies in Health Technology and Informatics*, 247, 491–495.
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. 2015. Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(9), 386–392.
- Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. 2010. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing*, 6(1), 15–28. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x>
- Lockertsen, O., Procter, N., Vatnar, S. K. B., Faerden, A., Eriksen, B.M.S., Roaldset, J.O. & Varvin, S. 2018. Screening for risk of violence using service users' self-perceptions: A prospective study from an acute mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1055–1065. doi: 10.1111/inm.12413
- Lushin, V., Matthews, E., Stanhope, V., Rivera, R., Rzewinski, J., Stewart, R., Rees, J., & Marcus. 2022. Feasibility and acceptability of collaborative documentation tool for implementing medication-assisted treatment in substance use disorder counseling. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 23(3). <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1533256X.2022.2040115>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S.J. & McKenna, B. 2019. Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1186–1197. doi: 10.1111/inm.12630.
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S.J., & McKenna, B. 2018. Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact of aggressive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e971–e983. doi: 10.1111/jocn.14107. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29048767.
- Maguire, T., McKenna, B., & Daffern, M. 2021. APP Aggression Prevention Protocol. User Manual. Centre for Forensic Behavioural Science. Swinburne University of Technology.

- Maguire, T., Willetts, G., McKenna, B., Daffern, M., & Garvey, L. 2023. Developing entrust-able professional activities to enhance application of an aggression prevention protocol. *Nurse Education in Practice*, 73, 103827. doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1016/j.nepr.2023.103827.
- Markam, H., Hochheiser, H., Kuntoro, K., & Notobroto, H. B. 2018. Exploring Midwives' Need and Intention to Adopt Electronic Integrated Antenatal Care. *Perspectives in Health Information Management*, 15(Winter), 1e.
- Markham S. 2020. Collaborative risk assessment in secure and forensic mental health settings in the UK. *General Psychiatry* 19;33(5):e100291. doi: 10.1136/gpsych-2020-100291
- Matthews, E. B. 2020. Computer use in mental health treatment: Understanding collaborative documentation and its effect on the therapeutic alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(2), 119–128. <https://doi.org/10.1037/pst0000254r>
- McMath, E., & Harvey, C. 2004. Complex wounds: A partnership approach to patient documentation. *British Journal of Nursing*, 13(11), S12–16. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.Sup2.13234>
- Mebrahtu, TF., Skyrme, S., Randell R., Keenan A-M., Bloor, K., Yang, H., Andre, D., Ledward A., King, H., & Thompson C. 2021. Effects of computerised clinical decision support systems (CDSS) on nursing and allied health professional performance and patient outcomes: a systematic review of experimental and observational studies. *BMJ Open*, 11, e053886. doi:10.1136/bmjopen-2021-053886
- Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. 2006. Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 19–25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00906.x>
- Menger, V., Scheepers, F., & Spruit, M. 2018. Comparing Deep Learning and Classical Machine Learning Approaches for Predicting Inpatient Violence Incidents from Clinical Text. *Applied Sciences.*, 8(6), 981. <https://doi.org/10.3390/app8060981>
- Menger, V., Spruit, M., van Est, R., Nap, E., & Scheepers, F. 2019. Machine learning approach to inpatient violence risk assessment using routinely collected clinical notes in electronic health records. *Jama Network Open*, 2(7), 1–12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6709
- Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. 2018. Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6, 2050312118773261. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1177/2050312118773261>
- Millar, SL., Chambers, M. & Giles, M. 2016. Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19(2), 209–221 doi: 10.1111/hex.12353

- Minghao, P., & Wei, G. 2021. Determinants of the behavioral intention to use a mobile nursing application by nurses in China. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06244-3>
- Misto, K., Padula, C., Bryand, E., & Nadeau, K. 2019. Nurses' Perception of the Impact of Electronic Documentation on the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 163–168. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000339x>
- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. 2021. Adapting interventions to new contexts-the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>
- Morténus, H., Marklund, B., Palm, L., Björkelund, C., & Baigi, A. 2012. Implementation of innovative attitudes and behaviour in primary health care by means of strategic communication: A 7-year follow-up. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 659–665. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01653.x>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R., & Grimmer, K. 2020. The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 110–126. <https://doi.org/10.1111/inm.12654>
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. 2015. Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- NICE. 2021. Shared decision making. NICE guideline [NG197]. Viitattu 5.11.2024. Saatavilla: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/evidence>
- Nordo, A., Eisenstein, E. L., Garza, M., Hammond, W. E., & Zozus, M. N. 2019. Evaluative Outcomes in Direct Extraction and Use of EHR Data in Clinical Trials. *Studies in Health Technology and Informatics*, 257, 333–340.
- Nqwaku, M., Draycott, S., Aldridge-Waddon, L., Bush, E-L., Tsirimokou, A., Jones, D., Puzzo, I. 2018. Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1661–1672.
- O'Cathain, A., Croot, L., Sworn, K., Duncan, E., Rousseau, N., Turner, K., Yardley, L. & Hoddinott, P. 2019. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. *Pilot and Feasibility Studies*, 5, 41. doi: 10.1186/s40814-019-0425-6.
- O'Dowd, R., Cohen, M.H. & Quayle E. 2023. A Systematic Mixed Studies Review and Framework Synthesis of Mental Health Professionals' Experiences of Violence Risk Assessment and Management in Forensic Mental Health Settings. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 23(1), 21-55, doi: 10.1080/24732850.2021.2013364.

Olivares Bøgeskov, B., & Grimshaw-Aagaard, S. 2018. Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 9–19.

O'Rourke, M., Wrigley, C., & Hammond, S. 2018. Violence within mental health services: How to enhance risk management. *Risk Management and Healthcare Policy*, 11, 159–167. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S131834>

Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Välimäki, M. 2017. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 1-14. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph14101245>

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Albert, H., Casey, R., Rivest, M. P., Briand, C., Kasdorf, S., Labonté, L., LeBlanc, S., & O'Rourke, J. J. 2021. The CFIR Card Game: a new approach for working with implementation teams to identify challenges and strategies. *Implementation Science Communications*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00099-1>

Pithara, C., Farr, M., Sullivan, S. A., Edwards, H. B., Hall, W., Gadd, C., Walker, J., Hebden, N., & Horwood, J. 2020. Implementing a Digital Tool to Support Shared Care Planning in Community-Based Mental Health Services: Qualitative Evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), e14868. <https://doi.org/10.2196/14868>

Renwick, L., Lavelle, M., Brennan, G., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Williams, H., Price, O., & Bowers, L. 2016. Physical injury and workplace assault in UK mental health trusts: An analysis of formal reports. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 355–366. <https://doi.org/10.1111/inm.12201>

Roaldset, J. & 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 acute psychiatric unit. *Psychiatry Research*, 178, 153–159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.012>

Rose, D., Richter, L. T., & Kapustin, J. 2014. Patient experiences with electronic medical records: Lessons learned. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(12), 674–680. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12170>

Schwarz, J., Bärkås, A., Blease, C., Collins, L., Häggglund, M., Markham, S., & Hochwarter, S. 2021. Sharing Clinical Notes and Electronic Health Records With People Affected by Mental Health Conditions: Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 8(12), e34170. <https://doi.org/10.2196/34170>

Shachak, A., & Reis, S. 2009. The impact of electronic medical records on patient-doctor communication during consultation: A narrative literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(4), 641–649. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01065.xd>

Sharifian, R., Askarian, F., Nematollahi, M., & Farhadi, P. 2014. Factors Influencing Nurses' Acceptance of Hospital Information Systems in Iran: Application of the Unified

Theory of Acceptance and Use of Technology. *Health Information Management Journal*, 43(3), 23–28. <https://doi.org/10.1177/183335831404300303>

Shea, C. M., Halladay, J. R., Reed, D., & Daaleman, T. P. 2012. Integrating a health-related-quality-of-life module within electronic health records: A comparative case study assessing value added. *BMC Health Services Research*, 12(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-67>

Sheikhtaheri, A., Malekzadeh, S., Hashemi, N.-S., & Hashemi, N. 2020. Effects of Using Hospital Information Systems on Nurses' Individual Performance: A Study on Influential Factors. *Studies in Health Technology and Informatics*, 271, 161–167. <https://doi.org/10.3233/SHTI200092>

Singh, J. 2013. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(1), 8–22. <https://doi.org/10.1002/bsl.2052>

Skeem, J., Manchak, S., Lidz, C. & Mulvey, E. 2013. The utility of patients' self-perceptions of violence risk : consider asking the person who may know best. *Psychiatric Services*, 64(5), 410–415.

Sopromadze, S. & Tsiskaridze, A. 2018. Violent Behavior. *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus Part II*, 46, 106–121. <https://doi.org/10.1159/000475696>

Strudwick, G., & Eyasu, T. 2015. Electronic health record use by nurses in mental health settings: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), 238–241. doi.org/10.1016/j.apnu.2015.03.007

Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. 2014. Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 17(1), 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.xl>

Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G., Hounsgaard, N. 2017. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

Troquete, N., van den Brink, R., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T., Schoevers, N., & Wiersma, D. 2013. Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: clustered randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 365–371. [doi:10.1192/bjp.bp.112.113043](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113043)

Työturvallisuuslaki (738/2002). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

United Nations 2007. From exclusion to equality: Realizing the rights of persons with disabilities: handbook for parliamentarians. Geneva: United Nations. ISBN 978-92-9142-347-7

- Varpula, J., Ameen, M., & Lantta, T. 2024. Attitudes of nurses and nurse managers towards violence risk assessment and management: A cross-sectional study in psychiatric inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(6), 1109–1119. <https://doi.org/10.1111/jpm.13069>
- Vollmer, A. M., Prokosch, H. U., Evans, S., & Kuttler, K. 2016. Evaluation of Acceptance of Nursing Information System in a German and American Hospital. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 118–122.
- Voorberg, W.H., Bekkers V.J.J.M. & Tummers, L.G. 2015. A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333–1357. doi: 10.1080/14719037.2014.930505.
- Vuorinen, M. 2019. Registered Nurses' experiences with, and feelings and attitudes towards, the International Resident Assessment Instrument for Long-Term Care Facilities in New Zealand in 2017. *Journal of Research in Nursing*, 25(2), 141–155. <https://doi.org/10.1177/1744987119890651>
- Välimäki, M., Yang, M., Vahlberg, T., Lantta, T., Pekurinen, V., Anttila, M. & Normand, S-L. 2019. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC Psychiatry*, 19, 230, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2200-x>
- Wang, L., He, L., Tao, Y., Sun, L., Zheng, H., Zheng, Y., Shen, Y., Liu, S., Zhao, Y., & Wang, Y. 2017. Evaluating a Web-Based Coaching Program Using Electronic Health Records for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), e264. <https://doi.org/10.2196/jmir.6743e>
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberg, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. 2021. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PloS One*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- Weltens, I., Drukker, M., Amelsvoort, T. van, & Bak, M. 2023. Staff and ward factors associated with aggression development on an acute closed psychiatric ward: An experience sampling method study. *BMJ Open*, 13(2), e067943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067943>
- Wijkander, M., Farrants, K., & Magnusson Hanson, L. L. 2023. Exposure to work-related violence and/or threats of violence as a predictor of certified sickness absence due to mental disorders: A prospective cohort study of 16,339 Swedish men and women in paid work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(2), 225–236. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01917-w>
- Wolf, A., Franshaw, T., Sarislan, A., Cornish, R., Larsson, H. & Fazel, S. 2018. Prediction of violent crime on discharge from secure psychiatric hospitals: A clinical prediction rule (FoVox). *European Psychiatry*. 27, 88–93.

- Zha, H., Liu, K., Tang, T., Yin, Y.-H., Dou, B., Jiang, L., Yan, H., Tian, X., Wang, R., & Xie, W. 2022. Acceptance of clinical decision support system to prevent venous thromboembolism among nurses: an extension of the UTAUT model. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01958-8>
- Zhou, L. L., Owusu-Marfo, J., Asante Antwi, H., Antwi, M. O., Kachie, A. D. T., & Ampon-Wireko, S. 2019. Assessment of the social influence and facilitating conditions that support nurses' adoption of hospital electronic information management systems (HEIMS) in Ghana using the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) model. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0956-z>
- Zinkler, M. 2019. Supported Decision Making in the Prevention of Compulsory Interventions in Mental Health Care. *Frontiers in Psychiatry*, 10:137. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00137
- Zurynski, Y., Ellis, L. A., Tong, H. L., Laranjo, L., Clay-Williams, R., Testa, L., Meulenbroeks, I., Turton, C., & Sara, G. 2021. Implementation of Electronic Medical Records in Mental Health Settings: Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 8(9), e30564. doi-org.ezproxy.utu.fi/10.2196/30564.

ISSN: 1236-7370
ISBN: 978-952-02-0029-9
Turku 2024