

Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä

Marja Palviainen, TtM, osastonhoitaja, HUS Psykiatria, psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja, marja.palviainen@hus.fi

Päivi Soininen, TtT, ylihoitaja, HUS Psykiatria, psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja, paivi.soininen@hus.fi

Eija Paavilainen, TtT, professori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede, eija.paavilainen@tuni.fi

Anna-Maija Koivisto, FM, yliopisto-opettaja, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, anna-maija.koivisto@tuni.fi

Jari Kylmä, FT, TtL, dosentti, yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede, jari.kylma@tuni.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Palviainen M, Soininen P, Paavilainen E, Koivisto A-M & Kylmä J. 2020. Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä. *Tutkiva Hoitotyö* 18(1), 3–11.

Tiivistelmä

Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sosiaalista ilmapiiriä ja sen kehittymistä HUS Psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineisto kerättiin Suomessa osana "Safewards - kohti turvallisempia ja potilaslähtöisempiä osastoja" -hanketta The Essen Climate Evaluation Schema -mittarilla vuonna 2017. Kohderyhmänä oli kahdeksan osaston henkilökunta ja potilaat (N=335). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tutkimuksen tulokset: Henkilökunta arvioi osastojen terapeuttisuuden korkeammaksi kuin potilaat. Potilaiden yhteisöllisyydestä ja keskinäisestä tuesta henkilökunnalla ja potilailla oli melko samanlaiset näkemykset. Potilaat kokivat osastot turvallisemmaksi kuin henkilökunta. Henkilökunnan kokemus osastojen turvallisuudesta oli matala. Kummankaan ryhmän kokemuksissa ei ollut merkitseviä eroja mittauskertojen välillä.

Päätelmät: Kokonaisuutena arvioiden sosiaalinen ilmapiiri tukee potilaiden kuntoutumista ja turvallisuuden kokemusta psykiatrisilla osastoilla. Muutokset ilmapiiriin liittyvissä kokemuksissa tapahtuvat hitaasti ja siksi Safewards-mallin syventämisen on oltava pitkäjänteistä. Henkilökunnan turvallisuuden kokemuksen lisääminen vaatii toimia ja jatkotutkimusta.

Asiasanat: henkilökunta, ilmapiiri, poikkileikkausaineistoja vertaileva tutkimus, potilaat, psykiatria, turvallisuus

Abstract

The development of the social climate on the wards of the Helsinki University Hospital's Department of Psychiatry Division of Psychosis and Forensic during the implementation of the Safewards model

Marja Palviainen, MNSc, Päivi Soininen, PhD, Eija Paavilainen, PhD, Anna-Maija Koivisto, MSc, Jari Kylmä, PhD

Aim: The purpose of the study was to describe the social climate and its development in the wards of the HUS Psychiatric Psychosis and Forensic Psychiatry during the implementation of the Safewards model.

Data and methods: The research data was collected in Finland as part of the "Safewards - toward safer and patient-oriented departments" project, in accordance with The Essen Climate Evaluation Schema in 2017. The target group were departmental staff and patients (N=335). The data were analyzed by statistical methods.

Results: Staff felt the wards to be more therapeutic than patients. Patients and staff had similar views on community and mutual support among patient. Patients experienced the security of wards higher than staff. The staff experience of departmental security was low. There were no significant differences between the measured experiences of both groups.

Conclusions: Overall, the social climate appears to support the rehabilitation and safety experiences of patients in psychiatric departments. Changes in social climate related experiences are slow and therefore the deepening of the Safewards model must be sustained. However, the findings suggest that increasing the staff security experiences requires action and further study.

Keywords: staff, climate, cross-sectional comparative study, patients, psychiatry, safety

Psykiatrisen laitoshoidon sairaansijoja on vähennetty merkittävästi (THL 2015) ja esimerkiksi HUS:n alueella tavoitteena on 0,4 sairaansijaa 1000 asukasta kohti (HUS 2014). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrä kasvoi 5,4 prosenttia ja hoitajaksojen määrä 4,1 prosenttia vuonna 2017 verrattuna vuoteen 2016. Samanaikaisesti hoitajaksojen kesto lyhentyi. (THL 2018). Tämä tarkoittaa, että sairaaloissa hoidetaan vain vaikeimmin oireilevia potilaita. Psykiatrisen sairaalahoito alkaa usein potilaan tahdosta riippumatta siksi, että potilas on todetun mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa. Tällöin hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta eivätkä muut mielen-terveyspalvelut ole soveltuvia tai riittäviä (Mielenterveyslaki 1990/1116).

Psykooseihin liittyy lisääntynyt väkivallan riski. Psykoosipotilaan aggressiivisuutta lisäävät nuorena alkanut antisosiaalisuus ja väkivalta, päihdeongelmat, itsetuhoisuus, sairaudentunnon puute ja lääkehoidon laiminlyönti. Psykooseihin liittyvää aggressiota hoidetaan tehokkaimmin ennalta ehkäisten ja hoidon perusta on psykoosilääkehoito. Usein väkivaltatilanteiden syntymistä pystytään estämään potilaiden tarkemmalla seurannalla ja ennalta varautumisella. Henkilökunnan esiintyminen auttajana ja provokaation välttäminen ovat uhkatileteissa lääkitystä tärkeämpiä keinoja. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Hyvään hoitoon liittyy potilaan myönteinen kokemus hoidostaan (HUS 2012, Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015). Tämä edellyttää kunnioittavaa ja inhimillistä kohtelua ja asiakaslähtöistä toimintatapaa (HUS 2012-2016). Mahdollisimman vähäinen konfliktien määrä, vähäinen pakon käyttäminen sekä potilaan kokemus osallisuudestaan hoitoonsa edesauttavat turvallisen ympäristön ylläpitämistä ja positiivisen hoitokokemuksen muodostumista. Psykiatrisen osaston ilmapiiri ja Safewards-malli hoitotyön työvälineenä ovat tässä merkittäviä.

Safewards on tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva Englannissa kehitetty toimintamalli, jonka

tarkoituksena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia vähentämällä konflikteja ja niiden rauhoittamiseksi käytettäviä pakkokeinoja (Bowers ym. 2014, Makkonen ym. 2016). Safewards-mallin systemaattisen toteuttamisen on todettu vähentävän konflikteja, lisäävän yhteisöllisyyden kokemusta sekä parantavan potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja sen laatua (Maguire ym. 2018). Sosiaalisen ilmapiirin, ilmapiirin ja osastoilmapiirin käsitteillä tarkoitetaan tässä artikkelissa nimenomaan ilmapiirin sosiaalista ulottuvuutta, joka sisältää terapeuttisuuden, potilaiden yhteisöllisyyden ja koetun turvallisuuden elementit.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Systemaattinen tiedonhaku toteutettiin kolmeen kansainväliseen tietokantaan (Medline, CINAHL, PsycInfo). Keskeisten käsitteiden valinnassa hyödynnettiin EssenCES-mittarin osa-alueittaista rakennetta. Hakusanoina käytettiin psykiatriseen kontekstiin, sosiaaliseen ilmapiiriin, terapeuttiseen tukeen, potilaiden yhteisöllisyyteen ja keskinäiseen tukeen ja koettuun turvallisuuteen liittyviä hakutermejä. Tutkimusartikkelien tuli olla vertaisarvioituja, aikaisintaan vuonna 1997 julkaistuja, suomen- tai englanninkielisiä ja potilaan tai henkilökunnan näkökulmaa kuvaavia. Tutkimusten tuli kohdistua täysi-ikäisiin ja koko tekstin tuli olla saatavilla. Mukaan otettiin 41 tutkimusartikkelia, joista osa oli laadullisia ja osa määrällisiä tutkimuksia.

Sosiaalinen ilmapiiri psykiatrisella osastolla

Sosiaalinen ilmapiiri on keskeinen hoitoon liittyvä tekijä psykiatrisessa osastohoidossa (Moos 1973, Tonkin 2016a, de Vries ym. 2016). Ilmapiiri voidaan nähdä monitekijäisenä rakennelmana, joka käsittää fyysiset, sosiaaliset ja emotionaaliset tekijät ja näiden tekijöiden välisen vuorovaikutuksen (Schalast 2016, Tonkin 2016a, de Vries ym. 2016).

Positiivisen ilmapiirin on todettu olevan yhteydessä potilaiden parempaan hoitomotivaatioon, terapeuttisen allianssin syntymiseen, parempiin hoidon tuloksiin (Johansson & Eklund 2004, Long ym. 2011, Rossberg ym. 2008) sekä potilaiden korkeampaan tyytyväi-

syyteen hoitoonsa (Eklund & Hansson 2001, Rossberg ym. 2008).

Positiivinen ilmapiiri on keskeinen tekijä henkilökunnan työtyytyväisyyden, työhyvinvoinnin ja turvallisuuden kokemuksen kannalta (Rossberg ym. 2008, Bressington ym. 2011, Tonkin 2016a). Negatiivinen ilmapiiri on yhteydessä suurempaan aggression esiintymistiheyteen sekä useammin toistuviin eristystapah-tumiin (Long ym. 2011, Tonkin 2016a).

Osastoilmapiiri on potilaan näkökulmasta useiden tutkimusten mukaan suhteellisen vakaa riippumatta potilaiden iästä, sukupuolesta tai diagnoosista. Potilaan itsekontrollin taso, paranoidiset oireet, psykopatiapiirteet, sosiaalinen kompetenssi ja toimintakyky voivat vaikuttaa hänen kokemukseensa ilmapiiristä. (Middelboe ym. 2001, de Vries ym. 2016). Muutoksia kokemuksiin voi aiheuttaa osaston muuttunut tilanne (Gjerden & Moen 2001) tai struktuuri (Gebhardt & Steinert 1999, Rigby ym. 2001).

Terapeuttisuus

Terapeuttinen suhde on yksi tärkeimmistä tekijöistä mielenterveyspotilaiden hoidossa (Roche ym. 2014). Potilaan kokemus terapeuttisesta suhteesta on yhteydessä hyvän hoitosuhteen muodostumiseen (Johansson & Eklund 2004), potilaan motivaatioon (Eklund & Hansson 2001), hoitoon sitoutumiseen (Roche ym. 2014), parempiin hoitotuloksiin (Eklund & Hansson 2001, Johansson & Eklund 2004) ja potilaan suurempaan tyytyväisyyteen hoitoonsa (Bressington ym. 2011, Roche ym. 2014).

Terapeuttisen tuen kokemuksen syntymisessä potilaan ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen laatu on tärkeä. Kokemukset syntyvät esimerkiksi siitä, että hoitajat osoittavat empatiaa (Long ym. 2011) ja kiinnostuneisuutta potilaan voinnista (Thibeault ym. 2010, Stenhouse 2011). Kokemus kunnioitukseksi ja aidosti kohdatuksi tulemisesta ovat terapeuttisen tuen kokemisen näkökulmasta olennaisia (Thibeault ym. 2010, Long ym. 2011).

Terapeuttisen tuen puutteen kokemukset voivat syntyä tunteesta, että hoitajat eivät ole kiinnostuneita tai ovat kiireisiä (Thibeault ym. 2010, Kontio ym. 2013), potilaan halusta tulla toimeen itsenäisesti tai sairauden aiheuttamasta

itseluottamuksen heikentymisestä (Stenhouse 2011). Terapeuttinen suhde koetaan oman historian näkökulmasta, jolloin vähäistä tukea elämänsä aikana kokenut potilas voi arvioida vähäisenkin terapeuttisen tuen suhteellisen korkeaksi (de Vries ym. 2016).

Potilaiden yhteisöllisyys ja keskinäinen tuki

Potilaiden rohkaiseminen yhteisöllisiin toimintoihin voi parantaa hoidon tuloksellisuutta. Keskinäinen tuki on tärkeä hoitotulokseen vaikuttava tekijä. (Johansson & Eklund 2004, Livingston ym. 2013). Keskinäisen tuen muodostuminen on pääsääntöisesti positiivista, mutta emotionaalista kuormitusta voi aiheutua toisten potilaiden ongelmien kantamisesta tai kun läheiseksi käynyt potilastoveri kotiutuu tai kuolee (Stenhouse 2011, Kontio ym. 2013).

Koettu turvallisuus

Terapeuttisen ilmapiirin yksi tekijä on turvalliseksi koettu ympäristö, jollaiseksi koetaan esimerkiksi rauhallinen osasto, jossa on selkeästi määritellyt yhteiset säännöt, hyvä järjestelmä yllättävien tapahtumien varalta ja painotus aggressiivisten tilanteiden ennaltaehkäisyssä (Long ym. 2011). Luottamuksellinen suhde henkilökuntaan, yksikön tuttuus, miellyttävä ympäristö ja positiiviset kokemuksen muiden potilaiden kanssa tukevat kokemusta osaston turvallisuudesta (Stenhouse 2013). Turvattomuutta voivat aiheuttaa potilastovereiden vieraus ja käsitykset toisten potilaiden ennakoimattomasta tai aggressiivisesta käyttäytymisestä (Kontio ym. 2013, Stenhouse 2013). Toisaalta pelon ja epävarmuuden kokemukset voivat olla yhtenä syynä aggressiiviseen käyttäytymiseen (Kontio ym. 2013).

Turvallisuuden ylläpitämisen odotukset kohdistuvat henkilökuntaan. Potilaat arvioivat henkilökunnan kykyä ylläpitää turvallisuutta osastolla muun muassa sen perusteella, miten aktiivisesti ja minkälaisin interventioihin aggressiiviseen käyttäytymiseen reagoidaan. (Stenhouse 2013). Henkilökunnan olisi samanaikaisesti löydettävä tasapaino turvallisuuden ja turvatoimien välillä yksilön oikeuksia ja valinnan vapautta kunnioittavalla tavalla (Cowman & Bowers 2008).

Mitä tutkimusaiheesta jo aikaisemmin tiedetään?

- Ilmapiiri on keskeinen hoitoon liittyvä tekijä psykiatrisessa osastohoidossa ja sen merkitys on tunnustettu jo vuosikymmenten ajan.
- Psykiatrisen osaston positiivisella sosiaalisella ilmapiirillä on yhteys potilaiden parempaan hoitoon sitoutumiseen, hoitomotivaatioon, parempiin hoitotuloksiin ja potilaiden korkeampaan tyytyväisyyteen hoitoonsa ja hoidon laatuun sekä henkilökunnan työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin.
- Potilaat ja henkilökunta kokevat psykiatrisen osaston ilmapiirin erilaisena.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuottaa?

- Henkilökunnan kokemus suljettujen psykiatristen osastojen turvallisuudesta on huolestuttavan matala. Henkilökunta kykenee turvattomuuden kokemuksestaan huolimatta ylläpitämään potilaiden kokemusta osastosta turvallisena paikkana.
- Potilaiden ja henkilökunnan kokemukset ilmapiirin terapeuttisuudesta, potilaiden yhteisöllisyydestä ja keskinäisestä tuesta sekä turvallisuudesta ovat suhteellisen vakaita. Näihin teemoihin kohdennettujen interventioiden toteuttaminen vaatii jatkuvaa kehittämistä ja vaikutusten arviointia pitkällä aikavälillä.

Miten tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännön ja koulutuksen kehittämisessä?

- Potilaan hoitokokemusta, hoidon laatua ja hoitotulosta voidaan parantaa kohdentamalla hoitotyön interventioita ilmapiirin monitoroinnin tuottaman tiedon avulla.
- Henkilökunnan työturvallisuuden ja -hyvinvoinnin lisääminen vaativat toimia käytännön tasolla, yhteiskunnallisessa keskustelussa ja päätöksenteossa. Tutkimusnäyttö psykiatristen osastojen todellisuudesta antaa perusteen tälle työlle.
- Tulokset nostavat esille kysymyksiä palvelujärjestelmän haasteista kuten avohoidon riittävästä kehittymisestä ja sairaalapaikkojen voimakkaan vähentämisen tarkoituksenmukaisuudesta ja vaikutuksesta.
- Psykiatriin sairaaloihin keskittyä erityisen haastavasti oireilevia potilaita. On turvattava hoitajien mahdollisuus hoitotyöhön ilman että heistä tulee vartijoita. Osastojen fyysisten rakenteiden ja henkilökuntamäärien tulisi olla tämän potilasryhmän hoitoon oikein mitoitettut.

Henkilökunnan kokemaan turvallisuuteen väkivaltaan ja väkivallan uhkaan liittyen vaikuttavat kollegoiden tietotaito, tiimityön strategiat, henkilöstön profiili ja resurssit, kokemus, aggressionhallintakoulutus ja luottamus siihen, että väkivaltaiset tilanteet kyetään hallitsemaan (Martin & Daffern 2006, Lepping ym. 2009).

Safewards-toimintamalli

Safewards-mallissa on määritelty keskeiset tekijät, jotka voivat toimia lau-

kaisevina tekijöinä potilaiden aggressiivisuudelle ja vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön psykiatrisessa osastohoidossa: potilaiden muodostama yhteisö, potilaiden erityispiirteet ja tausta, osaston säännöt ja rajoitukset sekä niiden ilmaiseminen, henkilökunta ja sen toiminta, osaston fyysinen ympäristö ja sairaalan ulkopuolinen ympäristö. Safewards-mallin tarkoituksena on estää laukaisevia tekijöitä ja siten ehkäistä konfliktien syntymistä. (Makkonen ym. 2016, Safewards 2016).

Taulukko 1. Safewards-mallin interventiot ja interventioiden kuvaus.

Interventio	Intervention kuvaus
Yhteiset odotukset	Potilaat ja henkilökunta yhdessä määrittelevät ja kirjaavat odotukset siitä, miten osastolla toimitaan ja käyttäytyään.
Ystävälliset sanat	Potilaista puhutaan kunnioittavasti ja ystävällisesti myös haastavissa tilanteissa.
Puheella rauhoittaminen	Henkilökunnan de-eskalaatiotaitojen vahvistaminen ja käyttäminen opeteltujen sääntöjen mukaisesti.
Positiiviset sanat	Tunnistetaan ja jaetaan potilaiden positiivisia ominaisuuksia, voimavaroja ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu optimisismi, kunnioitus ja toivo.
Huonojen uutisten kertominen	Opetellaan kertomaan potilaalle huonot uutiset siten, että hän voi varautua niihin etukäteen ja saa tukea kuultuaan ikäviä uutisia.
Tullaan tutuiksi	Osastolla on kaikkien nähtävissä kansio tai taulu, jossa esitellään työntekijät ja potilaat.
Avun antaminen	Potilaat tekevät pieniä asioita auttaakseen ja tukeakseen toisiaan.
Rauhoittumiskeinot	Osastolle on hankittu esineitä tai ohjeita levottoman olon hallitsemiseksi ja ahdistuksen tai aggressiivisten ajatusten lievittämiseksi.
Turvallisuuden palauttaminen	Henkilökunnan tietoisuuden lisääminen aggressiota, levottomuutta, pelkoa tai ahdistusta aiheuttavista tapahtumista osastolla. Toimintasuunnitelma tällaisten tilanteiden aikana turvallisuuden palauttamiseksi.
Kotiutusviestit	Kotiutuvat potilaat jättävät rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestejä osastolle jääville potilaille nähtäväksi. Voidaan toteuttaa esim. "Toivon puuna".

Safeward-mallia toteuttaneilla osastoilla konfliktien ja pakkokeinojen käytön määrän on todettu vähentyneen (Bowers ym. 2015). Safewards-malli käsittää kymmenen systemaattisesti toteutettavaa interventiota, jotka esitetään lyhyesti kuvattuina taulukossa 1 (Kontio 2015, Safewards 2016).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatristen osastojen ilmapiiriä ja sen kehittymistä Safewards-mallin implementoinnin edessä HUS Psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla. Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää psykiatristen hoito- ja työpaikkojen turvallisuutta lisäävien toimenpiteiden tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen sekä Safewards-mallin toimivuuden tarkastelemiseen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisena potilaat ja henkilökunta kokevat osastojensa ilmapiirin terapeuttisuuden ja minkälaisia muutoksia näissä kokemuksissa mahdollisesti tapahtuu Safewards-mallin implementoinnin edessä?
2. Minkälaisena potilaat ja henkilökunta kokevat potilaiden yhteisöllisyyden ja keskinäisen tuen osastoillaan ja minkälaisia muutoksia näissä koke-

muksissa mahdollisesti tapahtuu Safewards-mallin implementoinnin edessä?

3. Minkälaisena potilaat ja henkilökunta kokevat turvallisuuden osastoillaan ja minkälaisia muutoksia turvallisuuden kokemuksissa mahdollisesti tapahtuu Safewards-mallin implementoinnin edessä?

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tämän tutkimuksen aineistona käytetään kahta erillistä puolen vuoden välein kerättyä poikkileikkausaineistoa.

Tutkimuksen osallistujat

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat HUS Psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan kahdeksan aikuispotilaiden vuodeosaston (N=8) potilaat ja henkilökunta. Osastot ovat suljettuja osastoja ja sijaitsevat kolmessa pääkaupunkiseudun sairaalassa. Osastojen profiilit vaihtelevat akuutista hoito-osastosta kuntouttavaan osastoon, joista osa hoitaa koko sairaanhoitoalueen tehostettua hoitoa vaativia psykoosipotilaita. Osastoilla on yhteensä 141 sairaansijaa. Safewards-mallin implementointi osastoilla on aloitettu vaiheittain vuosina 2015–2016 kaikkien interventioiden osalta.

Aineistonkeruu ja mittari

Aineisto kerättiin paperisella kyselylomakkeella kahtena eri mittauskertana (maaliskuussa 2017 ja syyskuussa 2017) artikkelin kahden ensimmäisen kirjoittajan toimesta. Tutkimuksen otoksen muodostivat kyselypäivinä työssä olleet suostumuksensa antaneet henkilökunnan jäsenet ja osastoilla hoidossa olleet, psyykkiseltä voinniltaan vastaamaan kyenneet ja suostumuksensa antaneet potilaat. Vastaajia ei identifioitu kyselypäivinä, joten mittauskerroilla muodostui kaksi riippumatonta otosta, joissa saattoi olla osittain samoja vastaajia. EssenCES-mittarin väittämien lisäksi kerättiin kyselylomakkeet väreillä koodaamalla taustatietoina, onko vastaaja potilas vai henkilökunnan jäsen ja vastaajan osasto. Hoitajat arvioivat potilaan voinnin kyselypäivänä ja informoivat potilasta tutkimuksesta ohjeiden mukaan suullisesti ja kirjallisesti. Potilaat palauttivat kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoreissa hoitajille.

EssenCES-mittari on kehitetty Moosin kehittämän Ward Atmosphere Scale (WAS) -mittarin pohjalta (Schalast 2016). EssenCES-mittaria käytetään erityisesti oikeuspsykiatrisilla osastoilla, mutta myös tehostetun psykiatrisen hoidon osastoilla. Mittarissa on 17 viisiportaista Likert -asteikollista väittämää, joista ensimmäinen on kyselyn aloittava

ja viimeinen kyselyn päättävä väittämä. Ensimmäistä ja viimeistä väittämää ei pisteytetä. 15 muuta väittämää jakautuu kolmeen sosiaalisen ilmapiirin piirteeseen. (Schalast ym. 2008, Schalast 2016, Tonkin 2016a). Vastausvaihtoehtoina väittämiin ovat ei ollenkaan, vain vähän, jonkin verran, melko paljon tai erittäin paljon samaa mieltä. EssenCES-mittarin sisäinen konsistenssi on hyvä: Cronbachin alphas-kertoimet osa-alueittain ovat keskimäärin .81 (terapeuttisuus), .82 (potilaiden yhteisöllisyys ja keskinäinen tuki) ja .77 (koettu turvallisuus). Aiemmat tutkimukset tukevat myös mittarin kolmifaktorista rakennetta. (Tonkin 2016a.)

Aineiston analyysi

Aineisto (N=335) analysoitiin tilastollisin menetelmin. Mittarin väittämät ovat viisiportaisia järjestysasteikollisia muuttujia ja taustatietomuuttujat luokittelevia muuttujia. Jokaiselle väittämälle annettiin vastauksen perusteella arvo asteikolla 0–4 (0=eivät ollenkaan samaa mieltä, 4=erittäin paljon samaa mieltä). Jokainen pisteytettävä väittämä liittyy yhteen mittarin kolmesta osa-asteikosta, joten yhdessä osa-asteikossa on viisi väittämää, joista muodostettiin summamuuttuja. Seitsemän väittämän (3, 6, 8, 9, 12, 13, 15) asteikko käännettiin muiden väittämien kanssa samansuuntaiseksi osa-alueiden kokonaispisteiden ja summamuuttujien laskemista varten. Kullekin summamuuttujalle laskettiin relevanttien vastausten perusteella arvo, joka on välillä 0–20. Korkea arvo ilmai-

see positiivista ja matala arvo negatiivista ilmapiiriä. (Tonkin 2016b.) Aineisto käsiteltiin kuvailemalla muuttujia (Heikkilä 2014, 142) ja analysoimalla muuttujien välisiä yhteyksiä. Summamuuttujia kuvailtiin keski- ja hajontaluvuin ja yksittäisiä väittämiä frekvenssein ja prosenttein. Tuloksissa prosentit on pyöristetty yhden desimaalin tarkkuudella.

Potilaiden ja henkilökunnan sekä eri mittauskertojen tuottamista aineistoista rakennettuja summamuuttujia vertailtiin toisiinsa muuttujien mittaustason ja jakauman muodon perusteella valittujen tilastollisten testien avulla (Heikkilä 2014, 183). Tässä aineistossa kyseessä on kahden toisistaan riippumattoman ryhmän vertailu, joten tilastollisena testinä käytettiin t-testiä tai Mann-Whitney U -testiä.

Henkilökunnan ja potilaiden vastauksia vertailtiin toisiinsa tutkimuksen molemmilla mittauskerroilla yksittäisten väittämien osalta ristiintaulukoimalla ja χ^2 -riippumattomuustestillä selvitettiin ovatko erot henkilökunnan ja potilaiden näkemyksissä tilastollisesti merkitseviä (Heikkilä 2014, 212). Viisiportaiset selitettävät muuttujat (väittämät) luokiteltiin uudelleen selkeyden ja paikoitellen liian pienten frekvenssien vuoksi kolmeluokkaiseksi. Uudelleen luokittelulla kyettiin säilyttämään teoreettinen mielekkäisyys ja saatiin χ^2 -riippumattomuustestin käytön edellytykset voimaan lähes koko aineiston osalta (Heikkilä 2014, 213), paitsi väittämässä numero seitsemän ("Henkilökunta on aidosti kiinnostunut potilaiden kuntoutumisesta.") henkilökunnan vastausten osalta. Väittämän numero

seitsemän osalta käytettiin tilastollisena testinä Fisherin eksaktia testiä, joka ei edellytä oletuksia odotetuista frekvensseistä kuten χ^2 -riippumattomuustesti (Metsämuuronen 2009, 362). Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < 0.05$. Väittämien 3, 6, 8, 9, 12, 13 ja 15 asteikko käännettiin summamuuttujien rakentamista varten, mutta jakaumien kuvaaminen ristiintaulukoimalla avulla tehtiin alkuperäisillä vastauksilla väittämiin.

TULOKSET

Ensimmäisellä mittauskerralla kyselyyn vastasi yhteensä 166 henkilöä, joista henkilökunnan jäseniä oli 110 ja potilaita 56. Henkilökunnasta vastaajia oli 73.8 prosenttia osastojen yhteenlasketusta tavanomaisesta vuorokauden henkilöstövahvuudesta ja potilaita vastaajia oli 39.7 prosenttia osastojen yhteenlasketusta sairaansijojen määrästä. Toisella mittauskerralla vastaajia oli yhteensä 169, joista henkilökuntaa 111 ja potilaita 58. Vastausprosentit olivat henkilökunnan osalta 74.5 ja potilaiden osalta 41.1.

Ilmapiirin terapeuttisuus osastoilla

Ensimmäisellä mittauskerralla henkilökunta arvioi terapeuttisen tuen tilastollisesti merkitsevästi korkeammaksi kuin potilaat ($p < 0.001$). Mittauskertojen välillä terapeuttisen tuen summamuuttujassa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa henkilökunnan ($p = 0.264$) eikä potilaiden ($p = 0.531$) näkemyksissä. Henkilökunnan ja potilaiden näkemykset erosivat toisella mittauskerralla edelleen

Taulukko 2. Henkilökunnan ja potilaiden kokemus osastojen terapeuttisesta tuesta, potilaiden yhteisöllisyydestä ja keskinäisestä tuesta ja koetusta turvallisuudesta kahdella eri mittauskerralla. Asteikko 0–20. Mitä korkeampi arvo, sitä positiivisempi näkemys ilmapiirin osa-alueesta.

	1. mittauskerta				2. mittauskerta			
	n	ka (kh)	Md (Q ₁ /Q ₃)	p	n	ka (kh)	Md (Q ₁ /Q ₃)	p
Terapeuttinen tuki				<0.001²				<0.001²
henkilökunta	108	15.1 (2.9)	16 (13/17)		109	15.2 (2.3)	16 (13.5/18)	
potilaat	54	11.9 (4.1)	12 (9/15)		55	12.2 (4.3)	12 (9/16)	
Potilaiden yhteisöllisyys ja keskinäinen tuki				0.113 ¹				0.267 ¹
henkilökunta	108	9.4 (3.2)	9 (7/12)		109	9.2 (3.7)	10 (7/12)	
potilaat	54	10.3 (3.4)	10 (8/13)		55	9.9 (3.7)	10 (8/12)	
Koettu turvallisuus				<0.001²				<0.001²
henkilökunta	108	6.6 (4)	6 (4/8)		109	6.5 (4.4)	6 (3/9)	
potilaat	54	11.9 (5.2)	12.3 (8/15.3)		55	11.6 (5)	12 (7/16)	

¹ = t-testi kun muuttujan jakauma on normaali,

² = Mann-Whitneyn U-testi, kun muuttujan jakauma on vino.

Taulukko 3. Henkilökunnan ja potilaiden vastausten jakaumat terapeuttiseen tukeen, yhteisöllisyyteen ja keskinäiseen tukeen sekä koettuun turvallisuuteen liittyvissä väittämässä kahdella eri mittauskerralla.

Väittämä	1. mittauskerta			p*	2. mittauskerta			p
	Ei samaa mieltä % (n)	Jnkv samaa mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)		Ei samaa mieltä % (n)	Jnkv samaa mieltä % (n)	Samaa mieltä % (n)	
Terapeuttinen tuki								
4. Osastolla potilaat voivat puhua avoimesti henkilökunnalle kaikista ongelmistaan.				0.002				0.352
henkilökunta	6.4 (7)	20.2 (22)	73.4 (80)		9 (10)	18 (20)	73 (81)	
potilaat	25.5 (14)	21.8 (12)	52.7 (29)		16.1 (9)	19.6 (11)	64.3 (36)	
7. Henkilökunta on aidosti kiinnostunut potilaiden kuntoutumisesta.				< 0.001¹				< 0.001¹
henkilökunta	0 (0)	9.3 (10)	90.7 (98)		2.7 (3)	6.3 (7)	91 (101)	
potilaat	14.3 (8)	30.4 (17)	55.4 (31)		21.8 (12)	21.8 (12)	56.4 (31)	
10. Henkilökunta käyttää paljon aikaa kanssakäymiseen potilaiden kanssa.				0.001				0.001
henkilökunta	10.9 (12)	21.8 (24)	67.3 (74)		10.8 (12)	18 (20)	71.2 (79)	
potilaat	33.9 (19)	23.2 (13)	42.9 (24)		32.1 (18)	21.4 (12)	46.4 (26)	
13. Henkilökunta suhtautuu usein välinpitämättömästi potilaiden onnistumisiin tai epäonnistumisiin.				< 0.001				0.003
henkilökunta	83.6 (92)	9.1 (10)	7.3 (8)		84.5 (93)	10 (11)	5.5 (6)	
potilaat	54.5 (30)	29.1 (16)	16.4 (9)		64.9 (37)	12.3 (7)	22.8 (13)	
16. Henkilökunta tuntee potilaat ja heidän elämäntarinansa erittäin hyvin.				< 0.001				< 0.001
henkilökunta	3.6 (4)	20.9 (23)	75.5 (83)		7.3 (8)	10.9 (12)	81.8 (90)	
potilaat	34.5 (19)	29.1 (16)	36.4 (20)		36.8 (21)	21.1 (12)	42.1 (24)	
Potilaiden yhteisöllisyys ja keskinäinen tuki								
2. Potilaat välittävät toisistaan.				0.286				0.212
henkilökunta	19.1 (21)	49.1 (54)	31.8 (35)		26.4 (29)	37.3 (41)	36.4 (40)	
potilaat	21.8 (12)	36.4 (20)	41.8 (23)		32.7 (18)	23.6 (13)	43.6 (24)	
5. Heikoimmatkin potilaat saavat tukea potilastovereiltaan.				0.431				0.032
henkilökunta	39.1 (43)	33.6 (37)	27.3 (30)		42.7 (47)	35.5 (39)	21.8 (24)	
potilaat	30.9 (17)	32.7 (18)	36.4 (20)		30.4 (17)	28.6 (16)	41.1 (23)	
8. Useimmat potilaat eivät välitä muiden potilaiden ongelmista.				0.246				0.769
henkilökunta	21.8 (24)	27.3 (30)	50.9 (56)		13.6 (15)	36.4 (40)	50 (55)	
potilaat	27.8 (15)	35.2 (19)	37.0 (20)		17.9 (10)	33.9 (19)	48.2 (27)	
11. Potilas, jolla on tärkeä huoli, saa tukea toisilta potilailta.				0.007				0.208
henkilökunta	34.5 (38)	45.5 (50)	20.0 (22)		34.9 (38)	40.4 (44)	24.8 (27)	
potilaat	26.8 (15)	30.4 (17)	42.9 (24)		32.1 (18)	30.4 (17)	37.5 (21)	
14. Potilaiden keskuudessa on hyvä vertaistuki.				0.023				0.059
henkilökunta	21.8 (24)	57.3 (63)	20.9 (23)		24.8 (27)	46.8 (51)	28.4 (31)	
potilaat	32.7 (18)	34.5 (19)	32.7 (18)		36.8 (21)	28.1 (16)	35.1 (20)	
Koettu turvallisuus								
3. Osastolla voi esiintyä todella uhkaavia tilanteita.				< 0.001				< 0.001
henkilökunta	11.1 (12)	9.3 (10)	79.6 (86)		11.8 (13)	11.8 (13)	76.4 (84)	
potilaat	48.1 (25)	25.0 (13)	26.9 (14)		49.1 (26)	18.9 (10)	32.1 (17)	
6. Osastolla on joitakin todella aggressiivisia potilaita.				< 0.001				0.001
henkilökunta	22.7 (25)	22.7 (25)	54.5 (60)		28.2 (31)	10 (11)	61.8 (68)	
potilaat	56.4 (31)	14.5 (8)	29.1 (16)		54.4 (31)	14 (8)	31.6 (18)	
9. Jotkut potilaat pelkäävät muita potilaita.				< 0.001				< 0.001
henkilökunta	6.4 (7)	13.6 (15)	80.0 (88)		10 (11)	15.5 (17)	74.5 (82)	
potilaat	48.2 (27)	16.1 (9)	35.7 (20)		43.9 (25)	21.1 (12)	35.1 (20)	
12. Työntekijät pelkäävät toisinaan joitakin potilaita.				< 0.001				0.001
henkilökunta	24.5 (27)	22.7 (25)	52.7 (58)		31.5 (35)	20.7 (23)	47.7 (53)	
potilaat	61.1 (33)	20.4 (11)	18.5 (10)		60.7 (34)	17.9 (10)	21.4 (12)	
15. Jotkut potilaat ovat niin kiivaita, että heidän kanssaan ollaan hyvin varovaisia.				< 0.001				< 0.001
henkilökunta	23.1 (25)	18.5 (20)	58.3 (63)		18.9 (21)	19.8 (22)	61.3 (68)	
potilaat	47.3 (26)	23.6 (13)	29.1 (16)		48.2 (27)	19.6 (11)	32.1 (18)	

* P-arvo kohdistuu henkilökunnan ja potilaiden välisten näkemysten eroihin. Tilastollisena testinä käytetty χ^2 -riippumattomuustestiä, lukuun ottamatta väittämää numero seitsemän, jonka osalta käytetty (1) Fisherin eksaktia testiä.

toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0.001$). (Taulukko 2.)

Potilaiden yhteisöllisyys ja keskinäinen tuki osastoilla

Kummallakin mittauskerralla potilaat arvioivat potilaiden yhteisöllisyyden ja keskinäisen tuen korkeammaksi kuin henkilökunta. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä ensimmäisellä ($p = 0.113$) eikä toisella ($p = 0.267$) mittauskerralla. Henkilökunnan näkemyksissä potilaiden yhteisöllisyydestä ja keskinäisestä tuesta ei ollut eroa verrattuna ensimmäiseen mittauskertaan ($p = 0.658$). Myöskään potilaiden näkemyksissä ei ollut merkitsevää eroa ensimmäisen ja toisen mittauskerran välillä ($p = 0.551$). (Taulukko 2.)

Turvallisuuden kokemus osastoilla

Henkilökunta koki ensimmäisellä mittauskerralla turvallisuuden matalaksi. Henkilökunnan kokemus turvallisuudesta oli tilastollisesti merkitsevästi heikompi kuin potilaiden kokemus turvallisuudesta ($p < 0.001$). Mittauskertojen välillä ei havaittu muutosta koetun turvallisuuden summamuuttujassa henkilökunnan ($p = 0.746$) eikä potilaiden ($p = 0.871$) näkemyksissä ja toisella mittauskerralla ero ryhmien välillä oli edelleen merkitsevä ($p < 0.001$). (Taulukko 2.) Henkilökunnan ja potilaiden näkemykset erosivat molemmilla mittauskerroilla toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p -arvot välillä < 0.001 – 0.001) myös jokaisen yksittäisen muuttujan osalta. (Taulukko 3.)

POHDINTA

Tulosten tarkastelu

Tuloksia tarkastellaan arvioimalla Safewards-mallin mahdollista yhteyttä osastoilmapiirin kehittämiseen ja hyödyntämällä EssenCES-mittarin normatiivista dataa (Tonkin ym. 2016a), joka on tuotettu henkilökunnan ja potilaiden arvioille ilmapiirin osa-alueista Englannissa oikeuspsykiatristen sairaaloiden 33 osastolla (Tonkin ym. 2016a). Vertaillaessa on huomioitava erot hoitoympäristöjen kulttuurisissa tekijöissä, toimintatavoissa ja käytännöt tahdonvastaisissa toimissa sekä se, että tämän tutkimuksen aineisto kerättiin suureksi osaksi muilta kuin oikeuspsykiatrisilta osastoilta.

Potilaiden arvio ilmapiirin terapeutista tuesta sijoittui jonkin verran keskimääräistä alhaisemmaksi ensimmäisellä ja nousi keskimääräiselle tasolle toisella mittauskerralla normatiiviseen dataan (Tonkin ym. 2016a) verrattuna. Kehityksen taustalla voi olla yhteys Safewards-mallin vuorovaikutuksellisuutta korostavien interventioiden syventymiseen. Tätä voidaan pitää hyvänä tuloksena, sillä vastoin tahtoaan hoitoon saapuneiden, psykoosia sairastavien ja vähäisen sairautunteen omaavien potilaiden tiedetään kokevan todennäköisemmin matalampaa terapeutin tuen tasoa kuin myönteisemmin hoitoon saapumiseen suhtautuvien ja sairautunetta tuntevien potilaiden (Roche ym. 2014). Henkilökunnan arvio ilmapiirin terapeutista tuesta oli jonkin verran keskimääräistä matalammalla tasolla (normatiivinen data, Tonkin ym. 2016a) molemmilla mittauskerroilla. Aiempien tutkimusten (Ching ym. 2010, Long ym. 2011, de Vries ym. 2016) kanssa samansuuntaisesti havaittiin, että henkilökunta arvioi molemmilla mittauskerroilla terapeutin tuen merkitsevästi korkeammaksi kuin potilaat.

Potilaiden ja henkilökunnan ryhmissä näkemykset potilaiden yhteisöllisyydestä ja keskinäisestä tuesta muuttuivat mittauskertojen välillä negatiivisemmiksi ja vertautuivat molemmilla mittauskerroilla jonkin verran keskimääräistä korkeammalle tasolle oikeuspsykiatrian kontekstissa tuotettuun dataan (Tonkin ym. 2016a) nähden. Negatiivisella kehityksellä voi olla yhteys sairaansijojen vähentämiseen ja siihen, että tämän myötä osastoilla hoidetaan vain vaikeimmin oireilevat potilaat. On mahdollista, että avun antamisen ja kotiutusviestien interventiot olisivat edellyttäneet enemmän henkilökunnan ohjausta ja strukturoidumpaa tukea potilaiden ollessa vaikeasti oireilevia.

Henkilökunnan kokemus erittäin matalasta ja normatiiviseen dataan verrattuna selvästi alle keskitason jäävästä (Tonkin ym. 2016a) osastojen turvallisuudesta on tutkimuksen merkittävin havainto. Ilmiö vaikuttaa pitkäaikaiselta tuloksen toistuttua lähes samanlaisena molemmilla mittauskerroilla. Potilaiden kokemus turvallisuudesta oli merkitsevästi henkilökunnan kokemusta korkeampi ja sijoittui keskimääräiselle tasolle

(Tonkin ym. 2016a) molemmilla mittauskerroilla. Henkilökunnan ja potilaiden turvallisuuden kokemusten merkitsevä eroaminen toisistaan vastaa aiempien tutkimusten tuloksia (de Vries ym. 2016).

Henkilökunnan kokema turvattomuus ei ole välittynyt potilaille. Mahdollinen selitys voi olla, että henkilökunta on onnistunut vastaamaan turvallisuuden ylläpitämisen odotuksiin osastoilla (Cowman & Bowers 2008) ja aggressiivisesti latautuneisiin tilanteisiin on reagoitu varhain. On mahdollista, että Safewardsin puheella rauhoittamisen, ystävällisten sanojen ja turvallisuuden palauttamisen interventioiden keinoilla henkilökunta on kyennyt rauhoittamaan uhkaavia konfliktitilanteita ja ylläpitämään potilaiden kokemusta osaston turvallisuudesta. Henkilökunnan luottamus konfliktitilanteiden hallintaan on voinut olla uhattuna, mikä on yhteydessä henkilökunnan kokemaan turvallisuuteen (Martin & Daffern 2006, Lepping ym. 2009). Työhyvinvoinnin näkökulmasta kuvatus kaltainen tilanne on huolestuttava ja kriittinen tekijä siksi, että henkilökunnan kokiessa pitkäaikaisesti turvattomuutta työssään vaikeutuu työssä jaksamisen lisäksi muiden ilmapiirin alueiden turvallisuutta ja kuntoutumista edistävä taso ja kehitys (Martin & Daffern 2006).

Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa on pyritty noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä tapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Eettiseltä toimikunnalta on saatu puoltava lausunto (n27/22.9.2016; HUS/1522/2016) ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupa (HUS396/2017) tutkimushankkeelle, jonka osana tämä tutkimus toteutettiin. Tutkimuksesta, tietoon perustuvan suostumuksen merkityksestä ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta informoitiin henkilökuntaa osastonhoitajien kautta, sähköpostilla ja paperisella tiedotteella. Henkilökunnan jäseniltä ei pyydetty erikseen allekirjoitettua tietoon perustuvaa suostumusta. Henkilökunnan jäsenet palauttivat lomakkeen suljetussa kirjekuoressa. Hoitajat arvioivat potilaiden vointia kyselypäivänä ja pyysivät potilaan tietoon perustuvan suostumuksen kirjallisesti.

Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta takaavat tutkimuksen huolellinen suunnittelu ja tiedonkeruu pätevällä mittarilla (Heikkilä 2014, 28), jonka psykometriset ominaisuudet, kuten kolmifaktorinen ilmapiiriä mittaava rakenne, pätevyys ja sisäinen konsistenssi ovat testattuja psykiatristen osastojen kontekstissa (Tonkin 2016a, Tonkin ym. 2016b). Summamuuttujien Cronbachin alphasuorat olivat terapeutin tuen summamuuttujalla .79, potilaiden yhteisöllisyyden ja keskinäisen tuen summamuuttujalla .80 ja koetun turvallisuuden summamuuttujalla .88. Yleisesti yli .70 alphan arvoa pidetään mittarin reliabiliteetin näkökulmasta hyvänä (Heikkilä 2014, 187), joten edellä kuvattuja arvoja on pidettävä erittäin hyvinä.

Vastaaajia ei eri mittauskerroilla identifioitu vaan mukaan otettiin kulloinkin paikalla olleet potilaat ja henkilökunnan jäsenet. Tulokset eivät kerro ilmapiirin muutoksista yksittäisten vastaajien kohdalla vaan kuvaavat ilmapiiriä yleisellä tasolla. Tutkimusaineisto koostuu eri sairaaloissa toimivien vuodeosastojen kokonaisuudesta. Tämä lisää tutkimustulosten luotettavuutta määrällisestä näkökulmasta (N=335), mutta tuottaa rajoitteita tulosten hyödynnettävyyden suhteen yksittäisen osaston tasolla. On todennäköistä, että eri osastoilla ilmapiirin piirteet korostuvat eri tavoin. Osalla osastoista tutkimukseen osallistuneita potilaita oli niin vähän yhtä mittauskerta kohti, ettei EssenCES-mittarin käyttö ilmapiirin ja sen osa-alueiden keskiarvojen laskemiseen osastoittain mahdollistunut tarkoituksenmukaisella tavalla.

Potilaiden ryhmässä vastausprosentti jäi kummallakin mittauskerralla melko alhaiseksi. Tutkimukseen osallistumatta jättäneiden potilaiden osalta ei selvitetty johtuiko osallistumattomuus heikosta psyykkisestä voinnista vai kieltäytymisestä. On mahdollista, että tutkimuksesta kieltäytyneet potilaat suhtautuivat yleisesti negatiivisemmin hoitoonsa ja hoitojärjestelmään ja että heidän kokemuksensa ilmapiiristä olisi ollut negatiivisempi.

Päätelmät ja suositukset

Henkilökunnan turvallisuudentunne psykiatrisilla osastoilla on huolestuttavan matala ja sen lisäämisen tavoite on näh-

tävä erittäin tärkeänä. Tässä tulee edetä sekä käytännön tasolla yksiköissä että laajemmin yhteiskunnallisessa keskustelussa ja päätöksenteossa. Työpaikkaväkivallan ja sen uhan vaikutukset hoitohenkilökunnalle ja sen seurauksena koko psykiatriselle hoidolle on tunnistettava. Tutkittuun tietoon perustuvien turvallisuutta lisäävien hoitotyön käytäntöjen ja toimintamallien (kuten Safewards) hyödyntämistä tulee lisätä ja syventää.

Laitoshoidon sairaansijojen ja tahdonvastaisten toimien vähentämisen tavoite ei saa tarkoittaa sitä, että aggressiivinen, väkivaltainen tai toisille pelkoa aiheuttava käyttäytyminen hyväksytään osastoyhteisöissä. Viestiä väkivallan nollatoleranssista hoitoympäristöissä tulee välittää määrätietoisesti ja työpaikkaväkivaltatilanteen tulisi johtaa nykyistä useammin oikeudelliseen prosessiin joko väkivaltaa kohdanneen työntekijän tai työnantajan aloitteesta (Rikoslaki 21. luku, HE eduskunnalle rikoslain 21 luvun 16 §:n muuttamisesta).

Psykiatristen laitospaikkojen väheneminen ja osastoilla hoidossa olevien potilaiden vaikea oireilu suuntaavat hoitohenkilökunnan resursseja voimakkaasti turvallisuuden ylläpitämiseen, konfliktien ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Henkilökunnan aikaa jää potilaan yksilölliseen kohtaamiseen ja terapeutin tuen kokemusten mahdollistamiseen yhä vähemmän. Terapeutin suhteen keskeisestä roolista kaikessa psykiatrisessa hoitotyössä, sen yhteydestä hyvään hoitoon ja hoidon tuloksiin on erittäin vahva näyttö. On tärkeää pitää huolta, että jokaiselle potilaalle riittää henkilökunnan aikaa ja kiinnostusta. Safewards-interventioiden taustan ja tavoitteiden syvällinen ymmärtäminen ja luova, jokaisen yksikön omista lähtökohdista tapahtuva, soveltaminen tarjoaa mahdollisuuksia ensisijaisen konfliktien vähentämisen tavoitteen lisäksi potilaan omien voimavarojen ja käyttäytymisen hallinnan tukemiseen ja terapeutin tuen kokemusten lisäämiseen. Muutokset sosiaaliseen ilmapiiriin liittyvissä kokemuksissa näyttävät tapahtuvan hitaasti ja tämä tarkoittaa, että Safewards-mallin interventioiden syventämisen on oltava määrätietoista ja pitkäjänteistä.

Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen avulla tulee selvittää, miten henkilökunnan työssä kokemus turvallisuus, työpaikkaväkivalta tai sen uhka vaikuttavat työntekijän terveyteen, hyvinvointiin, työssä jaksamisen ja jatkamiseen, perhe-elämään sekä potilaiden hoidon laatuun. Tässä tutkimuksessa esille tullut henkilökunnan turvallisuudentunne on EssenCES-mittarin väittämien perusteella kuvattu yksi näkökulma osastojen todellisuuteen. Kokonaisvaltaisen käsityksen muodostamiseen tarvitaan muitakin näkökulmia ja jatkotutkimusta.

LÄHTEET

- Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M, Jeffery D, Nijman H, Owiti JA, Papadopoulos C, Ross J, Wright S, Stewart D. 2014. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(4), 354–364.
- Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, Hodsoll J. 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52(9), 1412–1422.
- Bressington D, Stewart B, Beer D, MacInnes D. 2011. Levels of service user satisfaction in secure settings – a survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies* 48(11), 1349–1356.
- Ching H, Daffern M, Martin T, Thomas S. 2010. Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21(5), 737–760.
- Cowman S, Bowers L. 2008. Safety and security in acute admission psychiatric wards in Ireland and London: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing* 18(9), 1345–1353.
- Eklund M, Hansson L. 2001. Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in psychiatric ward rehabilitation unit. *Community Mental Health Journal* 37(2), 169–177.
- Gebhardt RP, Steinert T. 1999. Should severely disturbed psychiatric patients be distributed or concentrated in specialized wards? An empirical study on the effects of hospital organization on the ward atmosphere, aggressive behavior, and sexual molestation. *European Psychiatry* 14(5), 291–297.
- Gjerdén P, Moen H. 2001. Patient satisfaction and ward atmosphere during a crisis in an open psychiatric ward. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36(11), 529–532.

- Hallikainen T, Repo-Tiihonen E. 2015. Näin hoidan. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. *Duodecim* 131(15), 1361–1366.
- Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy, Porvoo.
- HUS Strategia 2012–2016. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf> [luettu 22.2.2020]
- HUS 2014. Psykiatrian tiekarttatyöryhmän loppuraportti. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/toimielimet/psykiatrian-lautakunta/Documents/HUS%20Psykiatrian%20tiekarttaty%C3%B6ryhm%C3%A4n%20loppuraportti%2030%204%202014%20p%C3%A4iv.pdf> [luettu 6.4.2019]
- Johansson H, Eklund M. 2004. Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 77(4), 511–523.
- Kontio R, Anttila M, Lantta T, Kauppi K, Joffe G, Välimäki M. 2013. Toward a safer working environment on psychiatric wards: service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspectives in Psychiatric Care* 50(4), 271–279.
- Kontio R. 2015. Mikä Safewards? https://thl.fi/documents/974282/1449788/Raija+Kontio_esitys.pdf/26742e74-09dc-4047-beb9-d68751bc5301 [luettu 22.2.2020]
- Lepping P, Steinert T, Needham I, Abderhalden C, Flammer E, Schmid P. 2009. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(7), 629–635.
- Livinston JD, Nijdam-Jones A, Lapsley S, Calderwood C, Brink J. 2013. Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: results from a demonstration project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 19(3), 132–145.
- Long CG, Anagnostakis K, Fox E, Silaule P, Somers J, West R, Webster A. 2011. Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21(3), 202–214.
- Maguire T, Ryan J, Fullam R, McKenna B. 2018. Evaluating the introduction of the Safewards model to a medium- to long-term forensic mental health ward. *International Association of Forensic Nurses* 14(4), 214–222.
- Makkonen P, Putkonen A, Korhonen J, Kuosmanen L, Kärkkäinen J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Työpöytä 35/2016. Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y [luettu 22.2.2020]
- Martin T, Daffern M. 2006. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 13(1), 90–99.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. 4. laitos, 1. painos. International Methelp Ky, Helsinki.
- Middelboe T, Schjott T, Byrting K, Gjerris A. 2001. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(3), 212–219.
- Mielenterveyslaki 1990/1116.
- Moos RH. 1973. Changing social milieus of psychiatric treatment settings. *Journal of Applied Behavioral Science* 9(5) 575–593.
- Rigby A, Leach C, Creasley P. 2001. Primary nursing: staff perceptions of changes in ward atmosphere and role. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* 8(6), 525–532.
- Rikoslaki 1889/39.
- Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. 2014. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *Journal of Nervous and Mental Disease* 202(3), 186–192.
- Rosberg JI, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. 2008. The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *International Journal of Social Psychiatry* 54(5), 437–446.
- Safewards. 2016. <http://www.safewards.net/fi/> [luettu 22.2.2020].
- Schalast N. 2016. Conceptual framework. Teoksessa: Schalast N, Tonkin M (toim.). *The Essen Climate Evaluation Schema – EssenCES. A manual and more.* Hogrefe Publishing GmbH, Göttingen, 5–8.
- Schalast N, Redies M, Collins M, Stacey J, Howells K. 2008. EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health* 18(1), 49–58.
- Stenhouse RC. 2013. "Safe enough in here?": patients' expectations and experiences of feeling safe in an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Clinical Nursing* 22(21), 3109–3119.
- Stenhouse RC. 2011. "They all said you could come and speak to us": patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(1), 74–80.
- Thibeault CA, Trudeau K, d'Entremont M, Brown T. 2010. Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of Psychiatric Nursing* 24(4), 216–226.
- THL. 2018. Tilastoraportti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y [luettu 22.2.2020].
- THL. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125983/THL_RAP008_2015WEB.pdf?sequence=3&isAllowed=y [luettu 22.2.2020].
- Tonkin M. 2016a. A review of questionnaire measures for assessing the social climate in prisons and forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 60(12), 1376–1405.
- Tonkin M. 2016b. Administration and scoring. Teoksessa: Schalast N, Tonkin M. (toim.) *The Essen Climate Evaluation Schema – EssenCES. A manual and more.* Hogrefe Publishing GmbH, Göttingen, 9–13.
- Tonkin M, Day A, Casey S, Schalast N. 2016a. Interpretation and feedback. Teoksessa: Schalast N, Tonkin M. (toim.) *The Essen Climate Evaluation Schema – EssenCES. A manual and more.* Hogrefe Publishing GmbH, Göttingen, 15–25.
- Tonkin M, Day A, Casey S, Schalast N. 2016b. Psychometric properties. Teoksessa: Schalast N, Tonkin M. (toim.) *The Essen Climate Evaluation Schema – EssenCES. A manual and more.* Hogrefe Publishing GmbH, Göttingen, 27–34.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf [luettu 22.2.2020]
- de Vries MG, Brazil IA, Tonkin M, Bulten H. 2016. Ward climate within a high secure forensic psychiatric hospital: perceptions of patients and nursing staff and the role of patient characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(3), 342–349.