

Minna Mäkinen

**SAFEWARDS -MALLIN KÄYTTÖ
PIRKANMAAN
SAIRAANHOITOPIIRISSÄ
HOITAJIEN KOKEMANA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Maaliskuu 2020

TIIVISTELMÄ

Minna Mäkinen: Safewards -mallin käyttö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitajien kokemana

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden maisteri

Maaliskuu 2020

Ohjaajat: FT, TtL, dosentti Jari Kylmä ja TtT, professori Eija Paavilainen

Terveystieteiden tutkimuskeskus velvoittaa laadukkaaseen, turvalliseen ja asianmukaisesti tuotettuun toimintaan terveydenhuollossa. Lain mukaan hoitokäytäntöjä tulee yhtenäistää parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön. Näyttöön perustuvien turvallisten ja inhimillisten interventioiden tarkoitus on edistää hoitojen terapeuttisuutta, kunnioittaa palvelujen käyttäjien arvokkuutta ja mielipiteitä sekä perustua tehokkuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Englannissa vuonna 2014 kehitettyä Safewards -mallia. Malliin sisältyy kymmenen konkreettista interventiota, joita käyttämällä psykiatristen osastojen turvallisuutta voidaan parantaa. Mallin ydinajatus liittyy siihen, mitä henkilökunta voisi tehdä osastoilla sekä konfliktien syntymisen että niiden kärjistymisen ehkäisemiseksi. Se rohkaisee henkilökuntaa ja potilaita toimimaan yhdessä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Samalla myös pakkotoimenpiteiden määrä vähenee. Malli on implementoitu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin aikuispsykiatrian osastoille vuosina 2016–2018. Tutkimusnäyttöä mallin pidempiaikaisesta käytöstä ja asettumisesta pysyväksi osaksi psykiatrista hoitotyötä on vähän.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia Safewards -mallin mukaisten interventioiden käytöstä psykiatrian osastoilla sekä niiden käyttöön liittyviä kehitysehdotuksia. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää psykiatrian osastojen turvallisuuden edistämiseksi ja pakon käytön vähentämiseksi. Tutkimus toteutettiin laadullisin tutkimusmenetelmin. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin aikuispsykiatrian psykoosilinjan hoitajia. Ryhmämuotoisesti toteutettuihin haastatteluihin osallistui 17 hoitajaa seitsemältä eri osastolta. Aineiston analyysi toteutettiin sisällönanalyysin menetelmin.

Tutkimuksen tuloksena saatiin monipuolisesti tietoa hoitajien kokemuksista Safewards -mallin interventioista sekä niiden kehittämiseen liittyviä ehdotuksia. Tutkimustulokset antavat positiivisia kuvailuja interventioiden toimivuudesta, avoimuuden ja yhteistyön lisääntymisestä, hoitokulttuurin tasa-arvoistumisesta, hoitokäytäntöjen muuttumisesta potilaskeskeisemmiksi ja interventioiden avulla koettiin vältettävän pakkotoimenpiteitä osastoilla. Tutkimuksessa nousi esiin myös negatiivisväyhteisiä kokemuksia, joissa interventio koettiin turhaksi, sen tarkoitusta ei ymmärretty tai interventio oli herättänyt vastustusta. Kehittämisehdotuksia tutkimuksessa saatiin sekä yksittäisiin interventioihin että yleisesti Safewards -mallin käyttöön. Kehittämisehdotuksissa nousi esiin edelleen tarve mallin perusasioiden kertaamiseen ja perehdytykseen. Vaikka tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia, niitä voidaan hyödyntää käytännön hoitotyön kehittämisessä ja näin edistää osastojen turvallisuutta ja pakon käytön vähentämistä.

Avainsanat: interventio, kokemus, konflikti, pakonkäyttö, psykiatria, Safewards -malli, turvallisuus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Minna Mäkinen: Use of the Safewards model in the Pirkanmaa Hospital District as experienced by nurses

Master's thesis

Tampere University

Degree programme of health sciences

March 2020

Supervisors: PhD Adjunct Professor Jari Kylmä and PhD, Professor Eija Paavilainen

The Health Care Act requires high quality, safe and properly produced health care. By the law, care practices should be standardized to the best possible evidence. Evidence-based safe and humane interventions are designed to promote the therapeutic nature of treatments, respect the dignity and opinions of service users and to be based on efficiency and equity. This thesis concerns the Safewards model which has been developed in 2014 in England. The model includes ten concrete interventions to improve safety in psychiatric wards. The core idea of the model is to present what the staff can do to prevent and avoid escalating conflicts. It encourages staff and patients to work together to achieve this goal. At the same time, the amount of coercive treatments is decreasing. The model has been implemented in the psychiatric wards of Pirkanmaa Hospital District in 2016–2018. There is little research evidence on longer-term use of the model and integration into nursing.

The purpose of this study was to describe the experiences of nurses in using Safewards model interventions in the psychiatric wards and development proposals for their use. The aim of the study was to produce information that can be used promoting the safety of psychiatric wards and reducing the use of coercion. Qualitative research methods were used in this study. The research material was collected through a theme interview with psychosis line nurses in the adult psychiatry domain. Group interviews were attended by 17 nurses from seven different wards. The data analysis was carried out by using content analysis methods.

As a result of the study, a plenty of information was found on the nurses' experiences of Safewards model interventions and suggestions for their development. The results of the study provide positive descriptions of the effectiveness of interventions, reflect an increase in openness and cooperation and the equality of care culture. Interventions were also seen as avoiding coercive treatments in wards. The study also highlighted negative experiences in which the intervention was unnecessary or that its purpose was not understood or there was opposition to intervention. The study received suggestions for development both for individual interventions and for the Safewards model in general. The development proposals brought out the need to repeat and to familiarize the staff with the basics of the model. Although the results of the study are partly contradictory, they can be used to develop nursing care and thus promote safety and reduce the use of coercion in the wards.

Keywords: intervention, experience, conflict, coercion, psychiatry, Safewards model, safety

The originality of this publication has been ensured by the Turnitin Originality Check-program

Sisällys

1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....	1
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat.....	1
1.2 Safewards -mallin esittely.....	6
2 TUTKIMUKSEN TAKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	11
3 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	12
3.1 Tutkimuksen osallistujat.....	12
3.2 Aineistonkeruu.....	13
3.3 Aineiston analyysi.....	14
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	19
4.1 Yhteiset odotukset.....	19
4.2 Ystävälliset sanat.....	20
4.3 Puheella rauhoittaminen.....	22
4.4 Positiiviset sanat.....	24
4.5 Huonojen uutisten kertominen.....	25
4.6 Tullaan tutuiksi.....	27
4.7 Avun antaminen.....	30
4.8 Rauhoittumiskeinot.....	32
4.9 Turvallisuuden ylläpitäminen.....	34
4.10 Kotiutusviestit.....	36
4.11 Kohdennetut kehitysehdotukset.....	38
4.12 Yleiset kehitysehdotukset.....	39
5 POHDINTA.....	43
5.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	43
5.2 Tutkimuksen eettisyys.....	49
5.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	50
5.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	52
6 LÄHTEET.....	55
7 LIITTEET.....	60

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

Liite 2. Osallistujien suostumuslomake

Liite 3. Tutkimuksen haastattelurunko

1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Hyvään hoitoon ja turvallisuuteen liittyvät asiat ovat maailmanlaajuisia. Maailman terveysjärjestön, WHO:n mukaan potilaiden turvallisuus on laadukkaan terveydenhuollon keskeinen perusta (WHO 2010). Terveysturvalaki (1326/2010) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön, hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laki velvoittaa myös, että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan kuvata kahdella eri tasolla, jotka ovat hoidon yhtenäistäminen ja yksittäisen työntekijän päätöksenteko. Hoidon yhtenäistämässä on kyse siitä, että tietyn potilasryhmän, tässä tutkimuksessa mielenterveyspotilaiden, hoitokäytäntöjä yhtenäistetään parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön. (Hotus 2019.) WHO:n Euroopan aluekomitean mukaan mielenterveyshäiriöt muodostavat yhden suurimmista haasteista kansanterveydelle sekä mitattuna niiden esiintyvyydellä että alentamalla toimintakykyä. Näihin haasteisiin liittyen on vuonna 2013 koottu Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma, jossa on esitetty seitsemän toisiinsa liittyvää tavoitetta sekä esitetään vaikuttavia yhteneviä toimenpiteitä mielenterveyden ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi Euroopassa. Tavoite numero neljä linjaa oikeuden kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon. Sen mukaan mielenterveyspotilaat ovat oikeutettuja saamaan parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön perustuvaa hoitoa. Näyttöön perustuvien turvallisten ja inhimillisten interventioiden tulisi heijastua myös ammatillisiin opintoihin ja pätevoitymiseen. Tämä neljäs tavoite tähtää lopputuloksiin, joissa kaikki mielenterveyteen liittyvät hoidot ovat terapeuttisia ja kunnioittavat palvelujen käyttäjien ja heidän omaisten arvokkuutta ja mieltymyksiä sekä perustuvat tehokkuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. (THL 2013.)

Suomessa potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1929) linjaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Edellä mainittu periaate korostaa vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumisessa ja hoitoon suostumisessa (Valvira 2015). Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) lähtökohtana on, että myös niiden potilaiden tahtoa on

kunnioitettava, jotka eivät itse kykene päättämään hoidostaan. Mielenterveysongelmien hoitoa säätelee muusta terveydenhoidosta poiketen mielenterveyslaki, jonka pohjalta tahdosta riippumaton hoito toteutetaan. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Vapaaehtoisesti hoidossa oleviin potilaisiin kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei ole säännöksiä eikä yhdenmukaisia ohjeita. Joissakin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä saattaa olla virheellistä itsemääräämisoikeuden rajoittamista, joka liittyy yksiköiden totuttuihin tapoihin ja käytäntöihin (Valvira 2015). Mielenterveyslain 4 a luvun lähtökohtana on niin sanotun laitospinnan kielto, joka käytännössä merkitsee sitä, että potilaan oikeuksia ei voi rajoittaa sairaala- tai osastokohtaisilla säännöillä. Rajoitusten tulee perustua lakiin ja tehtävä yksilöllisen harkinnan perusteella. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yli 1000 julkaisun pohjalta luotua Safewards -mallia, joka on sokkotestattu psykiatrisessa hoitotyössä Englannissa. Safewards-mallin kehittäjänä on toiminut King's College Londonin psykiatrisen hoitotyön professori Len Bowers tutkimusryhmänsä kanssa ja siihen sisältyy kymmenen konkreettista interventiota, joita käyttämällä psykiatristen osastojen turvallisuutta voidaan parantaa. (Bowers ym. 2015.) Mallin ydinajatus liittyy siihen, mitä henkilökunta voisi tehdä osastoilla sekä konfliktien syntymisen että niiden kärjistyksen ehkäisemiseksi. Se rohkaisee henkilökuntaa ja potilaita toimimaan yhdessä tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Samalla myös pakkotoimenpiteiden määrä vähenee. (Bowers 2014.) Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö on myös aikaisemmin nostettu esiin yhtenä tärkeimmistä asioista, jolla hoidon turvallisuutta voidaan lisätä (Cookson ym. 2012, Norman & Griffiths 2018, Cutcliffe & McKenna 2018). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin akuuteille aikuispsykiatrian osastoille malli implementoitiin vuosien 2016–2018 aikana kahdeksan henkilökunnasta valitun Safewards -kouluttajan avulla. He kävivät kouluttamassa osastojen henkilökuntaa kahden uuden intervention käyttöönotossa kahden kuukauden välein. Jokaiselle interventiolle valittiin kaksi vastuuhenkilöä osastolta. Interventioavustajina henkilöinä toimi hoitajien lisäksi lääkäreitä, osastonhoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. Kuukauden kuluttua uusien interventioiden käyttöönotosta Safewards -kouluttajat tekivät tukikäynnin osastolle, jolloin vastuuhenkilöt ja kouluttaja arvioivat intervention onnistumista. Myös lopputapaamisessa eli kun kaikki interventiot oli saatu jalkautettua osastoille, niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioitiin. (Virta & Oksala 2017.)

Safewards – mallin suomentaminen aloitettiin Len Bowersin luvalla vuonna 2015. Käännöstyössä ovat olleet mukana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Tampereen ammattikorkeakoulu, Niuvanniemen sairaala sekä Helsingin kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Käyttöönoton ja käännöstyön ohjausryhmässä ovat toimineet professori Lauri Kuosmanen, TtT Raija Kontio ja TtT Päivi Soininen. Tämän jälkeen mallia on kokeiltu ja arvioitu useilla osastoilla Suomessa. (Kontio 2015.) Ohjausryhmän koostumus on perusteltu, sillä kaikilta ryhmän jäseniltä löytyy läheisesti aiheeseen liittyvää tutkimustietoa. He ovat tutkinet esimerkiksi pakonkäyttöä, potilaiden kokemaa hoitoa ja elämänlaatua psykiatrisessa sairaalassa (Soininen 2014), potilaiden ja hoitajien kokemuksia eristämistilanteissa (Kontio 2011) sekä henkilökohtaista vapautta psykiatrisessa hoidossa (Kuosmanen 2009). Tutkimustuloksista käy ilmi, että vaikka potilaat kokivat hoidon osastoilla huolenpitona, he kokivat myös tullessa huonosti kohdatuksi oman hoitonsa ja rajoitustoimista päätettäessä (Soininen 2014). Hoitajien ja potilaiden kokemukset ovat samansuuntaisia, koskien potilaiden saamaa liian vähäistä huomiota eristämistilanteissa. Tämä vaikutti myös potilaiden kokemuksiin hoidon laadusta. Hoitotyön kehittämisessä onkin tärkeä huomioida monipuolisesti kokemukset, jotta käytäntöjä pystytään kehittämään palvelemaan paremmin potilasta ja tarjoamaan laadukasta hoitoa. (Kontio 2011.) Hoitoa tulisi kehittää pakkotilanteiden ennaltaehkäisyyn, erilaisten rauhoittumiskeinojen etsimiseen sekä yksilöllisiin ratkaisuihin ja toiveiden huomioimiseen (Soininen 2014). Myös tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilailla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja yleisesti ottaen psykiatristen sairaaloiden tulee lisätä potilaiden henkilökohtaista vapautta ja heidän tietoisuuttaan omista oikeuksistaan (Kuosmanen 2009).

Safewards -mallin käyttöönottoon Suomessa voidaan kytkeä jo aikaisemmin, vuonna 2010 kansallisen Mieli -työryhmän esittämä 40% vähennys pakon käyttöön psykiatrisissa sairaaloissa Suomessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos kokosi edustajat psykiatrisista sairaaloista yhteen ja perustettiin pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmä. Tämä työryhmä keräsi aineistoa ja kirjoitti 2016 työpaperin, jonka tarkoituksena on auttaa niitä sairaaloita ja osastoja, joissa annetaan tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa vähentämään pakon käyttöä ja lisäämään työ- ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa, ehkäistä väkivaltaista käyttäytymistä ja vähentää pakon käyttöä. Työpaperissa esitellään erilaisia toimintamalleja, jotka perustuvat

vahvaan tutkimusnäyttöön ja käytännön kokemukseen. Yksi näistä toimintamalleista on Safewards -malli. (Makkonen ym. 2016.) Pohjoismaissa on myös perustettu Pohjoismaisen ministerineuvoston asettaman mielenterveystyön asiantuntijafoorumin suositusten mukaisesti vuonna 2011 Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa. Sen tavoite on tahdosta riippumattoman hoidon sekä pakon käytön vähentäminen Pohjoismaissa sekä kehittää vaihtoehtoja pakon käytölle ja jakaa kokemustietoa. Verkosto järjestää vuosittain ”Yhteisvoimin pakkoa vähentämään” -aiheiset koulutus- ja verkostopäivät. (THL 2019.) Äskettäin julkaistussa, Kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa vuosille 2020–2030, ehdotetaan pakon käytön vähentämisen ohjelman jatkamista tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa sairaaloissa sekä pakon käytön vähentämisen verkoston toiminnan vakiinnuttamista (STM 2020).

Potilasturvallisuuden muodostumisessa ja kehittämisessä keskeisiksi tekijöiksi on mainittu johtajien toiminta, ymmärrys potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisuudesta, vuorovaikutus ja organisaation näkökulman hyödyntäminen (Kanerva 2015). Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategiassa vuosille 2015–2025 määritellään eettiseksi perustaksi hyvä hoito, ihmisten kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen sekä vastuullisuus. Tavoitteena on palvelukulttuurin perustuminen aitoon ja tasavertaiseen yhteistyöhön potilaan kanssa sekä parhaiden hoitokäytäntöjen hyödyntäminen. Strategiassa linjataan potilasturvallisuuden kehittämisen perustuvan avoimeen ja läpinäkyvään toiminnan arviointiin sekä jatkuvaan kehittämistyöhön. Kaikilla työntekijöillä on valmius kehittää työtään sekä ylläpitää turvallista työympäristöä. Työturvallisuuden osaamista ja -hallintaa kehitetään vakiintuneiden käytäntöjen aikaansaamiseksi. (PSHP 2015.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toteutettiin 2011 hanke ”Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella”, jonka yhteydessä todettiin hoitajiin kohdistuvaa väkivallan uhkaa, väkivaltaa ja potilaisiin kohdistuvia pakkotoimia esiintyvän runsaasti. Hankkeessa kerättyjen tietojen perusteella nousi esiin ongelmia, jotka koskivat ohjeistuksen puutteellisuutta väkivallan ennakoimiseksi, väkivaltilanteen hallintaan ja tilanteiden jälkihoitoon. Osastojen todettiin olevan ongelmallisia erityisesti tilojen ja melun suhteen. Lisäksi todettiin suurten sairaansijamäärien, osastojen ylipaikkatilanteiden, henkilökunnan vaihtuvuuden ja henkilökuntavajauksen yhteys väkivaltilanteisiin. Hankkeen pohjalta laadituissa suosituksissa mainittiin mm. oman hoitomallin kehittäminen erityisen vaarallisten potilaiden akuutteihin tilanteisiin. (PSHP 2011.)

Anna Alanko (2017) on selvittänyt väitöksessään, millaisin keinoin ja perustein mielenterveyden hoitoa Suomessa on kehitetty 1960-luvulta tähän päivään. Hän toteaa, että ”koko ajanjakson ajan avohoito eli psykiatristen sairaansijojen vähentäminen on ollut kehittämisen mantra numero yksi, ja on sitä edelleen.” Tästä huolimatta osa sairaimmista potilaista tarvitsee edelleen aivan erityistä huolenpitoa ja turvaa. Kyse on valinnoista, joita tehdään mielenterveyspolitiikassa sekä Suomessa, että laajemminkin ajateltuna. Euroopan Unionin Mielenterveys ja henkinen hyvinvointi -toimintasuunnitelman Joint Action on Mental Health and Well-being 2013–2016 hankkeen tarkoituksena oli edistää mielenterveyden asemaa jäsenmaidensa kansanterveyspolitiikassa ja kehittää työvälineitä parantamaan mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, diagnosointia ja hoidon edellytyksiä. Tulokseksi saatiin suosituksia sekä EU-kompassi verkkosivu, joka kokoaa yhteisen toiminnan tuloksia ja kerää tietoa eri maiden mielenterveyspolitiikan toimista. (EU 2016.)

Len Bowers toteutti Englannissa Safewards -mallin kehittämisen jälkeen laajan satunnaistetun tutkimuksen (RCT). Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Safewards -mallin tehokkuutta. Tutkimustulokset osoittivat Safewards -mallia toteuttaneilla osastoilla konfliktien määrän noin 15 % ja pakkokeinojen noin 23 % vähenemisen verrattuna kontrolliryhmään. (Bowers ym. 2015.) Tutkimus on saanut laajan hyväksynnän eri maissa ja mallia on implementoitu laajasti eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien käyttöön. Bowersin tutkimukseen liittyy myös arvostelua sen tieteellisestä tarkkuudesta ja Safewards -mallin soveltumattomuudesta muihin konteksteihin kuin missä se on alun perin testattu. (Mustafa 2015.) Tilastollisilla tutkimusmenetelmillä toteutetut tutkimukset antavatkin erilaisia tuloksia Safewards -mallin tehokkuudesta. Australiassa, Victorian osavaltiossa testattiin vuosina 2015–2016 Safewards -mallin käyttöä psykiatrisilla vuodeosastoilla käyttäen mittarina eristysten seuranta. Tulokset osoittivat kehityskaaren eristysten määrän vähentymisessä. (Flecher ym. 2017.) Päinvastaisia tuloksia raportoitiin puolestaan Etelä-Tanskan hallintoalueella, jossa Safewards -mallin vaikutuksia pakkohoitokeinojen käyttöön aikuispsykiatriassa on tutkittu kansallisten rekistereiden pohjalta. Tässä tutkimuksessa pakkohoitokeinojen sekä pakkolääkitysten määrässä oli laskua, mutta eristysten määrässä ei saatu tilastollista merkitystä. (Stensgaard ym. 2018.) Englannissa, Manchesterin yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa Safewards -mallin vaikutuksesta konfliktien hallintaan testattiin kuudessa oikeuspsykiatrisessa yksikössä. Tässä tutkimuksessa tilastollista merkitystä Safewards -mallin hyödyistä ei saatu. Saman tutkimuksen yhteydessä kyseltiin myös henkilökunnan mielipiteitä vapaamuotoisesti. Interventioiden noudattaminen oli

heikkoa johtuen henkilöstöresursseista, kritiikistä implementointia kohtaan sekä henkilökunnan asenteista. Johtopäätöksenä olikin, että Safewards -mallin tehokkuutta ei voi määrittellä ilman henkilökunnan parempaa sitoutumista interventioiden toteuttamiseen. (Price ym. 2016.) Tämä tieto voi osaltaan selittää myös tilastollisesti saatuja heikkoja tuloksia.

Laadullisin menetelmin Safewards -mallia on tutkittu Australiassa, Queenslandissa. Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä 15 hoitajaa kolmen eri yleissairaalan akuutilta psykiatriselta osastolta. Puolistrukturoidut haastattelut tehtiin vuoden päästä mallin implementoinnista. Tutkimuksessa oli tarkoituksena kartoittaa, miten henkilökunta oli omaksunut Safewards -mallin, heidän mielipiteensä Safewards -mallista ja mitä voitaisiin tehdä toisin mallin implementoinnin onnistumiseksi. Tutkimustulokset sisälsivät erilaisia sekä positiivisia että negatiivisia näkökulmia kysymyksiin. Positiivisimmin mallin käyttöön suhtautuivat hiljattain valmistuneet hoitajat. Osa vanhemmista työntekijöistä koki mallin jopa loukkaavaksi omaa ammattitaitoaan kohtaan. (Higgins ym. 2018.)

Australialaiset tutkijat (Flecher ym. 2019) ovat tutkineet Safewards -mallia myös potilaiden näkökulmasta sekä määrällisin että laadullisin tutkimusmenetelmin. Potilaiden kokemukset interventioiden käytöstä olivat pääosin positiivisia ja osallistujat kertoivat lisääntyneestä kunnioituksesta, toivosta, yhteisöllisyydestä ja turvallisuudesta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia Safewards -mallin interventioiden käytöstä osastoilla, koska tutkimusnäyttöä mallin pidempiaikaisesta käytöstä ja asettumisesta pysyväksi osaksi psykiatrista hoitotyötä on vähän. Myös kehitysehdotusten kartoittaminen on perusteltua ja mahdollista, kun malli on ollut osana hoitotyötä jo useamman vuoden ajan. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisen yhteistyön lisäämiseksi, osastojen turvallisuuden parantamiseksi ja pakkohoitokeinojen vähentämiseksi.

1.2 Safewards -mallin esittely

Safewards -malli antaa ideoita siihen, miten henkilökunta ja potilaat voivat toimia yhdessä konfliktien ja rajoitustoimenpiteiden vähentämiseksi. Näistä ideoista käytetään nimeä interventio ja ne pohjautuvat hoitajien ja potilaiden kokemuksiin. Käytännön interventioiden taustalla on erilaisia taustatekijöitä, jotka henkilökunnan tulisi tunnistaa, koska Safewards -

mallissa on ensisijaisesti kysymys siitä, mitä henkilökunta pystyy tekemään. Mallin mukaisesti henkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa ristiriitojen syntymiseen ja tilanteiden kärjistymiseen ymmärtämällä näitä taustatekijöitä. Taustatekijät on jaoteltu kuuteen ryhmään. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

1) **Osaston henkilökunta tai sisäinen rakenne** sisältää ajatuksen siitä, miten henkilökunta käsittelee tunteensa, sekä kuinka paljon he tukevat toisiaan pysymään johdonmukaisina. Käytännössä tämä näkyy esimerkiksi päivärutiineissa ja siinä, miten nämä päivittäiset rutiinit toteutetaan potilaan tarpeet huomioiden. Myös osaston yleinen siisteys kuuluu tähän taustatekijöiden ryhmään. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

2) **Fyysinen ympäristö** eli toimivat ja turvalliset osaston tilat vaikuttavat kaikkien viihtyvyyteen. Pohjaratkaisultaan selkeät tilat ovat turvallisempia kuin sokkeloiset, pimeitä nurkkia sisältävät tilat. Asianmukaiset tilat mahdollistavat sekä potilaiden yksityisyyden että henkilökunnan mahdollisuuden valvoa osaston turvallisuutta. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

3) **Sairaalan ulkopuolisen elämän** nivoutuminen osastohoitoon ja ymmärrys sen vaikutuksista potilaaseen. Tutustuminen potilaan läheisiin ja perehtyminen potilaan arkielämän haasteisiin auttaa henkilökuntaa ymmärtämään potilasta kokonaisvaltaisesti. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

4) **Potilasyhteisön** merkityksen ymmärtäminen. Potilaat reagoivat toistensa tunteisiin, usein negatiivisesti. Henkilökunnan on tärkeä olla esikuvana siinä, miten vaikeita tunteita ja käytöstä voi kohdata ymmärtävästi. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

5) **Potilaan ominaispiirteet**, jotka lisäävät konfliktien todennäköisyyttä. Ominaispiirteisiin sisältyvät vaikeat oireet kuten harhat ja paranoia, epäsosiaalisuus sekä potilaaseen liittyvät henkilökohtaiset ominaisuudet, jotka lisäävät todennäköisyyttä tietyntyyppisille konflikteille. (Bowers 2014, Bowers ym 2014.)

6) **Sääntelykehys** sisältää toimintaa ohjaavat lait, kansalliset ohjeistukset ja johdon linjaukset. Henkilökunnan tulee noudattaa mielenterveyslakia ja huolehtia potilaan oikeuksien toteutumisesta. (Bowers 2014, Bowers ym. 2014.)

Safewards -malli sisältää kymmenen käytännönläheistä interventiota, jotka ovat lähes ilmaisia ja helposti toteutettavissa. Mallia implementoidessa osastolle tarkoituksena on toteuttaa systemaattisesti kaikki kymmenen interventiota ja sitouttaa henkilökunta niihin.

Nämä kymmenen interventioita ovat: Yhteiset odotukset, Ystävälliset sanat, Puheella rauhoittaminen, Positiiviset sanat, Huonojen uutisten kertominen, Tullaan tutuiksi, Avun antaminen, Rauhoittumiskeinot, Turvallisuuden ylläpitäminen sekä Kotiutusviestit. (Bowers ym. 2015.) Interventioiden sisällöstä, tavoitteista ja toteutustavoista on koottu tiivistetysti tietoa Safewards.net sivustolta.

Yhteiset odotukset sisältävät osastolla yhdessä potilaiden ja henkilökunnan kanssa sopimia asioita, joita voitaisiin nimittää myös säännöiksi. Potilaat kuitenkin kokevat säännöt usein holhoaviksi, joten on parempi puhua odotuksista, suuntaviivoista tai normeista. Intervention tavoitteena on helpottaa yhteistä kommunikaatioita. Kommunikaation ja lisääntyneen sosiaalisuuden myötä potilaan on helpompaa ajatella selkeästi. Myös ärtymys ja turhautuminen vähenevät. Yhteisistä odotuksista voidaan keskustella osastoilla järjestettävissä yhteisöllisissä kokouksissa potilaiden ja henkilökunnan kesken ja niistä tulisi koostaa yhteenveto osaston yhteisiin tiloihin. (Safewards 2020.)

Ystävälliset sanat interventio sisältää erilaisia keinoja välttää yhteenottoja ja edistää yhteistyötä potilaiden kanssa. Rajoittava ympäristö on usein ensisijainen kimmoke väkivaltaisiin tapahtumiin osastolla. Silloin kun hoitaja joutuu torjumaan potilaan toiveen tai vaatimuksen tai rajoittamaan potilaan epäasiallista toimintaa tulee hänen harkita sanojaan. Paitsi itse sanat, myös hoitajan kehonkieli ja äänensävy ovat tärkeitä. Potilaat saattavat kokea hoitajan viestinnän nöyryyttävänä ja epäkunnioittavana. Tilanteet voivat kärjistyä suulliseen solvaamiseen tai jopa fyysiseen väkivaltaan. Interventioon kuuluvat osaston kansliassa näkyvillä olevat, vaihtuvat esimerkit ystävällisistä sanoista sekä henkilökunnalle jaettavat ohjeita ja kannustavia viestejä sisältävät postikortit. (Safewards 2020.)

Puheella rauhoittamisen interventiossa esitellään, kuinka puhumalla voidaan pyrkiä järjestelmällisesti estämään tilanteiden kärjistyminen osastolla. Interventio sisältää näkyvällä paikalla hoitajien tiloissa olevan julisteen, jossa on tiivistetysti esitetty puheella rauhoittamisen tekniikkaa ja prosessi. Prosessiin kuuluu kolme vaihetta, jotka ovat rajaaminen, selventäminen ja ongelman ratkaisu. Puheella rauhoittamisen prosessia kutsutaan myös de-eskalaatioksi. Onnistuneen prosessin läpiviemiseksi hoitajalta vaadittavia ominaisuuksia ovat itsekontrollointi, potilaan kunnioittaminen ja empaattisuus. Interventioon sisältyy myös osastolta henkilökunnan keskuudesta valittava erityinen mestarihoitaja, joka on havaittu hyväksi puheella rauhoittamisessa. Hän esittelee julisteen jokaiselle hoitajalle henkilökohtaisesti hyödyntäen samalla omia ja hoitajien kokemuksia käsiteltävistä asioista. (Safewards 2020.)

Positiiviset sanat intervention tarkoituksena on tuoda henkilökunnan raportilla esiin jokin positiivinen asia potilaasta. Tämä voi olla jotain, mitä potilas on tehnyt työvuoron aikana tai liittyä johonkin potilaan myönteiseen ominaisuuteen. Hoitaja voi myös kertoa jotain myönteistä siitä, miten henkilökunta on tukenut potilasta. Kun raportoidaan potilaan häiritsevää käyttäytymistä, tulisi käyttäytymiselle interventioin mukaan tarjota psykologinen ymmärrys. Tämä toimintatapa lisää potilaiden arvostusta ja vähentää tulevien konfliktien todennäköisyyttä. (Safewards 2020.)

Huonojen uutisten kertominen intervention tarkoituksena on tukea potilasta hänen saatuaan huonoja tai ei-toivottuja uutisia sekä ennakoita tulevien huonojen uutisten kertomista potilaalle. Henkilökunnan on hyvä olla tietoinen tapahtumista, jotka voivat synnyttää vihaisia ja järkyttyneitä reaktioita potilaassa. Samalla olisi hyvä olla suunnitelma siitä, miten tukea huonoja uutisia saanutta potilasta. Tärkeää on kuunnella potilaan tuntemuksia ja antaa aikaa ja tilaa potilaalle. Interventio auttaa henkilökuntaa huomioimaan vaikeat tilanteet mahdollisimman varhain ja siten myös nopeuttaa avun ja tuen tarjoamista potilaille ajoissa, ennen stressin muuttumista konfliktiksi. (Safewards 2020.)

Tullaan tutuiksi interventio sisältää ”tullaan tutuiksi” -esittelykansion. Tämän esittelyyn avulla sekä työntekijät että potilaat kertovat itsestään ja elämästään niitä asioita, joita on valmis jakamaan muiden kanssa. Näiden henkilöesittelyjen avulla henkilökunta ja potilaat oppivat tuntemaan toisensa paremmin sekä voivat löytää yhteisiä kiinnostuksen kohteita ja keskustelunaiheita. Esittelykansion avulla voidaan sekä helpottaa että nopeuttaa tutustumista. Kun sekä henkilökunta että potilaat saavat paremman yhteyden toisiinsa konfliktien todennäköisyys vähenee. Kun potilas kotiutuu hän saa päättää pitääkö oman esittelynsä itsellään vai hävitetäänkö se. (Safewards 2020.)

Avun antamisen interventio sisältää vähintään kolme kertaa viikossa pidettävän yhteisökokouksen, johon toivotaan kaikkien potilaiden ja paikalla olevan henkilökunnan osallistuvan. Kokouksen vetäjänä voi olla joko henkilökunnan jäsen tai joku potilaista. Yhteisökokouksessa on tarkoituksena strukturoidun asialistan avulla miettiä, kuinka potilaat voisivat auttaa toisiaan. Tähän asialistaan kuuluu neljä osiota, jotka käydään läpi yhdessä potilaiden kanssa: kiitokset, uutiset, ehdotukset ja toiveet. Kiitosten kierroksella on mahdollisuus kiittää toista henkilöä jostakin tapahtuneesta asiasta. Uutisten kierroksella henkilökunta selvittää sellaisia osaston tapahtumia, joista on saattanut aiheutua hämmennystä tai stressiä potilaille ja antaa yleistä tietoa osastolla tapahtuvasta toiminnasta. Ehdotusten kierroksella jokaisella on mahdollisuus tuoda esiin ehdotus, kuinka tullaan

keskenään toimeen seuraava ajanjakso ilman suuttumisia tai maltin menetystä. Toiveiden ja tarjousten kierroksella jokainen voi tuoda esiin ajatuksensa siitä, kuinka muut voisivat auttaa tai avustaa heitä. Yhteisökokouksessa huomioidaan, että pienetkin asiat saattavat olla merkityksellisiä sekä mietitään myös tapoja auttaa potilaita, jotka eivät päässeet paikalle. Intervention tarkoituksena on tukea potilaita arvostamaan toisiaan, hallitsemaan toisten toiminnasta aiheutuvia tunteita, sitoutumaan yhteisiin odotuksiin ja saada näin konfliktit vähenemään osastolla. (Safewards 2020.)

Rauhoittumiskeinot intervention tarkoituksena on etsiä erilaisia menetelmiä, joilla potilas voi yrittää rauhoittaa itseään ja näin saada käyttöön potilaan omat voimavarat. Tässä interventiossa osastolle kootaan erityinen rauhoittumiskeinot -laatikko, joka sisältää erilaisia kiihtyneisyyttä ja ahdistuneisuutta helpottavia välineitä. Tämä laatikko sijaitsee henkilökunnan tiloissa ja henkilökunnan tehtävänä on avustaa potilasta valitsemaan itselleen sopivimman tuntuinen keino rauhoittumiseen. Näitä keinoja potilas voi käyttää joko itsekseen tai yhdessä henkilökunnan kanssa. Rauhoittumiskeinoina voidaan käyttää esimerkiksi musiikkia, hierontapalloja, kuplamuovia, värityskirjoja, suklaata, purukumia, yrttiteetä tai muita hyväksi havaittuja tarvikkeita. Erilaisia rauhoittumiskeinoja tulisikin ehdottaa potilaalle ennen tarvittavaan lääkitykseen tukeutumista. (Safewards 2020.)

Turvallisuuden ylläpitäminen interventiossa osastolla ahdistusta, pelkoa tai jopa vihaa tuottaneiden tapahtumien jälkeen potilaiden kanssa keskustellaan joko kahden kesken tai pienissä ryhmissä. Näitä tunteita saattavat herättää esimerkiksi levottoman potilaan saapuminen osastolle, riitatilanteet, esineiden rikkominen, fyysinen väkivalta tai jokin muu tavallisuudesta poikkeava tilanne osastolla. Potilaiden ajatuksia ja tuntemuksia kuullaan ja kysellään sekä selvennetään mistä tilanteessa oli kyse. Henkilökunta on myös enemmän näkyvillä osastolla näiden tapahtumien jälkeen. Henkilökunnan läsnäolon, tuen antamisen sekä tilanteen selittämisen tarkoituksena on saada potilaat rauhoittumaan ja tuntemaan olonsa turvallisiksi sekä rauhoittaa yleisesti osaston ilmapiiriä. (Safewards 2020.)

Kotiutusviestit interventiossa potilaat välittävät eteenpäin viestejä osastohoidon tarkoituksesta ja hyödyistä. Potilaita pyydetään kotiutumispäivänä kirjoittamaan ajatuksiaan osastosta ja henkilökunnasta tätä tarkoitusta varten laaditulle kortille sekä myönteinen ja avulias neuvo tuleville potilaille tuen ja toiveikkuuden lisäämiseksi. Kortit kiinnitetään joko niitä varten laadittuun kotiutusviestipuuhiin tai osaston ilmoitustaululle. (Safewards 2020.)

2 TUTKIMUKSEN TAKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia Safewards -mallin mukaisten interventioiden käytöstä psykiatrian osastoilla sekä niiden käyttöön liittyviä kehitysehdotuksia.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää psykiatrian osastojen turvallisuuden edistämässä ja pakon käytön vähentämisessä.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on Safewards -mallin interventioiden käytöstä osastoilla?
2. Mihin suuntaan Safewards -mallin interventioita tulisi kehittää?

3 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimuksen osallistajat

Tässä tutkimuksessa haastateltavien valinta perustui harkinnanvaraisuuteen. Aineiston keruun tavoitteena oli saada haastateltavia, joille Safewards -menetelmä ja interventiot olivat tuttuja, sekä mahdollisuus osallistua haastatteluun. Haastateltavien valinnassa oli tärkeää, kenellä ajateltiin olevan parhaiten kokemuksellisesti tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Doody ym. 2013, Cleary ym. 2014). Osallistujia rekrytoitiin kaikista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian toimialueen psykoosisairauksien vastuualueen yksiköistä. Hoitajat työskentelivät yhteensä seitsemällä eri osastolla. Nämä osastot olivat akuuttipsykiatrian osastot 5,6,7 ja 9, psykoosiosastot 1 ja 2 sekä oikeuspsykiatrian osasto. Näillä akuuteilla psykiatrian osastoilla hoidetaan vakavia mielenterveydenhäiriöitä kuten psykooseja, skitsofreniaa, vakavia mielialahäiriöitä, persoonallisuushäiriöitä, vaikeita kriisejä, päihdepsykooseja, syömishäiriöitä, erilaisia riippuvuuksia ja oikeuspsykiatrisia potilaita.

Tässä tutkimuksessa osastonhoitajien varahenkilöitä pyydettiin nimeämään haastateltavia. Tämä siksi, että he toimivat osastojensa yhdyshenkilöinä Safewards -mallin käytössä. Tämän lisäksi käytettiin lumipallotekniikkaa eli pyydettiin tutkimukseen osallistunutta informoimaan eteenpäin tutkimuksesta ja myös näin saatiin osallistujia. Oikein käytettynä lumipallotekniikkaa voidaan pitää tehokkaana ja eettisenä menetelmänä osallistujien löytämiseksi (Streeton ym. 2004).

Tutkimuksesta ja haastatteluista tiedotettiin lisäksi osastonhoitajia ja osallistujien lisäksi myös heille lähetettiin tiedote tutkimuksesta. Osallistujille selitettiin myös ennen jokaista haastattelua tutkimuksen pääkohdat ja painotettiin vielä uudestaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistujat allekirjoittivat ennen haastattelujen tekoa kirjallisen suostumuksen.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 17 hoitajaa. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujamäärän tulee olla sellainen, että se vastaa tutkimukseen luotettavasti. Tärkeintä on, että otoskoko määräytyy tiedon tarpeen mukaan, eli tutkittavasta ilmiöstä tulee saada mahdollisimman kattava käsitys. (Bengtson 2016.) Tutkimukseen osallistujien lukumäärää

(n=17) voidaan pitää riittävänä, koska tutkimuskysymyksiin saatiin rikas ja saturoitunut aineisto. Taustatietoja osallistujista kerättiin vain vähän. Haastatteluun osallistui 13 sairaanhoitajaa ja 4 lähi- tai mielenterveyshoitajaa. Osallistujista 11 oli naisia ja 6 miestä. Hoitajien kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä oli keskiarvoltaan 12,8 vuotta.

3.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka rungon muodostivat Safewards -menetelmän kymmenen interventiota ja hoitajien kokemukset niiden käytöstä. Teemahaastattelussa lähdetään oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia. Tämä menetelmä huomioi sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja niiden merkityksestä ovat keskeisiä ja ihmisten antamat merkitykset asioille syntyvät vuorovaikutuksessa (Sandvik & McCormac 2018). Osallistujat saivat keskustelua varten laaditun rungon, josta pystyi hahmottamaan keskustelun kulun. Haastattelussa keskusteltiin eri interventioista tietyssä järjestyksessä ja lopuksi vapaamuotoisesti kehitysehdotuksista. Tutkijan tehtävänä oli huolehtia, että kaikkia interventioita tuli käsiteltyä haastattelussa. Eri interventioiden käsittelyn laajuus riippui osallistujien kokemuksista ja käsityksistä. Tutkija esitti osallistujille tarkentavia kysymyksiä keskustelun aikana, mutta vältti ohjaamasta keskustelua liikaa johonkin tiettyyn suuntaan.

Teemahaastattelut suoritettiin ryhmähaastatteluina, koska valitulla ryhmällä ajateltiin olevan kollektiivista tietoa käsiteltävistä teemoista ja ryhmän voitiin olettaa tukevan toisiaan muistamaan erilaisia aiheeseen liittyviä näkökohtia. Osallistujien välinen vuorovaikutus auttoi myös selventämään mielipiteiden yhteneväisyyksiä ja eroja (Freeman 2006). Haastatteluryhmien määrää tai ryhmän optimaalista kokoa on mahdotonta määritellä, koska selkeitä, näyttöön perustuvia ohjeita ei ole olemassa, mutta metodologinen kirjallisuus yleensä ohjeistaa noudattamaan saturaation eli kylläntymisen periaatetta (Clarsen & Glenton 2011). Eli riittävä otoskoko saavutetaan, kun aineistosta ei enää löydy uusia asioita. Pienissä 2–6 hengen ryhmissä kaikkien osallistujien äänet todennäköisimmin pääsevät esiin. Tässä tutkimuksessa tehtiin viisi 2–5 osallistujan haastattelua heinä-, elo- ja syyskuussa 2019. Yleisesti aloittelevalle haastattelijalle suositellaan enintään yhden 45–60 minuuttia kestävän haastattelun tekemistä päivän aikana (Cypress 2018). Tässä tutkimuksessa haastattelun kesto rajattiin varmuuden vuoksi 90 minuuttiin kattavan aineiston saamiseksi, mutta jokaisen haastatteluryhmän kestoksi muodostui noin tunti.

Teemahaastattelujen keskustelunomaisuus sopi hyvin tutkimusaiheeseen, se toi haastatteluihin joustavuutta ja rentoutti tunnelmaa. Väljä teemahaastattelun runko mahdollisti haastattelijan keskittymisen haastatteluun ja haastateltavien kohtaamiseen. Koska haastateltavia oli vain muutama kerrallaan, niin haastattelut pystyttiin toteuttamaan eri osastojen rauhallisissa tiloissa. Näin osallistujien ei tarvinnut useinkaan varata aikaa erillisiin kokoustiloihin siirtymisiin, vaan tutkija meni haastateltavien luokse. Haastatteluja voi pitää onnistuneina, koska niistä saatiin monipuolinen ja saturoitunut aineisto.

Tutkimuksen tekijä nauhoitti haastattelut ja kirjoitti ne itse tekstiksi. Tutkijan tehtävänä oli päättää, otetaanko tutkimukseen sekä ilmeinen että piilevä sisältö eli haastattelun tauot, osallistujien huokaukset ja naurut tai muuta tulkintaa (Elo & Kyngäs 2008). Tähän tutkimukseen otettiin mukaan ilmeinen sisältö eli se mitä osallistujat sanovat. Aineiston analyysin voikin sanoa alkaneen kuuntelemalla ja kirjoittamalla haastattelunauhojen sisältöä tekstiksi. Koska tutkija kirjoitti haastattelut heti niiden tekemisen jälkeen, saatu aineisto tuli kokonaisuudessaan tutuksi ja sen saturoitumista oli helppo havainnoida.

3.3 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Ihmisten kokemuksia tutkittaessa sisällönanalyysi on perinteinen analyysimenetelmä erityisesti aloittelevalle tutkijalle (Erlingsson & Brysiewicz 2017) kuten tässä tapauksessa oli, koska tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä tässä laajuudessa. Sisällönanalyysi on prosessi, jolle tunnusomaista ovat moninaiset todellisuudet, yhteisen tiedon luominen ja yksilöllisten sekä monipuolisten käsitysten luominen ilmiöstä. Epistemologinen lähtökohta laadullisessa sisällönanalyysissä korostaa, että tieto ja tulkinta luodaan yhteistyössä haastateltavan ja haastattelijan kanssa. (Graneheim ym. 2017.) Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti, jolloin edetään aineiston ehdolla tai deduktiivisesti, jolloin aineistosta etsitään sisällöllisesti sopivia asioita peilaten aikaisempaan tietoon (Kyngäs ym. 2011) tai abduktiivistesti käyttäen sekä induktiivista että deduktiivista menetelmää vaihtelevasti (Graneheim ym. 2017). Sisällönanalyysi on systemaattinen koodauksen ja luokittelun lähestymistapa tutkia suurempaa joukkoa tekstimuotoista informaatiota (Vaismoradi ym. 2013).

Teorialähtöinen analyysi eli deduktiivinen analyysi valittiin perustuen kyseisen menetelmän käyttösuositukseen, eli kun haluttiin testata jo olemassa olevaa mallia uudessa ympäristössä ja eri aikakautena (Elo & Kyngäs 2008, Assarroudi ym. 2018). Analyysissä siirryttiin teoriasta aineistoon päin ja abstraktimmalta ja yleisemmältä tasolta konkreettisempaan ja yksityiskohtaisempaan (Graneheim ym. 2017). Analyysi eteni valmistelu-, järjestely- ja raportointivaiheiden kautta (Elo & Kyngäs 2008). Valmisteluvaiheessa analyysiyksikön valinta asetettiin suhteessa tutkimuskysymykseen (Elo & Kyngäs 2008, Elo ym. 2014). Tutkimuksen pääpaino oli aineistossa ja analyysiyksiköt eivät olleet ennalta määrättyjä. Analyysiyksiköiden valintaan liittyi pohdinta, ovatko ne liian suppeita tai laveja, koska liian laajaa on vaikea hallita ja liian kapea pirstaloituu (Elo ym. 2014). Laajoista analyysiyksiköistä muodostettiin useita pelkistyskäsitteitä. Näin varmistettiin, että pelkistykset kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja vastaavat tutkimuskysymykseen. Pelkistettäessä merkitykselliset ilmaisut pyrittiin tiivistämään niin, että niiden olennainen sisältö säilyi. Jotkut analyysiyksiköt olivat liian suppeita, koska niiden pelkistymisen jälkeen asiayhteys ikään kuin ”katosi”. Tällöin palattiin takaisin aineistoon ja analyysiyksikön uudelleen pohdintaan. (Elo ym. 2014) Tällä myös vahvistettiin se, ettei mitään oleellista aineistoa jäänyt käyttämättä (Bengtson 2016).

Järjestelyvaiheeseen liittyvä olennaisena osana tutkimusmatriisin muodostaminen (Mayring 2000, 2014). Tutkimusmatriisissa merkittävää on pääluokkien muodostaminen olemassa olevan teorian tai aikaisempien tutkimusten avulla (Elo & Kyngäs 2008). Pääluokkien tulisi olla tarkkoja ja objektiivisia (Mayring 2000, 2014). Tässä tutkimuksessa tutkimusmatriisin pääluokkina olivat interventiot, joiden tarkastelu pohjautui hoitajien kokemuksiin ja kehitysehdotuksiin. Pelkistykset sijoitettiin matriisiin mukaisesti. Tämän jälkeen analyysi eteni induktiivisesti. Analyysi jatkui pelkistysten ryhmittelyllä, jolloin pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin samaan alaluokkaan ja annettiin sille sisältöä kuvaava nimi. Tässä vaiheessa palattiin useasti alkuperäisaineistoon tulkinnan varmistamiseksi. Aineiston ryhmittelyä jatkettiin yhdistelemällä sisällöllisesti samankaltaiset alaluokat toisiinsa muodostaen yläluokat. Myös tässä vaiheessa palattiin alkuperäiseen aineistoon ja tarkastettiin luokkia vastaaviksi aineiston kanssa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008.) Tutkimuskysymykset ohjasivat aineistoa koko analyysin ajan. (Elo & Kyngäs 2008, Vaismoradi ym. 2013, Bengtson 2016, Erlingsson & Brysiewicz 2017.) Ensimmäiseen

tutkimuskysymykseen saatiin 585 alkuperäisilmaisua ja niistä 1086 pelkistystä. Alla (kuvio 1) on kuvattu deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet tutkimuskysymykseen yksi.

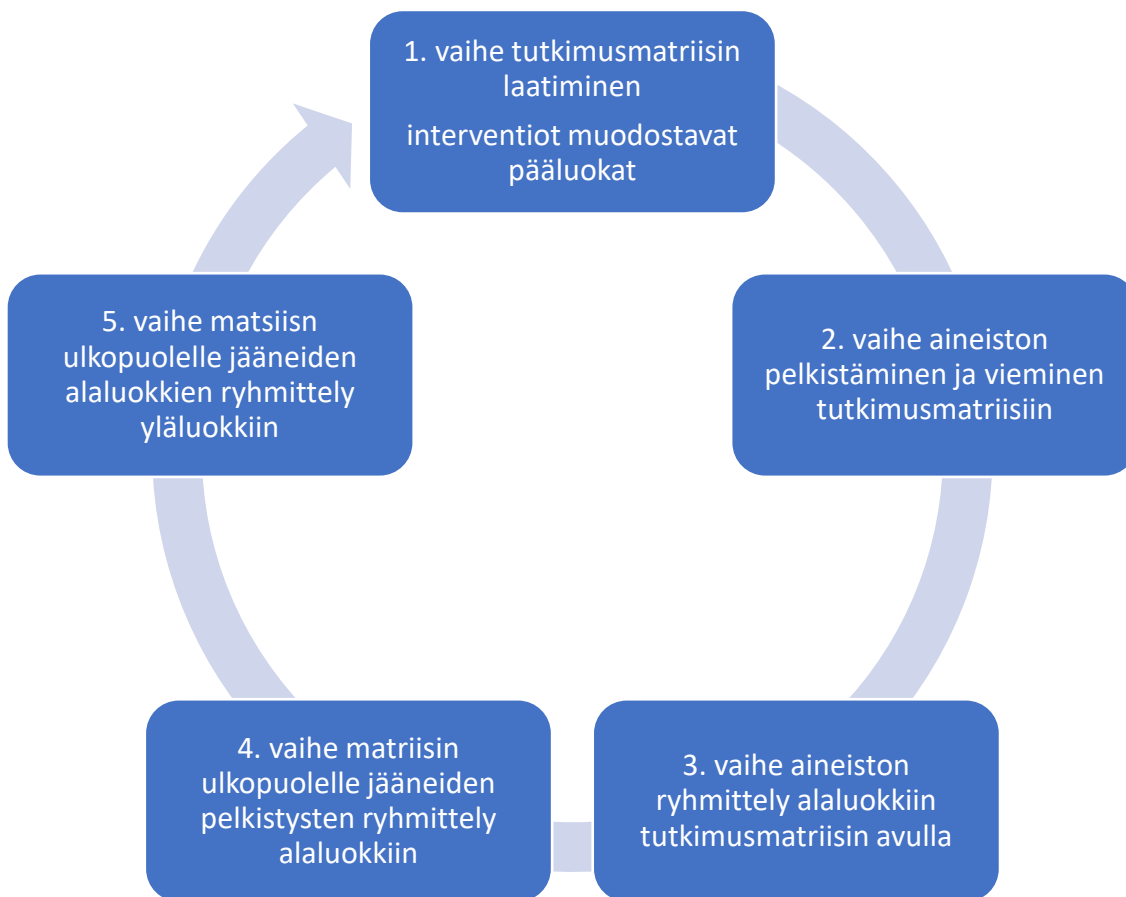


Kuvio 1. Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet tutkimuskysymys 1

Deduktiivisessä analyysissä haasteena on päätöksenteko koskien tutkimusmatriisin ulkopuolelle jääviä pelkistyksiä. (Graneheim 2017). Koska tämän tutkimuksen yhtenä tarkoituksena ja tutkimuskysymyksenä oli kehittää mallia ja lisätä siihen ulottuvuuksia, niin myös nämä pelkistykset olivat merkittävässä roolissa ja niiden analysointi suoritettiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Ensimmäistä tutkimuskysymystä analysoitaessa tällaisia pelkistyksiä ei jäänyt, mutta toisen tutkimuskysymyksen kohdalla näitä pelkistyksiä oli runsaasti.

Toisen tutkimuskysymyksen vastaukset eli osallistujien kehitysehdotukset analysoitiin aluksi kuten tutkimuskysymyksessä yksi deduktiivisen sisällönanalyysin ja tutkimusmatriisin avulla. Aineistoa oli niin vähän, että sen analysointi jouduttiin jättämään alaluokkatasolle. Saatuja tuloksia esitellään kohdennetuissa kehitysehdotuksissa. Tutkimusmatriisin ulkopuolelle jääneiden pelkistysten analyysi suoritettiin induktiivisesti. Pelkistysten avulla tutkittavasta ilmiöstä pyrittiin saamaan kuvaus sanallisessa, tiivistetyssä ja yleisessä

muodossa. Tähän aineistoon tutustumisen jälkeen edettiin aineiston ryhmittelyyn ja alasekä yläluokkien muodostamiseen. (Elo & Kyngäs 2008.) Tutkija siirtyi aineistosta teoreettiseen ymmärrykseen eli konkreettisesta ja tarkasta abstraktiin ja yleiseen. (Graneheim ym. 2017.) Luokat nimettiin niin, että pelkistykset sopivat niihin. Ilmaisut eivät kuuluneet useampaan luokkaan. Luokittelu oli saavutettu, kun aineisto ei kertonut enää uutta. (Bengtson 2016.) Saatuja tuloksia esitellään yleisissä kehitysehdotuksissa. Toiseen tutkimuskysymykseen saatiin 87 alkuperäisilmausta ja niistä 177 pelkistystä. Alla (kuvio 2) on kuvattu deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet tutkimuskysymykseen kaksi.



Kuvio 2. Deduktiivisen ja induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet tutkimuskysymys 2

Raportointivaiheeseen sisältyvästä tietojen analysointiprosessista (Elo & Kyngäs 2008) ja analyysin etenemistä on esitetty havainnollistava esimerkki tutkimusmatriisista seuraavassa taulukossa 1, yhden yläluokan osalta.

Taulukko 1. Analyysin eteneminen

TURVALLISUUDEN YLLÄPITÄMINEN INTERVENTIO		
PELKISTYS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Henkilökunnan kanssa on keskusteltu hoitajien läsnäolosta potilaiden kanssa.475a Työnohjauksessa on keskusteltu hoitajien läsnäolosta potilaiden kanssa.475b Hoitajien läsnäolo potilaiden kanssa on lisääntynyt.475c Hoitajat kokevat läsnäolon potilaiden kanssa todella tärkeänä asiana.479a Erikoistilanteissa osastolla tärkeintä olisi hoitajien läsnäolo potilaiden kanssa.479e Hoitajan läsnäolo potilaiden kanssa on turvallisuuden ylläpitämistä.504a</p>	<p>Potilaiden ja hoitajien yhdessäolo luo turvallisuutta.</p>	<p>HOITAJIEN NÄKYVYYS OSASTOLLA YLLÄPITÄÄ TURVALLISUUTTA</p>
<p>Turvallisuuden ylläpitämisessä tärkein asia on hoitajien läsnäolo yhteisissä tiloissa.476a Haastavien tilanteiden raukeamisen jälkeen henkilökunnan pitäisi mennä mahdollisimman pian osaston yhteisiin tiloihin.480b Henkilökunnan läsnäolo haastavien tilanteiden jälkeen osaston yhteisissä tiloissa rauhoittaa ilmapiiriä.480c Hoitajan läsnäolo osaston puolella olisi tärkeää.502b Olisi hyvä, että hoitaja olisi potilaiden näkyvillä osaston puolella.503b Turvallisuuden ylläpitämiseen riittää, että hoitaja on näkyvillä.506a Turvallisuuden ylläpitämiseen riittää, että hoitaja on lähettyvillä.506b Osastolle luo turvaa hoitajan läsnäolo päiväsalissa.519a</p>	<p>Hoitajan oleminen osaston yleisissä tiloissa luo turvallisuutta.</p>	
<p>Turvallisuuden ylläpitämisessä on tärkeää välttää hoitajien liiallista kansliassaoloa.476b Henkilökunta vetäytyy haastavien tilanteiden rauettua kansliaan palautumaan.480a Hoitajat tekevät paljon työtä kansliassa.502a Hoitajien työskentely kansliassa lukittujen ovien takana ei edistä turvallisuutta osastolla.504b Joskus kaikki hoitajat kerääntyvät kansliaan.506a Suuren määrän hoitajia kerääntyminen kansliatiloihin on ahdistavaa.505</p>	<p>Hoitajien kanslia-aikaa tulisi minimoida.</p>	
<p>Turvallisuuden ylläpitämisessä on tärkeää, että potilaat eivät ole keskenään eri kerroksessa kuin hoitajat.476c Osaston rakenteelliset seikat vaikeuttavat turvallisuuden ylläpitämistä osastolla.481a Turvallisuuden ylläpitoa osastolla vaikeuttaa potilashuoneiden ja yleisten tilojen sijoittuminen eri kerrokseen osastolla.481b Henkilökunnan läsnäolo on vaikea toteuttaa luontevasti yläkerran potilashuoneissa.481c</p>	<p>Osaston sijoittuminen kahteen kerrokseen on turvallisuushaaste.</p>	

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Yhteiset odotukset

Yhteiset odotukset interventiota kuvattiin seuraavasti: interventioon liittyy positiivisia arkikokemuksia, interventiossa on epäselvyyksiä, intervention odotetaan toimivan itsestään ja intervention toteutuminen vaatii työtä (kuvio 1).

Interventioon liittyviin positiivisiin arkikokemuksiin liittyivät kokemukset, että interventio oli toteutettu käytännön pohjalta ja se toteutui käytännön osasto-ohjeina. Yhteisistä odotuksista keskusteltiin osastolla ja erityisesti interventiota käytettiin osaston ongelmatilanteissa. Intervention sisältö koettiin ymmärrettäväksi.

”Meillä on laminoituna sinne potilashuoneisiin ja se plakaatti on yleisissä tiloissa.”⁵

Interventiossa oli epäselvyyksiä, jotka liittyivät intervention syntyhistoriaan osastolla. Epäselvyyksiä aiheutti myös se, että yhteisten odotusten ohjeiden sijainti osastolla ei ollut hoitajien tiedossa.

”Pitäis joka potilashuoneessa olla, mutta mää epäilen, että ei enää oo.”³⁶

Intervention odotettiin toimivan itsestään, koska intervention koettiin olevan passiivisessa käytössä osastolla. Tähän liittyi se, että interventiota ei esitelty potilaille ja se oli päivittämättä.

”Kuinka paljon sitä sitten tulee esiteltyä potilaille tulovaiheessa? Niinku erikseen? Aika monelta unohtuu...itseltäkin.”¹⁵

Intervention toteutuminen vaati työtä. Intervention kuvattiin toteutuvan osittain ja tarvitsevan henkilökunnan tukea. Yksittäisen hoitajan merkitys nousi keskeiseksi asiaksi intervention toteutumiselle.

”Hoitaja, joka oli aktiivinen siinä, jäi eläkkeelle. Kyllä sinä aikana, kun hän oli siinä ja nyt sen huomaa, että se on jäänyt. Eikä se tuu edes mieleen, vaan nyt kun siitä puhutaan sen huomaa.”³⁷



Kuvio 1. Yhteiset odotukset yläluokat

4.2 Ystävälliset sanat

Ystävälliset sanat interventiota kuvattiin seuraavasti: interventio koetaan merkitykselliseksi, interventiota toteutetaan osastolla, henkilökunta on keskeisessä roolissa intervention toteutumisessa ja interventio ei toteudu arjessa (kuvio 2).

Interventio koettiin merkitykselliseksi, koska sen kuvattiin olevan mielekäs ja sillä koettiin olevan ennaltaehkäisevä merkitys.

”Niin kuin periaatteeltaan tää olis niin kuin hyvä, että kun sitä niinkun muistuteltais ja tuotais esille.”⁴⁴

Interventiota toteutettiin osastolla, tämä tapahtui käytännössä teksteinä. Hoitajat myös kokivat intervention uudistuvan käytössä.

”Me luotiin aina vähäks aikaa joku niinku huoneentaulu niinku tonne meidän kansliaan ystävällisistä ajatuksista ja jutuista, että se nyt oli melkein niinku henkilökunnalle se.”⁸²

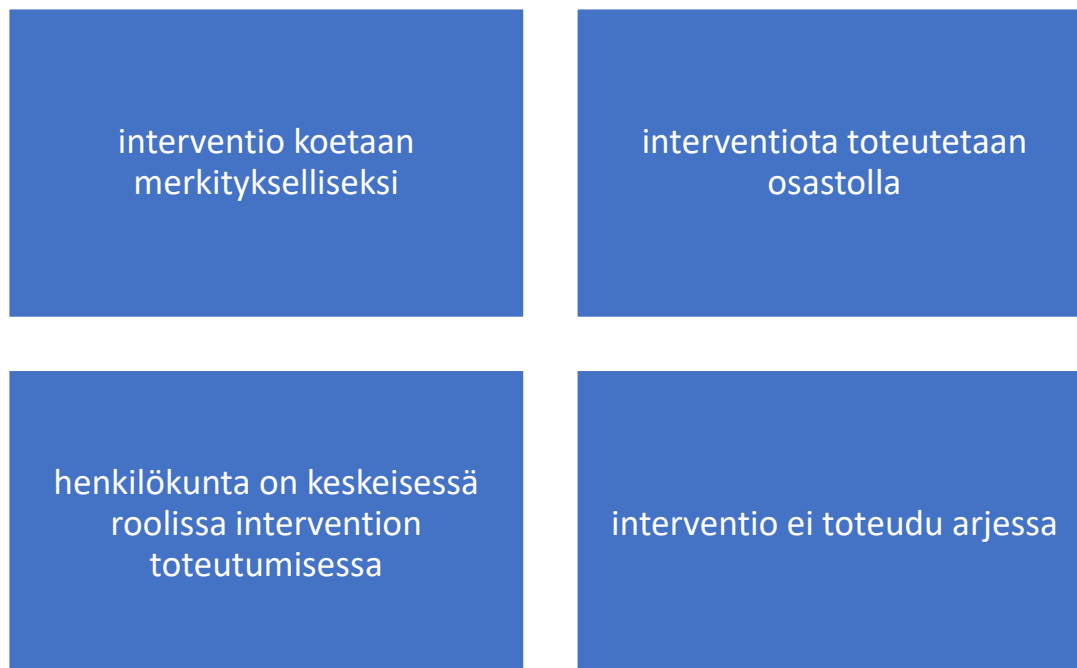
Henkilökunta oli keskeisessä roolissa intervention toteutumisessa.

Interventiovastaavalla koettiin olevan oleellinen merkitys interventiossa. Henkilökunnan vaihtuvuus vaikeutti intervention käyttöä osastolla.

”Meillä oli tässä alkuun innokas interventiovastaava siinä ja silloin se eli paremmin.”⁷⁰

Interventio ei toteutunut arjessa. Syinä toteutumattomuudelle hoitajat kertoivat, että interventio oli vaikea hahmottaa, sitä ei koettu käytännönläheisenä eikä mielekkäänä. Hoitajat kuvasivat, että interventio ei toteutunut käytännössä, sitä ei päivitetty ja intervention käyttö oli lopahtanut osalla osastoja. Interventio koettiin myös huomaamattomaksi.

”Et se on niin kuin, tai ainakin ihmiset sen ainakin kokee niin kuin aika teennäisenä, tai näin, että niin kuin, että niitä on sellaisenaan niin ku ainakaan vaikea niin kuin ottaa siihen omaan työhön, että se niin kuin näkyis siinä sitten siinä potilaan kohtaamisessa.”⁴⁶



Kuvio 2. Ystävälliset sanat yläluokat

4.3 Puheella rauhoittaminen

Puheella rauhoittamisen interventiota kuvattiin seuraavasti: interventio on toimiva, intervention käyttö korostuu osaston kriisitilanteissa, intervention oppimiseen liittyvät asiat nousivat tärkeiksi interventiossa, yksittäisen hoitajan merkitys on tärkeä interventiolle ja intervention sisältö puhututtaa (kuvio 3).

Interventio oli toimiva ja se koettiin Safewardsin ydinasiaksi. Intervention kuvattiin olevan päivittäisessä käytössä sekä kaikkien hoitajien käytössä. Interventiosta oli toimintaohje osastolla ja interventio sisälsi ohjeita potilaan kohtaamiseen. Intervention koettiin muuttaneen osaston toimintatapoja potilasta huomioivammaksi.

”Tää on meillä ihan jokapäiväisessä käytössä meillä tää puheella rauhoittaminen. Ja tää toimii meillä hyvin.”¹¹⁶

Intervention käyttö korostui osaston kriisitilanteissa. Interventiota käytettiin konfliktitilanteissa ja hoitajat kokivat intervention avulla vältettävän pakkotoimenpiteitä.

”Että kun tulee potilas sairaalaan ja ollaan siinä pakkotoimien kynnyksellä, niin ollaan paljon kärsivällisempiä. Että ennen vanhaan, vanhoina huonoina aikoina niin, niin paljon nopeemmin sanottiin, että nyt on puheet pidetty ja tarvii ruveta toimimaan. Mutta nyt sitä aikaa otetaan paljon enempi, vaikka kuinka olis poliisia ja virka-apua siinä odottamassa, niin sitä haetaan sitä yhteistä suunnitelmaa siitä tilanteesta ulospääsemiseksi.”¹²¹

Intervention oppimiseen liittyvät asiat nousivat tärkeiksi. Tähän liittyi oleellisena asiana perehdytys, jonka merkitys korostui interventiossa. Hoitajat kertoivat, että intervention käyttöä ja yleisesti interventioon liittyviä asioita kerrattiin osastoilla. Toisaalta esiin nousi myös vastakkaisia kokemuksia, että intervention käyttöön ei perehdytty tai että interventiota pitäisi perehdyttää enemmän. Myös mallioppimisen koettiin liittyvän intervention käyttöön.

”...koska eihän sitä, niinku miten kiihtyneen ja aggressiivisen potilaan kanssa puhutaan, niin eihän sitä niinku pysty opettelemaan mitenkään muuten kuin vaikka seuraamalla niitä vanhempia kollegoita, niin tossa olisi kuitenkin niinku sellanen aika konkreettinen juttu mistä vähän vois kattoo että mitä siinä

vuorovaikutuksessa on tärkeää ja mitä se vaikka just tarkoittaa, että ei provosoida potilasta.”104

Yksittäisen hoitajan merkitys oli tärkeä interventiolle. Hoitajan persoona korostui intervention käytössä. Ristiriitaisia kuvauksia käytännön toiminnasta oli kokemuksissa, joissa kerrottiin intervention olevan kokemusta omaavien hoitajien käytössä ja toisaalta kuvattiin, että interventio ei ollut jalkautunut vanhempien hoitajien toimintaan. Uusien henkilöiden koettiin olevan vastaanottavaisia intervention käytölle.

”Ja et se posterit, et sitä mää käytän ainakin kun tulee uusia ihmisiä töihin, opiskelijoita. Se on niin kuin, että siinä kohtaa ihmiset on hirveen vastaanottavaisia. On niin kuin paljon vaikeempi mennä sille kokeneelle kollegalle sanoo tai mennä sanomaan, että älä seistä törötä kädet puuskassa uhkaavan näköisenä. Että nuorissa on tulevaisuus.”119

Intervention sisältö puhututti hoitajia. Intervention sisällön merkityksestä hoitotyöhön keskusteltiin ja intervention käyttämistä hoitotyössä muistutettiin. Kokemuksina oli myös, että interventio oli vanhan toistoa ja arkipäivää. Interventioon liittyvän posterin koettiin olevan huomaamaton.

”Niin on, tää on kyl yks niistä interventioista joita...kun puhutaan Safewardsista, nii sitte sitä jotenkin puhutaan negatiivisesti, että on keksitty uudestaan auto, että niinku tätähän ollaan aina tehty.”100



Kuvio 3. Puheella rauhoittaminen yläluokat

4.4 Positiiviset sanat

Positiiviset sanat interventiota kuvattiin seuraavasti: interventiota on positiivisia kokemuksia, intervention käyttö on oleellista raporttitilanteissa, erityistilanteissa intervention käyttö korostuu, huumorin käyttö liittyy interventioon, interventiota käytetään vaihtelevasti osastolla ja interventio koetaan negatiivisesti (kuvio 4).

Interventioista oli positiivisia kokemuksia. Hoitajat kokivat intervention käytön tärkeäksi työssään ja positiivisten sanojen käytön myönteisenä asiana. Interventio eli osaston arjessa ja hoitokäytännöt olivat muuttuneet potilaskeskeisemmiksi intervention ansiosta. Positiivisten asioiden esiin nostoa pidettiin tärkeänä hoitosuhteessa ja sitä, että positiiviset sanat osoitettiin potilaille.

”...nimenomaan semosella pidemmällä aikavälillä tullut semmonen jonkinlainen muutos tai ihmiset on niinku tietoisempia siitä niinku, että niitä voimavaroja ja vahvuuksia pitäis niinku, jotenkin tässä pyrkiä huomioimaan, hoidossa.”¹⁵²

Intervention käyttö oli oleellista raporttitilanteissa, joissa positiivisia sanoja kerrottiin käytettävän. Toisaalta kokemuksena oli, että raporteilla korostuivat negatiiviset asiat.

”Jossain kohti me ihan tietoisesti yritettiin, koitettiin semmostakin, että pitää sanoo kaksi positiivista asiaa jokaisesta potilaasta siinä raportin yhteydessä.”¹⁶⁰

Erityistilanteissa intervention käyttö korostui, tähän sisältyi kuvauksia intervention käytöstä haastavissa tilanteissa osastolla sekä yleisesti negatiivisuuden kuormittavasta vaikutuksesta.

”Aika ajoin nousee esille, ehkä niissä tilanteissa, kun on hirveen vaikea tilanne osastolla ja on niinku paljon niin sanotusti negatiivista sanottavaa potilaiden voinnista tai ei oo niin paljon positiivista, nii ehkä siinä sitten yrittää poimia niitä, pieniäkin niitä... pieniäkin välillä, mutta jotain positiivista.”¹⁵⁷

Huumorin käyttö yhdistyi interventioon. Hoitajat kertoivat positiivisiin sanoihin liitetyn huumoria, joka osin oli ollut ongelmallista ja ylilyöntejä tapahtuneen. Toisaalta huumorin käytön kerrottiin myös normalisoituneen.

”Sillain vitsiksikin vedettiin, että sillain puoliväkisin, mutta kyllä se siitä sitten normalisoitui siitä. Että tuli normaalistikin jotain hyvää ja positiivista.”¹⁶⁷

Interventiota käytettiin vaihtelevasti osastolla. Interventio käyttö oli ajoittaista ja osa hoitajista koki intervention unohdetun. Osa hoitajista puolestaan kertoi, että intervention käytöstä muistutettiin heitä. Vaikka kokemuksina oli, että interventio ei näy osaston arjessa, niin sitä kuitenkin toivottiin käytettävän.

”Varmaan niitä mitä raporttitilanteessa usein sitten toisinaan nousee esille ja toisinaan vähemmän. Aina välillä joku muistaa mainita, että positiiviset sanat.”156

Interventio koettiin negatiivisena. Hoitajat kokivat intervention luontevan käytön vaikeana ja interventio oli herättänyt vastustusta osastolla. Intervention vaikuttavuus arvioitiin sekä hankalaksi että olemattomaksi.

”Onko se meidän suomalaisten luonnekin semmonen, että on niin hankala muutenkin kehua toista, työkaveria tai potilasta ja löytää niitä positiivisia asioita. Että liittykö se osittain siihenkin.”177



Kuvio 4. Positiiviset sanat yläluokat

4.5 Huonojen uutisten kertominen

Huonojen uutisten kertomisen interventiota kuvattiin seuraavasti: intervention sisältö on tuttua, huonojen uutisten kertominen on ennakointia, potilaan asema korostuu

interventiossa, huonojen uutisten kertojalla on tärkeä merkitys, intervention käyttö vaatii opettelua ja intervention toteutus on haasteellista (kuvio 5).

Intervention sisältö oli tuttua ja hoitajat kertoivat huonojen uutisten kertomisen olevan osa osastoarkea. Hoitajat kokivat intervention mukaiset asiat sekä osaston perustyönä että itsestäänselvyyksinä.

”Kyllä, joka päivä keromme useampaankin kertaan huonoja uutisia, että se on ihan sitä meidän perushoitotyötä.”214

Huonojen uutisten kertominen oli ennakointia. Hoitajat kertoivat, että huonojen uutisten kertomiseen varauduttiin. Huonojen uutisten kertomiseen liittyi vaihtelevia tilanteita ja turvallisuusnäkökulma.

”Sanotaanko näin, että huonot uutiset, että mitä ne nyt sitten yleensä hoitoon liittyviä on, että tulee pidättävä hoitopäätös tai et kotiudu viä, niin aika pitkälle nääkin on mun näkemyksen mukaan semmosia, että ne on... että niihin osataan yleensä varautua.”203

Potilaan asema korostui interventiossa. Tähän liittyen huonoja uutisia mietittiin potilaan näkökulmasta. Huonojen uutisten kertominen yhdistettiin kieltoihin ja niiden kertomista yritettiin sekä pehmentää että perustella. Huonojen uutisten kertomisessa niiden kertomisen ajankohta korostui.

”Mutta kyllä siinä nyt niinku aika usein haetaan sitäkin, että voidaanko me jotenkin joustaa, että missä voidaan tulla vastaan sit siinä kohtaa.”232

Huonojen uutisten kertojalla oli tärkeä merkitys. Hoitajien kokemus oli, että vaikka kaikki työntekijät kertoivat huonoja uutisia, niin huonojen uutisten kertomisessa niiden kertojan merkitys korostui. Huonojen uutisten kertomisen kuvattiin olevan moniammatillista yhteistyötä ja usein huonoja uutisia kertomassa oli useampia henkilöitä.

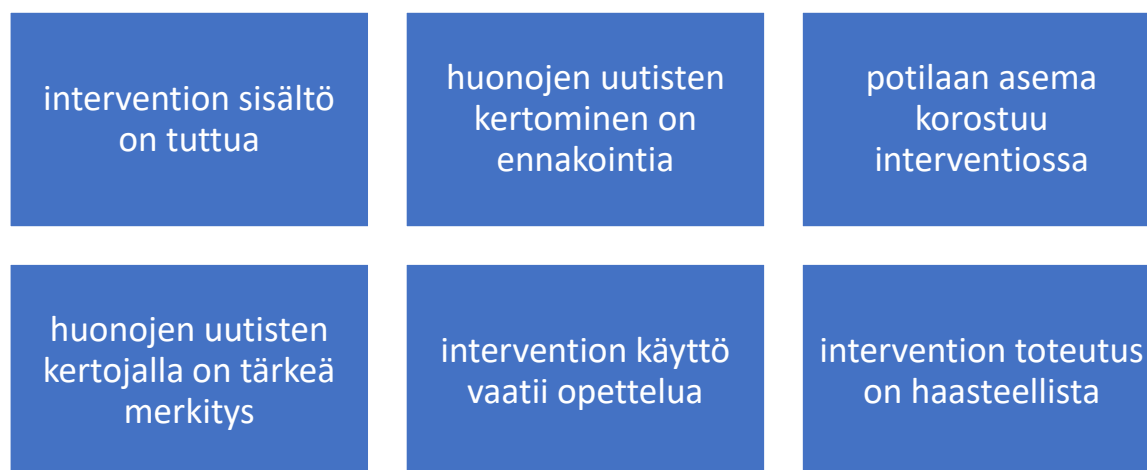
”Vaan kyllä se järjestellään siten, että sanotaan, että mennään tapaamaan lääkäriä tai tuu tonne kansliaan meidän kanssa ja istutaan alas ja keskustellaan siitä asiasta.”205

Intervention käyttö vaatii opettelua. Hoitajat kokivat huonojen uutisten kertomisen vaativan intervention sisäistämistä. Huonojen uutisten kertomista pohdittiin uusien hoitajien kanssa ja interventio auttoi tiedostamaan huonojen uutisten kertomisen periaatteita.

”Sillain se on mun mielestä hyvä, kun nyt tulee näitä uusia ihmisiä, että kun kesäksikin tullu ja ei ole tehnyt tätä työtä, tulee ihan muunlaisesta työpaikasta, niin silloin tää on kanssa semmonen jota täytyy vähän niinku käydä läpi, että ihmiset ei mee suinpäin tilanteeseen ja töksäytä jotain, esimerkiksi.”217

Intervention toteutus oli haasteellista, liittyen kokemuksiin, että interventiota oli vaikea toteuttaa käytännössä ja huonojen uutisten kertominen koettiin vaikeana. Myös interventiovastaavan tehtävää oli vaikea hahmottaa.

”...niin se saattaa olla niille interventiovastaavillekin aika haastava sitten hahmottaa, saatikka sitten koko työryhmälle, että se pitäis sitten niinku, jotenkin joka päivä sitten kuitenkin niinku huomioida, ja että tuleeko tämmösiä niinku huonoja uutisia jollekin potilaalle tai ei.”201



Kuvio 5. Huonojen uutisten kertominen yläluokat

4.6 Tullaan tutuiksi

Tullaan tutuiksi interventiota kuvattiin seuraavasti: interventio on osastolla aktiivikäytössä, intervention käyttö muuttaa positiivisesti hoitokulttuuria, interventiota yritetään edelleen jalkauttaa osastolle, intervention käytössä on edistytty, interventio herättää negatiivisia

tunteita, suhtautuminen interventioon jakaa hoitajien mielipiteitä ja interventio ei ole käytössä osastolla (kuviokuva 6).

Interventio oli osastolla aktiivikäytössä. Hoitajat kokivat intervention toimivan hyvin osastolla ja sen myös tarpeelliseksi. Intervention käyttöönotto oli ollut osastolla sujuvaa ja suhtautumisen siihen positiivista. Interventioon oli valittu osastolla vastuuhenkilöt. ”Tullaan tutuiksi” -kansio toimi osastolla arjen työvälinautena ja kansion sivuja päivitettiin. Kansio koettiin oman osaston jutuiksi. Kansio sisälsi eri ammattiryhmien esittelyä ja myös potilaat olivat kiinnostuneita kansioista. ”Tullaan tutuiksi” -kansion toteutuksen koettiin olevan vapaamuotoista.

”Meillähän se oli ensimmäinen interventio mikä otettiin käyttöön ja se on toiminut hyvin.”265

Intervention käyttö muutti positiivisesti hoitokulttuuria. Intervention koettiin lisäävän avoimuutta ja yhteistyötä osastolla sekä edistävän hoitokulttuurin muuttamista tasa-arvoisemmaksi. Interventio koettiin potilaiden kunnioittamisena. ”Tullaan tutuiksi” -kansio tutustutti henkilökuntaa potilaille ja intervention koettiin inhimillistävän hoitajia.

”Että oikeesti tää kulttuuri on oikeesti päässyt kasvamaan siitä vanhanaikaisesta parempaan suuntaan. Ja tässä Safewardsissa se kulttuurin muutos on kyse siitä, että ollaan tasa-arvoisia ja samalla viivalla ja kunnioittavia ja jos sitten ei kerro itsestään yhtään mitään, niin ei oo kovin kunnioittava silloin.”287

Interventiota yritettiin edelleen jalkauttaa osastolle. Tämä siksi, että interventio oli lähtenyt käyntiin hitaasti ja toteutunut vähitellen. Sen koettiin olevan edelleen puutteellinen ja sen olemassaolosta muistutettavan.

”Meillä on kyllä todella, todella hitaasti lähtenyt liikenteeseen.”243

Intervention käytössä oli edistytty. Suhtautuminen interventioon oli muuttunut myönteisemmäksi ja potilaiden palaute oli edistänyt intervention toteutumista. Interventiovastaavien rooli oli koettu tärkeänä ja esimerkin voima oli auttanut kansion toteutumisessa.

”Mutta varmaan se että, mikä siihen meillä on vaikuttanut, että se on pikku hiljaa lähtenyt kuitenkin niinku...niin just se potilaalta tuleva palaute, niin ne on tossa

kysellyt, että miksei sulla oo sivua kun näillä on, että se on sitten ehkä vähän aktivoinut näitä ihmisiä niinku laittaa näitä sivujansa sinne.”252

Interventio herätti negatiivisia tunteita. Intervention tarkoitusta ei ymmärretty ja sen käyttöönotto oli aiheuttanut ahdistusta. Interventio koettiin turhana ja liian henkilökohtaiseksi. ”Tullaan tutuiksi” -kansio koettiin uhkana ja sitä vastustettiin. Intervention toteuttaminen koettiin teknisesti vaikeana ja oman kuvan esillepano oli kynnyskysymys interventiossa. Hoitajat kokivat interventiossa korostuvan hoitajien ja potilaiden erilaiset mahdollisuudet vapaa-ajanviettoon.

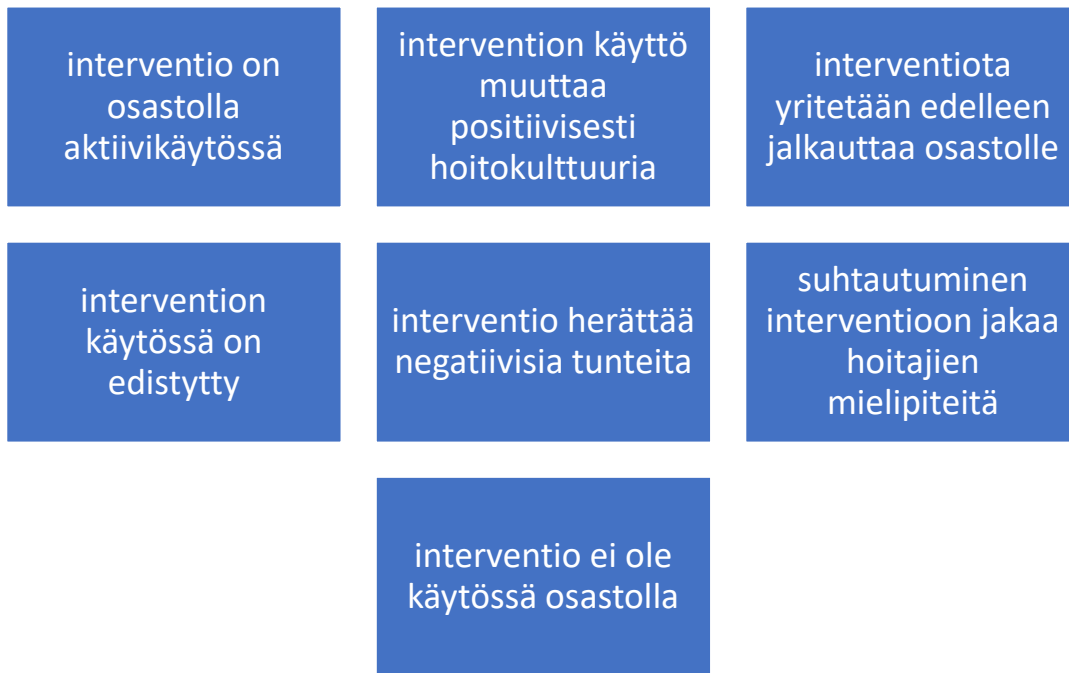
”Ja mää en niinku sitä perusajatusta löydä tästä. Että minkä takia potilaan pitäis tietää, että minkälaisia kirjoja mää luen tai minkälaista musiikkia mää kuuntelen, että mitä se tuo niinku lisäarvoa meidän suhteeseen, hoitosuhteeseen. Mikä on tavoite?”305

Suhtautuminen interventioon jakoi hoitajien mielipiteitä. Interventio herätti tunteita ja negatiivista suhtautumista interventiota kohtaan ei ymmärretty. Myöskään ahdistuksen ja pelon tunteita intervention toteuttamista kohtaan ei ymmärretty. Negatiivisen suhtautumisen interventiota kohtaan toivottiin muuttuvan.

”Sitä on hirveen vaikee ymmärtää, että miksi se on vaikeeta.”272

Interventio ei ollut käytössä osastolla. Interventio oli jäänyt täysin toteutumatta tai se ei ollut käynnistynyt yrityksistä huolimatta. ”Tullaan tutuiksi” -kansio oli jäänyt tekemättä.

”En nyt muista, kyllähän tähänkin ne vastaavat valittiin, mutta ei kansio ilmestynyt, eikä oo sen koommin puhuttu koko aiheesta juurikaan.”241



Kuvio 6. Tullaan tutuiksi yläluokat

4.7 Avun antaminen

Avun antaminen interventiota kuvattiin seuraavasti: avun antaminen on osa yhteisökokousryhmää, intervention toteutuminen osastolla on myönteinen asia, potilaiden vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät intervention ansiosta, koko yhteisön osallistuminen on tärkeää intervention toteutumiselle, interventio ei toimi ohjeistuksessa olevalla tavalla, interventio ei sovellu käytäntöön (kuvio 7).

Avun antaminen oli osa yhteisökokousryhmää ja hoitajat kertoivat, että intervention toteutus oli Safewardsin mukaista. Hoitajien mukaan yhteisökokous toteutui osastolla säännöllisesti ja Safewardsin ansiosta osastolle oli kehitetty ryhmätoimintaa.

”Meillä on maanantaisin ja perjantaisin yhteisökokousryhmä, missä sitten mennään sen Safewards rungon mukaan se ryhmä läpi.”317

Intervention toteutuminen osastolla oli myönteinen asia ja hoitajat kuvasivat, että yhteisökokousryhmistä oli hyviä kokemuksia ja niissä oli positiivinen ote. Potilaat suhtautuivat myönteisesti interventioon ja yhteisökokousryhmiin osallistumisen kynnyksellä oli matala. Interventiota oli yritetty kehittää ja sitä yritettiin saada edelleen toimimaan.

”Mun mielestä ne on ollut pääsääntöisesti semmosia hyviä ryhmiä, pyritään semmoseen positiiviseen keskusteluun...”318

Potilaiden vaikutusmahdollisuudet lisääntyivät intervention ansiosta, koska yhteisökokousryhmien koettiin lisäävän potilaiden vaikutusvaltaa osaston toimintaan. Hoitajat kuvailivat myös, että yhteisökokousryhmissä oli potilaita kannustava ote.

”Ja kysellään, onko joku lähdössä ja haluaako kertoa jotain. Ja kysytään aina, onko jotain kerrottavaa tai haluaako kysyä jotain.”356

Koko yhteisön osallistuminen oli tärkeää intervention toteutumiselle. Hoitajat kertoivat yhteisökokousryhmien kärsivän pienistä osallistujamääristä, vaikka yhteisökokouksien koettiin koskevan sekä potilaita että henkilökuntaa. Vapaaehtoisen osallistumisen yhteisökokousryhmiin ei hoitajien kuvauksissa toiminut. Yhteisökokouksissa niiden vetäjän merkitys korostui.

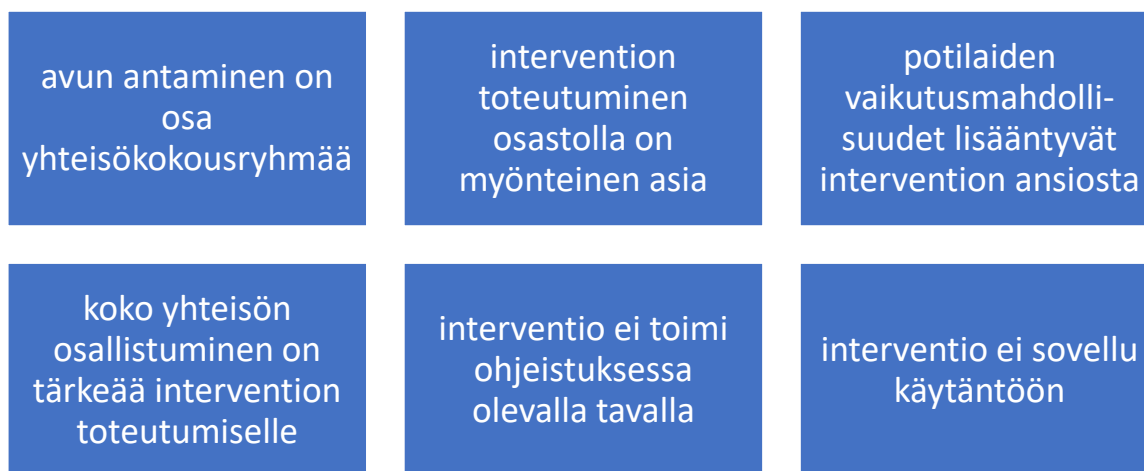
”Mutta tää ongelma on se, että potilaita on vaikea siihen saada, että on niin petivetosta sakkia, että tuntuu toisaalta taas vähän hullulta pakottaa ihmistä sieltä huoneesta peiton alta, että ei viitti alkaa kantaa sieltä päiväsaliin. Mutta hyvin vaihdellen, joskus on kolme potilasta ja parhaimmillaan on ollu seitsemäätoistakin, että joka ikinen potilas on tullut siihen, että paljon vaihtelee kyllä.”324

Interventio ei toimi ohjeistuksessa olevalla tavalla. Hoitajat kertoivat, että interventio ei ollut heille tuttu tai he kokivat sen toteutuvan muunneltuna. Interventioon liittyvän yhteisöryhmän ei koettu myöskään toteutuneen intervention mukaisena. Hoitajat kuvailivat yhteisöryhmän olleen pääosin informatiivinen. Hoitajien kokemuksena oli, että osaston muut ryhmät korvasivat yhteisökokousryhmää ja että avun antaminen toteutui osastolla ilman interventiota.

”Se on varmaan semmonen, että ei se oo meillä esilläkään ollut, että käytäis tietyn struktuurin läpi sitä hommaa.”396

Interventio ei sovellu käytäntöön, koska potilaiden avun antaminen toisilleen oli kyseenalaista ja käytännön syistä vaikeaa. Potilaiden heikon kunnon ei koettu tukevan intervention toteutumista ja myös potilaiden passiivisuus vaikeutti intervention toteutumista. Intervention toteutus koettiin vaikeana ja osaston profiiliin ei koettu tukevan interventiota. Intervention ei koettu toteutuvan väkisin ja osalla osastoja interventio ei ollut enää käytössä.

”Se on kuitenkin niinkun Safewardsille ja näille interventioille luonnollista tai tyypillistä, että ei ne kaikki toimi kaikilla osastoilla ja en tiedä toimiiko kaikki yhtään mitenkään millään osastolla, mutta tota ei siitä tarvi syyllisyyttä tuntee, jos ei meilläkään ei oo tämmöstä ryhmää, kun ei se sovi kertakaikkiaan meidän osastolle.”³⁷²



Kuvio 7. Avun antaminen yläluokat

4.8 Rauhoittumiskeinot

Rauhoittumiskeinot interventiota kuvattiin seuraavasti: interventio toimii osaston arjessa, konkreettiset asiat toimivat rauhoittumiskeinoina, tiloilla on rauhoittava merkitys, rauhoittumiskeinot laatikkoon liittyvät useita ulottuvuuksia ja interventio ei toimi toivotulla tavalla (kuvio 8).

Interventio toimi osaston arjessa. Rauhoittumiskeinot olivat aktiivikäytössä ja niitä esiteltiin osaston ryhmissä potilaille. Interventio opetti rauhoittumiskeinojen käyttöä. Intervention käytöstä oli hyviä kokemuksia ja rauhoittumiskeinoja tarjottiin potilaille. Potilaat kyselivät rauhoittumiskeinoja hoitajilta ja yksilöllisyyden koettiin korostuvan

rauhottumiskeinojen käytössä. Hoitajan osallisuus intervention toteutumisessa oli oleellista, toisaalta potilaat osasivat käyttää rauhoittumiskeinoja myös itsenäisesti.

”Meillä on kans se laatikko ja sit meillä on rauhoittumiskeinot yks aamuryhmän aihe.”400

Konkreettiset asiat toimivat rauhoittumiskeinoina ja hoitajat listasivat asioita, joita oli käytetty rauhoittumiskeinoina. Hoitajat kertoivat palloja, värittämistä, kaurapussia, kylmää, voimakkaita makuja ja painopeittoa käytetyin rauhoittumiskeinoina. Ulkoilun koettiin toimivan rauhoittumisenkeinona sekä palapelien kokoamisen hoitajan kanssa rauhoittaneen potilaita. Yleisesti kuvailtiin intervention olevan toiminnallinen ja myös musiikki liitettiin rauhoittumiskeinoihin.

”Siellä on paljon tavaraa, siellä on semmosta mitä pystyy käyttämään sitten tekemisen kautta, niitä rauhoittumiskeinoja.”421

Tiloilla oli rauhoittava merkitys. Potilaiden omat huoneet auttoivat rauhoittumisessa ja joillakin osastoilla oli erillinen rauhoittumishuone. Tilapäishuone oli rauhoittumispaikka ja siellä oleva kameravalvonta rauhoitti potilasta.

”Yks rauhoittumiskeino voi olla, vaikka eristyshuoneeseen meno. Että, kun oot kameran alla, niin tuntuu turvalliselta olla siellä. Et hyvin tuo itekkin esille...”460

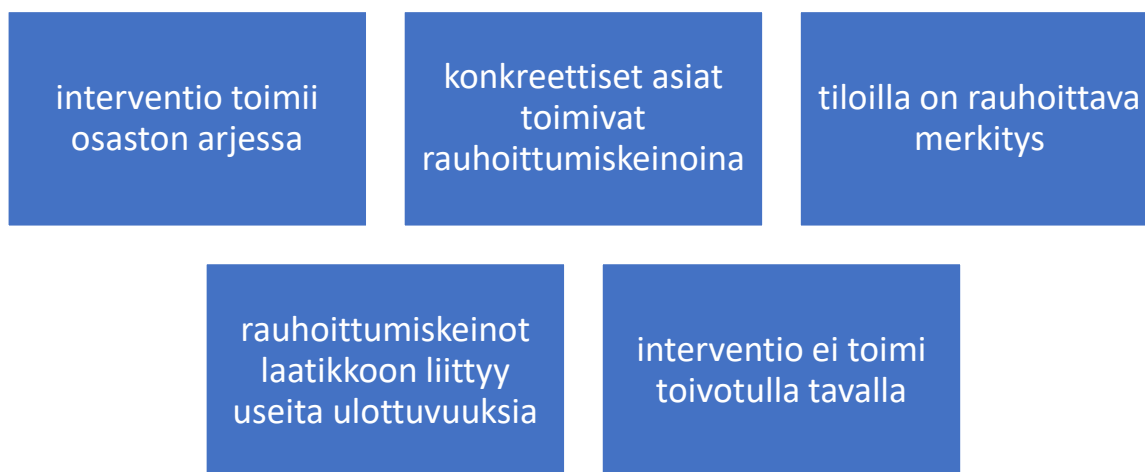
Rauhoittumiskeinot laatikkoon liittyi useita ulottuvuuksia. Hoitajat kokivat toisaalta intervention toteutuneen rauhoittumiskeinot laatikon avulla, mutta myös niin, että rauhoittumiskeinot eivät liittyneet yksinoman rauhoittumiskeinot laatikkoon. Rauhoittumiskeinot laatikkoon hankittiin edelleen tavaroita ja sen sijainti osastolla koettiin oleelliseksi asiaksi.

”Mut joo niinku sillain kyllä sieltä niinku yksittäisiä asioita on käytetty ja kyllä me koko ajan näitä konsteja tarjotaan, vaikka se boxi nyt fyysisesti on siellä. Että, sehän nyt on vähän semmonen symbolinen tavallaan se laatikko.”416

Interventio ei toiminut toivotulla tavalla. Interventio koettiin vieraaksi, se ei ollut aktiivikäytössä osastolla ja intervention käyttö unohtui. Toisaalta intervention koettiin toimivan ajoittain. Potilaiden vaikeiden oireiden koettiin vaikeuttavan intervention toteutumista. Rauhoittumiskeinotlaatikko ei ollut toetunut tai se oli hävinnyt. Rauhoittumiskeinot laatikon sisältö oli niukka, sinne oli hankala saada hankituksi asioita, ja hoitajat kokivat myös eri osastoilla olleen erilaiset mahdollisuudet hankkia asioita

rauhottumislaatikkoon. Hoitajat kuvasivat rauhoittumiskeinot laatikon tavaroiden katoavan ja että laatikkoa ei ollut päivitetty.

”Kyllä se, välillä se vähän unohtuu, sitten se taas muistetaan. Nyt meillä on viime viikkoina ollut potilasaines ollut ihan oikeesti melisairasta, niin siinä ei tarvi sitä laatikkoo.”⁴³⁰



Kuvio 8. Rauhoittumiskeinot yläluokat

4.9 Turvallisuuden ylläpitäminen

Turvallisuuden ylläpitäminen interventiota kuvattiin seuraavasti: turvallisuuden ylläpitäminen on jatkuva prosessi, turvallisuusasioiden tunnistaminen on osa turvallisuuden ylläpitoa, hoitajien näkyvyys osastolla ylläpitää turvallisuutta, turvallisuuden ylläpitoon osastolla saadaan ulkopuolista tukea ja turvallisuuden ylläpito on haasteellista (kuvio 9).

Turvallisuuden ylläpitäminen oli jatkuva prosessi ja hoitajat kuvasivat turvallisuuden ylläpitämisen olevan osa perushoitotyötä osastolla ja olevan osaston yhteinen asia. Yleisesti ottaen hoitajat kuvasivat turvallisuuden ylläpitämiseen liittyviä asioita käsiteltävän osastolla jatkuvasti potilaiden kanssa. Turvallisuusasioita käytiin läpi yhteisöryhmässä ja aamuinfossa. Osaston turvallisuutta heikentäneitä tilanteita käytiin läpi sekä yhteisöllisesti että yksilöllisesti.

”Erikseen ja yhdessä...Joutuu erikseen ja yhdessä, moneen kertaan. Moneen kertaan sanoon samaa asiaa ja se on semmosta...”485

Turvallisuusasioiden tunnistaminen oli osa turvallisuuden ylläpitoa. Hoitajat huomioivat poikkeavien tilanteiden syntymisen mahdollisuuden osastolla. Potilaiden poissaoloa yhteisistä tiloista pidettiin merkinä turvallisuuspoikkeamasta osastolla. Potilaiden riskikäyttäytymisen arviointi oli ennakointia ja osastoilmapiiri turvallisuustekijä. Potilaiden tunteminen helpotti turvallisuuden ylläpitoa ja turvallisuuteen kiinnitettiin huomiota uuden potilaan tulotilanteessa. Hoitajat kokivat osaston potilasprofiilin olevan haaste turvallisuudelle ja jotkut potilaat pelottivat toisia. Potilaiden väliset riitatilanteet haastoivat hoitajia. Riitelevät potilaat sijoitettiin eroon toisistaan.

”Päiväsali on aika hyvä mittari, jos se on tyhjä, niin että siinä on yks tai kaks ihmistä. Toinen on niin huonossa kunnossa, että se ei tajua mitä tapahtuu ja toinen kävelee rinkiä siinä, muut potilaat on huoneissaan. Silloin tietää, että nyt ei oo kaikki kondiksessa.”526

Hoitajien näkyvyys osastolla ylläpiti turvallisuutta. Hoitajat kuvailivat kokemuksiaan niin, että potilaiden ja hoitajien yhdessäolo loi turvallisuutta. Erikseen mainittiin, että hoitajan oleminen osaston yleisissä tiloissa loi turvallisuutta ja että hoitajien kanslia-aikaa tulisi minimoida. Osaston sijoittuminen kahteen kerrokseen oli turvallisuushaaste.

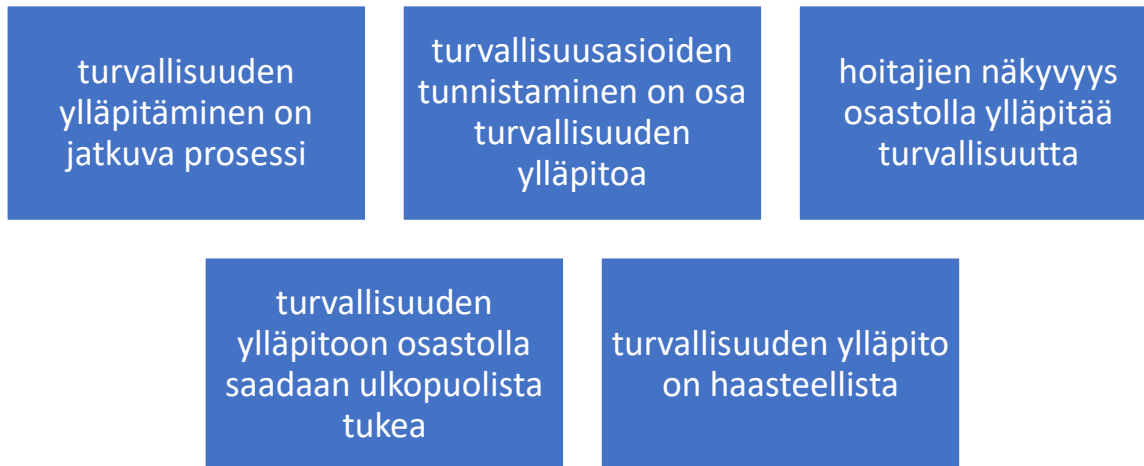
”Tää nyt vaan nousi tämmösenä ajatuksena, että sekin on semmonen varmaan, mikä sitä turvallisuuden tunnetta tuo, että se hoitaja on siinä, eikä siä lukkojen takana kansliassa, niinku henkilökunta, niin kuin monesti saattaa olla, että kaikki on jossain ja potilaat kolkuttelee oviin, että onks täällä ketään.”504

Turvallisuuden ylläpitoon osastolla saatiin ulkopuolista tukea. Poikkeaviin tilanteisiin osastolla osallistui useita ulkopuolisia tahoja, joiden kuitenkin koettiin horjuttavan yleistä turvallisuutta.

”Ja jo se, että ne vartijat tulee sieltä ja menee johonkin huoneeseen. Ja väkee menee hirveesti, niin johan se voi tuntua pelottavalta.”536

Turvallisuuden ylläpito oli haasteellista. Hoitajat kuvailivat, että muut tehtävät osastolla menivät läsnäolon edelle ja turvallisuuden ylläpitämistä tulisi tehostaa. Potilaita pelottavat asiat eivät välittyneet hoitajille ja poikkeavien tilanteiden jälkihoidossa koettiin olevan puutteita.

”Tää on niin hektistä välillä, että mistä sitä aikaa sitten repii potilaille, kun se menee niitten juoksevien asioiden hoitamiseen ja jatkohoitojen järjestelemiseen, että kyllä se välillä on niin kuin semmosta.”508



Kuvio 9. Turvallisuuden ylläpitäminen yläluokat

4.10 Kotiutusviestit

Kotiutusviestit interventiota kuvattiin seuraavasti: interventiota on helppo toteuttaa, interventiota toteutetaan käytännön toimilla, potilaat toteuttavat interventiota ja hoitajien tulee osallistua intervention toteuttamiseen osastolla (kuvio 10).

Interventiota oli helppo toteuttaa ja interventio saikin kiitosta toimivuudestaan. Interventiota käytettiin osastoilla ja jätettyjä kotiutusviestejä luettiin.

”Meillä se on ainakin tosi toimiva.”552

Interventiota toteutettiin käytännön toimilla. Hoitajat kuvailivat osastolla olevan konkreettisesti toteutetun viestien jättöpaikan. Hoitajat kertovat kotiutusviestipuun tuoneen intervention näkyväksi ja sen konkreettinen sijainti osastolla oli tärkeä.

”Siinä oli joku semmonen ajatus, että kun se on kotiutusviestipuu, että se pitää olla sitten lähellä ulko-ovea. Tää oli interventiovastaavien ajatus, mutta eihän

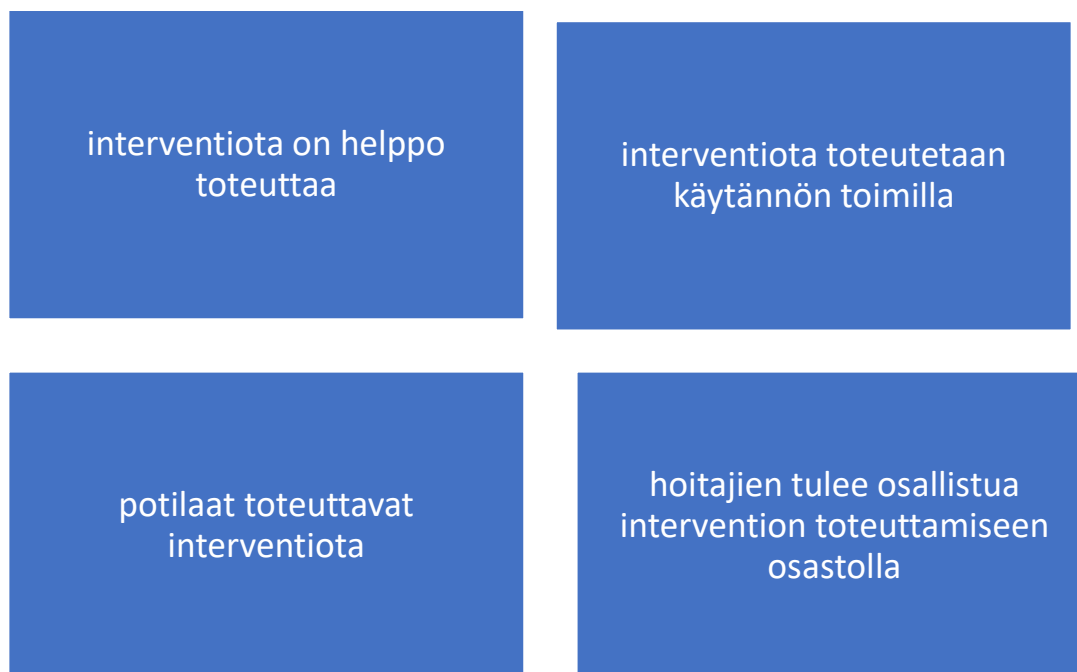
sen tarvi välttämättä siellä ovenpielessä olla...Ideana siis, että voit sitten viimeoiksesi sitten jättää sen viestin ja sitten sitten lähtee...Että täämmönen olis ajatuksena..."550

Potilaat toteuttivat interventiota osastolla. Intervention kuvattiin olevan potilaille mielekäs ja toteutuvan asianmukaisesti. Potilaat jättivät aktiivisesti kotiutusviestejä ja niiden sisällön kuvattiin olevan sekä kannustavia että hauskoja.

"Potilaat tykkää ja siitä ei tarvi hirveemmin muistutella, että sinne kyllä ilmestyy niitä tsemppiviestejä, varmaan kesken hoidonkin".567

Hoitajien tuli osallistua intervention toteuttamiseen osastolla, koska interventio ei toteutunut aina asiallisesti ja jätettyjä viestejä sabotoitiin. Hoitajien tuli myös ohjata potilaita intervention käyttöön.

"Meillä on se kans se puu siellä ja välillä se meillä se on toiminut, että välillä siellä on kivoja viestejä, mutta välillä siellä on kaikkea muuta mikä ei kuulu sinne ja me joudutaan sitä siivoamaan."544



Kuvio 10. Kotiutusviestit yläluokat

4.11 Kohdennetut kehitysehdotukset

Yhteiset odotukset interventiota hoitajat kehittäisivät kertaamalla ja päivittämällä interventiota. **Ystävälliset sanat** interventiota ehdotettiin joko integroitavaksi muihin interventioihin tai ystävällisten sanojen aktiivisen käytön tehostamista. **Puheella rauhoittamisessa** tulisi tiedostaa harjaantumisen mahdollisuus, toisaalta hoitajien kokemus oli, että puheella rauhoittamisen interventio ei vaadi kehittämistä. **Positiivisiin sanoihin** ehdotettiin laadittavaksi konkreettinen muistisääntö niiden käyttämisestä. Kehitysehdotuksena tuli myös vuoteenvierusraporttien käyttöönotto positiivisten sanojen edistämiseksi.

Tullaan tutuiksi intervention kohdalla, esiin nousi toive siitä, että interventioon tulisi suhtautua pitkäjänteisesti. Toisaalta kehitysehdotuksena esitettiin intervention käytön edellyttämistä työnantajan taholta. Interventioon sisältyvän tullaan tutuiksi -kansion omakuvan erilaisia toteutusmuotoja voisi varioida ja kansioon ehdotettiin ryhmäkuvaa koko henkilökunnasta. Kehitysehdotuksissa myös osaston potilaiden esittelyn voisi lisätä intervention toteutukseen.

Rauhoittumiskeinot intervention kehittämisehdotuksena oli toive saada rauhoittumiskeinot laatikon konkreettinen toteutus sujuvammaksi. Konkreettisina kehittämisehdotuksina nousi virtuaalilasien lisääminen rauhoittumiskeinot valikoimaan. Hoitajat pohtivat myös, että seinälle heijastettavat kuvat tai säkkituoli voisivat toimia rauhoittumiskeinoina. Kehitysehdotuksena oli myös toimivammat tilat, jotka toimisivat rauhoittumiskeinoina.

Turvallisuuden ylläpitämisen interventiossa kehitysehdotuksena oli, että poikkeavista tilanteista keskusteluun potilaiden kanssa pitäisi panostaa enemmän. **Kotiutusviestien** kohdalla kehittymistä olisi siinä, että hoitajat muistuttaisivat potilaita kotiutusviestipuun käytöstä.

Huonojen uutisten kertomisen ja avun antamisen interventioihin ei tullut kohdennettuja kehitysehdotuksia. Kohdennetuista kehitysehdotuksista on kooste alla (kuvio 11).



Kuvio 11. Kohdenneetut kehitysehdotukset

4.12 Yleiset kehitysehdotukset

Yleisiä kehitysehdotuksia kuvattiin seuraavasti: Safewards -mallin pitäisi olla edelleen pohja käytännölle, Safewards -mallin perusasioita tulisi palautella mieliin, Safewards -mallista saatuja hyviä kokemuksia olisi hyvä nostaa esiin, perehdytystä tulisi jatkaa aktiivisesti,

interventiovastuun kohdentumista tulisi kehittää, toimimattomia interventioita kohtaan toivottaisiin ymmärrystä, mallin käytännön toimivuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, interventioita haluttaisiin muokata omannäköisiksi ja interventioiden käytöstä tulisi tehdä jatkosuunnitelma (kuviokuva 12).

Safewards -mallin pitäisi olla edelleen pohja käytännölle. Hoitajien mukaan interventioita tulisi toteuttaa Safewards -mallin mukaisesti, jotta alkuperäinen ajatus säilyisi. Safewardsin toteuttamiseen käytännössä tulisi varata enemmän aikaa ja uusien asioiden määrää vähentää, jotta Safewardsiin pystyttäisiin keskittymään paremmin. Kehitysehdotuksena oli lisäksi Safewardsin keinovalikoiman laajentaminen.

”Tämäkin tulee tehtäväksi vielä ja tästä eteenpäin teette tämän ja tämän niin... se ikävä kyllä sitten vanhemmasta päästä niin kuin nää, niin ne alkaa sitten painuun sinne pohjalle.”³⁴

Safewards -mallin perusasioita tulisi palautella mieliin. Ehdotus sisälsi sekä itse Safewards -mallin kertauksen sekä interventioiden kertauksen.

”Mutta sitten on niitä interventioita, joissa se muistuttaminen vois tuoda ne takas arkeen.”⁴⁵

Safewards -mallista saatuja hyviä kokemuksia olisi hyvä nostaa esiin. Safewardsin keinojen toimivia puolia tulisi korostaa ja Safewardsin luomaa positiivisempaa keskustelukulttuuria toivottiin myös jatkossa.

”Kokonaisuutena sanottuna, hyväähän tämä on tuonut tullessaan. Jos ajattelee pelkästään sitä.”³⁹

Perehdytystä tulisi jatkaa aktiivisesti, uusien työntekijöiden perehdytystä tulisi kehittää suunnitelmallisemmaksi ja Safewardsia toivottiin perehdytettävän uusille työntekijöille työnantajan toimesta. Safewardsin asioiden omaksumisessa tulisi huomioida implementoinnin hitaus. Hoitajat muistuttivat myös, että interventioita opeteltaessa tulisi muistaa yksilölliset erot oppimisenopeudessa.

”Että kun se koulutus pohja siellä on ja millä aikaisemmin koulutettiin, niin nyt niinku pitäis kerätä, järjestää Safewards-koulutuksia juhlasalissa, jonne kerättäis sitä uutta porukkaa. Ja että ne sais myös sen tiedon.”⁶⁵

Interventiovastuun kohdentumista tulisi kehittää. Interventiovastaavien valintaan pitäisi syventyä huolellisesti ja interventiovastaavien työotteeseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kehitysehdotuksena esitettiin interventiovastuiden jakaminen vapaaehtoisuuden ja kiinnostuksen pohjalta. Lisäksi interventiovastuu ehdotettiin jaettavaksi koko työryhmälle.

”Ja sitten se, että kuinka aktiiviset on ne interventiovastaavat, niin siitä on tosi paljon kiinni tässä mallissa.”¹⁸

Toimimattomia interventioita kohtaan toivottiin ymmärrystä. Hoitajien mukaan tulisi tunnustaa, että kaikki interventiot eivät sovi käytäntöön. Tulisi myös hyväksyä, että kaikkiin interventioihin ei löydy motivaatiota. Interventioiden toteutuksessa tulisi hyväksyä mahdottomuus täydellisyyteen.

”Jos on hattumainen interventio, niin siihen ei lähe väki mukaan, siihen ei saa motivoitua. Silloin se ei kertakaikkiaan elä. Ei nää niin kuin väkisin elä.”⁴⁴

Mallin käytännön toimivuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Safewards -mallin käytännön toteutukseen kaivattiin sujuvuutta. Kehitysehdotuksena oli myös osastonhoitajan suurempi rooli interventioiden toimivuuden edistämiseksi.

”Etenkin, niinku osastonhoitajan rooli on hyvin merkittävä, että se jos osastonhoitaja muistuttaa interventiovastaavia, että ootko tehnyt tän ja ootko tehnyt tämän, niin se on paljon tehokkaampaa, että kun työkaveri muistuttaa.”⁴⁹

Interventioita haluttaisiin muokata omannäköisiksi. Osastoilla pitäisi olla enemmän yksilöllistä harkintaa interventioiden käytöstä osastotyössä ja interventioista tulisi valita käyttöön ne, jotka ovat toimineet käytännön osastotyössä. Interventioita pitäisi priorisoida osastotyössä ja soveltaa enemmän käytännön työssä.

”Mutta voishan siinä olla niin kuin painotuseroja, että jotain painotetaan enemmän, kuin jotain toista.”¹⁵

Interventioiden käytöstä tulisi tehdä jatkosuunnitelmia. Interventioiden tulevaisuudensuunnitelmia tulisi miettiä ja interventioita tulisi tarkastella monipuolisesti niiden kehittämiseksi. Interventioiden toteutumisen arviointi vaatisi selkeämpää ohjeistusta. Osaston kehittämisiltapäivänä tulisi pohtia interventioiden käyttöä. Myös käyttöönottamattomiin interventioihin tulisi perehtyä ja erilaisia interventioita kehittää jatkossakin. Interventioihin perustuen osastolla voisi kehittää uuden ryhmätoiminnon.

*"Kaikki on niin suhteellista, mitä halutaan tavoitella...ja kuinka ankarasti sitä arvioida."*²¹

Safewards -mallin pitäisi olla edelleen pohja käytännölle	Safewards -mallin perusasioita tulisi palautella mieliin	Safewards -mallista saatuja hyviä kokemuksia olisi hyvä nostaa esiin
perehdytystä tulisi jatkaa aktiivisesti	interventiovastuun kohdentumista tulisi kehittää	toimimattomia interventioita kohtaan toivottaisiin ymmärrystä
mallin käytännön toimivuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota	interventioita haluttaisiin muokata omannäköisiksi	interventioiden käytöstä tulisi tehdä jatkosuunnitelma

Kuvio 12. Yleiset kehitysehdotukset yläluokat

5 POHDINTA

5.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuskysymykseen yksi saadut vastaukset osoittivat, että kaikkia interventioita käytetään ainakin osalla osastoja. Mikäli jokin interventio ei ollut käytössä osastolla, niin syitä ja perusteita tähän nousi esiin. Tulokset voidaan jakaa karkeasti neutraaleihin, toteaviin kuvauksiin intervention käytöstä osastolla sekä toisaalta hyvinkin positiivisesti tai negatiivisesti latautuneisiin kokemuksiin.

Neutraalit, toteavat vastaukset liittyivät yleisesti siihen, miten interventiot yleisesti osastolla toteutuvat, eikä niissä oteta sen enempää kantaa niiden toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Tällaisia vastauksia ovat esimerkiksi maininnat, että interventiosta on toimintaohje, interventio sisältää ohjeita potilaan kohtaamiseen, osastolla on konkreettisesti toteutettu kotiutusviestien jättöpaikka tai että intervention mukaiset asiat ovat osaston perustyötä. Näitä toteavia vastauksia on kuitenkin vähän ja enemmistö vastauksista sisältää joko positiivisen tai negatiivisen perusvireen.

Positiivissävytteisissä vastauksissa hoitajien kuvauksiin sisältyivät mm. kokemukset yleisesti avoimuuden ja yhteistyön lisääntymisestä osastoilla, hoitokulttuurin tasa-arvoistuminen, hoitokäytäntöjen muuttuminen potilaskeskeisemmiksi ja interventioiden avulla koettiin vältettävien pakkotoimenpiteitä osastolla. Näiden kokemusten voidaan sanoa olevan sellaisia, mistä alkuperäisessä Safewards -mallin kehittämisessä oli kyse ja tavoitetilä (Bowers 2014).

Negatiiviset kokemukset kuvasivat intervention turhaksi, intervention tarkoitusta ei ymmärretty tai että interventio oli herättänyt vastustusta. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa suurimmaksi haasteeksi toteuttaa interventioita ovatkin nousseet esiin hoitajien kielteiset asenteet (Price ym. 2016, James ym. 2017, Higgins ym. 2018).

Yhteisenä piirteenä, koskien kaikista interventioista saatuja kokemuksia, voidaan sanoa tulosten olevan monipuolisia. Tuloksia voi kuvailla myös ristiriitaisiksi, koska vastausten kirjo oli runsasta. Tämä vaikeuttaa osaltaan tulosten yhteenvetoa ja tulkintaa. Yksiselitteisiä vastauksia intervention toimivuudesta tai toimimattomuudesta on mahdoton antaa edes yhden intervention kohdalta, koska hoitajien kokemukset yksittäisistä interventioista olivat

hyvin erilaisia, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (James ym. 2017, Higgins ym. 2018). Jokaiseen interventioon saatiin toisistaan radikaalisti poikkeavia kokemuksia, näistä muutamina esimerkkeinä:

- Yhteisistä odotuksista keskustellaan osastolla / Interventiota ei esitellä potilaille.
- Interventio on mielekäs / Interventiota ei koeta mielekkäänä (ystävälliset sanat).
- Intervention käyttöön perehdytetään / Intervention käyttöön ei perehdytetä (puheella rauhoittaminen).
- Interventio elää osaston arjessa / Interventio ei näy osaston arjessa (positiiviset sanat).
- Huonojen uutisten kertominen on osa osastoarkea / Interventio on vaikea toteuttaa käytännössä.
- Tullaan tutuiksi -kansio tutustuttaa henkilökuntaa potilaille / Interventio koetaan liian henkilökohtaiseksi.
- Intervention toteutus on Safewardsin mukaista / Yhteisökokousryhmä ei toteudu intervention mukaisena (avun antaminen).
- Rauhoittumiskeinot ovat aktiivikäytössä / Interventio ei ole aktiivikäytössä osastolla.
- Potilaiden ja hoitajien yhdessäolo luo turvallisuutta / Hoitajien muut tehtävät menevät läsnäolon edelle (turvallisuuden ylläpitäminen).
- Interventio saa kiitosta toimivuudestaan / Interventio ei toteudu aina asiallisesti (kotiutusviestit).

Seuraavassa on nostettu esiin muutamia keskeisiä tuloksia kokemuksista sekä niihin suoraan kohdennetuista kehitysehdotuksista kunkin intervention kohdalta.

Yhteiset odotukset intervention yhteydessä nousi selvästi esiin se, että interventio oli jalkautettu osastoille ja toteutettu käytännön osasto-ohjeet yhteisistä odotuksista. Kuitenkin suuressa osassa kuvailuja sen koettiin jääneen tälle tasolle ja toteutuvan lähinnä näinä kerran laadittuina ohjeina, joita potilaiden oletettiin lukevan ja sisäistävän automaattisesti. Tähän interventioon kohdennetut kehitysehdotukset koskivat sekä intervention kertausta että päivitystä. Myös Kennedy ym. (2019) suosittelevat tasa-arvon näkökulmasta hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisiä keskusteluja yhteisistä odotuksista säännöllisesti.

Ystävälliset sanat intervention koettiin olevan vaikea hahmottaa, toteutuvan lähinnä teksteinä, eikä sen koettu toteutuvan käytännössä ja sen käyttö oli loppunut osalla osastoja.

Vaikka interventio koettiin myös mielekkäänä ja ennaltaehkäisevänä tuloksissa ei noussut vastaavia kuvailuja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa interventio auttoi osastolla hoitajia kiinnittämään huomiota omaan kommunikaatioonsa ja harkitsemaan sanojaan (Higgins ym. 2018, Maigure ym.2018). Tässä tutkimuksessa ei myöskään noussut esiin aiemmin saatuja tuloksia, joissa ystävälliset sanat on koettu liian yksinkertaisena interventiona (Higgins ym. 2018) tai sitä, että ystävälliset sanat eivät itsessään muuta tilannetta toiseksi esimerkiksi potilaiden itsemääräämisoikeuksia rajaavissa tilanteissa (Kennedy 2019). Kehittämisehdotuksissa nousikin esiin kaksi vastakkaista ehdotusta, intervention sulauttamista muihin interventioihin sekä sen aktiivisen käytön tehostamista.

Puheella rauhoittamisen interventio koettiin pääosin toimivana, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Higgins ym. 2018, Maigure ym.2018). Interventio koettiin myös koko Safewardsin ydinasiaksi ja olevan kaikkien hoitajien käytössä. Kääntöpuolena tämän intervention toiminnassa oli kokemus, että interventio on vanhan toistoa. Ristiriitaisena tuloksena tämän intervention kohdalla saatiin päinvastaiset näkemykset, että interventio ei ole jalkautunut vanhempien hoitajien toimintaan ja toisaalta kokemus, että interventio on kokemusta omaavien hoitajien käytössä. Tulos on osin ymmärrettävissä myös intervention toteutuspuolelta, jossa osastoilta valitaan puhumalla rauhoittamisen mestarihoitaja eli hoitaja, jolla on hyvät taidot tässä asiassa. Osastolle tulleet uudet henkilöt nostettiin tämän intervention kohdalla esiin ja heidän koettiin olevan erityisen vastaanottavaisia intervention käytölle. Aikaisemmissa tutkimuksissa on vertailtu tarkemmin seniori- ja juniorihoitajien suhtautumista interventioihin, ja saatu tuloksena vastavalmistuneiden hoitajien yleisesti suhtautuvan Safewards -malliin vastaanottavaisemmin kuin jo pidempään alalla olleiden hoitajien (Higgins ym.2018). Vaikka interventiosta kerrottiin olevan osastoilla toimintaohje, jonka avulla puheella rauhoittamisen tekniikkaa harjoiteltiin ja perehdytettiin, niin huomionarvoista on, että tämän intervention kohdalla tuloksissa esiin nousi myös mallioppiminen. Intervention toimivuudesta kertoo myös se, että puheella rauhoittaminen oli ainoa interventio, jonka kohdalla nostettiin esiin kokemus, että interventio ei vaadi kehittämistä.

Positiiviset sanat intervention tuloksissa nousivat esiin positiivisten sanojen käytön tärkeys erityisesti raporttitilanteissa, joissa koettiin negatiivisten asioiden korostuvan. Alkuperäisen mallin ajatusta, jossa tämän intervention yhteydessä tuotaisiin esiin myös potilaan käyttäytymistä selvittäviä psykologisia näkökulmia (Bowers ym. 2015) ei saaduissa vastauksissa noussut esiin. Toisaalta positiivisten sanojen käyttöä ei koettu luontevaksi ja

niihin liittyi myös ylilyöntejä huonon huumorin muodossa, jonka tosin kerrottiin jo normalisoituneen. Interventioiden jalkauttamisen yhteydessä onkin noussut esiin koulutusmateriaalin varmistaminen paikallisiin olosuhteisiin (Higgins ym. 2018). Hoitajat ehdottivat konkreettisen muistisäännön kehittämistä tai vuoteenvierusraporttien käyttöönottoa positiivisten sanojen käytön tehostamiseksi.

Huonojen uutisten kertomisesta saadut tulokset kuvasivat sitä, että huonojen uutisten kertominen oli ennakkointia ja niihin varauduttiin. Potilaan näkökulman huomioiminen nousi kaikista selvimmin esiin juuri tämän intervention kohdalla ja huonojen uutisten kertomista yritettiin sekä pehmentää että perustella. Interventiosta saadut kokemukset voidaankin hyvin yhdistää alkuperäisen Safewards -mallin periaatteisiin (Bowers ym. 2015). Vaikka intervention sisältö koettiin tutuksi, niin huonojen uutisten kertominen oli vaikeaa. Haasteellista oli myös havaita, milloin potilaat saivat huonoja uutisia kuten on aikaisemmissakin tutkimuksissa tullut esiin (Kennedy ym. 2019).

Tullaan tutuksi interventiosta saadut tulokset, olivat kaikista ristiriitaisimpia. Vastaukset vaihtelevat myös liittyen intervention käyttöön, sillä joillakin osastoilla interventio oli aktiivikäytössä, toisille osastoille sitä yritettiin edelleen jalkauttaa ja joillain osastoilla interventiota ei käytetty lainkaan. Vastaajat kokivat intervention muuttavan sekä positiivisesti hoitokulttuuria että herättävän negatiivisia tunteita, jotkut jopa uhkana. Myös yksittäisiä kehitysehdotuksia saatiin eniten tähän interventioon. Vastaavia tuloksia on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa interventiota ei ole pidetty tarpeellisena eivätkä hoitajat ole olleet valmiita antamaan itsestään tietoa potilaille intervention tarjoamalla menetelmällä (Higgins ym. 2018) sekä kokemuksista vallan jakamiseen liittyvistä uhista (James ym. 2017). Tässä tutkimuksessa erityisesti oman kuvan esillepano nousi isoon rooliin sekä negatiivisissa kokemuksissa että kehitysehdotuksissa. Konkreettisissa kehitysehdotuksissa esitettiin esimerkiksi ryhmäkuvan ottoa henkilökunnasta, mikäli oman kuvan esille laitto koetaan liian henkilökohtaiseksi.

Avun antamisen interventiosta saaduissa kokemuksissa korostui yhteisöllisyys. Tärkeänä asiana pidettiin sekä henkilökunnan että potilaiden osallistumista intervention toteutukseen eli yhteisökokouksiin, vaikka se koettiin myös haasteellisena asiana. Hoitajat kokivat potilaiden vaikutusmahdollisuuksien lisääntyneen intervention ansiosta, toisaalta potilaiden avun antaminen toisilleen koettiin kyseenalaisena asiana. Tämän intervention kohdalla nousi selvimmin myös osaston profiiliin ja potilaiden heikon kunnon vaikeuttavan intervention toteuttamista ja sen kuvattiinkin toteutuneen muunneltuna tai lopahtaneen kokonaan.

Samoja piirteitä on havainnointi myös aikaisemmin. Eli vaikka yhteisökokouksia pidetään, niin ne eivät toteudu intervention sisällön mukaisina (James ym. 2017).

Rauhoittumiskeinot interventioissa hoitajat kuvasivat useita konkreettisia keinoja, joita osastoilla käytetään intervention toteutuksessa. Hoitajat kuvasivat intervention käytön olevan sekä opetuksellista ja yhteistyössä potilaan kanssa erilaisten rauhoittumiskeinojen etsimistä sekä toisaalta potilaiden käyttävän rauhoittumiskeinoja omatoimisesti. Tilan rauhoittava merkitys nousi kokemuksissa tärkeäksi tämän intervention kohdalla ja toimivimmat tilat nousivat esiin myös yhtenä kehitysehdotuksena. Safewards -malli korostaakin asianmukaisten osaston tilojen vaikuttavan sekä viihtyvyyteen että turvallisuuteen ennaltaehkäisevästi (Bowers 2014).

Turvallisuuden ylläpitäminen oli interventio, jossa korostui poikkeavien tilanteiden ennakointi. Osastoilmapiirin merkitys nousi vastauksissa yhtenä tekijänä turvallisuuden ylläpitämisessä. Safewards -mallin vaikutusta osastoilmapiiriin on tutkittu erityisellä Essen Climate Evaluation Shema (EssenCES) -mittarilla (Maigure ym. 2018, Hottinen ym. 2019) sekä potilaskyselyillä (Flecher ym. 2019) ja saatu positiivisia tuloksia turvallisuudentunteen paranemisesta Safewards -mallin jalkauttamisen jälkeen useilla erilaisilla osastoilla. Hoitajien läsnäolo potilaiden kanssa koettiin tärkeäksi keinoksi ylläpitää turvallisuutta ja kritisoitiin muiden tehtävien liiallista määrää, koska niiden koettiin menevän läsnäolon edelle. Turvallisuuteen liittyviä asioita käsiteltiin sekä yhteisöllisesti että yksilöllisesti potilaiden kanssa. Kehitysehdotuksena nousi esiin huomio panostaa enemmän potilaiden kanssa poikkeavista tilanteista keskusteluun.

Kotiutusviestit interventiosta saadut kokemukset olivat myönteisiä. Interventio kuvailtiin helpoksi toteuttaa käytännössä ja toimivaksi. Kotiutusviestipuu osastolla toi intervention näkyväksi ja sen toteutus kuvattiin pääosin asialliseksi. Kotiutusviestejä on arvosteltu siitä, että niiden avulla potilaat eivät pysty antamaan todellista kuvaa kokemastaan hoidosta (Kennedy ym. 2019). Hoitajien kokemukset eivät tuottaneet tällaista tulosta. Kehittämisehdotuksissa hoitajien toivottiin muistuttavan potilaita aktiivisesti kotiutusviestipuun käytöstä.

Tutkimuskysymykseen kaksi saadut vastaukset eli kehittämisehdotukset nousevat pääosin ensimmäisen tutkimuskysymyksen negatiivisina koettujen asioiden pohjalta. Esimerkiksi yhteisien odotusten interventiossa, kun osallistujat kertoivat intervention olevan päivittämättä, niin konkreettisenä kehittämisehdotuksena oli intervention päivittäminen tai

ehdotus, että vain toimivat interventiot pitäisi pitää osastokäytössä. Konkreettisia kehitysehdotuksia tuli vain vähän. Kehitysehdotukset liittyivät enemmän Safewards -malliin kokonaisuutena kuin yksittäisiin interventioihin. Toisaalta myös nämä yleiset kehitysehdotukset nousivat negatiivisten kokemusten pohjalta ja liittyivät enemmän tämänhetkisen Safewards -mallin tai sen interventioiden toimivuuden parantamiseen kuin sen eteenpäin jalostamiseen. Tähän viittasivat ehdotukset perusasioiden kertauksesta ja yleisesti perehdytyksen jatkamisesta edelleen aktiivisesti sekä Safewardsista saatujen positiivisten kokemusten esiin nostaminen. Myös yksittäisten interventioiden kohdalla perehdytys ja koulutus nousivat usein kokemuksissa esiin, joko positiivisessa tai negatiivisessa kontekstissa eli kokemuksena perehdytyksen ja koulutuksen merkityksestä tai sen puutteesta. Koulutus onkin havaittu tärkeäksi asia sitoutumisen kannalta (Price ym.2016). Henkilökunnan on myös todettu hyväksyvän todennäköisemmin intervention, jos sen koetaan johtavan myönteisiin tuloksiin (James ym. 2017) tai implementoinnin tapahtuvan yhteistyössä henkilöstön kanssa (Kipping ym. 2019). Johdon ja erityisesti osastonhoitajien suurempaa roolia interventioiden toteuttamisen edistämiseksi kaivattiin kehittämissuhteissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on korostettukin myös johdon sitoutumista malliin (Hamilton ym. 2016, James ym. 2017, Higgins ym.2018).

Safewards -malliin tärkeänä osana kuuluvien interventiovastaavien toiminta ja rooli nousi tässä tutkimuksessa esiin sekä yksittäisten interventioiden sekä kehittämissuhteiden kohdalla. Kehittämissuhteet liittyvät interventiovastuun kohdentumisen kehittämiseen. Ydinajatuksena oli kehittää interventiovastuun vapaaehtoisuutta. Aikaisemmin on raportoitu, että vastuu interventioiden käytöstä jää helposti yksin interventiovastaavien vastuulle, vaikka interventiovastaavien idea olisi levittää tietoa interventioista ja ohjeistaa niiden käyttöä muille hoitajille (Price ym. 2016). Yleisesti hoitajien suuri vaihtuvuus nousi vastauksissa esiin ja se koski myös sitä, että interventiovastaavat ovat osastolla vaihtuneet ja jatkuvuus interventioiden toteutumisessa vaarantuu. Henkilökunnan vaihtuvuudella on todettu olevan yhteys Safewardsin toteutuksen laatuun (James ym. 2017). Toisaalta tämä vaihtuvuus koettiin myös mahdollisuutena uudistaa ja tuoda eloa interventioihin.

Kehittämissuhteissa nousi esiin ehdotus muokata interventioita enemmän omannäköisiksi sekä toive ymmärtää toimimattomia interventioita. Kaikkien interventioiden ei koettu sopivan joka osastolle yhtäläisesti eivätkä ne ikään kuin istu osaston profiiliin. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu aikaisemminkin (Price ym. 2016), mutta myös sitä, että Safewards -mallia voidaan soveltaa erilaisille osastoille (Flecher ym. 2017). Hoitajien

kehitysehdotuksissa nousi esiin osastojen yksilöllinen harkinta eri interventioiden käytöstä osastotyössä. Kehitysehdotuksena oli myös ottaa käyttöön vain ne interventiot, jotka ovat osoittaneet toimivuutensa. Alkuperäinen ajatus mallista ei tue tätä ehdotusta (Bowers ym. 2015). Kehittämisehdotuksissa nousikin myös esiin, että Safewards -mallin tulisi edelleen olla pohjana käytännölle. Tähän kehittämisehdotukseen sisältyi ajatus, että muiden kuin Safewardsiin liittyvien uusien asioiden määrää tulisi vähentää, jotta Safewards -malliin ja sen toteuttamiseen käytännössä pystyttäisiin keskittymään paremmin.

5.2 Tutkimuksen eettisyys

Tampereen yliopistoyhteisö on sitoutunut noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan 2012 julkaisemia ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen” ohjeita (TUNI 2019). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus kaikissa tutkimuksen vaiheissa (TENK 2012, APA 2019, WMA 2019). Tämän tutkimuksen lähtökohdat ja raportointi perustuvat edellä mainittuihin ohjeistuksiin, joihin tutkija perehtyi.

Ennen tutkimuksen aloitusta tutkija oli keväällä 2018 yhteydessä psykiatrian vastuualueen ylihoitajaan sekä koulutuskoordinaattoriin aiheen valinnan merkeissä. Tutkimuslupa-asioihin tutkija sai neuvoja opetusylihoitajalta. Koska tutkimus kohdistui sairaanhoitopiirin henkilökuntaan, niin tutkimuslupa haettiin hoitotieteen tutkimustiimiltä lupahakemuksella. Tutkittavalta organisaatiolta haettiin tutkimuslupaa sen jälkeen, kun tutkija oli saanut sekä yliopistolta että ylihoitajalta hyväksynnän työnsä. Lupahakemus sisälsi hyväksytyt tutkimussuunnitelman, tiedotteen tutkimukseen osallistuville henkilöille (LIITE 1), osallistujien suostumuslomakkeen (LIITE 2) sekä haastattelurungon (LIITE 3). Käytännön järjestelyt tutkimuksen suorittamiseksi aloitettiin vasta kun kopio hallintoylihoitajan myöntämästä tutkimusluvasta ja päätöspöytäkirjasta oli saatu maaliskuussa 2019. Haastattelut toteutettiin kesällä 2019.

Tutkimuksessa noudatettiin henkilötietojen käsittelyä koskevaa 1.1.2019 voimaantullutta uutta tietosuojalakia ja asetuksia. Osallistujien nimet löytyvät vain suostumuslomakkeesta, jonka jälkeen tiedot anonymisoitiin. Tämä tarkoittaa henkilötietojen käsittelyä niin, että henkilöä ei voida enää tunnistaa niistä. Anonymisoituja tietoja ei katsota enää henkilötiedoiksi, eikä niihin sovelleta tietosuojasäädöksiä. (Tietosuoja 2019.) Koko aineiston käsittelyn ajan varmistettiin se, etteivät osallistujat ole tunnistettavissa antamiensa lausuntojen perusteella.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja osallistujan riittävään tietoon tutkimuksen tarkoituksesta. Kaikki osallistujat saivat tiedotteen tutkimuksesta. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta ja varmistettiin että osallistujat ymmärsivät mihin suostuivat. Osallistujalle kerrottiin myös mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen, vaikka hän olikin siihen suostumuksensa antanut. Tutkimukseen osallistuville annettiin tietoa tutkimuksen aiheesta, tutkimuksen toteutustavasta eli haastattelusta ja siitä mitä sisältöjä haastattelussa käydään läpi, tutkimusaineiston luottamuksellisuudesta ja siitä miten tutkimuksessa saatua aineistoa säilytetään tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Myös tutkimuksen valmistumisesta ja tutkimuksen julkaisemisesta annettiin tietoa. Jokainen osallistuja sai tutkijan yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä tai yhteydenottoa varten. (TENK 2019.)

Koska tutkimukseen sisältyi vuorovaikutusta tutkimukseen osallistuvien kanssa sekä heidän välillään, oli tutkijan ohjenuorana kohtelias ja ihmisarvoa kunnioittava suhteutumistapa. Tutkijalla oli esiyymmärrys siitä, että samat tutkimuskysymykset ja -aiheet voivat herättää eri ihmisissä erilaisia tunteita ja reaktioita. Tutkija huolehti siitä, että tutkimuksen vapaaehtoisuus toteutui myös haastattelujen aikana. Tutkija otti huomioon mahdollisuuden haastattelun keskeyttämisestä, mikäli joku osallistujista olisi osoittanut pelokkuutta tai kiusaantuneisuutta haastattelutilanteessa, vaikka hän ei sanallista kieltäytymistä esittäisi. (TENK 2019.) Kaikki tutkimusmateriaali oli vain tutkijan käytössä. Nauhoitetut tutkimushaastattelut hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuus on kattava käsite sisältäen useita menetelmiä luotettavuuden kuvaamiseksi laadullisissa tutkimuksissa (Graneheim ym. 2017). Käytössä on useita termejä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Elo ym. 2014). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta arvioitiin koko tutkimusprosessin ajan uskottavuuden, refleksiivisyyden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden -termien kautta (Polit & Beck 2012, Elo ym. 2014, Bengtsson 2016).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten uskottavuutta ja tutkijan objektiivisuutta tutkimusta tehtäessä. Uskottavuuden kannalta on tärkeää tutkijan perehtyminen tutkittavaan aiheeseen (Elo & Kyngäs 2008) ja se, että osallistujilla on kokemusta tutkitusta ilmiöstä (Graneheim ym. 2017). Tässä tutkimuksessa harkinnanvaraisella otannalla vahvistettiin

tutkimuksen uskottavuutta. Osallistujien rekrytointi tapahtui suunnitelman mukaisesti eri yksiköistä. Tämän voidaan katsoa lisäävän tutkimuksen tulosten luotettavuutta sekä monimuotoisuutta. Haastateltavien valinta vaikuttaa myös tulosten siirrettävyyteen (Graneheim ym. 2017). Tutkijan perehtymistä aiheeseen helpotti työskentely mielenterveystyössä sekä kokemus Safewards -mallin käytöstä vanhus- ja neuropsykologian osastolta, joka hyvän tutkimusetiikan mukaan, rajattiin pois tässä tutkimuksessa.

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisättiin tutkimustulosten tarkalla raportoinnilla, jossa tarkoituksena oli osoittaa tutkimustulosten ja analyysin välinen yhteys (Graneheim & Lundman 2004, Cope 2014, Bengtson 2016, Graneheim ym. 2017). Tutkimusprosessin näkyvyys ja tehdyt valinnat pyrittiin kuvaamaan niin, että lukija pystyy päättämään miten tulokset ovat muodostuneet. Tutkimuksen tekijä vertasi alkuperäisilmaisuja, pelkistyksiä ja luokkia toisiinsa varmistuakseen, että ne sopivat tekstistä saatuun kokonaiskuvaan ja toisinpäin (Erlingsson & Brysiewicz 2017). Alkuperäisilmaisuja eli suoria lainauksia on myös sisällytetty tulosten raportointiin, sillä niiden käytöllä luotettavuutta voidaan lisätä (Elo & Kyngäs 2008, Kyngäs ym. 2011).

Reflektiossa käytettiin apuna pro gradu tutkimusryhmää, ohjaavia opettajia ja opponenttia sekä pohtimalla asioita monipuolisesti (Bengtson 2016, Elo ym. 2014). Tutkijan itsearviointi on tärkeä osa tutkimusprosessia. (Cleary ym. 2014, Bengtson 2016.) Tässä tutkimuksessa tutkija piti päiväkirjaa, jonka yksi osa oli tutkimuksen prosessin itsearviointi.

Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jonka lukija arvioi. Tarkka prosessin, tulosten ja kontekstin yhteys tukee siirrettävyyttä. (Elo ym. 2014.) Tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan niin hyvin, että siirrettävyyden arviointi on mahdollista. Laadullisen tutkimuksen tulokset ovat yleisesti sovellettavissa vain samankaltaisiin ympäristöihin.

Suuri haaste koskien luotettavuutta laadullista sisällönanalyysiä käyttävissä tutkimuksissa on erottaa punainen lanka läpi koko työn. Tämä koskee koko tutkimusprosessia alkaen johdannosta ja taustasta, menetelmän perustelusta, tulosten rehellisyydestä keskusteluun ja päätelmiin. Luotettavuus viittaa kokonaisvaltaisesti koko tutkimukseen. Lopulta lukija arvostelee laadun, tutkijan vastuulla on esittää asiat niin, että ne vakuuttavat lukijan. (Graneheim ym. 2017.) Tässä suunnitelmassa on pyritty mahdollisimman kattavasti perustelemaan tehdyt valinnat. Tutkimuksen tulokset vastaavat osittain aikaisempia

tutkimustuloksia, jonka voidaan katsoa myös vahvistavan tuloksien luotettavuutta (Polit & Beck 2010). Tutkimuksessa saatu uusi tieto puolestaan tukee tutkimuksen aiheenvalinnassa onnistumista. (Connelly 2016.)

5.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia Safewards -mallin mukaisten interventioiden käytöstä ja tämä toteutuikin runsaiden ja monipuolisten vastausten myötä. Asioiden pohtiminen ja erilaisten näkökulmien hakeminen asioihin on osa psykiatrista hoitotyötä, tämä näkyi myös tarkkaan harkituissa ja punnituissa vastauksissa, joita hoitajat haastatteluissa antoivat. Usein on helpompi kritisoida, kuin tuottaa rakentavia, uudistavia ehdotuksia. Toisaalta kritiikin kautta on mahdollisuus nostaa kehitysehdotuksia esille. Vaikka tulokset ovat osin ristiriitaisia, niin niiden avulla voidaan ajatella saadun realistisen kuvan käytännön hoitotyöstä hoitajien näkökulmasta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Siitä huolimatta, että tutkimus on tehty vain yhdessä sairaanhoitopiirissä, niin saatuja tuloksia voidaan ajatella hyödynnettävän laajemminkin hoitotyössä ja sen kehittämässä osastojen turvallisuuden edistämiseksi sekä pakon käytön vähentämiseksi.

Saatujen tulosten perusteella on todettava, että muutokset ja uuden toimintamallin käyttöönotto on pitkä prosessi, vaikka se tehtäisiin systemaattisesti ja jäsennellysti. Henkilökunnan vaihtuvuus ja erityisesti interventiovastaavien vaihtuvuus ovat kriittisiä kohtia, joihin tulee kiinnittää huomiota, jotta interventio ei unohtuisi arjen hoitotyössä. Tässä kohtaa on myös aiheellista pohtia, onko yksittäisten interventioiden toteutus liiankin sidoksissa yhteen tai kahteen interventiovastaavaan ja heidän intoonsa tai innottomuuteensa asian suhteen. Kehitysehdotuksissa nostettiin esiin, että interventiovastuut tulisi jakaa vapaaehtoisuuden ja kiinnostuksen pohjalta. Tämä olisi varmasti hyvä periaate, mikäli kaikki henkilökunnasta kuitenkin saataisiin sitoutumaan johonkin osa-alueeseen ja erityisesti käytännön toteutumiseen.

Osastonhoitajien suurempaa roolia kaivattiin kehitysehdotuksissa erityisesti tietyllä tapaa kontrolloimaan osastolla interventioiden toteutumista ja toteuttamista. Jotkut interventiovastaavat kokivat myös olevansa Safewards -intervention kanssa melko yksin ja kaipaavansa tukea. Ottamatta kantaa siihen, kenen osastolla tulisi Safewards -asioiden jatkuvuudesta vastata, niin suosituksena on näiden henkilöiden nimeämistä jokaiselle

yksittäiselle osastolle ja heidän mukaan ottamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, mieluiten jo silloin kun mallin käyttöönottoa suunnitellaan.

Pitkäjänteiseen muutokseen ja sen eteen tehtävään työhön, viittasivat myös toiveet ja kehitysehdotukset Safewards -mallin perusasioiden kertaamiseen ja perehdytykseen. Huolimatta siitä, että malli oli suunnitelmallisesti implementoitu jokaiselle osastolle, oli se jo joillain osastoilla päässyt ikään kuin vanhaksi. Hoitajien kuvailuissa nousi usein esiin toteamus, että kun interventio oli kerran toteutettu osastolla, niin sen päivittäminen ajantasaiseksi unohtui. Toisaalta Safewards -malli itsessään ei anna suoraa ohjeistusta siihen, kuinka usein esimerkiksi osaston yhteiset odotukset olisi konkreettisesti laadittava uudestaan. Ajatushan interventioiden jalkauttamisen jälkeen on, että ne liittyvät osaksi jokapäiväistä hoitotyötä.

Safewards -mallin interventioiden sekä vahvuutena että myös haasteena nousi esiin se, että niiden sisältö koettiin liian tutuksi ja vanhan toistoksi. Vastauksissa nousi usein esiin toteamus, että tätähän täällä on aina tehty. Tämä on ymmärrettävää, ovathan interventiot kehitetty nimenomaan käytännön työn pohjalta. Toisaalta silloinhan interventioiden käyttöönotto, käyttö ja niihin sitoutuminen pitäisi olla sujuvaa. Tähän liittyvät myös ristiriitaiset kokemukset oman osaston profiilista ja mallin soveltuvuudesta juuri kyseisen osaston käyttöön. Johtopäätöksenä tästä voi pohtia ovatko Safewards -mallin käytännönläheisyys sekä konkreettiset esimerkit ja ohjeet joskus jopa esteinä niiden luovalle käytölle ja muokkaamiselle oman osaston tarpeita vastaaviksi.

Yksittäisistä interventioista voi nostaa esille kolme interventiota, joiden toteuttamisessa ja toteutumisessa oli selkeimmin haasteita. Ne olivat ystävälliset sanat, avun antaminen ja tullaan tutuiksi. Vaikka jo aiemminkin on todettu, että henkilökunnan asenteet ovat tärkeässä roolissa interventioiden toteutumisessa voidaan myös pohtia sitä, onko interventioiden toteutustapa suhteessa tavoitteisiin realistista? Vai voitaisiinko käytännön toteutustapaa muuttamalla kuitenkin päästä samoihin tavoitteisiin? Onko esimerkiksi ystävällisten sanojen kohdalla vaihtuvien posteriviestien tai postikorttien avulla todellista mahdollisuutta päästä lopputulokseen, jossa kunnioittaminen ja kohteliaisuus lisääntyvät tai potilaiden rajaaminen on myönteisempää ja selkeämpää? Samaa voi miettiä myös avun antamisen intervention kohdalla. Voisiko jokin toinen tapa tai foorumi olla helpompi, loogisempi tai toteutumiskelpoisempi kuin yhteisökokous, jotta avun antaminen toteutuisi? Ja mikäli yksittäistä interventiota kohtaan on paljon ennakkoluuloja, kuten tullaan tutuiksi interventiossa, niin pystyisikö henkilökunta sitoutumaan johonkin vaihtoehtoiseen tapaan

kuin tullaan tutuiksi -kansion toteuttamiseen? Tämä tutkimus jättää vielä useita avoimia kysymyksiä, joita kannattaa varmasti jatkossa syvällisesti pohtia.

Jatkotutkimusaiheita:

- Potilaiden näkökulma Safewards -interventioiden toimivuuteen.
- Vertailu eri sairaanhoitopiirien välillä Safewards -mallin mukaisten interventioiden käytöstä ja toimivuudesta.
- Tilan merkitys turvallisuuden tunteisiin ja turvallisuuden ylläpitämiseen Safewards -malliin peilaten.
- Tilastollinen tutkimus pakkotoimenpiteiden määrästä ennen ja jälkeen Safewards -mallin käyttöönoton.
- Henkilökunnan kokemukset muista, kuin Safewards -malliin liittyvistä interventioista tai toimista, joiden avulla turvallisuutta on voitu tai voitaisiin parantaa.

6 LÄHTEET

Alanko Anna. 2017. Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Publications of the Faculty of Social Sciences: 2343–2748. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

APA. American Psychological Association. 2019. Responsible Conduct of Research. <https://www.apa.org/research/responsible/index>. Luettu 19.2.2019.

Assaroudi A, Nabavi F, Armant M, Ebadi A & Vaismoradi M. 2018. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing* 23(1), 42–55.

Bengtsson M. 2016. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Nursing Plus Open* 2, 8–14.

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.

Bowers L, Alexander J, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M & 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 randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52, 1412–1422.

Carlsen B & Glenton C. 2011. What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus group studies. *BMC Medical Research Methodology* 11, 26–10.

Cleary M, Horsfall J & Hayter M. 2014. Qualitative research: quality results? *Journal of Advanced Nursing* 70, 711–713.

Connelly L 2016. Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nursing* 25(6), 435–436.

Cookson A, Daffern M & Foley F. 2012. Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing* 21(1), 20–29.

Cope DG. 2014. Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum* 41(1), 89–91.

Cutcliffe J & McKenna H. 2018. Psychiatric/mental health nursing in the 21st century: it's 'Déjà vu' all over again! *International Journal of Nursing Studies* 81, A3–A5.

Cypress B. 2018. Qualitative Research Methods: A Phenomenological Focus. *Dimensions of Critical Care Nursing* 37(6), 302–309.

Doody O, Slevin E & Taggart L. 2013. Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing* 22(1), 16–19.

Elo S & Kyngäs H. 2008 The Qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107 – 115.

- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K & Kyngäs H. 2014. *Qualitative content analysis: a focus of trustworthiness*. *SAGE Open* 4(1), 1–10.
- Erlingsson C & Brysiewicz P. 2017. A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine* 7, 93–99.
- EU. Euroopan Unioni. 2016. Euroopan komission uutiskirje 167. http://ec.europa.eu/health/newsletter/167/focus_newsletter_fi.htm. Luettu 27.1.2019.
- Flecher J, Buchanan-Hagen S, Brophy L, Kinner S & Hamilton B. 2019. Consumers Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Frontiers in psychiatry* 10: 461.
- Flecher J, Spittal M, Brophy L, Tibble H, Kinner S, Elsom S & Hamilton B. 2017. Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing* 26(5), 461–471.
- Freeman T. 2006. “Best practice” in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 491–497.
- Graneheim U, Lindgren BM & Lundman B. 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29–34.
- Graneheim U & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105 – 112.
- Higgins N, Meehan T, Dartnall N, Kilshaw M & Fawcett L. 2018. Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies* 88, 114–120.
- Hottinen A, Ryttilä-Manninen M, Lauren J, Autio S, Laiho T & Lindberg N. 2019. Impact of the implementation of the safewards model on the social climate on adolescent psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12674>.
- HOTUS. Hoitotyön tutkimussäätiö. 2019. Näyttöön perustuva toiminta. <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/nayttoon-perustuva-toiminta>. Luettu 28.1.2019
- James K, Quirk A, Patterson S, Brennan G & Duncan S. 2017. Quality of intervention delivery in a cluster randomised controlled trial: a qualitative observational study with lessons for fidelity. *Trials* 18, 1–10.
- Kanerva Anne. 2015. “Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus”. Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Kennedy H, Cath R, Randal R, Pintado D, Buchanan-Hagen S, Fletcher J & Hamilton B. 2019. Consumer recommendations for enhancing the Safewards model and interventions. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(2), 616–626.
- Kipping S, Souza J & Marshall L. 2019. Co-creation of the Safewards Model in a Forensic Mental Health Care Facility. *Issues in Mental Health Nursing*. 40(1), 2–7.

- Kontio R. 2011. Patient Seclusion and Restraint Practises in Psychiatric Hospitals – Towards Evidence Based Clinical Nursing. *Annales Universitatis Turkuensis D 951*. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Kontio Raija. 2015. Mikä Safewards? Yhteisvoimin pakkoa vähentämään 6.11.2015. Oulu. <https://docplayer.fi/67822595-Mika-safewards-raija-kontio-ttt-projektijohtaja-ylihoitaja-hus-hyks-psykiatria-yhteisvoimin-pakkoa-vahentamaan-6-11.html>. Luettu 1.12.2018.
- Kuosmanen A, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Eronen M & Turunen H. 2017. Nurses' Views Highlight a Need for the Systematic Development of Patient Safety Culture in Forensic Psychiatry Nursing. *Journal of Patient Safety* 4, 1–6.
- Kuosmanen L. 2009. Personal Liberty in Psychiatric Care – Towards Service User Involvement. Sarja D, *Medica – Odontologica*. Artikkeliväitöskirja. Turun yliopisto.
- Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 1.12.2018.
- Maguire T, Ryan J, Fullam R & McKenna B. 2018. Evaluating the introduction of Safewards Model to Medium - to Long - Term Forensic Mental Health Ward. *Journal of Forensic Nursing* 14(4), 214-222.
- Makkonen P, Putkonen A, Korhonen J, Kuosmanen L & Kärkkäinen J (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpäpaperi 35/2016.THL.
- Mayring P. 2000. Qualitative Content Analysis. Forum: *Qualitative Social Research* 1(2).
- Mayring P. 2014. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt: Monograph. <https://psychopen.eu/books/qualitative-content-analysis/>. Luettu 2.12.2018.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 1.12.2018.
- Mustafa F. 2015. The Safewards study lacks rigour despite its randomised design. *International Journal of Nursing Studies* 52(12), 1906–1907.
- Norman I & Griffiths P. 2018. Nursing in psychiatric inpatient wards: plus ça change, plus c'est la même chose. *International Journal of Nursing Studies* 81, A1–A2.
- Polit D & Beck C. 2010. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies* 47(11), 1451–1458.
- Polit D & Beck C. 2012. Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Ninth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Price O, Burberey P, Leonard SJ & Doyle M. 2016. Evaluation of safewards in forensic mental health. *Mental Health Practice* 19(8), 14–21.

PSHP:n julkaisut. 2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 2/2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastualueella. Pitkänen A, Lehtonen M-L, Kuisma J, Mattanen P, Kuusisto E, Hakala A, Koivisto E, Pyysalo K, Hietalahti P, Mäkelä K & Mäkelä J. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2011\(51430\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2011(51430)). Luettu 25.10.2018.

PSHP:n strategia. 2015. Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategia 2015–2025. https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/toiminta_ja_talous/Strategia. Luettu 24.10.2018.

Safewards.net. 2020. <http://www.safewards.net/>. Luettu 17.2.2020

Sandvik BM & McCormac B. 2018. Being person-centered in qualitative interviews: reflections on a process. *International Practice Development Journal* 8(2), 1-8.

Soininen P. 2014. Coersion, Perceived Care and Quality of Life among Patients in Psychiatric Hospitals. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1120. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Stensgaard L, Kreutzmann -Andersen M, Nordentoft M & Hjorthøj C. 2018. Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *Journal of Psychiatric Research* 105, 147–152.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.

Streeton R, Cooke M & Campbell J. 2004. Researching the researchers: using a snowballing technique. *Nurse Researcher* 12(1), 35–46.

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 23.1.2019.

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf Luettu 10.2.2020.

Terveystieteiden laitoslaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 1.12.2018.

THL. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma. https://thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_L OPULLINEN.pdf Luettu 20.1.2019.

THL. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Verkosto pakon käytön vähentämiseksi. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/pohjoimainen-verkosto-pakon-kayton-vahentamiseksi>. Luettu 24.1.2019.

Tietosuoja. Tietosuojavaltuutetun toimisto 2019. Pseudonymisoidut ja anonymisoidut tiedot. <https://tietosuoja.fi/pseudonymisointi-anonymisointi>. Luettu 20.1.2019.

TUNI. Tampereen yliopisto. 2019. Tutkimuksen etiikka. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/tutkimuksen-etiikka#show-hyva-tieteellinen-kaytanta---id1184>. Luettu 20.1.2019.

Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398–405.

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>. Luettu 2.12.2018.

WHO. World Health Organization. Maailman terveysjärjestö. 2010. A brief synopsis of on mental safety. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications/2010/a-brief-synopsis-on-patient-safety>. Luettu 22.1.2019

WHO. World Health Organization. Maailman terveysjärjestö. 2013. Mielenterveyden toimintasuunnitelma vuosille 2013-2020. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/. Luettu 22.1.2019.

Virta J & Oksala P. 2017. Safewards-mallin jalkauttaminen Tays psykiatrian toimialueella. <https://www.slideshare.net/THLfi/safewards-mallin-jalkauttaminen-tays-psykiatrian-toimialueella>. Luettu 25.10.2018.

WMA. World Medical Association. 2019. WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects 1964. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Luettu 18.2.2019.

7 LIITTEET

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta



TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(27.2.2019)

SAFEWARDS -MALLIN KÄYTTÖ PSYKIATRIAN OSASTOILLA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ HOITAJIEN KOKEMANA

Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan hoitajien kokemuksia Safewards-mallin käytöstä. Tutkimukseen pyydetään Safewards -mallin tuntevia ja sen käytöstä kokemusta omaavia osallistujia psykiatrian osastoilta. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia Safewards -mallin interventioiden käytöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian osastojen hoitotyössä sekä niiden käyttöön liittyviä kehitysehdotuksia.

Tampereen yliopistollisen sairaalan hoitotieteen tutkimustiimi on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Tutkimus suoritetaan ryhmähaastatteluna, jonka kesto on enintään 90 minuuttia. Osallistujia pyydetään osallistumaan yhteen haastatteluun. Haastatteluryhmän koko on 2–6 osallistujaa. Haastattelussa osallistujilta kysytään heidän kokemuksiaan Safewards -malliin liittyvien interventioiden käytöstä ja mahdollisia kehitysehdotuksia. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut suoritetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiloissa.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole teille henkilökohtaista hyötyä. Tutkimuksen avulla pyritään kuitenkin selvittämään hoitotyössä käytettävien interventioiden toimivuutta ja tutkimuksen avulla voidaan kehittää käytännön hoitotyötä.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkija, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään tutkijalla lukitussa tilassa ja tutkimuksen valmistumisen jälkeen ne hävitetään.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Vakuutukset ja korvaukset

Tutkittavia ei ole vakuutettu henkilö- ja esinevahinkojen osalta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kyseessä on Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan terveystieteiden yksikön pro gradu -tutkielma. Tutkimuksen tulokset esitellään valmiissa pro gradu -tutkielmassa, joka julkaistaan sähköisessä TamPub arkistossa.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta tutkijan sähköpostilla.

Tutkijan yhteystiedot

Minna Mäkinen, TtM-opiskelija, Tampereen yliopisto

Hoitotiede

minna.makinen@tuni.fi

Tutkimuksen ohjaajat: Jari Kylmä, FT, TtL, yliopistolehtori

Eija Paavilainen, TtT, professori



SAFEGUARDS -MALLIN KÄYTTÖ PSYKIATRIAN OSASTOILLA PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ HOITAJIEN KOKEMANA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Mikäli peruutan suostumukseni tutkimukseen, minusta kerättyjä tietoja ei enää käytetä tutkimustarkoituksessa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietojani ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymiseni jälkeen, jos ne on jo ehditty analysoida. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Nokialla __. __.2019

Nokialla __. __.2019

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

Liite 3. Tutkimuksen haastattelurunko

Taustatiedot:

1. Sukupuoli
2. Kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä (vuosina)
3. Ammattinimike

Millaisia kokemuksia Sinulla on Safewards -mallin mukaisten interventioiden käytöstä osastollasi?

Osallistujia pyydetään kertomaan sen mukaan mitä haluavat seuraavista interventioista: Yhteiset odotukset, Ystävälliset sanat, Puheella rauhoittaminen, Positiiviset sanat, Huonojen uutisten kertominen, Tullaan tutuiksi, Avun antaminen, Rauhoittumiskeinot, Turvallisuuden ylläpitäminen, Kotiutusviestit

Jos interventio ei ole käytössä, niin mikä Sinun mielestäsi estää sen käytön?

Mihin suuntaan interventioita Sinun mielestäsi tulisi kehittää?