



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Autio Silva

Safewards-mallin implementointi HUS Psykiatriassa lähiesimiesten kokemana

Johtamisen akateeminen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotiede
Pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2021

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen akateeminen yksikkö**

Tekijä:	Autio Silva		
Tutkielman nimi:	Safewards-mallin implementointi HUS Psykiatriassa lähiesimiesten kokemana		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotiede		
Työn ohjaajat:	Petri Virtanen ja Päivi Soininen		
Valmistumisvuosi:	2021	Sivumäärä:	85

TIIVISTELMÄ:

Safewards on tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli, jonka avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja ja aggressiotilanteita sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Mallin kehittämistä vastaa englantilainen professori Len Bowers. Safewards-mallissa esitetään kymmenen erilaista toimenpidettä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn sekä aggressiotilanteiden rauhoittamiseen.

Safewards-malli on valittu hoitotyön malliksi HUS Psykiatriassa tavoitteena edistää osastohoidon laatua, vähentää konflikteja ja pakkokeinojen käyttöä osastoilla sekä näin lisätä osastojen turvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteen vähentää rajoitetoimien käyttöä ja lisätä potilaan kuulluksi tuloa omassa hoidossaan. Safewards-malli on kehitetty näitä samoja asioita silmällä pitäen. Mallin käyttö HUS Psykiatriassa tukee sekä HUSin ja hoitotyön strategioita että Magneettisairaala- ja JCI-hankkeen mukaista toimintaa. Akkreditaatio-hankkeet asettavat tarpeen kehittää yhtenäisiä toimintatapoja.

Tämä tutkimus liittyy ajankohtaisesti tarpeeseen selvittää tilanne, miten Safewards-malli näkyy käytännössä psykiatrian osastoilla, kokemuksista edellisistä käyttöönotoista, henkilöstön perehdyttämisestä sekä koulutustarpeista. HUS Psykiatrian alue on laajentunut ja tulosyksikköön on tullut mukaan uusia osastoja, joten ajankohtaisesti on tarve kartoittaa Safewards-mallin käyttö sekä yhdenmukaistaa toimintatapoja eri osastojen kesken. Tietoa voidaan hyödyntää HUS Psykiatriassa hoitotyössä Safewards-mallin käyttöönoton ja ylläpitämisen sekä koulutusten suunnittelussa. Tietoa voidaan hyödyntää myös johtamisen näkökulmasta ohjauksen työvälineenä. Tutkimus liittyy osaltaan professori Len Bowersin pyyntöön selvittää Safewards-mallin käyttö kansallisella tasolla.

Tutkimuksen mukaan Safewards-mallin käyttö vaihtelee HUS Psykiatrian osastoilla. Kokemukset mallin aiemmasta käyttöönotosta ja käytöstä olivat pääosin positiivisia, mutta haastatteluissa ilmeni aiemman käyttöönoton, perehdytyksen ja koulutusten epäsystemaattisuutta eri osastojen ja linjojen välillä. Tulosten perusteella käyttöönottoa vaikeutti lähiesimiehen ja linjajohdon riittävän tuen ja ohjauksen puuttuminen. Tuloksissa ilmeni myös Safewards-mallin perusajatuksen puutteellinen osaaminen, jolloin mallin kymmenen intervention käytännön toimenpiteet jäivät irrallisiksi osioiksi mallin perusajatuksesta. Tämä vaikeutti huomattavasti mallin käyttöönottoa sekä vaikutti mallin käytön jatkuvuuteen osastolla.

AVAINSANAT: Safewards, implementointi, pakkokeinot, rajoitetoimet, potilasturvallisuus, henkilöstöturvallisuus, akkreditointihanke

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Tutkimuksen lähtökohdat	11
2.1	Implementointitutkimus	11
2.2	Implementointi terveydenhuollossa	13
2.3	Safewards-malli	15
3	Menetelmälliset lähtökohdat	20
3.1	Tutkimuskohteen kuvaus	20
3.1.1	Johtaminen HUS Psykiatriassa	21
3.1.2	Henkilöstöjohtaminen HUS Psykiatriassa	22
3.1.3	Hoidon laadun kehittäminen HUS Psykiatriassa	24
3.2	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	28
3.3	Tutkimusaineiston analysointi	32
4	Tutkimustulokset	35
4.1	Lähtötasokuvaus Safewards-mallin käytöstä HUS Psykiatriassa	35
4.2	Kokemukset Safewards-mallin implementoinnista	36
4.3	Kokemukset Safewards-mallin käytöstä	45
4.4	Osastojen Safewards-mallin koulutustarve	50
4.5	Safewards-malli henkilökunnan perehdytyksessä	54
5	Pohdinta	56
5.1	Tutkimuksen tarkastelu ja luotettavuus	56
5.2	Tutkimuksen eettisyys	59
5.3	Johtopäätökset	61
5.4	Jatkosuositukset	69
	Lähteet	73
	Liitteet	83
	Liite 1. Kyselylomake	83

Kuviot

Kuvio 1. Implementaatioprosessi (Junnila, 2008, s. 62). **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Kuvio 2. Safewards-malli: Konflikti- ja rajoittamistilanteiden eteneminen osastolla (Bowers, 2014, s. 500) **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Taulukot

Taulukko 1. Safewards-mallin 10 interventiota ja interventioiden kuvaus (Safewards, 2020; Kontio, 2015) **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Taulukko 2. Safewards-mallin interventioiden käyttö HUS Psykiatrian vuodeosastoilla.

35

Taulukko 3. Safewards-mallin käyttö HUS Psykiatriassa linjoittain. **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

1 Johdanto

Safewards-toimintamallin tarkoituksena on vähentää konflikteja, rajoittamista ja pakon käyttöä sekä lisätä potilaiden ja henkilökunnan turvallisuutta psykiatrisilla osastoilla. (Bowers, 2014a, s. 499). Tämä tutkimus on osa laajempaa Safewards-tutkimusta ja liittyy osaltaan King`'s College London psykologian, psykiatrian ja neurologian laitoksen emeritusprofessori Len Bowersin pyyntöön (sähköposti 30.1.2020) selvittää Safewards-mallin käyttöä kansallisella tasolla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lähijohtajien kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista ja käytöstä HUS psykiatrian osastoilla sekä selvittää Safewards-mallin nykytila HUS Psykiatriassa. Tutkimuksen tavoitteena on muodostaa käsitys implementoinnin ja laajentamisen tukitarpeesta sekä tuottaa tietoa, jonka avulla Safewards-malli voidaan kattavammin ottaa käyttöön HUS Psykiatriassa. Tavoitteena on lisätä siten potilaiden hoidon laatua ja vähentää haittatapahtumia sekä potilaiden että henkilökunnan osalta.

Mielenterveyspalveluita uudistetaan niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Psykiatrinen sairaanhoito koki maailmanlaajuisen murroksen 1960-luvulla, minkä jälkeen myös Suomessa alettiin purkamaan laitospainotteista psykiatrista hoitoa sekä kehittämään avohoidon palveluita. Viime vuosikymmeninä psykiatrisen osastohoidon ympärivuorokautisia sairaansijoja on vähennetty merkittävästi ja palveluita on korvattu avohoitoa tehostamalla. Tulevaisuudessa tavoitteena on edelleen lisätä ennaltaehkäisyä ja avohoitopainotteisuutta psykiatrisessa hoidossa. (Pirkola, Sund, Sailas & Wahlbeck, 2009, s. 147.) HUS Psykiatrian Toimintasuunnitelmaan (2020) on asetettu tavoitteeksi parantaa mielenterveyspalveluita uudistamalla ja integroitumalla yhä enemmän perustason palveluihin ja näin puuttua mielenterveyden häiriöihin yhä varhaisemmassa vaiheessa.

Avohoitopainotteisuus tarkoittaa yhä vaikeammin oireilevien potilaiden hoidon lisääntymistä psykiatrisissa sairaaloissa. Samanaikaisesti myös osastohoitojaksojen kesto lyhenee (THL, 2018). Tämä edellyttää kokonaisvaltaista osastohoidon kehittämistä ja tehostamista laadukkaan ja tuloksellisen hoidon takaamiseksi ja edistämiseksi. Euroopan

mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013–2020 painottaakin, että palveluiden rakenneuudistuksissa tulee kiinnittää huomiota ennen kaikkea laatuun sekä turvallisen, vaikuttavan ja hyväksyttävän hoidon varmistamiseen ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamana (World Health Organization, 2015, s. 2).

Psykiatrinen osastohoito toteutetaan ensisijaisesti potilaan vapaaehtoisuuteen perustuen ja yhteistyössä potilaan kanssa. Toisinaan se ei kuitenkaan ole mahdollista potilaan hoitokielteisyyden, hoidon vastustamisen, aggressiivisen käyttäytymisen tai muun syyn takia. Tällöin hoito joudutaan aloittamaan Mielenterveyslain (1990/1116) mukaisesti tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täytyvät, mikäli potilas on todetun mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa ja hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta eivätkä muut mielenterveyspalvelut ole soveltuvia tai riittäviä. Alaikäisen henkilön tahdosta riippumattomaan hoitoon määrittämisen edellytykset poikkeavat täysi-ikäisen edellytyksistä. Alaikäisen henkilön hoitoon määrääminen ei edellytä välttämättömästi mielisairauden asteista mielenterveyden häiriötä. Alaikäinen voidaan määrätä hoitoon myös, mikäli hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa, eivätkä muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi. Vakavia mielenterveyden häiriöitä voivat olla muun muassa hyvin vakavat käyttäytymisen häiriöt, hyvin vakava itsetuhoisuutta aiheuttavat häiriöt sekä hyvin vakavat syömishäiriöt. (Mielenterveyslaki 1990/1116; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2020.)

Potilaan tahdosta riippumaton hoito saattaa sisältää erilaisia pakkotoimia. Vaikkakin pakkotoimien käyttö psykiatrisessa sairaanhoidossa on vähentynyt viime vuosina, niin pakkotoimia käytetään Suomessa edelleen paljon. Tahdosta riippumattomassa hoidossa voidaan lain mukaan rajoittaa itsemääräämisoikeutta ja perusoikeuksia vain siinä määrin kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun mielenterveyslain 4a luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Rajoitustoimet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa

kunnioittaen. Lainmukaisia rajoitustoimia ovat henkilöntarkastus ja -katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen muista potilaista, sitominen lepositeilla, hoidollinen kiinnipitäminen, tahdonvastainen hoitotoimenpide ja tutkimus, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto ja omaisuuden tarkistaminen. Näistä eniten käytettyjä pakon käytön muotoja ovat potilaan sitominen, eristäminen, tahdonvastainen injektiohoito sekä kiinnipitäminen. Vuonna 2018 psykiatrisessa sairaalahoidossa hoidettiin 24 871 potilasta, joiden hoidossa 15,1 % oli käytetty rajoitustoimia. (Mielenterveyslaki 1990/1116, Makkonen ja muut, 2016, s. 3; Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 925; THL, 2019.)

Pakon käyttö on potilaalle usein nöyryyttävä ja traumaattinen kokemus sekä vaikuttaa negatiivisesti luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiseen ja potilaan hoitokokemukseen. Potilaiden kokemukset pakon käytöstä on yleensä negatiivisia, vaikkakin osa potilaista hyväksyy pakkotoimet äärimmäisissä tilanteissa osana tarpeenmukaista hoitoa (Hottinen, 2013, s. 50; Soininen, 2014, s. 36-37). Potilaiden ja henkilöstön välisen vuorovaikutuksen laatu ja sisältö ovat ratkaisevassa asemassa potilaan hoitokokemuksen sekä hoitoon sitoutumisen kehittämisessä. Potilaan kunnioittava ja inhimillinen kohtelu, hyvä vuorovaikutus sekä potilaan kokemus osallisuudesta omaan hoitoonsa auttavat positiivisen hoitokokemuksen syntymistä. Pakon käytön vaikuttavuudesta vakavien mielenterveysongelmien hoidossa ei myöskään ole tutkimusnäyttöä. Psykiatrisessa osastohoidossa positiivinen ilmapiiri on keskeinen hoitoon liittyvä tekijä, jolla on todettu olevan vaikutusta potilaiden parempaan hoitomotivaatioon, terapeuttisen allianssin syntymiseen sekä parempiin hoidon tuloksiin. Vähäinen pakon käyttö on hyvän hoidon edellytys ja sairaalahoidon laatumittari. (Bowers, Alexander & Bilgin, 2014; Kuosmanen, 2009, s. 38-39; Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 925-926; Soininen ja muut, 2016, s. 264; Hottinen, 2013, s. 38; Kontio ja muut, 2014; Johansson & Eklund, 2004, s. 519-521.)

Pakkotoimien vähentäminen on ollut tavoitteena jo useamman vuoden ajan niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteen

vähentää pakon käyttöä ja tahdonvastaisia toimia psykiatriassa sekä lisätä potilaan kuulluksi tuloa omassa hoidossaan vahvistamalla hänen itsemääräämisoikeuttaan ja valinnan vapautta (STM, Mielenterveysstrategia 2020). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) painottaa asiakaslähtöisyyden edistämistä terveydenhuoltopalvelujen tarjoamisessa, laadukasta ja turvallista hoitoa sekä toimintatapojen ja hoidon kehittämistä. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet korostavat potilaan itsemääräämisen kunnioittamista kaikissa hoidon vaiheissa. Pakon käytön vähentämisen merkitystä korostetaan myös eduskunnan oikeusasiamiehen kansallisen valvontaelimen raporteissa sekä Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean eli CPT:n (Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) tarkastusraporteissa. Pakon käytön vähentäminen on ihmisoikeuskysymyksen lisäksi myös potilasturvallisuus ja työturvallisuuskysymys. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen, 2016, s. 3; Eduskunnan oikeusasiamies, Tarkastukset 2020; Council of Europe, CPT visits 2020.)

Väkivallan ja uhkaavan käyttäytymisen kohtaaminen on lisääntynyt terveydenhuollossa, minkä vuoksi myös psykiatriassa on ollut tarve kehittää entistä turvallisimpia hoito- ja työympäristöjä. Suomessa psykoosisairauksien ilmaantuvuus väestötasolla on verrattain korkea, noin 3,5 %. Psykoosisairauksien hoitoon sisältyy usein myös sairaalahoitojaksot. Muun muassa psykooseihin ja päihteiden käyttöön liittyy kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen, johon osastohoidossa pyritään vaikuttamaan ennalta ehkäisevästi sekä potilaan lääkehoidolla. Potilaan itsetuhoinen käytös voi myös johtaa väkivaltatilanteeseen sekä lisätä merkittävästi potilaan itsemurhariskiä. Vuorovaikutuksella, hoitokulttuurilla ja osaston toimintamallilla on keskeinen merkitys uhkatilanteessa (Makkonen ja muut, 2016, s. 32, 41; Hallikainen & Repo-Tiihonen, 2015; Suvisaari ja muut, 2012, s. 677.).

Konfliktit psykiatrisilla osastoilla ja niitä usein seuraavat rajoitustoimenpiteet voivat aiheuttaa vakavia vaaratilanteita niin potilaille kuin henkilökunnallekin. (Kontio ja muut,

2012, s. 16.) Potilas- ja henkilöstöturvallisuuden vaarantuminen aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen lisäksi valtavat kustannukset yhteiskunnalle. Lisäksi voimankäyttö väkivaltatilanteissa saattaa aiheuttaa myös kahtiajakoisuutta henkilökunnan keskuudessa, mikä vaikuttaa osaston ilmapiiriin ja osastojen turvallisuuteen (Bowers, 2014, s. 499). Henkilökunta kokee usein osaston ilmapiirin turvattomampana kuin potilaat, mikä voi välittyä potilaille sekä vaikuttaa työntekijöiden työssä jaksamiseen (Palviainen, Soininen, Paavilainen, Koivisto & Kylmä, 2020, s. 9; Hottinen ja muut, 2020, s. 402; de Vries, Brazil, Tonkin & Bulten, 2016, s. 345). Turvallisuus osastolla johtaa edelleen potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden tunteeseen. Työntekijöiden työssäjaksaminen ja työhyvinvointi heijastuu suoraan potilastyöhön ja työn tuloksiin.

Safewards-malli on kehitetty pitkällisen tutkimuksen ja työelämäyhteistyön pohjalta psykiatristen osastojen konfliktien ja niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinojen vähentämiseksi. Safewards-malli on valittu hoitotyön malliksi HUS Psykiatriassa tavoitteena kehittää osastohoidon laatua, vähentää konflikteja ja pakkokeinojen käyttöä osastoilla sekä näin lisätä osastojen turvallisuutta. Hoitotyön kehittäminen ei rajoitu pelkästään hoitamiseen, vaan se onnistuessaan johtaa myös asennekulttuurimuutokseen hoitamisessa. Keskeistä on mahdollisimman vaikuttava hoito, potilaslähtöisyys ja ennalta ehkäisy. Safewards-mallin käyttö HUS Psykiatriassa tukee sekä HUSin ja hoitotyön strategioita että magneettisairaala- ja JCI – akkreditaatiohankkeiden mukaista toimintaa. HUSin tavoitteena on parantaa hoidonlaatua ja potilasturvallisuutta akkreditaatiohankkeiden avulla. Akkreditaatiohankkeet asettavat tarpeen kehittää yhtenäisiä toimintatapoja koko HUS Psykiatriassa. Hoidonlaatua ja potilasturvallisuutta seurataan säännöllisesti organisaatiotasolla erilaisilla jo käytössä olevilla mittareilla, kuten potilaspalautteella, Haipro- (potilaaseen kohdistunut haitta) ja HUS-Riskit –ilmoituksilla (henkilökuntaan kohdistunut haitta), EssenCES -ilmapiirikyselyllä sekä leposide-eristyksillä.

Tietoa Safewards-mallin käytöstä, osaamisesta ja koulutustarpeesta psykiatrisen osastoilla ei ole ajankohtaisesti ja systemaattisesti saatavilla. Tämä on vaikeuttanut

johtamisessa ja ohjauksessa osaamisen ja koulutusten systemaattista hyödyntämistä, kohdentamista sekä suunnittelua. HUS Psykiatrian alue on viime vuosina laajentunut ja tulosityksikköön on tullut mukaan uusia yksiköitä, joten ajankohtaisesti on tarve kartoittaa Safewards-mallin käyttö kaikilla osastoilla sekä yhdenmukaistaa toimintatapoja eri osastojen kesken. Tämän tutkimuksen tavoitteena on toteuttaa lähtötasokuvaus Safewards-mallin käytöstä HUS Psykiatriassa.

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka laajasti Safewards-malli on käytössä HUS Psykiatrian osastoilla? Onko Safewards-mallin kymmenen interventiota otettu käyttöön joko kokonaisuudessaan tai vain osa interventioista?
2. Millaisia kokemuksia HUS Psykiatrian osastonhoitajilla on Safewards-mallin implementoinnista?
3. Millaisia kokemuksia HUS Psykiatrian osastonhoitajilla on Safewards-mallin käytöstä osastoilla?
4. Millaisia koulutustarpeita HUS Psykiatrian osastonhoitajat näkevät Safewards-mallin implementoinnissa osastoille?
5. Millaisia kokemuksia HUS Psykiatrian osastonhoitajilla on Safewards-mallista osana työntekijöiden perehdytystä?

Saatu tietoa voidaan hyödyntää HUS Psykiatriassa Safewards -mallin implementoinnissa; käyttöönoton, ylläpitämisen sekä koulutusten suunnittelussa. Tietoa Safewards-mallin implementoinnista voidaan hyödyntää johtamisen näkökulmasta ohjauksen työvälineenä myös muissa näyttöön perustuvien toimintatapojen implementointiprosesseissa. Tutkimusta hyödynnetään myös HUS Psykiatrian kaikille työntekijöille suunnatussa Safewards-mallin Moodle-pohjaisen koulutuksen suunnittelussa. Tutkimus liittyy HUS Psykiatrian strategiaan tavoitteisiin ja meneillään oleviin JCI- ja Magneettisairaala –akkreditointihankkeisiin.

2 Tutkimuksen lähtökohdat

2.1 Implementointitutkimus

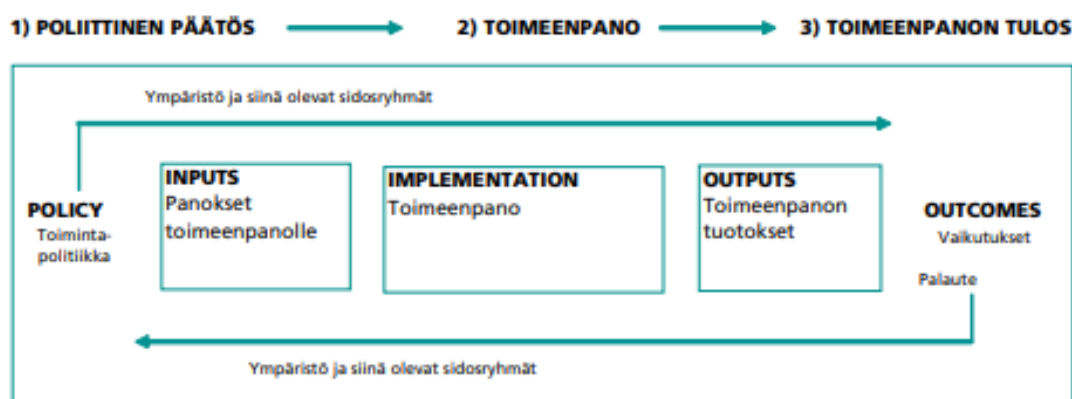
Implementointitutkimus eli toimeenpanotutkimus käsittää nimensä mukaisesti toimeenpanon ja toiminnan toteutuksen. Implementointitutkimus sai alkunsa Yhdysvalloissa 1960-luvulla valtioiden alkaessa uudistaa toimintaansa. Huomattiin, että valtiollisten ohjelmien toimeenpanot eivät antaneet odotettuja vaikutuksia ja haluttiin selvittää syitä niiden toimimattomuuteen. Implementointitutkimus syntyi osittain tarpeesta saada tietoa siitä, mitä toimeenpanon aikana tapahtui sekä kritiikistä perinteistä ohjelmien tuloksiin keskittyneestä arviointia kohtaan. (Junnila, 2008, s. 55; Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151.)

Julkishallinnollisen implementointitutkimuksen klassikkona pidetään Jeffrey Pressmanin ja Aaron Wildavskyn vuonna 1973 julkaisemaa teosta ”Implementation”, joka keskittyy selvittämään ohjelmien toimeenpanon epäonnistumisia USAssa. Tutkimus käsitteli vähemmistöryhmien työllistämistä varten laaditun kehittämisohjelman toimeenpanoa. Tarkastelun kohteena oli julkisen hallinnon eri organisaatioiden yhteistyö sekä erityisesti viranomaisten kyky kehittää ja ohjata virkamiestensä käyttäytymistä. Työttömien työllistämishojelman epäonnistuttua, tutkimus kyseenalaisti hallinnon kyvyn julkisten toimintaohjelmien tehokkaaseen toimeenpanoon. Tutkimus osoitti toimeenpanon olevan olennainen osa taloudellisen kehittämisohjelman toteutusta, mikä johti implementointitutkimuksen syntymiseen. (Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151; Pressman & Wildavsky, 1973, s. xxi.)

Implementointitutkimus kohdistuu interventioon, toimeenpanoon ja toteuttamiseen. Interventiolla tarkoitetaan toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Interventio voi olla esimerkiksi laki, politiikkaohjelma, palvelu, etuus tai hoitokäytäntö. Perinteinen implementointitutkimus tuottaa tietoa toimeenpanoprosessista sekä siitä, kuinka hyvin intervention toteutus vastaa mallia (*fidelity*). Toimeenpanon toteutusta voidaan arvioida myös toimenpiteen

pysyvyyden (*sustainment*) näkökulmasta. Implementointitutkimuksen tavoitteena on ymmärtää miten ja miksi interventio kontekstissaan toimii sekä kehittää keinoja implementoinnin parantamiseksi. Implementointitutkimuksessa keskeistä on intervention tai toiminnan taustalla oleva teoria tai vaikutusoletukset. Parhaimmassa tapauksessa intervention tulisi pohjautua tieteellisesti tutkittuun näyttöön ja sen tulisi olla kiinteästi sidoksissa tutkimustietoon. (Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151-152; Kasvun tuki, 2021.)

Implementointitutkimuksen teoreettisessa tarkastelussa korostuu hallinnon ja politiikan välinen suhde. Implementointitutkimusta voidaan pitää politiikan ja julkisen hallinnon tutkimuksen välimaastoon sijoittuvana tutkimusalueena, jonka kohteena on julkisen toimintapolitiikan toteutuminen (Virtanen, 1994, s. 240). Implementointitutkimukseen liittyy näin läheisesti toimintapolitiikka (*policy*). Toimintapolitiikka syntyy poliittisen prosessin (*politics*) seurauksena ja sitä seuraa toimeenpano. Toimintapolitiikan ja toimeenpanon välinen toimiva suhde mahdollistaa tavoitteiden tehokkaamman saavuttamisen. Toimeenpano koostuu useista erilaisista toimenpiteistä ja perinteisesti toimenpiteet etenevät delegoiden ylemmältä tasolta alemmalle. Alaspäin mentäessä toimintavapaus usein myös kaventuu. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kaila, 2016, s. 850; Junnila 2008, s. 57-58; Pressman & Wildavsky, 1984, s. xxii.)



Kuvio 1. Implementaatioprosessi. (Junnila 2008, 62.)

Implementointi voidaan nähdä vuorovaikutusprosessina, jossa tarkastellaan asetettuja tavoitteita sekä tavoitteisiin tähtääviä toimenpiteitä. Toimeenpanossa toimintapolitiikka siirtyy yhdeltä hallinnon tasolta seuraavalle, joka muodostaa siitä oman toimintapolitiikkansa. Vaikutuskanavat voivat suuntautua yhtä lailla ylhäältä alaspäin kuin alhaalta ylöspäin. Tavoitteena on toimintapolitiikan siirtyminen alkuperäisessä muodossaan, mutta se voi myös muuttua alkuperäisistä asetetuista tavoitteista. (Junnila 2008, s. 59.)

Arvioitaessa implementoinnin toteutusta voidaan tarkastella implementoinnin onnistumista tai epäonnistumista panosten, prosessin ja tuotosten kautta. Panoksilla tarkoitetaan implementoinnissa käytettyjä resursseja sekä kehittämisen ja muutoksen läpivientiin käytettyjä rakenteita. Tällaisia voivat olla esimerkiksi koulutetut kehittäjät ja asiantuntijat sekä tietotekniset ratkaisut. Prosessia arvioitaessa keskitytään implementoinnin teoriaan, käytettyihin implementointimenetelmiin, suunnitelmallisuuteen sekä suunnitelman toteutumiseen. Tuotosten arvioinnissa puolestaan tarkastellaan, minkälaisia materiaaleja, työkaluja ja tilaisuuksia syntyi implementoinnin edetessä. Implementoinnin onnistumista tarkastellessa tulisi kuitenkin kiinnittää huomiota enemmän vaikuttavuuteen kuin perinteiseen aikataulun, laadun ja kustannusten mittaamiseen. (Sipilä ja muut, 2016, s. 852-853; Virtanen, 2009, s. 135.)

2.2 Implementointi terveydenhuollossa

Hoitotiede, lääketiede sekä moni muu tieteenala julkaisee jatkuvasti uutta tietoa terveydenhuollon käyttöön. Terveydenhuollon kentällä tutkimustieto muuttuu usein sattumanvaraisiksi toimintatavoiksi ja käytännöiksi ilman varsinaisia tavoitteellisia toimia. Siksi juuri toimeenpanolla on erityinen merkitys erilaisten ohjelmien läpiviennissä. Implementointitutkimuksessa tarkastellaan tutkimustiedon käyttöön saattamista erilaisissa toimintaympäristöissä räätälöidyillä keinoilla uutta tietoa soveltaen. Mahdolliset tiedon soveltamisen esteet sekä edistäjät tunnistetaan osana implementointiprosessia. Terveydenhuollossa implementointi on tieteellisesti tutkitun

tiedon saattamista osaksi hoitokäytäntöjä tai -suosituksia, terveydenhuollon menetelmiä sekä erilaisia toimintaohjeita. Toisin sanoen se on tutkittuun tieteelliseen tietoon perustuvien toimintatapojen saattamista käytäntöön. (Sipilä ja muut, 2016, s. 850).

Terveydenhuollon implementointitutkimus on yleistynyt vasta 2000-luvulla. Implementoinnin menetelmien vaikuttavuutta tutkittiin satunnaisesti 1990-luvulla lähinnä hoitosuosituksen implementoinnissa. Saatujen tulosten perusteella voitiin todeta, että hoitosuositukset yksistään eivät riittäneet muuttamaan hoitokäytäntöjä. Samalla yleistyi tutkimus hoitosuosituksen käyttöönoton edistäjistä ja esteistä. Viime vuosina implementointitutkimus on painottunut näyttöön perustuvaan suuntaukseen erityisesti terveydenhuollossa. Terveydenhuollon alueella tutkimus on käsitellyt erityisesti tutkimuksella hyväksi havaittujen käytäntöjen levittämistä, tutkitun tiedon toimeenpanoa ja vaikutusten arviointia. Implementointitiedon hyödyntäminen kasvattaa todennäköisyyttä muutostyön onnistumiselle. Varsinkin terveydenhuollon suurissa muutoksissa tarvitaan tietoa siitä, miten uutta tietoa kannattaa saattaa eteenpäin. (Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151; Sipilä ja muut, 2016, s. 850; Junnila, 2008, s. 58; Pressman & Wildavsky, 1984, s. xxii.)

Implementoinnissa oleellista on, että käyttöönotettava hoitosuositus on luotettava, laadukas ja pätevä. Suositukset perustuvat tutkimusnäyttöön sekä arvioihin vaihtoehtoisten toimien hyödyistä ja haitoista. Implementoinnin edistäjät ja esteet voivat liittyä itse hoitosuositukseen, terveydenhuollon ammattilaisiin, potilaisiin, organisaatioon tai yhteiskuntaan liittyviin tekijöihin, kuten esimerkiksi ammattilaisen tai organisaation valmiuteen muuttaa toimintatapojaan. Oleellista on tiedostaa, ettei pelkkä henkilöstölle suunnattu koulutus ja informaatio riitä vauhdittamaan muutosta, vaan tarvitaan jatkuvaa opetusta. Usein näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotto on vuosien prosessi, mikä vaatii pitkäjänteistä sitoutumista. Hoitosuosituksen implementoinnin tavoitteena on ennen kaikkea terveyshyöty, joten intervention

tulosten pitkä seuranta auttaa luotettavan arvioinnin saamiseen. (Sipilä ja muut, 2016, s. 852-854; Socialstyrelsen i Sverige, 2012, s. 14-15.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnissa lähtökohtana on käytännön hoitotyössä tunnistetusta ongelmasta, johon pyritään löytämään vastaus. Implementoinnissa ensimmäisenä vaiheena on tunnistaa tarvittava muutos, minkä jälkeen haetaan tutkimustietoa, analysoidaan ja arvioidaan sitä. Näiden vaiheiden jälkeen suunnitellaan tuleva muutos ja toteutetaan se. Muutoksen alussa hoitosuosituksen käyttäjän tieto lisääntyy, taidot karttuvat ja asenteet toimintaa kohtaan muuttuvat. Asennemuutoksella voidaan vähentää myös muutosvastarintaan ja edistää implementoinnin onnistumista. Kun tiedot ja taidot karttuvat, ammattilainen voi tuntea myös itsensä osaavammaksi ja uskoa toimintatapojen muutoksen tuomaan positiiviseen vaikutukseen. Terveystieteiden ja yhteiskunnassa samanaikaisesti tapahtuvat muutokset voivat edistää tai vaikeuttaa asennemuutosta sekä intervention käyttöönottoa. (Sipilä ja muut, 2016, s. 852-854.)

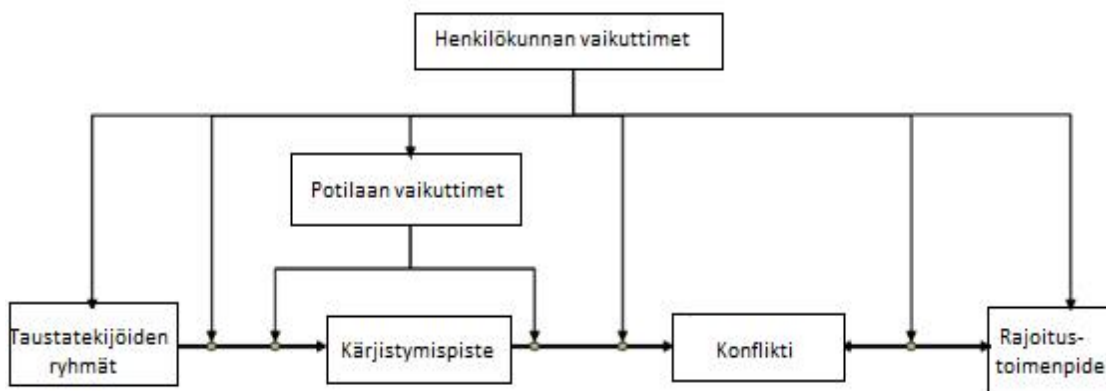
2.3 Safewards-malli

Safewards on pitkälliseen tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli, jonka avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja ja aggressiotilanteita sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Safewards-mallin tarkoituksena on tehdä osastoista turvallisempia paikkoja niin potilaille kuin henkilökunnallekin lisäämällä yhteistyötä ja vuorovaikutusta osastolla. Mallin kehittämisestä vastaa emeritusprofessori Len Bowers, joka on työskennellyt King`s College London -yliopistossa työryhmineen. (Bowers, 2014a, s. 499; Safewards, 2021.)

Safewards-malli antaa konkreettisia välineitä potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja aggressiotilanteiden rauhoittamiseen psykiatrisella osastolla. Nämä niin sanotut de-eskalaatio –menetelmät soveltuvat erityisen hyvin psykiatriseen osastotyöhön ja niiden avulla käytännön hoitotyötä tekevät hoitajat pystyvät

vähentämään konflikteja ja pakkokeinojen käyttöä osastolla sekä lisäämään osastojen turvallisuutta. Safewards-malli on käytössä useissa eri maissa ja mallista on tehty käännökset usealle eri kielelle. (Bowers, 2014a, s. 499-501; Bowers, 2014b, s. 36; Bowers ja muut 2014, s. 354.)

Safewards-mallissa kuvataan niin sanottuja kriittisiä pisteitä (flashpoints), jotka ennakoivat lähestyvää konfliktia (conflict). Näihin kriittisiin pisteisiin osaston henkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa konflikti- ja rajoitustilanteissa estääkseen konfliktia kasvamasta (Kuva 1). Henkilökunnan on tärkeää arvioida, miten potilaan käytökseen tulisi reagoida vai olisiko reagoimatta jättäminen parempi vaihtoehto tilanteen kärjistymisen estämiseksi. Taustamuuttujat (originating domains), kuten osaston sosiaalinen ja fyysinen ympäristö, osaston säännöt ja potilaan oirehdinta, voivat kasvaa kriittisiksi pisteiksi ja laukaista konfliktin. Rajoitustoimenpiteet (containment) ovat dynaamisessa vuorovaikutuksessa konfliktien kanssa ja joskus ne voivat yksistäänkin laukaista konfliktin sen ehkäisemisen sijaan. (Bowers, 2014, s. 500; Safewards, 2021.)



Kuvio 2. Safewards-malli: konflikti- ja rajoittamistilanteiden eteneminen osastolla (Bowers, 2014, s. 500).

Safewards-mallissa on määritelty kuusi keskeistä tekijää, jotka vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön psykiatrisella osastolla. Näitä tekijöitä ovat potilaiden muodostama yhteisö, potilaiden erityispiirteet ja tausta, osaston säännöt ja

rajoitukset sekä niiden ilmaiseminen, henkilökunta ja sen toiminta, osaston fyysinen ympäristö sekä sairaalan ulkopuolinen ympäristö. Jokainen näistä tekijöistä voi laukaista yksittäisenäkin tekijänä potilaan aggressiivisen käytöksen, mikä voi johtaa pakon käyttöön. Esimerkiksi konfliktien todennäköisyyteen voi vaikuttaa potilaan ikä, sukupuoli, diagnoosi sekä epäsosiaaliset piirteet. Myös tietyn tyyppiset konfliktit voivat olla todennäköisempiä tietyille potilasryhmille. Esimerkiksi nuoret miehet todennäköisemmin karkaavat kesken osastohoitojakson kuin muut potilaat. Henkilökunnalla ja potilailla on mahdollisuus estää näitä laukaisevia tekijöitä ja mahdollista konfliktin syntymistä vaikuttamalla osaston toimintaan systemaattisesti toteutetulla Safewards-toimintamallilla. (Bowers, 2014a, s. 501-504; Bowers ja muut, 2014, s. 354-355; Safewards 2021.)

Safewards-malliin sisältyy kymmenen erilaista konkreettista interventiota väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn sekä aggressiotilanteiden rauhoittamiseen psykiatrisessa osastohoidossa. Interventiot toteutetaan systemaattisesti ja siten, että koko henkilökunta on sitoutunut mallin toteutukseen. Safewards-mallin interventioita systemaattisesti toteuttamalla voidaan parantaa potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta, rauhoittaa osastojen ilmapiiriä sekä kanavoida potilaiden aggressiivisia impulsseja. Interventiot ovat Tunnetaan toisemme, Positiiviset sanat, Turvallisuuden ylläpitäminen, Avun antaminen, Yhteiset odotukset, Ystävälliset sanat, Puheella rauhoittaminen, Huonojen uutisten kertominen, Rauhoittumismenetelmät ja Kotiutusviestit. Vaikka mallissa lähtökohtaisesti on ajateltu otettavan käyttöön kaikki kymmenen interventiota, niistä voidaan myös tilanteen mukaan valita käyttöön ainoastaan osa. Käyttöön otettavat interventiot voidaan valita osaston luonteen ja potilaiden erityispiirteet huomioiden. Toimenpiteet ovat helposti toteutettavissa erilaisilla psykiatrisilla osastoilla. Ne eivät myöskään vaadi suuria investointeja. (Safewards, 2021.)

Taulukko 1. Safewards-mallin 10 interventiota (Safewards, 2021; Kontio, 2015).

Interventio	Kuvaus
Yhteiset odotukset (<i>Clear Mutual Expectations</i>)	Määritellään ja kirjataan sekä potilaiden että henkilökunnan odotukset siitä, miten osastoilla toimitaan ja käyttäydytään.
Ystävälliset sanat (<i>Soft Words</i>)	Hoitajat puhuvat kunnioittavasti ja lempeästi myös rajoittamistilanteissa. Harjoiteltava taito.
Puheella rauhoittaminen (<i>Talk Down</i>)	Vahvistetaan tiimin de-eskalaatitaitoja ja käytetään niitä systemaattisesti ja opeteltujen sekä yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti.
Positiiviset sanat (<i>Positive Words</i>)	Henkilökunta tunnistaa ja jakaa potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus.
Huonojen uutisten kertominen (<i>Bad News Mitigation</i>)	Niin, että potilas voi varautua niihin etukäteen ja saa tukea ne kuultuaan.
Tullaan tutuiksi (<i>Know Each Other</i>)	Osastoilla on kansio tai taulu, jossa on esitelty kaikki työntekijät ja se on kaikkien nähtävissä.
Avun antaminen (<i>Mutual Help Meeting</i>)	Potilaat tekevät pieniä asioita auttaakseen ja tukeakseen toisia potilaita.
Rauhoittumiskeinot (<i>Calm Down Methods</i>)	Esineitä ja tavaroita, joilla potilas voi kontrolloida levotonta oloa ja mahdollisia aggressiivisia ajatuksia.
Turvallisuuden ylläpitäminen (<i>Reassurance</i>)	Lisätään henkilökunnan tietoisuutta mahdollisista aggressiivisista, levottomuutta tai ahdistusta aiheuttavista tapahtumista osastolla.
Kotiutusviestit (<i>Discharge Messages</i>)	Osastolta kotiutuvat potilaat jättävät rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestejä (esim. ”toivon puuhun”) uusille potilaille nähtäväksi.

Väkivalta- ja rajoitetapahtumissa on todettu olevan eroja keskenään vastaavien osastojen kesken sekä eri maiden välillä. Osa rajoitustoimenpiteistä ei näyttäyty toisissa maissa lainkaan. Safewards-malli syntyi tarpeesta saada tietoa väkivallan eskaloitumisen ehkäisystä psykiatrisilla osastoilla. Aikaisemmat tutkimukset ovat useimmiten keskittyneet tietäntyyppisiin väkivaltatapahtumiin ja rajoitetoimenpiteisiin, ei niinkään näiden erojen ja esiintyvyyksien systemaattiseen tutkimiseen. Safewards-tutkimuksella pyritään vastaamaan tähän tutkimustarpeeseen. Kokeellisissa koeasetelmissä on pystytty osoittamaan, että Safewards-mallia toteuttamalla voidaan kanavoida potilaiden aggressiivisia impulsseja ja näin vähentää pakon käyttöä osastohoidossa. (Bovers, 2014a, s. 36-37, 499-500; Bovers ym., 2015, s. 1412; Safewards 2021; Maguire, Ryan, Fullam & McKenna 2018, s. 218-219.)

Safewards-mallia kehitettäessä Bowersin tutkimusryhmä on käynyt läpi yli tuhat yksityiskohtaista tutkimusta, jotka liittyivät konfliktitilanteisiin ja rajoittamiseen ympäri

maailman. Safewards-mallin vaikuttavuuden arvioimiseksi Len Bowersin tutkimusryhmä on toteuttanut randomoidun yksittäissokkotutkimuksen 15 sairaalan 31 akuuttiosastolla Englannissa. Mallia toteuttaneilla osastoilla konfliktien määrä väheni 14,6 % ja pakkokeinojen määrä 23,6 %. Ero tutkimuksen verrokkiryhmän osastoihin oli tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi mallin toteuttaminen on todettu lisäävän yhteisöllisyyden kokemusta, rauhoittavan osaston ilmapiiriä sekä parantavan potilaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja sen laatua. (Bovers, 2014a, s. 36-37, 499-500; Bovers ja muut 2015, s. 1412; Safewards 2021; Maguire ja muut, 2018, s. 218-219.)

3 Menetelmälliset lähtökohdat

3.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat HUS Psykiatrian vuodeosastojen osastonhoitajat ja viransijaiset osastonhoitajat (n=32). HUS Psykiatrian toiminta on organisoitu potilasryhmittäin ja alueittain 1) Akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian, 2) Mielialahäiriöiden, 3) Psykoosit ja oikeuspsykiatrian, 4) Gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian, 5) IT-psykiatrian ja psykososiaaliset hoitojen, 6) Nuorisopsykiatrian sekä 7) Länsi-Uudenmaan alueen, 8) Hyvinkään alueen, 9) Lohjan alueen ja 10) Porvoon alueen linjoihin. HUS Psykiatria vastaa väestövastuun mukaisesti koko Uudenmaan alueen aikuisikäisten ja nuorisoikäisten (13-17v) potilaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta kokonaisuudessaan Helsinkiä lukuun ottamatta. HUS Psykiatrian alueen väestöpohja on 1,6 miljoonaa. Tulosyksiköllä on myös ERVA- ja valtakunnallisia vastuita, kuten sukupuoli-identiteetin tutkimuksen, syömishäiriö- ja korvaushoitojen järjestämisessä. (HUS 2020, HUS, Psykiatrian toimintasuunnitelma 2020.)

Psykiatrinen erikoissairaanhoido painottuu avohoitoon. Avohoidon tukena toimivat vuodeosastot (n=32) Psykiatriakeskuksessa, Kellokosken sairaalassa, Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa sekä Raaseporin, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaaloissa. Psykiatrian vuodeosastoista 27 on aikuispsykiatrian ja 5 nuorisopsykiatrian osastoa. Henkilökuntaa HUS Psykiatrian tulosityksikössä on noin 2450 työntekijää, joista hoitohenkilökuntaa on 65 %, lääkäreitä 13 %, erityistyöntekijöitä 12 % ja muuta henkilökuntaa 11 %.

HUS Psykiatria toteuttaa yleistä HUSin strategiaa (2020–2024) sekä HUSin hoitotyön strategiaa. Keskeisiä HUSin arvoja ovat kohtaaminen, edelläkävijäisyys sekä yhdenvertaisuus. Strategisen ohjelman päätavoitteita ovat mitatusti parasta hoitoa ja palvelua; paras yhteisö oppia, tutkia ja tehdä merkityksellistä työtä; terveyttä tehokkaasti ja vaikuttavasti; vastuumme yhteiseksi hyväksi; sekä asiakaslähtöinen digitaalinen muutos. HUS pyrkii strategisilla linjauksillaan ja valinnoillaan vastaamaan

sote- ja maakuntauudistuksen organisatorisiin uudistuksiin, valtiovallan lainsäädännöllisiin velvoitteisiin sekä teknologian ja lääketieteen kehityksen mukana tuomiin uudistuksiin. Ympäristössä tapahtuvat muutokset edellyttävät HUS Psykiatialta jatkuvaa toiminnan kehittämistä. HUS Psykiatrian tavoitteena on edistää mielenterveyspalveluita uudistamalla sekä integroitumalla yhä enemmän perustason palveluihin. (HUS 2020.)

3.1.1 Johtaminen HUS Psykiatriassa

HUS Psykiatrian johtaminen toteutuu HUSin yhteisen strategian mukaisesti. HUS Psykiatria vastaa psykiatrian palveluiden tuloksellisesta tuottamisesta yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston sekä muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Vastuualueeseen kuuluu muun muassa talousvastuun ja kehittämistehtävien lisäksi henkilöstöhallintoon liittyvät tehtävät, tutkimus- ja opetustehtävät sekä talouspalvelut psykiatrian tulosityksikön osalta. HUS Psykiatrian toimialajohtajalla on päävastuu koko psykiatrian tulosityksiköstä. HUS Psykiatria on jaettu yleishallintoon; hallinnollinen ylilääkäri vastaa potilaiden lääketieteellisestä hoidosta sekä potilasturvallisuudesta ja johtava ylihoitaja puolestaan on vastuussa hoitotyöstä sekä toimii ylihoitajien esimiehenä. HUS Psykiatrian johdossa on myös ammattiryhmäkohtaisia esimiehiä (psykologien ja sosiaalityöntekijöiden esimiehet). Johto koostuu linjajohdon lisäksi kehittämis- ja asiantuntijuustehtävissä toimivista henkilöistä (muun muassa kehittämisspällikkö, koulutussuunnittelija, kliiniset asiantuntijat) sekä avustavista henkilöistä (sihteerit). (HUS, Psykiatria organisaatio, 2020.)

Hoitotyön johtajan tehtäviin kuuluu osallistua HUS Psykiatrian toiminnan kokonaisstrategian laatimiseen ja suunnata vastuualueensa toiminta strategian mukaiseksi. Hoitotyön johtaja luo edellytykset turvalliselle, vaikuttavalle, laadukkaalle ja tulokselliselle hoitotyölle. Hoitotyön johtaja vastaa HUS Psykiatrian toiminnasta, kehittämisestä, taloudesta sekä henkilöstöhallinnosta. Hoitotyön lähijohtamisesta

yksiköissä vastaa osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Lähijohtajien työkuvaan kuuluu pääasiassa hoitohenkilökunnan johtaminen. (HUS, Psykiatria organisaatio, 2020.)

3.1.2 Henkilöstöjohtaminen HUS Psykiatriassa

HUS Psykiatrian vastuualue on maantieteellisesti laaja sekä henkilöstömäärällisesti suuri. Psykiatrian henkilöstöön kuuluu 2450 työntekijää, jotka työskentelevät useiden eri linjojen alaisuudessa niin osasto- kuin avohoidossa. Tämä asettaa johtamiselle omat haasteensa. HUS Psykiatriassa johtaminen toteutuu erilaisten johtamistyylien yhdistelmänä ilman, että johtamistyyli- olisivat ristiriidassa keskenään. Johtamisessa korostuu vuorovaikutus johdon ja työntekijöiden välillä, henkilöstön osallistaminen sekä yhdessä tekeminen. Henkilöstö pääsee osallistumaan tavoitteelliseen toimintaan, mikä puolestaan tukee työtyytyväisyyttä ja työssä jaksamista. Osallistavalla johtamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuden parantumiseen, työolosuhteisiin, työilmapiiriin sekä henkilöstön ja johtajien väliseen vuorovaikutukseen. Se tukee myös toiminnan läpinäkyvyyttä ja monimuotoisuutta. Osallistava johtaminen tarjoaa hoitotyöhön johtamisrakenteen, joka mahdollistaa ammatilliseen toimintaan liittyvän päätöksentekovallan delegoimisen henkilöstölle. Tämä vahvistaa henkilöstön ammatillisia vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään sekä organisaation muilla toiminta-alueilla. Systemaattista ja osallistavaa kehittämistä sekä jaettua johtajuutta tukevat muun muassa HUS Psykiatriassa Magneettisairaala- ja JCI-akkreditaatiohankkeet. (STM, 2009, s. 34; HUS Laatu ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020.)

HUS Psykiatriassa toimintaa johdetaan myös kumppanuusjohtajuuden periaatteella. Johtajapareina toimivat usein linjajohtaja ja ylihoitaja sekä osastonhoitaja ja osastonlääkäri. Kumppanuusjohtajuudessa korostuu myös esimiehen ja työntekijän välinen kumppanuus, joka perustuu positiiviseen riippuvuuteen eli esimiehen ja työntekijän molemmin puoliseen etuun. Työntekijä on riippuvainen esimiehen tarjoamasta työnantajan roolista ja esimies puolestaan työntekijän antamasta työpanoksesta. Kumppanuusjohtajuudessa korostuu näin vuorovaikutus ja yhteistyö.

Esimies tukee henkilöstön sitoutumista työhön omaehtoisesti. Työntekijä kokee työyhteisössä olevan mahdollisuuksia ja oikeuksia, jotka sytyttävät aidon innon työskentelyyn. Esimies tukee toiminnallaan työntekijöiden voimaantumista huomioiden yksilöiden voimavarat sekä edistymisen. (Aarnikoivu, 2016, s. 33).

Valmentava johtaminen on yksi HUS Psykiatriassa käytetyistä johtamistyyleistä. Kehittämistyötä tehdään HUS strategiaan perustuen siten, että jokainen työntekijä tunnistaa työnsä keskeiset tavoitteet ja kehittää työtään sekä työyhteisöään näitä tavoitteita kohti. Valmentavan johtamisen mallissa painottuvat johtajan ja henkilöstön yhteinen näkemys ja yhdessä työskentely. Valmentavan johtamisen malli toimii osana työhyvinvoinnin kehittämistä. Johtaja toimii valmentavana esimiehenä ja antaa henkilöstölle mahdollisuuden, suunnan ja tilaa toimia sekä mahdollistaa hiljaisen tiedon hyödyntämisen organisaatiossa. Kun työn vaatimukset ja voimavarakelijat ovat tiedossa ja kohtaavat, syntyy myös edellytykset työn imuun. Henkilöstön tulee tuntea strategiset tavoitteet ja mahdollisuudet, jotta työn kehittäminen mahdollistuu. Mallissa vahvuuksien tunnistaminen ja niiden käyttöön ottaminen ovat keskeisessä asemassa. Yhdessä tekeminen ja tiedon jakaminen vahvistavat me-henkeä ja edistävät työhyvinvointia. (Suonsivu, 2014, s. 179-180.)

HUSin päivittäisen johtamisen tueksi on valittu Lean –toimintafilosofia. Terveysthuollon toimintaympäristön nopeissa muutoksissa kestävä kehityksen varmistaminen on julkisen terveydenhuollon elinehto. Johtamismenetelmänä Lean vastaa kaikkiin olennaisiin terveydenhuollon johtamisen osiin, kuten työ- ja potilasturvallisuuteen, työviihtyvyyteen, laatuun, saatavuuteen, kustannuskehitykseen ja prosessitehokkuuteen. Lean –menetelmä tarjoaa mahdollisuuden kehittää näitä prosesseja säilyttämällä asiakas kuitenkin keskiössä. Avohoitopainotteisuus, osastohoitajien lyhentäminen sekä työn vaativuuden lisääntyminen psykiatrisessa hoidossa vaativat toiminnan uudistamista ja kehittämistä. Toiminnan tehostamisen tarve, rakenteelliset uudistukset sekä kustannussäästöt vaativat myös HUS Psykiatria järjestämään toimintaansa tehokkaasti niukkuuden periaatteella, johon Lean –

menetelmän odotetaan antavan työvälineitä. Toiminnan tehostaminen vaatii näin ollen prosessien tehostamista, resurssien tehokasta käyttöä sekä laadun edistämistä. Lean – menetelmässä keskitytään toiminnan sujuvuuden ja laadun jatkuvaan kehittämiseen. Lähtökohtana on laatuajattelu, jossa laatuvastuu ja laadun kehittämisen vastuu kuuluvat organisaation kaikille työntekijöille. Strategisiin tavoitteisiin pyritään läpimurtohankkeiden avulla, joihin osallistetaan kaikki työntekijät. HUSin keskeiset kehittämishankkeet, JCI-akkreditaatio sekä magneettisairaalamalli, ovat Lean –ajattelun mukaista toimintaa. (HUS, Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa, 2020; Mäkijärvi, 2013.)

Laatuajattelu korostuu HUSin johtamisessa ja kehittämisessä. Akkreditaatiohankkeet tukevat systemaattista ja osallistavaa kehittämistä sekä jaettua johtajuutta. Safewards-mallin käyttöönotto HUS Psykiatriassa on toteutettu Lean-menetelmän ajattelutavan mukaisesti osallistamalla henkilökunta kehittämishankkeeseen kaikissa sen vaiheissa. HUS Psykiatriassa toiminta on sidoksissa organisaation kulttuuriin, johtamiseen ja henkilöstön osallistamiseen. Kehittämistyössä edellytetään työyhteisöltä avoimuutta, jokaisen osaamisen ja ideoiden kunnioitusta sekä yhdessä sovittujen toimintamallien noudattamista. Toimintaa arvioidaan erilaisilla mittareilla Lean-menetelmän mukaisesti seuraamalla esimerkiksi työturvallisuutta, potilasturvallisuutta sekä laatua.

3.1.3 Hoidon laadun kehittäminen HUS Psykiatriassa

Hoidon laatua ja potilasturvallisuutta korostetaan terveydenhuollon laissa, asetuksissa ja strategioissa. Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa, että terveydenhuollon on oltava laadukasta, potilasturvallista ja perustuttava näyttöön sekä hyviin hoitokäytäntöihin. Oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon korostaa myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (431/2011) määrittelee organisaatioiden laatu- ja potilasturvallisuustyötä. Potilasturvallisuuden ja laadun edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuuta. Palveluntarjoajien vastuuseen kuuluu, että

potilas- ja asiakasturvallisuus varmistetaan käytännössä kokonaisvaltaisella ja resursoidulla laadun sekä turvallisuuden hallinnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021, s. 11.) Laadun ja potilasturvallisuuden haasteena on terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvat nopeat muutokset. Potilasturvallisuutta voi heikentää muun muassa työntekijöiden suuri vaihtuvuus, henkilöstövoimavarojen niukkuus, palvelujärjestelmien ja hoitoprosessien pirstaleisuus, tiedonkulun ongelmat sekä potilastietojärjestelmien käytettävyysongelmat. Potilasturvallisuuden vaarantuminen aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen lisäksi valtavat kustannukset yhteiskunnalle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011, s. 9; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017, s. 12-14.)

Sekä HUSin että hoitotyön strategioissa painottuvat laatuajattelu, mikä ohjaa toimintaa kaikilla johtamisen tasoilla. Hoidon laadun perustana on potilas- ja työturvallisuuden lisäksi muun muassa hoidon vaikuttavuus, oikea-aikaisuus ja sujuvuus. HUSin Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma (LAAPO) laaditaan vuosittain ja sen toteutumista seuraa HUSin hallitus. Suunnitelman tavoitteena on tukea laadun ja potilasturvallisuuden systemaattista järjestämistä ja jatkuvaa kehittämistä HUSissa. Tarkoituksena on edistää kaiken toiminnan riskikohtien tunnistamista sekä ohjata ja kannustaa jokaista työntekijää toimimaan hyväksyttävien käytäntöjen ja periaatteiden mukaisesti sekä huomioimaan HUSin strategian. Suunnitelman pidemmän aikavälin tavoitteita on terveyshyödyn ja vaikuttavuuden lisääminen, laatukulttuurin parantaminen, kansallinen ja kansainvälinen yhteistyö ja laatu- ja potilasturvallisuustutkimukseen osallistuminen. (HUS Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020.)

Laadun ja potilasturvallisuuden parantamisessa keskeisiä organisaatiotason kehittämishankkeita ovat JCI-laatujärjestelmä (JCI akkreditaatio, Joint Commission International) ja magneettisairaalamalli (Magnet Hospital). Akkreditaatiohankkeet asettavat tarpeen kehittää yhtenäisiä toimintatapoja koko HUS Psykiatriassa. HUS Psykiatrian johto ja koko henkilökunta on sitoutettu näihin hankkeisiin. Hoidon laatua, potilas- ja työturvallisuutta kehitetään järjestelmällisesti sekä palveluprosesseja että

toimintatapoja kehittämällä. Hoidon laatua sekä turvallisuutta edistetään riskienhallinnan avulla. Ennakoimalla mahdollisia turvallisuus- ja laatuongelmia estetään vahinkoja ja vaaratilanteita sekä edistetään potilasturvallisuutta ja henkilökunnan työturvallisuutta. (HUS Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020, s. 1-9.) Magneettisairaala- ja JCI-hankkeen mukaista toimintaa tukee myös Safewards-mallin käyttö HUS Psykiatrian osastoilla. HUS Psykiatria on valinnut Safewards-mallin hoitotyön malliksi vastaamaan LAAPO-suunnitelmassa asetettuja tavoitteita kehittääkseen osastohoidon laatua, vähentääkseen konflikteja ja pakkokeinojen käyttöä osastoilla sekä lisätäkseen osastojen turvallisuutta.

JCI-laaturjestelmä on kansainvälisesti laaja ja arvostettu terveydenhuoltoon suunnattu akkreditaatiojärjestelmä, joka kattaa koko sairaalan toiminnot. Laaturjestelmä sisältää ulkopuolisen tahon määrittelemiä tutkittuun tietoon perustuvia ohjeistuksia ja vaatimuksia. Lähtökohtana on aina potilas ja toimintaa kehitetään potilaan näkökulmasta käsin. JCI-laaturjestelmän tarkoituksena on ennen kaikkea lisätä potilasturvallisuutta. HUSin tavoitteena on JCI-laaturjestelmän avulla saavuttaa akkreditaatiostatus ja päästä näin yhdeksi maailman laadukkaimmista sairaaloista. HUS Psykiatria on yksi kuudesta tulosityksiköstä, jotka pyrkivät ensimmäisinä vuonna 2021 läpäisemään akkreditaatiotarkastuksen. (HUS Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020.)

Magneettisairaalamalli on hoitotyön laaturjestelmä, joka toimii HUSin strategiaan perustuvan hoitotyön, sen johtamisen ja kehittämisen viitekehyksenä. Magneettisairaalamallissa potilaan hoidon tulokset ovat kaiken toiminnan lähtökohtana. Hoidon hyviin tuloksiin pyritään osaavien johtajien, toimivien rakenteiden, laadukkaan ammatillisen toiminnan sekä uuden tiedon, innovaatioiden ja parannuksien avulla. Magneettisairaalamallissa toteutetaan osallistavaa johtamistapaa, joka mahdollistaa henkilöstön osallistumisen palveluiden ja laadun kehittämiseen, henkilöstöpolitiikan luomiseen ja henkilöstövoimavarojen kehittämiseen. Tutkimusten mukaan mallia toteuttavissa sairaaloissa hoitotulokset ovat parempia, esimiehet tukevat henkilöstöä

enemmän, työmäärä on kohtuullisempi, hoitajat käyttävät enemmän aikaa välittömään potilastyöhön ja potilashoidon vaaratilanteita on vähemmän kuin muissa sairaaloissa. Lyhyempien hoitajaksojen sekä vähäisempien haittatapahtumien myötä syntyy myös säästöjä. Tämä hoitotyön toimintamallin implementointi on vastuutettu hoitotyön johtamisen kaikille tasoille ja kliinisille asiantuntijoille. HUSin tavoitteena on magneettisairaalamallin avulla saavuttaa kansainvälinen huippusairaalastatus. (HUS, Hoitotyön vuosikertomus, 2019; HUS, Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020; ANCC, 2019, s. 9-10, Partanen ja muut, 2008, s. 69; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009, s. 37.)

HUS Psykiatriassa mitataan ja arvioidaan hoidon laatua ja turvallisuutta säännöllisesti seuraamalla muun muassa potilas- ja työturvallisuutta, mielenterveyslain mukaisia rajoittamistoimenpiteitä sekä leposide-eristyksiä. Lisäksi kerätään tietoa potilaspalautteella sekä yksiköiden potilaille ja henkilökunnalle tehdyillä ilmapiirikyselyillä. HUSissa käytetään HaiPro-järjestelmää potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Kaikki potilaan hoitoon liittyvät tapahtumat, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle toisin sanoen läheltä piti -tilanteet, ilmoitetaan HaiPro-järjestelmään. Vaaratapahtumista tulee vuosittain yhteenveto HUSin laatu- ja turvallisuusraporttiin, jonka HUSin hallitus hyväksyy. Näin potilasturvallisuudesta siirtyy tieto kenttätasolta ylöspäin HUSin johdolle päätöksenteon tueksi sekä hyödynnettäväksi organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämiseen. HUS-Riskit on riskienhallinnan ja varautumisen järjestelmä, joka käsittää työntekijöiden vaaratapahtumat. Järjestelmän avulla saadaan tietoa eri ongelmatilanteista, turvallisuuspoikkeamista ja läheltä piti -tilanteista, jolloin vaaratilanteita voidaan seurata, hallita sekä ennalta ehkäistä tehokkaammin. Riskitieto on hyödynnettävissä johtamisessa, päätöksenteossa, toiminnan ohjauksessa ja suunnittelussa. (HUS, Laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, 2020.)

3.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimustavan sekoituksena. Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään tutkimuksissa, joissa tulokset halutaan ilmaista taulukko- ja tilastomuodossa. Taulukoiden ja tilastojen analysoinnin pohjalta tehdyt päätelmät voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2008, s. 136). Kvantitatiivista tutkimustapaa käytettiin Safewards-mallin käytön lähtötasokuvauksessa. Lähtötasokuvauksessa haluttiin selvittää, kuinka laajasti Safewards-malli oli käytössä HUS Psykiatriassa.

Pääosin tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Laadulliseen tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska tutkimuksella haluttiin saada selville tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkemyksiä, ajatuksia ja kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista HUS Psykiatrian vuodeosastoilla, Safewards-mallin käytöstä osastoilla, Safewards-mallin hyödyntämisestä henkilöstön perehdyttämisessä sekä ajatuksia ja toiveita tulevista koulutuksista. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kuvata todellista elämää luonnollisissa olosuhteissa kokonaisvaltaisella lähestymistavalla. Osastonhoitajien näkemysten selvittäminen vaati tutkijan mielestä juuri kvalitatiivista lähestymistapaa, jotta voitiin paremmin ymmärtää tutkimuskohdetta ja sen kontekstia sekä haastateltavien kokemuksia.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien kohdejoukko voidaan valita harkitusti ja tarkoituksenmukaisesti, jolloin se parhaiten tukee tutkimuksen tarkoitusta. Tällöin tutkija voi vapaasti valita ne henkilöt, joilla on paras kokemus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Osastonhoitajilla hoitotyön lähiesimiehinä oli tutkijan mielestä laajalaisin näkemys Safewards-mallin implementoinnista, implementoinnin johtamisesta ja ohjauksesta sekä mallin käytöstä HUS Psykiatriassa. Kvalitatiivinen menetelmä antaa mahdollisuuden tutkimuksen joustamiseen ja suunnitelmien muuttamiseen, mikä palveli tätä tutkimusta projektityön etenemisestä tutkimukseksi. (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara, 2014, s. 160-164; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 98.) Tutkimuskohteen valintaan vaikutti se, että tutkija itse työskentelee kyseisessä organisaatiossa ja tutkimuksen tekeminen alkoi tutkijan projektityönä HUS Psykiatriassa. Koska tutkija oli toiminut tutkimusryhmän jäsenenä tutkimuksessa, joka käsitteli Safewards-mallin mukaisen toiminnan vaikutusta nuorisopsykiatristen osastojen sosiaaliseen ilmapiiriin (Hottinen ym. 2020), aihealue oli tutkijalle entuudestaan tuttu.

Tutkimukseen sisältyi HUS Psykiatrian tulosyksikön osastonhoitajille tai osastonhoitajan viransijaiselle (n=32) tehty puolistrukturoitu teemahaastattelu 25.5.-1.6.2020 sekä etukäteen lähetetty kyselylomake. Tutkimusaineiston keräämiseen valikoitui teemahaastattelu, koska sen avulla voidaan paremmin saada esille mielipiteitä ja kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista sekä nykyisestä Safewards-mallin tilasta osastoilla. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikki vastaajat saavat samat kysymykset ja kysymyksiin voi vastata avoimesti. Tutkija soitti haastateltaville tai otti heihin yhteyttä sähköpostitse ja sopi haastatteluajan. Haastateltavat saivat itse ehdottaa haastatteluaikaa sekä haastattelupaikkaa tai haastattelua etänä puhelimitse tai videopalaverina. Kyselylomake lähetettiin haastateltavalle muutamia päiviä ennen haastattelua, jotta haastateltava ehti hyvin tutustua aihealueeseen etukäteen. Aiheeseen tutustuminen mahdollistaa haastattelun tavoitteeseen pääsemisessä ja näin saadaan esille haastateltavien henkilökohtaisia tulkintoja ja näkemyksiä asioista sekä ilmiöistä ja heidän niille antamia merkityssisältöjä (Hirsjärvi ja muut, 2014, s. 208; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 85–86). Haastatteluun osallistui kaikki HUS Psykiatrian osastojen osastonhoitajat tai viransijaiset osastonhoitajat, joten osallistumisprosentti tutkimuksessa oli 100.

Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna ja haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastattelut toteutettiin osin perinteisesti haastatellen joko haastateltavan työhuoneessa tai työyksikön kokoustilassa, mutta pääosin haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina sekä Teams-videoneuvotteluina ajan käytön säästämiseksi sekä Koronapandemiasta johtuvan poikkeustilan vuoksi. Haastattelujen

aikana käytiin läpi kyselylomaketta, jonka haastateltava oli jo aiemmin täyttänyt tai haastattelija täytti sen haastattelun aikana. Haastattelija teki haastattelun aikana muistiinpanoja sekä tarvittavia täydennyksiä jo aiemmin täytettyyn kyselylomakkeeseen. Teemahaastattelut kestävät yleensä tunnista kahteen tuntiin ja haastattelijan on varauduttava niin niukkasanaisiin kuin puheliaisiinkin haastateltaviin (Hirsjärvi ja muut, 2014, s. 211). Tässä tutkimuksessa haastattelujen pituus vaihteli 15–75 minuuttia riippuen muun muassa siitä, oliko Safewards-malli otettu käyttöön osastolla, oliko malli edelleen käytössä osastolla ja oliko mallin käytössä tai implementoinnissa ollut paljon haasteita. Myös haastateltavien henkilökohtainen kiinnostus aihealuetta kohtaan vaikutti merkittävästi haastattelujen pituuteen ja sisällön monipuolisuuteen.

Haastattelun avulla kartoitettiin kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista HUS Psykiatrian osastoille sekä mallin käytöstä osastoilla. Haastattelujen avulla kartoitettiin myös Safewards-mallin käytön nykytila HUS Psykiatriassa. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka etenee haastattelijan etukäteen valitsemien keskeisten teema-alueiden, ja niiden sisältöä tarkentavien kysymysten pohjalta. Teemahaastattelussa kysymysten ei tarvitse olla tarkassa järjestyksessä tai muodossa, mutta haastattelun näkökulma ja teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teema-alueet muodostetaan tutkimuksen teoreettisesta viitekehuksesta käsin sen pohjalta, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo aiemmin tiedetään. Haastattelun aikana haastateltavalle voidaan tehdä kysymyksiä, jotka syventävät, selventävät ja poistavat väärintulkintoja. (Metsämuuronen, 2009, s. 247; Hirsjärvi ja muut, 2014, s. 208; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 87–88.)

Haastattelu koostui viidestä teema-alueesta. Teema-alueiden muodostusta ohjasi teoreettinen viitekehys sekä tutkimuskysymykset. Yhtenä teema-alueena oli Safewards-mallin sen hetkinen käyttö osastolla, toisin sanoen oliko malli käytössä osastolla ja mitkä mallin kymmenestä interventtiosta olivat käytössä osastolla. Toisena teema-alueena olivat osastonhoitajien kokemukset mallin implementoinnista osastolle, mikäli malli oli otettu käyttöön edellisessä käyttöönotossa HUS Psykiatriassa vuosina 2015–2016.

Kolmas teema-alue muodostui osastonhoitajien kokemuksista Safewards-mallin käytöstä osastoilla. Neljäntenä teema-alueena oli osastonhoitajien näkemykset henkilöstön Safewards-mallin koulutustarpeista sekä toiveet tulevista koulutuksista niin koulutuksen sisällön kuin johtamisen ja ohjauksen suhteen. Viidentenä teema-alueena oli osastonhoitajien kokemukset uusien työntekijöiden perehdytyksestä mallin osalta ja mallin hyödyntämisestä perehdytyksessä. Ennen varsinaisia haastatteluja tutkija testasi haastattelurunkoa kahdelle aihealuetta tunnevalle terveydenhuollon ammattilaiselle varmistaakseen haastattelujen sujuvuuden sekä haastatteluteemojen toimivuuden.

Teemahaastattelu edellyttää haastattelijalta perehtyneisyyttä tutkittavaan kohteeseen ja aihepiiriin (Metsämuuronen, 2009, s. 245). Tässä tutkimuksessa tutkija oli perehtynyt entuudestaan aiheeseen niin Safewards-mallin kuin implementointiprosessinkin suhteen. Tutkijalla oli useamman vuoden omakohtainen kokemus Safewards-mallin implementoinnista kuudelle psykiatrian osastolle sekä mallin käytöstä psykiatrian osastoilla. Tutkija oli myös osallistunut Safewards-mallin vaikuttavuutta osastojen ilmapiiriin tarkastelemaan tutkimukseen tutkimusryhmän jäsenenä (Hottinen ja muut, 2020). Lisäksi tutkija työskenteli haastateltavien kanssa samassa organisaatiossa. Haastattelijan tulee kyetä ohjaamaan keskustelun kulkua haastattelun tarkoituksen mukaisesti ja haastattelijalla tulee olla kyky motivoida haastattelijaa ja ylläpitää motivaatiota haastattelun ajan. Haastattelijan tulisi myös olla joustava ja hänen tulisi kyetä kuunnella ja sietää hiljaisuutta, jotta haastateltava saa mahdollisuuden pohtia vastaustaan. Haastattelutilanteen tulisi ilmapiiriltään olla avoin ja luottamusta herättävä, jolloin haastateltava voi helpommin luottaa siihen, että haastattelussa esiin tullutta tietoa käsitellään luottamuksellisesti. (Hirsjärvi ja muut 2008, s. 68-69; Metsämuuronen, 2009, s. 245.)

Haastattelujen etuna on niiden toteutumisvarmuus. Kun haastateltavan kanssa on sovittu etukäteen haastatteluajankohdasta, hän harvoin enää tämän jälkeen kieltäytyy haastattelusta. Haastattelun onnistumisen kannalta keskeistä on haastateltavan motivaatio osallistua haastatteluun. Haastatteluympäristö on myös haastattelun

onnistumiseen vaikuttava tekijä. Haastattelu ympäristön tulisi olla rauhallinen ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä. Ongelmia haastattelussa voi ilmetä silloin, jos haastattelijalla on kokematon haastattelujen toteutuksessa. Virhelähteet voivat johtua joko haastattelijasta itsestään tai haastateltavasta. Aineiston analysointiin, tulkitsemiseen ja raportointiin ei ole olemassa mitään valmiita malleja, mikä saattaa aiheuttaa myös ongelmia. Haittaavia tekijöitä voi olla haastateltavan kiire jonnekin muualle tai haastateltavan mielessä pyörivät muut asiat, jolloin hän saattaa vastata kysymyksiin pintapuolisesti. Haastateltava voi myös antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia, mikä vaikuttaa haastattelun luotettavuuteen. Haastattelujen haittapuolena on se, että haastattelut itsessään ovat aikaa vieviä ja aineiston läpikäyminen on suhteellisen hidasta. (Hirsjärvi ja muut, 2008, s. 34-35, 126-127; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 86.)

3.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa lähtötasokuvauksessa Safewards-mallin käytön osalta tutkimuksen tulokset ovat ilmoitettu määrällisessä muodossa, joten aineiston analyysissä on tältä osin käytetty kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Muutoin tutkimuksessa tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysia. Aineistoa analysoitaessa käytiin läpi kaikki HUS Psykiatrian osastonhoitajille ja viransijaisille osastonhoitajille tehdyt haastattelut (n=32) sekä kyselylomakkeet. Sisällönanalyysin päädyttiin, koska tavoitteena oli kartoittaa ilmiötä koskevia tekijöitä ja lisätä näin ymmärrystä ilmiöstä. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi soveltuu käytettäväksi silloin, kun tutkimuksella halutaan tuottaa uutta tietoa ja uusia näkemyksiä, paljastaa piileviä tosiasioita sekä jakaa aineistoa luokkiin ja kategorioihin. Analyysimenetelmän tarkoituksena on kerätyn aineiston jäsentely tiiviiseen muotoon johtopäätösten tekoa varten. Laadullisessa sisällönanalyysissä pyritään havainnoimaan aineistosta indikaattoreita, joita ovat esimerkiksi tutkimuksen kannalta keskeiset yksittäiset sanat, ajatukset tai esimerkit. Näitä aineistosta nousseita indikaattoreita verrataan toisiinsa ja ne luokitellaan samankaltaisuuden ja erilaisuuden perusteella. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 103-133.)

Haastattelujen aikana täytetyt tai täydennetyt kyselylomakkeet sekä haastattelijan muistiinpanot luettiin kokonaisuudessaan kattavan kokonaiskuvan luomiseksi, jonka jälkeen aineisto koodattiin kiinnittämällä huomioita tutkimuksen kannalta keskeisiin käsitteisiin ja ajatuksiin. Kyselylomakkeista koodattiin Safewards-mallin eri interventioiden käyttöön, sisältöön sekä koulutukseen liittyviä käsitteitä. Prosessin aikana tehtiin muistiinpanoja sekä muodostettiin aineistosta luokituksia eli kategorioita, jotka olivat tutkimuksen kannalta mielekkäitä. Kategorioita ryhmittelemällä muodostettiin laajempia klustereita, joita tulkittiin tutkimuksen keskeisten tulosten saavuttamiseksi. Interventioiden käytön, kokemusten aiemmista käyttöönotoista, uusien työntekijöiden perehdyttämisen, koulutustarpeiden sekä johtamisen osalta ilmaukset vietiin Excel-taulukon tarkempaa analysointia varten. Haastateltavien ilmaukset kirjattiin samanlaisina kuin ne olivat sanallisesti ilmaistu. Safewards-mallia käyttävien osastojen sekä käytössä olevien mallin kymmenen intervention osalta tulokset kirjattiin numeerisesti. Tuloksia tarkasteltiin myös Safewards-mallin käytön osalta HUS Psykiatriassa sekä alueellisesti että linjoittain.

Miles ja Huberman (1994, s. 10-12) jaottelevat aineiston analyysimenetelmän kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, jossa aineisto pelkistetään karsimalla kaikki epäolennainen aineisto pois. Tarkoituksena on löytää aineiston tiivistämisen kannalta keskeiset sanat ja ilmaukset. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset tuottavat indikaattoreita, jotka jäsenellään ylempiin käsitteisiin eli yläluokkiin. Analyysimenetelmän kolmas vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Siinä jaotellaan tutkimuksen ja tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset tiedot ja yhdistellään eri luokituksia. Luokitusten yhdistämistä ja aineiston tiivistämistä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mielekästä. Luokittelujen pohjalta muodostuneet kategoriat kuvataan tutkimustuloksissa. (Miles & Huberman, 1994, s. 10-12; Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 114-115.)

Tässä tutkimuksessa aluksi aineisto pelkistettiin karsimalla kyselylomakkeista epäolennainen tieto pois, jonka jälkeen vastauksista korostettiin tutkimuksen kannalta olennaiset sanat ja ilmaisut. Tämän jälkeen aineistosta koodatut ilmaukset käytiin läpi ja etsittiin indikaattoreita ylempiä käsitteitä eli yläluokkia varten. Luokkien yhdistelyä jatkettiin niin kauan, kunnes pystyttiin luomaan aineiston sisällön näkökulmasta mielekkäät kategoriat. Nämä kategoriat on kuvattu tutkimustuloksissa.

Koko tutkimusprosessin alkuvaiheen valinnat vaikuttavat siihen, miten tutkimuksella hankittua aineistoa analysoidaan ja käsitellään. Tutkimusongelmat vaikuttavat menetelmien ja analyysien valitsemiseen ja rakentamiseen. Tutkimusprosessin eri vaiheiden onnistuneet valinnat mahdollistavat kiinteän kokonaisuuden, jossa tutkimusongelma on yhtenevä analyysin kanssa. Analyysi, johtopäätökset ja niiden tulkinta muodostavat tutkimuksen ydinosan ja on tärkeä vaihe tutkimusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2014, s. 221.) Tässä tutkimuksessa analyysi juontuu tutkimuksen teoriaosuudesta. Haastattelutuloksissa voidaan nähdä esiintyvän samoja teemoja ja käsitteitä kuin teoriaosuudessakin, joten tutkimus voidaan nähdä muodostavan yhteneväisen kokonaisuuden.

4 Tutkimustulokset

4.1 Lähtötasokuvaus Safewards-mallin käytöstä HUS Psykiatriassa

Tutkimuksessa Safewards-mallin käyttö HUS Psykiatrian vuodeosastoilla jakautui kahteen alaluokkaan: 1) oliko Safewards-malli käytössä osastolla sekä 2) mitkä Safewards-mallin interventiot olivat käytössä osastolla. Tutkimuksen tulosten mukaan Safewards-mallin käytössä oli vaihtelevuutta HUS Psykiatrian osastojen kesken. Vaihtelevuutta ilmeni psykiatrian eri linjojen sisällä, mutta myös alueellisesti.

Safewards-malli oli käytössä HUS Psykiatrian 21 osastolla, mikä oli 65,6 % kaikista HUS Psykiatrian osastoista (n=32). Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjan kaikki yhdeksän osastoa olivat ottaneet mallin käyttöön, mutta kolmessa linjassa malli ei ollut vielä käytössä ylipäätään. Safewards-malli ei ollut käytössä yhteensä 11 osastolla. Haastattelujen mukaan osassa psykiatrian osastoja oli käyttöönottohetkellä ollut ajallisesti päällekkäinen tutkimushanke, mikä esti samanaikaisen Safewards-mallin käyttöönoton. Osa tutkimukseen osallistuneista osastoista ei ollut vielä perustettu tuona ajankohtana (2015–2017), jolloin malli otettiin yleisesti käyttöön HUSissa. HUS Psykiatrian reuna-alueilla (Raasepori, Hyvinkää ja Porvoo) mallia ei myöskään ollut otettu käyttöön. HUS Psykiatrian 19 osastolla Safewards-mallin kymmenestä interventiosta käytössä oli vähintään puolet ja 3 osastolla malli oli käytössä kokonaisuudessaan.

Taulukko 2. Safewards-mallin interventioiden käyttö HUS Psykiatrian osastoilla.

Safewards-mallin interventioiden käyttö%	osastot (n = 32)	Safewards-mallin interventioiden käyttö osastoilla %
100 % käyttö (kaikki 10 interventiota käytössä)	3 / 32	9,4 %
50 % tai enemmän interventiosta käytössä	16 / 32	50 %
Alle 50 % interventiosta käytössä	2 / 32	6,2 %
SW –malli ei käytössä	11 / 32	34,4 %

Taulukko 3. Safewards-mallin käyttö HUS Psykiatriassa linjoittain.

Linja	SW-mallia käyttävien osastojen osuus linjan sisällä	SW-mallia käyttävien osastojen osuus HUS psykiatriassa
Akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian linja	3 / 5 (60 %)	14,3 %
Mielialahäiriölinja	2 / 3 (67 %)	9,5 %
Psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja	9 / 9 (100 %)	42,9 %
Gero-, neuro- ja riippuvuus-psykiatrian linja	2 / 5 (40 %)	9,5 %
Nuorisopsykiatrian linja	4 / 5 (80 %)	19 %
Länsi-Uudenmaan psykiatrian linja	0 / 2 (0 %)	0 %
Hyvinkään psykiatrian linja	0 / 1 (0 %)	0 %
Lohjan psykiatrian linja	1 / 1 (100 %)	4,8 %
Porvoon psykiatrian linja	0 / 1 (0 %)	0 %

4.2 Kokemukset Safewards-mallin implementoinnista

Tutkimuksen mukaan osastonhoitajilla oli Safewards-mallin implementoinnista pääasiassa positiivisia kokemuksia. Suurin osa osastonhoitajista koki, että osastot olivat pääosin onnistuneet Safewards-mallin käyttöönotossa. Vaikka implementoinnin alussa osastoilla oli ilmennyt voimakasta muutosvastarintaa, niin lopulta henkilökunta oli sitoutunut mallin toteutukseen pääosin hyvin. Osa henkilökunnasta oli osallistunut aktiivisesti interventioiden implementointiin osastolla. Henkilökunta oli saanut Safewards-koulutusta ja osa henkilökunnasta oli käynyt tutustumiskäynneillä muissa hoitotyön mallia toteuttavissa yksiköissä. Haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että ulkopuolista ohjausta ja tukea olisi kaivattu enemmän käyttöönottohetkellä. Osastonhoitajat kokivat, että ulkopuolisen ohjauksen turvin malli olisi saatu todennäköisemmin kattavammin käyttöön osastolla. Lisäksi mallin implementoinnin, perehdytyksen sekä koulutusten osalta koettiin epäsystemaattisuutta eri osastojen ja linjojen välillä. Tähän myös toivottiin yhtenäisiä toimintatapoja jatkossa. Myös Safewards-mallin mukaisen toiminnan jatkuvuudessa osana päivittäistä hoitotyötä nähtiin ongelmia.

”Hyvät kokemukset, elementtejä jäänyt käyttöön.”

”Järjestelmällistä käyttöönottoa ei ole ollut.”

”Osaston työntekijä oli mukana edellisessä käyttöönotossa ja mallin jalkauttaminen sujui siksikin hyvin.”

”Alun vastarinnan jälkeen työntekijät sitoutuneet hyvin ja olleet aktiivisesti käyttöönotossa.”

Implementoinnin alussa osa työntekijöistä oli käynyt vähintään yhdellä HUS Psykiatrian järjestämällä asiantuntijaluennolla, mikä katsottiin jopa välttämättömäksi ennen mallin varsinaista implementointia osastoille. Osastonhoitajat pitivät HUS Psykiatrian järjestämiä koulutuksia pääsääntöisesti onnistuneina ja sisällöllisesti laadukkaina. Kuitenkin osa osastonhoitajista piti koulutuksia niin määrältään kuin sisällöltäänkin riittämättöminä mallin sisäistämiseksi. Haastatteluissa ilmeni, että koulutukset olivat sisältäneet liian vähän mallin teoriaa sekä mallin näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Myös osastojen oman henkilökunnan järjestämä esittely Safewards-mallista, mallin teoriasta ja käytöstä työryhmälle, esimerkiksi osastotunnilla, pidettiin riittämättömänä. Kokemusten jakaminen mallin käyttöönotosta ja käytöstä, käytännöntyön esimerkit osastoilta sekä havainnollistava materiaali katsottiin eduksi edellisen käyttöönoton koulutuksissa. Nämä olivat myös parhaiten jääneet mieleen koulutuksista ja näitä toimintatapoja lähdettiin myös helpoimmin toteuttamaan osastoilla.

Joillakin osastoilla oli käynyt ulkopuolinen asiantuntija osastotunnilla tai kehittämispäivällä antamassa Safewards-koulutusta ja miettimässä yhdessä työryhmän kanssa mallin toteutustapoja kyseisellä osastolla. Toimintatapa koettiin yleisesti toimivana ja mielekkäänä menetelmänä uuden mallin käyttöönotossa. Tällöin mallista oli syntynyt usein keskustelua mallin käytännön toteutuksesta osastojen erityispiirteet huomioiden vastaamaan kunkin osaston tarpeisiin. Lisäksi mahdollisiin ongelmakohtiin saatettiin miettiä ratkaisua yhdessä asiantuntijan kanssa.

”Koulutuksissa liian vähän tutkimustietoa aiheesta.”

”Teoriaa, havainnollistavaa materiaalia sekä kuvallisia esimerkkejä olisi pitänyt olla enemmän.”

”Esimiehillä eikä hoitajilla ole aikaa perehtyä aiheeseen riittävän hyvin osaston arjen keskellä.”

”Havainnollistava materiaali ja käytännön esimerkit olivat hyviä ja jäivät mieleen.”

”Ulkopuolinen kouluttaja oli mukana osastotunneilla, mikä oli hyvä käyttöönotossa.”

”Asiantuntijan mukana olo osaston kehittämispäivällä oli tärkeä juttu.”

”Asiantuntijan mukanaolo osastotunneilla oli tärkeää jalkautusvaiheessa.”

Safewards-mallia ovat vieneet käytäntöön pääasiassa osastojen hoitajat Magneettisairaalamalliin pohjautuen henkilöstöä osallistamalla sekä puheenjohtajalähtöisesti. Lähtökohtana kuitenkin oli, että koko työyhteisön hoitajat ja mahdollisesti myös erityistyöntekijät pääsivät aktiivisesti harjoittelemaan interventioita ja osalliseksi implementoinnissa. Safewards-mallin interventioiden käyttöönotto tapahtui usein jokaiselle interventiolle (n=10) erikseen valitun vastuuhoitajaparin toimesta. Joillakin osastoilla tehtävään valittu vastuuhoitajapari vastasi kaikkien interventioiden implementoinnista. Interventiot implementoitiin osastolle useimmissa tapauksessa kahden-kolmen viikon sykleissä. Kokonaisuudessaan implementointi osastolle kesti noin vuoden huomioiden loma-ajat ja muut samanaikaiset koulutukset. Haastattelujen mukaan esimiehet pitivät henkilöstön roolia merkittävänä implementoinnin onnistumisessa.

”Esimiehet ja työntekijät olleet mukana. Osastolla kaksi nimettyä Safewards-vastaavaa.”

”Interventio kerrallaan otettu käyttöön vuoden aikana.”

”Osastolla on kaksi hoitajaa, jotka ovat Safewards-vastaavia ja pyrkivät pitämään osastotunnilla keskustelua yllä, miten interventio toteutuu ja mitä se tarkoittaa, mitä pitäisi kehittää.”

”Safewards-työryhmään valittujen hoitajien rooli on keskeinen ja motivaatio mallin eteenpäin viemiseksi on paljon heidän aktiivisuutensa varassa.”

Haastattelujen mukaan esimiesten osallisuus Safewards-mallin käyttöönotossa ja käyttöönoton johtamisessa vaihteli suuresti eri osastojen välillä. Osastonhoitajat olivat käyttöönotossa usein sivummalla, mutta joillakin osastoilla apulaisosastonhoitajalla oli ollut merkittävä rooli mallin implementoinnissa. Osastonhoitajat olivat sivummalla ajankäytöllisistä sekä ideologisista syistä, muun muassa henkilöstön osallistamislähtöiseen ajatteluun perustuen. Kuitenkin haastatteluissa ilmeni, että esimiesten aktiivisuus ja sitoutuminen malliin on avainasemassa implementoinnin onnistumisen kannalta. Joillakin osastoilla implementoinnissa oli mukana myös yksi tai useampi erityistyöntekijä, mikä koettiin yhdistävän osastojen moniammatillista työryhmää ja edistävän implementointia. Eri osastojen henkilökunnan keskinäisiä tapaamisia ja tutustumiskäyntejä eri yksiköissä pidettiin tärkeinä implementoinnin edistämiseksi ja implementoinnin onnistumisen kannalta. Kokemusten jakaminen eri osastojen välillä katsottiin hyödyntävän implementoinnin ongelmakohtissa sekä lisäävän motivaatiota henkilöstössä.

”Erityistyöntekijät olleet vahvasti mukana käyttöönotossa.”

”Eri osastojen henkilökunnan keskinäiset säännölliset tapaamiset olivat tärkeitä.”

”Apulaisosastonhoitaja tärkeä linkki. Toivoisi yhteisiä tapaamisia linjan sisällä muiden apulaisosastonhoitajien kanssa.”

”Osastonhoitajilla ei ole aikaa kehittämislle, niin paljon kaikkea muuta arkeen liittyvää.”

Tulosten perusteella osastoilla koettiin muutosvastarintaa Safewards-mallin implementoinnin yhteydessä. Muutosvastarintaa pidettiin luonnollisena ilmiönä kehittämistyössä. Henkilöstön osallistaminen koettiin hyvänä keinona muutosvastarinnan vähentämiseksi ja kehittämistyön edistämiseksi. Osastonhoitajien kokemusten mukaan muutosvastarintaa aiheutti pelko koko hoitokulttuurin

muutoksesta omalla tutulla ja turvalliseksi koetulla osastolla. Haastatteluissa ilmeni, että henkilökunta oli kokenut osaston vanhat hoitokäytännöt riittävän toimiviksi eikä rinnalle olisi haluttu ottaa, mahdollisesti vanhoja käytäntöjä sekoittavaa, ”uutta” hoitomallia. Toisaalta vastarintaa oli lisännyt myös henkilökunnan kokemus siitä, että aiempaa osastolla toteutettua hoitotyötä ei arvostettu ylemmässä johdossa. Lisäksi henkilökunta oli kokenut, ettei tulosityksikön johdossa ollut käsitystä osastoilla toteutetusta hoitotyöstä.

Safewards-mallin sisältämät käytännön toimenpiteet aiheuttivat vastarintaa osastoilla implementoinnin alussa. Ne koettiin osittain sopimattomaksi omalle osastolle. Interventiossa esitetyt esimerkit saattoivat olla osaston arkirealismiin vastaisia tai toimenpiteet koettiin soveltumattomaksi osaston potilasryhmälle. Lisäksi koettiin, että jotkin mallissa esitettyjen toimenpiteiden toteutus olisi vaatinut huomattavasti pidempää osastohoitojaksoa kuin mitä osastolla toteutettu keskimääräinen hoitoaika oli. Erityisesti voimakasta vastarintaa herätti ”Tullaan tutuiksi” -intervention henkilökuntataulu. Kielteisyyttä perusteltiin vedoten esimerkiksi henkilöstön yksityisyyteen, turvallisuusnäkökulmaan sekä mahdollisesta kuvien päätyemisestä sosiaaliseen mediaan.

”Miksi pitää yrittää keksiä uutta, vaikka kyse on vanhoista hoitotyön elementeistä”.

”Vastustus ollut alussa suurta.”

”Safewardsia oli erittäin vaikeaa tuoda työyhteisöön. Sitä ei ole osattu pitää ”hyvänä työkaluna” vaan ennakkoluuloisesti pidetty ”samana vanhana hoitotyönä, jota tehty jo paljon aiemmin.”

”On oltava tarkkana, ettei henkilökunnalle synny tunnetta, että aiempia, mahdollisesti hyvinkin Safewards-hengen mukaisia, toimintatapoja ei arvosteta.”

”Alun vastahakoisuuden jälkeen on asenne ehkä myös muuttunut.”

Tuloksissa nousi esille kokemukset lähiesimiesten sekä henkilökunnan Safewards-mallin perusajatuksen puutteellisesta osaamisesta ja kokonaisuuden hahmottamisesta. Interventiovastaavilla ei välttämättä ollut riittävästi aikaa tai motivaatiota syventyä

malliin, jolloin mallin esittely työryhmälle jäi usein pintapuoliseksi. Tällöin mallin perusajatus ei myöskään välittynyt työryhmälle. Työntekijän aktiivisuus ja sitoutuneisuus intervention implementoinnissa riippui paljon työntekijän omasta motivoituneisuudesta aiheeseen. Vastuuhoitajan motivaatio ja taidot esitellä interventio ja saada koko yksikkö toteuttamaan interventiota vaihteli työntekijöiden välillä. Osastonhoitajat kokivat, että toisinaan yksittäinen hoitaja jäi ilman tukea implementoinnin kanssa. Tämä vaikutti siihen, että Safewards-mallin kymmenen intervention käytännön toimenpiteet jäivät irrallisiksi toimenpiteiksi mallin perusajatuksista. Tämä vaikeutti huomattavasti mallin käyttöönottoa, vaikutti henkilöstön asenteisiin hoitotyön mallia kohtaan sekä vaikutti negatiivisesti erityisesti mallin käytön jatkuvuuteen osastolla.

”Safewardsin ”syvempi” ymmärtäminen riittävän koulutuksen avulla on tärkeää.”

”Safewardsiin ei ole helppo hypätä mukaan, ellei ole perillä ideologiasta. Se jää helposti hajanaiseksi ja hukkuu arkeen.”

”Malli sillisalaattia, osiot toisistaan irrallisia. Vaikea käsittää, mihin suurempaan kokonaisuuteen nämä pikku osiot liittyvät.”

”Osa interventioista haastavia viedä koko työryhmälle, hoitajan kokemukset, luonteet vaikuttavat, kyky omaksua asioita vaikuttavat.”

Osassa Safewards-mallin interventioista käyttö hiipui, mikäli aktiivinen vastuutyöntekijä vaihtoi työpaikkaa tai osastolla oli suurta vaihtuvuutta henkilöstön suhteen. Myös muut päällekkäiset hankkeet sekä henkilökunnan runsas vaihtuminen vaikuttivat mallin hiipumiseen. Vaikkakin varsinainen Safewards-mallin käyttö oli saattanut hiipua osastolla, mallista oli saattanut jäädä osastolle joitakin mallin mukaisia käytänteitä. Näitä ei kuitenkaan enää mielletty kuuluvaksi varsinaisesti Safewards-malliin, koska itse mallista ei enää puhuttu tai sitä ei muutoin tuotu esille osastolla. Usein uusille työntekijöille Safewards-malli oli vieras, eivätkä käyttöönotossa mukana olleet hoitajat enää ajan kuluessa mieltäneet käytäntöjä kuuluvaksi Safewards-malliin. Mallin jatkuvuuden kannalta ajateltiin, että Safewards-malli tulisi olla yksi Magneettisairaala- ja Vaihtoehtoja pakolle -työryhmien aiheita.

”Interventiot on käyty läpi vuosina -16–18, jonka jälkeen keskustelukerrat interventioista on hiipunut selkeästi.”

”Työntekijät vaihtuvat koko ajan, avainhenkilöt lähteneet opiskelemaan lisää.”

”Kaikkiaan Safewards on päässyt vähän unohtumaan ja vaikka suurin osa interventioista onkin osastolla käytössä, niitä ei mielletä Safewardsiin kuuluviksi, vaan käytännöiksi, jotka ovat aina olleet osastolla.”

”Vuoden sisään hiipumista. Myös henkilökunta vaihtunut.”

”Interventioiden ylläpitäminen hoitotyön arjessa ja uudistaminen ollut haasteellista.”

”Viimeisen vuoden aikana Apotti ja Korona ovat vieneet mittavasti tiimiäikää, muun päivittäiseen toimintaan liittyvän keskustelun ohella.”

”Safewards-malli osaksi Magneettisairaala- ja Vaihtoehtoja pakolle -työryhmien aiheita.”

Tulosten perusteella Safewards-mallin aiempaa käyttöönottoa vaikeutti niin lähiesimiehen kuin ylemmän johdon riittävän tuen ja ohjauksen puuttuminen. Osa esimiehistä koki olleensa yksin asian kanssa, kun taas toisaalta osa haastatelluista koki apulaishoitajan tai hoitohenkilökunnan olleen ilman tukea mallin implementoinnissa. Vaikkakin henkilöstön osallisuus implementoinnissa katsottiin erittäin tärkeäksi, niin johtamisella katsottiin olevan suurin merkitys implementoinnin onnistumisessa. Lähiesimiehillä katsottiin olevan suuri merkitys Safewards-mallin implementoinnissa. Varsinkin lähiesimiehen asenne ja motivaatio katsottiin vaikuttavan merkittävästi implementoinnin onnistumiseen.

”Käyttöönotto, kouluttaminen ja perehdyttäminen jäi liikaa osastonhoitajien ja työntekijöiden varaan.”

”Yksin asian kanssa, toivon jatkossa johdolta enemmän tukea.”

”Jäi fiilis, että tämä apulaisosastonhoitajan oma juttu.”

”Vaatii paljon lähiesimiehiltä, jotta jalkautus onnistuu.”

”Esimiesten tulee vastuuttaa sekä kierrättää vastuuhenkilöitä.”

”Työryhmien muodostaminen onnistunut lopulta nimeämällä, ei vapaaehtoisesti.”

”Osastonhoitajan asenne merkittävä jalkautuksen kannalta.”

”Tärkeää, että henkilöstö mukana, mutta lähiesimiehen tuki tärkeä.”

”Lähiesimiesten tuki tärkeä, kuitenkin esimiehet kovin työllistettyjä.”

Ylemmän johdon vahva tuki nousi vastauksissa keskeiseksi Safewards-mallin käyttöönoton onnistumiseksi. Tuen tarvetta oli aiheuttanut muun muassa henkilöstön vastustus mallin käyttöönotossa sekä henkilökunnan sitouttaminen toimintamalliin. Ylemmän johdon tuen ja ohjauksen tarvetta käyttöönotossa lisäsivät muut jatkuvat HUSin tai Psykiatrian linjan hankkeet ja muutokset. Osastonhoitajat olisivat kaivanneet selkeitä ohjeita mallin toteutuksessa ja hankinnoissa. Lisäksi toivottiin, että jatkossa johto huomioisi paremmin käytettävissä olevat resurssit kehittämishankkeissa, koska pelkästään arjen pyörittäminen osastoilla saattoi olla haasteellista. Johdon näkyvyyttä toivottiin muun muassa osoittamaan koko tulosityksikön sitoutumista Safewards-malliin sekä selventämään sitä, että malli on valittu yhteiseksi hoitotyön malliksi HUS Psykiatrian osastoilla. Johdon sitoutumisen ajateltiin heijastuvan myös työyhteisöihin. Ylemmältä johdolta toivottiin tuen ja ohjauksen lisäksi myös tietynlaista veloitetta osastoille mallin suhteen.

”Ylempi johto tulisi olla näkyvillä koulutustilanteissa sekä kertomassa, että tällainen malli on HUS Psykiatriassa.”

”Ylemmän johdon ja lähiesimiesten tuki erittäin tärkeää.”

”Ylemmältä johdolta ohjausta ja veloitetta.”

”Toiveena johdolta apua ja käytännön ohjeita niihin interventioihin, jotka ei niin hyvin käytössä.”

”Johdon tulisi muistuttaa asiasta, koska niin paljon muitakin asioita hoidettavana.”

”Tarvitaan ulkoapäin tuleva johtaminen, selkeä, yhteneväinen koulutus ja linjat. Helpottaisi omaksumista.”

”HUS Psykiatrian ohjaus ja johtaminen puuttunut.”

”Nykyään ei ole aikaa osaston kehittämiseksi. Arjen pyörittäminen vie kaiken ajan.”

”Alussa ulkoapäin tulevaa ohjausta. Jatkossa tarvittaisiin vastuuhenkilöt osastolta, jotka työstäisivät mallia eteenpäin. Ehkä myös apulaisosastonhoitaja tärkeä olla mukana jalkautuksessa ja jatkossakin.”

Vastauksissa ilmeni myös, että mallin implementointi on pitkälinen prosessi, johon on varattava riittävästi aikaa. Mallin implementointiin oli aikaa kulunut noin vuoden verran, mihin ei aina osattu ennakkoon varautua. Osastoilla oli samanaikaisesti saattanut olla myös muita hankkeita ja koulutuksia, mitkä ajallisesti oli pitkittänyt Safewards-mallin käyttöönottoa. Lisäksi ongelmana koettiin se, että koulutukset eivät tavoittaneet kaikkia osastolla työskenteleviä hoitajia ja erityistyöntekijöitä muun muassa lomien ja poissaolojen takia. Osastolta ei myöskään voitu irrottaa yhtä aikaa montaa hoitajaa koulutukseen. Myös osaston alueellinen sijainti vaikutti mahdollisuuteen osallistua koulutukseen. Haastattelujen mukaan ajankäytön suunnittelua ja sitoutumista implementointiprosessiin pidettiin tärkeänä. Myös henkilöstöresursseilla katsottiin olevan oleellinen merkitys mallin implementoinnin etenemiseen. Haastatteluissa ilmeni toivomus riittävän ajankäytön ja resurssien huomioimisesta koulutuksia suunniteltaessa sekä koko implementointiprosessissa.

”Interventoiden käyttöönotossa ”dead linet” olivat tärkeitä, etteivät ne jääneet.”

”Siihen on varattava todella pitkä aika, ettei interventioista tule vain ”päälle liimattuja” postereita ilman todellista sisäistämistä.”

”Hidas prosessi. Lomat ym. sotkee.”

”Ajankohta mietittävä tarkkaan, ettei paljon päällekkäisiä projekteja.”

”Ei päästy alussa mukaan, koska osastolla oli päällekkäinen hanke.”

”Henkilökunnan vaihtuminen ja sijainti hankaloitti implementointia.”

4.3 Kokemukset Safewards-mallin käytöstä

Tutkimuksessa ilmeni, että osastonhoitajien kokemukset Safewards-mallin käytöstä olivat pääosin positiivisia. Safewards-malli koettiin pääosin hyväksi ja käyttökelpoiseksi sekä helposti erilaisilla osastoilla toteutettavaksi hoitotyön malliksi. Haastatteluissa korostui lähtökohtana eettinen sitoutuminen hyvään ja laadukkaaseen psykiatriseen hoitotyöhön sekä halu auttaa toista ihmistä. Safewards-mallin käytön katsottiin edistävän osastojen turvallisuutta. Mallin käyttöönotto oli herättänyt laajalti keskustelua myös potilas- ja henkilöstöturvallisuusasioista ja turvallisuusasioihin kiinnitettiin enemmän huomiota osastoilla. Lisäksi toimintamallin katsottiin edistävän hoitotyön kulttuurin muutosta kohti laadukkaampaa, potilaslähtoisempää, kunnioittavampaa sekä tasa-arvoisempaa hoitotyötä. Osastonhoitajat kokivat, että Safewards-mallin interventiot oli herättänyt keskustelua ja pohdintaa hoitotyön käytännöistä ja näin edistänyt hoitotyön kehittämistä osastolla. Keskusteluissa oli noussut myös hoitotyön arvot sekä etiikka. Vaikkakin varsinainen Safewards-mallin käyttö oli saattanut jo hiipua, niin interventiot olivat saattaneet vaikuttaa positiivisesti asenteisiin.

”Malli on hyvä, käyttökelpoinen ja helposti toteutettavissa ainakin osin monenlaisissa yksiköissä. Vaatii tietysti halua ymmärtää toista ihmistä ja eettistä sitoutumista psykiatriseen hoitotyöhön.”

”Toimiva malli ja lisäsi hoidollista ja turvallisuusnäkökulmaa osastoon.”

”Potilas- ja henkilöstöturvallisuusasioita käydään myös enemmän läpi. Haipro- ja HUS-Riskit-ilmoituksien tekemiseen on panostettu.”

”Positiivista ollut työryhmän yhteinen keskustelu arvoista ja käytännöistä.”

”Interventiosta kuitenkin jäänyt jotain positiivista asenteisiin.”

”Mallin myötä tullut keskustelua osaston hoitokäytännöistä ja mietitty, miten niitä voidaan edelleen parantaa.”

”Henkilökunta oppii tunnistamaan ja jakamaan potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus.”

”Osaston kulttuuri painottuu vuorovaikutukseen.”

”Vahvistetaan tiimin de-eskalaatitaitoja sekä käytetään niitä systemaattisesti yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti.”

”Osastoympäristö on muutettu mahdollisimman turvalliseksi.”

”Toive, että kollega puuttuisi toisen kollegan asiattomaan käyttäytymiseen.”

”Toimitaan huomioiden kaikkien turvallisuus ja siihen vaadittavat toimenpiteet, oma rauhallisuus ja provosoimattomuus sekä havainnointi ja ennakointi.”

”Puheella rauhoittaminen -interventio elää ja voi hyvin työryhmän asenteessa.”

”Pointtina näissä keskusteluissa on ollut se, että yhteenkään tilanteeseen ei jätettäisi puuttumatta varhain sen vuoksi, että on epävarma olo, oma turvallisuus tai selviytyminen haastavasta tilanteesta huolettaa.”

”Tyyli muuttunut tilanteissa inhimillisemmäksi. Asennemaailma muuttunut kunnioittavammaksi. Epäkohtia edelleen. Tilanteisiin puututaan joko esimiehen tai työntekijöiden toimesta.”

Safewards-mallin mukainen toiminta osastoilla oli edistänyt hoitotyön käytäntöjä sekä parantanut hoitotyön laatua osastolla. Mallin käyttö oli lisännyt henkilökunnan ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja vuorovaikutukseen laatuun oli kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota. Safewards-mallin käytöllä katsottiin olevan positiivinen vaikutus potilaiden ja omaisten kohtaamisiin sekä osaston yleiseen ilmapiiriin. Haastatteluissa ilmeni, että joillakin osastoilla henkilökunta vietti myös aikaa osaston yhteisissä tiloissa aiempaa enemmän. Rajoittamistilanteissa ja kerrottaessa potilaan näkökulmasta ikävistä hoitopäätöksistä tai muuhun hoitoon liittyvästä asiasta panostettiin erityisesti vuorovaikutuksen laatuun.

”Osaston yhteisissä tiloissa jatkuvasti 1-2 hoitajaa turvallisuuden takaamiseksi.”

”Meillä on osastolla ”boksi”, johon potilaat voivat nimettömänä laittaa ”risut ja ruusut” osaston arjesta ja näistä keskustellaan.”

”Potilaille puhutaan kunnioittavasti ja ystävällisesti myös rajoittamistilanteissa.”

”Huonojen uutisten kertominen toimii hyvin: jokaisella potilaalla on oma vastuuhoitaja, jonka kanssa hän keskustelee vointiinsa ja hoitoonsa (kulkuluvat, M3-päätökset jne.) liittyvistä, mahdollisesti hankalista asioista.”

”Hoitajat puhuvat kunnioittavasti ja kohteliaasti myös rajoittamistilanteissa, kiinnitetään huomiota äänensävyyn. Jos potilasta pitää rajata jostakin, se voidaan tehdä kahden kesken esim. potilashuoneessa huomioiden yksityisyys, ei muiden potilaiden kuullen.”

”Mahdollisissa konfliktitilanteissa keskitytään omaan ilmaisuun.”

”Huonojen uutisten kertominen potilaille niin, että potilas voi varautua niihin etukäteen ja saada tukea ne kuultuaan –avun tarjoaminen potilaalle ennen kuin stressi muuttuu konfliktiksi.”

”Safewardsin myötä selkeästi kohentunut: Henkilökunta tunnistaa itse, jos puhe on liikaa negatiivisia asioita korostavaa ja korjaa toimintaansa.”

Haastattelujen mukaan Safewards-mallin interventioista näkyvimmit olivat Yhteiset odotukset, Tullaan tutuiksi, Rauhoittumiskeinot sekä Kotiutusviestit. Interventioiden käyttö näyttäytyi osastolla potilastyön lisäksi myös osaston fyysisessä ympäristössä. Muun muassa rentoutumiskeinoja tarjottiin potilaille aiempaa aktiivisemmin ja mietittiin erilaisia tapoja kanavoida ahdistuneisuutta. Joillakin osastoilla oli rakennettu rauhoittumishuone tai rauhoittumista edistäviä tiloja, mikäli kokonaista huonetta ei ollut käytettävissä. Usealla osastolla osaston ”yhteiset odotukset” oli laadittu yhdessä potilaiden kanssa. Ne olivat näkyvällä paikalla osaston yhteisissä tiloissa ja toisinaan myös potilashuoneissa. ”Yhteiset odotukset” käytiin läpi uuden potilaan tullessa osastolle sekä tarpeen mukaan. Osaston henkilökuntataulu ja potilaiden ”toivonpuu” oli otettu myös käyttöön usealla osastolla.

”Rauhoittumishuone ja rauhoittumiskeinot käytössä.”

”Yhteiset odotukset käydään läpi jokaisen potilaan kanssa tulotilanteessa. Yhteiset odotukset -julisteita on osastolla yhteisissä tiloissa potilaiden ilmoitustaululla, käytävän seinällä ja jokaisen potilashuoneen oven sisäpuolella.”

”Joka perjantai käydään kaksi ”Yhteiset odotukset” kohtaa ja niiden toteutuminen keskustellen läpi potilaiden kanssa osastokokouksessa.”

”Painopeitot auttavat usein ahdistuksen hallinnassa.”

”Selkeät yhteiset käsitykset ja odotukset, miten osastolla toimitaan, luo turvallisuutta ja selkeyttä hoidossa oleville potilaille.”

”Toimintatavat laminoituna postereina potilashuoneissa ja osaston seinillä.”

”Tullaan tutuiksi on interventio, josta potilaat ovat antaneet eniten positiivista palautetta: Heistä on hyvä, että voi katsoa taulusta miltä kunkin päivän vastuhoitaja näyttää. Tällöin on helpompi hakeutua oikean henkilön luokse asioissaan. Myöskin hoitajat ovat antaneet interventiosta positiivista palautetta samasta syystä, vaikka tätä interventiota vastustettiin voimakkaasti ennen sen implementointia.”

Osassa osastoja käyttöönottohetkellä Safewards-malli otettiin käyttöön kokonaisuudessaan, mutta ajan kuluessa joidenkin interventioiden käyttö oli hiipunut tai interventiot koettiin soveltumattomaksi osastolle. Intervention hiipumiseen päivittäisessä hoitotyössä saattoi vaikuttaa käytännön ongelmat intervention toteutuksessa. Haastatteluissa ilmeni ongelmakohdiksi muun muassa se, että osaston seinille ei voitu ripustaa mitään, mikä olisi irrotettavissa tai tuhottavissa. Henkilökuntataulun päivittäminen ajantasaiseksi koettiin liian työläänä henkilökunnan suuren vaihtuvuuden takia ja taulu itsessään oli epäkäytännöllinen. Lisäksi rauhoittumisvälineitä hävisi osastolta tai niitä rikottiin, välineiden hankintaan liittyi logistiikkaongelmia sekä välineiden hankintabudjetti puuttui.

”Henkilökuntataulu ei käytössä, ei koeta tarpeelliseksi akuuttiosastolla.”

”Haasteena on, että mitään ylimääräistä ei voi olla seinillä.”

”Tullaan tutuiksi -interventiota ei koeta tarpeelliseksi. Maniapotilaita, lyhyet hoitoajat, koettu lapselliseksi”

”Malli ei sovellu. Neljän päivän amfetamiinipsykoosi, joka tulee taas kohta uudestaan. Toivonpuuhun ei ole mitään laitettavaa.”

”Iso osa potilaista on sellaisia, että ”Avun antaminen” -interventiota joudutaan jopa rajoittamaan.”

”Avun antaminen -interventio on tässä potilasryhmässä osoittautunut melko haasteelliseksi; huonokuntoisia potilaita, päihdepotilaita.”

”Osastolla oli jalkauttamisen yhteydessä koottu melko kattavakin ”rauhottumislaatikko”, mutta sieltä hävisi pikkuhiljaa paljon tavaroita.”

Interventioiden hiipumiseen vaikutti mallin aktiivisen esille ottamisen ja koulutuksen puute organisaatiossa. Toisaalta haastatteluissa ilmeni, että mallin käyttöä pyrittiin ylläpitämään ottamalla malli aktiivisesti esille muun muassa osastotunneilla. Kuitenkin haastatteluissa nousi esiin ajan ja resurssien vähyyden Safewards-mallin käytön ylläpitämisen esteinä. Myös muut päällekkäiset hankkeet ja jatkuvat organisaation muutokset vaikuttivat mallin hiipumiseen. Henkilökunnan runsas vaihtuminen lisäsi mallin hiipumista osastolla. Osassa interventioista käyttö oli saattanut hiipua myös implementoinnissa aktiivisesti mukana olleen työntekijän lopetettua työt kyseisellä osastolla.

”Osastolla on käytössä nk. Safewards-tietoiskut tietyin väliajoin osastotunneilla.”

”Safewards hävinnyt Magneettisairaala-hankkeen alle.”

”Suurin osa henkilökunnasta ei muista interventioita eikä miellä näitä kuuluvaksi Safewardsiin.”

”Interventiot ovat nähtävissä kansliassa, nämä siis hoitajille muistutuksena.”

”Viimeisen vuoden aikana Apotti ja Korona vieneet mittavasti tiimiaikaa, muun päivittäisen toimintaan liittyvän keskustelun ohella.”

”Vaatineen varmasti päivitystä ja yhteistä puhumista säännöllisesti potilaiden ja henkilökunnan kanssa.”

”Joitakin interventioita olemme käyneet osastotunneilla läpi.”

”Osastotunnit ovat olleet se paikka, jossa Safewardsista on keskusteltu yhteisesti.”

”Hoitajat eivät kuitenkaan suurimmalta osalta miellä, että (toiminnassa) kyseessä on Safewards.”

Haastatteluissa ilmeni, että johtamisella katsottiin olevan suuri merkitys Safewards-mallin käytön jatkuvuudessa. Lähiesimiehillä katsottiin olevan suuri vastuu mallin ylläpitämisessä. Erityisesti johdon tuki katsottiin oleelliseksi mallin käytön jatkuvuuden kannalta. Mallin käyttö saattoi helposti hiipua muiden hankkeiden ja hoitotyön arjen ohessa, mikäli johto ei tuonut mallia aktiivisesti esille HUS:ssa käytössä olevana hoitotyön mallina. Osastonhoitajat pitivät tärkeänä, että Safewards-malli olisi osana Magneettisairaala-hanketta sekä Vaihtoehtoja pakolle -työryhmän aiheita. Safewards-mallin ja Mapa-koulutusten katsottiin myös tukevan toisiaan. Safewards-mallin integroiminen muuhun kehittämistyöhön katsottiin edistävän mallin käyttöä jatkossakin.

”Edellyttää lähiesimiehiltä paljon muistuttelua.”

”Ylemmältä johdolta ohjausta ja velvoitetta.”

”Aoh:lle tukea ylemmältä johdolta.”

”Puheella rauhoittaminen -interventio sisältää samaa tematiikkaa paljon Mapa-koulutuksen kanssa.”

”Johdolta apua ja ohjausta käyttöönotossa.”

”Magneettityöryhmään. Laatuasiaa tämäkin.”

”Tulisi johdolta, että Safewards kuuluu asiaan.”

”Johdon tulisi olla näkyvä.”

”Ylemmän johdon tuki siihen, että otetaan malli esille säännöllisesti.”

4.4 Osastojen Safewards-mallin koulutustarve

Haastattelujen pohjalta määriteltiin HUS Psykiatrian tulosityksikön osastojen henkilöstön koulutustarve sekä osastoja parhaiten palveleva koulutusmuoto. Osastohoitajat kokivat osin haastavaksi määritellä koulutusten sisältöä, mutta halukkuus ja tarve koulutukseen sekä koulutusmuoto nousivat vahvasti haastatteluissa esille. Safewards-mallin koulutukset katsottiin tarpeelliseksi osastoilla niin mallin elvytysmielessä kuin uuden hoitotyönmallin käyttöönottamisessa.

"Safewards on meille hyvin tervetullut menetelmä, otetaan kaikki koulutus vastaan."

"Paljon uusia hoitajia, joten lähiopetus on tarpeen."

"Koulutus olisi tarpeen Safewards-mallin elvytysmielessä."

"Tarvitaan yhtenäinen koulutus koko (HUS) Psykiatriassa."

Koulutuksen toivottiin olevan systemaattista sekä luonteeltaan käytännönläheistä, vuorovaikutteista ja osallistavaa. Ylemmän johdon tukea sekä näkyvyyttä mallin koulutuksissa toivottiin ja sitä pidettiin jopa edellytyksenä henkilökunnan toimintamalliin sitoutumisen kannalta. Osa osastonhoitajista piti myös lähiesimiesten sitoutumista malliin sekä koulutuksiin osallistumista erittäin tärkeänä. Safewards-koulutus katsottiin tarpeelliseksi sekä hoitotyön kehittämisen että osastojen yhtenäisen työtöteen takia. Tulosten mukaan koulutustoiveet poikkesivat riippuen muun muassa aiemmasta Safewards-mallin käyttöönottoon liittyvistä kokemuksista sekä osaston alueellista sijainnista.

"Yhtenäinen koulutus kaikille."

"Pitäisi korostaa sitä osaamista mitä jo on käytössä eikä Englannista tuotuna hienona mallina."

"Johdon näkyvyys myös koulutuksissa osoittamaan sitoutumista malliin."

"Lähiesimiesten tulisi osallistua koulutuksiin jatkossa."

Koulutustoiveet jakautuivat sisällön ja käyttötarkoituksen mukaisesti kahteen erilaiseen koulutusmuotoon, niin sanottuun perus- ja jatkokoulutukseen. Peruskoulutuksen toivottiin sisältävän riittävästi Safewards-mallin teoriaa, jotta mallin ydinajatus tulisi hyvin sisäistetyksi. Koulutuksen toivottiin sisältävän myös näyttöön perustuvaa tutkimustietoa sekä tietoa mallin vaikuttavuudesta. Safewards-mallin teorian osalta koulutus toivottiin olevan luentotyypistä koulutusta.

”Koulutusta, jossa tulee ilmi Safewardsin ydin lyhyesti ja napakasti niin, että auttaa hahmottamaan isomman kuvan.”

”Safewardsin ”syvempi” ymmärtäminen riittävän koulutuksen avulla on tärkeää.”

”Mallin perusteet olisi hyvä käydä läpi.”

”Luentotyypistä koulutusta. Ei verkkokoulutusta.”

”Koulutuksissa liian vähän tutkimustietoa aiheesta.”

”Teoriaa ja havainnollistavaa materiaalia olisi pitänyt olla enemmän.”

”Kuvallisia esimerkkejä olisi pitänyt olla enemmän.”

”Havainnollistava materiaali ja käytännön esimerkit olivat hyviä ja jäivät mieleen.”

Koulutukseen osallistumiseen toivottiin lisäksi etämahdollisuutta esimerkiksi Teamsin välityksellä pitkien välimatkojen takia. Luentojen taltiointia toivottiin myös myöhempää käyttöä varten muun muassa sekä resursseihin liittyvistä että ajankäytöllisistä syistä. Pääsääntöisesti koulutukseen osallistuminen etänä tai luentotalenne katsottiin kuitenkin yksistään riittämättömäksi koulutusmuodoksi. Koulutuksen ajateltiin tuolloin jäävän liikaa yksin työntekijän vastuulle.

”Esimerkiksi uudistettu verkko-opas, joka kertoo mistä on kyse. Verkkokoulutus olisi hyvä, tulisi uusia ideoita osastotunneille.”

”Ei pelkästään verkkokoulutusta. Jää liikaa työntekijän vastuulle.”

”Etäyhteys pitkän välimatkan takia.”

Haastatteluissa nousi esille jatkuva ”non stop” -periaatteella järjestettävä luentotyypinen koulutus 1-2 kertaa vuodessa. Luento toivottiin järjestettävän iltapäiväluentona, jolloin osaston henkilökuntavahvuudet ovat suuremmat, jotta mahdollisemman moni hoitaja pääsisi osallistumaan koulutukseen. Koulutuksen ajankohdaksi toivottiin syksyä ja kevättä, jolloin vakituinen henkilökunta voisi pääosin osallistua koulutukseen syksyllä ja kesäsjaiset keväällä. Osaston kehittämispäivä katsottiin myös soveltuvan hyvin mallin peruskoulutuksen läpikäymiseen, koska silloin lähes koko työryhmä on paikalla ja aikaa mallin läpikäymiseen on enemmän.

Peruskoulutuksen ajateltiin soveltuvan työntekijöille, joille Safewards-malli on vieras sekä mallia entuudestaan tuntevalle henkilökunnalle kertauksena.

”Jatkuva koulutus kaksi kertaa vuodessa.”

”Iltapäiväkoulutusta kerran tai kaksi vuodessa. Asiantuntijakoulutus.”

”Jatkuva koulutus, esimerkiksi iltapäiväluennot puolen vuoden välein. Muuten unohtuu.”

”Yksi iltapäivä vuodessa ei kannata, pitäisi olla jatkuvampaa.”

Toisena koulutusmuotona, niin sanottuna jatkokoulutuksena, toivottiin Safewards-mallin eri interventioiden läpikäymistä ulkopuolisen kouluttajan toimesta osastolla mallin implementointivaiheessa tai hiipuneen mallin elvyttämisessä. Interventioiden toteutukseen toivottiin vinkkejä ja kaivattiin erilaisia interventioita tukevia koulutuksia. Safewards-mallia tukeviksi koulutuksiksi katsottiin muun muassa Mapa-koulutus, erilaiset turvallisuuskoulutukset sekä Puhe-Judo koulutukset. Myös mahdollisia tutustumiskäyntejä eri yksiköissä sekä säännöllisiä tapaamisia eri osastojen kesken toivottiin osana niin sanottua jatkokoulutusta. Työpajatyypistä koulutusta osastolla pidettiin myös mahdollisena. Safewards-malli toivottiin olevan yksi Magneettisairaala- ja Vaihtoehtoja pakolle -työryhmien aiheita. Jatkokoulutuksen järjestäminen ulkopuolisen asiantuntijan toimesta fyysisesti osastolla katsottiin tarpeelliseksi, mikäli mallin käytössä oli ongelmaa.

”Joku ulkopuolinen tulisi osastotunnille tai kehittämispäivään.”

”Osa interventioista vaatisivat lisäkoulutusta ja selkeästi harjoittelua käytännön esimerkein.”

”Vinkkejä mallin jalkauttamiseen sekä juurruttamiseen niin, että se tulisi luonnolliseksi osaksi osastomme arkea ja rutiineja. Uskomme sen käytön voivan lisätä hoidon laatua ja vaikuttavuutta.”

”Tarve sellaisesta, että pidetään yllä Safewardsin ideologiaa.”

*”Safewards tulisi ottaa osaksi Magneettisairaala ja Vaihtoehtoja pakolle -
työryhmien aiheita.”*

”Tutustumiskäyntejä eri yksiköissä.”

”Toiveena Puhe-Judo -tyyppistä koulutusta ja käytännön harjoittelua.”

*”Alueellinen koulutus voisi sopia parhaiten mallin interventioiden elvyttämiseen.
Henkilökunta olisi itsekin aktiivisena osallistujana kertoen, mitä kullakin osastolla
tehdään ja mitä on suunnitteilla.”*

”Ulkopuolinen kouluttaja, ei etäopetusta, konkreettisia esimerkkejä.”

”Alueellista koulutusta juuri tälle potilasryhmälle.”

4.5 Safewards-malli henkilökunnan perehdytyksessä

Haastattelujen perusteella Safewards-malli koettiin toimivan osana uusien työntekijöiden perehdytystä. Safewards-malli haluttiin näkyväksi jo rekrytointivaiheessa organisaatiotasolla sekä osaksi henkilöstön yleistä psykiatrian työntekijöille suunnattua perehdytysohjelmaa. Tutkimuksen tulosten mukaan osastoilla oli ylipäättään vaihtelevat käytännöt henkilökunnan perehdytyksen suhteen ja Safewards-mallin osuus osana perehdytysohjelmaa vaihteli osastojen kesken. Haastattelujen perusteella Safewards-malli katsottiin tukevan perehdytystä muun muassa hoitotyön käytäntöjen suhteen sekä potilas- ja henkilöstöturvallisuusasioita läpikäydessä. Myös Safewards-mallin näkökulmasta eettinen keskustelu potilaan oikeuksista ja pakon vähentämisestä katsottiin tärkeäksi osana henkilökunnan perehdytystä. Safewards-mallin hyödyntämisestä perehdytyksessä toivottiin yhtenäisiä käytäntöjä koko HUS psykiatriassa.

*”Perehdytysohjelmassa se on mainittu, mutta perehdytyksen laajuus riippuu
paljon kulloisenkin perehdyttäjän omasta tiedosta mallin sisällöstä.”*

*”On olemassa erillinen Safewards-kansio. Tärkeää yhteiset toimintatavat ja
osaston hyvän hoitokulttuurin siirtäminen uusille tulijoille.”*

”Safewards on pirstaleinen ja haastava hahmottaa muun perehdytyksen ohella, ellei asia ole itselle jo selkeä.”

”Tulee esiin jo rekryssä ja työhaastatteluissa.”

”Perehdytys ei ole Safewardsin osalta aktiivista.”

”Perehdytyskansiossa on Safewards-osio ja se on myös perehdytyksen tarkistuslistalla. Safewards-mallin läpikäymisen laajuus riippuu perehdyttäjän perehtyneisyydestä ja suhtautumisesta malliin.”

”Perehdytetään. Meillä on jo työpaikkailmoituksessa, että käytämme Safewards-mallia.”

”Etenkin vuorovaikutuksellisia interventioita korostetaan sekä opiskelijaohjauksessa että perehdytyksessä, koska ne ovat päivittäisen hoitotyön ydintä osastolla. Tämä voisi olla systemaattisempaa.”

”Mallin perusteet olisi hyvä käydä läpi. Tukisi myös uuden työntekijän perehdytystä. Asenteellista koulutusta.”

5 Pohdinta

5.1 Tutkimuksen tarkastelu ja luotettavuus

Tutkimukseni aihe valikoitui sen tarpeellisuuden ja ajankohtaisuuden takia. Safewards-mallin käytön lähtötasokuvaukselle oli selkeä tilaus HUS Psykiatriassa sekä kansainvälisellä tasolla professori Len Bowersin pyynnöstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Safewards-mallin käytön nykytila HUS Psykiatriassa sekä osastonhoitajien kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista sekä käytöstä psykiatrian osastoilla. Safewards-mallin implementoinnista on tehty aiemmin apulaisosastonhoitajien kokemuksia kartoittava opinnäytetyö Kellokosken sairaalassa (Helminen, 2018), mutta tällä tutkimuksella haluttiin saada laajempi näkemys koko HUS Psykiatrian osalta erityisesti johtamisen näkökulmasta.

HUS Psykiatriassa on ajankohtainen tarve yhtenäistää hoitotyön käytäntöjä muun muassa HUS alueen laajentumisen ja organisaatiomuutosten takia. Lisäksi osastojen luonteiden muututtua yhä haasteellisemmiksi avohoitopainotteisuuden myötä tarvitaan hoitotyön kehittämistä laadukkaan ja tehokkaan hoidon turvaamiseksi. Tutkimus liittyy ajankohtaisesti myös meneillä oleviin JCI- ja Magneettisairaala –akkreditointihankkeisiin sekä yleisesti HUS Psykiatrian strategiaan tavoitteisiin. Safewards-malli on valittu hoitotyönmalliksi koko HUS Psykiatriassa ja mallin implementointi kaikille psykiatrian osastoille on ajankohtaista.

Tutkimukseni palvelee HUS Psykiatrian hoitotyön johtoa ohjauksen työvälineenä Safewards-mallin implementoinnissa ja ylläpitämisessä, mutta tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa näyttöön perustuvien toimintatapojen implementointiprosesseissa. Tämän tutkimuksen tuloksia on hyödynnetty koko HUS Psykiatria koskevan Safewards-koulutus suunnitelman laatimiseen sekä toteutukseen. Tutkimus on ollut myös pohjana koko psykiatrian henkilöstölle suunnatussa Moodle – pohjaisen Safewards-koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimukseni aihe oli hyvin käytännönläheinen ja mielenkiintoinen. Osastonhoitajat kuvasivat hyvin elävästi psykiatristen osastojen arkea ja Safewards-mallin käyttöä osana hoitotyötä. Myös edellisen käyttöönoton, vuosina 2015–2016, haasteet ja onnistumiset välittyivät hyvin haastatteluissa. Ajankäytön säästämiseksi sekä Covid -19 pandemian vuoksi haastattelut olivat pääosin toteutettu puhelimitse ja videotapaamisin. Mielestäni haastattelut sujuivat hyvin ja haastatteluista syntyi kattava aineisto tutkimukseen, mutta kasvotusten tapahtuva haastattelu olisi kenties tuonut vieläkin syvällisemmän aineiston. Toisaalta puhelinhaastattelu mahdollisti tutkijan täydellisen keskittymisen tutkittavan sanalliseen ilmaisuun ja mahdolliset keskittymistä häiritsevät tekijät puuttuivat haastattelutilanteesta.

Mielestäni puolistrukturoitu teemahaastattelu ennalta lähetettyine kyselylomakkeineen oli onnistunut valinta tutkimuksen toteutukselle, vaikkakin kysely oli aihepiiriltään melko laaja pro gradu –tutkielmaan. Kyselylomakkeet ja haastattelut antoivat sisällöllisesti monipuolisia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeet antoivat vastaajille mahdollisuuden palautella mieliin edellisen käyttöönoton onnistumisia ja haasteita, kun edellisestä käyttöönotosta oli kulunut jo useampi vuosi. Tämän tutkimuksen mahdolliseksi haasteeksi olisi voinut nousta tutkijan omakohtainen kokemus tutkittavasta aiheesta, joten asiaan kiinnitettiin erityistä huomiota jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Niin tutkimuksen aineistonkeruussa kuin analyysivaiheessa tutkijan omat kokemukset ja ennakkonäkemykset tutkittavasta aiheesta on onnistuttu sulkemaan pois. Näin on voitu tuottaa objektiivista kuvausta tutkimuksen kohteesta. Tutkijan omat ajatukset on esitetty pohdinta -osiossa.

Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostui Safewards-mallista sekä implementointitutkimuksesta. Safewards-malli on hoitotyön toimintamalli, jonka implementoinnin kokemuksia tässä tutkimuksessa kartoitetaan. Implementointitutkimus eli toimeenpanotutkimus etsii vastauksia siihen, miten lain, asetuksen tai hoitokäytännön toteutus on onnistunut ja mitä sen toimeenpanosta voidaan oppia (Seppänen-Järvelä, 2017, s. 151). Tämä tutkimus keskittyi pääasiallisesti

juuri toimeenpanoon, koska projektityön tavoitteena oli käyttää tutkimusraporttien johtamisen ja ohjauksen työvälineenä seuraavassa Safewards-mallin implementoinnissa HUS Psykiatriassa. Näin ollen tutkimuksen pohjalta laadittu lähtötasokuvaus Safewards-mallin tilasta ja osastonhoitajien kokemukset mallin implementoinnista kytkeytyy oleellisesti toimeenpanoon. Tässä tutkimuksessa on kartoitettu implementoinnin edistäjät ja esteet, mikä on tärkeä osa varsinaista implementointia. Tutkimus ei varsinaisesti liity intervention vaikuttavuuteen tai siihen, kuinka hyvin intervention toteutus vastaa alkuperäistä mallia.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, joten on syytä kiinnittää erityistä huomiota tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata. Tutkimusmenetelmän on tarkoitus tuottaa vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Usein validiteettia heikentävä tekijä on tutkijan oma vaikutus tutkittavaan ilmiöön. Mikäli tutkija ja tutkittavat ymmärtävät esimerkiksi tutkimuskysymykset eri tavoin, mittari tuottaa virheellisiä tuloksia. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 231-232.) Tutkimuksen reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Mittausta pidetään luotettavana, mikäli se on toistettavissa eli toisin sanoen tutkimus tai mittari ei anna sattumanvaraisia tuloksia toistettaessa. Reliabiliteetti viittaa näin siihen, missä määrin mittauksen tuloksiin vaikuttavat satunnaiset tekijät, kuten paikka ja olosuhteet, tai mittaaja itse. (Hirsjärvi ja muut., 2016, s. 231; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 160.) Tässä tutkimuksessa kyselylomake ja haastattelu oli testattu kahdella aihealuetta tuntevalla terveydenhuollon ammattilaisella ennen varsinaista aineistonkeruuta, jotta voitiin varmistaa mittarin toimivuus sekä haastattelujen sujuvuus varsinaisen tutkimuksen aikana. Kaikki haastateltavat (n=32) saivat samat tutkimuskysymykset ennakkoon ja haastattelu toteutettiin kyselylomaketta apuna käyttäen samojen teemojen ympärillä. Tutkimuksen vastausprosentti oli täydet 100 %, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen piirissä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä on kritisoitu, sillä ne ovat syntyneet lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Vaikka validiutta ja reliabiliutta ei käytettäisikään niiden perinteisessä muodossa, niin tutkimusta tulee arvioida kuitenkin tavalla tai toisella. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 232; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 236.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää yksityiskohtainen selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kertoa totuudenmukaisesti ja selvästi. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 232.) Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusvaiheet tarkasti ja juuri sellaisenaan kuin ne ovat olleet. Haastattelujen sujuvuuden, tavan ja käytetyn ajan sekä virhetulkintojen mahdollisuuden olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Aineiston analyysivaihetta olen kuvannut laadullisen tutkimuksen edellyttämällä tarkkuudella. Samaa tarkkuutta olen noudattanut tutkimustulosten tulkinnassa ja esittämisessä.

5.2 Tutkimuksen eettisyys

Tämä tutkimus on pyritty toteuttamaan kaikilta osin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (2020). Tutkija on tehnyt kartoituksen Safewards-mallin käytöstä sekä siihen liittyvät haastattelut projektityönä 25.5.-1.6.2020 välisenä aikana NRCn rahoittamana osana laajempaa Safewards-tutkimusta. Koska haastatteluista kertyi odotettua laajempi ja sisällöllisesti monipuolinen aineisto oli mielekästä hyödyntää haastatteluista saatu aineisto tähän pro gradu –tutkielmaan. Koska projektityö liittyi osaltaan laajempaan Safewards-mallin käyttöön liittyvään tutkimukseen sekä mahdollisesti tulevaan pro gradu –tutkielmaan, projektityötä on lähdetty alusta alkaen tekemään tieteellisen tutkimuksen periaatteita ja käytäntöjä kunnioittaen. Kun ajatus projektityöstä pro gradu –tutkielman aiheeksi vahvistui, kerätylle aineistolle on haettu tutkimuslupaa.

Tutkimuslupaa varten on tehty asianmukainen tutkimussuunnitelma ja näin ollen anottu tutkimuslupaa syksyllä 2020 jo valmiiksi kerätylle aineistolle. HUSin eettinen toimikunta

on antanut puoltavan lausunnon tutkimukselle. Tutkimuslupa on myönnetty tätä tutkimusta varten edellyttäen, että tutkija toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle. Tutkimuslupaa varten kaikilta haastatteluun osallistuneilta osastonhoitajilta tai heidän viransijaisiltaan (n=32) tutkija on kerännyt henkilökohtaisen kirjallisen suostumuksen tutkimukseen. Kaikki haastatteluun osallistuneet lähiesimiehet antoivat puoltavan vastauksen osallistumisesta sekä haastatteluaineiston käytöstä tutkimukseen, joten aiemmin projektityönä kerätty aineisto on voitu käyttää tähän tutkimukseen kokonaisuudessaan. Tutkittavat, joilta tutkimusaineisto on kerätty, ovat näin ollen osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimuslupa on myönnetty HUSissa näillä edellytyksillä 16.10.2020 (Liite 1.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2020) hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tässä tutkimuksessa on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimus tulee toteuttaa puolueettomasti ja sen teossa tulee noudattaa eettisiä ohjeita. Tutkimuksen tulokset esitetään vääristämättä ja niitä tarkastellaan kriittisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2020; Hirsjärvi ja muut, 2014, s. 26-27.) Tutkijan oma kokemus tutkimukseen kuuluvista osastoista sekä aihealueesta on huomioitu tämän tutkimuksen tekemisen kaikissa eri vaiheissa. Tutkija on huolehtinut erityisen tarkasti siitä, ettei tutkijan omat näkemykset sekä oletukset ole tulleet esille haastatteluissa eikä myöskään tutkimustuloksia tulkittaessa ja esitettäessä. Tutkimuksessa on toteutettu tieteellisen tiedon luonteen mukaista avoimuutta ja vastuullisuutta tutkimuksen tuloksia esitettäessä. Tietynlainen ”läpinäkyvyys” on pyritty säilyttämään tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa kvalitatiivisen tutkimuksen luonteen mukaisesti. Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan kaikilta osin kvalitatiivisen tutkimuksen sääntöjä ja tuomaan esille tulokset juuri sellaisenaan, kuin ne ovat haastatteluissa ilmenneet.

Tutkimuksessa on huolehdittu tutkittavan anonymiteettisuojasta mahdollisimman tarkasti. Kaikki haastateltavat esiintyvät tutkimusraportissa täysin anonymoineina, eikä vastauksista ilmene tutkittavan nimeä tai osastoa, jolla hän työskentelee. Mitä suurempi riski on tutkimuksesta aiheutuvaan mahdolliseen haittaan tutkittavalle, sitä enemmän tutkittavalle on annettava tietoa tutkimuksesta (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 25). Tässä tutkimuksessa mahdollinen haitta on aiheutunut tutkittavalle liittyen tutkittavan ajankäyttöön. Tutkittaville on kerrottu kaikki oleellinen tieto siitä, mitä tutkimukseen lupautuminen tarkoittaa ja tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan. Tutkimuksessa syntyneet tietoaineistot on tallennettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tietosuojaa koskevat kysymykset on huomioitu asianmukaisella ja vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2020.) Tutkimuksessa on viitattu muiden tutkijoiden töihin ja saavutuksiin asianmukaisella ja kunnioittavalla tavalla.

5.3 Johtopäätökset

Psykiatrisen hoidon avohoitopainotteisuuden myötä osastohoitojaksot ovat lyhentyneet ja potilaiden oirehdinta on muuttunut yhä haasteellisemmaksi, mikä puolestaan näkyy psykiatristen osastojen arjessa. Samaan aikaan niin kansallisena kuin kansainvälisenäkin tavoitteena on vähentää pakkotoimia psykiatrisessa hoidossa sekä vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja valinnan vapautta. Psykiatrisen osastohoidon muutos on näin ollen lisännyt tarvetta kehittää hoitotyön käytäntöjä sekä edistää hoitotyön asennekulttuuria laadukkaana, turvallisen ja vaikuttavan hoidon varmistamiseksi.

Safewards-mallia toteuttamalla pyritään vähentämään konfliktitilanteita osastolla sekä niiden rauhoittamiseen käytettyjä pakkotoimia. Safewards-mallin mukainen toiminta koettiin haastattelujen mukaan vaikuttavan hoitajien asenteisiin positiivisesti. Tämä ei kuitenkaan yksistään riitä asennekulttuurin muutokseen hoitotyössä. Myös hoitotyön johtajien asenteilla on todettu olevan yhteys muun muassa pakkotoimien käyttöön. Niillä psykiatrian osastoilla, joilla hoitotyön johtajat suhtautuvat kielteisemmin rajoittavimpien

pakkotoimien käyttöön, käytetään myös vähemmän rajoittavimpia pakkotoimia (Laukkanen, 2021, s. 8). Niin ylempi johto kuin lähiesimiehetkin ovat tärkeässä asemassa hoitotyön kehittämistyössä, jonka on tarkoitus vaikuttaa myös henkilökunnan asenteisiin. Näin ollen on erityisen tärkeää, että lähiesimiehet ja johto sitoutuvat Safewards-malliin ja hoitotyön kehittämiseen.

Hallintotieteen näkökulmasta tarkasteltuna Safewards-malli on HUS Psykiatriaan valittu hoitotyön kehittämishanke, jolla pyritään vastaamaan muuttuvan toimintaympäristön vaatimuksiin, edistämään HUS Psykiatrian strategisia suunnitelmia sekä toteuttamaan strategiassa asetettuja tavoitteita. Erilaiset toimintaympäristön muutokset pakottavat organisaatioita etsimään uusia toimintamalleja selviytyäkseen uusista haasteista. Selviytymiskeinoksi valitaan usein jokin kehittämishanke, jolla pyritään vastaamaan ympäristön muuttuviin vaatimuksiin, uusiutumaan, toteuttamaan organisaation strategisia päämääriä, nopeuttamaan muutosta sekä ylipäätään säilymään hengissä. (Virtanen, 2009, s. 19, 152; Virtanen, 2000, s. 45.) Yhtenäiset toimintamallit HUS Psykiatriassa tukevat organisaation hoitotyön strategioita, kehittämistyötä ja laadukasta hoitotyötä sekä helpottavat myös henkilöstöressurssien liikehdintää organisaation sisällä.

Safewards-malli on laaja-alainen hanke, joka vaatii rakenteita, työkaluja sekä riittäviä resursseja onnistuakseen. Tavanomainen käytäntö julkisen hallinnon organisaatioissa on, että organisaation kehittämishankkeet ovat ylimmän johdon, kehittämisspäällikön tai jonkin asiantuntijan vastuulla. Tällöin johdolla tulee olla näkemys siitä, millaisia toimenpiteitä tarvitaan organisaation kehittymiseen. (Virtanen & Stenvall, 2010; s. 110, 197.) Safewards-mallin ohjaus on toteutunut organisaation ylemmiltä portailta alaspäin henkilöstöä osallistamalla. Näin ollen johdolla tulee olla ajantasainen tieto kansallisen sekä organisaation strategian lisäksi myös ruohonjuuritason tilanteesta, toimintaympäristöstä sekä todellisista käytettävissä olevista resursseista sekä tarpeista kehittämistyölle. Haastatteluissa ilmeni vahva halu kehittää psykiatrista hoitotyötä, mutta resurssien niukkuus, osastojen arjen syödessä voimavarat, koettiin heikentävän kehittämistyötä. Kehittämishankkeita suunniteltaessa tulisi vuoropuhelua johdon ja

työntekijöiden välillä lisätä, jotta voidaan määritellä riittävät resurssit, muutostyön mahdollistavat rakenteet sekä konkreettisen tuen tarve implementointiprosessia varten.

Tässä tutkimuksessa osastonhoitajat toivoivat yhtenäistä ja systemaattisesti toteutettua implementointiprosessia, johon tulisi vahva ohjaus johdolta. Toisaalta implementoinnin toivottiin olevan joustava niin toteutuksen, tavoitteiden kuin aikataulujen suhteen. Implementointia tukeva johto on joustava huomatessaan erilaisia esteitä tai haastavia tilanteita implementoinnissa. Erilaisten kehittämishankkeiden tavoitteiden määrittely on niin ikään dynaaminen prosessi, jossa tavoitteet syntyvät vaihe vaiheelta ja niitä tulisi voida joustavasti muuttamaan (Virtanen, 2009, s. 156). Koska HUS Psykiatrian toimiala on laaja ja se koostuu keskenään erilaisista yksiköistä, on perusteltua soveltaa Safewards-mallia ja miettiä erilaisia toteutustapoja erilaisilla osastoilla. Kuitenkin varsinainen implementointiprosessi ja siihen liittyvä ohjaus kannattaa pitää systemaattisesti toteutettuna, vaikkakin mallin toteutuksessa ja aikatauluissa olisikin yksikkökohtaista joustoa. Näin Safewards-malli saadaan kattavasti käyttöön koko tulosityksikössä.

HUS Psykiatrian vastuualue on maantieteellisesti laaja sekä henkilöstömäärältään suuri, mikä asettaa omat haasteensa johtamiseen. Haastattelujen perusteella vahva, systemaattinen ja koko tulosityksikön kattava yhteneväinen ohjaus on välttämätöntä suurissa kehittämishankkeissa. Safewards-mallin implementointia pidettiin pääosin onnistuneena, mutta implementoinnissa koettiin osittain epäsystemaattisuutta sekä johdon tuen ja ohjauksen puutetta. Mallin käyttöönotto toteutettiin Magneettisairaalamallin mukaisesti ylhäältä alaspäin henkilöstöä osallistamalla, mikä mahdollistaa henkilöstön osallistumisen palveluiden ja laadun kehittämiseen. Henkilöstön osallistamisen tukena kehittämistyössä ja siihen tähtäävässä strategiassa korostuu johtamisen merkitys. Safewards-mallin implementointi oli joissakin tapauksissa koettu liian haasteelliseksi ja henkilöstö oli kokenut olevansa yksin implementoinnin kanssa. Mahdollisesti riittävällä ja konkreettisella johdon tuella ja ohjauksella Safewards-malli saadaan jatkossa kattavammin käyttöön kaikilla psykiatrian osastoilla.

Useat organisaation päällekkäiset hankkeet hukkuvat helposti psykiatristen osastojen arjen pyörteisiin. Hoitotyön kehittämisen lisäksi ajankohtaisesti päällekkäisiä kehittämishankkeita HUSissa ovat muun muassa Apotti -potilastietojärjestelmä, sote-integraatio, Lean -koulutukset sekä toimitiloihin liittyvät hankkeet. Myös ajankohtaisesti Covid -19 –pandemia on vienyt osaston resursseja muusta kehittämistyöstä. Organisaation yhtäaikaiset mittavat hankkeet yhdistettyinä niukkoihin resursseihin koettiin vaikuttavan negatiivisesti Safewards-mallin implementointiin ja käyttöön osastoilla. Tällöin on väistämätöntä, että mallin vaikuttavuus kärsii ja implementointiprosessista saatu hyöty jää kovin vähäiseksi. Jatkossa todellisten resurssien riittävyys useaan yhtäaikaiseen kehittämishankkeeseen tulisi arvioida ennen implementoinnin aloittamista ja varmistaa riittävä resursointi sekä suunnitella implementoinnin aikataulu ja toteutustapa realistisesti.

Safewards-mallin implementointiprosessia suunniteltaessa tulisi jo miettiä, millä tavoin implementoinnin onnistumista seurataan. Implementoinnin onnistumista tarkastellessa tulisi kiinnittää huomiota enemmän vaikuttavuuteen kuin perinteiseen aikataulun, laadun ja kustannusten mittaamiseen. Implementoinnin arvioinnissa voidaan käyttää kriteereinä tehokkuutta, tuloksellisuutta, vaikutuksia sekä vaikuttavuutta. (Virtanen, 2009, s. 135, 195-197.) Safewards-mallin implementoinnin onnistumista tulisi arvioida systemaattisesti pidemmällä aikavälillä seuraamalla muun muassa osastojen ilmapiiriä, asiakastyytyväisyyttä, HaiPro ja HUS-riskit –haittatapahtumailmoituksia, leposide-eristyksien ja muiden pakkokeinojen käyttöä. Vaikkakaan näiden osa-alueiden mittaaminen ei välttämättä kerro siitä, että havaitut muutokset johtuvat juuri Safewards-mallin käytöstä, niin arvioinnilla voidaan kuitenkin parantaa Safewards-mallin implementoinnin laatua, varmistaa mallin tarkoituksenmukainen käyttö sekä parantaa mallilla aikaansaatuja tuloksia.

Safewards-mallin implementoinnin onnistumista voidaan tarkastella fideliteetin (*fidelity*) eli menetelmäuskollisuuden näkökulmasta. Menetelmäuskollisuudella tarkoitetaan intervention pysymistä suunnitellun kaltaisena, kun sitä käytetään luonnollisissa

olosuhteissa. Menetelmäuskollisuus kuvaa toisin sanoen sitä, missä määrin menetelmän tulokselliseksi osoittautuneet interventiot ovat läsnä käytännön työssä ja miten hyvin menetelmä pysyy alkuperäisessä muodossaan. Tutkimusten mukaan menetelmillä on taipumus alkaa elämään ja muuttumaan käytössä. Menetelmän sisältöä, järjestystä tai painotusta saatetaan muuttaa tai siihen voidaan lisätä ylimääräistä materiaalia. Menetelmillä on myös taipumus levitä kohderyhmän tai käyttökontekstin ulkopuolelle. (Kasvun tuki 2021; Barnett ja muut, 2017, 824.) Käytetäänkö Safewards-mallia todellisuudessa siten, kuin sitä on suunniteltu käytettävän, on tärkeää tarkastella jo implementointivaiheessa onnistuneen lopputuloksen aikaansaamiseksi.

Safewards-mallin perusajatuksen puutteellinen osaaminen vaikuttaa menetelmäuskollisuuden toteutumiseen ja mallin käyttöön, vaikkakin konkreettiset toimenpiteet olisi toteutettu lähes alkuperäisen mallin mukaisesti. Safewards-malli on laaja-alainen hoitotyön malli, joka sisältää kymmenen erilaista interventiota. Interventioiden pirstaleisuus voi estää alkuperäisen mallin mukaisen toteutuksen, mikäli mallin ydinajatus ei ole toiminnan taustalla. Tällöin etenkin vuorovaikutuksellisten interventioiden toteutus saattaa helposti vääristyä tai jäädä puutteelliseksi, mikä heikentää menetelmäuskollisuutta. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyyn tai pakkotoimenpiteiden vähentämiseen tarvitaan konkreettisten toimenpiteiden lisäksi syvällisempää ymmärrystä mallin perusajuksesta, jotta Safewards-mallilla voidaan edistää henkilökunnan ja potilaiden välistä vuorovaikutusta sekä vaikuttaa hoitotyön asennekulttuuriin. Pelkkä henkilökuntataulu seinällä ei lisää osastojen turvallisuutta, mikäli sitä ei ole sidottu johonkin suurempaan merkitykselliseen kokonaisuuteen.

Safewards-mallin interventioiden toteutus oli muuttunut, mikäli interventio oli koettu vaikeana, tarpeettomana tai muuten soveltumattomana. Osa interventioista oli koettu soveltumattomaksi tietyille potilasryhmille, mikä oli vaikuttanut intervention muuntumiseen. Menetelmän muuntumiseen voi vaikuttaa yksilö-, organisaatio- ja palvelujärjestelmätason tekijät. Yksilötason tekijät voivat johtua menetelmän haasteellisesta toteutuksesta, jolloin työntekijä voi tehdä menetelmään muokkauksia tai

rakenteellisia muutoksia. Organisaatiotason tarpeisiin liittyvät muutokset voivat puolestaan johtua esimerkiksi niukoista resursseista. (Kasvun tuki 2021.) Tällöin menetelmää joudutaan muuttamaan esimerkiksi niukkojen henkilöstöresurssien takia.

Safewards-mallin sisältämät kymmenen interventiota voidaan ottaa käyttöön joko kokonaisuudessaan tai vain osittain, mikä helpottaa mallin käyttöönottoa erilaisilla psykiatrisilla osastoilla. Myös interventioiden soveltaminen erilaisille osastoille on perusteltua huomioiden osastojen luonteen. Hoitoaikojen pituus sekä potilaiden oirehdinta vaikuttavat Safewards-mallin käyttöön. Hoitoajat psykiatrian osastoilla ovat usein huomattavasti lyhyempiä, kuin joidenkin mallin interventioiden toteutuminen alkuperäisen mallin mukaisesti edellyttäisi. Menetelmäuskollisuuden ja joustavuuden tasapaino (*flexibility within fidelity*) mahdollistaa mallin muokkaamisen harkitusti toimintakontekstin niin edellyttäessä. Muutokset mallin toteutuksessa tulee tehdä hyvin perustein tavoitteena mallin mukauttaminen ydinelementit säilyttäen. Mallin muokkaamisen ajatellaan toisinaan jopa edistävän toimintamallin vaikuttavuutta ja mallin juurtumista. (Kasvun tuki, 2021.) Suurin osa osastoista oli edennyt organisaation yleisen implementointiprosessin mukaisesti ja ottanut mallin kokonaisuudessaan käyttöön riippumatta siitä, miten eri interventioiden ajateltiin soveltuvan osastolle. Sopimattomaksi koetun intervention käyttö oli kuitenkin muuntunut tai hiipunut melko nopeasti. Interventioiden soveltaminen ja erilaisten toteutustapojen miettiminen erilaisille osastoille sopiviksi mahdollisesti helpottaisi implementointia ja lisäisi mallin vaikuttavuutta.

Safewards-malli on lähtöisin Englannista, joten psykiatrisen osastohoidon rakenteelliset ja kulttuuriset eroavaisuudet vaikuttavat mallin käyttöön suomalaisilla psykiatrisilla osastoilla. Vaikkakin menetelmä on todettu vaikuttavaksi muun muassa Englannissa toteutetun laajan tutkimuksen mukaan, se ei takaa vastaavanlaisia tuloksia suomalaisilla psykiatrisilla osastoilla. Tällainen implementointikiilu (*Implementation gap*) estää menetelmän siirtymisen käytäntöihin, vaikka se tietyssä kontekstissa tietylle kohderyhmälle tarjottuna olisikin vaikuttava. Implementointikiuluun voi olla useita eri

syitä, kuten paikalliset esteet, tutkimus- ja kehittämistyöhön liittyvät rakenteet ja asetelmat. Menetelmä voi myös muuttua, kun se otetaan osaksi organisaation toimintaa. Mitä kauemmas mennään alkuperäisestä kontekstista, jossa mallin vaikuttavuus on todettu, sitä tärkeämpää on varmistaa vaikuttavuus myös uudessa ympäristössä (Kasvun tuki, 2021; Curran, Bauer, Mittman, Pyne Jeffrey & Stetler, 2012, s. 217; Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2017, s. 4).

Safewards-mallin implementoinnin onnistumista voidaan tarkastella myös mallin pysyvyyden (*sustainability*) näkökulmasta. Haastatteluissa ilmeni mallin hiipumisista hoitotyön käytännöissä ajan kuluessa ja henkilökunnan vaihtuessa. Osastonhoitajilla ei ollut tiedossa suunnitelmaa jatkosta varsinaisen käyttöönoton jälkeen tai vastuutahoa, joka olisi vastuussa kehittämisestä, sen juurruttamisesta tai arvioinnista. Epäselvää oli myös esimiesten oma rooli mallin käyttöönoton ja juurruttamisen suhteen. Mallin pysyvyyteen vaikutti myös se, ettei juurruttamiseen liittyvät toimenpiteet integroituneet kehittämisprojektiin. Implementointiprosessin päätyttyä Safewards-mallin käyttö ei jatkunutkaan omalla painollaan, kuten ehkä oli odotettu.

Safewards-mallin implementoinnin onnistuminen ja mallin pysyvyyden takaaminen vaatii huolellista työtä jo implementoinnin suunnitteluvaiheesta alkaen. Implementoinnin onnistumiseksi henkilöstöllä tulee olla riittävästi tietoa siitä, mihin Safewards-mallilla pyritään. Lisäksi organisaation kaikilla tasoilla tulee olla riittävän informaation lisäksi yhteneväinen ymmärrys Safewards-mallin toteuttamisesta sekä mallin jatkuvuudesta. Tulevissa käyttöönotoissa Safewards-mallin implementoinnin ja käytön jatkuvuuden esteet voidaan huomioida jo suunnitteluvaiheessa muun muassa toteutuksen muotojen ja painopisteiden valinnassa.

Yhteisen vision sekä mallin käyttöönottoa tukevan strategian tulisi ulottua selvemmin organisaation kaikille tasoille, jotta todennäköisyys myös mallin juurtumiseen olisi suurempi (Aarons ja muut, 2011, s. 4). Jotta Safewards-mallin juurruttaminen osastoille onnistuu, vision rakentamiseen tarvitaan johdon ja työntekijöiden vuoropuhelua

yhteiseen ongelmaan parhaan käytettävissä olevan tiedon saamiseksi. Jaettu päätöksenteko ja organisaation kaikkien jäsenten osallisuus kaikissa juurruttamisen vaiheissa on edellytys Safewards-mallin pysyvyydelle. Vision rakentamisen alkaa alhaalta–ylös-asetelmasta, joka toimii suunnannäyttäjänä visiolle. Alhaalta–ylös-asetelmassa on erittäin arvokasta muutosalueen aihepiiristä saatava tieto. Juuri käytännön työntekijöillä on paras mahdollinen tieto muutosalueesta. Vision hahmottuessa tarvitaan puolestaan ylhäältä–alas-asetelmaa, joka takaa vahvan kentän toiminnan koordinoinnin kohti yhteistä päämäärää. (Kasvun tuki 2021.) Safewards-mallin juurruttamisessa tarvitaan vahvaa kentän toiminnan koordinoitua esimerkiksi kouluttamalla henkilökuntaa sekä tarjoamalla pitkäjänteistä tukea toiminnan tueksi.

Safewards-mallin perusajatuksen ja ideologian puutteellinen hallitseminen vaikuttivat mallin vaikuttavuuden lisäksi mallin pysyvyyteen. Haastattelujen mukaan henkilöstö ei ollut saanut ohjausta tai koulutusta hoitotyön malliin liittyen varsinaisen vuosina 2015–2016 toteutetun käyttöönoton jälkeen. Kuitenkin osastoille oli tullut uusia työntekijöitä, joille olisi pitänyt tarjota koulutusta ja opastusta mallin toteutukseen. Safewards-mallin pysyvyyttä tukee riittävä ja pitkäjänteinen henkilöstön koulutus sekä mallin ottaminen osaksi työntekijöiden perehdytystä. Mallin pysyvyyttä edistää jatkuva verkkopohjainen koulutus, mikä mahdollistaa uusien työntekijöiden osallistumisen koulutukseen. Tämän lisäksi osastoilla tarvitaan pitkäjänteistä syventävää koulutusta interventioiden mukaisen työskentelyn tueksi. Työnohjausta voidaan hyödyntää Safewards-mallin mukaisen työskentelyn tukena. Pelkkä työntekijöiden koulutus ei kuitenkaan riitä takaamaan Safewards-mallin pysyvyyttä, vaan tarvitaan lisäksi myös johdon ja esimiesten pitkäjänteistä sitoutumista.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista toistaa tämä tutkimus ja seurata Safewards-mallin pysyvyyttä HUS Psykiatriassa. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tarkastella implementoinnin onnistumista vuoden 2021–2022 käyttöönoton jälkeen, jolloin kaikilla HUS Psykiatrian osastoilla Safewards-malli on otettu hoitotyönmalliksi. Myös havainnoivalla tutkimuksella Safewards-mallin käytöstä osastoilla saataisiin

tärkeää tietoa jatkoa ajatellen, vaikkakin se olisi tutkimusmenetelmänä haasteellinen toteuttaa. Mallin vaikuttavuutta suomalaisilla psykiatrisilla osastoilla olisi tärkeää tutkia erilaisilla mittareilla ja tutkimusasetelmilla. Vaikuttavuuden arviointia voidaan tehdä jo käytössä olevilla mittareilla, kuten potilaspalautteella, Haipro- (potilaaseen kohdistunut haitta) ja HUS-Riskit –ilmoituksilla (henkilökuntaan kohdistunut haitta), EssenCES -ilmapiirimittauksella sekä leposide-eristyksillä. Vaikuttavuutta voisi tarkastella myös erilaisilla osastoilla sekä potilasryhmittäin.

5.4 Jatkosuositukset

Tutkimuksen tulosten perusteella jatkosuosituksena on Safewards-mallin käytön, koulutuksen ja perehdytyksen systemaattinen yhtenäistäminen kaikilla HUS Psykiatrian osastoilla. Jatkossa on tärkeää määritellä riittävät resurssit, muutostyön mahdollistavat rakenteet sekä konkreettisen tuen tarve implementointiprosessia varten. Johdon näkyvyys, aktiivinen ohjaus sekä vahva tuki tulee varmistaa Safewards-mallin käyttöönotossa, koulutuksissa sekä implementoinnin arvioinnissa. Myös lähiesimiesten ohjauksen vahvistaminen mallin käyttöönotossa on välttämätöntä henkilöstön osallistamisen tukena. Safewards-mallin käyttöä tukevien materiaalien ja hankintojen tarjoamisesta osastoille tulee huolehtia käyttöönoton tukemiseksi.

Safewards-mallin eri toimenpiteiden soveltuvuudesta erityyppisille osastoille on tärkeää käydä keskustelua ja miettiä erilaisia vaihtoehtoja toteutukselle erilaisissa yksiköissä. Vaikka mallin ideologia soveltuu kaikenlaisille osastoille, kuitenkin hoitoajat, potilaiden oireilu tai päihtymystila vaikuttavat mallissa esitettyjen toimenpiteiden soveltuvuuteen. Interventioiden soveltuvuus on tärkeää huomioida koulutuksen sisältöä suunniteltaessa sekä pohtia erilaisia toteutustapoja keskenään erilaisilla osastoilla. Tutkimuksen tulosten perusteella psykiatrian osastoilla on tarve kaksivaiheiselle koulutukselle, jotka tässä tutkimuksessa olen nimennyt peruskoulutukseksi sekä syventäväksi koulutukseksi. Koulutuksen tulisi olla käytännönläheistä, vuorovaikutteista sekä henkilökuntaa osallistavaa. Henkilöitä, jotka ovat olleet aktiivisia Safewards-

hankkeessa tai olleet tutustumiskäynneillä esimerkiksi Englannissa tai Tanskassa Safewards-mallia toteuttavilla osastoilla, tulisi hyödyntää koulutuksessa.

Safewards-mallin ensimmäisen vaiheen koulutuksen, niin sanotun peruskoulutuksen, tulisi sisältää riittävästi Safewards-mallin teoriaa käytännön toimenpiteiden eli kymmenen intervention läpikäymisen lisäksi. Mallin kokonaisuuden ja ydinajatuksen hahmottaminen helpottaa mallin ja sen eri interventioiden omaksumista, mallin käyttöönottoa sekä juurtumista. Varsinkin vuorovaikutukseen perustuvien interventioiden omaksuminen edellyttää syvällisempää perusajatuksen ymmärrystä kuin esimerkiksi osaston fyysiseen ympäristöön liittyvien interventioiden. Koulutuksen tulisi sisältää teoriaosuuden lisäksi tutkimustietoa mallin vaikuttavuudesta, havainnollistavaa materiaalia sekä kokemuksia mallin käytöstä erilaisissa yksiköissä.

Peruskoulutus tulisi toteuttaa verkkokoulutuksena esimerkiksi Moodle-ympäristössä. Verkkokoulutus mahdollistaisi koko psykiatrian henkilökunnan osallistumisen koulutukseen osaston henkilöstöresurssien ja aikataulujen puitteissa. Uudet työntekijät voisivat osallistua verkkokoulutukseen jo perehdytysvaiheessa, jolloin koulutus toimisi osana työntekijän perehdytystä. Myös aiemmin koulutuksen saanut työntekijä voisi osallistua peruskoulutukseen niin sanotusti ”ylläpitomielessä”. Verkkokoulutus olisi perusteltu saavutettavuuden näkökulmasta sekä ajankohtaisen Covid -19 pandemiatilanteen takia. Jatkossa verkkokoulutuksen lisäksi peruskoulutus voitaisiin toteuttaa harkitusti 1-2 kertaa vuodessa iltapäiväluentona asiantuntijoiden toimesta. Iltapäiväluento mahdollistaisi useamman hoitajan osallistumisen koulutukseen samanaikaisesti, kun iltapäivisin henkilökuntavahvuudet osastoilla ovat suuremmat. Luennolle osallistuminen tulisi mahdollistaa etäyhteydellä esimerkiksi Teamsin välityksellä HUS Psykiatrian laajan alueellisen sijainnin vuoksi. Luento olisi myös tarpeellista taltioida videoluennoksi esimerkiksi hyödynnettäväksi Moodle –pohjaiseen koulutukseen.

Koulutuksen toinen vaihe, niin sanottu syventävä koulutus, toimisi Safewards-mallin implementoinnissa osastoille. Syventävä koulutus olisi luonteeltaan vuorovaikutuksellisempaa ja osallistavampaa kuin peruskoulutus. Syventävään koulutukseen sisältyisi mallin interventioiden läpikäymistä käytännön läheisesti osastojen erityispiirteet huomioiden. Eri interventioiden soveltuvuuden sekä erilaisten toteutustapojen pohtiminen erilaisissa yksiköissä mahdollistaisi vaikuttavamman mallin käyttöönoton. Syventävänä koulutuksena voisi toimia myös yksikkökohtainen koulutus esimerkiksi osaston kehittämispäivällä tai osastotunneilla ulkopuolisen asiantuntijan toimesta. Myös alueellisen koulutuksen järjestäminen voi olla perusteltua, kun huolehditaan, että tilaisuus säilyy vuorovaikutuksellisenä. Interventioiden läpikäymisen lisäksi syventävään koulutusvaiheeseen voisi sisältyä koko tulosyksikköön suunnattuja Safewards-mallin käyttöä tukevia koulutuksia sekä ajankohtaista tietoa Safewards-mallin käytöstä. Syventävään koulutukseen voisi sisältyä myös eri yksiköiden henkilökunnan keskinäisiä tapaamisia, tutustumiskäyntejä sekä työpajatyypistä koulutusta. Syventävä koulutus toimisi niin implementointivaiheessa, mallin elvyttämisessä sekä mallin ylläpitomielessä.

Safewards-mallin interventioiden läpikäyminen voidaan toteuttaa osissa tai kokonaisuutena. Osastotunnilla voidaan läpikäydä 1-2 interventiota kerrallaan, kun taas kehittämispäivällä olisi mahdollista käydä läpi mallin kaikki kymmenen interventiota. Jokaisen intervention läpikäymiseksi tulisi valita henkilökunnasta 2-3 ”interventio-vastaavaa”, jotka vastaisivat yhdessä lähiesimiehen kanssa intervention harjoittelemisesta ja käytöstä osastolla. Interventio-vastaavien sekä esimiesten tulee huolehtia siitä, että intervention käyttöönotossa osallistetaan kaikki työntekijät. Safewards-mallin interventioiden käyttöä sekä implementoinnin onnistumista olisi hyvä arvioida sovitun ajanjakson kuluttua osastoilla lähiesimiesten ja henkilöstön kesken esimerkiksi osastotunneilla.

Jatkossa olisi tärkeää koko HUS Psykiatrian tulosyksikön osastojen osaamisen kehittymisen tukeminen ja arvioiminen säännöllisesti jo käytössä olevilla mittareilla,

kuten potilaspalaute, Haipro (potilaaseen kohdistunut haitta), Hus-riskit (henkilökuntaan kohdistunut haitta) ja leposide-eristykset. Jatkosuosituksena on, että johto pohtii osaamisen rakenteiden vahvistamista osastoille esimerkiksi opetushoitaja -mallia kehittämällä myös Safewards-näkökulmasta. Safewards -malli tulee ottaa näkyväksi niin psykiatrian uusien työntekijöiden perehdytyksessä, kuin myös HUS Psykiatrian toimintasuunnitelmassa ja rekrytoinnissa. Safewards-malli tulisi ottaa osaksi Magneettisairaala- ja Vaihtoehtoja pakolle –työryhmien aiheita. Näillä toimenpiteillä voidaan vahvistaa Safewards-mallin mukaisen toiminnan jatkuvuus HUS Psykiatrian osastoilla.

Lähteet

- Aarnikoivu, H. (2016). Aidosti hyödyllinen kehityskeskustelu. Kauppakamari. 3., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint.
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health services Research*, 38(1), 4-23.
- American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2019). *Transformational Leadership-Criteria for Nursing Excellence*. Silver Spring, MD 2019 edition. A subsidiary of the American Nurses Association.
- Barnett, M., Brookman-fraze, L., Regan, J., Saifan, D., Stadnick, N. & Lau, A. (2017). How intervention and implementation characteristics relate to community therapists' attitudes toward evidence-based practices: A mixed methods study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 824-837. Noudettu 2021-5-25 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568987/>
- Bowers, L. (2014a). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. Noudettu 2020-6-5 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237187/>
- Bowers, L. (2014b). A model of de-escalation. *Mental Health Practice*, 17(9), 36-37.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H. ym (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,

21(4), 354-364. Noudettu 2020-6-5 osoitteesta
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237197/>

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(9), 1412-1422. Noudettu 2020-6-5 osoitteesta
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748915003727?token=94A755B06B519FA415F5D5BEDA7B25D46DC7851694BC7A8DF30B1679593CC237CFB2B4AD10D98217C105DCF7C73380E3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210520143845>

CPT. (2020). European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. Noudettu 2020-11-4 osoitteesta
<https://www.coe.int/en/web/cpt>

Curran G. M., Bauer M., Mittman B., Pyne Jeffrey M., & Stetler C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. Noudettu 2021-5-1 osoitteesta
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731143/>

Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen E. (2015). Näin hoidan. Psykoottisen potilaan aggressio-ehkäisy ja hoito. *Duodecim* 131(15), 1361-1366. Noudettu 2020-9-18 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo12375>

Helminen, J. (2018). Apulaisosastonhoitajien kokemuksia Safewards-mallin implementoinnista Kellokosken sairaalassa. *Opinnäytetyö*. Hämeen ammattikorkeakoulu. Noudettu 2020-5-20 osoitteesta

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/143593/Raportti_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2016). Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy

Hottinen, A. (2013). Containment measures in adolescent psychiatric care – focus on mechanical restraint. Väitöskirja. Turun yliopisto. Noudettu 2020-9-1 osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hottinen, A., Ryttilä-Manninen, M., Laurén, J., Autio, S. Laiho, T. & Lindberg, N. (2020). Impact of the implementation of the Safewards model on the social climate on adolescent psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 399-405.

HUS. Hoitotyön vuosikertomus 2019. Haettu 11.6. osoitteesta https://husinvuosi.fi/wp-content/uploads/2020/03/hus_hoitotyön_vuosikertomus_2019-1.pdf

HUS. Laatu- ja potilasturvallisuus -suunnitelma 2020. Noudettu 2020-6-11 osoitteesta <https://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/Documents/Laapo-Suunnitelma%202020.pdf>

HUS. Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa 2020. Helsinki: HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. Noudettu 2020-6-5 osoitteesta https://www.hus.fi/ammattilaiselle/HUS-Lean/Documents/HUS_Lean-taskuopas_2019%20%28003%29.pdf

HUS. Psykiatria organisaatio 2020. Noudettu 2020-10-2 osoitteesta https://hussote.sharepoint.com/:p:/r/sites/00008/psykiatria/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B0FB53840-9D38-4BB4-8C84-

34BCFA68EBC2%7D&file=Psykiatria%20organisaatio%202020%20SU.pptx&action=edit&mobileredirect=true

HUS. Psykiatrian toimintasuunnitelma 2020. Noudettu 2020-9-16 osoitteesta

https://hussote.sharepoint.com/sites/10326/Osavuositarkastukset%20ja%20tuloskortit/Toimintasuunnitelmat%202020/Psykiatria_toimintasuunnitelma_2020.pdf#search=psykiatrian%20toimintasuunnitelma%202020

Johansson, H. & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 77(4), 511-523. Noudettu 2020-9-17 osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1348/1476083042555415>

Junnila, M. (2008). Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. *Stakes Tutkimuksia* 175/2008. Noudettu 2021-1-19 osoitteesta <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67898/978-951-44-7478-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kasvuntuki. Implementointi 2021. Noudettu 2021-5-1 osoitteesta <https://kasvuntuki.fi/implementointi/tietoa-implementoinnista/>

Kontio, R. (2015). Mikä on Safewards? -esitys Oulussa. Noudettu 2020-6-10 osoitteesta https://thl.fi/documents/974282/1449788/Raija+Kontio_esitys.pdf/26742e74-09dc-4047-beb9-d68751bc5301

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16–24. Noudettu 2020-9-3 osoitteesta

file:///C:/Users/HUS25211143/Downloads/Seclusion_and_Restraint_in_Psychiatry_Patients_Ex.pdf

Kontio, R., Anttila, M., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G., & Välimäki, M. (2014). Towards a safer working environment on psychiatric wards: Service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 271–279. Noudettu 2020-9-3 osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12054>

Kuosmanen, L. (2009). Personal liberty in psychiatric care—Towards service user involvement. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. (2019). Pakonkäytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim* 135(10), 925-311. Noudettu 2020-10-16 osoitteesta https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/nl_10_2019.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Noudettu 2020-11-19 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laukkanen, E. (2021.) Coercive Measures in Finnish Psychiatric Inpatient Care – Special Emphasis on Psychiatric Nursing Managers' Attitudes. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Maguire, T., Ryan, J., Fullam, R. & McKenna, B. (2018). Evaluating the introduction of the Safewards model to a medium- to long-term forensic mental health ward. *International Association of Forensic Nurses*, 14(4), 214-222. Noudettu 2020-9-17 osoitteesta https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2018/12000/Evaluating_the_Introduction_of_the_Safewards_Model.7.aspx

- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) (2016). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpäperi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 2020-9-18 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1
- Metsämuuronen, J. (2009). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Oy.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Noudettu 2020-6-6 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mäkijärvi, M. (2013). Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa –kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Noudettu 2020-6-13 osoitteesta https://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf
- Palviainen, M., Soininen, P., Paavilainen, E., Koivisto, A-M. & Kylmä, J. (2020). Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS Psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards -mallin implementoinnin edetessä. Tutkiva hoitotyö 18(1), 3-11.
- Partanen, P., Pitkäaho, T., Kvist, T., Turunen, H., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. (2008). Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa: Koponen L & Hopia H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidtajaliitto, 69-88.

Pirkola, S., Sund, R., Sailas, E. & Wahlbeck, K. (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *The Lancet*, 373(9658), 147-153. Noudettu 2020-9-3 osoitteesta <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2961848-6>

Pressman, J. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.

Safewards (2020). Noudettu 2020-6-6 osoitteesta <http://www.safewards.net>

Seppänen-Järvelä, R. (2017). Monimuotoinen implementaatiotutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54(2), 151–154. Noudettu 2021-1-6 osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/63655>

Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J., Kaila, M. (2016). Implementointia suomeksi. *Duodecim*, 132(9), 850-857. Noudettu 2021-1-6 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo13109.pdf>

Soininen, P. (2014). *Coercion, Perceived Care and Quality of Life Among Patients in Psychiatric Hospitals*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Noudettu 2020-9-1 osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Soininen, P., Kontio, R., Joffe, G. & Putkonen, H. (2016). Patient Experience of Coercive Measures. Teoksessa: Völlm B & Nedopil N. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care Legal, Ethical and Practical Challenges*. Springer International Publishing. Switzerland, 255-270.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (2020). Tahdosta riippumaton hoito. Noudettu 2020-6-6 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Helsinki. Noudettu 2020-11-30 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNB%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma 2020–2030. STM:n julkaisuja 2020:6. Noudettu 2020-6-6 osoitteesta http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Toimeenpanosuunnitelma. STM:N julkaisuja 2020:1. Noudettu 2020-12-3 osoitteesta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 431/2011. Noudettu 2020-11-19 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Socialstyrelsen i Sverige (2012). Om implementering. Noudettu 2020-1-19 osoitteesta <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

Suonsivu, K. (2014). Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. 2.painos. EU: UNIpress.

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S.I., Tuulio-Hendriksson, A., Partti, K., Saarni, S.E., Suokas, J. & Lönnqvist, J. (2012). Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen Lääkärilehti, 67(9), 677–683.

Tarkastukset (2020). Eduskunnan oikeusasiamies. Noudettu 2020-11-4 osoitteesta <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/tarkastukset-tarkea-osa-tyota>

Terveysturvallisuuslaki 2010/1326. Noudettu 2020-9-10 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. (2011). Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Noudettu 2020-11-19 osoitteesta <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

THL. (2017). Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Helsinki. Noudettu 2020-11-19 osoitteesta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. (2019). Tilastoraportti. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2018. Noudettu 2020-11-10 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138844/Tr42_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, P. (2009). *Projekti strategian toteuttajana*. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, P. (2000). *Projektityö*. Porvoo: WSOY Yritysjulkaisut.

Virtanen, P. & Stenvall, J. (2010). *Julkinen johtaminen*. Helsinki: Tietosanoma.

Virtanen, T. (1994). Implementaation käsite ja implementaatiotutkimus. *Politiikka*, 36 (4), 240–260.

de Vries, M.G., Brazil I.A., Tonkin, M., Bulten, H. (2016). Ward climate within a high secure forensic psychiatric hospital: Perceptions of patients and nursing staff and the role of patient characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(3), 342-349. Noudettu 2020-9-13 osoitteesta <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0883941715002733?token=6FEA9CCE52032D5CCD2CB43A6AADC47AC4320519ADBE23C5400BB1A9720DBC86A12E59AAAB64FE9E44BC3F11325FCEE0>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Noudettu 2020-11-11 osoitteesta https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake



HENKILÖKUNTA/OSASTO

Safewards -interventioiden käyttö HUS psykiatrian osastoilla – kysely 25.5.-12.6.2020

Kyselyssä on neljä eri osiota, joilla:

- Kartoitetaan mallin käytön laajuus Safewards-interventioittain (10 kpl) HUS | Psykiatriassa tällä hetkellä ja kuvataan, miten malli näkyy käytännössä
- Kuvataan kokemukset aiemmista jalkautuksista: plussat ja miinukset
- Selvitetään, perehdytetäänkö uudet työntekijät malliin
- Esitetään toiveet tulevista koulutuksista: koulutustapa (etä, lähi, alueellinen tsm.) tiheys, menetelmät (luento, kirjallisuus, käytännön harjoittelu/sosiodraama, joku muu tapa)



SAFWARDS - INTERVENTIO	KÄYTTÖSSÄ kyllä/ ei/mitkä menetelmät/miten näkyy yksikön toiminnassa/ym.
Yhteiset odotukset (Määritellään ja kirjataan sekä potilaiden että henkilökunnan odotukset siitä, miten osastoilla toimitaan ja käyttäydytään.)	
Ystävälliset sanat (Hoitajat puhuvat kunnioittavasti ja lempeästi myös rajoittamistilanteissa. Harjoiteltava taito.)	
Puheella rauhoittaminen (Vahvistetaan tiimin de- eskalaatitaitoja ja käytetään niitä systemaattisesti ja opeteltujen ja yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti.)	

<p>Positiiviset sanat (Henkilökunta tunnistaa ja jakaa potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus.)</p>	
<p>Huonojen uutisten kertominen (Niin, että potilas voi varautua niihin etukäteen ja saa tukea ne kuultuaan.)</p>	
<p>Tullaan tutuiksi (Osastoilla on kansio/taulu, jossa on esitelty kaikki työntekijät ja se on kaikkien nähtävissä.)</p>	
<p>Avun antaminen (Potilaat tekevät pieniä asioita auttaakseen ja tukeakseen toisia potilaita.)</p>	
<p>Rauhoittumiskeinot (Esineitä ja tavaroita, joilla potilas voi kontrolloida levottomaa oloa ja mahdollisia aggressiivisia ajatuksia.)</p>	
<p>Turvallisuuden ylläpitäminen (Lisätään henkilökunnan tietoisuutta mahdollisista aggressiosta, levottomuutta tai ahdistusta aiheuttavista tapahtumista osastolla.)</p>	
<p>Kotiutusviestit (Osastolta kotiutuvat potilaat jättävät rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestilappuja uusille potilaille nähtäväksi osaston tiloissa.)</p>	



KOKEMUKSET MAHDOLLISISTA AIEMMISTA KÄYTTÖNOTOISTA (jos ei ole käytössä, miksi ei)	
PEREHDYTETÄÄNKÖ UUDET TYÖNTEKIJÄT MALLIIN (kyllä/ei/miksi ei)	
TOIVEET TULEVISTA KOULUTUKSISTA (koulutustapa, tiheys, menetelmät...)	