

**"Kaksteränen miekkahan se on" – Psykiatrisen
osaston hoitohenkilökunnan näkemykset
psykiatrisesta intensiivihoidosta**

Pekka Toikka
PRO GRADU -TUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Huhtikuu 2023

Pro gradu -tutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä(t): Pekka Toikka

Otsikko: "Kaksteränen miekkahan se on" – Psykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta

Ohjaaja(t): TtT Kaisa Mishina & TtT Mari Lahti

Sivumäärä: 60 sivua, 7 liitesivua

Päivämäärä: huhtikuu/2023

Psykiatrisen hoidon trendeinä on viime vuosikymmeninä ollut osastohoitojaksojen vähentyminen ja lyheneminen sekä siirtyminen avohoitopainoitteisuuteen. Avohoitopalveluiden ylikuormittuessa myös vuodeosastojen kapasiteetti voi ylittyä johtaen hoidon viivästymiseen ja potilaan terveyden heikkeneemiseen. Mielenterveyslain mukaisten pakkotoimien käyttäminen on psykiatrisessa sairaalahoidossa yhä yleistä. Pakkotoimilla on negatiivisia vaikutuksia niin potilaaseen kuin hoitohenkilökuntaan. Pakon käytön vähentäminen nähdään eettisesti tärkeänä asiana. Pakon käytön vähentämiseksi tulee kehittää ja toteuttaa vaihtoehtoisia keinoja. Eräs keino pakon käytön vähentämiseen on psykiatrisen intensiivihoidon käyttö. Aiemman kirjallisuuden perusteella tarvitaan lisää tutkimusta hoitohenkilökunnan näkemyksistä intensiivihoidosta eri konteksteissa, sen funktiosta ja ongelmista, joihin sillä voidaan vastata. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan näkemyksiä intensiivihoidosta sekä saada ymmärrys intensiivihoidon ja sen toteuttamiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää psykiatrisen sairaaloiden intensiivihoidon kehittämiseen, toteuttamiseen ja kouluttamiseen siihen suunniteltua tai suunniteltavaa tilaa varten.

Tutkimus on asetelmaltaan laadullinen kuvaileva tutkimus. Tutkittavat koostuivat neljän psykiatrisen vuodeosaston hoitohenkilökunnasta (n=19), jotka olivat osallistuneet psykiatrisen intensiivihoidon pilotointiin tai joilla oli tarjota näkemyksiä intensiivihoidosta. Aineistonkeruumenetelmänä oli puolistrukturoitu fokusryhmähaastattelu. Haastattelussa käytettiin haastattelurunkoa ja -protokollaa. Haastattelukertoja oli kuusi. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta koostuivat intensiivihoidotoiminnan suunnittelusta, hoitohenkilökunnan toiminnasta, intensiivihoidon hyödyistä ja haitoista, intensiivihoidon yhteydestä työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin, eettisesti kestävästä ja aggressiivista ehkäisevästä keinosta pakon käytön vähentämiseen sekä intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistamisesta ja ratkaisesta.

Intensiivihoidon kehittämiseksi tulisi hoitohenkilökuntaa osallistaa sen suunnitteluun, vähentää siitä koituvia haittoja sekä vahvistaa siitä saatavia hyötyjä. Jatkotutkimusehdotuksina ovat intensiivihoidon vaadittava osaaminen ja koulutustarpeiden tunnistaminen, potilaiden kokemusten selvittäminen, intensiivihoidon vaadittavien ja sen avulla vapautuvien resurssien selvittäminen sekä implementoinnin estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen.

Avainsanat: hoitohenkilökunta, laadullinen tutkimus, hoitomenetelmät, psykiatrisen hoito

Master's Thesis

Subject: Nursing Science

Author(s): Pekka Toikka

Title: "A doubled-edged sword" – Psychiatric nursing staff's perceptions of psychiatric intensive care

Supervisor(s): PhD Kaisa Mishina & PhD Mari Lahti

Number of pages: 60 pages, 7 appendix pages

Date: April/2023

In the last few decades, the trends in psychiatric care have considered the decline in amount and length of inpatient treatment periods as well as emphasizing outpatient care. Overstraining of outpatient care might lead to the capacity of inpatient wards becoming overwhelmed and furthermore delays in access in treatment and declining health of the patient. It is still common to use coercion in psychiatric inpatient wards. Coercion has negative effects on the patients and nursing staff. Reduction of coercion is seen as an important ethical matter which require developing and implementing alternative measures. Psychiatric intensive care is one measure for reducing coercion. There is a need for more research for nursing staff's perceptions of intensive care in different contexts, its function, and the problems it addresses. The purpose of this study is to explore the nursing staff working in psychiatric wards perceptions considering psychiatric intensive care and to establish an understanding of the factors connected to psychiatric intensive care and its implementation.

This was a qualitative descriptive study. Research subjects (n=19) considered the nursing staff of four psychiatric wards who previously participated in piloting intensive care or had to offer perceptions of intensive care. The data was collected using focus group interviews. The six interviews were conducted using a semi-structured interview body and an interview protocol. The interviews were audio recorded and transcribed into data. The data was analysed using inductive content analysis.

The nursing staff's perceptions of psychiatric intensive care consisted of designing intensive care, the actions of nursing staff, the advantages and disadvantages of intensive care, the connection between intensive care with occupational safety and well-being, ethically strong and preventive measure for coercion reduction, and identifying and solving the problems connected to intensive care.

In order to develop intensive care nursing staff should be included in the planning of its implementation, the disadvantages should be prevented, and advantages should be enhanced. More research is needed in the area of psychiatric intensive care to identify the competence and training requirements, patient experiences, connections with resources, and the barriers and drivers of implementation.

Keywords: nursing staff, qualitative research, treatment methods, psychiatric care

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA KESKEISET KÄSITTEET	3
2.1	Psykiatrinen sairaalahoito	3
2.2	Haastava käytös ja väkivalta psykiatrisessa sairaalahoidossa	4
2.3	Psykiatriset pakkotoimet	6
2.4	Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa	7
2.5	Psykiatrinen intensiivihoido	9
3	KIRJALLISUUSKATSAUS	11
3.1	Tiedonhaku	11
3.2	Tutkimusten laadunarviointi	13
3.3	Aineiston analyysi	13
3.4	Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tarkastelu	14
3.5	Hoitohenkilökunnan kokemukset intensiivihoidosta	16
3.5.1	Potilaisiin liittyvät kokemukset	16
3.5.2	Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvät kokemukset	17
3.5.3	Hoitohenkilökuntaan liittyvät kokemukset	21
3.5.4	Palvelujärjestelmään ja organisaatioon liittyvät kokemukset	22
3.5.5	Fyysisiin tiloihin liittyvät kokemukset	23
3.5.6	Hoitoryhmän toimintaan liittyvät kokemukset	24
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	26
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	27
5.1	Tutkimusasetelma	27
5.2	Tutkimuspaikka ja otos	27

5.3	Aineistonkeruu	28
5.4	Aineiston analyysi	29
6	TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1	Osallistujien kuvailu	30
6.2	Hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta	30
6.2.1	Intensiivihoitotoiminnan suunnittelu	33
6.2.2	Hoitohenkilökunnan toiminta	34
6.2.3	Intensiivihoidon hyödyt ja haitat	36
6.2.4	Intensiivihoidon yhteys työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin	37
6.2.5	Eettisesti kestävä ja aggressiota ehkäisevä keino pakon käytön vähentämiseen	39
6.2.6	Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkominen	41
7	POHDINTA	44
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	44
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	47
7.3	Tutkimuksen eettisyys	49
7.4	Johtopäätökset	50
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	51
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	61
	Liite 1. Taulukko 6. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku	61
	Liite 2. Taulukko 7. Tutkielman aiheeseen liittyvät tutkimukset	62
	Liite 3. Tiedote tutkimuksesta	66
	Liite 4. Haastattelurunko	67

TAULUKOT

TAULUKKO 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN PCC-KÄSITTEET TIEDONHAKUA VARTEN	11
TAULUKKO 2. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN MUKAANOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT	12
TAULUKKO 3. ESIMERKKI INDUKTIIVISEN SISÄLLÖNANALYYSIN TOTEUTTAMISESTA	29
TAULUKKO 4. TUTKIMUKSEN OSALLISTUJIENTAUSTATIEDOT	30
TAULUKKO 5. HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSET PSYKIATRISESTA INTENSIIVIHOIDOSTA	32

KUVIOT

KUVIO 1. PRISMA 2009 -VUOKAAVIO KIRJALLISUUSKATSAUKSEN ARTIKKELIEN VALINTAPROSESSISTA	12
KUVIO 2. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN ARTIKKELIEN JULKAISUVUODET	14
KUVIO 3. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUSTEN JULKAISUMAAT	15
KUVIO 4. HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET PSYKIATRISESTA INTENSIIVIHOIDOSTA	25

1 Johdanto

Viimeisten vuosikymmenien aikana psykiatrisen hoidon trendeinä on ollut vuodeosastohoitojaksojen väheneminen ja lyheneminen (Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL] 2022) sekä siirtyminen osastohoidon painotuksesta avohoito-painoitteisuuteen ja osastohoidon keskittymisen potilaan akuutin tilanteen hoitoon (Korkeila 2009). Osastohoitopaikkojen väheneminen on edelleen jatkumassa, mutta THL:n selvitysten mukaan samanaikaisesti avohoitoa ei ole Suomessa kehitetty tai tehostettuun avohoitoon lisätty tarpeeksi resursseja (Linnaranta 2022a, Linnaranta 2022b). Avohoidon resursoinnin ollessa riittämätöntä seurauksena saattaa olla vuodeosastojen ja siten avohoidon ylikuormittumiseen, jonka seurauksena hoitoon pääseminen saattaa viivästyä ja potilaan psyykkisen terveys heikentyä (Care Quality Commission 2018, Linnaranta 2022b). Pakkotoimien käyttö potilaaseen on todennäköisempää akuutissa tilanteessa, ensimmäisen viikon aikana osastolle saapumisen jälkeen, jolloin myös potilaan aggressiivinen tai kaoottinen käytös on yleisempää (Cullen ym. 2018). Suomessa käytetään psykiatrisessa hoidossa Mielenterveyslain mukaisia (1990/1116) pakkotoimia usein, yleisimmin huone-eristämistä, tahdonvastaista lääkitsemistä ja sitomista (Laukkanen ym. 2020). Pakkotoimet, jotka usein koetaan äärimmäisissä tai väkivaltaisissa tilanteissa tarpeellisiksi ja viimeisiksi keinoiksi (Power ym. 2020), aiheuttavat niin niiden kohteena oleville potilaille kuin niitä toteuttaville hoitajille negatiivisia vaikutuksia (Luciano ym. 2018, Chieze ym. 2019, Doedens ym. 2020).

Eräs keino pakon käytön vähentämiseen on useiden vaihtoehtoisten keinojen suunnittelemisen ja käyttämisen yhtäaikaista (Hirsch & Steinert 2019, Chieze ym. 2021). Muun muassa Isossa-Britanniassa ja Alankomaissa on vaihtoehdoksi otettu käyttöön intensiivihoitomalleja, joissa tähdätään väkivallan ennaltaehkäisyyn ja haastavissa tilanteissa vuorovaikutuksen lisäämiseen potilaan ja hoitajan välillä (Cullen ym. 2018, Winkler ym. 2019, van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021). Kyseistä hoitomallia ei ole vielä ollut vakiintuneesti tai laaja-alaisesti käytössä suomalaisissa erikoissairaanhoito-organisaatioissa. Tämä on voinut johtua erilaisista syistä, joista yksi voi olla psykiatristen sairaalarakennusten vanha ikä, koska suurin osa niistä on rakennettu ennen vuotta 2000 (Laukkanen ym. 2021). Vuosien 2020–2026 aikana on valmistunut tai valmistumassa viisi eri psykiatrista sairaalaa eri puolille Suomea (Suomen Sairaalatekniikan yhdistys ry [SSTY] 2020), joissa fyysiset tilat voivat tarjota mahdollisuuden intensiivihoidon hyödyntämiseen hoitotyössä, väkivallan ehkäisemisessä tai pakon käytön vähentämisessä (Laukkanen ym. 2021).

Intensiivihoitomallien käyttämisen on aiemmissa tutkimuksissa todettu hoitohenkilökunnan näkökulmasta olevan hoidollinen ja potilasta voimaannuttava hoitokeino (Salzmann-Erikson ym. 2008, Björkdahl ym. 2010, McAllister & McCrae 2017), mutta toisaalta hoitohenkilökunta on kokenut intensiivihoidon toteuttamisessa olevan arvoristiriitoja rajoittamisen ja potilaan auttamisen arvojen välillä (O'Brien & Cole 2004, Björkdahl ym. 2010). Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että tarvitaan lisää tutkimusta hoitohenkilökunnan näkemyksistä intensiivihoidosta eri ympäristöissä ja konteksteissa (Salzmann-Erikson ym. 2008, Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021), haastavan käytöksen hoidollisista interventioista (Bowers ym. 2017), intensiivihoidon ohjeistuksista (O'Brien & Cole 2004), intensiivihoidon ristiriitaisesta funktiosta (Gwinner & Ward 2013) sekä mahdollisista hoidon ongelmista, joihin voidaan vastata intensiivihoidolla (Bowers ym. 2003). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan näkemyksiä intensiivihoidosta sekä saada ymmärrys intensiivihoidon ja sen toteuttamiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää psykiatrisen sairaaloiden intensiivihoidon kehittämiseen, toteuttamiseen ja kouluttamiseen siihen suunniteltua tai suunniteltavaa tilaa varten.

2 Tutkimuksen tausta ja keskeiset käsitteet

Psykiatrisen sairaalahoitoon liittyvän kiinnostuksen kohteena viime vuosikymmeninä on ollut psykiatristen pakkotoimien hoidollisuus ja pakon käytön vähentäminen (Chieze ym. 2019, Välimäki 2019). Kansainvälisesti pakon käyttö on vähentynyt, mutta maiden välillä on eroa vähentymisen määrissä. Maiden välistä vertailua vaikeuttaa erot psykiatristen pakkotoimien tilastoinnissa sekä vaikeahoitoisten tai väkivaltaisten potilaiden sijoittuminen muualle kuin psykiatriseen hoitoon, kuten vankiloihin tai somaattisille osastoille. (Steinert ym. 2010, Noorthoorn 2015.) Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa on Suomessa vähentynyt, mutta kehitys on ollut hidasta (Välimäki 2019). Kliinisiä käytäntöjä ja interventioita tulisi kehittää, jotta väkivaltaa voitaisiin ehkäistä ja pakon käyttöä vähentää (Goulet ym. 2017, Välimäki 2019). Etenkin eristämisen ja sitomisen vaihtoehtoisia ratkaisuja, kuten turvasolun käyttöä, on suositeltavaa kehittää ja käyttää Suomessa rakennettaviin psykiatrisiin sairaaloihin (Kuosmanen & Laukkanen 2019). Tämä tutkimus liittyy TurvaSiipi-hankkeeseen, jonka tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan työturvallisuutta, työnhallintaa ja työhyvinvointia haastavan potilaan hoidossa. Hankkeen tavoitteena oli kehittää turvatilamallia, jossa haastavasti käyttäytyvän potilaan riskinarviointia sekä potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta lisätään. (Lahti ym. 2022.) Tämän tutkimuksen keskeisiksi käsitteiksi määriteltiin siten psykiatrisen sairaalahoito, haastava käytös ja väkivalta, psykiatriset pakkotoimet, pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa sekä intensiivihoido.

2.1 Psykiatrisen sairaalahoito

Sote-uudistuksen myötä perustetut hyvinvointialueet vastaavat 1.1.2023 lähtien asukkaidensa psykiatristen palveluiden järjestämisestä (Laki hyvinvointialueesta 2021/611). Ensisijaisesti mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja hoito pyritään järjestämään avohoidossa psykiatrisella poliklinikalla tai terveysasemalla. Tarvittaessa, jos avohoidon keinot ovat riittämättömiä ja potilas ei selviydy kotona, hoito voi tapahtua lääkärin läheteellä psykiatrisen sairaalassa. (Mielenterveystalo 2023a, Mielenterveystalo 2023b, Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2023.)

Psykiatrisen sairaalahoito on Terveydenhuoltolain (2010/1326) määrittelemää laitoshoidoa, hoitoa ja kuntoutusta psykiatrisen sairaalan vuodeosastolla tai vastaavissa olosuhteissa. Psykiatrisissa sairaaloissa hoidetaan potilaita, jotka kärsivät erilaisista mielenterveyden häiriöistä. Hoidon tulee olla potilaan tarpeiden mukaista, näyttöön perustuvaa ja moniammatillista. (The NHS Confederation 2012, World Health Organization [WHO] 2021.) Psykiatrisen sairaalan

osastot usein keskittyvät tiettyjen mielenterveyden häiriöiden tai ikäluokkien hoitamiseen. Osastokohtainen jako voi koostua akuuteista tai kroonisista psykooseista, päihderiippuvuuteen liittyvistä mielenterveysongelmista, mielialahäiriöistä. Potilaan ikään liittyvä vastuujako voi koostua lasten, nuorten, aikuisten ja vanhusten ikäluokista. (WHO 2021, Mielenterveystalo 2023b.)

Psykiatrisen sairaalan toiminnan lainsäädännölliset kehykset perustuvat Mielenterveyslakiin (1990/1116). Sairaalahoidon voi tapahtua vapaaehtoisuuteen perustuen tai potilaan tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumaton psykiatrisen hoito tulee kyseeseen, jos potilaalla todetaan psykiatrisen sairaus, jonka hoitamatta jättäminen pahentaisi kyseistä sairautta tai vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta, ja jos muut mielenterveyspalvelut on todettu soveltumattomiksi tai riittämättömiksi potilaan hoitamiseen. Psykiatrisen sairaalahoidon tavoitteena on edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä sekä ehkäistä, parantaa tai lievittää psyykkisiä sairauksia tai häiriöitä soveltuvilla palveluilla. Potilaan hoito psykiatrisessa sairaalassa on toteutettava mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoidon aikana käytetyistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä on oltava potilaalle suurempi hyöty kuin se haitta, jos kyseisiä toimenpiteitä ei käytetä. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Tässä tutkimuksessa psykiatrisella sairaalahoidolla tarkoitetaan psykiatrista hoitoa, joka tapahtuu erikoissairaanhoidon vuodeosastolla. Hoitoa toteuttaa moniammatillinen hoitohenkilökunta, mutta tässä työssä hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan laillistettua terveydenhuollon ammattihenkilöä, kuten sairaanhoitajaa, lähihoitajaa, terveydenhoitajaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559) tai vanhentuneita, mutta vielä käytössä olevia, ammattinimikkeitä mielenterveystoimittajaa tai mielisairaanhoidajaa.

2.2 Haastava käytös ja väkivalta psykiatrisessa sairaalahoidossa

Potilaan haastavaa käytöstä ja väkivaltaa esiintyy psykiatrisilla osastoilla usein (Yang ym. 2018, Pariona-Cabrera ym. 2020, Havaei 2021). Haastava käytös voidaan määritellä ongelmalliseksi, tuhoavaksi tai häiritseväksi käytökseksi hoitohenkilökuntaa kohtaan, vaanimiseksi tai lääkityksestä kieltäytymiseksi (Farrell ym. 2010, Farrell & Salmon 2010). Potilaan haastava käytös saattaa vaarantaa hoitohenkilökunnan työturvallisuutta ja työn hallintaa psykiatrisilla osastoilla sekä aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja työuupumusta (Yang ym. 2018, Pariona-Cabrera ym. 2020, Havaei 2021). Haastavaan käytökseen voi vaikuttaa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus (Najafi ym. 2018), mutta myös potilaan, hoitohenkilökunnan ja

hoitoympäristön ominaisuudet (Al-Qadi 2021). Haastavaa käytöstä voidaan tarkastella vuorovaikutuksellisesta näkökulmasta, ns. ABC-mallilla, jossa selvitetään käytöstä edeltäviä ja sitä seuraavia tekijöitä. Olennaista haastavan käytöksen määrittelyssä on tilannesidonnaisuus, vuorovaikutuksellisuus ja subjektiivisuus: haastavalle käytökselle on jonkinlainen syy, joka liittyy ihmistenväliseen vuorovaikutustilanteeseen, ja toisaalta muut ihmiset määrittelevät kyseisen ihmisen käytöksen haastavaksi. (Farrell ym. 2010, Farrell & Salmon 2010). Tässä työssä potilaan haastavalla käytöksellä tarkoitetaan haasteellista, ongelmallista tai häiritsevää käytöstä, jolla on negatiivinen vaikutus muihin ihmisiin tai potilaaseen itseensä. Haastava käytös on puhumattomuutta, toisten ihmisten häiritsemistä tai kiusaamista, hallitsematonta levottomuutta, avun vastaanottamisesta kieltäytymistä, sosiaalisesti sopimatonta käytöstä tai muuta kaoottista käytöstä.

Väkivalta määritellään yleisesti fyysisen voiman tahalliseksi käytöksi, sillä uhkailemiseksi tai muuksi käyttäytymiseksi, josta seuraa muille ihmisille vammoja, psykologista vahinkoa tai pahimmillaan hengen menetys. Lisäksi yhtenä väkivallan seurauksena voi olla uhrin fyysisen, psyykkisen tai psykologisen kehityksen heikkeneminen. Väkivalta voi kohdistua yksilöön, ryhmään tai yhteisöön. (Krug ym. 2002, National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2015.) Yleisimmin potilaan väkivalta ilmenee psykiatrisessa hoidossa verbaalina aggressiona, fyysisenä hyökkäyksenä tai seksuaalisena häirintänä (Yang ym. 2018). Psykiatrisen potilaan väkivalta voidaan luokitella reactive, affective, defensive & impulsive (RADI)- tai planned, instrumental, predatory (PIP)-väkivallaksi sen motiivin mukaan. RADI-väkivalta on luonteeltaan reagoivaa, tunnetilaan liittyvää, puolustuksellista ja impulsiivista. PIP-väkivalta taas on suunniteltua, saalistavaa ja vallan välineenä käyttämistä. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015.)

Psykiatrista hoitohenkilökuntaa kohtaan tapahtuvan potilaan väkivallan ilmenemisen syyt koostuvat distaalisisista ja proksimaalisista tekijöistä. Distaaliset tekijät ovat ennen kyseistä väkivaltatilannetta ilmenneitä tapahtumia, kuten potilaan menneisyys, hyväksikäyttökokemukset, päihdehistoria ja persoonallisuus. (NICE 2015, Asikainen ym. 2020.) Yleisintä väkivallan esiintyminen on miessukupuolen potilailla, jotka ovat iältään 20–39 vuotta (Yang ym. 2018) tai joilla on väkivaltarikoshistoriaa tai aiempaa väkivaltakäyttäytymistä hoitohenkilökuntaa kohtaan (Fisher 2016). Proksimaaliset tekijät tapahtuvat väkivaltatilanteessa ja niitä ovat potilaan vihamielisyys, kommunikaatiovaikeudet, vakavat harha-aistimukset, hoitohenkilökunnan suhtautuminen potilaaseen sekä muiden potilaiden toiminta (NICE 2015, Asikainen ym. 2020). Yleisintä väkivallan esiintyminen on potilailla, jotka kärsivät psykoosioireista, ovat

tyytymättömiä sairaalassa oloon tai eivät ole halukkaita hoitotoimenpiteisiin (Fisher 2016, Yang ym. 2018). Väkivallan ilmenemisen muita tekijöitä ovat fyysiset, kulttuurilliset ja ympäristölliset tekijät (NICE 2015, Asikainen ym. 2020), kuten esimerkiksi osaston pienet tilat, suuri potilasmäärä ja osastolla vallitseva melu (Fisher 2016). Tässä työssä potilaan väkivalta tarkoittaa sellaista fyysistä tai verbaalista toimintaa, jonka seurauksena toisen ihmisen tai hänen itsensä terveys, turvallisuus tai henki vaarantuu. Potilaan haastava tai väkivaltainen käytös voi johtaa psykiatristen pakkotoimien käyttämiseen (Chieze ym. 2019).

2.3 Psykiatriset pakkotoimet

Psykiatrisessa sairaalahoidossa on mahdollista Mielenterveyslain (1990/1116) nojalla rajoittaa tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olevan ihmisen perusoikeuksia ja itsemääräämisoikeutta, mutta vain siinä määrin kuin potilaan psykiatrisen hoidon, muu kyseisen potilaan edun tai hänen, muiden potilaiden tai henkilökunnan turvallisuuden takaaminen vaatii. Mielenterveyslain (1990/1116) mukaisia pakkotoimia ovat liikkumisvapauden rajoittaminen, kiinnipito, eristäminen muista potilaista huone-eristykseen tai lepositeisiin sekä tahdonvastainen lääkitseminen. Kiinnipito on potilaan kiinnipitämistä niin, ettei hän pääse liikkumaan. Eristämisellä tarkoitetaan potilaan sijoittamista lukittuun huoneeseen, jossa ei ole muita potilaita. (Bowers ym. 2004.) LePOSITEIDEN KÄYTÖSSÄ tai sitomisessa potilas sidotaan sänkyyn siihen tarkoitetuilla välineillä, usein vöillä, hänen liikkumisensa rajoittamiseksi (Bowers ym. 2004, Steinert & Lepping 2009). Tahdonvastainen lääkitseminen tapahtuu silloin, kun potilaalle annetaan lääkitystä ilman hänen suostumustaan tai mielipiteen vastaiseksi (Steinert & Lepping 2009). Vaikka kyseiseksi pakkotoimeksi voidaan laskea vain injektio muodossa annettava lääkitys (Bowers ym. 2004), suun kautta annettava tablettilääkitys voidaan laskea tahdonvastaiseksi lääkitsemiseksi, jos potilas siitä aluksi kieltäytyy ja suostuu siihen vasta, kun hänelle kerrotaan kyseisen lääkkeen annettavan muussa tapauksessa hänelle tahdonvastaisesti injektiona (Luciano ym. 2018). Tahdonvastaisen lääkitsemisen määrittelemine on Suomen tasolla organisaatiosta riippuvaa ja sen tilastoiminen pakkotoimena on puutteellista (Laukkanen 2021).

Päätöksen pakkotoimien käyttämisestä potilaaseen tekee häntä hoitava lääkäri. Kiireellisessä tilanteessa hoitohenkilökunta voi aloittaa huone-eristyksen tai lepositeiden käytön, mutta siitä on ilmoitettava hoitavalle lääkärille välittömästi. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Pakkotoimien käytön päätöksentekoon vaikuttaa potilaan käytöksestä tehtyjen havaintojen lisäksi hoitohenkilökunnan asenteet pakkotoimia kohtaan sekä organisaatioon liittyvät tekijät, kuten

henkilöstön määrä. (Laiho ym. 2013, Efkeemann ym. 2022.) Potilas voidaan eristää tai sitoa tahdonvastaisesti, jos hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita käyttäytymisensä tai uhkaustensa perusteella, vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa vakavasti omaa tai muiden turvallisuutta, vahingoittaa omaisuutta merkittävästi tai jos jostain muusta hoidollisesta, painavasta syystä eristäminen on tarpeellista. Psykiatristen pakkotoimien toteuttamiseksi hoitohenkilökunnalla on oikeus käyttää voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Eristykseen liittyvä päätöksenteko on usein hyvin tilannesidonnaista ja monitasoista. Tilanteessa hoitohenkilökunta usein käy läpi erilaisia vaihtoehtoja eristämiseksi. Näistä vaihtoehtoista valitaan arvioinnin mukaisesti se vaihtoehto, josta on vähiten haittaa kaikille ja hyötyä potilaalle, eristämisen ollen viimeinen hoitohenkilökunnan keino saada tilanne ja potilas hallintaan. (Laiho ym. 2013, Efkeemann ym. 2022.) Pakkotoimien käyttö potilaaseen tulee lopettaa heti, kun se ei ole enää tarpeellista. Eristyksen ja sitomisen aikana potilaalla on oikeus saada riittävä hoito, huolenpito ja mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. (Mielenterveyslaki 1990/1116.) Tässä tutkimuksessa psykiatrisilla pakkotoimilla tarkoitetaan liikkumisvapauden rajoittamista, huone-eristämistä, sitomista, kiinnipitämistä ja tahdonvastaista lääkitsemistä.

Hoitohenkilökunnan näkemys psykiatristen pakkotoimien hoidollisesta hyödystä on muuttunut vuosikymmenien aikana enemmän turvallisuushyötyyn ja nykyään se nähdään epämieluisana, mutta välttämättömänä väkivaltaan puuttumisen keinona (Doedens ym. 2020). Potilaalle pakkotoimien kohteeksi joutumisesta saattaa seurata psykologista ja fyysistä vahinkoa, mutta etenkin eristämisen hoidollisuus on debatin alaista (Luciano ym. 2018, Kuosmanen & Laukkanen 2019, Doedens ym. 2020). Eristämisen hyötynä hoitohenkilökunnan näkökulmasta voidaan kuitenkin nähdä oirehtimisen helpompi hallitseminen (Luciano ym. 2018). Psykiatristen pakkotoimien käyttäminen saattaa heikentää potilaan ja hoitajan turvallisuuden tunnetta, heidän välistänsä hoidollista vuorovaikutusta (Luciano ym. 2018, Chieze ym. 2019, Doedens ym. 2020) tai potilaiden asenteita hoitohenkilökuntaa kohtaan (Doedens ym. 2020).

2.4 Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa

Psykiatrisia pakkotoimia, etenkin eristämistä, käytetään Suomessa kansainvälisesti vertailtuna paljon (Makkonen ym. 2016, Laukkanen 2020). Pakon käytön vähentämisen katsotaan olevan ihmisoikeuskysymys, etenkin lainsäädännöllisestä (Kuosmanen & Laukkanen 2019), eettisestä, sekä työ- ja potilasturvallisuuden näkökulmasta (Sailas & Wahlbeck 2005, Makkonen

ym. 2016). Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean tarkastusraportissa painotetaan pakon käytön vähentämisen olevan erittäin tärkeää. Kyseisessä raportissa Suomen psykiatristen sairaaloiden huone-eristyksien valvonnan ja vuorovaikutusmahdollisuuksien olevan riittämättömiä sekä kyseenalaistettiin pakkotoimien kestoja. (CPT 2021.) Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2009–2015 asetettiin tavoitteeksi vähentää pakkotoimia 40 %:lla (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Tavoitetta ei saavutettu, mutta pakon käyttö väheni muun muassa eristämisen suhteen (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, Makkonen ym. 2016, Kuosmanen & Laukkanen 2019). Euroopassa kansainvälinen pakon käytön vähentämisen verkosto, Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services (FOSTREN), pyrkii tavoitteisiinsa kokoamalla ja välittämällä tutkittua tietoa eri konteksteissa sekä vahvistamalla moniammatillista verkostoa (FOSTREN 2023a, FOSTREN 2023b). Suomessa pakon käytön vähentämiseksi perustettu THL:n ja sairaanhoitopiirien asiantuntijoista koostuva työryhmä julkaisi pakon käytön vähentämisen työkirjan ja toteutti informaatio-ohjausta (Makkonen ym. 2016, Kuosmanen & Laukkanen 2019). Lisäksi perustettiin Pakon käytön vähentämisen verkosto, joka edistää pakon käyttöä vähentävien käytäntöjen levittämistä, palveluiden kehittämistä, tilastointia sekä tutkimus- ja kokemustiedon jakamista eri maiden välillä (THL 2022).

Pakon käytön vähentämisen olennainen osa-alue on sen ennaltaehkäisy, johon on olemassa erilaisia toimintamalleja (Scanlan 2010, Gooding ym. 2018), kuten esimerkiksi Kuusi ydinstrategiaa (National Association of State Mental Health Program Directors [NASMHPD] 2008), psykiatrinen hoitotahto (Henderson ym. 2017), väkivallan riskinarviointimenetelmien käyttö (Van de Sande ym. 2011, Dickens ym. 2020) ja Safewards-malli (Bowers 2014). Kuu-teen ydinstrategiaan (Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©) sisältyy johdon osallistuminen, käytännön ohjaaminen tiedolla, henkilöstön kehittäminen, ennaltaehkäisytyökalujen käyttäminen, kokemusasiantuntijoiden osallistuminen sekä jälkipuinti (NASMHPD 2008). Psykiatrisessa hoitotahdossa potilaan on mahdollista ilmaista hoitoonsa liittyviä toiveita mahdollisia, tulevia hoitajaksoja varten (Henderson ym. 2017). Väkivallan riskiarviointimenetelmiä on kehitetty useita sekä pitkälle että lyhyelle aikavälille. Riskinarviointimenetelmien käytön vaikuttavuudesta väkivallan ehkäisemisessä on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä. Olennaista menetelmien käytössä on tarkastella riskiä kokonaisuutena, joka koostuu arviointimenetelmien käytöstä, ympäristön ja tilanteiden sekä potilaan huomioimisesta. (van de Sande ym. 2011, Dickens ym. 2020.) Safewards-toimintamalli on näyttöön pe-

rustuva menetelmä pakon käytön vähentämiseen, joka koostuu konkreettisista keinoista, hoitohenkilökunnan sitouttamisesta ja potilaiden osallistamisesta osaston toimintaan (Bowers 2014). Pakon käytön vähentämisessä on keskeistä väkivallan ennaltaehkäisy, vaihtoehtoisten keinojen etsiminen ja käyttäminen (Gooding ym. 2018, Chieze ym. 2021) sekä osasto- ja avohoidon välinen yhteistyö (Gooding ym. 2018). Yhtenä pakon käytön vähentämisen keinona on psykiatrinen intensiivihoido (van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021).

2.5 Psykiatrinen intensiivihoido

Psykiatrinen intensiivihoido on psykiatrisilla osastoilla haastavasti käyttäytyvien potilaiden hoitoa. Intensiivihoido on yksi keino pakon käytön vähentämiseen, jossa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, rauhallisen tilanteen ja ympäristön luominen sekä potilaan tilanteen ja väkivallan riskin arviointi korostuu. Intensiivihoidotila on erillään potilaan hoitavasta psykiatrisesta osastosta ja potilaan hoitaminen siellä on väliaikaista tarpeen mukaan. Intensiivihoidotila koostuu potilaalle ja hoitajalle määritetyistä alueista, turvallisista huonekaluista sekä rauhoittavista aktiviteettimahdollisuuksista. (van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021.) Intensiivihoidoa on tähän asti toteutettu Alankomaissa High and Intensive Care (HIC) -mallissa, Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) -yksikön vaativan hoidon alueella (extra care area [ECA]) (Voskes ym. 2021) sekä Australiassa PICU-yksikköön verrattavissa olevalla lähitarkkailualueella (close observation area [COA]) (O'Brien & Cole 2004). Tässä tutkimuksessa psykiatrisella intensiivihoidolla tarkoitetaan HIC- ja PICU-malleihin pohjautuvaa intensiivihoidomallia.

HIC-malli kehitettiin Alankomaissa vuonna 2012. HIC-mallin tarkoituksena on vähentää pakkotoimien, etenkin huone-eristyksen käyttöä, sekä parantaa psykiatrisen hoidon laatua. (van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021.) HIC-mallin ominaisuuksina on hoidon porrastaminen osastolla, intensiivihoidotilassa tai huone-eristyksessä tapahtuvaan hoitoon, hoitoprosessin kuvaaminen, lääkinnällinen ja kuntouttava lähestymistapa, moniammatillisen asiantuntijatiedon hyödyntäminen sekä hoitavan ympäristön luominen. HIC-mallin yhdistäminen de-eskaloiviin interventioihin on aiemmissa tutkimuksissa todettu lyhentävän hoitajaksojen pituuksia, vähentävän huone-eristyksen ja pakkotoimien käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa (van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021, van Melle ym. 2021). Tähän mennessä HIC-mallia ei sovellettu muualla kuin Alankomaissa (van Melle ym. 2020).

PICU on psykiatrinen osasto, joka on erikoistunut haastavien ja vaikeahoitoisten potilaiden hoitamiseen. PICU-yksiköissä hoitohenkilökunnan määrän suhde potilaisiin on normaalia

psykiatrasta osastoa suurempi, hoitohenkilökunta on koulutettu väkivaltaisten, itsetuhoisten ja haastavien potilaiden hoitamiseen sekä tilat ovat suunniteltu turvallisemmiksi. (Cullen ym. 2018, Winkler ym. 2019.) PICU-yksikössä intensiivihoidon toteutetaan etenkin ECA:ssa, jossa on vähävirikkeinen ympäristö rauhoittumiseen, jatkuvasti läsnä oleva hoitohenkilökunnan jäsen. ECA-tilassa toteutettavan hoidon tarkoituksena on mahdollistaa potilaan rauhoittuminen, tarjota tukea, lisätä vuorovaikutusta sekä arvioida potilaan tilaa ja väkivallan riskiä (Black Country Partnership 2017.)

Psykiatrisessa intensiivihoidon alkaessa väkivallan hallintaan ja intensiivihoidon toteuttamiseen koulutettu henkilökunnan yksi tai useampi jäsen siirtyy intensiivihoidotilaan, ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti, potilaan kanssa ja perustelee potilaalle tilaan siirtymiseen. Intensiivihoidon aloittaminen voi tapahtua henkilökunnan aloitteesta ennalta määritettyjen kriteerien mukaisesti tai potilaan toiveesta. Intensiivihoidon aikana henkilökunta havainnoi potilaan psyykkistä ja fyysistä tilaa, pyrkii vuorovaikutuksen avulla rauhoittamaan potilaan ja selvittämään haastavan tai väkivaltaisen käyttäytymisen syitä ja siihen johtaneita tapahtumia, toteuttaa väkivallan riskinarviointia sekä tukee potilasta. Potilaalle pyritään luomaan turvallinen ja rauhallinen ympäristö, jossa tilanteen rauhoittaminen ja de-eskalaatio on mahdollista. Ennalta määritetyn kriteeristön tai potilaan rauhoittumisen mukaisesti intensiivihoidon tulee lopettaa. Tällöin potilas siirtyy takaisin osaston tiloihin. Jos potilaan käytös muuttuu väkivaltaiseksi, tai jos huone-eristyksen aloittamisen kriteerit täyttyvät, tulee käytökseen puuttua, intensiivihoidon lopettaa ja aloittaa huone-eristys. Usein huone-eristys voidaan purkaa asteittain niin, että potilas on intensiivihoidossa ennalta sovitun ajan. (Black Country Partnership 2017, van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021, van Melle ym. 2021.)

3 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimusta varten toteutettiin integratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja ongelma, johon sillä pyritään vastaamaan (Whittemore & Knafl 2005). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia näkemyksiä hoitohenkilökunnalla on intensiivihoidosta tai PICU-, ECA-, HIC- ja COA-malleista. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli muodostaa tutkimuksen aiheeseen liittyvästä tutkitusta tiedosta yhtenäinen kuva.

3.1 Tiedonhaku

Kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa suoritetaan systemaattinen tiedonhaku (Whittemore & Knafl 2005). Katsauksen aiheesta muodostettiin population, concept & context (PCC)-käsitteet, jotka ovat kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen PCC-käsitteet tiedonhakua varten

PICU = psychiatric intensive care, HIC = high and intensive care, ECA = extra care area

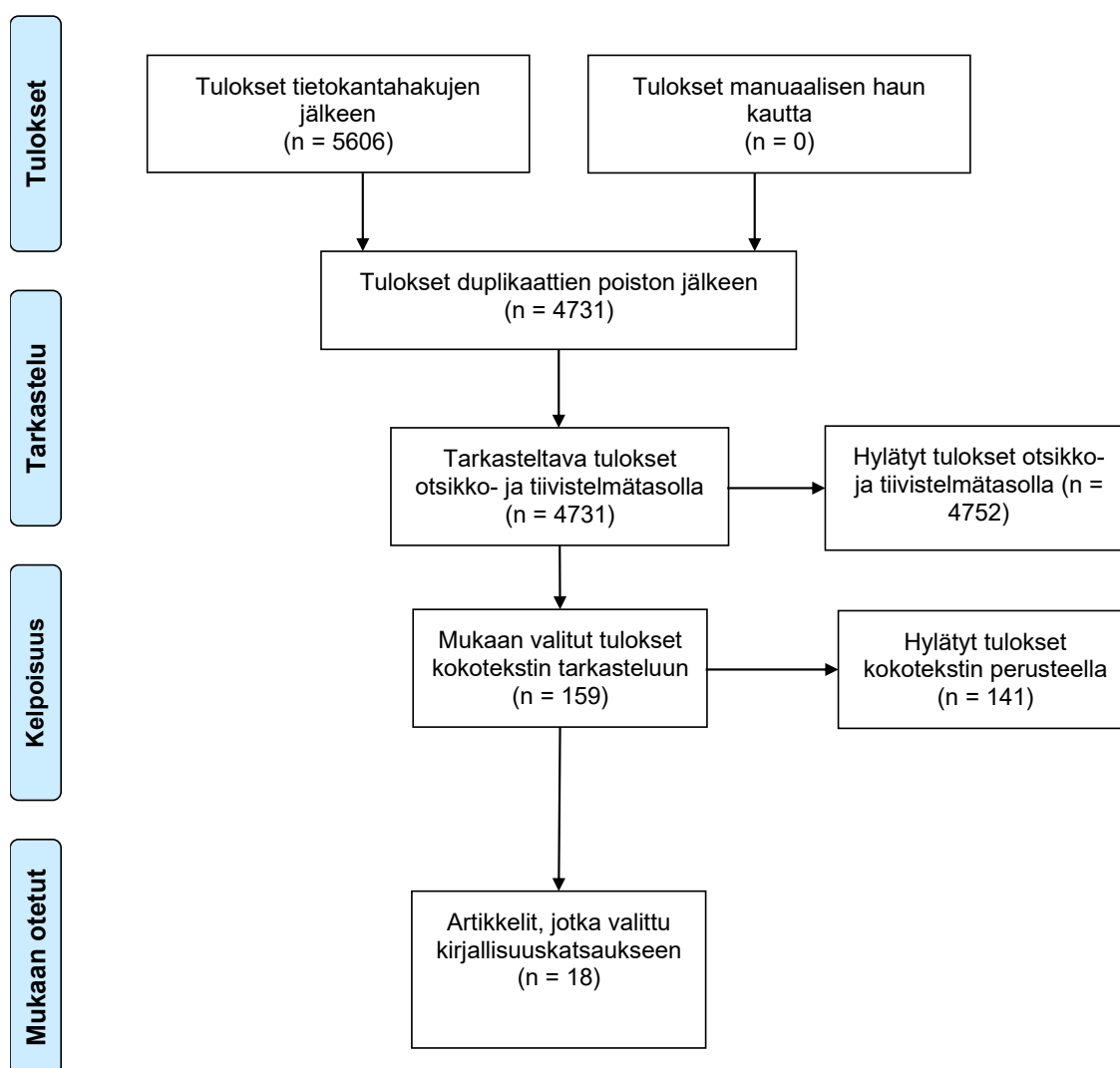
Population	Concept	Context
nurses	psychiatric intensive care unit	experiences
nursing	PICU	views
mental health	High and Intensive Care model	perceptions
psychiatric nursing	HIC model	improvement ideas
hoitaja	turvatala*	development ideas
hoitohenkilökunta	close-observation area	näkemykset
mielenterveys	erityishoitajien osasto	kehittämisehdotukset
mielenterveyshoito	erityishoidon osasto	
psykiatrinen hoito	psychiatric intensive care	
	extra care area	
	ECA	

Systemaattiseen tiedonhakulausekkeeseen on mahdotonta sisällyttää kokemuksen käsitettä, joten tiedonhaku tehtiin populaatioon ja interventioon kohdistuen. Systemaattinen tietokantahaku tehtiin PubMed/Medline-, CINAHL-, Cochrane-, PsycInfo-, Medic- ja Web of Science -tietokantoihin 22.–26.9.2022. Tarkat tietokantakohtaiset hakulausekkeet ja hakutulosten määrä on kuvattu liitteessä 1 taulukossa 5. Tietokantahaun aineisto käytiin läpi mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti, jotka ovat kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> - vertaisarvioitu suomen- tai englanninkielinen tutkimus, josta kokoteksti saatavilla - tutkimus oli toteutettu psykiatrisella osastolla - empiirinen tai alkuperäistutkimus - tutkimus käsittelee hoitohenkilökunnan näkemyksiä intensiivihoidosta 	<ul style="list-style-type: none"> - tutkimus ei käsittele hoitajien kokemuksia tai käsittelee vain muiden ammattikuntien kokemuksia, näkemyksiä tai kehittämisehdotuksia intensiivihoidosta - katsausartikkeli

Tietokantahaun tuloksia oli yhteensä 5 606 artikkelia, joista jäi jäljelle 4 731 artikkelia duplikaattien poiston jälkeen. Otsikko- ja tiivistelmätason tarkastelun jälkeen kokotekstitarkasteluun valittiin 159 artikkelia, joista 18 artikkelia valittiin kirjallisuuskatsauksen aineistoksi. Artikkelien valintaprosessi on kuvattu kuviossa 1.



Kuvio 1. PRISMA 2009 -vuokaavio kirjallisuuskatsauksen artikkelien valintaprosessista

3.2 Tutkimusten laadunarviointi

Kirjallisuuskatsauksen kolmannessa vaiheessa aineiston laatu arvioidaan (Whittemore & Knafl 2005). Kirjallisuuskatsauksen aineiston laadunarviointiin käytettiin Joanna Briggs Institute:n [JBI] (2017) luomaa ja Hoitotyön tutkimussäätiön [Hotus] (2021) suomentamaa laadunarviointityökalua. Arviointityökalun tarkoituksena on olla apuna arvioidessa tutkimusten luotettavuutta, asiallisuutta ja tuloksia. Työkalu sisältää 10 arviointikriteeriä laadulliselle tutkimukselle ja 9 kriteeriä kvasikokeelliselle tutkimukselle. Monimenetelmä tutkimuksiin käytettiin Mixed Methods Appraisal Tool [MMAT] -työkalua (Hong ym. 2018).

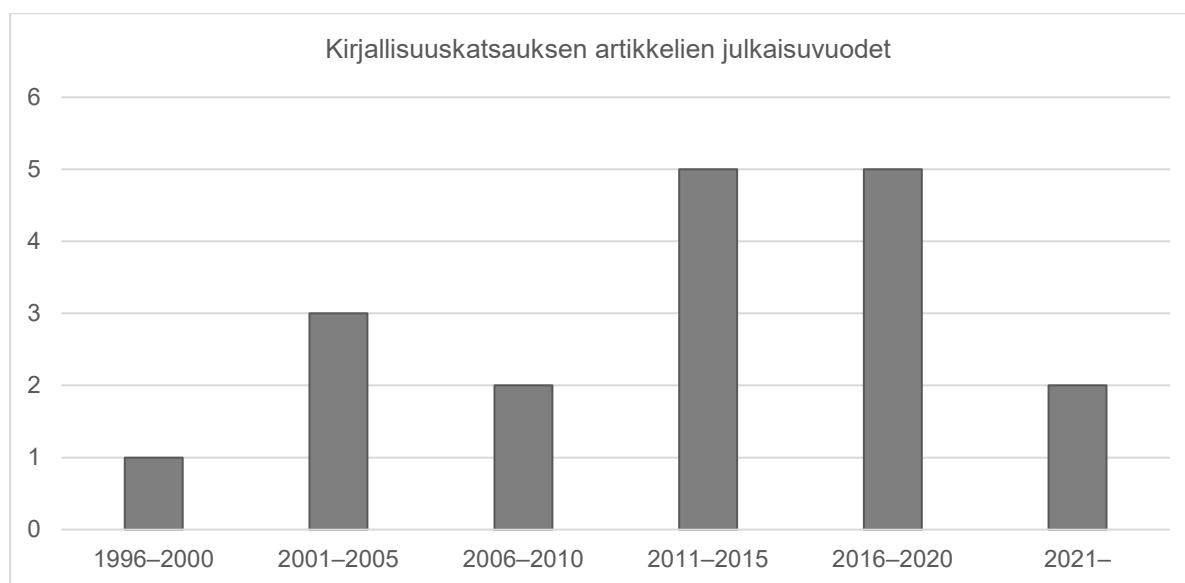
Laadullisten tutkimusten pistemäärät vaihtelivat välillä 6–8 kymmenestä (Gentle 1996, Bowers ym. 2004, O'Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Gwinner & Ward 2013, Ward & Gwinner 2015, Mellow ym. 2018, Salzmänn-Erikson 2018, Foster & Smedley 2019, Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021) ja määrällisten tutkimusten 4–6 yhdeksästä (Loubser ym. 2009, Stevenson 2013, O'Brien ym. 2014, Bowers ym. 2017). MMAT-työkalua ei suositella käytettävän tutkimuksen laadun pisteytykseen (Hong ym. 2018), mutta tässä työssä pisteytyksiä käytettiin vertaamaan tutkimusten laatuja muihin tutkimuksiin, joissa käytettiin eri asetelmaa. MMAT-työkalulla saadut pistemäärät vaihtelivat välillä 17–20 (Salzmänn-Erikson ym. 2008, Evans & Petter 2012, McAllister & McCrae 2017). Laadunarvioinnista saatua pisteytystä vähensi yleisesti tutkimuksen tieteenfilosofisen lähtökohdan mainitsematta jättäminen. Tutkimusten asetelmaan tai laatuun kyseinen seikka ei kuitenkaan vaikuttanut. Arviointityökaluilla saadulla laadunarvioinnilla todettiin tutkimusten laadun olevan riittävällä tasolla niiden sisällyttämiseksi kirjallisuuskatsaukseen.

3.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen neljännessä vaiheessa aineisto analysoidaan ja aineisto syntetisoidaan esitettävään muotoon (Whittemore & Knafl 2005). Analyysin aluksi aineisto luettiin useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi, pelkistettiin ja koodattiin keskeisten tietojen ja tulosten osalta. Tämä jälkeen tutkimusten keskeisistä tiedoista ja tuloksista muodostettiin taulukko, joka on liitteenä 2 taulukossa 4. Taulukon muodostamisen jälkeen tutkimusten tuloksia verrattiin ja ryhmiteltiin yhdistävien tekijöiden mukaisesti sekä muodostettiin niitä kuvaavat kategoriat.

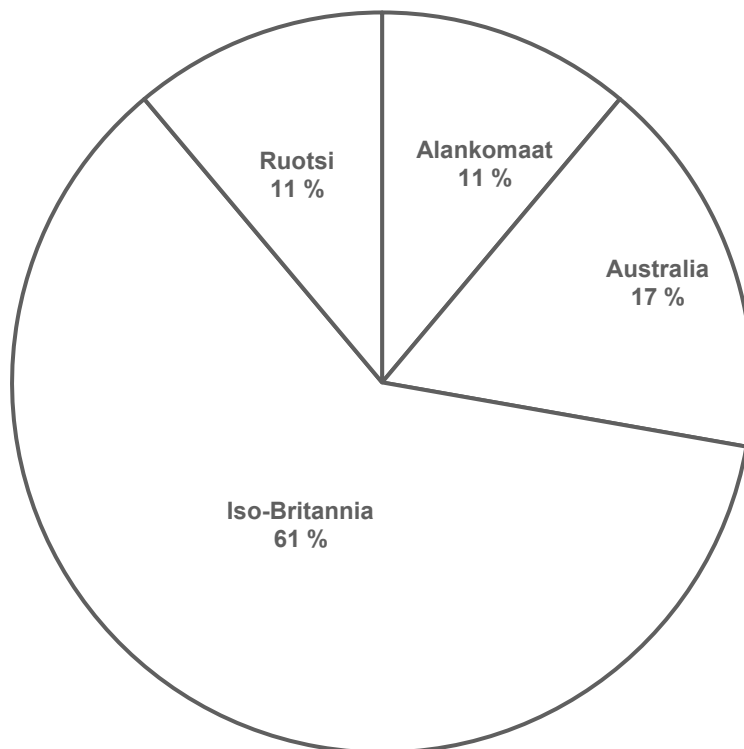
3.4 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen artikkelien julkaisuvuodet sijoittuivat vuosien 1996–2021 välille (Gentle 1996, Bowers ym. 2003, O’Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Salzmänn-Erikson ym. 2008, Loubser ym. 2009, Evans & Petter 2012, Gwinner & Ward 2013, Stevenson 2013, O’Brien ym. 2014, Ward & Gwinner 2015, Bowers ym. 2017, McAllister & McCrae 2017, Mellow ym. 2018, Salzmänn-Erikson 2018, Foster & Smedley 2019, Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021). Artikkelien julkaisuvuodet on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien julkaisuvuodet

Tutkimuksista yli puolet (n=11) oli julkaistu Isossa-Britanniassa (Gentle 1996, Bowers ym. 2003, Mackay ym. 2005, Loubser ym. 2009, Evans & Petter 2012, Stevenson 2013, O’Brien ym. 2014, Bowers ym. 2017, McAllister & McCrae 2017, Mellow ym. 2018, Foster & Smedley 2019), kolme (n=3) Australiassa (O’Brien & Cole 2004, Gwinner & Ward 2013, Ward & Gwinner 2015) kaksi (n=2) Alankomaissa (Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021) ja kaksi (n=2) Ruotsissa (Salzmänn-Erikson ym. 2008, Salzmänn-Erikson 2018). Tutkimusten julkaisumaat on kuvattu kuviossa 3. Tutkimuksista kaksi (n=2) oli toteutettu HIC-osastoilla (Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021) ja muut tutkimukset (n=16) PICU-osastoilla (Gentle 1996, Bowers ym. 2003, O’Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Salzmänn-Erikson ym. 2008, Loubser ym. 2009, Evans & Petter 2012, Gwinner & Ward 2013, Stevenson 2013, O’Brien ym. 2014, Ward & Gwinner 2015, Bowers ym. 2017, McAllister & McCrae 2017, Mellow ym. 2018, Salzmänn-Erikson 2018, Foster & Smedley 2019). Turvatilahoitomallista ei löydetty aineistoa kirjallisuuskatsaukseen.



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten julkaisumaat

Tutkimuksista 11 olivat laadullisia (Gentle 1996, Bowers ym. 2004, O'Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Gwinner & Ward 2013, Ward & Gwinner 2015, Mellow ym. 2018, Salzmänn-Erikson 2018, Foster & Smedley 2019, Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021), neljä määrällisiä (Loubser ym. 2009, Stevenson 2013, O'Brien ym. 2014, Bowers ym. 2017) ja kolme monimenetelmällisiä (Salzmänn-Erikson ym. 2008, Evans & Petter 2012, McAllister & McCrae 2017). Tutkimuksissa käytetyt aineistonkeruumenetelmät olivat yksilö- tai ryhmähaastattelu (n=12) (Salzmänn-Erikson ym. 2008, Gentle 1996, Bowers ym. 2003, O'Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Evans & Petter 2012, Gwinner & Ward 2013, Ward & Gwinner 2015, McAllister & McCrae 2017, Mellow ym. 2018, Gerritsen ym. 2021, van Melle ym. 2021), refleктоiva keskusteluryhmä (n=2), (Salzmänn-Erikson 2018, Foster & Smedley 2019), kyselylomake (n=6) (Salzmänn-Erikson ym. 2008, Loubser 2009, Evans & Petter 2012, Stevenson 2013, O'Brien ym. 2014, Bowers ym. 2017) ja määrällinen havainnointi (n=1) (McAllister & McCrae 2017).

3.5 Hoitohenkilökunnan kokemukset intensiivihoidosta

Kirjallisuuskatsauksen analyysissä muodostetut kategoriat olivat potilaisiin liittyvät, intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvät, hoitohenkilökuntaan liittyvät, palvelujärjestelmään ja organisaatioon liittyvät, fyysisiin tiloihin liittyvät sekä hoitoryhmään liittyvät kokemukset.

3.5.1 Potilaisiin liittyvät kokemukset

Hoitajien näkemysten mukaan aiemmin potilaan historiassa tapahtunut, pelkkä suullinen väkivalta, uhkailu tai päihteistä johtuva väkivaltariski ei ole riittävä syy siirtoon PICU-osastolle (Bowers ym. 2003). Fyysinen väkivalta koettiin kuitenkin yleisimmäksi syyksi siihen, että potilas siirretään PICU-osastolle (Stevenson 2013). Hoitajat kokivat, että PICU-osastolle sijoitetaan potilaita, jotka eivät sinne kuulu tai joiden kanssa muunlaiset osastot eivät halua olla tekemisissä vaikeahoitoisuuden vuoksi (Gentle 1996).

Potilaiden haastavaan käytökseen katsottiin olevan yhteydessä persoonallisuushäiriö, päihderiippuvuus, kognitiivinen heikkous, sairautentunnottomuus sekä heikko tai ongelmallinen sosiaalinen verkosto. Lisäksi potilaan aggressiivisen tai uhkaavan käytöksen koettiin aiheuttavan häiriötilanteita yksikön tai intensiivihoidon toimintaan. (O'Brien & Cole 2004, Mellow ym. 2018, Gerritsen ym. 2021.) Jos potilasta kuvailtiin ”vaikeaksi potilaaksi”, termin käyttö koettiin yksipuolisena, epämieluisana ja stigmatisoivana (Gerritsen ym. 2021). Aktiviteetin ja ajallisen rakenteen puuttumisen katsottiin herättävän potilaissa tylsyyttä (O'Brien & Cole 2004), jonka koettiin lisäävän haastavaa käytöstä. (Mellow ym. 2018). Potilaiden huonon psyykkisen voinnin ja heidän haastavan käytöksen katsottiin olevan yhteydessä toisiinsa. Hoitajat kokivat, että potilasta pystyy auttamaan ja hoitamaan, vaikka hän käyttäytyisi haastavasti. Hoitajat kokivat, että mitä parempi hoitosuhde potilaaseen on, sitä paremmin potilasta ymmärretään ja sitä pienemmässä väkivaltariskissä potilas on (Salzmann-Erikson ym. 2008.) Potilaan käytöksen syiden tunnistaminen aggression tahallisuudesta käytöksen ymmärtämiseen koettiin tärkeäksi tekijäksi (Foster & Smedley 2019). Tilanne pyritään usein selittämään potilaalle, mutta se voi epäonnistua potilaan sairautentunnottomuuden vuoksi. Tästä syystä potilas voi tuntea itsensä väärinymmärretyksi tai toivottomaksi, joka usein koettiin johtavan turhautumisen kautta aggressioon. Hoitajat kokevat, että voi olla vaikea erottaa potilaan ominaista käytöstä ja sairauden aiheuttamaa käytöstä toisistaan. Potilaan kyvyttömyys tarkastella tilannetta voi vaikeuttaa luottamuksen rakentamista. (Gerritsen ym. 2021.)

Yleisimmät väkivaltaa laukaisevat tekijät olivat hoitajien kokemusten mukaan potilaiden rajoittaminen, potilaiden välinen vuorovaikutus, tupakoinnin rajoittaminen, sairaudenkuva ja yksityisyyden puute (Loubser ym. 2009). Potilaan sairautentunnottomuus ja kommunikointivaikkeudet muiden ihmisten kanssa koettiin johtavan aggressioon (Salzmann-Erikson ym. 2008). Päihteidenkäyttö nähtiin väkivallan laukaisevana tekijänä (Loubser ym. 2009). Päihteiden seulontatutkimukset koettiin tärkeänä, mutta niitä oltiin haluttomia tekemään potilaalle koituvien seuraamusten takia (Loubser ym. 2009).

3.5.2 Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvät kokemukset

Yhdessä tutkimuksessa lähes kaikki hoitajista oli toteuttanut intensiivihoidon ja suurin osa hyväksyi sen käyttämisen osana hoitoa (Bowers ym. 2017), mutta toisessa tutkimuksessa intensiivihoidon implementointi kohtasi myös osassa henkilökunnasta muutosvastarintaa (van Melle ym. 2021). Intensiivihoidon koettiin olevan osa hoitosuhdetta, joka merkitsee suuremman ajan antamista potilaalle, läsnäoloa ja viiveetöntä vastaamista potilaan tarpeisiin (Gentle 1996). Intensiivihoidon koettiin mahdollistavan muita hoitokeinoja paremmin potilaan auttamista ja ajan viettämistä hänen kanssaan sekä keskittymisen potilaan tilaan ja väkivaltariskin arviointiin ja seurantaan (Mackay ym. 2005). Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan osannut määrittellä intensiivihoidon hoidollisuutta tai mitä annettavaa heillä intensiivihoidon (Gentle 1996). Yhdessä tutkimuksessa (Mackay ym. 2005) hoitajat määrittivät intensiivihoidon potilaan havainnoimiseksi sekä muuksi monimutkaiseksi hoidoksi, johon sisältyy myös aggressioon ja väkivallan ehkäiseminen. Intensiivihoidon aikana hoitajan rooleina nähtiin olevan potilaan valvonta, arviointi, reagointi sekä yksilöllisesti räätälöivät interventtioiden ja aktiviteettien järjestäminen (Mackay ym. 2005, Ward & Gwinner 2015). Hoitajissa herätti kuitenkin ristiriitaisia ajatuksia se, että toisaalta intensiivihoidon tulisi tarjota strukturoituja aktiviteetteja potilaille, mutta toisaalta myös vähävirikkeellinen ja rauhallinen ympäristö (O'Brien & Cole 2004). Hoitajan koettiin olevan potilaan edustaja ja puolestapuhuja (Mackay ym. 2005) sekä johdin todellisuuteen ja ahdistuksenhallinnan auttaja (Ward & Gwinner 2015).

Intensiivihoidon koettiin olevan enemmän vahingontorjuntaa kuin varsinaista hoitamista, sisältäen paljon potilaiden rajoittamista ja paperityötä (Mellow ym. 2018). Hoitajan tehtäviin katsottiin kuuluvan potilaan suojeleminen, riskien hallinta ja potilaan autonomian ylläpitäminen, jotka vaativat havaintokykyä ja tietoa sairauden merkeistä ja oireista (Ward & Gwinner 2015.) Potilaan tukemisen hoitajat katsoivat sisältävän intensiivisen avun antamista kuuntele-

malla sekä olemalla läsnä ja tavoitettavissa. Tukemiseen kuului hoitaminen pitkällä aikavälillä, ajan antaminen potilaalle ja vaikeimman vaiheen yli auttaminen. Ajan antamisen koettiin auttavan potilasta avautumaan ja helpottavan hänen auttamistaan. Hoitajien mielestä potilaan tukeminen ja läsnäolo haastavan käytöksen aikana vaatii rohkeutta hoitajalta. Tukemiseen käytettiin hyödyksi omaa persoonaa, myötätuntoa, nöyrää asennetta ja yhteistä huumoria. (Salzmann-Erikson ym. 2008.)

Intensiivihoidon toimintoihin katsottiin kuuluvan tilanteen hallinta, potilaan suojeleminen, potilaan tukeminen ja strukturoidun ympäristön luominen. Tilanteen hallinnan katsottiin sisältävän potilaan käytöksen rajaamista, struktuurien ja sääntöjen asettamista tai potilaan ohjauksesta rauhallisempaan tilaan. Hallinta eteni suunnittelusta potilaan kanssa keskusteluun ja rajaamisen toteuttamiseen. Tilanteen hallinnan aikana potilasta pyrittiin kohtelemaan kunnioitavasti, rakentamaan luottamusta hänen kanssaan ja kommunikoidaan provosoimatta. Hoitajat kokivat, että tilanteen hallinta vaatii hoitajilta koulutusta, kokemusta ja reflektiota tilanteiden etenemisestä. Henkilökemioiden kohtaamisella koettiin olevan vaikutus tilanteen hallinnan onnistumiseen. Hoitajat kokivat, että he suojelevat potilaita negatiivisesti vaikuttavilta tilanteilta, itseltään ja muilta potilailta sekä torjuvat heidän käytöstään muita kohtaan. (Salzmann-Erikson ym. 2008)

Hoitajan toiminnan tavoitteena koettiin olevan hoidon toteuttaminen potilaan parhaaksi ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Samanaikaisesti hoitajan toiminnan tavoitteena oli vähentää intensiivihoidon mahdollisia haittoja potilaalle. Hoitajat kokivat, että potilaalle tulee perustella, miksi intensiivihoido tapahtuu, jotta potilas ei pidä sitä haitallisena tai rangaistuksena. (Mackay ym. 2005.) Henkilökunnan taitoihin katsottiin lukeutuvan hyvät vuorovaikutustaidot, empatia, aktiivinen kuuntelukyky, läsnäolo ja non-verbaali viestintä. Tärkeänä taitona nähtiin yhteistyön rakentaminen. Hoitajan tulisi osata arvioida potilaan ajatuksia, tunteita, käytöstä ja väkivallan riskiä. Taitoja tukevin tekijöinä nähtiin potilaan tunteminen ja ymmärtäminen. Ympäristön paineet, pelko ja väkivallan odotus koettiin rajoittavan kykyä kuunnella ja olla läsnä. Autoritääriin kohtaaminen koettiin ongelmalliseksi yhteistyön kannalta. Vuorovaikutusta tulisi reflektoida sekä käyttää luovuutta tilanteissa työskentelyssä (Ward & Gwinner 2015). Hoitajat kokivat vastuuntunnetta potilaan kokemista ongelmista (Foster & Smedley 2019).

Hoitajan roolina koettiin olevan väkivaltariskin tunnistaminen, väkivallan ehkäiseminen ja de- eskalaation toteuttaminen väkivaltaa ilmetessä. Potilaan tunteminen koettiin tärkeäksi, jotta

voidaan tunnistaa hänen väkivaltaansa laukaisevat tekijät. Hoitajan rooliksi koettiin olevan väkivallan hallitsemisessa sekä suojana oleminen potilaan ja väkivallan kohteen välillä. Potilaan tilan arviointi ja seuranta on hoitajan työtä, johon sisältyy myös väkivaltariskin arviointi. Arvioitavia asioita ajateltiin olevan potilaan psyykinen tila, vuorovaikutus henkilökunnan ja muiden kanssa, poikkeamat potilaan tavanomaiseen käytökseen nähden, potilaan tarpeet, tarve puuttua potilaan käytökseen sekä väkivaltariski. Kliinisen väkivaltariskin arvioinnin katsottiin koostuvan potilaan tuntemisesta, aiemmista kokemuksista, potilaan ominaisuuksien tunnistamisesta ja ulkoisista tekijöistä. Hoitajat kokivat tärkeäksi ei-verbaalin viestinnän tunnistamisen ja sen käyttämisen väkivallan ehkäisykeinona. (Mackay ym. 2005.) Hoitohenkilökuntaan liittyviin taitoihin katsottiin kuuluvan neuvottelukyky, itsevarmuus ja päätöksentekokyky (Ward & Gwinner 2015). Hoitajat kokivat, että uhkaava käytös ja verbaalinen aggressio johtavat usein väkivaltaan (Salzmann-Erikson ym. 2008.)

Intensiivihoidon aloittamiseen kuului työvuoron ja työntekijäresurssin järjestäminen (Foster & Smedley 2019). Intensiivihoidon toteuttamisen katsottiin edellyttävän suurempaa hoitaja-potilas-suhdelukua (Gentle 1996). Intensiivihoidon toteutettiin useimmiten yhden tai kahden hoitajan toimesta tunnin kerrallaan, jonka jälkeen hoitajien vuoro intensiivihoidossa vaihtui (Mackay ym. 2005). Riittämätön hoitajamäärä turhautti hoitajia ja sen koettiin estävän intensiivihoidon toteuttamista ja johtavan siihen, että rajaamalla potilasta eri keinoin pyrittiin luomaan turvallinen ympäristö (Gentle 1996). Lisäksi intensiivihoidon järjestäminen aiheutti ahdistusta ja moraalista stressiä, koska silloin turvallisuus saatettiin korottaa hoidollisuutta korkeammaksi arvoksi (Mackay ym. 2005, Foster & Smedley 2019) tai sen koettiin pakottavan hoitajan asettamaan sivuun potilaan oikeudet yksityisyyteen ja arvokkuuteen (Mackay ym. 2005). Hoitajan keskeisen rooliin koettiin kuuluvan potilaan, henkilökunnan ja ympäristön turvallisuuden ylläpitäminen (Mackay ym. 2005). Hoitajat kokivat eettistä ristiriitaa siitä, että he joutuvat ajoittain rajoittamaan potilasta turvallisuuden takaamiseksi (Salzmann-Erikson 2018).

Intensiivihoidon katsottiin tarjoavan vaihtoehtoisen toimintamallin verrattuna kontrollointiin perustuviin rutiineihin ja sääntöihin (van Melle ym. 2021). Intensiivihoidon toteuttamisen katsottiin vaativan siihen koulutetun henkilökunnan (Gentle 1996). Olennaisia koulutettavia asioita katsottiin olevan sekä väkivallan hallinta että ehkäisy. Intensiivihoidon aikaisen vuorovaikutuksen katsottiin olevan hoitajan keskeinen tehtävä ja sen sisältävän tietojen antamista, hoidollista keskustelua, muuta vuorovaikutusta ja neuvottelemista. (Mackay ym. 2005.) Hoi-

tosuhteessa ilmenevät haasteet tai häiriöt koettiin yleensä liittyvän vuorovaikutuksen ongelmiin (Gerritsen ym. 2021). Hoitajat kokivat, että potilaalle tulisi tarjota rauhaa intensiivihoidon aikana, jos potilas sitä toivoo tai jos vuorovaikutuksella on negatiivinen vaikutus potilaaseen. Hoidollisen yhteyden luominen koettiin tärkeäksi tavoitteeksi, johon pyritään rakentamalla luottamusta ja yhteisymmärrystä ja joka vaatii potilaan tuntemista. Hoitajien ja potilaan välisen palautteen antaminen ja saaminen koettiin tärkeäksi. (Mackay ym. 2005.) Hoidossa katsottiin olennaisiksi ominaisuuksiksi hoitajan kärsivällisyys ja potilaan kunnioittaminen (Ward & Gwinner 2015).

Hoitajat kokivat, että intensiivihoidon yhdistää olemassa olevia interventioita yhdeksi kokonaisvaltaiseksi lähestymistavaksi pakkotoimien käytön vähentämiseen konkreettisilla ohjeistuksilla, joka vahvistaa hoidon laatua (van Melle ym. 2021). Intensiivihoidon katsottiin tapahtuvan yhteisen päätöksenteon mukaisesti ja pakon käyttöä vähentämällä (Ward & Gwinner 2015). Hoitajat näkivät intensiivihoidon olevan linjassa toipumisorientoituneen hoidon kanssa, koska se painottaa potilaan itsemääräämisoikeutta, osaston yhtenäisyyttä ja hoitajien itsensä johtamista (van Melle ym. 2021). Intensiivihoidolle, kuten hoidolle ylipäätään, tuli asettaa tavoitteet. Hoitajat kokivat, että potilaalle tarjottavat hoitovaihtoehdot olivat vähäiset. (Ward & Gwinner 2015.) Hoitajat kokivat, että paremmassa psyykkisessä voinnissa olevaa potilasta voidaan hoitaa vähemmän rajoittavilla interventioilla. (Salzmann-Erikson ym. 2008).

Intensiivihoidon nähtiin keskittyvän potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön sekä tarjoavan viitekehyksen vuorovaikutuksen palauttamiseen ja ylläpitämiseen haastavissa tilanteissa (van Melle ym. 2021) ja että strukturoidun ympäristön luominen rajatussa tilassa on yksi keino vastata haastavaan käytökseen (Salzmann-Erikson ym. 2008). Hoitajien näkemyksen mukaan pienemmässä tilassa potilasta on helpompi havainnoida, olla läsnä ja toisaalta lähellä. Yksityisen ja rajatun tilan koettiin tuovan rauhaa ja hiljaisuutta vähentämällä viriketulvaa ja antamalla potilaalle mahdollisuuden levätä. (Salzmann-Erikson ym. 2008.) Potilaan käytökseen puuttumisen koettiin olevan nopeampaa intensiivihoidon aikana. Puuttuminen määriteltiin valppautta vaativaksi reagoimiseksi ongelmiin, väkivaltaan tai toimimista niiden auttamiseksi ylläpitämällä turvallisuutta, tunnistamalla ja ehkäisemällä väkivaltariskiä sekä hoidollisella keskustelulla. (Mackay ym. 2005.) Hoitajat katsoivat, että on hoitajan vastuulla opettaa potilasta rauhallisesti ja tietoisesti keskittyen vahvuuksiin ja resilienssin rakentamiseen. Lisäksi hoitajien tuli rakentaa potilaan kanssa yhteistä luottamusta itsehallintaa ja autonomiaa korostaen. (Ward & Gwinner 2015.) Hoitajien ja potilaiden yhteistyön katsottiin

parantavan hoidollisen vuorovaikutuksen laatua ja hyötyä. Hoitajat ehdottivat vuorovaikutukseen liittyvään kehittämiseen enemmän aikaa hoidollisiin vuorovaikutuksiin. Henkilökunnan ja potilaiden väliseen vuorovaikutusta ei pitäisi vaikeuttaa aiemmat tapahtumat vaan niistä tulisi enemmänkin oppia vuorovaikutuksen kehittämiseksi. (McAllister & McCrae 2017.) Intensiivihoidon ja vuorovaikutuksen kehittämiseksi hoitajat ehdottivat ammattimaista lähestymistapaa, jossa pyritään potilaan sairauden ja ominaisen käytöksen erojen tunnistamiseen ja pyritään saamaan ymmärrys kyseiseen käytökseen (Gerritsen ym. 2021).

3.5.3 Hoitohenkilökuntaan liittyvät kokemukset

Intensiivihoidon toteuttavassa yksikössä työskentelyn koetussa turvallisuudessa ja siellä esiintyvän väkivallan koetussa määrässä oli vaihtelevuutta. Neljässä tutkimuksessa väkivallan esiintyminen koettiin yleiseksi (Salzmann-Erikson ym. 2008, Loubser ym. 2009, O'Brien ym. 2014, Mellow ym. 2018). Kahdessa tutkimuksessa yli puolet hoitajista koki osaston turvalliseksi ja suurin osa koki osaston turvallisuusjärjestelyjen olevan riittävät (O'Brien ym. 2014) sekä tutkimuksessa suurin osa hoitajista tunsu yksikössä työskentelemisen turvalliseksi, väkivallan riskin keskinkertaiseksi ja saavansa tukea työskentelylleen (Evans & Petter 2012). Väkivalta oli luonteeltaan verbaalista, myös rasistista, ja fyysistä, kuten lyömistä ja päälle sylkemistä (Salzmann-Erikson ym. 2008, O'Brien ym. 2014). Hoitohenkilökunnan määrä oli yhteydessä koettuun fyysiseen turvallisuuteen (Gentle 1996).

Osa hoitajista koki väkivallan kohteeksi joutumisen vaikuttavan negatiivisesti työhönsä muun muassa vihaisuutena, motivaationpuutteena, keskittymisvaikeutena tai järkytyksenä (O'Brien ym. 2014). Henkilökohtaisiin turvallisuudentunteen tekijöihin katsottiin liittyvän verbaalisen ja rasistisen väkivallan aiheuttama vahinko, joihin hoitajien ei tulisi reagoida tunnetasolla. Hoitajat kokevat yksikössä esiintyvän aggression olevan kohdistettua tai liittyvän sairauteen (Evans & Petter 2012.) Uhkailu ja aggressio herättää hoitajissa pelkoa ja turvattomuuden tunnetta (Gerritsen ym. 2021). Hoitajat kokivat pitkän aikavälin emotionaalisia vaikutuksia, joita olivat voimattomuus ja toivottomuus, joihin vaikutti tietoisuus potilaiden ongelmien monimutkaisuudesta ja pitkäaikaisuudesta (Foster & Smedley 2019). Potilaan pitkäaikaisen haastavan käytöksen koettiin olevan raskasta hoitajille (Salzmann-Erikson 2018). Hoitajat kokivat vaikeuksia irtautua työstään vapaa-ajalla. Työvuorossa työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä olivat viriketulva, potilasmäärä, pitkät työvuorot ja vastuuntunne ympäristön turvallisuudesta. (Foster & Smedley 2019.) Pelko, voimattomuuden tunne ja huonot kokemukset voivat vaikeuttaa lähestymistä potilaaseen (Gerritsen ym. 2021). Intensiivihoidon veivät resursseja muiden

potilaiden hoitamisesta, jonka koettiin aiheuttavan voimattomuutta (Foster & Smedley 2019). Vaihtelevan ja epäselvän työympäristön koettiin toisaalta motivoivan työhön, mutta myös uuvuttavan. Hoitajia myös huoletti ammattimaisuuden menettäminen potilaan haastavan käytöksen ja siitä johtuvan tiiviin seurannan vuoksi. (Salzmann-Erikson 2018.)

Hoitajat kokivat heihin kohdistuvien odotusten ja työkuorman herättävän heissä ammattiylpeyttä, mutta myös uupumusta (Salzmann-Erikson 2018). Intensiivihoidosta koettiin emotionaalista kuormaa, johon yhteydessä olivat raskaat hoitosuhteet, jatkuva kiire, suuri työkuorma, potilaiden heikko psyykinen vointi, väkivalta, lepoaikojen puuttuminen ja fyysisten tilojen rajoittuneisuus (Foster & Smedley 2019). Hoitajat olivat huolissaan heidän vaikutuksesta potilaiden kokemuksiin hoidosta, koska hoitajat ovat eettisesti vastuussa potilaiden kokemuksista sen aikana. Toisaalta hoitajat kokivat, että he pystyvät vaikuttamaan potilaiden kokemuksiin positiivisesti. (Salzmann-Erikson 2018.) Yhtenä väkivallan esiintymiseen liittyvänä tekijänä hoitajat näkivät hoitajien provosoinnin potilaita kohtaan (Loubser 2009).

3.5.4 Palvelujärjestelmään ja organisaatioon liittyvät kokemukset

Hoitajat kokivat lisääntyneitä vaatimuksia ja pelkoa pettymyksen tuottamisesta hoitoryhmälle (Evans & Petter 2012). Ylemmältä johdolta ei koettu saavan tukea (O'Brien & Cole 2004, Evans & Petter 2012), joten hoitohenkilökunta koki pelkoa päätöksenteosta, vastuunottamisesta ja syytöksien kohteeksi joutumisesta, jopa enemmän kuin aggressiosta (Evans & Petter 2012). Johdon myös koettiin painostavan hoitajia asioista, joita ei ole tehty (Foster & Smedley 2019). Toimintaperiaatteiden muutokset koettiin rasitteeksi. Riippuvaisuus lyhytaikaisista, ulkopuolisista sijaista katsottiin heikentävän turvallisuudentunnetta. (Evans & Petter 2012.) Intensiivihoidon vuoksi hankittujen lyhytaikaisten sijaisten käyttäminen saattoi tuntua resursin vesittymiseltä, koska silloin tuntui, että on jopa vähemmän henkilökuntaa (Foster & Smedley 2019). Moniammatilliselta hoitoryhmältä hoitohenkilökunta koki saavan tukea (Evans & Petter 2012). Organisaation koettiin lisäävän hoitajien stressiä ja heihin kohdistuvaa painetta, mutta jättävän heidän huolensa huomioimatta (Mellow ym. 2018). Toisaalta paine toteuttaa tiettyjä asioita, kuten tarkoituksellista vuorovaikutusta potilaan kanssa, koettiin mahdollisesti lisäävän sen määrää. Toiminnan kehittämiseksi hoitajat toivovat henkilökunnan, potilaiden ja organisaation yhteistä panosta (McAllister & McCrae 2017). Hoitajat kokivat itensä ajoittain aliarvostetuiksi (O'Brien & Cole 2004).

Turhautumista aiheuttavia palvelujärjestelmään ja organisaatioon liittyviä tekijöitä olivat se, että potilaat ovat jumissa osastolla hoitojärjestelmän toimimattomuuden vuoksi, ajan ja tilojen

rajallisuus ja pitkät työvuorot. Vaadittujen havaintojen määrän ja hoitohenkilökunnan erillään olemisen katsottiin rajoittavan ja estävän raportointia, työryhmän keskustelua, keskinäistä viestintää ja jälkipuenteja. (Foster & Smedley 2019.) Yhteistyö avohoidon ja yksikön välillä koettiin puutteelliseksi, koska tieto hyvistä ja huonoista potilaaseen liittyvistä kokemuksista ei välity yksiköiden välillä (Gerritsen ym. 2021). Yksikön toimintaan vaikuttaviin tekijöihin organisaation rakenteen näkökulmasta olivat hoitajaresurssi, hoitajien osaamisvaatimukset, paperityön vaihtelevuus, hoitosuunnitelman raportointi ja kehittäminen sekä näkemuserot hoidon toteuttamisen arvoista (Gwinner & Ward 2013). Intensiivihoitotilan koettiin olevan usein käytössä normaalina potilashuoneena ylipaikkatilanteen vuoksi ja resurssien vähyden koettiin tekevän työstä haastavaa (Mellow ym. 2018). Potilaiden suuren vaihtuvuuden koettiin vaativan jatkuvaa tutustumista uusiin potilaisiin, mikä koettiin uuvuttavaksi (Salzmann-Erikson 2018). Hoitajat kokivat, että hoitotyötä toteutettiin ilman teoreettista viitekehystä ja ristiriidassa olevien hoidon filosofioiden perusteella, jotka olivat kontrolloiva ja hoidollinen filosofia (O'Brien & Cole 2004).

HIC-mallin koettiin parantavan vuodeosastojen ja avohoidon välisiä yhteistyömahdollisuuksia lisäämällä vuorovaikutusta heidän välillään (van Melle ym. 2021). Yhteistyön kehittämiseksi hoitajat ehdottivat, että osaston ja avohoidon henkilökunta kommunikoi potilaaseen liittyviä tietoja, kokemuksia ja parhaita hoitomenetelmiä toisilleen (Gerritsen ym. 2021). Toiminnan kehittämiseksi hoitajat toivovat henkilökunnan, potilaiden ja organisaation yhteistä panosta (McAllister & McCrae 2017).

3.5.5 Fyysisiin tiloihin liittyvät kokemukset

Lukittavat tilat koettiin tarpeellisiksi, koska se mahdollisti hoitamiseen keskittymisen (Gentle 1996). Fyysisiin tiloihin liittyvät tekijät olivat niiden sijoittelu, kliiniset ja vapaa-ajan tilat, hoitajien ja potilaiden turvallisuus, kalustus ja vetäytymistilat. Vetäytymistilat koettiin merkittäväksi salassapidon ylläpitämiseksi. (Gwinner & Ward 2013.) Lääkehuoneen kaukainen sijoittelu tai suoran pääsyn puuttuminen sinne koettiin vaikeuttavan lääkehoidon toteuttamista (O'Brien & Cole 2004).

Tilojen koettiin vaativan standardin ja toimintaa tukevan suunnittelun (Gwinner & Ward 2013). Australiassa käytössä oleva lähihavaintoalue (close-observation area) koettiin liian avoimeksi sekä yksityisyyttä ja henkilökohtaista tilaa loukkaavaksi. Hoitajat kokivat, että tilat eivät olleet riittävät ajanviettoon ja ne olivat vankilamaiset (O'Brien & Cole 2004.) Hoitajat

ehdottivat hoitajaresurssin lisäämistä turvallisuuden parantamiseksi ja väkivallan riskin ehkäisemiseksi (O'Brien ym. 2014). Hoitajien näkemyksen mukaan tilojen tulee olla rauhaa ja turvallisuutta edistävät (Salzmann-Erikson ym. 2008).

3.5.6 Hoitoryhmän toimintaan liittyvät kokemukset

Hoitoryhmällä tarkoitettiin hoitohenkilökunnasta koostuvaa työntekijäjoukkoa (O'Brien & Cole 2004, Mackay ym. 2005, Ward & Gwinner 2015, Foster & Smedley 2019, Gerritsen ym. 2021). Hoitohenkilökunnan toiminnan yhtenäisyys koettiin tärkeäksi intensiivihoidon toteuttamiseksi (Foster & Smedley 2019). Tätä yhtenäisyyttä voi kuitenkin rikkoa vaikeahoitoisten potilaiden käytös ja erilaiset näkemykset heidän hoitamisestaan tai reagoinnit heidän käytökseensä (Foster & Smedley 2019, Gerritsen ym. 2021) tai vaikeat ryhmäprosessit ja hoitajien väliset ristiriidat (Gerritsen ym. 2021). Ryhmän jakautuneisuuden nähtiin vaikuttavan negatiivisesti potilaaseen ja muihin työntekijöihin sekä rikkovan hoitamisen johdonmukaisuutta (Gerritsen ym. 2021). Hoitoryhmän jäsenillä koettiin olevat vaihtelevat taidot intensiivihoidon toteuttamiseen. Hoito-ohjeistuksien koettiin olevan yleisluontoisia, joten niitä tulkittiin ja sovellettiin yksilöllisesti. Potilaaseen liittyviä päätöksiä saatettiin tehdä konsultoimatta kokeneempaa henkilökuntaa. Hoitajien tauottamisessa koettiin olevan vaihtelevuutta. Kokemattomamat hoitajat sijoitettiin usein intensiivihoidon toteuttamiseen, joka saatettiin kokea rangaistuksena (O'Brien & Cole 2004.)

Palautteen antaminen ja saaminen hoitoryhmän kesken koettiin tärkeäksi hoitoryhmän toimintaa tukevaksi tekijäksi (Mackay ym. 2005), vaikka hoitoryhmän kesken koettiin kommunikation ja yhteistyön puutetta (O'Brien & Cole 2004). Hoitoryhmän jakautuneisuuden estämiseksi hoitajat ehdottivat ryhmäprosessien varhaisten signaalien tunnistamista, niin havainnoimalla, keskustelemalla kuin kehittämällä sen tueksi monitorointityökalu (Gerritsen ym. 2021). Teoreettisen viitekehyksen käyttäminen koettiin mahdollisesti helpottavan kliinisten päätösten tekemistä sekä hoitomallin yhtenäistämistä ja toteuttamista (O'Brien & Cole 2004). Hoitoryhmän toiminnan kannalta selkeät ohjeet ja niiden noudattaminen nähtiin tärkeäksi (Ward & Gwinner 2015).

Hoitohenkilökunnan kokemukset intensiivihoidosta liittyivät potilaan käytökseen, väkivallan syiden ymmärtämiseen, potilaan ja hoitajan väliseen hoitosuhteeseen, työn raskauteen, intensiivihoidon tietotaitovaatimukseen, fyysisten tilojen toimimiseen toiminnan tukena, johdon tarjoamaan tukeen sekä hoitoryhmän yhtenäisyyteen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset on kuvattu tiivistetysti kuviossa 4.



Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan kokemukset psykiatrisesta intensiivihoidosta

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan näkemyksiä intensiivihoidosta sekä saada ymmärrys intensiivihoidon ja sen toteuttamiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää psykiatristen osastojen intensiivihoidon kehittämiseen, toteuttamiseen ja kouluttamiseen siihen suunniteltua tai suunniteltavaa tilaa varten. Tutkimuksessa etsitään vastaus seuraavaan kysymykseen:

1. Millaisia näkemyksiä psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnalla on intensiivihoidosta?

5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

5.1 Tutkimusasetelma

Tämä tutkimus oli asetelmaltaan laadullinen kuvaileva tutkimus (Gray ym. 2017, Moser & Korstjens 2018). Laadullinen kuvaileva tutkimus mahdollistaa ilmiön kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ilman menetelmällisiä rajoja (Gray ym. 2017). Laadullisen kuvailevan tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta on usein konstruktionistinen. Konstruktionismin mukaan todellisuus on olemassa erilaisissa dynaamisissa ja aihekohtaisissa konteksteissa, joten todellisuus nähdään moninaisena ja subjektiivisena. (Doyle ym. 2020.) Laadullista kuvailevaa tutkimusta käytetään usein ymmärryksen saamiseksi tutkittavien näkemyksistä (Gray ym. 2017, Doyle ym. 2020), ja erityisenä mielenkiinnon kohteena on yksilöllinen kokemus tietyssä kontekstissa (Doyle ym. 2020).

5.2 Tutkimuspaikka ja otos

Tutkimus toteutettiin yhdessä sairaanhoitopiirissä marraskuusta 2021 tammikuuhun 2022. Sairaanhoitopiirin asiakaspiiri koostuu noin 500 000 asukkaasta, joista noin 2500 tarvitsee vuosittain psykiatrista osastohoitoa. Sairaanhoitopiirin alueella oli yhdeksän aikuispsykiatrian osastoa, joissa oli yhteensä 140 sairaansijaa. Tutkimukseen osallistuneilla neljällä osastolla oli 57 sairaansijaa, joten ne vastaavat noin 41 % aikuisten psykiatrisesta osastohoidosta ja ovat siten edustava otos. Tutkimukseen osallistuneilla osastoilla hoidetaan alueen psyykkisesti vaikeimmin oireilevia potilaita. Osastoista kolme oli psykoosin hoidon vuodeosastoja ja yksi riippuvuuspsykiatrian vuodeosasto, joiden potilaspaikkaluvut vaihtelivat 12–20 välillä. Kolmella osastolla pilotoitiin intensiivihoidotilaa. Kyseinen pilotointi oli osa laajempaa hanketta. Yhdellä osastolla pilotointi oli käynnissä koko hankkeen ajan, yhdellä osastolla vuosina 2019–2020 ja yhdellä osastolla vuonna 2021. Kaikkiaan hankkeen aikana intensiivihoidtoa onnistuttiin pilotoimaan kahdella tutkimusosastoista pilotointivaiheen aikana yhteensä 9 kertaa. Pilotointia vaikeutti useat eri tekijät, kuten Covid-19-pandemian vaikutukset osastojen toimintaan, kyseisten vuodeosastojen jatkuva ylipaikkatilanne sekä fyysisten tilojen rajallisuus.

Laadullisessa kuvailevassa tutkimuksessa otos koostuu niistä henkilöistä, joilla on tietorikasta ymmärrystä tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Harkintaotosmenetelmällä valitaan otokseen tutkittavia, jotka voivat auttaa ymmärtämään ilmiötä, tutkijan harkinnan mukaan. (Gray ym. 2017, Moser & Korstjens 2018.) Tutkittavat koostuivat niistä hoitajista, jotka olivat hoita-

massa potilasta intensiivihoidotilassa ja lisäksi niistä hoitajista, jotka ovat työskennelleet turvatilan pilotointivaiheen aikana jollakin neljästä edellä mainitusta osastosta, jotta saadaan ymmärrys intensiivihoidon hyödyistä, haitoista, soveltamisen haasteista ja kehittämissuunnitelmista, mutta myös ajatuksista ja näkemyksistä intensiivihoidon kohtaan. Otosvalintaan ei vaikuttanut tutkittavan sukupuoli, ikä tai työkokemus.

Hoitohenkilökunnan jäseniä rekrytoitiin haastatteluun vapaaehtoisuuteen perustuen osastonhoitajien avustuksella. Haastatteluista informoitiin ensin osastonhoitajia, jotka aloittivat rekrytoinnin ja osastoille järjestettiin tiedotustilaisuudet haastatteluista. Kaikilla halukkailla hoitohenkilökunnan jäsenillä, jotka täyttivät mukaanottokriteerit, oli mahdollisuus osallistua haastatteluihin. Ryhmähaastatteluun osallistuvia hoitajia tiedotettiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisella tiedotteella, joka on liitteessä 3, sekä heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

5.3 Aineistonkeruu

Aineistonkeruumenetelmänä oli fokusryhmähaastattelu, joka mahdollistaa yksilöhaastatteluja paremmin osallistujien keskustelun stimuloimisen avulla kokemusten, näkemysten sekä kehittämissuunnitelmien tarkastelun useammasta näkökulmasta (Moser & Korstjens 2018). Fokusryhmähaastatteluissa voidaan käyttää isompia osallistujamääriä kuin yksilöhaastatteluihin suositeltua 12–15 osallistujan kokonaismäärää (Gray ym. 2017). Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa katsotaan olevan riittävästi, kun se on saturoitunut, eli aineiston tulokset alkavat kerrautua eri haastattelukerroilla eikä vastauksia enää tule. (Gray ym. 2017, Moser & Korstjens 2018). Yhden ryhmähaastattelun kestoksi varataan yleensä kaksi tuntia (Moser & Korstjens 2018). Fokusryhmähaastatteluiden toteuttamisessa käytettiin haastatteluprotokollaa, joka sisälsi kuvailut ja tarkistuslistat haastatteluiden vaiheista. Kyseisiä vaiheita oli haastattelujen valmistelu, aloitus, haastattelukysymysten esittely ja kysyminen sekä loppukeskustelu, jossa mahdollistettiin lisäkysymysten esittäminen, haastattelun tuomien tunteiden läpikäynti sekä kerrattiin haastattelun tuloksista informointi.

Fokusryhmähaastatteluja tehtiin yhteensä kuusi aikavälillä marraskuu 2021 – helmikuu 2022, kunnes aineiston katsottiin olevan saturoitunut. Fokusryhmähaastattelut olivat kestoiltaan 42–115 minuuttia. Ryhmähaastattelussa käytettiin puolistrukturoitua haastattelurunkoa, joka on liitteessä 4. Haastattelurunko pilotoitiin tutkijan opiskelijakollegoilla ennen ryhmähaastatteluiden toteuttamista. Haastatteluiden teemat liittyivät intensiivihoidon kokemuksiin, sovelta-

misen hyötyihin, haittoihin ja kehittämisehdotuksiin sekä ajatuksiin ja näkemyksiin intensiivihoidosta. Ryhmähaastattelun teemat muodostettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksia mukailleen. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja niiden alussa osallistujilta kerättiin taustatiedot erillisellä lomakkeella. Taustatietoihin sisältyi ikä, kokemus psykiatrisessa hoitotyössä, tutkinto, ammattinimike sekä täydennyskoulutus psykiatriseen hoitotyöhön tai väkivallan hallintaan.

5.4 Aineiston analyysi

Hoitajien ryhmähaastatteluista saatu aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysiä, jossa etsitään aineistossa toistuvia sanoja, ideoita tai ajatuskokonaisuuksia ja ryhmitellään ne kategorioihin. Induktiivinen sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jota suositellaan käytettäväksi, jos tutkittavasta ilmiöstä on vähän tutkittua tietoa tai tieto on sirpaloitunutta. (Elo & Kyngäs 2008.) Aineiston analyysi aloitettiin aineiston organisoinnilla, jossa nauhoitetut aineistot litteroitiin auki sana sanalta tutkijan toimesta ja luettiin useaan kertaan, jotta saatiin kokonaiskuva aineiston sisällöstä (Hsieh & Shannon 2005, Elo & Kyngäs 2008). Aineiston organisoinnin jälkeen siitä haettiin ilmaisuja, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuskysymysten kannalta. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Ilmaisut tiivistettiin lyhyemmiksi pelkistyksiksi siten, että ajatuskokonaisuuden ydinajatus säilyi. Pelkistykset koodattiin niitä kuvaaviksi koodeiksi ja ryhmiteltiin samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella. Abstrahointivaiheessa näistä ryhmistä, jotka sisälsivät koodit, tiivistetyt ja alkuperäiset ilmaisut, muodostettiin ala- ja yläkategorioita. (Graneheim & Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008.) Aineistosta muodostettiin yhteensä 254 koodia. Koodeista muodostettiin 34 alakategoriaa, joista edelleen 13 yläkategoriaa ja kuusi pääkategoriaa. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin toteuttamisesta on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin toteuttamisesta

Alkuperäinen ilmaus	"Nii, ei se toisaalta saa olla liian tiukka se kriteeristö, et sellanen suuntaa antava vois olla toimivampi. Et siin ois se, et ois se kriteeristö ja sit ois se harkinnanvara."
Pelkistys	Ei saa olla liian tiukka kriteeristö, suuntaa antava voisi olla toimivampi. Olisi kriteeristö ja harkinnanvara.
Koodi	Suuntaa antava kriteeristö intensiivihoidon aloittamiselle, jossa olisi varaa harkinnalle
Alakategoria	Intensiivihoidon aloittamisen kriteeristö
Yläkategoria	Intensiivihoidon päätöksenteko
Pääkategoria	Hoitohenkilökunnan toiminta

6 Tutkimustulokset

6.1 Osallistujien kuvailu

Osallistujia oli yhteensä 19. Tutkimuksen keskeyttäneitä osallistujia ei ollut. Osallistujajoukon ammattinimikkeet koostuivat sairaanhoitajista, lähihoitajista ja mielenterveyshoitajista. Osallistujien ammatillinen koulutus koostui mielenterveyshoitajan, mielisairaanhoitajan, lähihoitajan ja erikoissairaanhoitajan tutkinnoista. Osallistujista 11 oli käynyt psykiatriseen hoitotyöhön täydennyskoulutuksen, joiden sisältö koostui mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusteista, hoitosuhdetyöskentelystä, kriisi-interventiosta, lyhytterapiasta, interpersoonallisesta terapiasta, motivoivasta haastattelusta ja psykoterapeuttisista valmiuksista. Suurin osa (n=17) osallistujista oli käynyt koulutuksen aggression hallinnan käytännöistä, joka sisälsi joko aiemmin käytössä olleen hallitun fyysisen rajoittamisen (HFR)-koulutuksen tai nykyisin käytössä olevan potilaan turvallisen kohtaamisen (PTK)-koulutuksen. Osallistujien taustatietojen tilastolliset tunnusluvut on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimuksen osallistujien taustatiedot

min-max = vaihteluväli, ka = keskiarvo, kh = keskihajonta

	n	%	min-max	ka	kh
Sukupuoli					
Nainen	8	42			
Mies	11	58			
Ikä vuosina	19			36,4	13,1
Työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä	19		1–39	10,8	11,5
Täydennyskoulutus psykiatrisessa hoitotyössä					
Kyllä	11	58			
Ei	8	42			
Täydennyskoulutus aggression hallinnan käytännöistä					
Kyllä	17	89			
Ei	2	11			

6.2 Hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta

Psykiatrisilla osastoilla työskentelevän henkilökunnan näkemyksiä kuvasivat kuusi pääkategoriaa, joita olivat intensiivihoidon suunnittelu, hoitohenkilökunnan toiminta, intensiivihoidon hyödyt ja haitat, intensiivihoidon toteuttavan hoitajan hyvinvointi, eettisesti kestävä keino

pakon käytön vähentämiseen sekä intensiivihoidon toteuttamisen ongelmien tunnistaminen ja ratkominen. Pääkategoriat sekä niiden alaiset ylä- ja alakategoriat on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria
Intensiivihoitotoiminnan suunnittelu	Intensiivihoitotilan suunnittelu	Fyysisen tilan ja kalustuksen suunnittelu Tilan toimintojen suunnittelu
	Intensiivihoidon yhteys resursseihin	Resurssien vapautuminen Resurssien suunnittelu intensiivihoidoa varten
Hoitohenkilökunnan toiminta	Intensiivihoidon päätöksenteko	Intensiivihoidon aloittamisen päätöksenteko Päätöksenteko intensiivihoidon lopettamisesta
	Intensiivihoidon toteuttaminen	Hoitajan toiminta intensiivihoidon aikana Vuorovaikutuksen ylläpitäminen potilaan ja hoitajan välillä Intensiivihoidon vaatimukset henkilökunnalle Intensiivihoitotoiminnan yhtenäisyys
Intensiivihoidon haitat ja hyödyt	Intensiivihoidon hyödyt	Hyödyt potilaalle Hyödyt hoitotyölle Hyödyt hoitosuhteelle
	Intensiivihoidon haitat	Haitat potilaalle Haitat hoitotyölle
Intensiivihoidon yhteys työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin	Intensiivihoidon työturvallisuus	Avun hälyttäminen intensiivihoidotilaan Intensiivihoidoa toteuttavan hoitajan turvallisuus Tilan turvallisuus
	Intensiivihoidon yhteys työhyvinvointiin	Henkilökunnan tasa-arvo intensiivihoidon toteuttamisessa Henkilökunnan työhyvinvointi intensiivihoidon aikana
Eettisesti kestävä ja aggressiota ehkäisevä keino pakon käytön vähentämiseen	Eettisyys	Eettiset näkökulmat Potilaan yksityisyys Potilaan näkemysten huomioiminen
	Pakon käytön vähentäminen	Pakkotoimien välttäminen Vaihtoehto eristämislle
	Aggression ja haastavan käytöksen ehkäisy	Väkivallan ehkäisy Aikainen puuttuminen haastavaan käytökseen
Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkominen	Intensiivihoidon käyttämistä estävät tekijät	Käyttöä estävät fyysisen ympäristön tekijät Käyttöä estävät henkilökuntaan liittyvät tekijät Vaikeus hankkia työntekijöitä intensiivihoidon
	Kehittämisen näkökulma	Intensiivihoitotoiminnan kehittäminen Epäonnistuneet kokemukset Toiminnan muutokseen sopeutuminen

6.2.1 Intensiivihoitotoiminnan suunnittelu

Intensiivihoitotoiminnan suunnittelu koostui kahdesta yläkategoriasta, jotka olivat intensiivihoitotilan suunnittelu ja intensiivihoidon yhteys resursseihin. Intensiivihoitotilan suunnitteluun sisältyi alakategoriat fyysisen tilan ja kalustuksen suunnittelu, tilan toimintojen suunnittelu sekä intensiivihoitotilan sijoittuminen fyysisessä ympäristössä. **Fyysiseen tilaan ja kalustukseen** liittyen hoitohenkilökunta koki, että tilan tulisi olla riittävän tilava ja visuaaliselta ilmeeltään neutraali, sisältää mukavat huonekalut sekä muuten olla viihtyisä ja sopiva ajan viettämiseen. Hoitohenkilökunnan mukaan tilan ei tulisi olla kuitenkaan liian viihtyisä. **Tilan toimintojen suunnitteluun** hoitohenkilökunta katsottiin kuuluvan tarve tallentavalle kamera-valvonnalle, vesipisteelle, WC-tiloille, turvallisuussuunnitelman laatimiselle, virikemahdollisuuksien ja niiden muokattavuuden suunnittelulle sekä tilassa olevan irtaimiston suunnittelulle.

Osallistuja 19: "... Ja sit toki, et se olis alusta asti mietitty, et ku meilläkin alko se pilotointi ni silloin mietittiin, et missä on kaikki kalusteet, missä poistumistie ja missä on potilaan alue ja missä hoitajan alue. Et se olis alusta asti suunniteltu siihen käyttöön se tila kans. Et vanhaan taloon se on jälkeempään vaikee rakentaa, et se pitää olla sit turvallinen kaikille. Ja sit siin on se viihtymiselementti, et täytyyhän sen olla et se on tarpeeksi viihtyisä, mutta ei liian viihtyisä. Et sit ei tuu niitä tilanteita, et potilas hakeutuu sinne vaan siks, et siel on mukavempi olla."

Intensiivihoidon yhteys resursseihin koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat resurssien suunnittelu intensiivihoidon varten sekä intensiivihoidon yhteys resurssien vapautumiseen. **Resurssien suunnitteluun** katsottiin sisältyvän riittävän työntekijäresurssin ja osaamisen suunnitteleminen etukäteen jokaiseen työvuoroon. Hoitohenkilökunta katsoi, intensiivihoidon liittyviä resurssitekijöitä olivat osastoilla vallitseva jatkuva ylipaikkatilanne, jonka seurauksena intensiivihoitotila ei välttämättä ole käytettävissä intensiivihoidon vaan potilas-huonekäyttöön, sekä hoitajaresurssin riittämättömyys. Hoitohenkilökunta koki, että pienempi potilasmäärä voi mahdollistaa intensiivihoidon toteuttamisen nykyisillä resursseilla.

Osallistuja 1: "Ja se, mihin on jo tehty muutosta, eihän se ole enää moderni psykiatrinen osasto, että on 20-paikkainen osasto. Mehän ollaan 17, mutta käytännössä oli 20. Se, että olis riittävän vähän potilaita, mahdollistuu tällainen yksilöity hoito."

Intensiivihoidon toteuttamisen todettiin vaativan jatkuvasti vähintään yhden hoitajan työpanoksen. Tämän koettiin vaikeuttavan työvuoron tehtävien suunnittelua ja tuovan keskeytyksiä niihin. Yöaikainen henkilöstöresurssi koettiin nykyhetkenä niin pienenä, että yövuorossa intensiivihoidon aloittaminen nähtiin mahdottomana.

Hoitohenkilökunta katsoi **intensiivihoidon olevan yhteydessä resurssien vapautumiseen**. Intensiivihoidon implementoinnin nähtiin mahdollisesti lyhentävän hoitajaksoja ja vähentävän yleisesti kuluja. Eskaloituvaa tilanteeseen aikaisempi puuttuminen ja intensiivihoidon aloittaminen nähtiin säästävän resursseja ja vapauttavan enemmän resursseja muihin toimintoihin huone-eristämiseen verrattuna.

Osallistuja 12: "Voi se resursseja vapauttaa, kun osastolla on huonoimmillaan neljä, yleensä viisi hoitajaa. Jos joku on eristyksessä, pitää olla varalla, joten se vaikuttaa muihin potilaisiin, että ei päästä kauppaan, kuntosalille, ulos. Silloin tällaiset toiminnot olis helpommin järjestettävissä, kun iso osa hoitajaresurssista ei oo kiinni sen takia, että yksi potilas on eristyksessä."

6.2.2 Hoitohenkilökunnan toiminta

Hoitohenkilökunnan toiminta koostui kahdesta yläkategoriasta, jotka olivat intensiivihoidon päätöksenteko ja intensiivihoidon toteuttaminen. Intensiivihoidon päätöksenteko koostui intensiivihoidon aloittamisen kriteeristöstä ja päätöksenteosta intensiivihoidon lopettamisesta. **Intensiivihoidon aloittamisen kriteeristöön** liittyen hoitohenkilökunnan mukaan intensiivihoidolle tulee olla ennalta sovittu periaate ja kriteerit sen käyttämiselle. Sopivaksi hoitohenkilökunta katsoi olevan suuntaa antava kriteeristö, joka jättää varaa henkilökunnan harkinnalle sekä arvioinnille potilaan voinnista ja soveltuvuudesta intensiivihoidon. Intensiivihoidon katsottiin soveltuvan tiettyihin potilasryhmiin tai tilanteisiin. Hoitohenkilökunta katsoi, että soveltuvia tilanteita intensiivihoidon toteuttamiselle olisi sellaiset, jossa potilas on desorientoitunut, levoton, saapunut äskettäin osastolle, muita potilaita häiritsevä, pelokas, lievän itsetuhoisen, sekava, sanallisesti aggressiivinen, somaattisesti oirehtiva tai tuttu henkilökunnalle, mutta käyttäytyy poikkeavasti. Intensiivihoidon ei katsottu olevan sovellettavissa, jos potilas on korkeassa väkivaltariskissä tai huomionhakuinen, koska intensiivihoidon katsottiin provo-soivan tällöin haastavaa käytöstä tai väkivaltaa.

Osallistuja 3: "... siinä joutuu aika tarkkaan miettimään sitä, että kuka potilas, mimmoses tilantees sinne niinku voi mennä kahestaan jonkun kanssa, et se on sit turvallista ettei se oo liian tai semmonen, et joutuis itte fyysiseen koskemattomuuden kohtaamiseen tai semmoseen väkivaltatilanteeseen."

Hoitohenkilökunta katsoi, että **päätöksenteko intensiivihoidon lopettamisesta** voi tapahtua hoitavan lääkärin, vastuuhoidajan tai työryhmän toimesta. Hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan intensiivihoidon pitäisi lopettaa, jos potilas on rauhallinen ja yhteistyössä tai jos intensiivihoidon on jatkunut useamman päivän, mutta potilaasta ei saada enää uutta tietoa intensiivihoidon keinoin.

Osallistuja 8: "Nii varmaan tiistaina sit osastonlääkäri ois ollu siinä, niin ois voinu sanoo, et täst ei oo mitään hyötyä, et tää on ihan yhtä tyhjän kans, niin ois voinu sit siihen poikkasta. Ja miksei tommost vois sit vastuuhoitajakin sit päättää, et juttelee vaikka, aamu- plus iltavuoron vastuuhoitajat juttelis, et onks täst nyt sit mitään hyötyä ja jos työryhmä on samaa mieltä, et ei tää oikeen aja asiaansa ni sit vois niinku lopettaa sen siihen."

Intensiivihoidon toteuttamiseen sisältyi neljä alakategoriaa, jotka olivat hoitajan toiminta intensiivihoidon aikana, vuorovaikutuksen ylläpitäminen potilaan ja hoitajan välillä, intensiivihoitotoiminnan yhtenäisyys sekä intensiivihoidon vaatimukset henkilökunnalle. Hoitohenkilökunta kuvasi **hoitajan toiminnan intensiivihoidon aikana** koostuvan potilaan kohtaamisesta, tiedonkeruusta, läsnäolosta, kirjaamisesta ja raportoinnista sekä potilaan psyykkisen voimien ja oireiden sekä mahdollisesti annetun lääkkeen vaikutuksen havainnoinnista ja arvioinnista. Lisäksi intensiivihoidon aikana hoitaja pyrki luomaan turvallisen ympäristön. **Vuorovaikutuksen ylläpitämisellä potilaan ja hoitajan välillä** nähtiin saavan säilytettyä tai lisättyä yhteyttä potilaaseen haastavan käytöksen aikana. Vuorovaikuttamalla hoitaja pyrki selvittämään haastavan käytöksen syitä, käymään läpi intensiivihoidon käyttämiseen johtaneita asioita potilaan kanssa sekä kuulemaan potilaan arvion tilanteesta. Hoitohenkilökunnan mukaan hoitajan tulee käyttää harkintaa potilaan kanssa käytävän vuorovaikutuksen määrästä ja oikea-aikaisuudesta, mitkä nähtiin mahdollisesti haasteellisena tunnistaa. Hoitohenkilökunta koki, että vuorovaikutuksen apuna voi käyttää yhteistä tekemistä potilaan kanssa, kuten esimerkiksi laulupelien pelaamista.

Osallistuja 7: "Nii, ja sul pitäis olla mahollisuus olla koko ajan silleen kontaktissa ja pitää aistii se, et onks tässä ees hyvä kohta puhua mitään. Et ei sekään aja sitä tarkotusta, jos se on sitä yhtämittästä tykitystä ja kyselyä."

Intensiivihoidon vaatimuksina hoitohenkilökunnalle katsottiin kuuluvan valppaus sekä eristystarpeen arviointi. Intensiivihoidon katsottiin vaativan hoitohenkilökunnalta keskinäistä luottamusta sekä kaikkia henkilökunnan jäseniä koskevan kyvyn toteuttaa intensiivihoidoa. **Intensiivihoitotoiminnan yhtenäisyyttä** katsottiin vahvistavan yhtenäisen toimintatapojen kouluttaminen sekä ohjeistus. Kouluttamisen koettiin kattavan koko henkilökunnan ja sisältyvän uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Toiminnan yhtenäisyyttä rikkovia tekijöitä katsottiin olevan mahdolliset, erilaiset mielipiteet ja tulkinnat potilaan soveltuvuudesta intensiivihoidon.

Osallistuja 2: "Ja varmaan se tietenkkin, et meillä kans niinkun öö.. potilaan voimien suhteen voi olla erinäkösiä niinkun mielipiteitä tai semmosii niinkun tulkintoja, et onks hän nyt ihan turvatilahoidon tarpeessa vai niinkään vointi sen kuntoon vai onks se ihan eristäminen vai onks se kumpikaan niin."

6.2.3 Intensiivihoidon hyödyt ja haitat

Intensiivihoidon hyödyt koostuivat potilaalle, hoitotyölle ja hoitosuhteelle saatavista hyödyistä. **Potilaan saamiksi hyödyiksi** henkilökunta katsoi liittyvän hoitajan jatkuvan läsnäolon ja mahdollisuuden keskusteluun, joka voi helpottaa potilaan mahdollista jännitystä sekä siten tapahtuva itsetuhoisuuden valvominen voi olla muita pakkotoimia vähemmän ahdistavaa potilaalle. Lisäksi potilaalle katsottiin mahdollisesti tulevan turvallinen olo tai hänen saavan omaa rauhaa. Hoitajan toiminnan koettiin olevan myös potilaalle näkyvämpää. **Intensiivihoidon katsottiin hyödyttävän hoitotyötä**, koska sen koettiin helpottavan potilaan levottomuuden tai psyykkisen tilan arviointia sekä vähentävän potilaan ja henkilökunnan välistä mahdollista kuilua, koska havainnointi tapahtuu kasvokkain. Intensiivihoidon välillisinä hyötyinä nähtiin se, että sen avulla voitaisiin luoda turvallista ympäristöä osastolle sekä parantaa työturvallisuutta yleisesti. Intensiivihoidon pidettiinkin yleisesti työturvallisuutta parantavana, mutta myös mahdollisesti väliaikaisesti heikentävänä keinona.

Osallistuja 11: " Onhan se tietysti jos sitä käytetään tämmösen potentiaalisesti aggressiivisen potilaan tai semmosiin, et ne tilanteet ei eskaloitu, niin sillohan ne parantaa sitä. Ja kylhän se, et jos pystytään potilaan kans käymään läpi, et mikä siinä on kiihdyttäny, niin onhan se aina parempi vaihtoehto ku et tehdään vaan kuitenkin henkilökunnan puolesta sellanen ulkopuolinen arvio siitä, et mikä-köhän tässä nyt on tilanne ja et mitä nyt kannattais tehdä. Et se on aina, jos se potilas vois osallistua siihen, ite siihen kuvaukseen et."

Hoitohenkilökunta koki, että huone-eristyksen purkamisen jälkeen intensiivihoidosta voi olla hyötyä hiljaisen tai puhumattoman potilaan havainnoinnissa tai tiedon hankkimisessa. Etenkin suunnitellussa ja asteittaisessa huone-eristyksen purkamisessa intensiivihoidotilan kautta nähtiin hyötyjä. Intensiivihoidon nähtiin selkeänä toimintatapana rajatussa ja rauhallisessa ympäristössä, jota oli helpompi hallita ja toteuttaa kuin osastolla tapahtuva vierihoido. Lisäksi itse potilaan suojaaminen osaston ärsykkeiltä tai muiden potilaiden suojaaminen potilaan haastavalta käytökseltä koettiin hyödylliseksi. **Intensiivihoidon katsottiin hyödyttävän potilaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta**, koska se auttoi potilaasta saatavien tietojen ja yhteisten kokemusten hankkimisessa sekä luottamuksellisen suhteen rakentamisessa. Lisäksi sen avulla voitaisiin ehkäistä ylimääräisten huonejärjestelyjen tekemistä silloin, kun potilas käyttäytyy haastavasti.

Osallistuja 12: "Kuvittelisin, et se vois säästää sellasta, että jos on potilas, joka on siinä rajalla, että tarviiks eristystä vai ei. Yleensä ainakin meillä joudutaan tekee huonesiirto, et joku muu joutuu menee toiseen huoneeseen ja näin pois päin. Et tulee ylimäärästä ja siit saattaa muutki potilaat hermostua tai ihmettelee, et"

mikä homma, et miks toimitaan näin ja mitä te teette. Parhaimmillaan se vois säästää sellasta ylimäärästä säätöä tavallaan."

Intensiivihoidon haitat koostuivat haitoista potilaalle ja hoitotyölle. Hoitohenkilökunta katsoi **potilaalle koituviksi haitoiksi** sen, että jatkuva näköyhteys hoitajan ja potilaan välillä voi olla potilaalle ahdistavaa tai se voi vahvistaa potilaan epäluuloisuutta. Jos tilassa on liikaa viirikkeitä, siitä koettiin olevan haittaa maanisesti oireilevalle potilaalle. **Hoitotyölle koituviksi haitoiksi** intensiivihoidon tuoman jatkuvan hoitajan läsnäolon katsottiin joissain tilanteissa olevan haitallista potilaan käytökselle, koska hoitohenkilökunta koki, että jotkut potilaat voivat hakea hoitajan huomiota haastavalla käytöksellä. Osa hoitohenkilökunta toi esiin huolen siitä, että hoitokulttuuri voi muuttua siten, että enää ei uskalleta työturvallisuuden kustannuksella käyttää pakkotoimia, jos sille on selkeä tarve. Toisaalta osa hoitohenkilökunnasta koki, että intensiivihoidosta ei ole haittoja.

Osallistuja 15: "En mä tiedä ny ollenkas haittoi. Vierihoido on, mun mielest se on vierihoido, vois sanoo. Et se on nyt arvioitu, et se ihminen tarvii vierihoido, ei siit varmaan haittaa oo. Siin voitais välttää se eristys, ehkä se aggressiivisuuskin, en mää oikeen kauheesti siit haittoi löydä. Hieno ajatus."

6.2.4 Intensiivihoidon yhteys työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin

Intensiivihoidon yhteys työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin koostui kahdesta yläkategoriasta, jotka olivat intensiivihoidon aikainen työturvallisuus ja intensiivihoidon yhteys työhyvinvointiin. Intensiivihoidon aikaiseen työturvallisuuteen sisältyi kolme alakategoriaa, jotka olivat avun hälyttäminen intensiivihoidotilaan, intensiivihoidon toteuttavan hoitajan turvallisuus sekä tilan turvallisuus. **Avun hälyttäminen intensiivihoidotilaan** nähtiin mahdollistuvan kohdistetun henkilöturvahälytyksen tai jonkin muun yhteyden avulla intensiivihoidotilassa olevan hoitajan ja muun henkilökunnan välillä. Muuhun henkilökunnan ja intensiivihoidotilassa olevan hoitajan väliseen yhteyteen liitettiin usein ei-kiireellisen avun saaminen tilaan, esimerkiksi tarvittavan lääkkeen tai elintarvikkeiden tuominen.

Osallistuja 8: "Joo, se oli vähän niinku siinä keskellä, et siin välissä ei oo oikein muita ku potilashuoneit. Ja sit seuraavaks oli sit ne eristykset, ne tais olla siin seuraavana. Et toki on se sit vähän hankala pyytää siihen jotain, et jos on tilanteit, okei, et ei tarvii mitään hälytystä tehdä, mut kaipaat sielt niist kansliasta jotain, et pitäiskö siin pöydällä olla joku nappi ja sit siin tulee joku ... sellanen turvakutsu et joku pyytää, et tieks, tai jos sä vaik tarviit sinne jotain, potilas pyytää jotain ja sä et voi lähtee siitä, niin sä painat jotain kutsuu ja siihen tulee kollega ja viittisiksä tuoda tämmöst ja tämmöst."

Lisäksi hoitohenkilökunta katsoi, että muulla työvuoressa olevalla henkilökunnalla tulisi jonkinlainen käsitys siitä, mitä intensiivihoitotilassa tapahtuu, esimerkiksi kameravalvonnan tai ääniyhteiden muodossa. Hoitohenkilökunta nosti esiin, että intensiivihoidon tulisi olla mahdollista aloittaa tarvittaessa kahden hoitajan läsnäololla tai siten, että toinen hoitaja on huoneen ulkopuolella varmuuden vuoksi.

Osallistuja 3: "... mun mielest ihan niinku turvallisuusasia olis se, et ihan keskusteluyhteys, et sä voit pyytää apua tai et siel kuullaan, jos siel alkaa jotenkin tunnelma nousemaan tai siin tulee jotenkin kiree fiilis tai jotain."

Intensiivihoidon toteuttavan hoitajan turvallisuuteen liittyen hoitohenkilökunta toi esiin nopean poistumistien tilasta, hoitajan henkilökohtaisesta kokemuksesta tilanteen turvallisuudesta. Intensiivihoidon pidettiin mahdollisena työturvallisuusriskinä sitä toteuttavalle hoitajalle esimerkiksi, jos potilas ei rauhoitukaan, alkaa käyttäytyä aggressiivisesti tai hoitajan yrittäessä estää potilasta tämän pyrkessä tilasta ulos. Hoitohenkilökunta katsoi, että hoitajan tulisi lukita käyttämättömänä oleva irtaimisto kaappiin ja tiedottaa muuta henkilökuntaa potilaan ja hänen itsensä sijainnistaan intensiivihoitotilaan siirryttäessä tai intensiivihoidon aikana.

Osallistuja 6: "... et jos meneekin se arvio vähän väärin ja et se ei ookaan ja käy jotain työturvallisuusriskiä tai näin, et se potilas ei ihan rauhoitukaan siitä, et se potilas tuleekin sielt oikeesti silmille kaikesta huolimatta, et se ei oo sellanen riittävä, mut sellanen."

Tilan turvallisuuteen hoitohenkilökunta katsoi sisältyvän kalusteiden ja irtaimiston turvallisuuden, jotta niitä ei voitaisi käyttää aseina tai väkivallan välineinä muita kohtaan. Hoitohenkilökunta katsoi, että intensiivihoidon sijoittuminen osastoympäristössä tulisi olla lähellä huone-eristystiloja, jotta tarvittaessa huone-eristyksen aloittaminen on nopeaa ja turvallista. Lisäksi tilan tulisi sijoittua lähelle muuta henkilökuntaa, jotta vasteaika avun saapumiseen olisi mahdollisimman pieni. Hoitohenkilökunta toivat esiin, että avuksi saapuvan hoitohenkilökunnan liikkuminen intensiivihoidotilaan tulisi olla mahdollisimman helppoa, nopeaa ja esteetöntä.

Osallistuja 1: "Ja tähän turvallisuusnäkökulmaan palaten, niin tollasena mitä se on pilotoitu meidän osastolla ni se tila ei välttämättä ihan ehkä toimiva ollu, et se oli sen verran kuitenkin syrjässä niinku. Et jos ois nopeesti apua tarvinnu ni siinä kohtaa tietenkin hälytys, mut et ei siin oo sit välttämättä kukaan lähistöllä, et pääsee ihan heti siihen tilanteeseen. Parhaimmillaan siinä voi kestää jonkin aikaa, et sinne joku apu pääsee."

Intensiivihoidon yhteys työhyvinvointiin koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat henkilökunnan tasa-arvo intensiivihoidon toteuttamisessa sekä henkilökunnan työhyvinvointi intensiivihoidon aikana. **Henkilökunnan tasa-arvoon intensiivihoidon toteuttamisessa** hoitohenkilökunta katsoi liittyvän sen, että kaikilla työntekijöillä tulisi olla yhtäläinen kyvykkyys osallistua haastaviin tilanteisiin tai intensiivihoidon. Jos intensiivihoidon toteuttaminen valikoitui vain tiettyjen hoitajien työtehtäviksi, nähtiin sen heikentävän henkilökunnan työhyvinvointia sekä työnhallintaa. Tasa-arvoisen toteuttamisen katsottiin alkavan esihenkilölähtöisesti kulttuurista, jossa tasa-arvoinen kyvykkyys varmistetaan sekä työtehtävien jakaminen tapahtuu tasa-arvoisesti. **Henkilökunnan hyvinvointi intensiivihoidon aikana** nähtiin hoitajan yksilöllisenä kokemuksena, jossa hänen tulee tuntea olonsa ja tilanne turvalliseksi. Jatkuva kontakti potilaaseen nähtiin hoitajalle normaaleja hoitotilanteita vaativampana ja intensiivisempänä. Hoitohenkilökunta koki, että hoitajan työhyvinvointi ei saisi kärsiä intensiivihoidon tai siihen liittyvän väkivallan riskin aiheuttaman stressin vuoksi.

Osallistuja 10: "ja ihan tämmönen 120 kg isokokonen äijä siel ja sit me pistetään joku hento nuori nainen sinne, ni se voi olla ihan kauheen pelottavaa sille. Et miten mä voin olla tämmöses tilantees, et mä nyt hoidan tämmöstä järkälettä, joka on vähä aggressiivinen tai vähän siel päin, ni onhan se ihan kauheeta kenelle tahansa. Mää nyt haen viel tällasta ääripäätilannetta ni ei se saa myöskään olla hoitajalle sellanen, et se ois kauhee stressitilanne. Siin on aika paljon mietittävää sit niissäkin asioissa, ku puhutaan turvallisuudesta. Ku ei tääl töis kuuluis joutuu pelkäämään niinku työntekijöitten."

6.2.5 Eettisesti kestävä ja aggressiota ehkäisevä keino pakon käytön vähentämiseen

Eettisesti kestävä ja aggressiota ehkäisevä keino pakon käytön vähentämiseen koostui kolmesta yläkategoriasta, jotka olivat eettisyys, pakon käytön vähentäminen sekä aggression ja haastavan käytöksen ehkäisy. Eettisyyteen sisältyi kolme alakategoriaa, jotka olivat eettiset näkökulmat, potilaan näkemysten huomioiminen sekä potilaan yksityisyys. Hoitohenkilökunta näki intensiivihoidon **eettisinä näkökulmina** etiikan tahdosta riippumattomassa hoidon, jossa pakkotoimilla rajoitetaan potilaiden perusoikeuksia, sekä potilaan perusoikeuksien kunnioittamisen. Intensiivihoidon nähtiin rajoittavampia pakkotoimia, kuten esimerkiksi eristämistä, eettisempänä hoitotyön toimintona, jossa potilaan perusoikeuksia voitaisiin paremmin kunnioittaa.

Osallistuja 9: "...et tää eettinen ja tämmösen ihmisen perusoikeuksien kunnioittaminen, et jos ihminen on pakkohoidossa ni siinä itessään jo aika paljon tämmösiä

perusoikeuksia rajotetaan, saatika se et se olis suljettuna täysin virikkeettömässä huoneessa, ni ohan se rankka hoitomenetelmä."

Potilaan yksityisyyden hoitohenkilökunta toi esiin intensiivihoidon eettisenä ulottuvuutena, jonka nähtiin vähentyvän, puuttuvan, olevan yhtäläistä huone-eristykseen tai osastolla tapahtuvaan vierihoitoon verrattuna. Hoitohenkilökunta nosti esiin, että intensiivihoidon mahdollistaisi **potilaan näkemysten huomioimisen**. Potilaan mielipiteiden huomioiminen nähtiin helpompana, potilaalla olisi jatkuva mahdollisuus keskustella hoitajan kanssa ja keskustelu voisi olla potilaalle helpompaa keskustella, kun hän on hoitajan kanssa kaksistaan. Potilaille nähtiin joustavat mahdollisuudet vaikuttaa haluamiinsa aktiviteetteihin ja hän pystyisi osallistumaan intensiivihoidon liittyvään päätöksentekoon. Tilan esittely potilaalle hänen saapuessaan osastolle nähtiin tärkeänä, koska silloin potilas olisi tietoinen kyseisestä hoitovaihtoehdosta.

Osallistuja 19: "Ja sit se tuo enemmän semmosta hoidollisuutta siihen, et ei vaan rajoteta et nyt sä oot täällä ja sä oot vaaraks, ettet pysty tekeen mitään muille vaan siin pystytään tekeen semmost niinku seuraamaan sitä vointii ja käymään läpi niit asioita, et se ei oo samanlaista ku eristyksessä, et se on semmost reaaliaikasempaa ja jos siin tulee jotain puhuttavaa, ni se on helpompi aina tuoda ilmi, ku sä oot kaksin jossain tilassa."

Pakon käytön vähentäminen koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat pakkotoimien välttäminen ja vaihtoehto eristämiseksi. **Pakkotoimien välttämisenä** hoitohenkilökunta toi esiin, kuinka intensiivihoidon avulla voitaisiin välttää eristämistä ja vähentää potilaisiin kohdistuvia rajoituksia. Intensiivihoidon nähtiin vaihtoehtoisena keinona arvioida ja tarkkailla potilasta, jossa pakkohoitokeinojen sijaan tilanne rauhoitettaisiin ja potilaan kanssa keskusteltaisiin. Hoitohenkilökunta koki, että pakon käytön vähentäminen vaatii uusia menetelmiä, jollaisena intensiivihoidon nähtiin.

Osallistuja 9: "Ja jos siit lähetään sitä purkamaan ni tavallaan se, et sit ehkä pienemmällä kynnyksellä voidaan lähtee purkaan sitä huone-eristystä, ku sit on kuitenkin joku metodi, mis se on sit vähän tarkemman tarkkailun alla ja pystytään sitä vointii arvioimaan ja sit toisaalta jos ei oo vielä tarvinnu eristää ni sit on tällanen potilaan voinnin tiedonkeruunäkökulma, et siin pystyy kerään sitä tietoo paremmin ja toisaalta arvioimaan, et oisko sit kuitenkin se eristys nyt sit parempi menetelmä. Saatikka sit toisaalta, jos pystytään välttämään se eristäminen."

Toisaalta hoitohenkilökunta nosti esiin, että intensiivihoidon voitaisiin toteuttaa joko vapaaehtoisena tai tahdonvastaisena toimenpiteenä. Intensiivihoidon kuvailtiin kevyemmäksi ja inhimilliseksi **vaihtoehdoksi eristämiseksi**. Hoitohenkilökunta koki, että huone-eristys voitaisiin purkaa aiemmin siirtymällä intensiivihoidon.

Osallistuja 8: "Ja on siinä se, et jos voidaan niinku tietyllä tapaa... ollaan ihan kiikun kaakun siinä, et joudutaanko eristykseen vai ei ni, jos se on se kevyempi vaihtoehto, et todetaan pärjätään siellä, ni on se potilaallekin inhimillisempää se et ollaan siellä, saatikka se et sit pistetään sit suoraan koppiin."

Aggression ja haastavan käytöksen ehkäisy koostui kahdesta alakategoriasta, jotka olivat väkivallan ehkäisy sekä aikainen puuttuminen haastavaan käytökseen. Intensiivihoidon nähtiin keinona **väkivallan ehkäisyyn**, joka mahdollistaa matalamman kynnyksen ja aikaisemman puuttumisen eskaloituvaan tilanteeseen. Tällöin voitaisiin välttää väkivaltilanne tai rauhoittaa esimerkiksi potilaiden välinen konfliktitilanne. Intensiivihoidon tuottama turvallinen olo potilaalle koettiin voivan estää tilanteen eskaloitumista. Hoitohenkilökunta toi esiin, että intensiivihoidon avulla itseensä kohdistuvaa väkivaltaa, eli itsetuhoisuutta, voitaisiin osaston tiloissa tapahtuvaa hoitoa paremmin ehkäistä. Intensiivihoidon nähtiin tarjoavan keinon **aikaiseen puuttumiseen haastavaan käytökseen**. Intensiivihoidon avulla voitaisiin puuttua ajoissa potilaan levottomuuteen tai muuhun käytökseen, joka herättää levottomuutta osastolla. Hoitohenkilökunta katsoi, että kiihtynyttä, agitoitunutta tai muita provosoivaa potilasta voisi paremmin rauhoitella intensiivihoidon keinoin tai ohjata muuten haastavasti käyttäytyvä potilas rauhalliseen tilaan muiden potilaiden seurasta. Hoitohenkilökunta toi esiin, että aikainen puuttuminen haastavaan käytökseen mahdollistaa levottomuuden rajaamisen tiettyyn tilaan, osaston ympäristön rauhoittamisen, potilaan nopeamman rauhoittumisen sekä huone-eristyksen tuoman työkuorman välttämisen.

Osallistuja 5: "... et kaksteränen miekkahan se on. Et sit voidaan matalammalla kynnyksellä lähtee ohjaamaan jotain kireetä tai uhkaavaa tai epäluulosta pois muitten joukosta. Millon sitten se muiden provosoituminen tai provosointi ei aiheuta välikohtauksii, jollon niinku se voidaan tietty matalammalla kynnyksellä saada sellasia hankalii tilanteit katkeemaan. Mut kaksteränen miekka."

6.2.6 Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkominen

Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkominen koostui kahdesta yläkategoriasta, jotka olivat intensiivihoidon käyttämistä estävät tekijät sekä kehittämisen näkökulma. Intensiivihoidon käyttämistä estäviä tekijät koostuivat neljästä alakategoriasta, jotka olivat käyttöä estävät fyysisen ympäristön tekijät, käyttöä estävät resurssitekijät, käyttöä estävät henkilökuntaan liittyvät tekijät sekä vaikeus hankkia työntekijöitä intensiivihoidon. **Käyttöä estäviksi fyysisen ympäristön tekijöiksi** hoitohenkilökunta nosti esiin ankean sisustuksen, fyysisen tilan vähäisyyden, tilan keskeneräisyyden, tarpeen atk-laitteiden

asentamiseen ja huonekalujen siirtelyyn tilan valmistelemissa intensiivihoidon. **Käyttöä estäviksi hoitohenkilökuntaan liittyviksi tekijöinä** hoitohenkilökunta toi esiin, että intensiivihoidon aloittaminen on mahdollisesti nopeaa päätöksentekoa vaativa tilanne. Toimintamallin ymmärtäminen saattaa olla vajavaista sekä päätöksentekoon osallistuva lääkäri, esimerkiksi päivystävä lääkäri tai uusi lääkäri, voi olla tietämätön intensiivihoidosta vaihtoehtona. Lisäksi henkilökunta saattaa kokea intensiivihoidon liian vaaralliseksi toteutettavaksi.

Osallistuja 3: "Mut sitte se toinen ääripää heti niinku oli jo semmonen et sitä ei voinu ees kuvitellakaan, et se oli niinku niin vaarallista tai sillä tavalla et ei siihen kukaan olis voinu mennä..."

Hoitohenkilökunta toi esiin **vaikeuden hankkia työntekijöitä intensiivihoidon**. Intensiivihoidon varten tulisi hankkia lyhyellä varoitusajalla ylimääräinen työntekijä jokaiseen työvuoroon, jonka hoitohenkilökunta näki vaikeaksi ja ajoittain mahdottomaksi. Hoitohenkilökunta ehdotti, että mahdollisuuksien mukaan intensiivihoidon voisi olla tiedossa, jotta siihen pystyttäisiin hankkimaan ylimääräisiä työntekijöitä.

Osallistuja 5: "... sit taas paljon voi olla niit tilanteita, mitä oon kuullu missä tätä on yritetty toteuttaa, ni ei oo voitu, ku ei oo ollu niit käsipareja saatavilla, vaik ois ollu ihan lupakin siihen, et palkataan ihmisii. Jos ei oo ihmisii, ketä niinku pyytää tai ei oo ihmisii, ketkä on valmiit jäämään ni."

Kehittämisen näkökulma koostui kolmesta alakategoriasta, jotka olivat epäonnistuneet kokemukset, toiminnan muutokseen sopeutuminen sekä intensiivihoidon toiminnan kehittäminen. **Epäonnistuneiksi kokemuksiksi** intensiivihoidon aloittamisesta hoitohenkilökunta toi esiin, että potilas ei ollut kykenevä intensiivihoidon paranoidisuuden vuoksi, potilas kieltäytyi intensiivihoidosta, potilas halusi rauhoittua yksin ilman hoitajan läsnäoloa, potilas halusi mieluummin siirtyä huone-eristykseen tai potilas jouduttiin eristämään tahdonvastaisesti. Hoitohenkilökunta näki epäonnistuneina kokemuksina myös sen, että potilaasta ei saatu uutta tietoa intensiivihoidon aikana tai että potilas hermostui, kun intensiivihoidon aikana ei päässyt tupakalle.

Osallistuja 8: "Ja en tiä onks tää meillä, ku meille suurin osa potilaista on hirveen tuttuja, et ei siellä hirveen usein tuu uusia kasvoja vaan nää on tämmösiä mitä kaikki tuntee, ni onks siit mitään hyötyä, ku me tietään millanen tää on ja jos löytyy kaikki diagnoosit ja kaikki on niinku valmiiks ja on joku pahenemisvaihe tai joku muu päihdepsykoosi menossa ni antaaks se mitään tietoo."

Hoitohenkilökunta toi esiin tarpeen **toiminnan muutokseen sopeutumiseen** intensiivihoidon implementointiin liittyen. Hoitohenkilökunta koki, että henkilökuntaan kuuluu aina heitä,

jotka vastustavat uusia menetelmiä. Lisäksi toiminnan muutoksen nähtiin vaativan aikaa ja kiipuilua, ennen kuin toiminta kehittyy. **Intensiivihoitotoiminnan kehittämiseksi** hoitohenkilökunta ehdotti osastojen välistä yhteistyötä, jossa jaettaisiin intensiivihoidosta saatuja kokemuksia eri osastojen henkilökuntien kesken ja toimintaa kehitettäisiin yhdessä osastojen kanssa.

Osallistuja 16: "... mä luulen, et siin oltais alettu käymään keskustelua, et tiedonhankinta olis kova sana, ja sit ku toisella osastolla oli sellanen kans, ni niiden ihmisten kans vaihtaa tietoo, et mitä on tapahtunu, kummosten potilaiden kans tehty mitäkin, mikä on onnistunu ja mikä ei. Et sit ku mä istun siel turvatilas maanisen potilaan kans, mikä on vähä aggressiivinen, kiristyy ja kaikkee, ni mimmosii keinoi mä alan huomata itte, et aha, mä otan tämmösen asian jutuks ni se toimii, mut jos mä otan tämmösen asian ni mä huomaan, et se kiristyy vaan enempi..."

7 Pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan näkemyksiä intensiivihoidosta sekä saada ymmärrys intensiivihoidon ja sen toteuttamiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää psykiatrisen osastojen intensiivihoidon kehittämiseen, toteuttamiseen ja kouluttamiseen siihen suunniteltua tai suunniteltavaa tilaa varten. Hoitohenkilökunnan näkemyksistä saatiin kuva sekä ymmärrys intensiivihoidon liittyvistä tekijöistä.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämä tutkimus täydentää hoitohenkilökunnan näkemyksistä saatua kuvaa psykiatrisesta intensiivihoidosta. Hoitohenkilökunta kuvasi intensiivihoidossa olevan kaksi puolta kaksiteräisen miekan tapaan: toisaalta laajoja hyötyjä potilaalle ja hoitotyölle sekä eettiseen toimintaan ja väkivallan ehkäisyyn, mutta myös haasteita intensiivihoidon resursoinnille, tilojen vaatimukseen sekä työturvallisuudelle. Hoitohenkilökunnan näkemykset intensiivihoidosta koostuivat sen suunnittelusta, hoitohenkilökunnan toiminnasta, hyödyistä ja haitoista, intensiivihoidon yhteydestä työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin, eettisesti kestävästä ja aggressiota ehkäisevästä keinosta pakon käytön vähentämiseen sekä intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistamisesta ja ratkomisesta.

Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta katsoi, että intensiivihoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon tilan kalustuksen, sijainnin, toiminnot sekä intensiivihoidotoiminnan resursointi. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan näkemykset tilojen rauhallisuudesta ja turvallisuudesta ovat yhteneväisiä Salzman-Erikson ym. (2008) tutkimuksen tulosten kanssa. Aiemmassa tutkimuksessa hoitohenkilökunta on katsonut intensiivihoidon vaativan vahvaa henkilöstöresurssia (Gentle ym. 1996), etenkin turvallisuuden parantamiseksi ja väkivallan ehkäisemiseksi (O'Brien ym. 2014). Myös Gwinner & Wardin (2013) tutkimuksessa yksi yksikön toimintaan vaikuttavista tekijöistä katsottiin olevan hoitajaresurssin. Samassa tutkimuksessa hoitohenkilökunta katsoi tilojen vaativan standardin sekä toimintaa tukevan suunnittelun (Gwinner & Ward 2013). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta näki intensiivihoidon mahdollisesti vapauttavan resursseja muihin toimintoihin sekä säästävän pitkällä aikavälillä yhteiskunnan ja organisaation kuluja, mikä on poikkeava tulos verrattuna Foster & Smedleyn (2019) tutkimukseen, jossa hoitohenkilökunta koki intensiivihoidon vievän resurssia muiden

potilaiden hoitamisesta. Intensiivihoidotilan sijoittumisesta fyysiseen ympäristöön tämä tutkimus toi uutta tietoa siitä, kuinka intensiivihoidotilan tulisi hoitohenkilökunnan näkemysten mukaan lähellä muuta henkilökuntaa ja toisaalta huone-eristystiloja. Etenkin muun hoitohenkilökunnan avun hälyttäminen sekä nopea ja esteetön saapuminen tilaan koettiin tärkeänä.

Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta katsoi hoitohenkilökunnan toiminnan koostuvan intensiivihoidon aloittamisen ja lopettamisen päätöksenteosta sekä intensiivihoidon toteuttamisesta yksittäisenä työntekijä sekä työyhteisönä. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta toi esiin intensiivihoidon keskeisenä osana vuorovaikutuksen hoitajan ja potilaan välillä sekä selkeän strukturoidun ympäristön luomisen rajatussa tilassa. Ward & Gwinner (2015), Van Melle ym. (2021) sekä Salzman-Erikson ym. (2008) ovat löytäneet yhteneväisiä tuloksia aiemmissa tutkimuksissaan. Intensiivihoidon liittyvästä päätöksenteosta on olemassa tutkimustietoa ja käytössä olevia toimintamalleja, joissa on tämän tutkimuksen osallistujien näkemysten mukaisia, hoitohenkilökunnan harkinnanvaran sisältäviä kriteeristöjä (Black Country Partnership 2017, Foster & Smedley 2019, van Melle ym. 2020, Voskes ym. 2021, van Melle ym. 2021). Tämän tutkimuksen osallistujat toivat esiin hoitohenkilökunnan toiminnan yhtenäisyyden tärkeyden, joka on linjassa Foster & Smedley (2019) tutkimusten tulosten kanssa.

Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta katsoi intensiivihoidon hyödyttävän potilasta, hoitotyötä ja hoitosuhdetta, mutta haittoja koituvan myös potilaalle ja hoitotyölle. Intensiivihoidon tuomia välittömiä hyötyjä tai haittoja on aiemmin tutkittu potilaiden näkökulmasta Salzman-Eriksonin & Söderqvistin (2017) tutkimuksessa, jossa todettiin potilaiden kokevan intensiivihoidon fyysisesti, tiedollisesti, vuorovaikutuksellisesti ja itsemääräämisoikeudellisesti rajoittavana. Kyseiset potilaiden näkemykset eroavat tämän tutkimuksen hoitohenkilökunnan näkemyksistä, joissa intensiivihoidon nähtiin erityisesti vuorovaikutusta ja itsemääräämisoikeutta vahvistavana interventiona huone-eristämiseen tai muihin osastolla tapahtuviin menetelmiin verrattuna. Toisaalta tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta näki, että potilaan haastavan käytöksen rajaaminen on helpompaa intensiivihoidotilassa, joten fyysisen tilan rajoittamisessa tämän tutkimuksen hoitohenkilökunnan näkemykset ovat yhteneväisiä potilaiden näkemysten kanssa. Intensiivihoidon välillisiä hyötyjä ja haittoja on myös tuotu esiin aiemmissa tutkimuksissa. Van Melle ym. (2021) hoitohenkilökunta koki HIC-mallin tarjoavan viitekehysten, joka ohjaa hoitohenkilökunnan toimintaa. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta ei nähnyt intensiivihoidon implementoinnin tuovan viitekehystä toiminnalleen, mutta

tämä voi johtua siitä, että intensiivihoidon implementointiprosessi on kyseisessä organisaatiossa kesken. Intensiivihoidon on hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottu aiheuttavan kuitenkin psyykkistä kuormitusta henkilökunnalle (Foster & Smedley 2019), jonka myös tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta toi esiin esittämällä näkemyksensä siitä, että jatkuva ja intensiivinen kontakti potilaan kanssa voi olla kuormittavaa hoitohenkilökunnalle.

Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta katsoi intensiivihoidon yhteyden työturvallisuuteen ja työhyvinvointiin koostuvan avun hälyttämisestä intensiivihoidotilaan, intensiivihoidajan turvallisuudesta sekä henkilökunnan tasa-arvosta ja työhyvinvoinnista intensiivihoidon toteuttamisessa. O'Brien & Colen (2004) tutkimuksessa hoitohenkilökunta toi esiin hoitohenkilökunnan intensiivihoidovuorojen tauottamisen vaihtelevuuden ja sen, että intensiivihoidoita valikoituu usein kokemattomille hoitajille. Salzmänn-Eriksonin ym. (2008) tutkimuksessa hoitohenkilökunta painotti tilanteiden hallinnan vaativan henkilökunnalta yhtäläistä kyvykkyyttä ja osaamista. Näiden tutkimusten mukaisesti myös tämän tutkimuksen hoitohenkilökunta toi esiin huolen siitä, että haastavat tilanteet ja intensiivihoidon toteuttaminen painottuu vain tietyille työntekijöille, sekä nosti esiin sen, että jokaisella hoitohenkilökunnan jäsenellä tulisi olla tasa-arvoinen kyky ja velvollisuus toteuttaa intensiivihoidoa.

Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta näki intensiivihoidon yleisesti eettisesti kestäväenä ja aggressiota ehkäiseväenä keinona pakon käytön vähentämiseen. Aiemmissä tutkimuksissa hoitohenkilökunta koki intensiivihoidon toteuttamisen aiheuttavan heissä moraalista stressiä (Mackay ym. 2005, Salzmänn-Eriksen 2018, Foster & Smedley 2019). Mackay ym. (2005) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki intensiivihoidossa potilaan oikeuksien yksityisyyteen ja arvokkuuteen heikentyvän. Salzmänn-Eriksonin (2018) tutkimuksessa moraalista stressiä aiheutti hoitohenkilökunnan toiminnan vaikutus potilaaseen, työturvallisuuden ylläpito sekä potilaan arvokkuuden ja turvallisuuden huomiointi. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta toi esiin intensiivihoidon mahdollisia negatiivisia vaikutuksia potilaaseen, kuten paranoidisuuden tai haastavan käytöksen lisääntyminen. Työturvallisuuden ylläpitäminen oli tämän tutkimuksen osallistujien yleisin huoli koskien intensiivihoidoa, niin intensiivihoidon aikana kuin muussa osastotoiminnassa. Yleisesti psykiatrien pakkotoimien käytössä esiintyy hoitohenkilökunnalla usein moraalista stressiä, koska niihin käyttämiseen liittyy toisaalta turvallisuuden ylläpitäminen ja toisaalta potilaan oikeuksien rajoittaminen (Jansen ym. 2020). Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta näki intensiivihoidon kuitenkin erityisesti eettisenä vaihtoehtona huone-eristämiseksi, mutta hoitohenkilökunta ei tuonut esiin intensiivihoidon liittyvää moraalista stressiä. Tämän tutkimuksen osallistujien näkemykset potilaan

yksityisyyden heikkenemisestä intensiivihoidossa olivat kuitenkin Mackay ym. (2005) tutkimuksen kanssa yhteneväiset.

Intensiivihoidon toteuttamiseen liittyvien ongelmien tunnistamiseen ja ratkomiseen hoitohenkilökunta tunnisti useita käyttöä estäviä tekijöitä sekä toi esiin kehittämisen näkökulmia. Melloy ym. (2018) tutkimuksen mukaisesti myös tämän tutkimuksen osallistujat toivat esiin yhtenä keskeisenä intensiivihoidon toteuttamista estävänä tekijänä ylipaikkatilanteen ja resursien vähäisyyden. Gerritsen ym. (2021) tutkimuksessa hoitohenkilökunta ehdotti yhteistyön vahvistamista niin osaston hoitohenkilökunnan, potilaiden kuin avohoidon kesken. Van Melle ym. (2021) ovat arvioineet HIC-mallin implementaatioprosessia, jossa tunnistettiin estäviksi tekijöiksi muun muassa muutosvastarinta, hoitajapula, tilojen puute ja johdon tarjoaman puute. Tähän tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta toi myös esiin vaikeuden hankkia työntekijöitä intensiivihoidon, muutosvastarinnan, tilojen rajallisuuden sekä sen, että johdon tulisi tukea intensiivihoidon liittyvien työtehtävien tasaista jakautumista henkilökunnan kesken.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen ja empiirisen toteutuksen luotettavuutta tarkasteltiin Elo ym. (2014) määrittelemillä kriteereillä, jotka ovat uskottavuus, yhdenmukaisuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja autenttisuus. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkittavat tunnistetaan ja kuvaillaan tarkasti (Elo ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta vahvistaa se, että siihen sisältyneet tutkimukset valittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Tämän tutkimuksen tutkittavat koostuivat sairaanhoitajista, joista vain osa oli toteuttanut käytännössä intensiivihoidon pilotoinnin aikana. Tästä syystä tutkimuksessa keskityttiin selvittämään tutkittavien näkemyksiä ja kehittämissuhteita intensiivihoidon toteuttamisesta fokusryhmähaastattelulla. Tutkittavat valittiin harkinnanvaraisella otannalla, jotta varmistettiin heidän valmiudestaan tarjota näkemyksiä ja kehittämissuhteita intensiivihoidosta. Tutkimuksen otanta- ja aineistonkeruumenetelmien voidaan katsoa vahvistavan siten sen uskottavuutta.

Tutkimuksen yhdenmukaisuus tarkoittaa kahden tai useamman tutkijan näkemyksen yhdenmukaisuutta aineiston ja tulosten tarkkuudesta, oleellisuutta ja merkitystä (Elo ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen yhdenmukaisuutta vahvistaa se, että valittujen tutkimusten tulokset kirjoitettiin auki taulukkoon ja niiden merkitystä kirjallisuuskatsaukseen tarkasteltiin keske-

nään muun aineiston kesken. Tämän tutkimuksen tulosten yhdenmukaisuutta lisää se, että aineiston analyysin aikana käytiin keskustelua analyysistä saaduista tuloksista useamman henkilön toimesta. Tutkimuksen vahvistettavuus tarkoittaa aineiston vakautta eri oloissa ja ajoissa (Elo ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen vahvistettavuus on nähtävissä siinä, että sen toteuttaminen on kuvattu tarkasti eri vaiheissa. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen aineisto on kuvattu tarkasti omaan taulukkoonsa. Tämän tutkimuksen vahvistettavuutta vahvistaa se, että tutkimusprosessin jokainen vaihe kuvailtiin mahdollisimman tarkasti. Eri haastattelukertojen yhteistä toteuttamista vahvisti käytetty haastatteluprotokolla. Siirrettävyys tarkoittaa ekstrapoloinnin mahdollisuutta, eli tulosten siirrettävyyden mahdollisuutta muihin ympäristöihin, tutkittavajoukkoihin tai konteksteihin (Elo ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen siirrettävyyttä vahvistaa se, että sen käsitteet, mukaanotto- ja poissulkukriteerit, hakulausekkeet, ajankohdat, tietokannat ja artikkeleiden valintaprosessi on kuvattu tarkasti. Tässä tutkimuksessa tutkittavat kuvattiin mahdollisimman tarkasti, mutta pienen otoskoon (N=19) vuoksi kuvailua rajasi tutkittavien anonymiteetin suojeleminen. Tutkimuksen siirrettävyyttä saattaa rajoittaa se, että se toteutettiin vain yhdessä organisaatiossa, joten eri organisaatioiden välisiä toimintatapojen eroavaisuuksia ei voi tutkimuksessa huomioida. Tutkimuksen autenttisuus tarkoittaa sitä, kuinka pitkälle tutkijat näyttävät eri todellisuuksia (Elo ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen aineiston tulosten esittäminen vahvistaa sen autenttisuutta. Tässä tutkimuksessa tutkittavien todellisuuksia kuvattiin käyttämällä suoria lainauksia.

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli fokusryhmähaastattelu, joita toteutettiin osallistujien työaikana, jolloin henkilökunnan ei välttämättä ollut mahdollista poistua osastoltaan haastattelutilaan. Tästä syystä joillakin haastattelukerroilla tutkittavien osallistujamäärä jäi suunniteltua pienemmäksi. Alle neljän osallistujan ryhmähaastatteluita ei välttämättä voida pitää fokusryhmähaastatteluina (Clark ym. 1996), joten tutkimuksen luotettavuus saattoi heikentyä pienien ryhmäkokojen vuoksi. Haastatteluita jatkettiin suunniteltua useamman kerran, jotta tutkimukseen osallistujia saatiin enemmän. Haastatteluiden jatkamisen voidaan toisaalta katsoa vahvistavan tutkimuksen luotettavuutta, koska niitä tehtiin siihen asti, kunnes aineiston katsottiin olevan riittävän saturoitunutta. Saturoituneen ja rikkaan aineiston varmistamiseksi haastattelijat kannustivat osallistujia pohtimaan keskusteluun ja mahdollistivat kaikkien tasa-
puolisen osallistumisen (Clark ym. 1996). Tutkimuksessa käytettiin aineiston analysointiin induktiivista sisällönanalyysia, jonka luotettavuutta heikentävänä haasteena saattaa olla vah-

vistettavuuden ja autenttisuuden katoaminen eri tason kategorioita muodostaessa ja abstrahoidessa koodeja (Graneheim ym. 2017). Tästä haasteesta pyrittiin pääsemään yli vertaamalla muodostettujen kategorioiden vastaavuutta koodeihin sekä alkuperäiseen aineistoon.

Tutkimuksen tulosten luotettavuutta voi heikentää se, että tutkija oli kokematon ja tutkimus toteutui hänen opinnäytetyönään. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä voi olla tutkijan omat oletukset ja ennakkotiedot käsiteltävästä aiheesta. Kyseiset oletukset ja ennakkotiedot voivat vaikuttaa tutkimusprosessiin tai tulosten raportointiin. Tutkimuksen luotettavuuden vahvistamiseksi toinen tutkija piti tutkijalle haastattelurungon mukaisen haastattelun ennen niiden aloittamista. Tämän avulla saatiin selvitettyä tutkijan ennakkotiedot ja oletukset, jotta ne eivät vaikuttaneet tutkimusprosessiin.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan arvioida prosessuaalisista, tilanteellisista, suhteellisista ja ulospäin suuntautuvista näkökulmista. Prosessuaalisen tutkimusetiikkaan sisältyy organisaatioiden eettiset ohjeet ja säännöt, lainsäädännölliset raamit sekä tietoon perustuvan suostumus. (Tracy 2010.) Tässä tutkimuksessa noudatettiin Euroopan unionin yleisen tietosuoja-asetuksen (2016/679), Tietosuojalain (2018/1050) ja Lain yksityisyyden suojasta työelämässä (759/2004) asettamia lainsäädännöllisiä vaatimuksia hyvälle eettiselle käytännölle ja yksityisyyden suojalle. Lisäksi tutkimuksen toteutusta ohjasi Tutkimuseettisen neuvottelukunnan [TENK] ohjeistus hyvästä tieteellisestä käytännöstä (2012) sekä ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet (2019). Tutkimussuunnitelmasta pyydettiin eettisen toimikunnan lausunto. Puoltavan lausunnon jälkeen tutkimuslupa haettiin Turun kliinisestä tutkimuskeskuksesta, TurkuCRC:stä. Tutkittavia informoitiin suullisesti ja kirjallisesti tiedotteilla (liite 3) siten, että he saivat riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla. Tämän jälkeen heillä oli mahdollisuus tietoon perustuvan suostumuksen antamiseen.

Tutkimuksen tilanteelliseen etiikkaan sisältyy tutkimuksen eri vaiheissa syntyneet tilanteet, jotka voivat olla erilaisia ja joissa tutkijan tulee reflektoida, kritisoida ja kyseenalaistaa heidän päätöksensä eettisyyttä (Tracy 2010). Tässä tutkimuksessa tilanteellisen etiikan vaarantumista pohdittiin etenkin aineistonkeruun aikana. Henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta tutkimuksen suorittaminen saatettiin kokea haasteelliseksi siihen kuluvaan työajan vuoksi. Tähän haasteeseen pyrittiin vastaamaan tukemalla ja motivoimalla työyhteisön esimiehiä sekä hoitohenkilökuntaa. Tutkimukseen osallistuville painotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja oikeutta peruuttaa suostumus milloin tahansa. Tutkittaville annettiin tiedoksi, että aineistoa ei

voida jälkikäteen poistaa, jos suostumus perutaan haastattelun jälkeen. Oikeus peruuttaa osallistuminen kesken haastattelun tukee osallistujien itsemääräämisoikeutta osallistua tutkimukseen (TENK 2012). Voidaan olettaa, että tutkittavat pystyivät vastaanottamaan tietoa tutkimuksesta, koska he edustavat tervettä aikuisväestöä ja tutkimukseen rekrytoitiin sellaisia hoitajia, jotka puhuvat suomen kieltä. Kyseessä olevat tutkittavat ovat aikuisia, terveystieteen ammattilaisia ja siten he eivät olleet haavoittuva ryhmä.

Suhteelliseen tutkimusetiikkaan sisältyy tutkijan eettinen tietoisuus itsestään, jonka perusteella hän ottaa huomioon persoonansa, toimintansa ja seuraukset suhteessa toisiin (Tracy 2010). Yhtenä eettisenä kysymyksenä oli, että vaikuttaako tutkittavien vastauksiin se, että toinen tutkija on yhden osaston tutkittavien kollega ja lisäksi toimi ajoittain heidän lähiesihenkilönsä sijaisena. Tämä mahdollinen vastausten rajoittaminen vältettiin sillä, että kyseisen osaston haastattelut suorittivat toinen tutkija. Tämän lisäksi kaikissa haastatteluissa turvallinen keskusteluympäristö, jossa omien kokemusten ja näkemysten kertominen on turvallista.

Ulospäin suuntautuva tutkimusetiikka tarkoittaa sitä, millaisen jäljen tutkija jättää tutkimusympäristöön ja miten hän jakaa tutkimuksen tuloksia, jotta varmistetaan niiden oikeanlaisesta käytöstä sekä vältetään tahattomilta seurauksilta (Tracy 2010). Tutkimuksessa kerääntyvä aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti, sekä niin aineiston käsittely kuin säilytys tapahtuivat tutkimukseen liittyvien organisaatioiden tietosuojapolitiikoiden ja -ilmoitusten mukaisesti. Tietojen käsittely ja tulosten julkaisu tapahtuivat muodossa, joista tutkittavia ei ole mahdollista tunnistaa.

7.4 Johtopäätökset

Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan näkökulmasta psykiatrinen intensiivihoidon suunnittelu on osaamista sekä resursseja vaativa pakon käytön vähentämisen keino, jossa korostuu vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä sekä aggression ja haastavan käytöksen ehkäisy ja aikainen puuttuminen. Hoitohenkilökunta koki, että resurssien panostaminen intensiivihoidon voisi säästää kuluja pitkällä aikavälillä. Hoitohenkilökunta katsoi, että intensiivihoidon toimintaa tulisi kehittää sitä toteuttavien osastojen kesken jakamalla kliiniksessä työssä saatuja kokemuksia. Intensiivihoidon voidaan kehittää osallistamalla hoitohenkilökuntaa sen suunnitteluun, pyrkimällä vähentämään siitä koituvia haittoja sekä vahvistamaan sen kehittämistä ja siitä saatavia hyötyjä. Intensiivihoidon yhteyttä työturvallisuuteen voidaan kehittää siihen liittyvää päätöksentekoa selkeyttämällä sekä käyttämällä hyödyksi intensiivihoidon aikana saatuja tietoja ja kokemuksia.

Tämän tutkimuksen tulosten merkitys hoitotyön käytännölle on se, että niistä saa kuvan intensiivihoidon hyödyistä, haitoista ja toiminnasta sekä intensiivihoitotoiminnan suunnitteluun liittyvistä tekijöistä. Tutkimuksen näkökulmasta tulosten merkitys on siinä, että tulokset lisäävät ja vahvistavat aiempaa tietoa intensiivihoidon ilmiöstä sekä tuloksissa esitetään ilmiötä kuvaavia käsitteitä ja rakenteita, joita voi hyödyntää jatkotutkimuksissa. Koulutuksen näkökulmasta tuloksia voidaan hyödyntää intensiivihoidon kouluttamisessa hoitohenkilökunnalle sekä koulutuksiin, joissa aiheena on haastavan käytöksen interventiot, intensiivihoido tai psykiatrisen hoitotyö. Tutkimuksen tulokset antavat päätöksentekijöille kuvan intensiivihoitotoiminnan ja tilojen resursoinnin vaatimuksista ja haasteista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tuloksia voidaan hyödyntää uusien psykiatristen sairaaloiden tilasuunnittelussa. Johtamisen näkökulmasta tuloksista saa kuvan intensiivihoitotoiminnan vaatimuksista hoitohenkilökunnalle, tasa-arvoisesta toteuttamisesta, henkilöstön työturvallisuuden ja -hyvinvoinnin tekijöistä sekä hoitohenkilökunnan näkemyksistä intensiivihoidon päätöksenteosta.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tulevaisuudessa on tärkeää tutkia tarkemmin psykiatrisessa intensiivihoidossa vaadittavaa osaamista, jotta voidaan selvittää sen tarkemmat koulutustarpeet henkilökunnalle. Potilaiden intensiivihoidon liittyvien kokemusten tutkiminen on tärkeää menetelmän laadukkuuden ja kehittämisen kannalta. Lisäksi laadukkaaseen ja turvalliseen intensiivihoitotoimintaan vaadittavat resurssit ja toisaalta toiminnan vaikutus resurssien vapautumiseen vaatii tutkimusta. Psykiatrisen intensiivihoidon kehittämiseksi tulisi tutkia myös sen implementointia sekä toiminnan kannalta erilaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä.

Lähteet

- Al-Qadi M.M. (2021) Workplace violence in nursing: A concept analysis. *Journal of Occupational Health* 63(1).
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E. & Louheranta, O. (2020) Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care. *Journal of Psychosocial Nursing* 58(5), 39–50.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010) The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518.
- Black Country Partnership. (2017) Standard Operating Procedure 1 (SOP 1) - Extra Care Area Use. Versio 1.0. NHS Foundation Trust. <https://www.bcpft.nhs.uk/documents/policies/s/1720-seclusion-and-longer-term-segregation-sop-01-extra-care-area-use/file>
- Bowers L. (2014) Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(6), 499–508.
- Bowers L., Crowhurst N., Alexander J., Eales S., Guy S. & McCann E. (2004) Psychiatric nurses' views on criteria for psychiatric intensive care: acute and intensive care staff compared. *International Journal of Nursing Studies* 40(2), 145–152.
- Bowers L., Cullen AE., Achilla E., Baker J., Khondoker M., Koeser L., Moylan L., Pettit S., Quirk A., Sethi F., Stewart D., McCrone P. & Tulloch AD. (2017) Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Services and Delivery Research*.
- Care Quality Commission. (2018) Mental Health Act – The rise in the use of the MHA to detain people in England. Viitattu 10.2.2023. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180123_mhadetentions_report.pdf
- Chieze M., Clavien C., Kaiser S. & Hurst S. (2021) Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry* 12, 790886.
- Chieze M., Hurst S., Kaiser S. & Sentissi O. (2019) Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry* 10(491), 1–19.
- Clark J.M., Maben J. & Jones K. (1996) The use of focus group interviews in nursing research: Issues and challenges. *Journal of Research in Nursing* 1996, 1(2), 143–153.

- CPT. (2021) Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Council of Europe. <https://rm.coe.int/1680a25b54>
- Cullen A.E., Bowers L., Khondoker M., Pettit S., Achilla E., Koeser L., Moylan L., Baker J., Quirk A., Sethi F., Stewart D., McCrone P. & Tulloch AD. (2018) Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 27(1), 51–61.
- Dickens GL., O’Shea LE. & Christensen M. (2020) Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 104, 103526.
- Doedens P., Vermeulen J., Boyette L-L., Latour C. & de Haan L. (2020) Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 27(4), 446–459.
- Doyle L., McCabe C., Keogh B., Brady A. & McCann M. (2020) An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing* 25(5), 443–455.
- Efkemann S.A., Scholten M., Bottlender R., Juckel G. & Gather J. (2022) Influence of mental health professionals’ attitudes and personality traits on decision-making around coercion: Results from an experimental quantitative survey using case vignettes. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 146(2), 151–164.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K., & Kyngäs H. (2014) Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1).
- Euroopan unioni. 2016/679. Yleinen tietosuoja-asetus. Annettu Brysselissä 27.4.2016. Viitattu 11.1.2023. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679>
- Evans R.E. & Petter S. (2012) Identifying mitigating and challenging beliefs in dealing with threatening patients: An analysis of experiences of clinicians working in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 8(2), 113–119.
- Farrell G.A., Shafiei T. & Salmon P. (2010) Facing up to ”challenging behaviour”: A model for training in staff-client interaction. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1644–1655.

- Farrell GA. & Salmon P. (2010) Challenging behaviour: An action plan for education and training. *Contemporary Nurse* 34(1), 110–118.
- Fisher K. (2016) Inpatient Violence. *Psychiatric Clinics of North America* 39(4), 567–577.
- Foster C. & Smedley K. (2019) Understanding the nature of mental health nursing within CAMHS PICU: 2. Staff experience and support needs. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 15(2), 103–115.
- Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services (FOSTREN). (2023a) FOSTREN: Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services. K-Pro Management. Viitattu 16.2.2023. <https://fostren.eu/>
- Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services (FOSTREN). (2023b) Objectives. K-Pro Management. Viitattu 16.2.2023. <https://fostren.eu/objectives/>
- Gentle J. (1996) Mental health intensive care: the nurses' experience and perceptions of a new unit. *Journal of Advanced Nursing* 24(6), 1194–1200.
- Gerritsen S., Widdershoven G., van der Ham L., van Melle L., Kemper M. & Voskes Y. (2021) Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations. *International Journal of Mental Health Nursing* 30(1), 317–325.
- Gooding P., McSherry B., Roper C. & Grey F. (2018) Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
- Goulet M-H., Larue C. & Dumais. (2017) Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 34, 139–146.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105–112.
- Graneheim U.H., Lindgren B-M. & Lundman B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56, 29–34.
- Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (2017) Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier 8. painos.

- Gwinner K. & Ward L. (2013) P.I.C.U., H.D.U., A.O.A. What treatment do we provide? Current descriptions of the function of intensive care for inpatient psychiatric health care. *Mental Health Review Journal* 18(3), 128–143.
- Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. (2015) Psykoottisen potilaan aggressio - ehkäisy ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 131(15), 1361–1366.
- Havaei F. (2021) Does the type of exposure to workplace violence matter to nurses' mental health? *Healthcare* 9(41).
- Henderson C., Farrelly S., Flach C., Borschmann R., Birchwood M., Thornicroft G., Waheed W. & Szmukler G. (2017) Informed, advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomised controlled trial of joint crisis plans: demand, content and correlates. *BMC Psychiatry* 17(376), 1542–1545.
- Hirsch S. & Steinert T. (2019) Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt International* 116(19), 336–343.
- Hoitotyön tutkimussäätiö [Hotus]. 2021. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Viitattu 21.11.2022. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>
- Hong Q.N., Pluye P., Fàbregues S., Bartlett G., Boardman F., Cargo M., Dagenais P., Gagnon M-P., Griffiths F., Nicolau B., O’Cathain A., Rousseau M-C. & Vedel I. (2018) Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.
- Hsieh HF. & Shannon SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277–1288.
- Jansen T-L., Hem MH., Dambolt LJ. & Hanssen I. (2020) Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics* 27(5), 1315–1326.
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2017) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research. Viitattu 11.1.2023. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Korkeila J. (2009) Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrasta avohoitoa? *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim* 125(21), 2333–2340.
- Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B. & Lozano R. (2002) World report on violence and health. Geneva, World Health Organization 2002.
- Kuosmanen L. & Laukkanen E. (2019) Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoitossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135(10), 925–931.
- Lahti M., Berg J., Vainila V., Korte M., Toikka P., Makkonen P., Varvikko K., Lindroos A. & Mishina K. (2022) Hoitajien työturvallisuus ja työn hallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 287.

- Laiho T., Kattainen E., Astedt-Kurki P., Putkonen H., Lindberg N. & Kylmä J. (2013) Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20(9), 830–839.
- Laki hyvinvointialueesta. (2021/611). Annettu Naantalissa 29.6.2021. Viitattu 11.1.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210611>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (1994/559) Annettu Helsingissä 28.6.1994. Viitattu 11.1.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laki yksityisyyden suojasta työelämässä. (2004/759) Annettu Helsingissä 13.8.2004. Viitattu 11.1.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040759>
- Laukkanen E. (2021) Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa – onko asenteella väliä? *Dosis* 37(3), 324–339.
- Laukkanen E., Kuosmanen L., Selander T. & Katri Vehviläinen-Julkunen. (2020) Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data, *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(6), 439-443.
- Laukkanen E., Väänänen A., Stenberg T., Suvisaari J. & Kuosmanen L. (2021) Suomen psykiatriset eristystilat. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2021. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*.
- Linnaranta O. (2022a) Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*.
- Linnaranta O. (2022b) Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. Päätösten tueksi 6/2022. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*.
- Loubser I., Chaplin R. & Quirk A. (2009) Violence, alcohol and drugs: The views of nurses and patients on psychiatric intensive care units, acute adult wards and forensic wards. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 5(1), 33–39.
- Luciano M., De Rosa C., Sampogna G., Del Vecchio V., Giallonardo V., Fabrazzo M., Catapano F., Onchev G., Raboch J., Mastrogianni A., Solomon Z., Dembinskas A., Nawka P., Kiejna A., Torres-Gonzales F., Kjellin L., Thomas K. & Andrea F. (2018) How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice: Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *European Psychiatry* 54, 35–40.
- Mackay I., Paterson B. & Cassells C. (2005) Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(4), 464–471.

- Makkonen P, Putkonen A, Korhonen J, Kuosmanen, L. & Kärkkäinen J. (2016) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2016.
- McAllister S. & McCrae N. (2017) The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 24(7), 491–502.
- Mellow A., Tickle A., Gresswell DM. & Jakobsen H. (2018) Nurses' discourses of challenging behaviour in inpatient mental-health services. *Mental Health Review Journal* 23(4), 253–268.
- Mielenterveyslaki. (1990/1116) Annettu Helsingissä 14.12.1990. Viitattu 11.1.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo. (2023a) Psykiatrinen hoito. Viitattu 11.1.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykiatrinen-hoito>
- Mielenterveystalo. (2023b) Osastohoito mielenterveyshäiriöissä. Viitattu 11.1.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/osastohoito-mielenterveyshairioissa>
- Moser A. & Korstjens I. (2018) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice* 24(1), 9-18.
- Najafi, F., Fallahi- Khoskhknab, M., Ahmadi, F., Dalvandi, A., & Rahgozar, M. (2018) Antecedents and consequences, of workplace violence against nurses: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27, 116–128.
- National Association of State Mental Health Program Directors [NASMHPD]. (2008) Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use. Viitattu 11.2.2023. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%2520Six%2520Core%2520Strategies%2520Document.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 1–64.
- Noorthoorn E., Lepping P., Janssen W., Hoogendoorn A., Nijman H., Widdershoven G. & Steinert T. (2015) One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50(12), 1857–1869.
- O'Brien A., Tariq S., Ashraph M. & Howe A. (2014) A staff self-reported retrospective survey of assaults on a psychiatric intensive care ward and attitudes towards assaults. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 10(02), 93–99.

- O'Brien L. & Cole R. (2004) Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing* 13(2), 89–99.
- Pariona-Cabrera P., Cavanagh J. & Bartram T. (2020) Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 76, 1581–1593.
- Power, T., Baker, A. & Jackson D. (2020) 'Only ever as a last resort': Mental health nurses' experiences of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing* 29, 674–684.
- Sailas E. & Wahlbeck K. (2005) Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry* 18, 555–559.
- Salzmann-Erikson M. & Söderqvist C. (2017) Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing* 38(7), 540–548.
- Salzmann-Erikson M. (2018) Moral mindfulness: The ethical concerns of healthcare professionals working in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(6), 1851–1860.
- Salzmann-Erikson M., Lützn K., Ivarsson A-B. & Eriksson H. (2008) The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(2), 98–107.
- Scanlan J. (2010) Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry* 56(4), 412–423.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö [STM]. (2023) Mielenterveyspalvelut. Viitattu 11.1.2023 <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- Steinert T., Lepping P., Bernhardsgrütter R., Conca A., Hatling T., Janssen W., Keski-Valkama A., Mayoral F. & Whittington R. (2010) Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 45(9), 889–897.
- Stevenson G.S. (2013) A comparison of psychiatric nursing staff experience of, and attitudes towards, the psychiatric intensive care services in a Scottish health region. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 9(1), 19–26.
- Suomen Sairaallatekniikan yhdistys ry [SSTY]. (2020) Sairaalahankkeet Suomessa 2020. Viitattu 26.2.2023. https://ssty.fi/wp-content/uploads/2020/10/SSTY_sivuille_rakennushankkeet-2020_16.9.pdf

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (2022) Pakon käytön vähentämisen verkosto. Viitattu 11.1.2023. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveysverkostot/pakon-kayton-vahentamisen-verkosto>
- Terveydenhuoltolaki. (2010/1326) Annettu Helsingissä 30.12.2010. Viitattu 11.1.2023. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- The NHS Confederation. (2012) Defining mental health services - Promoting effective commissioning and supporting QIPP. NHS Confederation Events & Publishing.
- Tietosuojalaki. (2018/1050) Annettu Helsingissä 5.12.2018. Viitattu 11.1.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- Tracy S.J. (2010) Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 16(10), 837–851.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta [TENK]. (2019) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.
- Välimäki M., Yang M., Vahlberg T., Lantta T., Pekurinen V., Anttila M. & Normand S-L. (2019) Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC Psychiatry* 19(230), 1–15.
- Van de Sande R., Nijman H., Noorthoorn EO., Wierdsma AI., Hellendoorn E, van der Staak C. & Mulder CL (2011) Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199: 473–478.
- van Melle A.L., Noorthoorn E.O., Widdershoven G.A.M., Mulder C.L. & Voskes Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry* (20)469.
- van Melle A.L., van der Ham A.J., Widdershoven G.A.M. & Voskes Y. (2021) Implementation of High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: a Process Evaluation. *Psychiatric Quarterly*.
- Voskes Y., Van Melle A.L., Widdershoven G.A.M., Mierlo V., Bovenberg F.J.M. & Mulder C.L. (2021) High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric Services* (72)4.
- Ward L. & Gwinner K. (2015) Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice* 10(2), 101–116.

- Whittemore R. & Knafl K. (2005) The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553.
- Winkler D., Kaltenboeck A., Frey R., Kasper S. & Pjrek E. (2019) Changes over time of the diagnostic and therapeutic characteristics of patients of a psychiatric intensive care unit in Austria. *Comprehensive Psychiatry* 93, 20–26.
- World Health Organization [WHO]. (2021) Mental health crisis services: promoting person-centred and rights-based approaches. (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yang, B.X., Stone, T.E., Petrini, M.A. & Morris, D.A. (2018) Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 31–38.

Liitteet

Tietokanta ja päivämäärä	Hakulauseke	Hakutulokset	Valittu kokotekstitarkasteluun	Valittu kirjallisuuskatseen
PubMed 22.9.2022	(psychiatric* OR mental health* OR "Mental Health Services"[Mesh]) AND (high security* OR "high intensive care" OR "high and intensive care" OR security* OR PICU OR HIC OR intensive* OR intensive care OR "close-observation area*") AND (ward* OR unit* OR units* OR "Psychiatric Department, Hospital"[Mesh]) AND (nurse* OR nursing)	2755	76	10
CINAHL 24.9.2022	(psychiatric* OR mental health* OR MH "Psychiatry+") AND (high security* OR "high intensive care" OR "high and intensive care" OR security* OR PICU OR HIC OR intensive* OR intensive care OR "close-observation area*") AND (ward* OR unit* OR units* OR MH "Psychiatric Units") AND (nurse* OR nursing OR MH "Nurses+")	749	41	8
Cochrane	(nurse* OR mental OR mental health OR psych*) AND ("psychiatric intensive care unit" OR PICU OR "high and intensive care" OR "high intensive care" OR HIC OR "close observation area" OR "close-observation area")	151	0	0
PsycInfo	(psychiatric* OR mental health*) AND (high security* OR "high intensive care" OR "high and intensive care" OR security* OR PICU OR HIC OR intensive* OR intensive care OR "close-observation area*") AND (ward* OR unit* OR units*) AND (nurse* OR nursing)	1940	15	0
Medic	(hoit* OR hoitaj* OR hoitohenkilökun*) AND (turvatil* OR turvasol* OR turvasii* OR vierihoit* OR intesiivi* OR eristyishoidon osasto*) AND (mielenterv* OR psykia*)	11	0	0
Web of Science	(psychiatric* OR mental health*) AND (high security* OR "high intensive care" OR "high and intensive care" OR security* OR PICU OR HIC OR intensive* OR intensive care OR "close-observation area*") AND (ward* OR unit* OR units*) AND (nurse* OR nursing)	736	27	0

Liite 2. Taulukko 7. Tutkielman aiheeseen liittyvät tutkimukset

1(3)

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu	Konteksti (PICU/HIC)	Keskeiset tulokset	Laadunarviointi
1. Bowers, Crowhurst, Alexander, Eales, Guy & McCann. 2003. Iso-Britannia.	Tutkia PICU- ja akuutin osaston hoitajien näkemysten eroja PICU:ssa hoidattavista potilaista.	Strukturoitu ryhmähaastattelu. N=100, josta PICU-hoitajia n=50.	PICU	Triviaali väkivalta ei riittävä syy siirtoon PICU-osastolle. Triviaali väkivalta = kauan sitten tapahtunut, pelkkä suullinen väkivalta tai uhkailu tai päihteistä johtuva väkivaltariski.	6/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
2. Bowers, Cullen, Achilla, Baker, Khondoker, Koeser, Moylan, Pettit, Quirk, Sethi, Stewart, McCrone & Tulloch. 2017. Iso-Britannia.	Tutkia pakkotoimien käyttöä ja hyväksyttävyyttä hoitohenkilökunnassa.	Kyselomake. N=206.	PICU	Jatkuvan valvonnan mediaanihyväksyttävyyys 4.28 ja 97 % hoitajista toteuttanut jatkuvaa valvontaa.	4/9 (Hotus kvasiko-keellinen tutkimus)
3. Evans & Petter. 2012. Iso-Britannia.	PICU:n työntekijöiden tunne turvallisuudesta ja tuesta sekä niihin yhteydessä olevat tekijät.	Kyselylomake (n=15) ja puolistrukturoidut yksilöhaastattelut (n=5).	PICU	Turvallisuudentunteeseen yhteydessä henkilökohtaisia ja systeemisiä tekijöitä, kuten aggressio ja siihen reagoiminen sekä johdon tarjoaman tuen puute.	17/25 (MMAT)
4. Foster & Smedley. 2019. Iso-Britannia.	Selvittää alaikäisten PICU-yksikön mielenterveyshoitotyön luonne.	Viikoittainen refleктоiva keskusteluryhmä.	CAMHS PICU, alaikäisten PICU-yksikkö.	Työhön liittyvään turhautumiseen yhteydessä olevat systeemiset ja intensiivihoidon liittyvät tekijät. Hoitajilla vaikeus määrittää hoitotyö, työn aiheuttama emotionaalinen kuorma sekä identifikaation ja hoitoryhmän yhdenmukaisuuteen liittyviä ongelmia.	6/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
5. Gentle. 1996. Iso-Britannia.	Kuvailla hoitohenkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia PICU:sta.	N=11. Yksilösyvähaastattelu.	PICU	Hoitajien näkemykset ja kokemukset olivat yhteydessä fyysiseen turvallisuuteen, potilaiden ominaisuuksiin, hoitaja-potilas-suhdelukuun sekä hoidolliseen ympäristöön.	6/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
6. Gerritsen, Widdershoven, van der Ham, van Melle, Kemper & Voskes. 2021. Alankomaat.	Selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä HIC:n ominaisista potilaslähtöisistä hoidon häiriöistä ja niihin vaikuttamisesta.	N=16. Kolmelta osastolta kuusi hoitajaa, kolme osastonhoitaja ja kolme psykiatri, avohoidosta kaksi hoitajaa, psykiatri ja projektipäällikkö. Fokusryhmähaastattelu.	HIC	Häiriötilannetekijät olivat yhteydessä potilaiden ominaisuuksiin, hoitosuhteen haasteisiin, jakautuneeseen hoitoryhmään ja yhteistyön puutteeseen avohoidon kanssa. Häiriötilanteisiin voidaan vaikuttaa kehittämällä hoitosuhdetta ja yhteistyötä avohoidon kanssa sekä tunnistamalla ryhmäprosessien varhaisia signaaleja.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)

Liite 2. Taulukko 7. Tutkielman aiheeseen liittyvät tutkimukset

2(3)

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu	Konteksti (PICU/HIC)	Keskeiset tulokset	Laadunarviointi
7. Gwinner & Ward. 2013. Australia.	Kuvailla hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia PICU-osaston toiminnasta.	Fokusryhmähaastattelu.	PICU	Organisaatorakenne: hoitajaresurssi, osaamisvaatimukset, paperityön vaihtelevuus, hoitosuunnitelmien raportointi ja kehittäminen sekä hoidon toteuttamisen eroavat arvot. Fyysiset tilat: tilojen sijoittelu, kliiniset ja vapaa-ajan tilat, hja+pot turvallisuus, kalustus, puutarha-alue ja vetäytymistilat (salassapito). Vaatii standardin ja toimintaa tukevan suunnittelun.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
8. Loubser, Chaplin & Quirk. 2009. Iso-Britannia.	Selvittää PICU-hoitajien kokemaa väkivallan määrää ja siihen johtavat syyt sekä vertailla akuuttiin ja oikeuspsykiatrisen osastoon.	N=2671, joista PICU-hoitajia n=442. Kyselylomake.	PICU	Väkivalta yleistä PICU:ssa. Yleisimmät väkivaltaa laukaisevat tekijät ovat rajoittaminen, potilaiden välinen vuorovaikutus, tupakointi, sairaus, henkilökunnan provokaatio ja yksityisyys. Pääteet laukaiseva tekijä ja siten sen seulonta tärkeää, mutta haluttomuutta seuloa potilaan seuraamusten takia.	6/9 (Hotus kvasikoollinen tutkimus)
9. Mackay, Paterson & Cassells. 2005. Iso-Britannia.	Hoitajien näkemykset intensiivihoidosta, siihen vaadittavista kyvyistä sekä hyödyistä potilaalle.	N=6. Yksilösyvähaastattelu.	PICU	Näkemykset liittyivät intensiivihoidon menettelytapaan, rooleihin, taitoihin, turvallisuuden ylläpitoon, väkivallan ehkäisemiseen, arviointiin, vuorovaikutukseen ja hoidollisuuteen.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
10. Mellow, Tickle, Gresswell & Jakobsen. 2018. Iso-Britannia.	Selvittää miten hoitajat keskustelevat haastavasta käytöksestä ja sen hallitsemisesta.	Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu (N=7).	PICU	Väkivalta yleistä. Intensiivihoidotila on käytössä normaalina potilashuoneena. Osasto on riskialtis ja vaarallinen, organisaatio lisää stressiä painetta eikä kuuntele hoitajien huolia.	8/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
11. McAllister & McCrae. 2017. Iso-Britannia.	Mitata hoitajien todellisia ja selvittää mahdollisia terapeutteja rooleja psykiatrisessa intensiivihoidon ympäristössä.	N=4, josta 3 hoitajaa ja yksi psykologiterapeutti. Puolistrukturoidut haastattelut ja määrällinen havainnointi.	PICU	Hoidolliseen vuorovaikutukseen vaikea määrittellä hoitajan hoidollista roolia. Vuorovaikutus tapahtuu spontaanisti, parainstrumentaalisesti, sosioajanvietteellisesti tai tarkoituksellisesti. Kehittämisehdotuksina yhteinen panostaminen sekä yhteistyön lisääminen.	20/25 (MMAT)
12. O'Brien & Cole. 2004. Australia.	Saada ymmärrys lähitarkailualueen kontekstista ja hoitajien, potilaiden ja omaisten kokemuksista siitä.	Yksilö- ja fokusryhmähaastattelut. N=42.	Close-observation area, verrattavissa PICU:un.	Hoitajat kuvasivat tilan designia, ympäristöä, aktiviteetteja, ajallista rakennetta sekä siellä toteutettavaa hoitotyötä. Hoitajat ehdottivat teoreettisen viitekehysten käyttämistä protokollassa ja kliinisessä päätöksenteossa.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)

Liite 2. Taulukko 7. Tutkielman aiheeseen liittyvät tutkimukset

3(3)

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruu	Konteksti (PICU/HIC)	Keskeiset tulokset	Laadunarviointi
13. O'Brien, Tariq, Ashraph & Howe. 2014. Iso-Britannia.	Todeta PICU-hoitajiin kohdistuvien hyökkäysten raportoitu määrä, yksityiskohdat ja vaikutus henkilöstöön.	Kyselylomake. N=26.	PICU	Väkivallan uhriksi joutuminen yleistä, jolla on negatiivisia vaikutuksia työhön. Suuri osa koki olonsa turvalliseksi. Henkilökunta ehdotti henkilöstömäärän lisäystä.	5/9 (Hotus kvasiko-keellinen tutkimus)
14. Salzmänn-Erikson. 2018. Ruotsi.	Selvittää ja kuvailla hoitohenkilökunnan eettisiä ja moraalisia huolia koskien heidän työtään PICU:ssa.	N=12, eettisen reflektion keskusteluryhmä.	PICU	Työ on raskasta ja vaativaa, joka koettiin sekä motivoivaksi että uuvuttavaksi. Hoitajilla huolta potilaiden kokemuksista, turvallisen ympäristön luomisesta sekä ammattimaisuuden menettämisestä odotuksien ja työkuorman vuoksi.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
15. Salzmänn-Erikson, Lützen, Ivarsson & Eriksson. 2008. Ruotsi.	Kuvailla ruotsalaisen PICU:n ja sen hoitohenkilökunnan hoitotyön toimintojen ydinominaisuuksia.	N=18, puolistrukturoitu kyselylomake. n=5, yksilöhaastattelu.	PICU	Hoitotyön ydinominaisuuksina dramaattinen tulo-tilanne osastolle, protestointi, hoitovastaisuus, eskaloituva käytös ja väliaikaiset pakkotoimet. Hoitotyön toimintoina kontrollointi, suojeleminen, tukeminen ja strukturoidun ympäristön luominen.	18/25 (MMAT)
16. Stevenson. 2013. Iso-Britannia.	Selvittää hoitajien näkemyksiä kriteereistä PICU-hoitoon vanhemmille aikuisille.	Puolistrukturoitu kyselylomake (N=138).	PICU	PICU:n koki tarpeelliseksi 96,4 % hoitajista. Fyysinen väkivalta yleisin syy PICU:lle siirtoon.	5/9 (Hotus kvasiko-keellinen tutkimus)
17. van Melle, van der Ham, Widdershoven & Voskes. 2021. Alankomaat.	Tunnistaa HIC-mallin käyttöönottoa ajavat, edistävät ja estävät tekijät.	N=49. Puolistrukturoidut yksilö- ja ryhmähaastattelut.	HIC	Ajavina tekijöinä kokonaisvaltainen lähestymistapa pakon käytön vähentämiseen, vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön keskittyminen sekä toipumisorientoituneisuus. Edistävinä tekijöinä johtaminen, henkilökunnan mukaan ottaminen, positiivinen palaute, kouluttaminen ja reflektio. Estävinä tekijöinä tuen puute, muutosvastarinta, hoitajapula, HIC:n puutteet sekä tiedon ja tilojen puute.	7/10 (Hotus laadullinen tutkimus)
18. Ward & Gwinner. 2015. Australia.	Saada ymmärrys PICU/HDU-yksikön taidoista, kokemuksista ja käytänteistä suhteessa toipumisorientaatiomalliin.	Puolistrukturoitu fokusryhmähaastattelu (N=52).	PICU	Taidot, kokemukset ja käytänteet liittyivät tarinankerrontaan, turvaamiseen, hoitoon, toipumiseen ja vastuunottoon.	8/10 (Hotus laadullinen tutkimus)

© TurvaSiipi – hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa
10.1.2019, Versio 2

Liite 4a

Tiedote hoitajat - haastattelututkimus

Arvoisa vastaanottaja,

Turun ammattikorkeakoulu, Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunnan hoitotieteen laitos ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin TYKS psykiatrian toimialue toteuttavat tutkimusta Kuppittaan ja Halikon sairaaloiden aikuispsykiatrian osastoilla. **Pyydämme Teitä osallistumaan** ”TurvaSiipi– hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa”- tutkimukseen, jonka tavoitteena on kehittää psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työympäristöä siten, että se edistää hoitajien työturvallisuutta, työn hallintaa ja työhyvinvointia uhkaavasti käyttäytyvän potilaan eristyshoidon aikana.

Psykiatristen osastojen tiloissa on havaittu puutteita turvallisuuden näkökulmasta (Hunt & Sine 2015). Erityisesti huone-eristyksen turvallisuus on herättänyt keskustelua. Riskitekijöitä turvallisuudelle huone-eristyksen aikana ovat mm. eristyshuoneen fyysiset tekijät ja hoitaja- potilas kommunikoinnin vähäisyys, mikä vuoksi haastavan potilaan hoidossa tulee siirtyä käyttämään enemmän vuorovaikutuksellisia ja ennaltaehkäiseviä menetelmiä pakon käytön sijaan. (Lahti ym. 2018.) Osastoympäristön hoitaja- ja potilaslähtöisellä suunnittelulla voidaan vähentää potilaan haastavaa käyttäytymistä ja pakon käyttöä (Novotna ym. 2011, Papoulias ym. 2014, Cummings ym. 2010.)

Osallistumiseen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on täysi oikeus peruuttaa antamanne suostumus tutkimukseen osallistumisesta, milloin tahansa ilman erillistä syytä. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen tai suostumuksen peruminen ei vaikuta mitenkään työskentelyynne osastolla. On tärkeää, että ymmärrätte, miksi tutkimus tehdään ja mitä siihen sisältyy. Mikäli alla olevassa tiedotteessa on asioita, joita ette ymmärrä, olkaa yhteydessä tutkimuksesta vastaaviin henkilöihin lisäinformaation saamiseksi.

Tutkimukseen osallistuminen merkitsee seuraavaa. Tutkimuksessa:

- pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta (erillinen suostumuslomake)
- kerätään tutkittavilta taustatietoja kyselylomakkeella (ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, täydennyskoulutusta psykiatrisesta, täydennyskoulutusta pakkotoimista/ eristämiskäytännöistä, työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä, ammattinimike tällä hetkellä)
- osallistuminen ryhmähaastatteluun kestää noin kaksi tuntia. Haastattelu nauhoitetaan.
- tutkijat analysoivat haastatteluaineiston siten, että tutkittavia ei voida tunnistaa aineistosta
- aineisto säilytetään Turun ammattikorkeakoulussa lukitussa kaapissa ja aineistoon on pääsy ainoastaan tutkijoilla

Osastonne yhteyshenkilö tulee olemaan Teihin myöhemmin yhteydessä suostumuksen allekirjoittamiseksi. Saatte häneltä tarkempaa tietoa tutkimuksesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Mikäli tietoa saatuanne päätätte osallistua tutkimukseen, pyydetään Teitä allekirjoittamaan erillinen kirjallinen suostumus. Saatte itsellenne kopion suostumusasiakirjasta.

Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksia tullaan käyttämään kehitettäessä psykiatristen sairaaloiden työympäristöä siten, että se tukee hoitajien työturvallisuutta ja työn hallintaa. Tutkimuksesta tullaan raportoimaan kansainvälisissä terveydenhuollon tieteellisissä julkaisuissa ja ammattilehdissä. Tutkimuksessa mukana olevia henkilöitä ei voida tunnistaa raportoinnissa. Tutkimusaineiston rekisterinpitäjänä toimii Turun yliopisto.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Mari Lahti, TtT, tutkimuksesta vastuullinen henkilö

Mari Lahti
Tutkija, TtT
Turun amk
mari.lahti@turkuamk.fi
040 355 0159

Johanna Berg
Tutkija, TtT
Turun amk
johanna.berg@turkuamk.fi
040 355 0504

Pekka Toikka
Tutkimusavustaja
Turun AMK
pekka.toikka@turkuamk.fi
050 349 5801

© TurvaSiipi – Hoitajien työturvallisuus, työnhallinta ja työhyvinvointi haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa
1.9.2021, Versio 2

Liite 12a

RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT - hoitajat

1. Kuvatkaa kokemuksia liittyen turvasiipitilassa annettuun hoitoon?
2. Mitkä ovat turvasiipitilassa annettavan hoidon hyödyt?
3. Mitkä ovat turvasiivessä annettavan hoidon haitat?
4. Mitkä tekijät estivät turvatilan käyttöä?
5. Miten kehittäisitte turvasiipitilassa annettavaa hoitoa?
6. Miten turvasiipitilassa tapahtuva hoito vaikuttaa työturvallisuuteen?
7. Miten turvasiipitilassa tapahtuva hoito vaikuttaa työnhallintaan?
8. Miten turvatilan käytön kriteeristöä tulisi kehittää?