

---

**Hoitajien kokemuksia leposide-eristämisestä  
psykiatrian akuuttiosastolla**

**HAMK**  
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 7. toukokuuta 2012

Kalle-Juhani Hagman

---

HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Kalle-Juhani Hagman	<b>Vuosi</b> 2012
<b>Työn nimi</b>	<i>Hoitajien kokemuksia leposide-eristämisestä psykiatrian akuuttiosastolla</i>	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia leposide-eristämisestä psykiatrisella akuuttiosastolla: millaisissa tilanteissa ja millaisiin potilaisiin leposide-eristämistä on sovellettu, miten hoitajat suhtautuvat leposide-eristämiseen, miten leposidekäytännöt ovat muuttuneet kahden viime vuosikymmenen aikana ja miten ne ovat vaikuttaneet hoitajien ammattitaitovaatimuksiin.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Auroran sairaalan erään akuuttipsykiatrian osaston kahta sairaanhoitajaa ja kahta mielisairaanhoitajaa, joilla kaikilla oli vähintään 10 vuoden työkokemus akuuttipsykiatriasta.

Potilaan aggressiivisuus on yleisin leposide-eristämisen syy. Potilaan tulo osastolle on kaikkein kriittisin vaihe. Tulovaiheeseen sijoittuukin suuri osa leposide-eristyksistä. Tärkeitä leposide-eristämistä ohjaavia periaatteita ovat turvallisuus, rauhallinen käytös, systemaattinen toiminta, potilaaseen keskittyminen ja ammatillisuus. Tavoitteena on tilanteiden ennakointi niin, että leposide-eristys tapahtuu hallitusti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Haasteellisimmat leposide-eristykset ovat ennalta arvaamattomia ja niissä turvaudutaan henkilöhälyttimen käyttöön. Veth-koulutus (väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito) paransi leposide-eristyksen turvallisuutta ja johdonmukaisuutta sekä lisäsi myönteistä suhtautumista potilaaseen eristystilanteissa.

Leposide-eristykseen ei nykyisin turvauduta yhtä herkästi kuin aikaisemmin. Hoitokulttuurin muutokset johtuvat ammatillisuuden ja potilaskeskeisyyden vahvistumisesta, hoitohenkilöstön koulutustason paranemisesta ja potilasmäärän vähenemisestä suhteessa henkilöstömäärään. Potilaisiin kohdistuva vallankäyttö on vähentynyt eikä leposide-eristystä enää käytetä rangaistuksena.

**Avainsanat** Leposide-eristys, eristäminen, mielenterveyslaki

**Sivut** 40 s. + liitteet 3 s.

---

<b>Author</b>	Kalle-Juhani Hagman	<b>Year</b> 2012
<b>Subject of thesis</b>	<i>Nursing staff's experiences considering mechanical restraint in psychiatric acute ward</i>	

---

## ABSTRACT

The purpose of this study was to research how the nursing staff experience the mechanical restraint in psychiatric acute ward: in what kind of situations and on what kind of patients the mechanical restraint has been applied, how the nurses feel about mechanical restraint, how the practices of mechanical restraint have changed in the last two decades and how the changes have influenced in nurses' professional requirements.

The material of this study was collected by interviewing two nurses and two mental health nurses in the Aurora hospital. They all worked in the same psychiatric acute ward and they all had worked at least ten years in the acute psychiatric care.

The most common reason for using mechanical restraint is the patient's aggressiveness. The most critical phase is when the patient arrives to the hospital. Most of the mechanical restraints take place at the arrival. The most important principles that guide mechanical restraints are safety, calm behavior, systematic actions, concentrating on patient and professionalism. The aim is to foresee future situations so that mechanical restraint is controlled and it happens in cooperation with the patient. The most challenging mechanical restraints are unexpected and involve the use of safety alarm. Training in preventing violence and safe caring improved the safety and consistency of mechanical restraint. It also added positive attitude to the patient in restraint episode.

Nowadays the mechanical restraint is not used as readily as before. The changes in nursing culture result from the strong professionalism and the patient centered case, improvement of educational level of the nursing staff and the decreased amount of patient in proportion to personnel amount. Exercising of power and authority towards the patients has declined and the mechanical restraint is not used anymore as a punishment.

**Keywords** Mechanical restraint, seclusion, mental health law

**Pages** 40 p. + appendices 3 p.

---

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ERISTÄMINEN JA SITÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET MIELENTERVEYSLAISSA .....	3
2.1	Leposide-eristämisen kriteerit .....	3
2.2	Eristyksen toteuttaminen .....	4
3	ERISTÄMISEN PERUSTEET, YLEISYYS JA VAIKUTUKSET.....	4
3.1	Eristämisen perusteet ja tavoitteet.....	4
3.2	Eristyksen syyt psykiatrisessa hoidossa .....	5
3.3	Eristyksen käytön yleisyys .....	5
3.4	Eristyksen käyttö ja sairaaloiden hoitokulttuuri.....	7
3.5	Eristyksen ja leposidehoidon vaikutukset .....	7
4	LEPOSIDE-ERISTÄMISEN ARKI.....	8
4.1	Sairaalan ohjeistus ja käytännöt .....	8
4.2	Leposide-eristämisen vähentäminen .....	9
5	AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN .....	10
5.1	Väkivalta ja psyykkinen sairaus .....	10
5.2	Potilaan väkivaltaisuuden ennaltaehkäisy .....	10
5.3	Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen .....	11
6	TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	11
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	12
7.1	Menetelmän valinta .....	12
7.2	Aineiston keruumenetelmät ja kohdejoukko.....	12
7.3	Aineiston analyysi .....	13
8	HAASTATTELUAINEISTON ANALYYSI.....	14
8.1	Leposide-eristämisen syyt ja yleisyys .....	14
8.2	Leposide-eristyksen ideaalikulku .....	16
8.3	Haastateltavien oma toiminta eristystilanteessa .....	18
8.4	Leposide-eristyksen ennaltaehkäisy .....	19
8.5	Haasteelliset leposide-eristystilanteet .....	22
8.6	Mitä tunteita leposide-eristäminen herättää hoitajissa? .....	23
8.7	Leposide-eristyksen linjaukset hoitoyhteisössä .....	25
8.8	Leposide-eristämiseen liittyvä koulutus .....	27
8.9	Sairaalan eristystilat .....	29

---

8.10 MITEN LEPOSIDE-ERISTYSKÄYTÄNNÖT OVAT MUUTTUNEET?.....	30
8.10.1 Määrällinen muutos .....	30
8.10.2 Keitä eristettiin?.....	30
8.10.3 Leposide-eristyksen toteutus .....	31
8.10.4 Milloin leposide-eristystä käytettiin? .....	31
8.10.5 Hoitokulttuurin inhimillistyminen .....	32
8.10.6 Muutoksen syyt .....	33
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	35
9.1 Tutkimuksen tulokset .....	35
9.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	36
9.3 Tutkimuksen eettisyys.....	37
9.4 Ehdotuksia jatkotutkimuksiksi .....	37
LÄHTEET .....	38
Liite 1	Tiedote haastateltaville
Liite 2	Haastattelurunko
Liite 3	Tutkimuslupa

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia leposide-eristämisestä psykiatrisella akuuttiosastolla:

- millaisissa tilanteissa ja millaisiin potilaisiin leposide-eristämistä on sovellettu
- miten hoitajat suhtautuvat leposide-eristämiseen
- miten leposidekäytännöt ovat muuttuneet kahden viime vuosikymmenen aikana ja miten ne ovat vaikuttaneet hoitajien ammattitaitovaatimuksiin.

Leposide-eristämällä tarkoitetaan potilaan sitomista hihnoilla tai remmeillä vuoteeseen niin, ettei hän pääse nousemaan ylös. Leposide-eristäminen on psykiatrisessa hoidossa rajoituskeinoista kaikkein voimakkain. Muita rajoitustoimenpiteitä ovat muun muassa

- tapaamisoikeuksien rajoittaminen
- liikkumisen rajoittaminen
- fyysinen kiinnittäminen
- tahdonvastainen lääkintä
- huoneeseen eristäminen

Leposide-eristämiseen turvaudutaan silloin, kun muu hoito tai muut rajoitustoimenpiteet eivät enää riitä. Se on usein dramaattinen hoitotoimenpide, joka koettelee vahvasti sekä potilaan että hoitajien tunteita.

Leposide-eristämisessä on kysymys aina potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Suomen hallitusmuoto määrittelee kansalaisen perusoikeudet. Yksi perusoikeuksista on se, että jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Niihin ei saa puuttua mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. (Paunio & Tanttinen-Laakkonen 1999.) Lisäksi kansainväliset ihmisoikeussopimukset, YK:n ihmisoikeusjulistus ja Euroopan ihmisoikeussopimus, jotka Suomi on ratifioinut, edellyttävät, että vapaudenriistosta on aina säädettyvä laissa.

Suomi ratifioi vuonna 2009 Euroopan Neuvoston biolääketiedettä ja ihmisoikeuksia koskeva yleissopimuksen (biolääketiedesopimus), joka tuli voimaan 1.3.2010. Sopimuksen mukaan henkilöön, jolla on mielenterveyden häiriö, voidaan kohdistaa toimenpiteitä hänen tahdostaan riippumatta vain, mikäli hoidon puute vaarantaisi vakavasti hänen terveytensä. Edellytyksen on aina se, että noudatetaan kansallisessa lainsäädännössä olevia oikeusturvasäännöksiä. (Halila, 2010).

Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ei ole paljontaan tutkimusta, vaikka psyykkisesti sairaan yksilön oikeuksiin ja erityisesti itsemääräämiseen liittyy paljon ongelmia. Psykkinen sairaus vaikuttaa ihmisen ajatustoimintaan, joka on itsemääräämisen kannalta tärkeä alue. (Välimäki, Holopainen & Jokinen, 2000, 87.)

Mielenterveyslaki määrittelee, milloin erilaisia pakkotoimenpiteitä, muun muassa leposide-eristämistä voidaan käyttää. Pakkoa voidaan käyttää vain henkilöihin, jotka ovat mielenterveyslain mukaisesti joko tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailtavana. Suomessa pakkotoimen edellytys on yleensä mielisairaus, jolla tarkoitetaan psykoosia. Mielenterveyslaki antaa vain yleiset raamit pakkohoidolle; jokaisessa psykiatrisessa hoitolaitoksessa tulee olla ohjeet pakkotoimien soveltamisesta. Ohjeet antavat oikeusturvaa sekä potilaille, että henkilöstölle. (Suutala, 1999, 5–8.)

Pakkohoidolla on Suomessa pitkät perinteet. Psykiatrisen hoidon alkuvaiheissa hoitomenetelmät olivat vahvasti potilaan itsemääräämisoikeutta ja liikkumista rajoittavia. 1900-luvun puolivälistä lähtien on alettu korostaa psyykkisesti sairaiden henkilöiden ihmisoikeuksia ja mahdollisuuksia elää yhteisön jäsenenä sairaudestaan huolimatta. Tämä kehitys on johtanut avohoidon painottamiseen.

Mielenterveyslain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään Suomessa varsin paljon. Noin kolmannes psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista oli tahdosta riippumattomassa hoidossa, eli vuosittain noin 9 000 potilasta hoidetaan tahdosta riippumatta psykiatrisissa sairaaloissa. Tahdosta riippumattoman hoidon ja tahdosta riippumattomien toimenpiteiden määrissä on merkittäviä eroja eri sairaanhoitopiirien välillä. Itä-Suomen ja Länsi-Suomen välillä on jonkin verran eroja sairastavuudessa psykiatrisiin sairauksiin, mutta sairastavuuserot eivät selitä tahdosta riippumattoman hoidon määrissä olevia eroja. Samoin tahdosta riippumattomien toimenpiteiden määrissä on suuria eroja eri alueiden välillä. Tämäkään ei selity sairastavuuden, vaan enemmänkin hoitokulttuurien eroilla. (STM / Halila, 2010).

Eristyksen ja lepositeiden käytöstä sekä sen vaikutuksista on niukasti luotettavaa tutkimustietoa. Vastentahtoisella eristämällä pyritään hillitsemään väkivaltaisia ja uhkaavia potilaita. Eristäminen herättää kuitenkin sekä potilaissa että hoitohenkilökunnassa negatiivisia tunnereaktioita. Eristyksen ja lepositeiden käyttö ja perusteet vaihtelevat suuresti sairaaloittain samassakin maassa, saman lainsäädännön puitteissa. Myös samantyyppisiä potilaita hoitavien osastojen välillä on eroja eristyksen ja lepositeiden käytössä. Eristämistoimien määrä näyttää vähenevän, kun henkilökunnan määrä kasvaa, kun naisten osuus henkilökunnasta kasvaa ja koulutus lisääntyy. Silti pakkotoimien käytön vaihtelu ei ole selitettävissä pelkästään henkilökunnan määrällä tai koostumuksella. (Ala-Aho, Hakko & Saarento 2003.)

## 2 ERISTÄMINEN JA SITÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET MIELENTERVEYSLAIISSA

### 2.1 Leposide-eristämisen kriteerit

Mielenterveyslaki antaa normit leposide-eristämiselle. Vain sellainen potilas voidaan eristää lepositeillä, joka on määrätty hoitoon omasta tahdostaan riippumatta. Tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan määrätä vain

- 1) jos henkilön todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa ja hoitoon toimitamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen omaa terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 8 §.)

Myös tarkkailuun otettu potilas voidaan eristää lepositeillä. Potilas voidaan ottaa sairaalaan tarkkailuun, jotta voidaan selvittää ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon olemassa. Tarkkailuun lähettämistä varten lääkärin on tutkittava potilas. Jos lääkäri pitää potilaan hoitoon määräämistä välttämättömänä, hän laatii potilaasta kirjallisen lääkärinlausunnon eli tarkkailulähetteen. Tarkkailulähetteen tulee sisältää perusteltu kannanotto siitä, ovatko edellytykset hoitoon määräämiseen todennäköisesti olemassa. Kun potilas otetaan hoitoon, tarkkailulähete on laadittu enintään kolme päivää aikaisemmin. (Mielenterveyslaki 9 §.)

Vuonna 1990 voimaan tulleen mielenterveyslain mukaan tarkkailuun otettu tai hoitoon määrätty potilas voitiin eristää, jos hänen sairautensa hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä välttämättä vaati. Täsmennetty säännös tuli voimaan kesäkuussa 2002. Uuden lain mukaan tarkkailuun otettu tai hoitoon määrätty potilas saadaan vastoin tahtoaan sitoa lepositeisiin vain, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Jos tarkkailuun otettu tai tutkimukseen tai hoitoon määrätty potilas käyttäytymisellään vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa vakavasti omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, hänet voidaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, mutta ei sitoa lepositeisiin. Näin voidaan toimia myös siinä tapauksessa, että potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 22 e §.)



## 2.2 Eristyksen toteuttaminen

Mielenterveyslaki edellyttää myös, että potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen ( Laki mielenterveyslain muuttamisesta 22 a § ).

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, hänelle on samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava. Hoitohenkilökunnan on oltava näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.

Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 22 f § ).

Aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 22 f § )

## 3 ERISTÄMISEN PERUSTEET, YLEISYYS JA VAIKUTUKSET

### 3.1 Eristämisen perusteet ja tavoitteet

Pakkoa ja rajoituksia perustellaan psykiatrisessa hoidossa potilaan hoitamisella ja suojelemisella sekä muiden suojelemiseen tähtäävällä kontrollin tarpeella. Myös eristystä ja lepositeitä käytetään molemmista syistä. Potilaan auttamiseksi tarkoitettu pakon käyttö pyrkii estämään potilaan itsetuhoista käyttäytymistä. Eristämisen tai lepositeisiin sitomisen on myös ajateltu auttavan potilasta hallitsemaan psyykkisiä oireitaan kuten ahdistuneisuutta, levottomuutta, vainoharhaisuutta, aistiharhoja tai aggressiivisuutta. Kontrollikeinona eristystä ja lepositeitä käytetään silloin, kun potilas näyttää mielisairautensa takia olevan vaaraksi toisten turvallisuudelle eli hän käyttäytyy uhkaavasti tai väkivaltaisesti. (Kaltiala-Heino 1999, 14.)

Eristämisen ja lepositeiden käytön oletettu lopputulos on vaaratilanteen ohimeno ja / tai potilaan psyykkisen tilan korjaantuminen niin, että hän pystyy olemaan osastolla muiden joukossa. Nämä odotukset voivat luonnollisesti olla voimassa yhtä aikaa, jolloin akuutti vaaratilanne halutaan katkaista, ja eristyksen aikana potilaan psyykkisen tilan odotetaan korjaantuvan niin, ettei väkivaltatilanne enää jatku eristämisen päätyttyä. (Kaltiala-Heino 1999, 14.)

### 3.2 Eristyksen syyt psykiatrisessa hoidossa

Carita Tuohimäki tutki väitöskirjassaan muun muassa tahdonvastaisen hoidon ja pakkotoimien esiintymistä ja syitä kolmessa sairaalassa (Tampere, Turku ja Oulu). Rajoittavien hoitotoimenpiteiden kohteeksi joutumisriskiä ennakoï potilaan mielenterveyshäiriöiden taustalla oleva päihteiden käyttö ja se, että potilas oli toimitettu hoitoon vastoin omaa tahtoaan. Skitsofreniadiagnoosin omaavien potilaiden hoitajaksojen aikana käytettiin enemmän toistuvia rajoittavia hoitotoimenpiteitä kuin minkään muun diagnoosin omaavilla.

Yleisin kirjattu syy (43,6 %) eristykselle ja erilaisille rajoituksille oli levottomuus ja sekavuus. 11,2 %:ssa eristys- tai rajoitustapahtumista syynä oli todellinen väkivalta ja 25,1 %:ssa syynä oli väkivallalla uhkaaminen. 2,1 %:ssa tapauksia syynä oli se, että potilas vahingoitti sairaalan omaisuutta. 12,2 %:ssa tapauksia ei oltu kirjattu syytä eristysseurantaan, vaikka se aina pitäisi kirjata.

Sukupuolten välillä Tuohimäki havaitsi eroja. Naisilla yleisin eristämisen syy oli levottomuus ja sekavuus (66,0 %) ja toiseksi yleisin syy väkivaltainen käyttäytyminen (17,6 %). Miehillä yleisin syy oli väkivallalla uhkaaminen (40,5 %).

Väkivaltainen käytös oli yleisin syy leposide-eristykseen kun taas väkivallalla uhkaaminen johti huone-eristykseen (Tuohimäki 2007, 72–73).

Väkivaltatilanteiden hallinta hyväksytään yleisesti eristämisen perusteluksi. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että toteutuneen eristämisen syynä on useimmiten potilaan kiihtynyt ja levoton käyttäytyminen, ei niinkään toteutuva väkivalta tai sen uhkaus. Tällöin ajatellaan, että eristämällä ehkäistään ennalta väkivaltatilanne. Alice Keski-Valkama tutki eristämisen ja lepositeiden käyttöä väitöskirjassaan koko Suomen tasolla ja kansainvälisellä tasolla sekä neljän psykiatrisen sairaalan potilaiden kokemana. Hänen tutkimuksensa mukaan leposide- ja huone-eristyksen käyttö kohdistui Suomessa kliinisesti kaikkein vaikeimpiin potilaisiin. Tavallisin syy pakkotoimenpiteiden käyttöön oli potilaan agitoitunut ja sekava käytös ilman merkkejä toteutuneesta tai uhkaavasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä. (Keski-Valkama 2010, 61.)

Keski-Valkaman tutkimus osoitti, että lepositeiden käyttö oli yleisempää nuorimmissa potilasryhmissä. Sukupuolella sen sijaan ei ollut vaikutusta eristämisen yleisyyteen. (Keski-Valkama 2010, 36.)

### 3.3 Eristyksen käytön yleisyys

Alice Keski-Valkaman aineistona olivat kaikkien Suomen psykiatristen sairaaloiden eristämistapahtumat tietyn viikon aikana vuosina 1990, 1991, 1994, 1998 ja 2004 (Keski-Valkama 2010, 18). Eristystapausten kokonaismäärä oli vähentynyt, mutta silti suhteellinen riski joutua eristykseen ei ollut juurikaan muuttunut tutkimusajankohtana. Lepositeiden käyttö oli

vähentynyt tutkimusajanjaksona hieman mutta ei kuitenkaan lineaarisesti. (Keski-Valkama, 2010, 30.).

Tarkasteltuun 15 vuoden ajanjaksoon sisältyi lainsäädännöllisiä muutoksia, jotka koskivat potilaan asemaa ja oikeuksia terveydenhuollossa sekä tahdosta riippumattomasti toteutettavien toimenpiteiden edellytyksiä psykiatriassa. Tutkimus osoitti, että lainsäädäntö ei pelkästään riitä olennaisesti vaikuttamaan pakkotoimenpiteiden käyttöön. (Keski-Valkama 2010, 52.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastosta ilmenee, että leposide-eristyksen käyttö on sairaaloissa hieman vähentynyt viimeisten kahdeksan vuoden aikana.

Taulukossa 1 näkyvät eristys- ja leposide-eristyspotilaiden lukumäärät ja prosenttiosuudet kaikista hoidetuista potilaista vuosina 2002–2009.

TAULUKKO 1 Pakkotoimien käyttö hoitajaksojen alkamisvuoden mukaan 2002 - 2009

Vuosi	Potilaita yhteensä	Potilaita eristyksessä	%:a kaikista potilaista	Potilaita leposide-eristyksessä	%:a kaikista potilaista
2002	29530	1774	6,1	1159	4,0
2003	28919	2007	7,0	1183	4,1
2004	29579	1913	6,5	1141	3,9
2005	29557	2062	7,0	1138	3,9
2006	29654	2093	7,2	1253	4,3
2007	29380	2179	7,5	1029	3,5
2008	29972	2016	6,7	1054	3,5
2009	28317	1820	6,6	1057	3,2

Vuonna 2009 alkaneilla hoitajaksoilla oli 28 317 potilasta. Potilaista 1820 oli eristetty (6,6 %), leposide-eristyksessä oli ollut 1 057 potilasta (3,2 %). (Forsström & Pelanteri. 2011.)

Tahdosta riippumattomien toimenpiteiden määrässä on jopa kymmenkertaista eroja eri sairaanhoitopiirien välillä. On epäselvää, johtuvatko erot kirjaamiskäytännön eroista, hoitokulttuurieroista, onko eroja sairaalapotilaiden sairauksien vakavuudessa, vai kaikkien näiden yhdistelmästä. Vaikka mielenterveyslain uudistuksessa vuonna 2001 tahdosta riippumattoman hoidon säännöksiä tarkennettiin, tahdosta riippumattoman hoidon tai toimenpiteiden määrässä ei ole tapahtunut olennaisia muutoksia. Ainoastaan tahdosta riippumattomasta annettujen injektio- ja lääkehoitojen määrä on laskenut vuosina 2007–2008. (Halila 2010.)

### 3.4 Eristyksen käyttö ja sairaaloiden hoitokulttuuri

Eristämiskäytäntöjä on tutkittu viime vuosina melko paljon. On todettu, että Suomessa potilaita eristetään enemmän kuin muissa Euroopan maissa. Eristämisten määrä vaihtelee runsaastikin sekä alueellisesti että sairaaloiden välillä.

Tästä voi päätellä, että eristäminen on ainakin jossain määrin sidoksissa sairaaloiden hoitokulttuuriin. Sairaaloiden kulttuuriin liittyy monien hyvien ja toimivien käytäntöjen ohella vanhoja, joskus perusteettomia tapoja, kirjoittamattomia sääntöjä. Hoitajasukupolvelta toiselle siirtyy vaihkeaa oppeja ja asenteita, joiden muuttaminen on hidasta ja työlästä. Jatkuva tietoinen perustehtävän, työntapojen, asenteiden ja eettisten kysymysten pohdinta työryhmän ja yksittäisen hoitotyöntekijän tasolla ovat avuksi epätarkoituksenmukaisten käytäntöjen muuttamisessa. Tässä työssä hoitotyön johtajien panos on ensiarvoisen tärkeää. Viime vuosina onkin enenevässä määrin alettu keskustella eristämiskäytännöistä, eristämisen tarpeellisuudesta ja oikeutuksesta sekä mahdollisuuksista vähentää eristämisiä sairaaloissamme. (Koivisto 1999, 58.)

Sailas (1999) kuvaa Erikssonin ja Westrinin tutkimustuloksia hoitohenkilökunnan suhtautumisesta eristykseen. Useimmiten eristyksen käytännön toteutus jää hoitohenkilökunnan tehtäväksi. Heitä haastateltaessa, useimmat ilmoittivat, että he eivät halua käyttää hoidossa vastentahtoisia toimenpiteitä tai voimaa. Kukaan ei ilmoittanut olevansa mielellään mukana eristystilanteessa. Tästä huolimatta suljettujen sairaalaosastojen henkilökunta tuntuu hyväksyvän eristämisen osaksi työtään. Tavallisesti tätä perustellaan välttämättömyydellä huolehtia potilaista silloin, kun nämä eivät itse siihen kykene. (Sailas, E. 1999, 81.)

### 3.5 Eristyksen ja leposidehoidon vaikutukset

Länsimaiden psykiatria on viimeisen 20–30 vuoden aikana pyrkinyt vähentämään pakon käyttöä. Jotkut asiantuntijat ovat esittäneet, ettei eristyksellä ja lepositeillä olisi hoidollista vaikutusta vaan että ne olisivat vain kontrolli- ja alistamiskeino. Eristäminen ja lepositeet ovat tällä hetkellä yhä käytössä olevia pakkokeinoja.

Eristämistä ja lepositeitä toteutettaessa saattaa aiheutua vammoja sekä potilaille että henkilökunnalle. Mikäli eristys on huonosti valvottu tai tilat epäasianmukaiset potilas voi vahingoittaa eristyksessä itseään. Huolellisen valvonnan ja hoidon avulla voitaneen välttää ravitsemuksen, nesteytyksen ja hygienian ongelmat sekä havaita merkit mahdollisesta tajunnan tason laskusta tai muista hälyttävistä oireista.

Somaattisten komplikaatioiden riski kasvaa eristyksessä, koska potilas saattaa olla eristystilanteessa äärimmäisen kiihtynyt tai eristämiseen johtanut käyttäytyminen saattaa olla seurausta esimerkiksi toksisesta tilasta. Leposidehoidossa immobilisaatiolla voi olla vaarallisia vaikutuksia. Tämän vuoksi potilaan on sallittava liikkua aika ajoin. Eristämisen suurimpina haittavaikutuksina on nähty psykologiset seikat, kuten edellä mainittu

vallankäytön mahdollisuus, rangaistuksenomaisuus ja eristyksessä tai lepositeissä olon herättämät negatiiviset tunnereaktiot. (Kaltiala-Heino 1999, 1617.)

## 4 LEPOSIDE-ERISTÄMISEN ARKI

### 4.1 Sairaalan ohjeistus ja käytännöt

Leposide-eristys on vaarallinen toimenpide, minkä vuoksi sitä on käytettävä vain poikkeustapauksissa lääkärin määräämänä hoitotoimenpiteenä. Pakkoa on sovellettava vain niin lyhyen aikaa kuin päämäärään pääseminen edellyttää. Pakkotoimien määrän ja laadun on oltava järkevässä suhteessa hoidon tavoitteisiin. (Suutala 1999, 11.)

Mielenterveyslaki edellyttää, että jokaisessa sairaalan psykiatrissa hoitoa antavassa yksikössä on kirjalliset, riittävän yksityiskohtaiset ohjeet siitä, miten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia käytännössä toteutetaan. Itsemääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on hoitoyksikössä pidettävä erillistä luetteloa rajoituksista. Luetteloon tulee merkitä potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot sekä rajoituksen määränneen lääkärin ja rajoituksen suorittajien nimet. Tiedot on poistettava luettelosta kahden vuoden kuluttua merkinnän tekemisestä. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. (Mielenterveyslaki 22 k §.)

Eristämistä ei koskaan saa käyttää rangaistuksena. Rangaistuksen sävyn eristäminen saa niin henkilökunnan kuin potilaankin kannalta silloin, kun sitä käytetään osastolla vakavien väkivaltapurkausten jo tapahduttua. Eristämistä koskevat kirjaukset on tehtävä tarkasti, jotta tulkintavaikeuksilta vältyttäisiin. Eristämisen syyt on aina eriteltävä. Eristämisestä päättää aina lääkäri. Eristetyn potilaan valvonta on järjestettävä asianmukaisesti. Häntä on kohdeltava ihmisarvon mukaisesti ja hänen perustarpeistaan on huolehdittava. (Välimäki ym. 2000, 113.)

Psykiatrisessa sairaalassa tulee olla selkeä laitoskohtainen linja pakkotoimien käyttämiselle. Potilaille on annettava suullista palautetta ennen kuin fyysisiin rajoittamistoimenpiteisiin voidaan ryhtyä. Henkilökunnalle on järjestettävä jatkuvasti koulutusta väkivallan hallinnasta. Vuorovaikutustaitojen ja itsepuolustustaitojen koulutusta saaneet henkilökunnan jäsenet turvautuvat vähemmän pakkotoimiin ja joutuvat myös harvemmin potilaiden taholta uhkausten ja hyökkäysten kohteeksi. Molempien yhdistäminen on olennaista eli henkilökunnan on hallittava sekä väkivallan verbaalinen että fyysinen kohtaaminen. (Kaltiala-Heino 1999, 21.)

Lainasteiset säädökset eristyksen ja muun pakon käytöstä psykiatrisessa hoidossa määrittelevät toiminnan yleisperiaatteet, joiden käytäntöön soveltamista on tarpeen täsmentää sairaalakohtaisin ja osastokohtaisin ohjein. Psykiatrisen sairaalaosaston välitöntä potilashoitoa koskevien toimintaohjeiden, kuten eristämiskäytännön ja osaston käyttäytymissääntöjen on

mahduttava sairaalatason määräysten ja ohjeiden, terveydenhuollon lakien, kuten mielenterveyslain ja viime kädessä yleisten lakien asettamiin puitteisiin. (Kuisma 1999, 68.)

Osaston eristämiskäytännön on oltava myös perustehtävän mukainen. Eristäminen on hoidossa olevan henkilön oman tai muiden henkilöiden turvallisuuden vuoksi toteutettava hoitotoimenpide. Eristämisen hoidollinen ja ehkäisevä käyttö edellyttää henkilökunnalta selkeää, perusteltua ja potilaille kerrottua käsitystä siitä, minkä asteiseen uhkailuun ja minkälaisen muiden hoitotoimenpiteiden jälkeen eristämistä käytetään.

Eristämiskäytäntöä on säännöllisesti arvioitava sekä osaston hoitotyöryhmässä että vastuujohtajien kesken. Tarkastelemalla esimerkiksi vuosittaisia eristämiskirjauksia osastotyöryhmä johtajineen voi muodostaa käsityksen ajankohtaisesta käytännöstä ja sen viimeaikaisesta kehityssuunnasta. Tällöin voidaan arvioida, käytetäänkö eristystä liikaa vai liian vähän, liian varhain vai liian myöhään tai ylipäänsä hoidollisesti ja turvallisesti voimassa olevien ohjeiden mukaan. Määräajoin on myös hyvä pohtia, onko eristämislle olemassa tai kehitettävissä vaihtoehtoisia hoitokeinoja. (Kuisma 1999, 68–69.)

### 4.2 Leposide-eristämisen vähentäminen

Oulussa tehtiin tutkimus, jossa tarkasteltiin psykiatrisen akuuttiosaston eristämistapahtumia OYS:n psykiatrisessa klinikassa vuosina 1999–2000. Lähtökohtana kehittämistyölle olivat osaston suuret eristämisluvut. Sirkka Ala-Aho, Helinä Hakko ja Outi Saarento tutkivat psykiatrisen akuuttiosaston eristämistapahtumia OYS:n psykiatrisessa klinikassa kyseisinä vuosina. Osaston tavoitteina oli eristämiseen johtavien tilanteiden arviointi, ehkäisy ja eristämistoimien määrän vähentäminen. Kehittämistyön aikana eristäminen väheni selkeästi. Samalla osaston hoitokulttuuri muuttui potilasta enemmän ja yksilöllisemmin huomioivaan suuntaan. Kehittämistyö myös yhdenmukaista henkilökunnan näkemyksiä potilaiden hoidon linjoista ja hoitostrategioista. (Ala-Aho ym. 2003.)

Eristämistilanteiden vähenemiseen vaikutti osaltaan ehkäisy, koska jokaisesta tilannetta harkittiin ensin työryhmässä, jos se vain ajallisesti oli mahdollista. Ehkäisevinä toimenpiteinä käytettiin läsnäololla rauhoittamista, keskustelua ja lääkitystä. Itsetuhoisesti käyttäytyviin kohdistettiin aina eristämisen sijasta sataprosenttinen valvonta, kun se oli turvallisesti mahdollista. Potilaat kokivat valvonnan turvallisemmaksi. (Ala-Aho ym. 2003.)

Ala-ahon, Hakon ja Saarentolan mukaan myös Lehane ja Rees (1996) sekä Salovaara, Immonen ja Tyybäkinen ovat tutkimuksissaan esittäneet vastaavia keinoja eristämisen ehkäisyyn ja vaihtoehdoksi.

Oulussa tehdyn kehittämistyön tulokset vastaavat muun muassa Saarenton, Isohannin ja Niemisen (1990) tutkimustuloksia, joiden mukaan turvallinen ilmapiiri on tärkeä. Potilaiden ja henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella on ratkaiseva merkitys osaston ilmapiirin kannalta. Friisin

(1984) mukaan psykoottiset potilaat hyötyvät parhaiten ilmapiiristä, jolle ovat ominaisia selkeä järjestys, runsas tuki ja aggressiota aiheuttavien tekijöiden vähäisyys. (Ala-Aho ym. 2003.)

Tutkimukset osoittavat, että henkilökunnan kouluttautuminen aggression ja väkivallan sanalliseen ja fyysiseen hallintaan sekä vuorovaikutustaidot ovat erittäin tärkeitä. Esimerkiksi Phillips ja Rudestam (1995) tutkivat kahdessa psykiatrisessa sairaalassa, miten väkivallattomaan itsepuolustukseen keskittyvä koulutus vaikutti mieshoitajien tapaan kohdata uhkaava potilas ja pystyttiinkö koulutuksella vähentämään potilaiden taholta tulevia uhkaavia tilanteita ja eristysten määrää. Koulutuksella, jonka sisällössä yhdistettiin didaktiikka ja väkivallattomien fyysisten taitojen koulutus, oli selkeä positiivinen vaikutus.

## 5 AGGRESSIIVISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

### 5.1 Väkivalta ja psyykkinen sairaus

Mielisairauksiin liittyy riski väkivaltaisesta käyttäytymisestä. Psykoosin vuoksi hoidossa olevat tekevät 5 % kaikista väkivaltarikoksista; kuitenkin alle 1 % väestöstä kärsii psykoottisista sairauksista. (Viikki 2007.)

Kun potilas joutuu vastoin omaa tahtoaan psykiatriseen sairaalahoitoon, hän kokee, että hänen itsemääräämisoikeuttaan on loukattu. Hän vastustaa sairaalaan tuloa eikä suostu yhteistyöhön hoitavien ihmisten kanssa. Loukkaantuminen purkautuu helposti vihamielisenä käyttäytymisenä ja pahimmassa tapauksessa väkivaltana hoitajia ja ympäristöä kohtaan. Aggressiivinen käytös on sitä todennäköisempää mitä negatiivisemmat kokemukset potilaalla on aiemmista sairaalahoidoista. Myös henkilökunta voi suhtautua potilaaseen varautuneesti ja torjuvasti varsinkin silloin, jos potilas on aiemmilla hoitokerroilla käyttäytynyt väkivaltaisesti. Tällainen asenne saattaa vahvistaa potilaan vihamielisiä tunteita. (Koivisto 1999, 59.)

### 5.2 Potilaan väkivaltaisuuden ennaltaehkäisy

Väkivaltaisia tilanteita ennalta ehkäisevä toiminta ja aggressiivisuuden hallintaan tähtäävät toimenpiteet ovat ensisijaisen tärkeitä psykiatrisessa hoitotyössä. Aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen voidaan varautua tekemällä ympäristö turvalliseksi ja muuttamalla työntekijöiden käyttäytymistä muun muassa parantamalla heidän vuorovaikutustaitojaan. (Weizman-Henelius, 1997, 53.)

Kun potilas tulee psykiatriselle osastolle, on tärkeää kuunnella häntä sekä osoittaa empatiaa ja ymmärrystä. Selkeä ja riittävä informointi tilanteesta sekä odotettavissa olevista hoitoon liittyvistä tapahtumista rauhoittavat potilasta. Potilaille pitää olla riittävästi aikaa. Potilaan tutustuttaminen osaston tiloihin ja tapoihin on hyvä tehdä rauhassa. Henkilökohtaisten tavaro-

den tarkastaminen ja tallentaminen pitää suorittaa kunnioittavasti ja hienovaraisesti sekä käytäntöä perustellen. Jos osastolla käytetään eristyshoitoa, siitä on syytä kertoa potilaalle jo perehdytysvaiheessa. (Koivisto 1999, 59.)

Olennaisin ennaltaehkäisyyn tähtäävä toiminta on työntekijöiden koulutus. Koulutuksen tulee sisältää tietoa aggressiivisuudesta ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen taipuvaisten henkilöiden persoonallisuudesta. Erittäin olennaista on tieto väkivaltaa ennustavista merkeistä sekä vuorovaikutuksessa ilmenevistä vaaratilanteista ja vuorovaikutukseen vaikuttavista seikoista. (Weizman-Henelius 1997, 53.)

Työntekijöiden on tärkeää oppia tunnistamaan kokonaisviestinnän eli sanallisen ja sanattoman viestinnän merkitys ja se, millaiset tekijät henkilökunnan käyttäytymisessä saattavat provosoida potilasta. Jos työntekijä on epävarma tai pelkää, hän keskittyy mahdolliseen väkivaltaisuuteen eikä havaitse, mitä itse omalla käyttäytymisellään tai asenteellaan herättää potilaassa. Hän voi siirtää oman epävarmuutensa potilaaseen ja saattaa toimia tavalla, joka on potilasta provosoivaa. Tavallisesti pelko saa työntekijän suhtautumaan torjuvasti tai autoritäärisesti, mikä jo sinänsä voi laukaista aggressiivisen reaktion. Onkin tärkeää, että työntekijä tuntee itsensä, reaktionsa ja kehon kielensä niin, että hän pystyy tiedostamaan omat tunteensa ja vaikuttimensa työtilanteessa. (Weizman-Henelius 1997, 86.)

### 5.3 Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen

Kun potilas osoittaa kiihtymisen merkkejä ja kun hänen tunnetilansa on muuttumassa aggressiiviseksi, häntä tulee pyrkiä rauhoittamaan verbaalisin keinoin. Verbaalisen rauhoittamisen lähtökohtana on myönteiseen vuorovaikutukseen pyrkiminen, mikä tarkoittaa kunnioituksen, kiinnostuksen, empaattisuuden ja auttamishalun osoittamista. Työntekijän on pysyttävä rauhallisena ja ystävällisenä. Hänen tulee luoda potilaaseen katsekontakti, mutta hänen pitää varoa tuijottamasta potilasta, koska tuijottamisen potilas kokee usein uhkaavana. Katsekontaktin välttäminen puolestaan viestii pelosta. Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa vuorovaikutuksen tavoitteena on ensiksi pyrkiä selvittämään syyt potilaan tunnetilaan ja toiseksi pyrkiä vaikuttamaan tunnetilan aiheuttamiin syihin. (Weizman-Henelius 1997, 119–120.)

## 6 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää

- millaisia ovat hoitajien toimintatavat eristystilanteessa
- millaiset eristystilanteet hoitajat kokevat erityisen haasteellisena ja millaiset toimintatavat auttavat näissä tilanteissa
- ovatko leposide-eristämisen käytännöt muuttuneet.



## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Menetelmän valinta

Kvalitatiivisten menetelmien käyttö yleistyi sosiaalitieteissä 1970-luvulla ja kasvatustieteissä 1980-luvulla. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää lukuisia erilaisia traditioita, lähestymistapoja ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi, joten se ei ole minkään tietyn tieteenalan tutkimusote tai vain yhdenlainen tapa tutkia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 151–157.)

Laadullisen tutkimuksen kehittämiseen on otettu vaikutteita monista eri ajatussuunnista ja tutkimustraditioista (Eskola & Suoranta 2000, 25). Yhteistä koko laadullisen tutkimuksen kirjolle on elämismaailman tutkiminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskiössä merkitykset, jotka ilmenevät mitä moninaisimmin tavoin (Varto 1992, 24.)

Valitessaan laadullisen tutkimusotteen opiskelija tai tutkija joutuu monenlaisten hämmästyksen ja kummastuksen aiheiden eteen: Kvalitatiivinen tutkimusote sisältää lukuisia suuntauksia, tiedonhankinta- ja analyysimenetelmiä ja tapoja tulkita aineistoja. Oma tutkimusreitti muodostuu monien valintojen perusteella. Yhtä oikeaa tapaa tehdä laadullista tutkimusta ei ole. Kuten tutkimus yleensäkin, myös laadullinen tutkimus on aina omanlaisensa versio tutkittavasta ilmiöstä, ja vaihtoehtoja etenemiseen on runsaasti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Siinä pyritään enemmän löytämään tai paljastamaan tosiasioita kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2001, 152.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja siinä annetaan usein tilaa tutkittavien henkilöiden näkökulmille ja kokemuksille. Laadulliset tutkimukset ovat usein hypoteesittomia. Niissä pyritään etenemään aineistosta käsin mahdollisimman vähin ennakkoodotuksin. Intressi yhteen totuuteen unohdetaan ja erilaisia totuuksia ja merkityksiä. (Eskola & Suoranta 1998, 141.)

### 7.2 Aineiston keruumenetelmät ja kohdejoukko

Aineiston keruumenetelmä tässä tutkimuksessa on teemahaastattelu. Se sijoittuu formaalisen lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Haastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan väljemmin kohdentuen tiettyihin ennalta

suunniteltuihin teemoihin. Haastattelun teemat ovat siis tiedossa, mutta kysymysten järjestys ja tarkka muotoilu puuttuu. (Hirsjärvi ym. 2001, 95)

Teemahaastattelu on astetta strukturoidumpi kuin avoin haastattelu, sillä siinä aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistellut aihepiirit, teemat, ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutankin joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48, 66; Eskola & Suoranta 2000, 86–87.) Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006).

Haastateltaviksi valittiin kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi mielisairaanhoitajaa, kaikki sairaalan samalta akuuttipsykiatrian osastolta. Kaikilla haastateltavilla oli alalta vähintään 25 vuoden työkokemus. Työkokemus akuuttipsykiatrian osastoilla vaihteli 11:stä vuodesta 25:een vuoteen. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Kukin haastattelu kesti noin tunnin.

### 7.3 Aineiston analyysi

Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin sanatarkasti tekstiksi. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 31 liuskaa ja 15352 sanaa. Teemahaastattelun teemat muodostivat aineiston jäsenyyksen, josta lähdettiin liikkeelle. Vastauksista muodostettiin useamman lauseen teemakokonaisuuksia, jotka koodattiin ja lajiteltiin ensin haastatteluteemojen mukaan. Sen jälkeen osa teemoista jaettiin alateemoihin, jotka koodattiin ja lajiteltiin uudelleen hienojakoisemmin.

Analyysissa kiinnitettiin huomio haastateltavien yhteisiin näkemyksiin, kokemuksiin ja linjauksiin. Samalla haluttiin tuoda yksilöiden poikkeavat näkemykset.

Analyysin tueksi raporttiin on sisällytetty haastatteluotteita. Ne on kirjoitettu sisennettynä. Haastatteluotteista poistettiin sellaisia murre- ja sidosanoja, joista haastateltava saattaisi olla tunnistettavissa. Muutamissa kohdin analyysin tekijä on lisännyt sulkeissa olevan sanan tai sanaparin varmistukseen sen, että lukija ymmärtää otteen oikein ja selventääkseen haastattelusitaatin asiayhteyttä.

## 8 HAASTATTELUAINEISTON ANALYYSI

### 8.1 Leposide-eristämisen syyt ja yleisyys

Kaikkien haastateltavien mukaan potilaan aggressiivisuus on yleisin leposide-eristämisen syy. Aggressiivisuus ilmenee uhkaavana käytöksenä ja levottomuutena. Uhka voi kohdistua sekä hoitohenkilökuntaan ja muihin potilaisiin että omaan itseen. Kahden haastateltavan mukaan itsetuhoisuus on yhtä yleinen leposide-eristämisen syy kuin muihin kohdistuva uhka.

Kyllä se varmasti olis tää, että on itselleen ja muille vahingollinen eli uhkaava ja aggressiivinen käytös. Tai sitten joku tämmönen hyvin äkinäinen väkivaltatilanne, mutta niitä on hyvin harvoin onneksi nykyään.

Potilaan levoton tai aggressiivinen käyttäytyminen, että hän ei voi olla osastoyhteisössä toisten potilaiden kanssa. Mun tekis mieli lisätä siihen, et yhtä paljon tai rinnalla on itsetuhoisuus aika merkittävä syy.

Kyllä mä luulen, että se ykköseks menee varmaan se aggressiivisuus. Se on itseä tai toisia kohden tai jopa vuosien saatossa oli tilastoo, se itseensä kohdistuva on jopa vähintään saman veronen, ettei ylittäiskin sitä.

Kaikki haastateltavat korostivat, että leposide-eristäminen on aina lääkärin määräämä hoitotoimenpide. Aggressiivinen käytös, esimerkiksi tavaroiden rikkominen tai henkilöstöön kohdistuva väkivalta, ovat leposide-eristystä koskevan päätöksen kriteereitä.

Kyllä potilas on useimmiten rikkonu jotakin, se on aika tyyppillistä, esineistöä tai se voi myös kohdistua henkilöstöön. Tulee semmosia ensiks mieleen. Se et leposide-eristykseen menee, niin jotakin on jo tapahtunut.

Haastateltavat tunnistivat seuraavia potilastyyppejä, joiden hoidossa leposide-eristämiseen joudutaan turvautumaan:

- paranoidiset potilaat
- päihteiden ja huumeiden käyttäjät
- maanista psykoosia sairastavat
- epävakaa persoonallisuuden omaavat naispotilaat

Diagnoosin ei kuitenkaan nähty ennustavan erityisen voimakkaasti leposide-eristämistä. Potilaalla, joka aiemmilla hoitokerroilla on ollut leposide-eristyksessä, on suurempi riski joutua sinne seuraavallakin hoito-

kerralla. Jos potilas on päivystyksessä ollut leposide-eristyksessä, tähän varaudutaan myös kun potilas siirtyy osastolle.

Varmaan jo ennakkoon tietää semmoset, jotka on meillä aikasemminkin olleet - vähän jo tulotilanne kertoo. Jos potilas on jo tuolla päivystyspoliklinikalla jouduttu eristämään, niin meillähän on jo siinä tietoo. Kaikki ne potentiaalisethan tulee leposide-eristämisosastolla. Vaikka niin ei sais olla, mutta niin vaan on.

Varsinkin sitte, jos taustoista löytyy jo, että on ilmenny itsestuhosta rajua käytöstä osastollakin, niin aika usein se toistuu seuraavilla hoidoilla ... sitä jotenkin jo vähän varautuu et voi käydä niin ja katteleekin vähän tarkemmin perään.

Haastateltavat kuvasivat millaiset tapahtumat johtavat yleensä leposide-eristykseen. Heidän mukaansa suuri osa eristyksistä sattuu potilaan tulopäivänä. Potilas on harmistunut sairaalaan toimittamisesta. Lääkitystä ei ole vielä ehditty aloittaa tai potilas ei suostu ottamaan lääkettä. Potilas haluaisi kotiin ja kokee ahdistavana sen, että ei voi poistua sairaalasta. Eriytyisen kriittinen ryhmä ovat ensi kertaa sairaalaan joutuvat.

Voihan olla, että potilas pyytää ehdottomasti, että hän haluaa kotiin– nykyäänhän pyritään aina siihen yhteisymmärrykseen kaikin puolin, ettei heti toimita, että nyt tästä vaan ja että ei suinkaan ehdoteta eristystä heti. Mutta sitten on henkilöitä, jotka on niin harmistuneita siitä sairaalaan tulosta, että niitten kanssa ei pääse kommunikaatioon sanallisesti eikä he halua myöskään lääkettä ottaa.

Kyllä kauheen suuri osa menee ihan siinä tulovaiheessa. Toki on muissakin kohdin, mutta pääsääntöisesti ihan tullessa, kun ei vielä lääkitykset eikä mitkään päällä sit varsinkin, jos on joku enskeralainen, ett koko maailma kaatuun ja hätä tulee, ett täältä on päästävä johonkin pois.

Haastateltavat toivat esiin, että nykyisin leposide-eristyksen syyt ovat asianmukaisia eikä leposide-eristystä käytetä liian herkästi. Yhden haastateltavan mukaan joskus voisi yrittää käyttää pidempään muita keinoja ennen eristämistä.

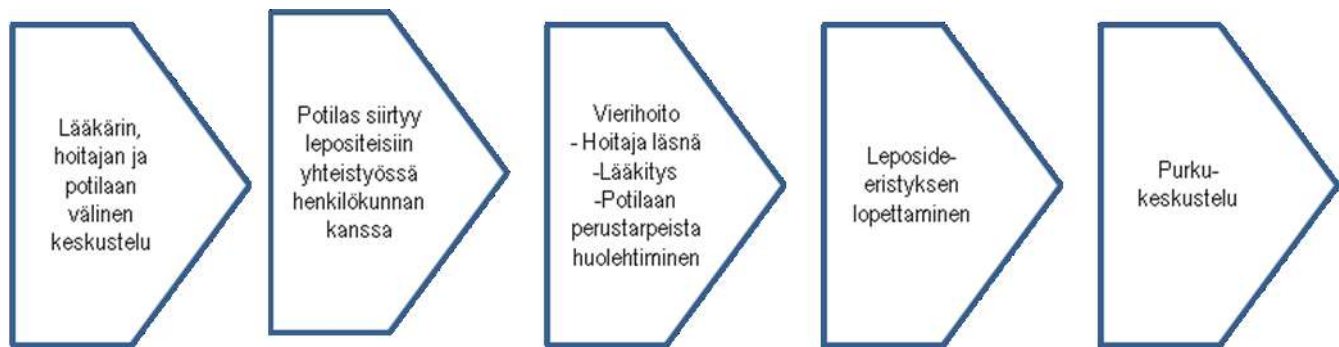
Yksi haastateltava korosti leposide-eristämisten suurta määrällistä vaihtelua. Yhden haastateltavan mukaan leposide-eristämisten määrä on merkittävästi vähentynyt. Sairaalassa on pyritty johdonmukaisesti käyttämään huone-eristystä ensisijaisena eristysmuotona.

Lukumäärä on hirveesti vaihdellu viime vuosien aikana. Nyt kesällä on taas ollu enemmän eristyksiä. Mut jos nyt ottaa jonkun viis vuotta kasaan, niin varmaan ainakin kerran kuu-kaudessa.

Leposide-eristyksethän on vähentynyt merkittävästi sairaalassa viime vuosien aikana, koska sitä on tavoiteltu.

## 8.2 Leposide-eristyksen ideaalikulku

Kuva 1 havainnollistaa leposide-eristämisen ideaalikulkuun, joka hahmottui haastatteluista.



Kuva 1: Leposide-eristämisen ideaalikulku

Leposide-eristyksen alkuvaiheessa on paikalla lääkäri sekä riittävästi hoitohenkilökuntaa. Lisähenkilökuntaa on pyydetty puhelimitse paikalle riittävän ajoissa, jolloin vältetään hälytyksen antamisesta. Yhdellä hoitajalla on johtorooli. Hän vastaa potilaan kanssa käytävän keskustelun ohjaamisesta ja potilaan keskusteluttamisesta. Haastateltavat korostivat, että tilannetta johtavan hoitajan tulisi olla potilaan oman osaston henkilökuntaa.

Siinä olis hoitajia ja lääkäri paikalla ja puhuttais siitä, että sä et näytä pärjäävän tässä ett mentäis vähäks aikaa noihin lepositeisiin. Yks puhuu siinä, ja muut on hiljaa ja siinä auttamassa.

..... niin se on se oma väki, joka on siinä mukana, kun ne tietää ja tuntee potilaan. Kun sitten se, että siihen tulee vieraat ihmiset riuhtomaan. Siinä pitää olla se keskusjohto omalta, tutulta osastolta.

Ihanteellista on, jos potilas siirtyy lepositeisiin yhteistyössä henkilökunnan kanssa.

Monesti potilas saattaa ideaalitulanteessa lähteä, vaikka siinä on henkilökuntaa tarpeeksi, sitä on siihen pyydetty etukäteen. Hän itse kävelee sinne lepositeisiin.

Vierihoidossa omahoitaja on kontaktissa potilaan kanssa. Potilaalle on tärkeää perustella, miksi leposide-eristystä tarvitaan hänen kohdallaan sekä varmistaa se, että potilas on tietoinen missä hän on ja miksi.

Kun mä oon vierihoidajana siinä, mä käyn sen potilaan kanssa keskustelua, et miksi ollaan täällä ja onko hän tietoinen

siitä asiasta, että hän on siellä. Se on musta kauheen tärkeä, että se jollakin tavalla hahmottus potilaalle....

Leposide-eristyksen aikana potilaan olo tehdään mahdollisimman miellyttäväksi. Kiinnitystä kevennetään heti, kun se on mahdollista. Vierihoitaja seuraa potilaan somaattista vointia ja vastaa siitä, että hänen perustarpeitaan huolehditaan. Potilaan on mahdollisuuksien mukaan päästävä liikkumaan leposide-eristyksen aikana. Hän voi käydä suihkussa ja WC:ssä, vaihtaa vaatteita, ruokailla ja niin edelleen.

...., että potilaan on siinä mahdollisimman mukava olla. Sen saa mukavaksi mahdollisimman pienillä kiinnityksillä ja tyyny on sopivasti ja peitettä on sopivasti ja sitte ett hänet saa rauhottumaan siihen tilaan että pystyy selittämään, missä me ollaan ja misk me ollaan tässä.

Kyllä mä siihen lisäksi otan sen kiinnityksen vaihtamisen. Pitäis myös muistaa, että potilas pääsis kylkee kääntämään ja liikkumaan, jos se potilaan tila ei ole niin levoton, ett sit pitää todella kiinnittää mahdollisimman liikkumattomaksi.

Kun ihminen suljetaan huoneeseen ja kiinnitetään vuoteeseen, siltä menee viimeinenkin itsemääräämisoikeus. Kylhän ne tulee äärettömän tärkeeksi semmoset asiat, et saanko mä juotavaa silloin kun mua janottaa, pääsenkö mä tarpeilleni vessaan silloin kun mull on tarve. Täss psykiatriassa helposti arvioidaan sitä ihmisen levottomuutta ja psyyken tilaan. Päivystävät lääkäritkin sitähän ne käy haastattelemassa. Mut siinä rinnalla mä tarkotan, ihan perushoito – jos sä ideaalista kysyt, mä vaan haluun nostaa sen esille ja mä melkeen sanoisin, et se ei todellakaan toteudu tässä talossa - mun mielestä lähellekään tällä alalla.

Vierihoidon aikana huolehditaan potilaan lääkityksestä tarpeen mukaan. Kun potilas on lepositeissä, on aikaa rauhassa miettiä, millainen lääkitys potilasta auttaa. Ensisijaisesti lääkitys tulisi antaa aina suun kautta. Lääkkeiden anto injektiona vastoin potilaan omaa tahtoa lisää traumaattisen kokemuksen mahdollisuutta.

Sit kun ollaan rauhallisesti kiinnitetty ja saatu potilas rauhallisesti hyvään asentoon, on aikaa ihan rauhassa miettiä, mitä me lääkitään ja vielä parempi on, jos menee suun kautta. Väkisin pistäminen lisää vaan sitä mahdollista traumaa, mikä siitä tulee.

Leposide-eristyksen tulisi olla mahdollisimman lyhyt. Sen on kuitenkin oltava riittävän pitkä, jotta tilanne purkautuu ja potilas selviytyy osastolla.

Tänkin mä siihen ideaaliin nostasin, ett oltas herkemmin kuulolla siitä, että tämän myös voi lopettaa, ettei tuu niinku automaatio, ett tää on tämmönen ainut hoitomuoto. Tilastois-

ta ollu näkyvissä se, että leposide-eristykset on vähentynyt ja huone-eristykset lisääntynyt, mut sit ne leposide-eristykset on ajallisesti pidempikestosia . Voi se tietysti kertoa, et ne on semmosia tapauksia, et ne on todella perusteltuja.

Kun uralle tulin, tääll olen oppinu semmosen asian, että leposide-eristyksen pitää aina olla mahdollisimman lyhyt ajallisesti. Se on se kuningasajatus.

Palautekeskustelu on leposide-eristämisen viimeinen vaihe. Keskustelu käydään aina, kun potilas suostuu siihen.

### 8.3 Haastateltavien oma toiminta eristystilanteessa

Kaikki haastateltavat ovat mukana kaikissa leposide-eristämisen eri vaiheissa omalla osastolla. Potilaan konkreettiseen kiinnipitämiseen ja siirtämiseen eristystilaan he osallistuvat hyvin harvoin. Sairaalassa oli muotoutunut sellainen käytäntö, että pääsääntöisesti mieshoitajat menevät apuun toiselle osastolle hälytyksen sattuessa.

Meillähän miehet enemmän juoksee, meillä autetaan kaikilla osastoilla, mutta totta kai omalla osastolla mennään tarvittaessa auttamaan ihan mihin vaan. Se auttamisvelvollisuus kuuluu, mutta jos ollaan omalla osastolla, niin kyllä mä yleensä siinä aina mukana olen jollakin lailla, en ehkä niinkään kiinni pitämässä ellen ihan satu siihen ytimeen, siihen potilashuoneeseen.

Kaikki haastateltavat olivat naisia. Sairaalan epävirallisen työnjaon mukaan mieshoitajilla on keskeinen rooli itse eristämistilanteessa potilaan kiinni pitämisessä. Haastateltavat kokivatkin mieshoitajien roolin suuremmaksi fyysisessä kiinnipitämisessä sen takia, että miehillä on enemmän fyysistä voimaa. Omalla osastolla tapahtuvissa eristystilanteissa haastateltavat osallistuivat myös kiinnipitämiseen tarvittaessa.

Naishoitajan keskeiseksi rooliksi leposide-eristys tilanteissa koettiin muun muassa potilaan puhuttaminen ja rauhoittelu, siteiden kiinnittäminen, vaatepuhdistus vaihdosta huolehtiminen, sekä eristysruokahuoneen tilojen järjestely leposide-eristystä varten. Haastateltavien mukaan roolit jakautuvat eristys tilanteissa luonnostaan.

Meillähän on paljon mieshenkilökuntaa, ei se tarkoita että pelkästään miehet tekee, mutta kyllä se oikeesti niinkun menee kuitenkin niin, että miehet fyysisesti vähän vahvempina niin, että katotaan roolit sen mukaan.

Oma tehtävä on monesti ollut leposideiden kiinni laittamista, siinä avustamista. Jos ajatellaan, että siinä on useampia ihmisiä ja mieshoitajilla on enemmän fyysisesti voimaa ja monesti he pitää sitä potilasta kiinni.

On joskus ihan naisissa viety eristykseen joku nainen. Jos itse olet siinä paikalla, kun se tapahtuu, ei siinä auta muu kuin, että lähdetään sitte. Sitte voi olla, että käyn puhumassa ja rauhottamassa sitä tilannetta.

Haastateltavat korostivat seuraavia hoitajan valmiuksia, tietoja ja taitoja.

- vuorovaikutustaidot, erityisesti levottoman potilaan kohtaaminen
- kiinnittämisen ja siirtämisen tekniikka
- somatiikan tietämys
- lääkityksen hallinta
- mielenterveyslain tuntemus

#### 8.4 Leposide-eristyksen ennaltaehkäisy

Kaikkien haastateltavien mielestä leposide-eristäminen voidaan ennalta ehkäistä vielä silloin, kun potilas on jo kireä. Kaikki haastateltavat painottivat potilaan ottamista mukaan hoitosuunnitelman tekemiseen ja hoitoprosessiin hoidon alkuvaiheessa. Näin voidaan jo ennalta ehkäistä sitä, että hoidon aikana joudutaan turvautumaan leposide-eristämiseen. Tavoitteena on alun alkaen sitouttaa potilas hoitoon ja pyrkiä hänen kanssaan yhteisymmärrykseen hoidon linjoista.

Kyllähän se vuorovaikutus varmaan on ja potilaan huomioiminen, asianmukainen lääkitys, keskustelu, hoitosuunnitelman teko, potilasta ja omaisia haastatteleamalla, hoitokokousten pitäminen, systemaattinen hoidon suunnittelu, kuunnella sitä henkilöä ja tarvittaessa rajojen asettaminen muuten siinä olemisessa. Kerrotaan potilaalle, miten täällä toimitaan.

Voi olla että joskus hyvin lyhyellä tähtäimellä joudutaan miettimään, kun niitä rajoja asetetaan, että näin mennään tämä päivä tätä..... totta kai hoidon suunnittelu on tärkeä ja se, että yrittää potilaslain henkeä (noudattaa), että yhteisymmärryksessä yritetään, mennään myös ja peräännyttään omista ideologioista.

Siis oli mikä tahansa potilas, mitä paremmin se on otettu siihen hoitokontaktiin, sitä paremmin sen tilaan ja tilanteeseen on paneuduttu ja ollaan ammatillisia. Eikä tää koske vaan hoitajia vaan lääkäreitä ja lääkehoitoa ja kaikkee. Mitä paremmin tietyn potilaan hoito on käsissä, niin se voi nostaa sitä kynnystä että joudutaan siihen tilanteeseen.

Vaikka rajoja asetetaan, niiden soveltamisessa ollaan joustavia. Hoitajat arvostavat potilaan mielipiteitä ja välttävät vallankäyttöä ja vastakkainasettelua. Vastakkainasettelu kiristää entisestään ilmapiiriä ja lisää potilaan mahdollista aggressiivisuutta.

Vaikka kuinka meillä tuolla raportilla sanotaan, että näin ja näin mennään, niin annetaan potilaalle ajatuksissa peräänny-



mismahdollisuus, ettei olla niin ehdottomia, että me tiedetään ja sä et tiedä mitään. Se vastakkain asettelun välttäminen jotenkin, että ei ole liian tiukka. Vaikka rajoja asetetaan, mutta yritetään kuitenkin yhteisymmärrykseen päästä siinä määrin kun päästään.

Vaikka tilanne olisi jo kiristynyt, ennaltaehkäisy onnistuu useimmiten silloin, jos potilas kykenee ja suostuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan kanssa ja suostuu hänelle määrättyyn lääkitykseen.

Useimmiten onnistuu, jos potilas ottaa lääkettä ja suostuu vuorovaikutukseen. Yleensä jos se potilas on kommunikatiivinen.

Vaihtoehtona leposide-eristämiseksi voidaan käyttää vierihoitoa ja tarvittaessa fyysistä kiinni pitämistä. Erityisesti itsetuhoisten potilaiden kohdalla haastateltavat ovat kokeneet vierihoidon toimivaksi.

Vierihoito. Joskus tuntuisi, että potilasta pitäisi seurata enemmän. Sitähän me käytetään nykyään aika paljon. Tarvittaessa vierihoitoa ja sitte lääkitys.

Joskus saattaa se kiinni pitäminenkin tulla kyseeseen, että kiinni pidetään jotakin henkilöä. Esimerkiksi meillä on joku kehitysvammainen ollu, on kaksikin omaa hoitajaa vuorossa. Kun hän ei pysty sillä tavalla kontrolloimaan näitten muitten psykoottisten kanssa, niin sitte omat hoitajat että ohjaillaan tarvittaessa koko vuoro ja tarvittaessa kiinni pidetään.

Jos on aggressiivinen, niin lääkitys ja vierihoidaminen. Ne ne on mun mielestä ainoat. Niillä vois välttää. Ja on justiin näiden itsetuhoisten kanssa – se kyllä onnistuukin. Mut se on hirveen rankka myös hoitokeinona.

Mikäli potilas on väkivaltainen, vierihoito ei tule kysymykseen.

Lääkehoito varmaan on yksi ja keskustelu ja jos on väkivaltainen, niin ei semmosta voi vierihoidaa. Se on sitten hankalampi. Jos on enempi tämmönen itsetuhonen, niin niitähän meillä on vierihoidettu.

Ennaltaehkäisy toteutuu todennäköisemmin, jos hoitajat havaitsevat ensioireet riittävän ajoissa ja reagoivat niihin nopeasti. Tilanteet ovat erään haastateltavan mukaan hyvin herkkiä; kireyden ja aggressiivisuuden purkamisen edellyttää rauhallisuutta ja levollisuutta. Vaikka ennaltaehkäisy ei kaikissa tilanteissa onnistu, sitä kannattaa aina kokeilla.

Aina kannattaa kokeilla. Kun potilas tulee – varsinkin jos on vieras potilas – niin nähdä mahdollisimman nopeasti se, kuinka pingottunu on ja kuinka hädissään on. Että ei jätetä kauheen pitkäksi aikaa yksin siellä ja tuu aivan totaalipaniin-

kisssa yks kaks. Ja sit tietysti on joitain tuttuja potilaita, et tietää et nyt se tulee, pitää lääkettä saada nopeesti. Osa j lukee, miten tässä käy jos ei saada nukuttua?

No jos ihminen alkaa kiristyyn niin sillon jo kun näkyy ne ensioireet, siihen jo pystyy puuttumaan lääkityksellä tai keskustelemalla. Monestihan keskustelemalla ei saavuta, mutta yrittää ainakin.

Varmaan sen tilan mahdollisimman varhainen huomaaminen et jollakin tulee kireys tai paniikki tai ahdistus alle. Apu useasti on lääke, ei siinä monesti lepyttely auta. Annetaan riittävästi lääkettä, semmosta joka sitä ahdistusta vie. Ja totta kai se hoitajan läsnäolo ja selittäminen ja rauhottelua ja se että kukaan ei loppuiäks jää, kaikki pääse sieltä pois, missä ollaan ja miks ollaan, niin pitkälle kun voi.

Koko tiimin täytyy tukea tilanteen laukaisemista luomalla osastolle hiljaisuutta ja rauhallisuutta.

Se vaatii semmosta sensitiivisyyttä ja jos siinä on toisia hoitajia paikalla kuten useimmiten onkin, se vaatii myös siltä tiimiltä, että kaikki tajuaa et nyt hiljaisuutta, rauhallisuutta. Useimmiten se on semmonen hiljanen hetki, et potilas rauhoittuu ja koota itensä ja sit vasta tehdä se seuraava teko, onko se lääkkeen antamista tai potilas menee omaan huoneeseensa. Minusta keinoja on.

Yksi haastateltavista korosti hoitajan persoonan merkitystä: luoko hoitaja turvallisen ilmapiirin, pystyykö hän hallitsemaan omat tunteensa ja sitä kautta kriittisen hoitotilanteen.

...., että sä vaistoot tän et on ihan pienestä et nyt voi tulla joku päällekin. Kyllä siinä on kysymys hoitohenkilökunnan ja sen hoitajan henkilökohtaisesta, ihan koko persoonasta, mikä se potilas vaistoo, kuka toi on? Hallitseeko se itsensä, hallitseeko se tän tilanteen? Onko hän turvassa. Potilaat on erittäin sensitiivisiä sen kanssa.

Ennaltaehkäisy ei haastateltavien mukaan useinkaan onnistu, jos potilaan oirehtiminen on hyvin rankkaa, potilaalla vahva päihdetausta tai jos potilaalla on vaikea persoonallisuushäiriö.

Esimerkiks nää, joilla on vahva päihdetausta ja sekakäyttäjiä ja sit saattaa olla persoonallisuushäiriö, että ihminen on niin kiree ja on harmistunut ja kerta kaikkiaan ei ota vastaan mitään. Ei se aina onnistu.

Ei se aina oo mahdollista. Kyl joidenkin potilaiden sairastaminen on semmosta, et me ei voida sitä välttää et tulee se tilanne. Se on se rankka, vakava sairaus, sieltä kumpuaa myös

sitä, että tää hoitomuoto on sen takia olemassa. Ei ole kysymys siitä, et ennakoitas ja asiat pitäs tehdä toisin, vaan .....

Yhdellä haastateltavalla oli kriittinen näkökulma hoitajien toimintaan ja hoidon organisointiin. Potilaita ei aina oteta riittävästi mukaan hoitoprosessiin. Osaston toiminta on ympärivuorokautista ja työtä tehdään kolmessa eri vuorossa. Eri ihmiset toimivat väistämättä jossain määrin eri tavoin.

Mä oon sitä mieltä, ett aina ei tuu potilaat otettua niin hyvin siihen hoitoprosessiin. Työtä tehdään kolmessa vuorossa. Vuorot vaihtuu, siell on eri ihminen. Se ei oo semmonen yhtenäinen, sielt tulee sitä vaihtelua ...

## 8.5 Haasteelliset leposide-eristystilanteet

Haasteellisia leposide-eristystilanteita ovat sellaiset, jotka alkavat yllättäen, ennalta arvaamatta ja joihin liittyy hoitohenkilökuntaan tai toiseen potilaaseen kohdistuvaa väkivaltaa. Yleensäkin potilaan aggressiivinen ja hallitsematon käytös vaikeuttaa leposide-eristykseen siirtymistä. Näissä tilanteissa potilaan kiinnipitäminen ja leposide-eristykseen siirtyminen hankaloituvat.

Potilaalle saattaa aiheutua esimerkiksi mustelmia tai muita lieviä fyysisiä vammoja, kun hänestä joudutaan pitämään kovemmin kiinni. Lieviä fyysisiä vammoja aiheutuu useammin leposide-eristystä toteuttavalle hoitohenkilökunnalle kuin sen kohteena olevalle potilaalle.

Tietenkin nää väkivaltaiset tilanteet, kun se on vaarallinen itelle tai toiselle potilaallekin. Ne on sillä lailla haastavat. Aina pitäis miettiä se strategia valmiiksi ennen kun aletaan eristämäänkään, että miten toimitaan ja tehä kaikki valmiiksi ja mahdollisimman vähällä huomion herättämisellä.

Kyllähän se varmaan onki niin että sit kun se potilaan käyttäytyminen ja oleminen on niin levotonta, hankalaa ja aggressiivista tai mitä se onkaan, et sit on vaikee hallita. Tulee se riski, että potilaalle sattuu jotakin tai henkilökunnalle sattuu jotakin.

Tilanteet, joissa eristettävä potilas on hakeutunut ahtaisiin tiloihin tai lukinnut itsensä esimerkiksi parvekkeelle koettiin eristämisen kannalta haasteellisiksi. Myös potilaan suuri koko vaikeuttaa leposide-eristyksen toteutusta.

Tarkotan sitä että jossain potilashuoneessakin joku on jossain kulmassa ja haluaa lukkiutua. Ne on ollu hankalia, et miten saadaan joku jostakin tilasta ensin pois ja sit sinne lepositeisiin.

Joskus äärettömän painavat ihmiset, jotka saattaa olla lattialla eikä mitään liikettä tuu. Se nostaminen ja se kantaminen, semmosessa oon joutunut puuhasteleen.

Pitkittyneet leposide-eristykset sekä etenkin nuoriin, ensi kertaa sairaalassa hoidossa oleviin kohdistuvat leposide-eristykset ovat hoitohenkilökunnan kannalta hankalia ja henkisesti raskaita.

Ehkä ne pitkittyneet on ja sit nuorilla, enskertalaisilla jossa myös omaiset on hädissään ja ihmeissään, et mitä on tapahtunut ja missä lapsi on ja miten nyt näin. Ehkä ne on siinä. Että haluais nopean avun. Jollekin nuorelle on kauheeta, jos tulee pitkä eristys.

## 8.6 Mitä tunteita leposide-eristäminen herättää hoitajissa?

Leposide-eristys on hoitomuotona aina raju, koska siinä rajoitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Jos leposide-eristäminen pystytään suorittamaan jonkinlaisessa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, ei toimenpide tunnu henkilökunnan kannalta niin rankalta. Haastateltavat olivat tyytyväisiä omaan toimintaansa eristys tilanteissa silloin, kun potilaan kanssa on pystytty olemaan vuorovaikutuksessa ja perustelemaan leposide-eristyksen välttämättömyys.

Rauhallisuus ja suunnitelmallisuus ja että pystyy mahdollisimman paljon olemaan kontaktissa potilaan kanssa. Lauantaina kun alkoi se eristys, niin aika pitkään potilaan kanssa pystyttiin keskusteleen ihan siitä ja hän ymmärsi ittekin, että meillä ei oo enää muuta keinoja kuin laittaa lepositeisiin. Pystyttiin perusteleen ja hän itsekin lepositeissä sano, että näin on parempi, että hän pelkäs ittekin, että mitä hän tekee. Semmosessa tulee hyvä olo siitä, että saattelee potilaan lepositeisiin, molemmin puolin ymmärretään se, ettei voida mitään muuta kun turvautua tähän.

Hyvin sujuneissa eristystilanteissa on paikalla ollut tarpeeksi henkilökuntaa. Yksi on hoitanut potilaan puhuttamisen. Tilannetta on kyetty ennakoidaan niin, että osastolle on soitettu apuvoimia puhelimitse, jolloin häilytykseen ei ole tarvinnut turvautua. Hoitajat kokevat helpottavana sen, että myös potilaan eristämisestä päätöksen tehnyt lääkäri on olla paikalla keskustelemassa potilaan kanssa, kun eristystä suoritetaan.

Hoitajat olivat tyytyväisiä toimintaansa silloin kun leposide-eristäminen oli sujunut suunnitelmallisesti ja rauhallisesti ja potilas oli mennyt lepositeisiin ilman fyysistä kiinnipitämistä. Leposide-eristämisen lopettamisen jälkeen potilaalta saatu positiivinen palaute antaa hoitajalle onnistumisen tunteen. Tällaista palautetta hoitajat saavat hyvin harvoin.

On ennakoitu ja ajateltu, että on aika kiree tilanne tuon henkilön kanssa. Pitäis varmaan ottaa vähän lisää väkeä että mennäänpä tarjoo vaikka lääkettä. Jos vieläkin hän on hy-

vin kiree ja arvaamattoman oloinen, lääkärikin on ehditty siihen pyytää paikalle. Tavallaan vähän ennakoi, että saadaan itse se käveleen sinne, että se ole ahdistava että... Hoitotyö on semmosta toimintaa parhaimmillaan että pystytään ennakoimaan ja hoitamaan .. kontaktissa ollaan siihen henkilöön koko ajan.

Jos on ollu joku semmonen eristystilanne, et on voinu säilyttää sen levollisuuden ja että asia hoituu. Mä vois in sanoa, että siit tulee jonkun verran tyytyväisempi olo.

Mutta muutamia vuosia sitte esimerkiks oli hyvinkin uhkaava iso mies ja uhkasi tappaa ja tämmöstä, hänet eristettiin ja hänet pakkolääkittin. Hän oli vuorokauden siellä. Hän rauhoittu ja kun avattiin remmit, hän kädestä kiitteli, että teitte hänelle tämän. Niitä harvon tapahtuu.

Negatiivisia kokemuksia herättävät sellaiset eristystilanteet, joissa on jouduttu käyttämään runsaasti fyysistä voimaa tai jopa liian rajuja otteita ja joissa henkilökunta ei ole kyennyt säilyttämään rauhallisuutta. Joskus hoitaja on harmissaan siitä, että potilaan tilanteeseen ei puututtu jo aikaisemmin, ennen kun tilanne on mennyt rajuksi. Lääkärin päätös leposide-eristyksen ja huone-eristyksen käytön välillä saattaa olla ristiriidassa hoitajan oman arvion kanssa.

... mutta semmosissa tilanteissa, joissa on ollu liian rajut otteet. Se tekee kyllä minulle huonoa, että överiks menee. Henkilökunnallakin adrenaliini kohoaa siinä tilanteessa. Semmosesta jää aina vähän paha maku suuhun tai sieluun.

Ehkä jos puhutaan pettymyksestä, varmaan on siinä mielessä pettymys, ettei olla aikaisemmin eristetty, että on päästetty tilanne liian pahaksi. Mut ei mulla silleen oo pettymystä et kaikki ne on kuitenkin ollu aiheellisia.

Jossain vaiheessa siinä kun tuli tää huone- ja leposide-eristys, niin olis voinu alottaa huone-eristyksellä. Se oli kaikille vieraampaa, vaikka onhan huone-eristyksiä tehty vuosikaudet ja meidän osastolla oli ne lepositeet, niin oli luontevaa hoitaa omalla osastolla ite. Nythän menee kaikki mukavasti uusiks. Jokunen olis voinu mennä huone-eristyksenäkin siinä yhes vaiheessa.

Kaikki haastateltavat pitivät leposide-eristämistä yhtenä hoitotoimenpiteenä muiden joukossa. Se koettiin kuitenkin epämieluisaksi työtehtäväksi koska siinä kajotaan ihmisen perusoikeuksiin. Potilaan vihamielinen suhtautuminen ja haukkuminen saattaa tuntua hoitajasta pahalta.

Silloin on se hoidollinen ratkaisu mietitty ja potilas kävelee sinne itse ja näin. Mut tietysti sitte, kun joudutaan se äkkiä ja hätiköiden tekemään, niin... Kun potilas saattaa vastustaa ja

huutaa ja potilas saattaa kiroilla ja noitua siinä viimesen päälle ja ja henkilökunnan haukkua, ei se fiilis mikään hyvä ole.

Lepositeisiin laittamiset ei oo koskaan mukavia tilanteita. Ihmisen vapautta joutuu siinä rajoittamaan siinä, mutta kuitenkin näillä systeemeillä joilla nyt eletään, on katottu siinä tilanteessa parhaaksi vaihtoehdoksi kuitenkin, jonkun henkilön kohdalla.

Nuorten tai vanhojen potilaiden leposide-eristämistä on vaikeampi hyväksyä. Hoitajia askarruttaa se, miten eristetty potilas kokee leposide-eristyksen. Nykyisin leposide-eristystä käytetään siten, että selkeät indikaatiot hoitomuodon käyttämiseen ovat olemassa. Hoitomuotoa käytetään harkiten vasta silloin kun mitkään muut hoitotoimenpiteet eivät tehoa.

Nuoret ja vanhat on semmosia, jotka mua puhuttelee hyvin paljon ja niitten kohdalla mun on jotenkin vaikeampi hyväksyä kuin aikuisen ihmisen ja aggressiivisen ihmisen (kohdalla), vaikka nuori ja vanha on aggressiivinen, ne on vähä eri tavalla.

Mä luulen, et mä kuulun niihin ihmisiin, et mä oon aika hyvin hyväksynyt sen, et tää on yks hoitomuoto täällä psykiatriassa, se vaan on. Mulla ei oo semmosia eettisiä ongelmia, mut oon aina miettinyt sitä, et kuinka traumaattinen kokemus se sit kuitenkin loppujen lopuksi ehkä on sille potilaalle.

...millanen kokemus tälle jää koko loppuelämäks kun mut on tällä tavalla sidottu. Kyllä mä sitä joskus mietin ja sillohan se tulee aina et oisko tätä ihmistä voitu hoitaa muuten, ettei tätä leposide-eristystä olis tarvittukaan.

## 8.7 Leposide-eristyksen linjaukset hoitoyhteisössä

Haastateltavat olivat lähes yksimielisiä siitä, että osastolla on yhtenäinen linja siitä, milloin leposide-eristäminen on paikallaan sekä leposide-eristyksen toteuttamisesta. Linjaan ei vaikuta se, onko työvuorossa pitkänvai lyhyen työkokemuksen omaavia hoitajia. Myöskään henkilökunnan sukupuolen ei koettu vaikuttavan leposide-eristämisen käyttöön. Ainoastaan siitä, mitä eristysmuotoa käytetään, saattaa joskus harvoissa tapauksissa olla eriäviä ajatuksia tiimin sisällä.

Yhtenäiseen linjan koettiin olevan tulosta siitä, että kyseessä on kokenut, pitkään yhdessä töitä tehnyt tiimi. Uudet työntekijät perehdytetään eristyskäytäntöihin ja jokaisella sairaalan osastolla on eristämistä koskevat ohjeet kirjallisessa muodossa.

Kyl mä sanon, että ois aika yhtenäinen linja. Kyllä me sitä opusta luetaan ja katotaan mikä on se ohjeistus. Kyl me sitä ja lakia ja asetuksia noudatetaan kaikki. Ja siitä lähdetään,

että jos lisäporukkaakaan ei saada, niin eristys hoidetaan niinkun se pitää hoitaa, niinkun laki sen määrää.

Kyllä se vuorokohtainen on, mutta onhan siinä kriteerit olemassa. Siinähan on lain mukaiset kriteerit, milloin sä saat. Sä et saa siitä, että sä suutas soitat. Siitähan ei joudu lepositeisiin. Se ei ole mikään rangaistuskeino. Sen tietää kaikki.

Näin mä luulen. Ihmiset on ollut pitkään alalla ja pitkään tehny yhdessä töitä. Ne on muokkaantunu. Ainakin tän asian suhteen – ei kaiken suhteen – ainakin tän leposide-eristyksen suhteen.

Ennen leposide-eristyksen aloittamista olisi hyvä käydä työryhmässä keskustelua siitä, onko eristäminen välttämätöntä ja mitä eristys- tai rajoitusmuotoa käytetään kyseisen potilaan kohdalla. Toki on tilanteita, joissa tällaiselle keskustelulle ei ole aikaa. Lääkäri tekee aina päätöksen eristyksen aloittamisesta.

Sairaalan eristyshuoneiden remontin jälkeen huone-eristystä on pidetty ensisijaisena eristysmuotona. Haastateltavien mukaan aluksi lääkärit määräsivät potilaita huone-eristykseen vaikka kriteerit leposide-eristämisen käytöstä olisivat täyttyneet ja vaikka huone-eristys oli potilaan voinnin takia hyvin vaikea toteuttaa. Linja on nykyisin selkeämpi.

Lääkärihan, kun se loppuviimeks tulee paikalle, sit sanoo. Nykyään on joskus niin, että lääkäri sanoo, että ei lepositeisiin. Heillekin on terotettu, että se on se huone-eristys eka.

Henkilökunta oli sanonut, että eihän sitä voi panna huone-eristykseen, koska se kaatuu päin seinää ja voi tulla päävamma. Kyllähän lepositeisiin mentiin. Kuitenkin se hoitohenkilökunta, ammatti-ihmiset arvioi siellä.... Pitää siihen luottaa, mutta voihan sitä keskustelua käydä. Monestihan se on lääkärin kanssa, että tää linja on muuttunut siitä, että kaikki muut keinot käytetään ensin ennen kun lepositeisiin potilasta laitetaan. Mutta keskustelu on ihan hyvä.

Minusta pitäis käydä enemmän keskustelua ja jos pystyis vielä etukäteen käymään keskustelua ennen kuin kumppaan-kaan ollaan menossa. Sitä keskustelua ei oikeestaan käydä paljoa. Ainahan ei tietysti oo mahdollisuuttakaan, kun tilanne tulee. Onhan siinä toisaalta se puoli, että minä ainakin välillä kysyn, miten me hoidetaan aggressiivista huone-eristyksessä kun ei sinne voi sisälle mennä, että mitä hoitoa se sit on että pannaan tyhjäan huoneeseen psykoottinen, paranoidinen, pelokas, kaikkea pelkäävä.

## 8.8 Leposide-eristämiseen liittyvä koulutus

Sairaalan hoitohenkilökunta on käynyt Veth-koulutuksen (väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito). Koulutuksessa harjoitellaan aggressiivisen tai väkivaltaisen potilaan kohtaamista, sekä erilaisia kiinnipitotekniikoita. Myös leposide eristämisen kulku käydään läpi käytännön tasolla. Koulutusta on järjestetty myös kesäsijaisille hieman lyhennetyssä muodossa.

Kaikki haastateltavat pitivät koulutusta erittäin hyvänä. Sen ansiosta leposide-eristäminen toteutuu nykyisin entistä turvallisemmin sekä potilaan, että hoitohenkilökunnan kannalta.

Nyt ihmiset tietää jo niitä otteita silleen, ettei kauheesti haupuilla. Tiedetään, miten lähdetään viemään eristykseen turvallisesti.

Se sitte varmaan se henkilökunnan kokemus että näitä kiinni pitämiskoulutuksia on ollu. Ensin on viikko ja sit on niitä kertauspäiviä. Tavallaan sulla on keinoja siihen, miten sä otat ihmisestä kiinni, jos sun tarvii. Se antaa jonkunlaisen turvallisuuden tunteen ja siinä puhutaan myös siitä väkivalta-kohtaamisesta.

Minusta tää Veth -koulutus oli erittäin tärkeä. Että jos ois kiinnostusta, sitähan vois jatkaa myös itse - näitä kiinnipitajuttuja ja muita. Siihen on aina mahdollisuus.

Koulutuksen arveltiin vaikuttaneen positiivisesti myös siihen, miten potilaaseen suhtaudutaan. Yksi haastateltava arveli koulutuksen muuttaneen hoitokäytäntöjä laajemmaltikin humanimpaan suuntaan.

... se on ollu hyvä koulutus. Se vaikutti nimenomaa siihen asenneilmapiiriin, toki siellä opittiin tekniikoitakin.

Nyt kun oma tämä Veth -koulutus ynnä muut ollut tuota kiinnipitämiskoulutusta ja lait on muuttunut, niin tästä on tullu paljon humanimpaa, ihmistä kunnioittavaa tästä eristyksestä ja hoitokäytännöistä yleensäkin. Et se on aivan ... ja mä tykkään siitä myös, että hoitajat on koulutettuja.

Leposide-eristyskäytäntöjen sisäistäminen on osa uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Myös vakituinen henkilökunta lukee ja kertaa osastolle toimitettuja eristämisohteja.

Jokaiselle uudelle toki kerrotaan eristämisestä, teknisestä puolesta, huoneesta ja mielenterveyslaista. Ei varmastikaan riittävästi. Joskus sijaiset on aika helisemässä, jos ne yks kaks jäävät .... kun ei ole pitkää kokemusta ja tuleekin eristys, eikä siellä oo ketään kokenutta paikalla, niin pakkaa meneen sormi suuhun, että mitä kaikkea piti kaikkialle tehdä, ettei se sitte ihan niin hansassa ookkaan.



Meillä on perehdytysohjelma. Sen mukaan mennään eteenpäin ja totta kai pyritään siihen, että kun kerrotaan näistä turvallisuuskäytännöistä: Turvallisuusajatteluun pyritään kaikin tavoin ja ennalta ehkäisyyn.

Jos on menossa eristys, niin kyllä meillä on monisteena monta nippua ja se heti annetaan luettavaksi. Koska siinä on kuitenkin aika selkeet ohjeet, miten kirjataan ja kaikkea tällöksiä.

Kyllä niitä ohjeita aina kerrataan. Talohan lähettää kirjallista ohjetta aina. Jos on huone-eristys tai leposide-eristys, mitä tehdään, mihin kirjataan. Se kirjaaminen on monimutkaista. On kiinnitetty huomiota kirjaamiseen ja tosi paljo on puhuttu siitä.

Haastatteluissa tuli ilmi, että osa leposide-eristyksistä käydään jälkikäteen läpi hoitotiimin kanssa. Tämä menettely toimii henkilökunnan purkamiskeinona ja auttaa osaltaan kehittämään leposide-eristämisen toteuttamista osastolla.

Ei meillä mitään semmosta systemaattista toimintaa ole, mutta kyllä työryhmässä useinkin tulee puhuttua tai kun eristys on loppunu niin sitte ehkä puhutaan, mutta ei mitään semmosta systemaattista.

Sit kun oman osaston leposide-eristämiseen laittamisia on ollu, ja on tällönen pitkään yhdessä työskennelly kokenut tiimi, niin ainahan me puhutaan siitä, että mitäs tässä tapahtu ja kuinka tähän mentiin. Saatetaan käydä niin, että tehdään pieniä tilanteita, että kiinnilaittamisessa, kuka mitäkin tekis, et ikään kuin sitä puhutaan jälkeinpäin. Mä luulen et se toimii kahdella tavalla. Se on työnohjauksellista tuulettamista sille asialle, ja potilaan asian pohtimista. Kyllä mä luulen et siinä samalla tulee sitä kritiikkiä, että joku ei oo toiminu mun mielestä hyvin, mut se on opetuksellista.

Veth-koulutuksesta huolimatta osa haastateltavista toivoi lisää leposide-eristämiseen liittyvää koulutusta. Leposide-eristys koettiin haastavaksi hoitotoimenpiteeksi, josta tulisi keskustella ja josta tulisi järjestää jatkuvaa teoriapohjaistakin koulutusta ja kertausta.

Kyl sitä sais olla enempi, koska niillä osastoilla, joilla on leposide-eristämistä, ehkä on se tieto hallussa, miten potilasta pitää siinä oikeesti hoitaa ja kiinnityksiä vaihtaa ja tosiaan käyttää vessassa ja tällöksiä. Sitte kun tulee jostain muualta vaikka ei tästä talosta, vaan jostakin muualta rakennuksesta, ne saattaa makauttaa monta vuorokautta ihmistä, jos niille ei käy sanomassa, että niin ei voi toimia.

Se tieto ei me perille ja myös sekin että mitä se tarkoittaa, kun on se seuranta että ei siellä olla väliovi kiinni ja istuta yksin siinä kopissa. Se ei oo se tarkoitus. Et ihmiset ei tiedä, vaikka hirveen hyvät ohjeistuksethan siitä on. Mutta se että kuinka moni niitä oma-aloitteisesti lukee, se on varmaan aika minimaalinen.

Minä pidän tärkeänä myös koulutusta ja teoriatietoo ja et ainut keino näitten asioiden oppimiseen ei oo vaan työssä tekeminen – pitää hakee siihen myös teoriatietoo.

Mun mielestä sen pitäis olla ihan jokavuotista koulusta aina uusille ja vanhemmillekin yhdessä puhumista ja sen sisällöstä puhumista ja kokonaisuudessaan siitä pitäis paljon enemmän puhua kuin mitä nykyään puhutaan.

## 8.9 Sairaalan eristystilat

Sairaalan eristystilat remontoitiin ja uudistettiin muutama vuosi sitten. Haastateltavien mielestä nykyiset tilat soveltuvat eristämiseen paremmin, mutta silti niissä on toivomisen varaa.

Eristyshuone koettiin värittömäksi, virikkeettömiksi ja kolkoiksi. Eteisen ahtaus ja oven reunojen terävyys saattavat aiheuttaa eristettävälle potilaalle tai eristystä toteuttavalle henkilökunnalle mustelmia. Myös ergonomian kannalta tilat koettiin huonoiksi.

Eihän ne hyvät sinällään ole. Ankeet värittömät. Verhoja ei saa auki. Siellähän ajan taju katoaa ja kaikki muu taju, kun ei nää. Kyllä siellä voi vähän olla jotakin muuta kuin pelkät valkoset seinät. Vois olla ikkunaverhot, niin että vois ulos kattoo ikkunasta. Sänky on irtonainen. Jos ihminen ryskää ja se liikkuu niin sehän on hengenvaarallinen. Kaikki ne ovien reunukset on hirvittävän terävät. Tulee isoja mustelmia, kun joutuu raahaamaan. Sillä lailla se ei oo hyvin suunniteltu.

Kallis remontti. Ei paljo oo mietitty sitä, minkälaiset pitäis olla nykyaikaiset huone-eristystilat. Eihän ne noin virikkeettömät ja värittömät sais olla ja kalsat kaikin puolin.

Tyhjä huone, liian matala patja. Mitä työsuojelulakikin sanoo, ettei sais raskasta lastia laskee kun 50 senttiä maasta, tai se on selälle pahaks. Nyt kun se on tommonen, kun sä viet sinne potilasta tai vähän vastentahtosesti paat siihen patjalle. Puhumattakaan et kun labraa otetaan ja lääkitään ja potilas syö siellä lattialla.

## 8.10 Miten leposide-eristyskäytännöt ovat muuttuneet?

### 8.10.1 Määrällinen muutos

Kolmen haastateltavan kokemuksen mukaan leposide-eristysten määrä on vähentynyt. Mikäli eristystä joudutaan käyttämään, ensisijainen vaihtoehto on nykyisin huone-eristys. Tätä ennen tilanne pyritään laukaisemaan muilla hoitokeinoilla kuten esimerkiksi lääkitys ja keskustelu.

Nythän meidän pitää saada lääkäriltä lupa sen leposide-eristyksen aloittamiseen. Se on merkittävä, iso muutos. Ne on selkeästi määrällisesti vähentyneet. Se on todella kriittisen arvioinnin takana et tänä päivänä käytetään ellei sit oo se akuuttitilanne, ett on tuhosasti käyttäytyvä potilas, kun aloteetaan. Sitähän on. Niit oli ehkä määrällisesti enemmän vuosikymmeniä sitten, mut ne ei ollu niin pitkäkestosia. Kun ehkä vähän ennakoivasti, pienemmällä kriteereillä aloitettiin, voi olla et se tilanne meni ohi.

Leposide-eristykset on vähenty. Päivystävillä lääkäreillä on hirveen iso kynnys lepositeisiin vaikka olis kuinka selkeet indikaatiot.

Yhdellä haastateltavalla oli tuntuma siitä, että leposide-eristyksiä olisi nykyisin enemmän kuin ennen. Syynä on hänen mielestään potilaiden aggressiivisuuden lisääntyminen.

Mul on semmonen muistikuva –, että nykypäivänä ne (leposide-eristykset) on lisäänty. Nykypäivänä on aggressiivisuutta enempi. En tiedä, mistä se johtuu, mut mun mielestä sitä on.

### 8.10.2 Keitä eristettiin?

Haastatteluaineiston pohjalta on vaikea vertailla sitä, millaisia potilaita hoidettiin leposide-eristyksessä. Syynä on se, että aiemmin osastoilla oli hyvin erityyppisiä potilaita. Nykyisin osastot ovat profiloituneet tietyn tyyppisiin potilaisiin.

Siihen aikaan vielä alkuvaiheessa tuli deliriumpotilaat ja niit oli paljo lepositeissä. Ne lääkittiin ensin nukuksiin ja sitte kun ne heräs ne oli taas klaareja. Nykyään ei deliriumpotilaita tule osastolle. Se on vaikuttanu ihan oleellisesti eristysten määrään. Oli hyvin moninaista joukkoa. Oli hyvin persoonallisuushäiriöisiä, kun vankilasta suoraan tultiin ja millon mistäkin ja huudettiin kilpaa, kun sitä väkeä oli niin paljon.

Aggressiiviset on aina eristetty. Sekavathan, maanisessa psykoosissa olevat kyl ne on aina eristetty. Se ei ollu diagnosiriippuvaista silloin eikä ole nykyisinkään, vaan sitä löytyy ihan kaikista niinku silloinkin.

### 8.10.3 Leposide-eristyksen toteutus

Muutosta on tapahtunut leposide-eristysten toteuttamiskäytännöissä. Aikaisemminkin lepositeissä ollutta potilasta ja tämän vointia seurattiin huonekäynneillä 15 minuutin välein. Jatkovaa vierihoitoa haastateltavat pitivät suurena edistysaskeleena, koska se mahdollistaa potilaan jatkuvan seurannan. Haastattelut viittasivat siihen, että aiemmin sairaaloiden väliset erot eristyksen käytössä ja eristyskäytännöissä olivat erittäin suuret.

Käytäntöhän on muuttunut aika radikaalisti viime vuosina. Että ensin huone-eristys ja ensin puhutaan ja keskustellaan ja lääkitään ja tehdään näitä muita toimenpiteitä ja sitten leposide-eristys.

Onhan ne muuttunu tietenkkin. Siteet sinällensä ei ole muuttunu. Mut sillon kun mä on valmistunu ja olin akuutilla psykiatrian osastolla Y:ssä, ei siellä ollut olemassakaan mitään leposide-eristyskiä. Siellä ihminen eristettiin huoneeseen sillon. Mut sitte myöhemmässä vaiheissa kun tuli leposide-eristys, niin sinnehän kurkattiin viidentoista minuutin välein.

Minä en oo ollu missään työyhteisössä töissä, missä ihminen olis vaan pantu leposide-eristykseen ja jätetty seuraamatta. Semmosta mä en muista - vaikka joku sano - niit ei oo käyty päiväkausiin katsomassa. . Mul on ollu varmaan aina niin hyviä esimiehiä, että ne on vaatinu, että siellä on käyty.

En mä tiedä onks se muuten muuttunu, kun että valvonta on muuttunu, mikä on ihan oikein, niin pitää tehäkin. Sehän on jo fyysisestikin vaarallista maata viikkokausia remmeissä niin – psyykkisesti myös rankka. Kyllä siinä pitää olla ihminen, jos puhutaan, että ollaan psykiatrisessa sairaalahoidossa.

### 8.10.4 Milloin leposide-eristystä käytettiin?

Haastateltavat kokivat, että leposide-eristystä on käytetty aikaisemmin herkemmin kuin nykyään. Yhdellä haastateltavalla oli päinvastainen kokemus. Niin sanotut ennalta ehkäisevät eristykset olivat yleisiä. Potilaita saatettiin jopa uhata leposide-eristykseen joutumisella. Haastateltavien mukaan eristykset olivat aikaisemmin kestoiltaan lyhyempiä. Potilaita saatettiin myös eristää ilman, että lääkäri oli paikalla, ja tämä tuli katsomaan potilasta vasta myöhemmin.

Jos ihan tältä pitkältä uralta kertosisin, niin totta kai sitä on joskus käytetty varmaan herkemmin ja enemmän. kuulin sanottavan aina, että jos et tee tota, joudut lepositeisiin. Se kulttuuri oli aivan toisenlainen kuin mitä nykyään.

Ehkä silloin työuran alussa saatettiin laittaa lepositeisiin, kun ennakoitiin kärjistyvää tilannetta tai muuttuvaa tilannetta. Kun ei ollut vielä tapahtunut mitään. Ja täähän johtuu siitä, että tavoitellaan sitä, et olisi vähemmän leposide-eristyksiä ja sit se on jo rajumpaa.

Leposide-eristyksen käyttö on vähentynyt merkittävästi. 80 – luvun loppupuolella oli paljon enemmän sitä, että hoitajat aloittivat jopa leposide-eristyksen ja se lääkäri tuli vasta myöhemmin kattamaan siihen tilanteeseen, et miss mennään. Sillä tavalla oli vastuut sen aloittamisesta ja niinkun mä sainoin, oli jopa ennakoivaa, oli erilainen ajattelutapa.

Nykyisin potilaita ei eristetä lepositeisiin ennakoiden. Jotain on jo täytynyt tapahtua, jotta leposide-eristys aloitetaan. Potilas on käyttäytynyt siten, että hänen voi olettaa olevan vaaraksi itselleen tai muille.

Tänä päivänä kun mennään leposide-eristykseen tilanne on jo niin vaativa, et ne on aika pitkäkestosia. Oli kevyempää, ei ollut niin rankkaa ja rajua se aina –. Potilas on niin huonossa kunnossa tänä päivänä. Niinkun mä viittasin niihin perushoitajuttuihin, ihan ne syömiset, on vaikeeta saada syömään, ottamaan nestettä, on somaattista sairautta, levottomuutta.... tila on rajumpi ja se on sille henkilöstöllekin rankempaa.

Yhden haastateltavan mukaan ennenkin leposide-eristykset olivat olleet harkittuja ja niiden toteutus tapahtui vierihoidon lukuun ottamatta samalla tavalla kuin nykyään.

### 8.10.5 Hoitokulttuurin inhimillistyminen

Haastateltavat luonnehtivat aiempaa hoitokulttuuria kovaksi. Potilaiden ja hoitajien välillä vallitsi vastakkainasettelu. Hoitokulttuurin koettiin muuttuneen huomattavasti ihmistä kunnioittavampaan suuntaan. Psykiatrisessa hoidossa kiinnitetään enemmän huomiota henkilökunnan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Osastojen rutiinit ovat vähentyneet ja hoito on muuttunut yksilöllisemmäksi.

Leposide-eristykset toteutetaan nykyisin potilaan ihmisarvoa kunnioittavasti. Tätä edesauttavat koulutettu ja ammatillinen hoitohenkilökunta, lakimuutokset, sairaalan selkeämmät ohjeistukset sekä se, että yhteiskunnan suhtautuminen psykiatriseen hoitoon on muuttunut.

Mutta kyllä silloin jotenkin se oli muutenkin koko sen kulttuuri paljon kovempaa ja semmosta vastakkainasettelun kulttuuria. Sekin varmasti vaikutti, että myös henkilökunta saunaili potilaalle ihan , joskus voi sanoa suunsoittoa, se varmasti harmitti potilasta, joka oli ihan hirveen kipeä ja sairas.

Oli semmosia rutiineita, että ei enää nykymaailmassa ole. Ennen kaikkea kiinnitetään huomiota tähän vuorovaikutukseen.

Kyllä tämän on muuttunu ihmistä kunnioittavaan suuntaan.

On onneksi (tapahtunut muutoksia). En voi puhua muuta kun oman osastoni puolesta. Se on ihminen, joka on siellä eristyksessä ja siitä huolehditaan niinkun kuuluu huolehtiakin. Siinä on tapahtunut muutos, kun siellä koko ajan on ihminen, jonka kanssa voi olla vuorovaikutuksessa. Siinä on tapahtunut iso muutos vuorien varrella.

Yksi haastateltu toi esiin mieshoitajien roolin muutoksen. Aiemmin mieshoitajat olivat valvoja, sittemmin heidän roolinsa kehittyi hoidolliseksi ja myös heidän työssään potilaskontaktit tulivat tärkeiksi.

Oli se välillä aika tavalla semmosta, et sä valvot, et se pysyy se homma hanskassa. Ei riittäny semmosta, et voisit sanoo, et olit kauheen hoidollinen illan aikana, ku semmosta määrää hoisit siellä. Ns. mieshoitajan rooli syntyy siellä. Toki jos sielläkin vähä yritettiin sitä purkaa, mut täällähän sit jo loppu, et ei voi olla vaan niinku mieshoitaja. Kun siel oli niin paljo niitä tilanteita oli jotenkin semmonen rako, ettei ollut niin hoidollinen miehenä vaan teki niitä miehisiä hommia. Täällä joutuu tekemään myöski enemmän sitä hoidollista ja potilaskontaktia.

Yksi haastateltu näki, ettei hoitokulttuurissa ole tapahtunut kovin suurta muutosta. Hän näki hoidon riippuvan yksittäisistä hoitajista ja heidän empaattisuudestaan ja hoidollisuudestaan. Vääränlaista vallankäyttöä saattaa olla tänäkin päivänä.

Ei välttämättä suurempaa muutosta. Se on ammatti-ihmisestä riippuvaa. Oli silloin aiemminkin ihmisiä, jotka oli hyvin empaattisia ja hoidollisia, vaikka käytettiin tämmöstä hoitomuotoa, ymmärsivät sen .... puhun esimerkiks mieshoitajista.

Kyllä eristyshoidon toteuttaminen mahdollistaa myös sen vallankäytön, mikä tällä alalla pitää aina muistaa. Sitä on ollut aiemmin ja sitä on tänä päivänäkin. Se mahdollistaa semmosen vääränlaisenkin vallankäytön siinä sivussa vaikka ollaankin hoitoa toteuttamassa.

#### 8.10.6 Muutoksen syyt

Haastateltavien mukaan muutosten keskeisiä syitä ovat olleet osastojen potilasmäärien väheneminen ja henkilöstön koulutustason paraneminen. Ennen samalla henkilöstömäärällä saatettiin hoitaa 30 potilasta, kun se nykyisin hoitaa enintään 14:ta. Tämän takia potilaiden voinnin tarkka seu-

raaminen oli vaikeampaa. Osa henkilökunnasta, erityisesti sijaisista oli vailla alan koulutusta. Ylimääräistä henkilökuntaa ei ollut lupa hankkia toteuttamaan esimerkiksi vierihoitoa, jolla potilaan eristäminen lepositeisiin olisi voitu välttää.

Kyllä se minusta oli silloin (80 -luvulla) villiä meininkiä . Henkilökunnasta täytyy ensinnäkin sanoa, että osa oli kouluttamatonta. Keikkalaisia tuli, ne oli ihan metsästä. Nythän on kaikki koulutettua henkilökuntaa.

Niitä potilaita oli niin paljon sillä osastolla, että se teki varmaan siihen levottomuuden. Ma uskoisin , että sillä oli (vaikutusta) ja myös se, että henkilökunta oli kouluttamatonta osittain eikä muuhunkaan henkilökunnan koulutukseen kiinnitetty niin paljon huomiota, kuin nykyisin että saadaan jatkuvaa koulutusta. Eikä siihen etiikkaan eikä tämmöseen ihmisen kohtaamiseen ja kohteluun kiinnitetty huomiota.

Mutta se että eristämistilastot on pienentyny, meilläkin pieneni aika paljon kun oli se kehittämisprojekti, ...siihen on vaikuttanut myös se, että vuosia aikasemmin mehän ei saatu ylimääräisiä henkilöitä tilata esimerkiksi vierihoitamaan. Sehän on helpottunut, että me saadaan tilata ylimääräinen vierihoitamaan, millä me vältetään eristystilanne.

On se menny ilman muuta ammatillisempaan ja hoidollisempaan suuntaan. Sehän tietenkin oli ero, kun kun oli 30 potilasta X:ssä, ei siinä paljoa kerenny kaikkia katsomaan kuka siinä hiljaa muhii ja kiristyy ja hajoaa. Jos oli ihan hiljaa se oli hyvä, että oli hiljaa. Kärkee pysty enimmäkseen hoitamaan, mitkä näky ja sitte jotka oli täysin syömättömiä. Jos ne söi ja liikku ja kävi vessassa, ne jäi pienemmälle huomiolle. Välillä sitte tuli niitä yllätyksellisiä. Et kerinny haastatteleen.

Max 14 ja pienempi vielä tilallisesti, onhan tää ihan toisenlainen, ihan sama määrä henkilökuntaa plus tänne saa vielä herkemmin lisää. Sillon oli kyllä niin vähissä rahat, et ei millään saatu ylimääräisiä hoitureita. Se on ihan fakta, että jos on hirveesti potilaita ja jos pannaan siitä kolmasosaan tai puolella pudotetaan, niin aivan varmasti joku muuttuu ja putoo eristysluvut.

Muutoksen taustalla haastateltavat näkivät psykiatrisen sairaanhoidon kehityksen ja koko yhteiskunnan muutoksen. Psykiatrisen hoidon kulttuuri on aina kunkin historiallisen aikakauden tuote. Muutosta tapahtuu jatkuvasti.

Koko yhteiskunnassa on kiinnitetty psykiatriseen hoitoon ja hoitokulttuuriin huomiota.

Mutta se täytyy myös ymmärtää et hoitamisen kulttuuria pitää aina katsoa sitä historiallista taustaa vasten. Tää ei voi olla mustavalkosta ett sanotaan että ennen asiat oli niin paljo paremmin tai sit huonommin. Vaan pitää nähdä , että psykiatrisen hoitamisen kulttuuri muuttuu. Lääkehoitohan on menny valtavasti eteenpäin. Mutta se ei ole kaikki. Myös se ajattelutapa ja miten asioita ohjeistetaan, miten halutaan toimia se muuttuu ja on muuttunut.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen tulokset

Tämän tutkimuksen tulokset leposide-eristämisen syistä ovat samansuuntaisia Tuohimäen (2007) tutkimustulosten kanssa. Potilaan aggressiivisuus on yleisin leposide-eristämisen syy. Tässä tutkimuksessa ei havaittu minäkään diagnoosin vaikuttavan leposide-eristykseen todennäköisyyteen. Potilaan tulo osastolle on kaikkein kriittisin vaihe. Suuri osa leposide-erityksistä tapahtuu tulopäivänä tai hoidon alkuvaiheessa.

Tähänastiset tutkimukset (Keski-Valkama, 2010) sekä tilastotiedot (THL, 2011) osoittavat leposide-eristysten pientä määrällistä laskua. Tämän tutkimuksen aineisto ei osoittanut selkeästi leposide-eristysten määrällistä laskua. Leposide-eristykseen ei kuitenkaan nykyisin jouduta niin herkästi kuin ennen. Merkittävä muutos on se, että potilasta ei eristetä ennakoiden. Huone-eristyksestä on tullut ensisijainen eristysmuoto.

Kaltiala-Heinon mukaan (1999) jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa tulee olla selkeä linja pakkotoimien käyttämisestä. Linja on määriteltävä kirjallisissa, riittävän yksityiskohtaisissa ohjeissa. Tutkimusaineistosta muodostui hyvin yhtenäinen kuva ideaalisesta leposide-eristämisestä. Tärkeiksi sitä ohjaaviksi periaatteiksi nousivat turvallisuus – sekä potilaan että henkilöstön näkökulmasta, rauhallisuus, systemaattinen toiminta, muun muassa selkeä työnjako, potilaaseen keskittyminen ja ammatillisuus. Haasteellimmat leposide-eristykset olivat ennalta arvaamattomia tilanteita, joissa jouduttiin turvautumaan henkilöhälyttimen käyttöön. Tavoitteena oli tilanteiden ennakointi niin, että leposide-eristys tapahtuu hallitusti ja yhteistyössä potilaan kanssa.

Ala-Aho, Hakko ja Saarento (2003) tutkivat kehittämishanketta, jonka aikana pyrittiin eristämislukuja vähentämään OYS:n psykiatrisessa klinikassa. Myös tämän tutkimuksen mukaan sairaalassa toteutetulla koulutuksella oli hyvin suotuista vaikutus leposide-eristämisen toteuttamiseen. Tuloksena oli parantunut turvallisuus, johdonmukaisempi toiminta ja myönteisempi suhtautuminen potilaaseen eristystilanteissa. Tukena ovat olleet myös sairaalan selkeät, kirjalliset ohjeet.



Tämä tutkimus tukee näkemystä, jonka mukaan leposide-eristyksiä voidaan ennalta ehkäistä. Olennaista on havaita aggressiivisen tai itsetuhoisen käyttäytymisen ensioireet ja reagoida niihin.

Leposide-eristäminen on ollut sidoksissa sairaaloiden hoitokulttuuriin Kalliala-Heinon mukaan (1999). Samasta ilmiöstä kertovat myös tämän tutkimuksen tulokset. Muutoksen syiksi tässä tutkimuksessa tunnistettiin ammatillisuuden ja potilaskeskeisyyden vahvistuminen, henkilöstön koulutustason paraneminen ja potilasmäärän väheneminen suhteessa henkilöstömäärään.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaisiin kohdistuva vallankäyttö on vähentynyt. Leposide-eristystä ei käytetä enää rangaistuksena vaan hoitotoimenpiteenä silloin, kun mikään muu hoitokeino ei toimi. Vaikka leposide-eristys koetaan itsemääräämisoikeutta rajoittavaksi ja sinänsä epämiellyttäväksi tehtäväksi, se on joissain tilanteissa tarpeellinen hoitokeino muiden hoitokeinojen joukossa. Kertakoulutus ja pysyväisohjeet eivät riitä. Leposide-eristykseen on jatkuvasti kiinnitettävä huomiota henkilöstön koulutuksessa, työnohjauksessa ja hoitotiimien sisäisissä pohdinnoissa.

### 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkija ei voi kvalitatiivisessa tutkimusotteessa sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. Objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa perinteisessä mielessä. (Hirsjärvi ym 2001, 152)

Olen itse työskennellyt kyseisessä sairaalassa – en kuitenkaan kyseisellä osastolla - ja osallistunut siellä myös leposide-eristystilanteisiin. Tiedostin vaaran, että saattaisin tulkita aineistoa subjektiivisesti omien kokemusteni kautta. Tutkittavien haastatteluissa tuottaman puheen kuuntelu ja kirjoittaminen tekstiksi tuotti monipuolisen aineiston, jonka avulla pääsin käsiksi kunkin haastateltavan kokemuksiin, tunteuksiin ja ajatusmaailmaan.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuuden arviointi pelkistyy tutkimusprosessin luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 1998,211) Huolellinen litterointi varmisti tutkimuksen luotettavuuden. Käsittelin tutkimusaineistoa monessa eri vaiheessa: aluksi luin haastattelut useampaan kertaan. Rakensin teemoittelun, koodasin aineiston ja lajittelin sen. Jatkoin aineiston ryhmittelyä ja lajittelua alateemoihin.

Tavoitteena oli teemahaastattelu, mutta haastattelut olivat puolistrukturoidun ja teemahaastattelun välimuoto. Syventävien kysymysten puute jätti aineiston joistain osin hieman pinnalliseksi. Haastatteluihin olisi pitänyt varata aikaa kaksi tuntia yhden tunnin sijasta ja yksi koehaastattelu olisi ollut tarpeen ennen varsinaisia haastatteluja.

### 9.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuslupa käsiteltiin terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmässä. Tutkimussuunnitelma ja kyselylomake olivat hakemuksen liitteenä. Sain myönteisen tutkimuslupapäätöksen kesäkuun 2011 lopussa. Lähetin sairaalan akuuttipsykiatrian osastojen osastonhoitajille sähköpostin, jossa kysyin osastoilta haastateltavia, joilla oli kohdejoukolle tarkoitettu kokemustausta. Vain yksi osastonhoitaja reagoi pyyntöni. Tästä syystä kaikki haastateltavat valittiin samalta osastolta. Haastateltaviksi valikoitui kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi mielisairanhoitajaa.

Lähetin haastateltaville sähköpostikirjeen, jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksesta, kohdejoukosta, haastattelujen luonteesta ja kestosta sekä siitä, miten haastatteluaineisto tallennetaan ja miten sitä käsitellään. Kirjeessä korostin haastattelun luottamuksellisuutta ja sitä, että haastateltava voi halutessaan keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa.

Nauhoitin haastattelut ja kirjoitin ne tekstiksi. Annoin haastateltaville numerotunnisteet, en missään vaiheessa tallentanut heidän nimiään. Kun haastattelut oli kirjoitettu tekstiksi, tuhosi nauhat. Kun tutkimus on hyväksytty, litteroidut haastattelut tuhotaan sekä paperiversioita että sähköisessä muodossa. Tutkimukseen sisältyvät tutkimustuloksia todentavat haastatteluotteet muokkasin siten, että yksittäisen haastateltavan tuottama informaatio ja mielipiteet eivät ole tunnistettavissa. Poistin haastateltavan toistuvasti käyttämät sidesanat ja sellaiset murre sanat, joista haastateltava olisi tunnistettavissa.

### 9.4 Ehdotuksia jatkotutkimuksiksi

Suuri osa leposide-eristyksistä sattuu potilaan tulovaiheeseen. Jatkossa olisi tärkeää pureutua siihen, miten potilas otetaan vastaan psykiatriseen akuuttihoitoon. Tavoitteena olisi kehittää toimintamalli, joka vähentää potilaan negatiivisia kokemuksia.

Leposide-eristykseen käytetyt tilat todettiin epäkäytännöllisiksi ja kolkoiksi. Kiinnostava tutkimuskohde olisi tilojen vaikutuksen analysointi: miten potilaan hyvinvointia olisi mahdollista edistää viihtyisämmillä tiloilla

## LÄHTEET

- Ala-Aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisen vähentäminen psykiatrisella osastolla. Viitattu 10.8.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93847.pdf](http://www terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93847.pdf)
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. p. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Forsström, J. & Pelanteri, S. 2011. Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastotiedote 4/2011.  
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/>
- Halila, R. 2010: Itsemääräämisoikeuden rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa. STM:n selvitys. Viitattu 13.5.2011.  
[http://ohjelmat.yle.fi/files/ohjelmat/u3219/Halilan\\_selvitys.pdf](http://ohjelmat.yle.fi/files/ohjelmat/u3219/Halilan_selvitys.pdf)
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Kirja.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. p. Helsinki: Tammi.
- Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) 1999. Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopiston terveystieteen laitos.
- Kaltiala-Heino, R. 1999. Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 13–22.
- Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry – A Persistent Challenge over Time. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 945. Tampere: Tampereen Yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 15.9.2011.  
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8025-6.pdf>
- Koivisto, T. 1999. Miten eristämistä voi yrittää välttää? Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 58–67.
- Kuisma, J. 1999. Eristäminen väkivallan ennalta ehkäisynä. Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 68–73.

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 11.12.2009/1066. Saatavilla [www - muodossa http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091066](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091066)

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 21.12.2001/1423 Saatavilla [www - muodossa http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423)

Mielenterveyslaki 14.12.1990/ 116 Saatavilla [www -muodossa http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116)

Paunio, R-L. & Tanttinen-Laakkonen, K. 1999. Apulaisoikeusasiamiehen päätös eristämisen käytöstä psykiatrisessa sairaalahoidossa 31.12.1998. Teoksessa Taipale, I. (toim.) Mielen valtaa. Psykiatrian lukemisto. Helsinki: WSOY. 61–119

Phillips D, Rudestam KE. 1995. Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. Viitattu 14.8.2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7712254>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV Verkkojulkaisussa. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.8.2011. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Sailas, E. 1999. Psykiatrisen potilaan eristäminen potilashenkilökuntaryhmän ryhmäilmionä. Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 81–92.

Suutala, H. 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 5–11.

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. Acta Universitatis Ouluensis D 940. Oulu: Oulun yliopisto, pdf-tidosto. Viitattu 20.5.2011 <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514285424/isbn9789514285424.pdf>

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Weizman-Henelius, C. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä.

Viikki, M. 2007. Psykiatriset riskin arviointimenetelmät - voiko väkivaltaista käyttäytymistä ennustaa. Viitattu 27.3.2011.  
<http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=271>

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

## Liite 1 Tiedote haastateltaville

Hyvä haastateltava

Olen Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija. Opin-  
näytetyössäni tutkin hoitajien kokemuksia leposide-eristämisestä psykiat-  
rian akuuttiosastolla:

- miten hoitajat toimivat eristystilanteessa
- millaiset eristystilanteet hoitajat kokevat erityisen haasteellisen ja mil-  
laiset toimintatavat auttavat näissä tilanteissa
- miten leposide-eristämisen käytännöt ovat muuttuneet parin viime  
vuosikymmenen aikana.

Vaikka sairaalalla on leposide-eristämistä koskeva ohjeisto, jokainen eris-  
tystilanne on hoitohenkilökunnalle suuri ammatillinen haaste.

Haastattelun 3-4 vähintään 20 vuotta psykiatrisessa sairaalassa työskennel-  
lyttä hoitajaa. Haastattelu on ns. teemahaastattelu, johon ei tarvitse miten-  
kään valmistautua. Haastattelu on ehdottoman luottamuksellinen ja myös  
vapaaehtoinen. Voit myös halutessasi keskeyttää haastattelun missä vai-  
heessa tahansa. Haastattelu kestää 1 – 1 ½ tuntia.

Haastattelut nauhoitetaan C –kasetille. Kun on nauhat on kirjoitettu teks-  
tiksi, voit halutessasi saada nauhan itsellesi, jolloin vastaat itse sen tuhoa-  
misesta. Mikäli et halua nauhaa, tuhoan tallenteen sähkömagneettisella vä-  
lineellä. Tekstiksi kirjoitetun, tulostetun haastatteluaineiston tuhoan polt-  
tamalla sen jälkeen kun työ on valmis ja hyväksytty. Käytän haastatelta-  
vista kaikissa työni vaiheissa koodinimiä. Mahdolliset tutkimustuloksia  
todentavat haastatteluotteet valitsen ja muokkaan siten, että yksittäisen  
haastateltavan tuottama informaatio ja mielipiteet eivät ole tunnistettavis-  
sa.

Uskon, että sinulla on paljon arvokasta kokemusta ja hyviä toimintamalle-  
ja, joita olisi tärkeä analysoida ja jotka antaisivat tämän tutkimuksen avul-  
la uusia näkökulmia ja ideoita hoitohenkilökunnalle.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Tutkija

Kalle Hagman  
Sairaanhoitaja (AMK) opiskelija  
0400 993418  
kalle.hagman@kolumbus.fi

Ohjaava opettaja

Ulla Peltonen  
Lehtori, HAMK hoitotyön koulu-  
tusohjelma  
040 8614949  
Ulla.Peltonen@hamk.fi

## Liite 2 Haastattelurunko

1. Taustiedot
  - a. koulutus: peruskoulutus, mahdolliset pidemmät täydennyskoulutukset
  - b. työhistoria: milloin valmistunut, missä työskennellyt, kuinka kauan akuuttipsykiatriasilla osastoilla, kauanko tällä osastolla
  - c. ikä
2. Mitkä ovat yleisimmät leposide-eristämisen syyt omalla osastollasi? Tunnistatko joitain potilastyyppejä, joiden kohdalla leposide-eristäminen yleistä?
3. Kuinka usein olet mukana eristystilanteissa, milloin viimeksi? Kuinka usein omalla osastolla, kuinka usein muilla osastoilla?
4. Millaiset tapahtumat yleensä johtavat (omalla osastolla / tässä sairaalassa) leposide-eristyksen aloittamiseen?
  - a. Ovatko syyt mielestäsi aina asianmukaisia?
  - b. Käytetäänkö leposide-eristystä liian herkästi / liian vähän?
5. Kuvaile leposide-eristyksen kulku ideaalitalanteessa / silloin kun se hoidetaan mielestäsi parhaalla mahdollisella tavalla?
  - a. Toteutuuko leposide-eristäminen yleensä käytännössä kuvaamallasi, parhaalla mahdollisella tavalla? Mikä siinä yleensä onnistuu? Mikä ei onnistu?
  - b. Mikä eristystilanteessa on mielestäsi hoitajan toiminnassa tärkeää?
6. Miten itse toimit eristystilanteessa?
  - a. Miten toimit, jotta eristys sujuisi mahdollisimman hyvin?
  - b. Mitä itse painotat hoitotyössä yleensä / eristystilanteessa?
7. Millaisia valmiuksia (tietoa, taitoa) leposide-eristys vaatii hoitajalta?
8. Millaisia ovat kaikkein haasteellisimmat eristystilanteet? Kerro joku esimerkki.
9. Kerro esimerkki eristystilanteesta, jossa olit tyytyväinen omaan toimintaasi.
10. Kerro esimerkki eristystilanteesta, jossa olit pettynyt omaan toimintaasi (tai joka jäi mietityttämään).
11. Millaisia tunteita leposide-eristystilanteet sinussa yleensä herättävät?
12. Miten hoitohenkilökunta voi ennalta ehkäistä potentiaalisia leposide-eristystilanteita?
  - a. Miten itse toimit pyrkiessäsi laukaisemaan tilanteita (niin, ettei eristykseen tarvitsisi ryhtyä)?
  - b. Missä tilanteissa ennaltaehkäisy on mahdollista?
13. Onko osastosi hoitohenkilökunnalla yhteinen linja leposide-eristämisessä?
  - a. Missä suhteissa linja eroaa?
  - b. Mikä on samanlaista, missä suurimmat erot?
  - c. Onko eroissa jotain säännönmukaisuutta (nuoret / vanhat, miehet / naiset, kokeneet hoitajat / kokemattomat hoitajat tms)
14. Onko leposide-eristyksen hoitokäytäntö muuttunut alalla ollessasi? Miten?
  - a. Keihin kohdentuu?
  - b. Onko kynnys korkeampi / matalampi?
  - c. Miten hoitohenkilökunnan toiminta on muuttunut?
  - d. Mikä on saanut aikaan näitä muutoksia?
15. Onko jotain sellaista, mitä vielä haluaisit kertoa kokemuksistasi?

Liite 3. Tutkimuslupa

 <b>HAMK</b> <small>HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU</small>		<b>OPINNÄYTETYÖSOPIMUS</b>	
<b>OPISKELIJA</b>			
Etu- ja sukunimi Kalle Hagman		Opiskelijanumero 0802841	Puhelin 0400-993418
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Suuntautumisvaihtoehto Hoitotyö			
<b>OPINNÄYTETYÖN AIHE</b> Sairaanhoitajien kokemuksia leposide-eristämisestä psykiatrisella akuuttiosastolla			
<b>OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA</b>			
Yrityksen/Työyhteisön nimi Helsingin terveystieteiden keskus psykiatrian osasto Aivon sairauksien osasto, Psykiatri			
Opinnäytetyölle nimetyin toimeksiantajaa edustavan ohjaajan yhteystiedot:			
Nimi Tiina Peitonen		Osoite 00540 Helsinki, Keskus	
Puhelin 050-5921214		Sähköposti tiina.peitonen@helsinki.fi	
*Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaaminen opinnäytetyön tekijälle (mitä, miten) Kustannukset ei ole aiheutunut kustannuksia. Hoitotyön keskuksella on loppu-			
Mahdollinen korvaus HAMKille (mitä, miten) Ei korvausta.			
Opinnäytetyön tavoite ja tavoitettava hyöty: Opinnäytetyön tulokset voidaan hyödyntää julkaisemalla tutkimus-			
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAVA OPETTAJA (HAMK)</b>			
Nimi Ulla Peitonen		Osoite Korkeakoulunkatu 3 13100 Hämeenlinna	
Puhelin 03 6467410		Sähköposti ulla.peitonen@hamk.fi	
Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, tämä esitetään varsinaisesta työstä erillisessä tausta-aineistossa. Tausta-aineistoa säilytetään HAMKin koulutusohjelmassa 6 kk opinnäytetyön arvioinnista, minkä jälkeen se tuhoetaan, ellei toimeksiantajan kanssa ole muuta sovitua. Tekijänoikeuksista on sovittava kirjallisesti erikseen.			
Sovimme seuraavaa mahdollisesta luottamuksellisesta tausta-aineistosta			
Kyllä <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö sisältää luottamuksellista tausta-aineistoa. Opinnäytetyön toimeksiantajana pyydän, että seuraavassa perusteltu ja tarkennettu opinnäytetyön tausta-aineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä julkisteta valmiissa opinnäytetyössä.			
<b>Opinnäytetyön digitaalinen julkistaminen</b>			
Opinnäytetyön toimeksiantajana olen tietoinen, että mikäli opiskelija antaa luvan, hyväksytty opinnäytetyö julkistetaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseuksessa, <a href="http://www.theseus.fi">www.theseus.fi</a>			
Theseuksessa julkistetussa opinnäytetyössä toimeksiantajan nimi <input checked="" type="checkbox"/> saa näkyä <input type="checkbox"/> ei saa näkyä			
Tämä sopimus on voimassa <u>2.11.2011</u> saakka.			
<b>ALLEKIRJOITUKSET</b>			
Paikka ja päiväys <u>Hämeenlinna</u> <u>24.9.2011</u>			
Työn toimeksiantajan edustaja Tiina Peitonen	Opiskelija Kalle Hagman	HAMKin koulutusohjelman edustaja / ohjaava opettaja Ulla Peitonen	
Tätä opinnäytetyösopimusta on tehty kolme samansisältöistä kappaletta, yksi toimeksiantajalle, yksi opiskelijalle ja yksi koulutusohjelmalle. Sopimus arkistoidaan voimassaoloaika + 3 vuotta.			