



Purkukeskustelun merkitys eristyksen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä

Peso, Sanna

Vestala, Miika

2013 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Purkukeskustelun merkitys eristyksen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä

Sanna Peso
Miika Vestala
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2013

Peso Sanna, Vestala Miika

Purkukeskustelun merkitys eristyksen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä

Vuosi 2013 Sivumäärä 67

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia purkukeskustelun toteutuksesta potilaiden kanssa eristyksen jälkeen. Tavoitteena oli saada selville, mitä psykiatrisella osastolla eristyksen jälkeen käydyt purkukeskustelut sisältävät, minkälaista hyötyä potilaat saavat purkukeskustelusta ja miten merkityksellisenä menetelmänä hoitajat pitävät purkukeskustelua oman työnsä kannalta. Yhteistyön tavoitteena oli parantaa purkukeskustelukäytäntöjä Peijaksen sairaalan psykiatrian osastoilla P1 ja P3. Työ toteutui hankeyhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrian osaston kanssa.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Työtä varten haastateltiin viittä hoitohenkilökunnan jäsentä Peijaksen sairaalan osastoilta P1 ja P3. Haastattelut nauhoitettiin ja tulokset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Tulosten mukaan osastoilla pidetään purkukeskusteluja tärkeinä, mutta yhtenäistä käytäntöä purkukeskusteluille ei ole. Aika ja resurssit eivät ole syinä keskustelujen vähäiselle määrälle, mutta tiedon siirtyminen koetaan ongelmallisena. Osastolla ei raportoida tai kirjata purkukeskustelujen käymisestä. Purkukeskustelu on potilaalle tärkeä tilaisuus tulla kuulluksi, mutta sopiva ajankohta keskustelulle riippuu potilaan voinnista eristyksen jälkeen. Keskustelun läpikäymiselle kaivattaisiin osastoilla strukturoitua lomaketta. Jatkokehittämisehdotuksena on strukturoidun lomakkeen laatiminen osastojen käyttöön. Opinnäytetyön tulosten perusteella on mahdollista kehittää purkukeskustelukäytänteitä ja niiden toimivuutta.

Asiasanat: eristäminen, purkukeskustelu, psykiatria, tahdosta riippumaton hoito, potilas

Peso Sanna, Vestala Miika

Meaning of the post-seclusion debriefing in psychiatric nursing

Year	2013	Pages	67
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe the nurses' experiences with post-seclusion debriefing practices with the patients. The aim was to find out what the post-seclusion debriefings held at the psychiatric ward contained, how the patients benefited from the debriefing and how meaningful the nurses experienced the debriefing method from their viewpoint. The aim of the cooperation was to study the seclusion practices at Peijas Hospital wards P1 and P3. The study was conducted in project cooperation with Laurea University of Applied Sciences and the acute psychiatric ward of Peijas Hospital.

The method applied in this thesis was theme interview. Five staff members from wards P1 and P3 of Peijas Hospital were interviewed. The interviews were recorded and analysed using inductive content analysis. According to the results debriefings are considered important on the wards, but there are no consistent practices for the debriefings. The scarcity of the debriefings does not result from the lack of time or resources, but there are problems with the information flow. There are no reports or records of the debriefings on the wards. A debriefing is an important opportunity for the patients to have their voices heard, but the appropriate timing for the debriefing depends on the patients' condition after the seclusion. A structured form for the debriefings would be needed on the wards. For further development the authors suggest that a structured form is created to be used on the wards. According to the results of the thesis it is possible to develop the debriefing practices and their effectiveness.

Keywords: seclusion, debriefing, psychiatry, involuntary treatment, patient

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tahdosta riippumaton hoito psykiatrisessa hoitotyössä	7
2.1	Potilaan eristäminen, sitominen ja kiinnipito.....	9
2.2	Hoitajan rooli osana tahdosta riippumatonta hoitoa	12
2.3	Potilaiden kokemuksia eristyksestä	15
3	Purkukeskustelu eristyksen jälkeen	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät.....	21
5	Opinnäytetyön toteutus	21
5.1	Laadullinen tutkimus ja teemahaastattelu	24
5.2	Sisällönanalyysi	27
5.2.1	Litterointi.....	28
6	Tutkimustulokset	30
6.1	Purkukeskustelu hoitopolussa	32
6.2	Hoitohenkilökunnan rooli purkukeskustelussa	33
6.3	Potilaan rooli purkukeskustelussa	36
7	Tulosten tarkastelu.....	38
8	Opinnäytetyön eettisyys.....	42
9	Opinnäytetyön luotettavuus	45
10	Pohdinta ja johtopäätökset.....	46
10.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi	52
10.2	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	54
	Lähteet	55
	Kuviot	58
	Taulukot	58
	Liitteet.....	60

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan eristyksen jälkeen käytävän purkukeskustelun merkitystä psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia purkukeskustelun toteutuksesta potilaiden kanssa eristyksen jälkeen. Tavoitteena oli saada selville, mitä psykiatrisella osastolla eristyksen jälkeen käydyt purkukeskustelut sisältävät, minkälaista hyötyä potilaat saavat purkukeskustelusta ja miten merkityksellisenä menetelmänä hoitajat pitävät purkukeskustelua oman työnsä kannalta.

Purkukeskustelulla tarkoitetaan tahdosta riippumattoman eristyshoidon jälkeistä rakentavaa keskustelua potilaan ja hoitajan välillä. Purkukeskustelu ei ole terminä virallisesti käytetty psykiatrisessa hoitotyössä, vaan siitä puhutaan muun muassa jälkipuintina ja eristyksen jälkeisenä keskusteluna. Opinnäytetyöhön valittiin termi purkukeskustelu, koska jälkipuinti viittaa myös kriisiin, trauman tai esimerkiksi järkyttävän tapahtuman läpikäyntiin ohjatussa tilaisuudessa. Purkukeskustelu sisältää eristykseen johtaneiden syiden selvittämistä sekä potilaan kokemuksia ja hänen antamaa palautetta tapahtuneesta. (Kontio, Laaksonen, Paavilainen, Sailas, Soinin & Syvänen 2010b.) Purkukeskustelun avulla voidaan tukea potilasta palautumaan eristyksestä, ennaltaehkäistä eristyksen aiheuttamia traumoja, suunnitella paremmin jatkohoitoa, välttää uusia eristystilanteita, parantaa potilas-hoitajasuhdetta sekä kehittää potilaan ja hoitajan keskinäistä ymmärrystä (Needham & Sands 2010, Tolonen 2011).

Purkukeskustelu on aiheena tuore ja ajankohtainen, sillä purkukeskustelukäytänteitä käsittelevät tutkimukset ovat vielä harvinaisia Suomessa. Kansainvälisesti aihetta on tutkittu hieman enemmän, mutta monet tulokset ovat ristiriitaisia, sillä tutkijat eivät ole olleet yksimielisiä purkukeskustelukäytänteistä. (Needham ym. 2010.) Purkukeskusteluille on tarvetta, sillä tahdosta riippumattomat eristystilanteet voivat aiheuttaa potilaalle niin henkistä kuin fyysistäkin haittaa (CPT (European committee for the prevention of torture) 2009, Tolonen 2011). Potilaat ovat vuosienkin jälkeen kuvailleet eristyskokemuksia nöyryyttäväksi ja kertoneet niiden aiheuttamista traumaattisista kokemuksista (Tolonen 2011). Potilaalle tulee aina perustella, että tahdosta riippumattomia hoitokäytänteitä käytettäessä kyse on aidosti hoidosta ja siitä, että potilasta halutaan suojella eikä esimerkiksi rangaista huonosta käytöksestä (Herberts & Wahlbeck 2011, Tolonen 2011, Rovasalo & Jüriloo 2011, Kontio ym. 2010b).

Opinnäytetyö on toteutettu hankeyhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrian osaston kanssa. Yhteistyön tavoitteena oli parantaa purkukeskustelukäytäntöjä Peijaksen sairaalan psykiatrian osastoilla P1 ja P3. Työn tulosten perusteella on mahdollista kehittää purkukeskustelukäytänteitä ja niiden toimivuutta osastoilla.

2 Tahdosta riippumaton hoito psykiatrisessa hoitotyössä

Mielisairaus tarkoittaa vakavaa mielenterveyden häiriötä. Mielenterveyden häiriössä todellisuudentaju voi olla häiriintynyt ja siihen voi liittyä esimerkiksi psykoosi (Mielenterveyslaki 1990). Erilaisia psykooseja ovat skitsofreniaan liittyvät psykoosit, harhaluuloisuushäiriöt, mielialahäiriöt, joissa on psykoottisia oireita, vakavat sekavuustilat ja vaikea-asteiset dementia-muodot (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011: 644, Mielenterveyslaki 1990).

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Sillä pyritään myös ehkäisemään, parantamaan ja lievittämään mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä. Mielenterveystyössä tämä toteutuu tarjoamalla erilaisia mielenterveyspalveluja. Väestön elinolosuhteet pyritään myös luomaan mielenterveystyötä tukeviksi. (Mielenterveyslaki 1990.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan yksi viidesosa Suomen väkiluvusta sairastaa mielenterveys- ja päihdeongelmia. Kansanterveyden tasolla nämä ongelmat ovat merkittäviä. Suunnitelmassa tuodaan esille, että suurin osa näistä ongelmista tulisi pystyä hoitamaan perustasolla. Käytännössä perusterveydenhuolto toimii matalana kynnyksenä psykiatrisille potilaille ja päihdeongelmasta kärsiville. (STM 2009.)

Mielenterveyslain (1990) mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, jos potilas on todettu mielisairaaksi ja mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu potilaan käyttöön tai ovat riittämättömiä hänen hoitoonsa. Syynä täytyy myös olla se, että hoitamatta jättäminen pahentaisi potilaan sairautta. (Kuosmanen 2006, Mielenterveyslaki 1990.) Oleellinen merkitys on myös sillä, jos on syytä epäillä, että potilas olisi vaarallinen itselleen (Tuohimäki 2007, Meehan, Bergen & Fjeldsoe 2003, Mielenterveyslaki 1990). Lisäksi hoitoon määrääminen edellyttää muiden terveyden ja turvallisuuden vaarantumista (Meehan ym. 2003). Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen kriteeriksi ei riitä yksittäinen syy, vaan kaikkien edellä lueteltujen edellytysten tulee täytyä samaan aikaan (Mielenterveyslaki 1990). On perusteltua määrätä potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon silloin, kun on kyseessä vakava psykiatrinen häiriö eikä hoitoa tarvitseva kykene hakemaan apua tai hän ei itse ymmärrä omaa avun tarvettaan. Tahdosta riippumaton hoito on esimerkiksi hoitamaton psykoosia parempi vaihtoehto. (Lönqvist ym. 2011: 641-642.)

Tahdosta riippumatonta hoitoa tapahtuu potilaan sairaalahoitoon ottamisessa, siellä pitämisessä ja hoidon toteutuksessa. Tavallisesti tahdosta riippumattomat toimenpiteet ja rajoitukset tapahtuvat tahdosta riippumattoman hoidon tai tarkkailun aikana. (Turpeinen 2008: 15.) Tahdosta riippumaton hoito vaatii aina hoitosuunnitelman, jonka pohjalta potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, Herberts ym. 2011, Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010: 74). Rajoitusten ja

tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden avulla pyritään esimerkiksi siihen, että potilaan psyykinen tila kohentuu, väkivaltainen käytös loppuu tai halutaan turvata muille potilaille terapeutinen hoitoympäristö. Tahdosta riippumatonta hoitoa ei ole laillista käyttää osana vapaaehtoista hoitoa. (Turpeinen 2008: 15.) Tahdosta riippumattomasta hoidosta puhutaan usein myös pakkohoitona (Froloff 2009).

Tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan Suomessa mielenterveyslain määritelmien puitteissa (Kuosmanen 2006, Froloff 2009). Muiden länsimaiden lainsäädäntö on lähes samankaltainen kuin Suomenkin (Froloff 2009). Länsimaissa lainsäädännöllä on pyritty viime vuosikymmeninä vähentämään tahdosta riippumatonta hoitoa. Kansainvälisesti mielenterveyslainsäädännöissä on suuria eroja, joten eristyksen ja tahdosta riippumattoman hoidon vertailu maailmanlaajuisesti on vaikeaa. (Tuohimäki 2007.)

Suomessa tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan enemmän kuin monissa muissa maissa, joten sen osuus osana hoitoa on suuri (Tuohimäki 2007, Sajama 2011, STM 2009). Suomessa halutaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan vähentää 40 prosentilla tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä. Tätä pyritään toteuttamaan tahdosta riippumatonta hoitoa vähentävällä ohjelmalla. Ohjelma käsittelee sellaisia käytänteitä, joilla tahdosta riippumattomia rajoitustoimenpiteitä saataisiin vähennettyä; itse tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä asioita sekä asenteiden muuttamista muun muassa koulutusta apuna käyttäen. (STM 2009.)

Potilasta voidaan rajoittaa tahdosta riippumatta esimerkiksi ottamalla omaisuutta haltuun, rajoittamalla liikkumisvapautta, lääkitsemällä vastentahtoisesti, rajoittamalla yhteydenpitoa, sitomalla lepositeisiin tai huone-eristämällä (Herberts ym. 2011, Tolonen 2011, Kuosmanen 2006, Kuhanen ym. 2010). Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueen psykiatrisille suljetuille osastoille tehty tutkimus osoittaa, että kolme hyväksytyintä tapaa psykiatrisen potilaan hoitoon ovat potilaan siirtäminen lukitulle osastolle, potilaan sitominen ja hänen lääkitys tarvittaessa. Kaikista epäsuotuisin menetelmä lääkkeiden ja hoitajien mielestä on verkkosänky. Tutkimuksessa haastateltiin myös psykiatrisia potilaita, joiden mielestä ajoittainen tarkkailu, hetkellinen kulun rajoittaminen ja tarvittaessa lääkityksen antaminen ovat hyväksyttäviä keinoja. Vähiten psykiatriset potilaat taas haluavat tulla sidotuksi, verkkosänkyyn laitetuksi tai lääkityksi lihakseen. (Hottinen 2013.)

Vuonna 2009 Suomessa huone-eristettiin kaiken kaikkiaan 2000 ihmistä ja 1000 ihmistä leposide-eristettiin. Tahdosta riippumattomien toimenpiteiden määrä vaihtelee maan sisällä suuresti sairaanhoitopiireittäin. Esimerkiksi vuonna 2009 Päijät-Hämeessä eristettiin 11,5 prosenttia potilaista ja Pohjois-Pohjanmaalla vastaavasti vain 0,9 prosenttia. (Sajama 2011.) Huone-eristys on laskusuhdanteestaan huolimatta edelleen käytetyin psykiatrisen potilaan-

tahdosta riippumaton hoitokeino koko Suomen alueella. Seuraavaksi käytetyimpiin hoitokeinoihin kuuluvat leposide-eristys, tahdonvastainen injektio ja viimeisenä psykiatrisen potilaan kiinnipito. (THL 2012, Kuvio 1.)

2.1 Potilaan eristäminen, sitominen ja kiinnipito

Potilas voidaan eristää tahdosta riippumatta muista potilaista, jos potilas käyttäytymisellään tai uhkailullaan voisi vahingoittaa itseään tai muita tai, jos potilaan käytös vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa vaarantaen samalla omaa turvallisuuttaan, terveyttään tai toisen omaisuutta (Mielenterveyslaki 1990, Jääskeläinen & Stoor 2010, Lönnqvist ym. 2011: 649). Keskeistä on, että potilaan oikeuksia saa rajoittaa vain sen verran kuin sairauden hoito, potilaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muu erityinen syy vaatii (Mielenterveyslaki 1990). Kaikki rajoitustoimenpiteet tulee lopettaa heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. Myös eristyksen kesto sekä sen tarve arvioidaan säännöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Mielenterveyslaki 1990, Needham ym. 2010, Tolonen 2011.) Psykiatrinen potilas tarkoittaa tässä opinnäytetyössä henkilöä, joka on otettu psykiatriseen sairaalaan tarkkailtavaksi tai määrätty tahdosta riippumattomaan tutkimukseen tai hoitoon (Mielenterveyslaki 1990).

Kiistoja ja keskusteluja on jatkuvasti esiintynyt siitä, onko eristys moraalisesti, eettisesti, oikeudellisesti ja humanististen piirteiden puolesta hyväksyttävä käytänne rajoittamaan suuresti potilaan vapautta (Needham ym. 2010). Eristäminen psykiatrisessa hoitotyössä on viimeinen vaihtoehto tahdosta riippumattomalle hoidolle (Kontio ym. 2010b, Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott & Joffe 2010a, Kuhanen ym. 2010: 77). Potilaalle on annettava mahdollisuus kaikkiin muihin tahdosta riippumattomiin vaihtoehtoihin ennen eristystä (Kuhanen ym. 2010: 77, Kontio ym. 2010b). Eristämisvaihtoehto tulee miettiä etukäteen ennen kuin potilas aiotaan eristää, jotta eristämistoimenpiteeseen ehdittäisiin valmistautua hyvin etukäteen (Kontio ym. 2010b, Needham ym. 2010, Tolonen 2011). Tahdosta riippumattomia tilanteita voidaan estää kokonaan toteuttamalla potilaan hoitoa jollakin muulla tavalla (Froloff 2009).

Eristyksessä psykiatrinen potilas eristetään eristyshuoneeseen tai sidotaan lepositeisiin suljettuun eristyshuoneeseen. Lepositeet tarkoittavat huoneessa olevaan vuoteeseen kiinnitetyjä hihnoja, joiden avulla on tarkoitus kiinnittää psykiatrinen potilas kiinni vuoteeseen vyötäröstä, nilkoista ja ranteista. Leposide-eristystä ei saa toteuttaa esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas käyttäytyy erityisen häiritsevästi muita potilaita kohtaan. Tällainen muita vakavasti häiritsevä potilas voidaan kuitenkin huone-eristää. Jos psykiatrinen potilas eristetään pelkkään eristyshuoneeseen, huone on usein vähäisesti kalustettu. (Kontio ym. 2010b.) Leposide-eristystä voidaan toteuttaa ainoastaan sillä perusteella, jos potilas voisi uhkailullaan tai käyttäytymisellään vahingoittaa muita tai itseään (Lönnqvist, Pylkkänen & Moring 2011, Kontio

ym. 2010b). Lisäksi potilaan kiinnipito on mahdollista esimerkiksi tilanteessa, jossa häntä ollaan viemässä eristykseen tai se on hoidollisista syistä välttämätöntä (Hottinen 2013). Tässä opinnäytetyössä keskitytään huone-eristykseen.

Oleellista leposide- ja huone-eristyksessä on se, että psykiatriselle potilaalle on määrättävä hoitohenkilökunnasta vastuuhoitaja (Lönnqvist ym. 2011, Mielenterveyslaki 1990, Repo-Tiihonen ym. 2012, Kontio ym. 2010a, Kontio ym. 2010b). Vastuuhoitajan tulee huolehtia siitä, että potilas saa riittävän hoidon ja huolenpidon lisäksi myös mahdollisuuden keskustella ja tulla kuulluksi säännöllisesti hoitohenkilökunnan kanssa (Mielenterveyslaki 1990, Repo-Tiihonen ym. 2012, Kontio ym. 2010b, Needham ym. 2010, Tolonen 2011). Koska eristys huone on äänieristetty, huoneessa tulee olla soittokello, jonka avulla hoitajan voi kutsua paikalle (Kontio ym. 2010b). Vaikka eristys huoneeseen olisikin kameravalvonta, se ei korvaa hoitajan, toisen ihmisen, läsnäoloa (Repo-Tiihonen ym. 2012, Kontio ym. 2010b). Hoitohenkilökunnan tulee olla jatkuvasti potilaan näkö- tai kuuloetäisyydellä, jos potilas on alaikäinen (Mielenterveyslaki 1990). Leposide-eristyksessä potilaalla on jatkuva valvonta (Mielenterveyslaki 1990, Kontio ym. 2010b).

Potilaalle tulee taata turvallinen ja rauhallinen ympäristö eristyksen aikana (Repo-Tiihonen ym. 2012, Kontio ym. 2010b, Kuhanen ym. 2010: 77). Hoidon aikana tärkeitä asioita ovat potilaan ihmisoikeuksien kunnioitus sekä turvallisuudesta huolehtiminen (Repo-Tiihonen ym. 2012, Herberts ym. 2011, Kuhanen ym. 2010: 74, Lönnqvist ym. 2011: 643). Psykiatrisella potilaalla on samat oikeudet kuin fyysisestikin sairaalla potilaalla, joten potilaan fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista tulee huolehtia (Kuhanen ym. 2010: 74, 77). Huolenpito tulee esille eristyksen aikana esimerkiksi siten, että potilasta tulee nesteyttää ja ruumiinlämpöä sekä verenpainetta tulee mitata (Repo-Tiihonen ym. 2012, Kontio ym. 2010b). Eristyksessä olevalle potilaalle tulee myös aina antaa soveltuva vaatetus (Mielenterveyslaki 1990). Kun potilas on tahdosta riippumattoman hoidon kohteena, potilaan itsemääräämisoikeus tulee huomioida. Niiden potilaiden, jotka joutuvat toistuvasti tahdosta riippumattoman hoidon kohteeksi, pitäisi tehdä sopimus psykiatrisesta hoitotahdosta silloin, kun sairaus on tasapainoisemmassa tilassa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan tällainen pitäisi tulla osaksi mielenterveyslakia. (STM 2009.)

Mielenterveyslain (1990) mukaan potilaan eristämisestä tai sitomisesta päättää aina potilasta hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta voi väliaikaisesti päättää potilaan eristämisestä tai sitomisesta, minkä jälkeen asiasta on heti ilmoitettava lääkärille. Lääkäri, joka hoitaa potilasta, tulee arvioida eristetyn tai sidotun potilaan tilaa terveydentilan edellyttämällä aikavälillä ja päättää, jatkuuko toimenpide vai lopetetaanko se. (Mielenterveyslaki 1990.) Lääkäriin pitäisi osallistua eristyksen päätöksentekoon useammin, kuten laki määrittelee, mutta näin toteutuu harvemmin. Tämä tarkoittaa

taa sitä, että nykyään hoitajatkin tekevät eristämispäätöksiä. (Laiho 2009, Froloff 2009, Kontio 2010a.) Hoitajat tekevät eristämispäätöksiä kysymättä etukäteen lääkäriltä silloin, kun vaaditaan nopeaa toimintaa ja esimerkiksi yöllä, kun lääkäri voi olla kymmenien kilometrien päässä (Sajama 2011).

Laiho (2009) toteaa, että miespuoliset hoitajat eristävät naishoitajia useammin ilman, että soittavat lääkärille. Tutkimuksen tuloksissa ilmenee erityisesti se, että nuoret hoitajat joutuvat helposti stressaavaan tilaan, mikä saattaa johtaa osastolla eristämiseen, kun tilanne ”riistäytyy käsistä”. Tuloksien mukaan työvuorot tulisikin suunnitella paremmin. Se tarkoittaisi, että työvuorossa ei olisi samaan aikaan kahta nuorta, kokemattomampaa hoitajaa, vaan yksi kokenut hoitaja nuoremman kanssa. Nuorten hoitajien herkästä eristämistäipumuksesta kertoo myös se, ettei kokemusta ole vielä riittävästi. Hoitajan iän ja sukupuolen lisäksi eristämispäätös voi liittyä myös hoitajien välisiin asenne-eroihin. Mentoroinnin ajateltaisiin olevan yksi ratkaiseva vaikutus myös nuorten hoitajien stressaavien tilanteiden ehkäisemiseen psykiatrisella osastolla. (Laiho 2009.) Hottinen (2013) on puolestaan tutkinut, että miespuolisia potilaita sidotaan useammin kuin naispuolisia ensimmäisenä sairaalahoitopäivänä. Naispuoliset saattavat joutua sidotuksi vasta kuukauden jälkeen sairaalahoidon aloittamisesta. (Hottinen 2013.)

Henkilöstön lisä- ja täydennyskoulutuksiin pitäisi panostaa (Tolonen 2011). Hottisen (2013) mukaan jo sairaanhoitajakoulutuksessa tulisi olla enemmän eettistä ja teoreettista opetusta siitä, kuinka eristykseen johtavia tilanteita voitaisiin käsitellä vaihtoehtoisesti hoitohenkilökunnan keskuudessa. Tutkimus kertoo myös, että työssä olevan henkilökunnan tulisi saada laaja-alaista ja perusteellista koulutusta siihen, miten eristyksen käyttöä voitaisiin vähentää. (Hottinen 2013.) Nykyään sairaanhoitajakoulutukseen ei sisälly ohjeistuksia eristystilanteisiin. Toimintatavat opitaankin työssä ja käytäntöjä määrittelee työpaikan oma hoitokulttuuri (Sajama 2011.) Jatkokoulutuksen väkivallan ja uhkaavien tilanteiden ehkäisemiseksi on todettu vähentävän, mutta samaan aikaan myös lisäävän eristystoimenpiteitä. Tämä kuvastaa suuresti sitä, että lisäkoulutuksen hyödyt voivat olla käytännössä ristiriitaisia. Valitettavasti ryhmäohjaus on syrjäyttämässä yksilöohjauksen taloudellisten syiden takia, mikä estää kunnollisen työnohjauksen toteutumisen. (Laiho 2009.)

Eristystilanteet ovat usein tilannekohtaisia eikä pelkästään haastattelun avulla saada tyydyttävää vastausta siihen, miksi eristystoimenpiteitä tehdään, vaan tutkimus pitäisi toteuttaa käytännönläheisesti. Osastolla vallitseva tilanne, tietyn rajan ylitys potilaan omassa tilassa tai käytöksessä, johtavat useimmiten eristykseen. (Laiho 2009.) Eristykseen johtaneita tapauksia edeltää usein väkivaltainen ja aggressiivinen käytös sekä itsemurhauhka (Hottinen 2013, Hapfel & Koehn 2010). Tällä hetkellä vaihtoehtoiset toimintatavat eristystoimenpiteille ovat rajoittuneita, koska hoitajilla ei ole vaihtoehtoja. Vaikka hoitajat saattaisivat keksiä uusia me-

nettelytapoja, ne eivät kuitenkaan pysy käytännössä jatkuvina tai onnistuneina tapoina. Toisaalta edelleen ajatellaan voimakkaasti, että potilaiden eristäminen on välttämätöntä hoitohenkilökunnan ja muiden potilaiden turvallisuutta ajatellen. (Happel ym. 2010, Kontio 2011.)

On kehitelty uudenlainen aggressiivista ja väkivaltaisen potilaan kohtaamista kuvaava prosessimalli. Prosessimalliin kuuluu se, että oma vierihoitaja käy aggressiivisesti latautuneen potilaan kanssa läpi potilaan aggressioita niin, että potilaan kohdalla voitaisiin välttää tahdosta riippumattoman hoidon toteutuminen. Jotta tahdosta riippumatonta hoitoa voitaisiin vähentää, tulisi olla ennalta suunniteltuja toimenpiteitä ja yhteinen ennaltaehkäisevä ajatus tahdosta riippumattoman hoidon vähentämiseksi. (Froloff 2009, Kontio ym. 2010a.) Hallitus on esittänyt esimerkiksi rauhoittavan huoneen olevan yksi mahdollisuus, jota voisi olla mukana rahoittamassa. Tavoitteena on eristystoimenpiteiden vähentyminen, niiden loppuminen ja se, että eristystilanteiden aiheuttamia huonoja seurauksia potilaalle pystyttäisiin helpommin tunnistamaan. (Happel ym. 2010.)

Jos eristys kestää yli 12 tuntia tai sitominen yli 8 tuntia, tulee asiasta ilmoittaa välittömästi potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle (Mielenterveyslaki 1990). Tolosen (2011) mukaan eristystoimenpiteet eivät saa kestää pitkiä aikoja eikä eristystoimenpidettä saa käyttää rangaistustoimenpiteenä. Vaasassa vuonna 2008 eristysajat olivat lyhyitä ja eristyksiä tapahtui vähän. Tällä hetkellä sitominen kestää Hottisen (2013) mukaan HUS-alueen psykiatrisella osastolla keskimäärin neljä tuntia 50 minuuttia, mutta kuitenkin melkein puolet kaikista sitomistilanteista kestää kahdeksan tuntia tai enemmän.

Mielenterveyslain (1990) mukaan jokaisen sairaalan, missä tapahtuu potilasta rajoittavia tahdosta riippumattomia toimenpiteitä, täytyy toimittaa aluehallintovirastolle kahden viikon välein ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. Ilmoituksessa mainitaan potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä lääkärin nimi, joka on määrännyt toimenpiteen. Tunnistetiedot säilytetään kahden vuoden ajan, minkä jälkeen ne hävitetään. (Mielenterveyslaki 1990.)

2.2 Hoitajan rooli osana tahdosta riippumatonta hoitoa

Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisessä käsityksessä eristykseen liittyen on suuria eroja. Heillä voi olla erilaisia kuvitelmia esimerkiksi siitä, miten eristys todella vaikuttaa potilaan hyvinvointiin. (Kontio 2011.) Henkilökunta on useimmiten viime vuosien aikana ollut sitä mieltä, eristys- ja rajoituskäytänteet ovat kuitenkin yleensä hyväksi ja välttämättömiä potilaille turvallisuuttakin ajatellen (Kontio 2011, Happel ym. 2010). Henkilökunnan mielestä eristyksellä on suuri terapeuttilinen arvo eikä sitä pidä ajatella rangaistuksena. Potilaiden mielestä useimmiten kyseessä on rangaistus eikä terapeutista puolta asiassa osata nähdä.

(Kontio 2011.) Jos huomio kiinnitettäisiin antaumuksella psykiatrisien potilaan omiin tarpeisiin, rangaistuksen tunne voisi vähentyä (Holmes, Kennedy & Perron 2004, Kontio ym. 2010b). Psykiatrisen potilaan eristämällä tulee aina olla selkeä tarkoitus eikä eristäminen ei ole koskaan rangaistus (Rovasalo ym. 2011, Kontio ym. 2010b, Herberts ym. 2011, Tolonen 2011). Eristämistä voidaan kutsua tehohoidoksi psykiatrisessa hoitotyössä (Kontio ym. 2010b).

Hoitohenkilökunta on ehdottanut erilaisia vaihtoehtoisia keinoja eristykselle ja muulle tahdosta riippumattomalle hoidolle. Näitä Kontion (2011) mukaan ovat esimerkiksi hoitosuunnitelmien parannukset, henkilökunnan runsaampi mitoitus, ryhmät, jotka reagoisivat psykiatriin hätätiloihin, ennakkoiva lääkitys sekä terapeutinen ja rauhallinen ilmapiiri osastolla. Käytännön työssä vaihtoehtoiset menetelmät ovat osoittautuneet kuitenkin riittämättömiksi. Hoitajat lisäävät myös, että potilaat tulisi ottaa aktiivisesti osastolla mukaan, heidän kanssa tulisi keskustella hoidon tavoitteista ja sen positiivisista tuloksista. Hoitajat ehdottavat, että potilailta voisi kysyä suoraan, miten heidän mielestään eristystä ja rajoittamista olisi omalla kohdalla mahdollista vähentää. Osastolle voisi esimerkiksi tehdä yhdessä säännöt, jotka koskevat kaikkia. (Kontio 2011.)

Potilaiden ehdottamat vaihtoehtoiset menetelmät eristys- ja sitomiskäytänteiden sijaan ovat erilaiset hoitotyön kliiniset keinot. Hoitajat sekä lääkärit toivovat myös vaihtoehtoisia työtapoja ja erityisesti koulutuksen tarpeellisuus eristys- ja sitomiskäytänteissä nousee esille. Tutkimuksesta selviää myös se, että jos hoitajien ammatillista osaamista halutaan vahvistaa, tarvitaan kirjallisia ohjeita, koulutusta ja ennen kaikkea tukea. Keskeistä on myös, että koulutusohjelmien tulee olla edullisia ja helposti tarjolla. (Kontio 2011.)

Kontion (2011) tutkimuksesta selviää, että potilaiden lisäksi tahdosta riippumattomat hoitotoimet, kuten eristyskäytänteet, ahdistavat myös hoitajia ja herättävät monenlaisia eettisiä kysymyksiä. Kontion mukaan tuntemukset hoitajienkin kohdalla liittyvät paljon pelkoon, huoleen potilaiden satuttamisesta ja häpeään. Tahdosta riippumattomiin hoitotoimenpiteisiin on kuitenkin saatava sellaiset potilaat, jotka ovat esimerkiksi akuutissa tilanteessa aiheuttaen vaaraa itselleen tai ympärillä olevilleen. (Kontio 2011.) Tahdosta riippumattoman hoidon toteuttaminen herättää hoitohenkilökunnassa myös epäonnistumisen, epätoivon ja ahdistuksen tunteita (Goulet, Larue, Stafford & Dumais 2013, Froloff 2009, Kontio 2011). Henkilökunta pelkää, että eristystoiminnot huonontavat heidän ja potilaan välistä terapeutista luottamussuhdetta. Käytössä on hyvin vaihtelevia menetelmiä eristykseen liittyen. (Kontio 2011.)

Nykytutkimukset eivät anna selkeää ymmärrystä sille, miten leimaava kuva psykiatrisista potilaista ilmenee sairaanhoidon ammattilaisten ja mielenterveyshoitajien kesken. Selvää kuitenkin on se, että leimaava asenne riippuu siitä, minkälaisesta mielenterveysongelmasta on kyse.

Jotkut psykiatrisen potilaan kanssa työskentelevät hoitajat ajattelevat negatiivisesti psykiatrisista potilaista. Tämä osoittautuu muun muassa siten, että osa hoitajista epäilee joidenkin potilaiden kykyä parantua ja joitain potilaita saatetaan vältellä. Miestyöntekijät raportoivat naisia enemmän negatiivisia asenteita potilaita kohtaan syytellen ja vältellen heitä. Nuorten työntekijöiden asenteet ilmenevät potilaita kohtaan pelkona ja vaarallisuutena, nuoret työntekijät omaavat negatiivisempia asenteita kuin vanhemmat työntekijät. Suurin osa henkilökunnasta kuitenkin ajattelee positiivisesti potilaista. (Lammie, Harrison, Macmahon, & Knifton 2010.)

Leimautuneisuus ja syrjiminen ovat asioita, mitkä henkilökunnan kesken levitessään vähentävät psykiatristen potilaiden elinaikaisia mahdollisuuksia selvittää mielenterveysongelmista ja voivat johtaa potilaan heikkoon itsetuntoon. Kaikista leimaavimmat hoitajien asenteet kohdistuvat itseään satuttavia potilaita kohtaan ja ne osoittautuvat pelkona, syyttelynä ja moitteita antavana vihamielisyytenä. (Lammie ym. 2010). Hoitohenkilökunta voi myös tietämättään olla asennoitunut potilaita kohtaan kielteisesti. Potilas ei itse osaa välttämättä tuoda esille häpeän, pelon ja leimautumisen tunteita. Tämän takia on tärkeää, että hoitaja kysyy tunteista potilaalta ja keskustelee niistä avoimesti potilaan kanssa. (Kuhanen ym. 2010: 81).

Mieli 2009-mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa puhutaan leimautumisesta, jota psykiatrisen potilas saattaa tuntea hakiessaan hoitoa. Tätä leimautumista pyritään vähentämään tasarvoisella kohtelulla ja helpommalla hoitoon pääsyllä muihin yleisiin terveysongelmiin verrattuna. Suunnitelmassa painotetaan sitä, että syrjimistä käsiteltäisiin jo pelkässä sairaanhoitajan peruskoulutuksessa ja tarpeen mukaan voitaisiin järjestää täydentävää koulutusta niille, joiden asenteiden halutaan muuttuvan. (STM 2009.)

Hoitohenkilökunnan kannat voidaan karkeasti jakaa kolmeen osioon. Eristäminen voidaan kokea kriittisenä asenteena, jolloin se nähdään hyökkäyksenä ja vahingollisena asiana potilaita kohtaan. Valitsemalla hoitomenetelmäksi eristyksen loukataan usein samalla potilaan sekä hoitajan välistä luottamussuhdetta. (Hoekstra, Lendemeijer & Jansen 2004, Kontio 2011.) Toisaalta eristys voidaan nähdä myös hyödyllisyyttä ja tavoitteita tavoittelevana asiana, jolloin sitä ei pidetä positiivisena asiana, mutta se on välttämätön turvallisuuden vuoksi. Kolmantena eristäminen voidaan kokea myönteisenä asenteena, jolloin uskotaan vahvasti mielenterveyskirjallisuuteen. (Kontio 2011.)

Usein psykiatrisen hoidon tarpeessa oleva potilas hakeutuu hoitoon vasta, kun ahdistuneisuus tai mielialahäiriö ilmenee. Pahimmassa tapauksessa psykiatrisen potilas haetaan hoidettavaksi psykoosissa. (Lönqvist ym. 2011: 641-642.) Syy sille, miksi psykiatrisen potilas on päättänyt olla kadulla ilman hoitoa, on usein pelko tahdosta riippumattomaan hoitoon pakottamisesta ja siellä tehtävistä tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä. Jos ihminen ei uskalla

hakeutua terveydenhuoltoon hoidetuksi, peläten tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumista, on siinä tapauksessa terveydenhuolto kääntynyt itseään vastaan. (Herberts ym. 2011.) Suomessa noin puolet psykiatrisen hoidon tarpeessa olevista henkilöistä hakeutuvat hoitoon. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat psykiatrisen hoidon tarpeessa olevien ihmisten mielipiteet ja asenteet psykiatrasta hoitoa sekä mielenterveyshäiriöitä kohtaan. (Lönngqvist ym. 2011: 641-642.)

Usein asia, jota hoitaja yrittää viedä eteenpäin käytäntöön, ei onnistu. Tämä johtuu siitä, että hoitaja ei ole asemassaan yhtä korkeasti koulutetulla tasolla kuin lääkäri, suurempi henkilö, joka puolestaan voi päättää asioista. Yli puolet hoitajista kertoo, että heitä kohdellaan eri tavalla, kun on kyse toisesta ammatinharjoittajaryhmästä. (Happell ym. 2010.)

2.3 Potilaiden kokemuksia eristyksestä

On psykiatrisia potilaita, joiden kokemukset eristyksestä ovat olleet negatiivisia, vahingollisia tai jättäneet traumaattisia muistoja (Needham ym. 2010, Kontio 2011). Monet eristyksessä olleet potilaat ovat kokeneet eristyksen ja yleisen rajoittamisen rangaistuksena, jonkinasteisena kidutuksen muotona tai potilaan oman autonomian rikkomuksena. Monet myös kertovat, että he eivät ole tienneet syytä siihen, miksi heitä ylipäättänsä eristetään tai heidän toimintaansa rajoitetaan. Eristys ja rajoittamiskäytänteet heikentävät potilaan hoidon vaikuttavuutta ja tyytyväisyyttä, etenkin jos eristystä ja rajoitusta käytetään aggression tai väkivaltaisen käyttäytymisen hoitomuotona. (Kontio 2011.)

Tahdosta riippumatonta hoitoa käytetään usein turhan herkästi, sitä tulisi käyttää vain sellaisissa tilanteissa, joissa se todella on tarpeen. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan osakseen pitää rikoksen kaltaisena asiana ihmisyyttä vastaan. Tätä voidaan havainnollistaa sillä, että psykiatrisen potilas vapaaehtoisen hoidon sijaan määrätään pakolla tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikä aiheuttaa alemmuutta ja itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat ovat toissijaisia. Näin ollen myös tavalliseen elämään palaaminen on hankalampaa. (Froloff 2009.) Potilaiden kokemusten mukaan hoitohenkilökunnan tulisi kunnioittaa enemmän tai edes pienissä asioissa potilaiden autonomiaa eristyksen ja rajoittamisen aikana. Esimerkkinä pienistä asioista ilmenevät potilaiden omat päätökset siitä, mitä vaatteita he saivat pitää ja mitä he saivat syödä tai juoda. Potilaat halusivat myös hoitohenkilökunnan olevan aidosti kiinnostuneita heistä eristyksen ja rajoittamisen aikana. (Kontio 2011).

Potilaan itsemääräämisoikeuden sisältöön kuuluu esimerkiksi potilaan kunnioittava kohtelu (Herberts ym. 2011, Tolonen 2011, Suhonen 2007). Itsemääräämisoikeuteen kuuluu lisäksi myös potilaan kuulluksi tuleminen ja se, että potilaalle suodaan mahdollisuus osallistua häneen liittyvään päätöksentekoon. Osalla haastateltavista on selkeä mielipide siitä, mitä itse-

määräämisoikeus tarkoittaa. Toiset taas eivät tiedosta koko käsitteen olemassaoloa, koska heillä ei ole tietoa itsemääräämisoikeuden merkityksestä. Näin he eivät myöskään voi vaatia sen toteutumista. Potilaiden tulisi saada mahdollisuus tulla tietoiseksi itsemääräämisoikeudesta ja sen ”käyttötarkoituksesta”. (Suhonen 2007.)

Potilaat toivovat eristys- ja rajoitustoimenpiteisiin asioita, jotka voivat parantaa hoitotuloksia merkittävästi. Näitä asioita ovat ympäristön mukavuuden parantaminen, vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa, mahdollisuus aktiviteetteihin ja pakkolääkityksen välttäminen eristys- ja rajoitustoimenpiteiden aikana tai niiden yhteydessä. (Kontio 2011.) Potilaiden hoidon tulisi olla sellaista, millä pystyttäisiin vaikuttamaan potilaiden elinoloihin ja mukavuuteen. Potilaalle tehtäisiin mahdollisimman terapeuttinen ympäristö riippumatta kuitenkaan siitä, onko potilas tahdosta riippumatta hoidosta vai ei. (Tolonen 2011.) Potilaat kertovat toiveistaan käytännön asioihin liittyen. He haluaisivat mahdollisuuden käyttää hygieenisesti puhtaita vessoja, mukavampia sänkyjä sekä vuodevaatteita. Toiveisiin kuuluvat myös tavallisemmat vaatteet, mahdollisuudet tupakan hankintaan, terapeuttisemmat kalusteet ja hälytyskello, jonka avulla voisi kutsua henkilökuntaa paikalle. (Kontio 2011.)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olleista potilaista kattava osa sanoo hyötynensä saamastaan hoidosta. Ei ole kuitenkaan ollenkaan epätavallista, että potilas kertoo, ettei muista olleensa hoidossa tahdosta riippumatta. Potilaalle voi helposti kehittyä kielteinen asenne omaa hoitoaan kohtaan, mikäli tahdosta riippumattomasta hoidosta ei ole selkeitä kokemuksia. (Lönqvist ym. 2011, Tolonen 2011.) Hyviä hoitokäytänteitä ja suosituksia noudattamalla sekä turhan negatiivisia asenteita ja vuorovaikutustilanteita välttämällä vältettäisiin kielteisen asenteen kehittymistä (Tolonen 2011).

Mostafanejad (2006) on selvittänyt, miten eristys vaikuttaa potilaisiin. Potilaat kuvailevat eristystä erilaisin tavoin. Jotkut potilaat kertovat eristyksen olevan helppo tapa saada psykiatriset potilaat pois yhteiskunnasta. Toiset potilaat puolestaan kokevat, etteivät ole tervetulleita eristyshoitoon. Osa vastaajista on sitä mieltä, ettei psykiatrisella potilaalla ei ole paikkaa yhteiskunnassa ja osa psykiatrisista potilaista tuntee itsensä hylkiöksi tai yksinäiseksi yhteiskunnassa. Ainoa syy sille, miksi tutkimukseen osallistuneet eristettiin, oli se, että heillä on mielenterveyshäiriö tai vääränlainen käytös. Tutkimukseen osallistuneet kuvailevat tuntemuksiaan syrjäytyneeksi tulemisesta. Eristystä potilaat kuvailevat itsessään sairautena, mielenterveyshäiriötä puolestaan yksinäisenä helvettinä ja yhteiskunnassa olemista vaikeaksi asiaksi. (Mostafanejad 2006.)

Samaan tutkimukseen osallistuneet potilaat kertovat myös, että media antaa ihmisille leimaavan kuvan psykiatrisista potilaista kuvaamalla ja esittämällä heistä asioita yhteiskunnassa.

On esimerkiksi kerrottu yleisesti, että leimaavan kuvan saaneet psykiatriset potilaat eivät saa helposti töitä tai menettävät työpaikkansa helposti. Se, että tulee leimatuksi yhteiskunnassa tarkoittaa myös sitä, että itsemurhariskit nousevat. (Mostafanejad 2006.) Psykiatriset potilaat eivät useinkaan hae apua, koska pelkäävät leimautuvansa sairautensa takia. Tämänhetkinen yhteiskunta vaatii yksilöä toimimaan suorituskeskeisesti ja kilpailuhaluisesti. Yhteiskunta ei anna tilaa sellaisille, joilla on heikkouksia, kuten psykiatrisilla potilailla. Kyse ei ole ainoastaan siitä, että psykiatrinen potilas käyttäytyisi aina itsetuhoisesti, vaan siitä että yhteiskunta ei anna tilaa tulla esille psykiatrisina potilaina. (Froloff 2009.) Ihmisillä ei ole selvää tietoa eikä ymmärrystä siitä, mitä mielenterveyshäiriö tarkoittaa. Potilaiden mielestä hoitajien tulisi antaa tietoa mielenterveydestä yhteiskunnalle poistaen näin ennakoasenteet ihmisten silmistä psykiatrisia potilaita kohtaan. Samalla myös hoitoon pääseminen voisi olla helpompaa. (Suhonen 2007, Mostafanejad 2006.)

Suurin osa eristyskokemuksista koetaan negatiivisina, mutta ne potilaat, joilla on hyvin pitkä sairaushistoria, saattavat mainita myös positiivisia kokemuksia. Eristyskokemuksesta selviytymiseen vaikuttavat eristykseen johtaneen syyn ja sen keston ymmärtäminen, mahdollisuus keskustella muiden kanssa eristyksestä sekä nopean palautumisen mahdollistaminen valvonnan alla. Sen sijaan on myös asioita, jotka heikentävät eristyksestä selviytymisestä. Niitä ovat saman eristykseen johtaneen vaaratilanteen toistuminen, epäoikeudenmukainen kohtelu hoitohenkilökunnalta eristyksen aikana sekä eristyksen käsittelemättä jättäminen. Kun potilas tuntee tulleensa kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti tai, kun eristys on jokapäiväinen uhka potilaalle, voi potilaan negatiivinen suhtautuminen henkilökuntaa kohtaan vaikeutua entisestään. (Hoekstra ym. 2004.)

Potilaat, jotka ovat olleet eristyksessä, ovat kokeneet, että heidän itsemääräämisoikeutta ja vapautta on rajoitettu eikä heillä ole velvollisuuksia tai kontrollia omasta elämästään. Suurin osa potilaiden kokemista vihan tunteista kohdistuu lähinnä itsemääräämisoikeuden menettämiseen. Positiivisina kokemuksina eristyksestä tulee esille lähinnä rauha ja turva, mutta molempien saavuttaminen perustuu luottamukseen hoitohenkilökunnan kanssa. (Hoekstra ym. 2004.) Lisäksi turvallisuuden tunne, eristyksen rauhoittava vaikutus ja eristyksen ymmärtäminen osana hoitoa ovat potilaiden mukaan eristyksen aiheuttamia vähäisiä positiivisia tunteita (Kontio 2011).

Mieli 2009-suunnitelmassa esitellään ulkopuolinen asiantuntija, psykiatri. Hänen tehtävänään on arvioida tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä, mikäli potilas näin tahtoo. Käytännössä tällä halutaan lisätä tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvien päätösten avoimuutta, luotettavuutta ja potilaan oikeusturvaa. Tämän lisäksi yli kolme kuukautta kestävään psykiatriseen hoitojaksoon harkitaan ulkopuolisen asiantuntijan arviointia. Potilaalle tulee

esitellä tämän ulkopuolisen asiantuntija-arvioijan mahdollisuus, mikäli potilas sitä haluaa. (STM 2009.)

Mielenterveyslaki (1990) antaa psykiatriselle potilaalle oikeuden valittaa eristämiseen johtanutta päätöstä hallinto-oikeuteen. Potilaalla on oikeus saada apua valituksen tekemiseen ja tietoa päätöksistä, jotka ovat johtaneet tahdosta riippumattomaan hoitoon. Valitus tulee tehdä lakiin nojaten. (Mielenterveyslaki 1990.) Potilaalle voidaan esimerkiksi neuvoa, miten hän voi valittaa hoitopäätöksestä. Useinkaan potilas ei ole kykenevä tämän tiedon ymmärtämiseen tai vastaanottamiseen. (Kuhanen ym. 2010: 80.) Yleisestä terveydenhuollosta tehdään enemmän valituksia kuin psykiatrisesta hoidosta. Se, että psykiatrinen potilas ei kykene tekemään sairautensa vuoksi valitusta, on huomattava asia, mutta myös se, ettei juuri mikään potilaiden tekemistä valituksista tuota tuloksia eikä niillä ole yhteiskunnassa merkitystä (Froloff 2009, Mostafanejad 2006.)

3 Purkukeskustelu eristyksen jälkeen

Purkukeskustelu tarkoittaa tahdosta riippumattoman eristyshoidon jälkeistä rakentavaa keskustelua potilaan ja hoitajan välillä (Needham ym. 2010, Kontio ym 2010b). Purkukeskustelun avulla voidaan auttaa ja tukea psykiatrista potilasta palautumaan takaisin tasapainoon eristyksen jälkeen. Keskustelun myötä potilaan jatkohoitosuunnitelmat ovat paremmin hallittavissa, kun tiedetään, miten potilas on kokenut eristyksen. Suurimmaksi osaksi potilaat ovat olleet tyytyväisiä purkukeskusteluun, koska siellä he saavat purkaa kokemuksiaan eristyksestä ja tuntevat, että heitä ymmärretään, ollaan valmiita kuuntelemaan ja vahvistamaan heidän kokemuksiaan. (Needham ym. 2010.) Potilaalle, joka on ollut psykoottisessa tilassa eristyksen aikana, tulee antaa hyvä, tyydyttävä ja perusteltu selvitys siitä, että pakkohoito, toimenpiteet ja eristys on yleensäkin ollut hyväksyttävää (Mielenterveyslaki 1990).

Purkukeskustelu ei ole terminä virallisesti käytetty psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrisessa hoitotyössä puhutaan muun muassa jälkipuinnista ja eristyksen jälkeisestä keskustelusta silloin, kun potilaan eristäminen tai sitominen on lopetettu. (Kontio ym. 2010b.) Opinnäytetyöhön valittiin termi purkukeskustelu, koska jälkipuinti viittaa myös psykiatrisessa hoitotyössä kriisiin, trauman tai esimerkiksi järkyttävän tapahtuman läpikäyntiin ohjatussa tilaisuudessa. Jälkipuintia voidaan toteuttaa esimerkiksi lentokonetapaturmassa olleille. Jälkipuinnilla varmistetaan se, että kukaan ei joudu käsittelemään tapaturman tunteita yksin, vaan jokaista autetaan selviytymään tapahtumasta yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

Purkukeskustelukäytänteitä käsittelevät tutkimukset ovat harvinaisia. Tarkastelua on joissain tutkimuksissa jopa laajennettu purkukeskustelututkimuksiin myös muiden kuin hoitotyön osal-

ta, pyrkien tunnistamaan yleiset purkukeskustelua edistävät tavoitteet ja sen yleisen tehokkuuden. Tarkastelussa ilmeni kuitenkin ristiriitoja, sillä tutkijat eivät olleet yksimielisiä purkukeskustelumallien suhteen. Tutkijat eivät pystyneet perustelemaan omia päätöksiään selkeäksi toisilleen, joten tulokset jäivät puutteellisiksi. Käytännössä mikä tahansa muu purkukeskustelumalli oli parempi kuin toinen tai puolestaan yksi purkukeskustelumalli oli soveliaampi kuin muut eristyksen jälkeen käytävään purkukeskusteluun. Purkukeskustelumallia on vaikea arvioida tehokkuudeltaan, sillä on niin paljon erilaisia ammatillisia ominaisuuksia, jotka vaikuttavat keskustelun käymiseen. Näitä ovat esimerkiksi yksilölliset taidot, inhimilliset tekijät, aiempi kokemus, yksilön kyky selviytyä epäsuotuisissa olosuhteissa sekä tilannetekijät. (Needham ym. 2010.)

Needham & Sands (2010) ovat tutkineet eristyksen jälkeistä purkukeskustelua hoitajien toteuttamana ja erityisesti sitä, kuinka säännöllisesti ja, millä tavalla purkukeskustelua käydään. Tutkimustuloksissa selvisi, että purkukeskustelua ei käydä läpi potilaan kanssa eristyksen jälkeen rutiininomaisesti eikä purkukeskustelun oleellisuutta juurikaan painoteta. (Needham ym. 2010.) Hottisen (2013) mukaan suurin osa psykiatrisista potilaista ei saanut purkukeskustelumahdollisuutta HUS-alueen psykiatrisilla suljetuilla osastoilla. Hänen mukaan jokaiselle potilaalle, joka on ollut sidottuna, tulisi aina tarjota purkukeskustelumahdollisuutta. Hoitajien tulisi olla varovaisia sen suhteen, minkälaisia kokemuksia eristämistilanteet voivat aiheuttaa potilaassa. (Hottinen 2013.)

On pohdittu sitä, miksi akuutisti sairastunut psykiatrinen potilas eristetään täysin epämukavaan ympäristöön ilman sosiaalista kanssakäymistä (Needham ym. 2010). Sajama (2011) pohdii, miten sellainen tilanne, jossa potilas on vähävirikkeisessä tilassa, missä ei tapahdu mitään, voi olla ylipäätään hoitoa. Hän myös miettii, olisiko eristysruoneessa mahdollista toteuttaa aktiivisia hoidollisia keinoja. Tästä juontuu pääidea koko purkukeskustelun olemassaololle: potilailla on tarve sosiaaliseen kanssakäymiseen ennen eristystä, sen aikana ja myös sen jälkeen (Needham ym. 2010). Kontion (2011) tutkimuksessa potilaat kertovat, että he saavat eristämisen ja sitomistilanteen aikana hyvin vähän huomiota. Samaa toteavat myös hoitohenkilökunta sekä lääkärit. Tutkimuksessa todetaan myös, että potilailla on tarve päästä keskustelemaan hoitohenkilökunnan kanssa jälkeensä eristyksistä ja rajoitustoimenpiteistä, potilaat pitävät tärkeänä erityisesti tunteiden käsittelyä. (Kontio 2011.)

Eristyksen jälkeen potilaan on saatava asianmukainen purkukeskustelumahdollisuus, joka sisältää eristykseen johtaneen syyn selvittämistä ehkäisten potilaalle aiheutuvia traumoja. Keskustelu itsessään antaa sekä potilaalle että hoitajalle mahdollisuuden ymmärtää toisiaan ja ennaltaehkäisemään uusiutuvia eristystilanteita. Potilaat ovat vuosienkin jälkeen kertoneet traumaattisista kokemuksistaan, kuvaillen niitä muun muassa nöyryyttäväksi. Koska eristys voi

hyvin aiheuttaa potilaalle sekä fyysistä että henkistäkin haittaa, tulisi huolehtia siitä, ettei fyysinen tai henkinen haitta kasvaisi entisestään eristyksen jälkeen. (Tolonen 2011.)

Purkukeskustelu tulisi toteuttaa, kun potilaan eristäminen tai sitominen lopetetaan. Tällöin potilaan kanssa tulee käydä läpi erilaisia asioita, kuten syy siihen, miksi hänet on eristetty tai sidottu, potilaan omia kokemuksia tapahtuneesta ja myös potilaan oma palaute eristyshoidosta. Purkukeskustelu tilanteena kirjataan eristyksen seurantalomakkeelle ja hoitokertomukseen sisältäen osallistujat ja potilaan oman palautteen. (Kontio ym. 2010b.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä on käytössä psykiatrisen hoitotyön osalta eristystilanteen arviointikaavake (Liite 2). Kaavakkeessa on kuvattu selkeästi ja kattavasti se, miten eristyksen toteutus kokonaisuudessaan kirjataan ja käydään läpi potilaan kanssa. Kaavakkeessa käsitellään eristystä ja kerrotaan yksityiskohtaisesti, mitä purkukeskustelussa tulee käydä läpi potilaan kanssa. Eristyksen/sitomisen purkukaavake (Liite 3) on puolestaan käytössä Kellokosken sairaalassa. Se sisältää purkukeskustelussa käytäviä asiasisältöjä, esimerkiksi tietoja, miten vuorovaikutus eristyksessä onnistui, miten eristys itsessään sujui, kokemuksia eristyksen kestosta ja mietteitä siitä, miten jatkossa voitaisiin välttää eristystä.

Yhä useammin on nostettu esille niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin se, minkälaisia kielteisiä vaikutuksia eristyskäytänteet ovat aiheuttaneet potilaissa viime vuosikymmenyksen aikana. On selvinnyt, että pahimmillaan eristys voi aiheuttaa vakavia vammoja, kuolemaa ja psyykkisiä vahinkoja. (Needham ym. 2010.) Negatiivisia tunteita, jotka liittyvät usein potilaiden eristykseen ja rajoittamiseen, ovat esimerkiksi avuttomuus, voimattomuus, sekavuus, yksinäisyys, lohduttomuus, nöyryytys ja yleinen viha (Hoekstra ym. 2004, Kontio 2011). Negatiiviset tunteet nousevat esille etenkin silloin, kun potilas ei ole ollut vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa ennen eristykseen joutumista, sen aikana eikä eristyksen jälkeenkään. (Kontio 2011.)

Potilaalla, joka joutuu tahdosta riippumattoman hoidon kohteeksi, tulisi olla myös oikeus sanoa oma mielipiteensä yksilönä, ihmisenä. Kuulluksi tuleminen merkitys nousee esille vuorovaikutustilanteiden lisääntymisenä tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden aikana. Näin ollen myös potilaalla on oikeus vaikuttaa hänestä tehtäviin hoitopäätöksiin. (Froloff 2009.) Henkilökunnan yksi ehdotus on sellainen, että opeteltaisiin jokaisen potilaan kohdalla tunnistamaan merkit, miten potilaat ennakoivat kuohuntaa, aggressiota ja väkivaltaa sekä kehittää itsehillintää, jos tällaisia tilanteita tulee. Tällainen niin sanottu varhaisen tunnistamisen menetelmän käyttö tarkoittaa, että hoitaja neuvoo potilaita tutkimaan ja kuvaamaan heidän omia väkivallan varhaisia merkkejä. Kun hoitaja tai potilas huomaa varhaisia merkkejä, rohkaisevat hoitajat potilaita käyttämään estämistoimenpiteitä, jolloin käyttäytyminen tasapainottuu. (Kontio 2011, Kontio ym. 2010a.)

Yleisesti ottaen eristys on edelleen ammattilaisten hyväksymä hoitomuoto akuutteihin potilastilanteisiin ja sitä se tulee myös lähitulevaisuudessa olemaan. Eristykseen liittyvien kielteisten vaikutusten valossa tulisi hoitohenkilökunnan keskittyä kehittämään ja arvioimaan eristykseen liittyviä hyviä käytänteitä, ottaa huomioon hienotunteisuus molempia sukupuolia kohtaan, lisätä purkukeskustelu osaksi hoitosuunnitelmaa ja tarjota sitä potilaalle tehokkaasti sekä luonnollisesti. Yhdysvallat pyrki tietoisesti ensimmäisten joukossa vähentämään eristystilanteita. Jos eristykseen kuitenkin päädyttiin potilaan hoidossa, sitä kutsuttiin hoidon epäonnistumiseksi. Tämä tavallaan painosti henkilökuntaa kehittämään ja siirtymään vaihtoehtoihin strategioihin hoitaa potilasta. (Needham ym. 2010.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia purkukeskustelun toteutuksesta potilaiden kanssa eristyksen jälkeen. Tavoitteena oli selvittää, mitä psykiatrisella osastolla eristyksen jälkeen käydyt purkukeskustelut sisältävät, mitä aihealueita keskusteluissa käydään läpi tai mitä asioita niiden tulisi sisältää. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, minkälaista hyötyä potilaat saavat purkukeskustelusta ja millä tavalla potilaat ovat kommentoineet purkukeskustelutilanteita. Tavoitteena oli myös saada tietoa siitä, miten merkityksellisenä menetelmänä hoitajat pitävät purkukeskustelua oman työnsä kannalta. Työn tulosten perusteella on mahdollista kehittää purkukeskustelukäytänteitä ja niiden toimivuutta osastoilla.

Tämä työ sisältää kolme tutkimustehtävää:

1. Mitä eristyksen jälkeen käydyt purkukeskustelut sisältävät?
2. Minkälaista hyötyä potilaat saavat purkukeskustelusta?
3. Miten merkityksellisenä menetelmänä hoitajat pitävät purkukeskustelua oman työnsä kannalta?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi maaliskuussa 2012, kun Laurea-ammattikorkeakoulun hankemessuilla löydettiin tämä mielenkiintoinen aihe. Jo etukäteen oli päätetty, että tehdään opinnäytetyö psykiatriseen hoitotyöhön liittyen ja mahdollisuus purkukeskustelukäytänteiden tutkimiseen vain vahvasti entisestään mielipidettä. Alustava opinnäytetyösuunnitelma työstettiin viikon kuluessa ja yhtä nopeasti selvisi myös se, että hankehakemus oli hyväksytty ja voitiin aloittaa opinnäytetyö.

Kevät ja kesä 2012 kuluivat aihealueeseen ja aiempiin tutkimuksiin tutustuen, lainattiin kirjastosta aiheeseen liittyviä kirjoja, ammattilehtiä ja myös internetissä tutustuttiin aiheeseen.

Syksyllä opinnäytetyöprosessi jatkui opinnäytetyösuunnitelmaa tekemällä. Syyskuussa 2012 käytiin tutustumassa Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatrian osastoihin ja osastonhoitajiin. Tapaamisen yhteydessä hahmoteltiin opinnäytetyön toteutusta ja aikataulua. 15.10.2012 osallistuttiin Käytännön työkaluja pakon vähentämiseksi-seminaariin Peijaksen sairaalassa, mikä johdatti konkreettisesti aiheen äärelle.

Opinnäytetyösuunnitelma valmistui alkuvuonna 2013 ja helmikuussa pidettiin suunnitelmaseminaari. Viikkoa ennen seminaaria työ lähetettiin opponoijille, osastonhoitajille sekä ohjaavalle opettajalle. Seminaarin jälkeen tehtiin vielä joitakin korjauksia suunnitelmaan. Kun osastonhoitajat ja opinnäytetyön ohjaaja olivat hyväksyneet suunnitelman, tehtiin tutkimuslupahakemus Peijaksen sairaalan johdolle (Liite 5). Hakemuksesta ei kuitenkaan saatu koskaan vastausta, vaan se oli ilmeisesti kadonnut sairaalassa. Toukokuussa 2013 tehtiin uusi tutkimuslupahakemus ja tutkimuslupa hyväksyttiin 17.5.2013. Eettiseltä toimikunnalta lupaa ei tarvinnut erikseen anoa, sillä missään tutkimuksen vaiheessa ei oltu suoraan tekemisissä potilaiden kanssa eikä kajottu potilasasiakirjoihin.

Pian suunnitelmaseminaarin jälkeen käynnistyi varsinaisen opinnäytetyön työstäminen. Aloitettiin uusi tiedonhaku, työhön alettiin kirjoittaa teoriaa ja laadittiin haastattelurungot valmiiksi. Yksilöhaastattelun läpikäymistä harjoiteltiin ja esiteltiin haastattelurungon avulla, jotta tiedettiin, miten kauan suurin piirtein haastatteluihin tuli varata aikaa. Samalla haastattelun harjoittelemisesta saatiin varmuutta varsinaisen haastattelun tekemiseen. Tarkoituksena oli toteuttaa yksilöhaastattelut Peijaksen sairaalassa helmikuussa 2013, heti kun tutkimuslupa oli saatu ja suunnitelmaseminaari oli pidetty. Tutkimusluvan saamiseen meni enemmän aikaa kuin oli arvioitu, joten haastattelut toteutettiin vasta kesällä 2013.

Kevään ja kesän 2013 aikana opinnäytetyön toteutuksessa pääpaino oli tiedonhaussa ja tekstin kirjoittamisessa. Ohjaavan opettajan tapaamisia oli myös tiiviisti. Tiedonhaku suoritettiin suurimmaksi osaksi Laurea-ammattikorkeakoulun nelli-portaalin tiedonhakupöytäkirjan avulla. Hyödynsimme tiedonhaussa myös Laurea-ammattikorkeakoulun kirjastoa ja koulun tiedonhankinnan lehtoria. Hakusanoina on käytetty muun muassa ”debriefing”, ”purkukeskustelu”, ”jälkipuinti”, ”eristys”, ”eristäminen”, ”leposide”, ”huone-eristys”, ”attitude”, ”nurse”, ”patient”, ”seclusion”, ”psychiatric”, ”puinti”, ”keskustelu”, ”kokemus”, ”experience”, ”mental health”, ”mental illness”, ”mielenterveys”, ”mielenterveystyö”, ”psykiatria”, ”psykiatrinen”, ”eristyksen jälkeinen”, ”post-seclusion”. Joitakin hakusanoja on käytetty katkaisutuina ja taivutettuina.

Tietoa itse aiheesta, purkukeskustelusta, oli niukasti suomenkielellä, joten jouduttiin hakemaan tietoa enemmän kansainvälisesti. Kun haettiin tietoa purkukeskustelusta, tuli esille enemmän jälkipuintia käsittelevää aineistoa, joten iso osa lähteistä oli usein väärää asiaa kä-

sitteleviä. Tämä vaikeutti oikean lähdeaineiston saamista. Tiedonhaun hankaluuden takia jouduttiin pitämään useita tiedonhankintaan keskittyviä päiviä, joiden aikana haettiin ainoastaan tietoa. Loppujen lopuksi ne aineistot, jotka saatiin kerättyä tähän työhön, olivat sisällöllisesti rikkaita.

Osastonhoitajan kanssa oli sovittu, että hän hankkii haastateltavat valmiiksi sovittuna ajan-kohtana. Näin haluttiin varmistua siitä, että kaikki haastateltavat ovat varmasti samaan aikaan työpaikalla vuorossa ja kaikki sujuu muutenkin ongelmitta. Opinnäytetyön alkuperäisessä suunnitelmassa haastatteluja oli tarkoitus olla enemmän ja ne piti toteuttaa ryhmähaastatteluina. Päädyttiin kuitenkin yksilöhaastatteluihin, sillä osastolta ei ollut mahdollista saada samanaikaisesti kokoon isoa ryhmää. Osastolle lähetettiin etukäteen saatekirje (Liite 4), jossa kerrottiin tulevista haastatteluista, niiden toteutuksesta, haastattelun vapaaehtoisuudesta, nauhurin käytöstä sekä tarkemmasta aikataulusta.

Haastattelut toteutettiin Peijaksen sairaalassa heinäkuussa 2013 kahden viikon aikana, kahtena eri päivänä. Haastateltavina oli yhteensä viisi sairaanhoitajaa, hoitajia oli osastoilla yhteensä 48. Jokainen haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, tarkoituksena oli haastatella hoitohenkilökuntaa erilaisilla teemakysymyksillä. Oli suunniteltu, että haastattelu koostuu kolmesta eri teemasta, teema kerrallaan pyrittiin saamaan vastaus yhteen tutkimuskysymykseen. Näin ollen teemahaastattelukysymykset (Liite 1) koottiin kolmesta teemakysymyksestä, joiden jokaisen alle mietittiin muutamia apukysymyksiä. Apukysymysten avulla oli mahdollista turvata mahdollisimman kattavat vastaukset. Kaikki kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, jolloin vastauksista saatiin kattavampia ja laajempia kuin suljettujen kysymysten avulla. Haastatteluissa käytettiin nauhuria, jonka tukena kirjoitettiin myös joitakin osioita haastatteluista paperille.

Haastatteluiden jälkeen alkoi varsinainen aineiston analyysi, joka suoritettiin syksyn 2013 aikana. Tutkimustulosten analysointi toteutettiin induktiivisella sisällön analyysillä, laadullisen tutkimuksen silmin. Analyysin jälkeen varattiin tapaamisaika opinnäytetyön ohjaajan kanssa, jonka jälkeen päästiin jatkamaan opinnäytetyön tekemistä, aineiston tarkastelua ja jatkamaan teoriaosion kirjoittamista.

Kun opinnäytetyön ohjaaja hyväksyi valmiin opinnäytetyön, alettiin suunnitella arvioivan seminaarin ajankohtaa. Arvioiva seminaari pidettiin Laurea-ammattikorkeakoulussa 12.11.2013. Ennen seminaaria työ lähetettiin kahdelle opponoijalle, opinnäytetyön ohjaajalle sekä osastonhoitajille. Marraskuun 2013 aikana tehtiin työhön vielä pieniä korjauksia ja paranneltiin tekstin ulkoasua sekä rakennetta.

5.1 Laadullinen tutkimus ja teemahaastattelu

Kun tehdään laadullista tutkimusta, pyritään aina tutkimaan tiettyä, yksittäistä tapausta. Tutkimukselle on myös tyypillistä se, että yhtä tapausta käsitellään perusteellisesti ja siitä pyritään saamaan irti mahdollisimman paljon. (Kananen 2008: 25, Eskola & Suoranta 2000: 18.) Määrällisessä tutkimuksessa keskitytään puolestaan suurempaan tapausten joukkoon eikä yksittäisiin tapauksiin voida käyttää yhtä paljon resursseja ja aikaa (Kananen 2008: 25). Laadullisessa tutkimuksessa yksiköiden suuri määrä ei ole mahdollinen eikä se ole tarpeellista. Laadullisen tutkimuksen tekemiseen ei koskaan päädytä siksi, etteivät voimavarat sattuisi salpimaan määrällistä tutkimusta. (Alasuutari 2001: 32, 39.)

Samassa tutkimuksessa voidaan joskus käyttää sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää (Alasuutari 2001: 32, 39, 53, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998: 222, Eskola ym. 2000: 13). Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan syventää ja ymmärtää paremmin määrällisen tutkimuksen tuloksia. Toisaalta joskus laadullista tutkimusta voidaan jatkaa määrällisen tutkimuksen keinoin. (Kananen 2008: 24.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkein työkalu on itse tutkija, ihminen, jonka avulla saadaan tutkimustuloksia (Kananen 2008: 25, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 164). Tutkija menee ilmiön luokse, kenttätööhön, ja toteuttaa tiedonkeruuta siellä esimerkiksi haastattelemalla tai havainnoimalla (Kananen 2008: 25, Eskola ym. 2009: 16). Näin ollen tutkittavan ja tutkijan välille syntyy suora kontakti ja tutkimus toteutetaan oikeassa kontekstissaan (Kananen 2008: 25). Tässä opinnäytetyössä haastattelijat menivät fyysisesti ilmiön luokse, sairaalaan ja tiedonkeruu toteutettiin täällä haastattelemalla työntekijöitä oikeassa kontekstissa eli tutkittavassa ympäristössä, haastateltavien työpaikalla. Määrällisessä tutkimuksessa puolestaan käytetään työkaluina erilaisia kyselylomakkeita (Kananen 2008: 25, Alasuutari 2011: 35, 37, Tuomi & Sarajärvi 2003: 76-77).

Laadullisessa tutkimuksessa saadut vastaukset ovat aina tutkijan omia, persoonallisia näkemyksiä, jotka sisältävät tutkijan omia tunteita ja intuitioita (Paunonen ym. 1998: 215, Hirsjärvi ym. 2009: 164, Tuomi ym. 2003: 19). Näin ollen tulkintoja ei voida toistaa myöhemmin eikä niitä voi siirtää muuhun kontekstiin (Paunonen ym. 1998: 215, Tuomi ym. 2003: 19). Tutkimusongelma ja itse aineisto ovat laadullisessa tutkimuksessa intensiivisessä vuorovaikutuksessa keskenään. Ei tule odottaa, että aineisto antaisi suoria vastauksia itse tutkimusongelmaan. Jotta tutkija saa vuorovaikutuksellisen yhteyden itse aineistoon, on hänen ensin opittava tuntemaan aineisto. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010: 13.)

Haastattelu itsessään on yleinen tiedonhankintamuoto (Ruusuvoori ym. 2010: 9-10, Eskola ym. 2000: 85). Sen idea on yksinkertainen: haastattelija esittää kysymyksiä haastateltavalle koski-

en tutkimusongelmaa (Kananen 2008: 73, Eskola ym. 2000: 85, Tuomi ym. 2003: 74). Haastattelua esiintyy niin mediassa, esimerkiksi toimittajien käyttämänä, kuin tutkimuksissakin. Toimittajien tekemät haastattelut ovat suoria kysymyksiä, jotka saattavat olla kovin kiperiäkin. Sen sijaan tutkijan kysymykset, etenkin laadullisessa tutkimuksessa, ovat avoimempia, sellaisia, joihin ei voida vastata kyllä- tai ei-vastauksin. (Ruusuvuori ym. 2010: 9-10, 16.) Haastattelua käytetään paljon myös terveysalalla käytännön työssä, kun potilaita ja asiakkaita haastatellaan sairaalaan tullessa, hoitotilanteissa ja terapiatyössä (Kylmä & Juvakka 2007: 77).

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Teemahaastattelu tarkoittaa puolistrukturoitua haastattelua (Tuomi ym. 2003: 77, Kylmä ym. 2007: 78, Eskola ym. 2000: 86, Hirsjärvi & Hurme 2011: 48). Se on kuitenkin lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua (Hirsjärvi ym. 2011: 48). Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ja teemat ovat kaikille haastateltaville samat, mutta strukturoidulle loma-kehaastattelulle tyypilliset seikat, kuten kysymysten tarkka muoto ja järjestys, puuttuvat (Hirsjärvi ym. 2011: 47, 48, Eskola ym. 2000: 86). Tarkkaan ei kuitenkaan ole määritelty sitä, pitääkö teemahaastattelussa esittää jokaiselle kaikki suunnitellut kysymykset, täytyykö kysymykset esittää samassa ja tietyssä järjestyksessä haastateltaville ja pitääkö sanamuotojen olla kaikissa haastatteluissa samat (Tuomi ym. 2003: 77, Eskola ym. 2000: 86, Hirsjärvi ym. 2011: 47). Vaihtelua on suuresti eri tutkijoiden kesken (Tuomi ym. 2003: 77, Hirsjärvi ym. 2011: 47). Muissa puolistrukturoiduissa haastattelutyypeissä kaikki kysymykset ja jopa niiden muoto täytyy olla kaikille haastateltaville täysin samat (Hirsjärvi ym. 2011: 48).

Puolistrukturoitu haastattelu eroaa puolestaan täysin strukturoimattomasta, avoimesta haastattelusta siten, että avoimessa haastattelussa ainoastaan ilmiö, josta on tarkoitus keskustella, on määritelty etukäteen (Tuomi ym. 2003: 78, Eskola ym. 2000: 86, Kylmä ym. 2007: 80). Haastateltavat saavat vastata rauhassa avoimiin kysymyksiin, mutta tutkijan tulee huolehtia siitä, että haastattelu pysyy ennalta määrätystä ilmiöstä (Tuomi ym. 2003: 78). Haastateltavilla on tällöin aktiivisempi rooli (Kylmä ym. 2007: 79). Avoimessa haastattelussa kyse on pohjimmiltaan tarinan luomisesta sekä tiettyyn aiheeseen liittyvästä keskustelusta (Kylmä ym. 2007: 79, Eskola ym. 2000: 86).

Teemahaastattelutilanteessa ei tule kertoa haastateltaville varsinaisia tutkimuskysymyksiä. Haastateltaville esitetään ennalta määritetyt teemakysymykset, joiden vastausten perusteella voidaan vastata tutkimuskysymyksiin. (Ruusuvuori ym. 2010: 9-10.) Tärkeää on siis erottaa varsinaiset tutkimuskysymykset, joihin saadaan vastaus haastatteluun liittyvillä kysymyksillä. Kysymysten avulla pyritään valottamaan ja saamaan tietoa tutkimuskysymyksistä. Pelkän tutkimuskysymyksen esittämien tutkittavalle ei anna ratkaisua eikä paljasta salaisuutta. (Kananen 2008: 73.) Tutkimuksen tekijän tulee pitää huoli siitä, että haastattelussa pysytään ai-

heessa, mutta toisaalta myös huolehtia siitä, ettei keskustelu ole liian rajattua. Silloin haastateltavien on mahdotonta saada kerrottua oma tarinansa. (Kylmä ym. 2007: 80.)

Teemahaastattelua ohjaa ennen haastattelua valitut teemat sekä niiden perusteella haastattelun tueksi tehdyt apukysymykset. Haastatteluvaiheessa koottiin teemahaastattelukysymykset yhdeksi kokonaisuudeksi (Liite 1), joka oli mukana haastattelutilanteissa ja ohjasi keskustelua ja aiheessa pysymistä. Pyrkimyksenä on saada vastauksia itse tutkimusongelmaan, joten teemahaastattelun kysymykset eivät voi kuitenkaan olla ihan mitä tahansa. Niiden on tuotava merkittävää tulosta tutkimuksen näkökulmasta. (Tuomi ym. 2003: 77-78.) Keskeistä kuitenkin on, että haastattelu etenee yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskeisten teemojen mukaan (Hirsjärvi ym. 2011: 48, Eskola ym. 2000: 86). Tällä pyritään tuomaan tutkittavien ääni kuuluiin ja vapauttamaan haastattelu tutkijan näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2011: 48). Ennalta valitut teemat ovat sidoksissa tutkimuksen viitekehukseen eli ”tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn” (Tuomi ym. 2003: 77-78). Monesti varsinkin aloittelevat tutkijat pohtivat pitkään sopivaa määrää ja luonnetta teemoille. Jos teemojen määrä kasvaa hyvin pitkäksi, teemahaastattelu voi muuttua strukturoiduksi haastatteluksi. (Kylmä ym. 2007: 78.)

Teemahaastattelussa oleellista on se, että siinä tarkastellaan ihmisten tulkintoja, merkityksiä erilaisista asioista (Tuomi ym. 2002: 77-78, Hirsjärvi ym. 2011: 48, Kylmä 2007: 23). Siinä tarkastellaan myös, kuinka uudenlaisia asioita tulee esille vuorovaikutuksessa haastattelun aikana (Tuomi ym. 2002: 77-78, Hirsjärvi ym. 2011: 48). Teemahaastattelu sopii hyvin esimerkiksi prosessiluonteisten ilmiöiden tutkimiseen, jolloin eteneminen on mahdollista teemoittamalla aihepiiri eri alueisiin (Kylmä ym. 2007: 80).

Laadullisessa tutkimuksessa onnistuneen haastattelun tavoitteena on saada värikkäitä, monipuolisia ja mielekkäitä kuvauksia ilmiöstä, jota tutkitaan (Kylmä ym. 2007: 79, Kananen 2008: 24). Tieto on aina sidoksissa siihen ympäristöön, kulttuuriin ja yhteisöön, josta se on hankittu (Kylmä ym. 2007: 79). Kun haastattelu on saatu valmiiksi, tulee pohtia, onko haastattelusta saatu tieto käytettävissä niin, että sen avulla saadaan vietyä tutkimus loppuun asti. Haastattelujen jälkeen on hyvä keskittyä vain haastattelujen sisältöön eikä heti verrata sitä valmiiksi kerättyyn teoriaan (Ruusuvoori ym. 2010: 9.)

Haastattelu tuottaa runsaasti aineistoa, tekstiä, joka voi olla muodoltaan hyvin monipuolinen ja laaja, ja sen takia aineistoa voikin lähestyä hyvin monella eri tavalla. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä voi tutkijalla olla suuri kynnys siirtyä aineistonkeruuvaiheesta analyysivaiheeseen. Sen vuoksi aineiston hankinta, aineistoon tutustuminen ja analyysien ennalta aloittaminen samanaikaisesti olisi hyvä aloittaa mahdollisimman varhain. Haastattelun aikana tutkijan kannattaa pitää kirjaa omista ajatuksistaan, havainnoistaan ja tulkinnoistaan. Tämä auttaa tutkijaa palaamaan haastattelun aikana esiin tulleisiin ajatuksiin ja pitää tutkijaa

muutenkin kartalla, kun itse tutkimusaineistoa aletaan tarkastella. (Ruusuvuori ym. 2010: 11, 13.)

5.2 Sisällönanalyysi

Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston analyysin luokitteluvaihetta (Ruusuvuori ym. 2010: 19). Kerätty aineisto täytyy analysoida, jotta on mahdollista saada tutkimuksen tulokset esille (Kylmä ym. 2007: 112). Sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä ym. 2007: 112, Kananen 2008: 94, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 134). Sisällönanalyysi on tavallinen työväline aina, kun analysoidaan laadullista aineistoa (Kylmä ym. 2007: 112, Tuomi ym. 2003: 93, Kankkunen ym. 2009: 131, 133). Alun perin se on kuitenkin määrällinen aineiston analyysimenetelmä (Kylmä ym. 2007: 112, Tuomi ym. 2003: 93).

Tässä opinnäytetyössä lähestytään aineistoa induktiivisella sisällönanalyysillä, joka tarkoittaa loogista tapaa tulkita aineistoa (Tuomi ym. 2003: 95, 97). Käytännössä induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa luokittelua ”yksittäisestä yleiseen” eli pelkistetyistä ilmaisusta kohti suurempia kokonaisuuksia (Tuomi ym. 2003: 95, 97, Kananen 2008: 90). Aikaisemmalla teorialla, tiedolla tai havainnoilla ei ole merkitystä (Tuomi ym. 2003: 97, Kankkunen ym. 2009: 134). Kuvaavat luokat ohjautuvat induktiivisessa sisällönanalyysissä aina aineistosta, eivätkä koskaan teoriasta käsin (Kylmä ym. 2007: 112-113, Tuomi ym. 2003: 97, Kankkunen ym. 2009: 134).

Induktiivisessa sisällönanalyysissä tarkoituksena on luokitella tekstin sanoja ja niistä muodostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Ensin aineisto puretaan osiin ja sitten sisällöllisesti samanlaiset osiot yhdistetään keskenään. Sen jälkeen tiivistetään kokonaisuus, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä ym. 2007: 112-113.) Keskeistä on induktiivinen päättely, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksen asettelu ohjaavat (Kylmä ym. 2007: 112-113, Tuomi ym. 2003: 97, Kankkunen ym. 2009: 135).

Aineiston analyysin vaiheisiin kuuluu seitsemän osa-aluetta. Tutkimusongelman asettaminen ja tutkimuskysymysten tarkentaminen on oleellista ennen aineiston valintaa ja sen keräämistä. Sen jälkeen aineistoon tulee tutustua, järjestää ja rajata. Sitten aineisto luokitellaan teemojen ja ilmiöiden perusteella, jonka jälkeen alkaa varsinainen aineiston analyysi. Siihen kuuluvat aiemmin kerättyjen teemojen ja ilmiöiden vertailu, tässä vaiheessa varsinainen tulkintasääntö tulee muodostaa. Kun aineisto on analysoitu, se tulee koota yhtäläiseksi, tulkita uudelleen ja verrata tuloksia suhteessa aineistoon ja sen ulkopuolelle. Lopuksi tutkijan tulee koostaa teoreettinen dialogi, uudelleen hahmottaminen ja jatkotutkimustarpeen identifiointi. (Ruusuvuori ym. 2010: 12.)

Koko prosessi voidaan jakaa analyysi- ja tulkintavaiheisiin (Kylmä ym. 2007: 113, Alasuutari 2011: 39). Analyysivaiheessa aineisto puretaan osiin ja tulkintavaiheessa tuotetaan uutta synteisiä näistä osioista (Kylmä ym. 2007: 113). Analyysin eri vaiheet saattavat prosessin aikana toimia päällekkäinkin, kun välillä palataan taaksepäin tai haetaan erilaista näkökulmaa (Ruusuvoori ym. 2010: 12).

Aineiston sisällönanalyysi ei itsessään ole analyysi eli pelkkä luokittelu tai ryhmittely ei riitä tekemään aineistosta analyysiä. Sekään ei riitä, että tutkija omin sanoin kertoo ja perustelee luokiteltuja asioita ilman teoriaa. Sisällönanalyysi koostuu aineiston osiin jakamisesta, listauksesta sekä aineiston ryhmittelystä uudelleen selkeämmäksi ja järjestelmälliseksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen aineistosta kootaan yläkäsitteitä, joita pystytään yhteen sovittamalla ja pohtimalla siirtymään käsitteellisempiin näkökulmiin ja käsitteellisempään teoriaan tutkittavasta ilmiöstä. (Ruusuvoori ym. 2010: 19.) Tässä opinnäytetyössä analysoitiin pelkistetyistä ilmaisusta alakategorioita, joista muodostettiin yläkategorioita. Pelkistetyt ilmaukset väritettiin erilaisilla väreillä, jotta aihealueet saatiin eriteltyä. Esimerkiksi potilaan eristämiskokemuksiin liittyvät pelkistetyt muodot väritettiin vihreällä värillä. Näin saimme muodostettua alakategoriat.

Opinnäytetyön kannalta oleellista ei ole varsinaisesti aineiston pituus. Toki on olemassa aina jonkinlaiset kriteerit, joiden mukaan pituus määritellään. Opinnäytetyön onnistumisen kriteereinä ovat joka tapauksessa tutkijan ominaisuudet, aineiston tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Tuomi ym. 2003: 87.)

5.2.1 Litterointi

Haastatteluosuuden jälkeen litteroidaan saatu ääninauhointus, haastatteluaineisto saadaan näin ollen helpommin luettavaan ja ymmärrettävään muotoon (Ruusuvoori ym. 2010: 13-14). Litteroinnilla tarkoitetaan haastatteluaineiston muuttamista kirjalliseen tekstimuotoon (Kananen 2008: 80-81, Kankkunen ym. 2009: 132). Haastatteluaineisto tulee kirjoittaa aina mahdollisimman sanatarkasti, sillä tarkkuus on hyve kaikessa tieteellisessä työssä. Litterointi jaetaan karkeasti kolmeen eri osaan, sanatarkkaan litterointiin, yleiskieliseen litterointiin ja propositiotason litterointiin. Sanatarkka litterointi tarkoittaa tarkinta tasoa, jossa jokainen äännähdyskin on kirjattu, yleiskielisessä litteroinnissa tuotettu teksti on kirjakieltä ja murresekä puhekielen ilmaisut on poistettu. Propositiotasolla kirjoitetaan ylös ainoastaan havainnon ydinsisältö. (Kananen 2008: 80-81.)

Tutkijan tulee aina ratkaista, minkä kaiken hän litteroi, sillä litterointi on hidas työväline (Kananen 2008: 80, Kankkunen ym. 2009: 132, Hirsjärvi ym. 2011: 140). Jos litteroitava aineisto on kovin laaja eikä kokonaan vastaa itse tutkimusongelmaan, niin siitä voidaan poimia

valikoidut osat (Ruusuvuori ym. 2010: 13-14, Kylmä ym. 2007: 113, Hirsjärvi ym. 2011: 138). Silloin tulee perustella, miksi tietyt osat on jätetty litteroimatta (Ruusuvuori ym. 2010: 13-14). Haaste litteroinnissa on aina se, ettei etukäteen voida tietää, mitä aineistosta tullaan myöhemmin loppujen lopuksi tarvitsemaan. Sen takia on tärkeää aina pitää kaikki tallenteet lähettyvillä, jotta myös sellaisiin kohtiin voidaan myöhemmin palata, jotka on jätetty litteroimatta. Laadullisen analyysin tekeminen ja siihen liittyvä tiedonkeruu elävät koko tutkimusprosessin ajan. Yleensä vasta työn lopussa voidaan tarkasti sanoa, mistä osista tutkimusosa koostuu ja mitä on otettu mukaan. (Kananen 2008: 80.)

Vaikka itse haastatteluaineisto ei välittömästi vastaisikaan omaan tutkimusongelmaan, vaan aiheuttaa epävarman ja pettyneen olon, tulee aineistoa tarkastella kuitenkin uusin silmin ja ajatuksin: mitä yllättävää ja uutta aineistosta nousee esiin? Tutkija itse toimii työkaluna saadun aineiston ja teorian välillä, sekä niiden yhteen sovittamisessa. Tutkijalla tulee olla itseskuria, systemaattinen työote ja hänen tulee tuntea sekä omaksua analyysin eri vaiheet. Näin tutkija parantaa tutkimuksen kokonaisvaltaista arvioitavuutta ja lukija saa ymmärryksen tutkimuksen etenemisestä sekä siitä, miten itse raportin tuloksiin on päästy. Laadullinen tutkimus tuo aineistosta esille uusia näkökulmia ja tapoja ymmärtää ihmisiä ja inhimillisyyttä, uutta tietoa, jota ei ole ennen havaittu tai esimerkiksi antaa asioille uudenlaisen merkityksen. (Ruusuvuori ym. 2010: 14.)

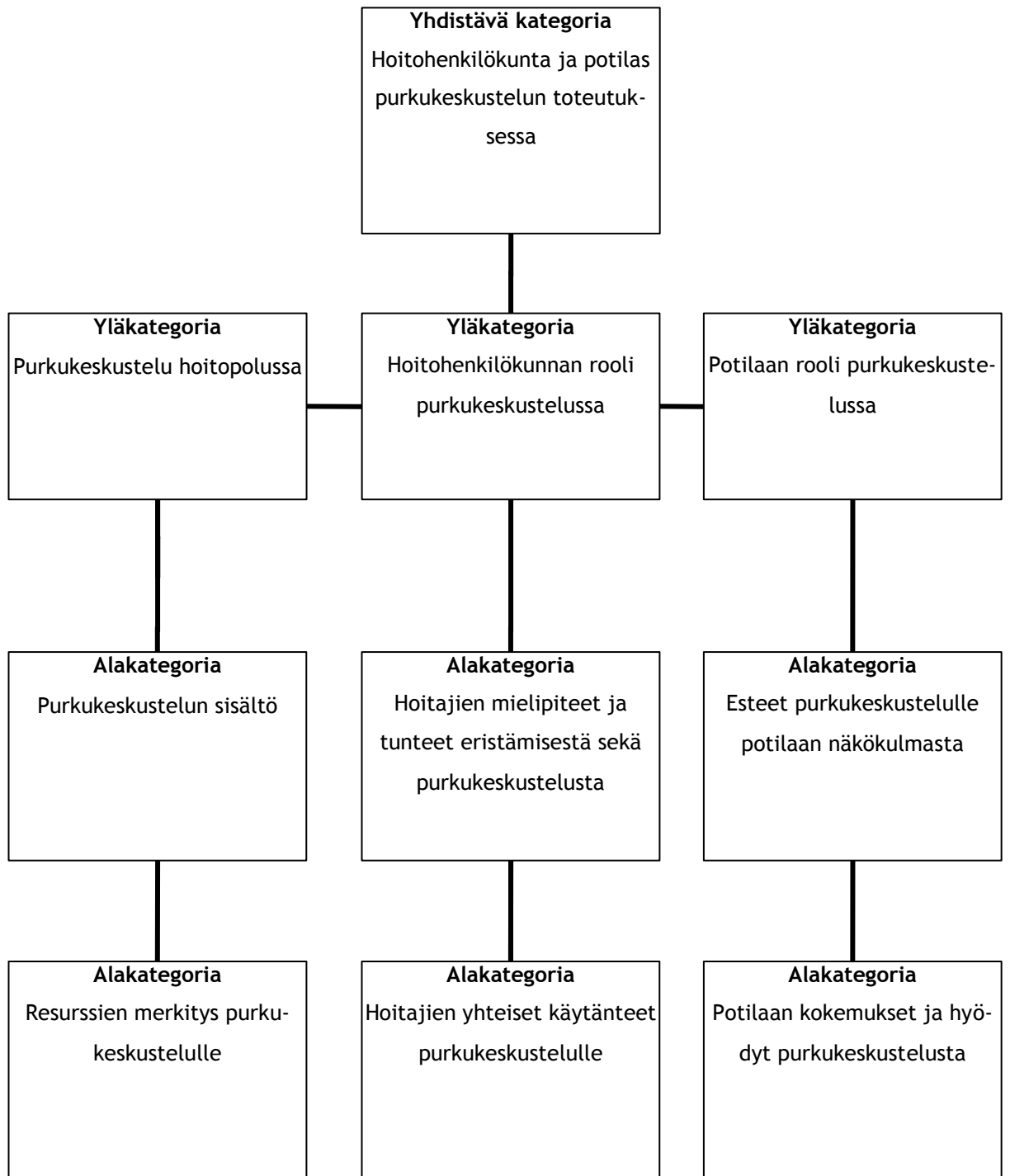
Tutkijan tulee jättää turhan yksityiskohtaiset ennakkokäsitykset ja -vastaukset syrjään, ja olla avoin haastatteluaineistoa kohtaan (Ruusuvuori ym. 2010: 14, Kylmä ym. 2007: 78). Tutkimuksen tekemisessä täytyy käyttäytyä asiallisesti, pyrkiä aina objektiivisuuteen ja pysyttävä perustehtävässä. Omia mielipiteitä ei voi tuoda esille missään vaiheessa, silloin tutkimuksesta tulee jotain ihan muuta kuin alun perin oli tarkoitus. (Kylmä ym. 2007: 78.)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<i>"... lääkäri tulee arviomaan ku potilas on eristyksessä että jatketaanko vai lopetetaanko eristys."</i>	Lääkäri arvioi jatke- taanko vai lopete- taanko eristys.	Hoitajien mie- lipiteet ja tun- teet eristämi- sestä sekä purkukeskuste- lusta	Hoitohenkilökun- nan rooli purkukeskuste- lussa	Hoitohenkilö- kunta ja poti- las purkukes- kustelun to- teutuksessa
<i>"...siis joku kyllä sitte sanoo että ei halua keskustella ja monesti ne potilaat on tosiaan niin psykoottisia vielä että ne ei vielä kykene edes siihen välttämättä."</i>	Jotkut potilaat sa- novat, etteivät ha- lua käydä keskuste- lua ja kyky purku- keskustelulle voi olla huono psykoot- tisuuden takia.	Esteet purku- keskustelulle potilaan näkö- kulmasta	Potilaan rooli purkukeskuste- lussa	

Taulukko 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

6 Tutkimustulokset

Tulokset jaoteltiin kuuden alakategorian, kolmen yläkategorian ja yhdistävän kategorian avulla. Kuuden alakategorian ajateltiin olevan sisällöllisesti merkittävää. Kolmen yläkategorian muodostamista perustellaan siten, että tahdottiin saada vastaus kaikkiin kolmeen tutkimus- tehtävään tuoden esille niin potilaan kuin hoitajan näkökulma sekä itse purkukeskustelu. Opinnäytetyön tulosten selkeyttämisen kannalta on oleellista, että kolme yläkategoriaa on jatkettu yhdeksi suuremmaksi yhdistäväksi kategoriaksi, joka tiivistää kaikki kategoriat yh- teen. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) esitellään yhdistävä kategoria, kolme yläkategoriaa ja kuusi alakategoriaa.



Taulukko 2: Aineiston kategoriat

6.1 Purkukeskustelu hoitopolussa

Alakategoriassa käsiteltiin hoitajien ajatuksia **purkukeskustelun sisällöstä**. Haastattelujen avulla selvitettiin, mitä hoitohenkilökunnan toteuttamat purkukeskustelut ovat sisältäneet ja mitä niiden tulisi sisältää. Tulosten mukaan purkukeskustelussa keskusteltuja asioita ovat eristyksen läpikäyminen, potilaan muistikuvat tapahtuneesta, eristykseen johtaneet syyt, potilaan tuntemukset, eristyksen välttäminen tulevaisuudessa ja eristyksen hoidollinen merkitys. Purkukeskustelun sisältö voi olla moniulotteinen ja voi edetä esimerkiksi potilaan omien mieltymyksien mukaan, koska potilaan on tärkeä saada tulla kuulluksi.

Purkukeskustelu on tilanne, jossa potilaalle tarjotaan mahdollisuus tulla kuulluksi. Potilaan kannalta on tärkeää käsitellä purkukeskustelussa syitä, mitkä ovat johtaneet eristykseen. Eristyskokemusta läpikäydessä kuunnellaan potilaan tuntemuksia eristyksestä, kokeeko esimerkiksi potilas olevansa loukattu tai hyötynensä eristyksestä. Tärkeää on se, että potilaalla ja hoitajalla olisi samankaltainen käsitys tapahtumista. Tämä korostuu potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa ja sen säilyvyydessä. Hoitajan onkin tärkeää perustella eristykseen johtaneita syitä ja tuoda esille se, mitä eristystoimenpiteellä haluttiin tavoittaa ja, mitä sillä saavutettiin.

Purkukeskustelu antaa tietoa siitä, miten eristystoimenpidettä voitaisiin ennakoida ja välttää. Voidaan siis ajatella, että purkukeskustelu on oppimistilanne siitä, miten potilas voisi oppia tunnistamaan oman vointinsa muutoksia. Tällöin ennakoimalla olisi mahdollista välttää eristystoimenpidepäätöksen syntymistä jatkossa. Purkukeskustelussa pyritään myös kertomaan potilaalle eristyksen hoidollisuudesta. Pääasiassa purkukeskustelutilanne sisältää hoitohenkilökunnan mukaan eristyksen läpikäymistä. Keskeistä sisältöä on potilaan tuntemuksien käsittely, hoitohenkilökunnan perustelut eristykselle tai lääkitykselle ja potilaan auttaminen oman vointinsa muutoksien tunnistamiseen. Lisäksi purkukeskustelussa pohditaan konkreettisia keinoja sille, miten tulevia eristystilanteita voitaisiin jatkossa estää ja pohditaan, ovatko hoitajien ja potilaiden näkökulmat tilanteesta yhtenäisiä.

Hoitajat toivat ilmi, että kaikki potilaat eivät välttämättä halua käydä purkukeskustelua. Haastattelutilanteessa nostettiin myös esille näkökulma siitä, että purkukeskustelun pitäminen tulisi aina olla hoitaja- eikä potilaslähtöistä. Kuten haastattelujen aikana todettiin, potilaat eivät välttämättä kykene psykoottisuutensa tai ymmärtämättömyytensä takia purkukeskusteluun heti eristyksen jälkeen. Potilas voi myös tuntea häpeää jouduttuaan eristykseen tai kokea olevansa traumatisoitunut tapahtuneesta eikä siksi halua puhua eristykseen liittyvistä asioista vielä siinä vaiheessa.

On myös mahdollista, että potilas haluaisi vasta myöhemmin keskustella tapahtumasta jonkun kanssa. Sen takia olisikin tärkeää, että potilastietoihin laitettaisiin merkintä siitä, onko purkukeskustelua käyty vai ei. Silloin purkukeskustelu olisi mahdollista käydä myöhemminkin, kun potilas on siihen valmis. Jos tiedot potilaan eristystilanteesta on kirjattu perusteellisesti, niin on mahdollista, että toinen hoitaja omahoitajan sijaan voi pitää purkukeskustelun. Toisin sanoen enää ei olisi väliä purkukeskustelun käymisen kannalta, vaihtaako potilas akuutilta osastolta toiselle, jos tiedot potilaan eristystilanteesta on kirjattu hyvin. Kirjauksen tulisi sisältää eristykseen johtaneet syyt, potilaan kanssa keskustelun ja hänen voinnin eristyksen aikana, voinnin tarkkailun ja arvion siitä, oliko potilaalle hyötyä eristyksestä.

Toisessa alakategoriassa käsiteltiin hoitajien ajatuksia siitä, **miten resurssit vaikuttavat purkukeskustelun läpikäymiseen**. Henkilöstön määrän tai muiden resurssien ei ajateltu olevan esteenä purkukeskustelun läpikäymiselle. Osastolle vastaanotetaan 24 tuntia vuorokaudessa psykiatrisia potilaita. Tämän takia aikataulun suunnittelu voi olla joskus vaikeaa purkukeskustelun kannalta.

”Henkilökunnan tai ajan puute eivät ole syitä sille, ettei purkukeskusteluja käydä”

Purkukeskustelu jää käymättä lähinnä kiireisissä tai akuuteissa tilanteissa. Akuutti tilanne voi tarkoittaa esimerkiksi tilannetta, jolloin tarvitaan useampaa hoitajaa pitämään potilasta kiinni tai, jolloin osastolla on monta eristystä samaan aikaan. Kolmivuorotyö voi olla esteenä purkukeskustelun pitämiseksi.

Haastatteluissa selvisi, etteivät resurssit eivätkä henkilökunnan määrä ole esteenä purkukeskustelun läpikäymiselle. Eristyksien suuri määrä akuutilla osastolla voi johtaa siihen, että suurin osa henkilökunnasta joutuu olemaan kiinni tilanteessa samaan aikaan ja purkukeskustelu voi jäädä käymättä. Lisäksi myös kiire mainittiin syynä, jonka takia purkukeskustelu jätetään käymättä. Purkukeskustelu on kuitenkin mahdollista käydä vielä myöhemmin, vaikka sitä juuri sillä hetkellä ei käytäisikään.

6.2 Hoitohenkilökunnan rooli purkukeskustelussa

Alakategoriassa käsiteltiin **hoitajien mielipiteitä ja tunteita eristyksestä sekä purkukeskustelusta**. Tämä alakategoria kertoo hoitohenkilökunnan ja potilaiden kokemista tunteista eristystilanteista, yleisiä mielipiteitä eristyksestä ja purkukeskustelukäytänteistä, potilaan tahdantariippumattomasta hoidosta, ammatillisista valmiuksista toteuttaa purkukeskustelua ja eristyksestä hoitomuotona. Purkukeskustelua pidetään tärkeänä toteutettavana asiana poti-

laan kanssa. Keskustelun ajatellaan kasvattavan ammattitaitoa, mikä puolestaan vaikuttaa potilaan hoitoon.

”Potilaiden kuunteleminen kasvattaisi ylipäättänsä ammattitaitoa, jonka avulla potilaiden asioita pystyisi viemään eteenpäin”

Purkukeskustelu voi jäädä pitämättä, mikäli hoitajan ammatilliset valmiudet tai ominaisuudet ovat esteenä purkukeskustelun toteutukselle. Nykypäivän psykiatriassa purkukeskustelukäytännettä tulisi pitää itsestäänselvyytenä. Purkukeskustelu nähdään myös tavoitteena turvallisen eristyksen toteutuksessa sekä hoitosuhteen luottamuksen parantajana. Pätevyys purkukeskustelun käymiseen tulee tällä hetkellä suurimmaksi osaksi työn ja kokemuksen kautta.

”Jos purkukeskustelu on onnistunut, kokemus jaetaan työntekijöiden kesken”

Lääkäri päättää, jatketaanko eristystä vai ei. Potilaan rajoittamista ja pakkokeinoja pidetään epämiellyttävinä ja viimeisinä vaihtoehtoina potilaan hoidossa. Ensisijaisiin vaihtoehtoihin kuuluvat tilanteiden ennakointi ja muut vaihtoehtoiset toimintatavat. Joissakin tilanteissa eristystoimenpidettä pidetään kuitenkin hyvänä hoitomuotona. Aina kaikki eristystilanteet eivät herätä tunteita, koska niihin on turtunut ajan kuluessa.

”Eristystilanteet herättävät erilaisia tunteita...”

Osa potilaista kertoo kiitollisuuden tunteestaan päästyään eristykseen. Jotkut potilaat taas pitävät eristystä rangaistuksena tai nöyryytyksenä. Eristys on aina rankka kokemus potilaalle.

Henkilökunta pitää purkukeskustelukäytännettä tärkeänä osana potilaan hoitoa, jopa itsestäänselvyytenä tämän päivän psykiatriassa. Henkilökunta ajattelee purkukeskustelun kasvattavan hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista, mutta osakseen ammatillinen osaaminen voi olla henkilökunnan mukaan myös esteenä purkukeskustelun läpikäymiselle.

Alakategoriassa käsiteltiin myös **hoitajien näkemyksiä yhtenäisistä purkukeskustelu käytänneteistä**. Tämä alakategoria kuvailee sitä, miten purkukeskustelu toteutuu käytännössä ja miten hoitohenkilökunnan mielipiteet ja ajatukset eroavat toisistaan. Alakategoriassa selvitetään myös, onko hoitohenkilökunnalla yhtenäistä ajatusta siitä, miten purkukeskustelutilanne toteutetaan, kuka sen määrää käytäväksi ja milloin se käydään. Tällä alakategorialla on oleellinen merkitys, jos mietitään purkukeskustelukäytännteen kehittämistä ja käyttöönottoa tulevaisuudessa.

Purkukeskustelukäytänne esiintyy osastolla monella eri tavalla. On mahdollista, että lääkäri määrää purkukeskustelun käytäväksi potilaan kanssa tai esimerkiksi omahoitaja voi toteuttaa

purkukeskustelua. Jos omahoitaja ei pysty toteuttamaan purkukeskustelua työvuorojen takia, on mahdollista, että sen hetkinen vuorohoitaja käy purkukeskustelun potilaan kanssa. Pääasiassa ajatellaan, että purkukeskustelualoitteen tulisi lähteä hoitajasta, mutta myös potilas saattaa kysyä mahdollisuutta purkukeskustelulle. Joskus hoitaja tekee purkukeskustelualoitteen, mikäli potilaalla on toistuvia eristyksiä takana.

”Potilaan kannalta olisi hyvä, jos purkukeskustelusta tulisi vakiintunut käytäntöne”

Hyvänä tavoitteena on käydä purkukeskustelu jokaisen eristyksen jälkeen potilaan kanssa. Tällä hetkellä purkukeskustelu ei toimi ollenkaan systemaattisella tavalla potilaan hoidossa. Eristysmääräyksiin on hyvä kirjata, että purkukeskustelu pitää käydä läpi. Koska potilas ei välttämättä pysty heti käymään purkukeskustelua hoitajan kanssa, keskustelulle voidaan varata erillinen aika.

”Purkukeskustelussa on tärkeää, että potilas itse on vastuutettu, hänen tulisi itse kyetä luomaan syy-seuraussuhde ja osallistua aktiivisemmin omaan hoitoonsa”

Purkukeskustelu ajatellaan helposti jo läpikäydyksi potilaan kanssa, vaikkei sitä olisikaan vielä toteutettu. Purkukeskustelu saatetaan käydä myös toisella osastolla tai esimerkiksi sairauskertomuksen nojalla myöhemmin, jos potilas sitä itse kysyy. On tärkeää, että potilaille annetaisiin säännönmukaisesti tilaisuus tulla kuulluksi ja tarjottaisiin purkukeskustelua eristyksen läpikäymiseksi, ettei potilaalle jää tapahtuneesta virheellisiä mielikuvia.

Purkukeskustelun toteutukseen ei ole käytössä mitään selkeää ajankohtaa eikä virallista kaavaketta, jonka perusteella keskustelu käytäisiin. Olemassa ei myöskään ole yksimielistä paikkaa, johon keskustelu merkittäisiin käytäväksi tai käydyksi. Tällä hetkellä purkukeskustelun tukena voidaan käyttää Kellokosken sairaalassa käytössä olevaa eristyksen/sitomisen purkukaavaketta (Liite 3). Purkukeskustelua toteutetaan myös ilman minkäänlaista erillistä kaavaketta, oman kokemuksen perusteella. Strukturoitua kaavaketta kuitenkin kaivataan purkukeskustelun läpikäymiseen. Strukturoidun kaavakkeen ajatellaan myös helpottavan purkukeskustelukäytännön käyttöönottoa.

”...osastolla ei ole viimeaikoina keskusteltu purkukeskustelukäytännöistä”

Jos purkukeskustelukäytäntö olisi vakiintunut tapa ja automaatio, voisi keskusteluun käytettävä aika olla vähäisempi myöhemmin. Yhteisen kehittämistyön avulla purkukeskustelusta voi-

taisiin saada yhtenäinen käytäntö. Purkukeskustelu otettaisiin mielellään osaksi perehdytystä ja osaston vakiintunutta toimintaa.

Osastolla esiintyvien purkukeskustelukäytänteiden toteutuminen on tiedollisesti ristiriitaista ja käytännön toteutus on hyvin vaihtelevaa. Jotkut työntekijät tietävät ja käyttävät esimerkiksi Kellokosken sairaalassa käytössä olevaa kaavaketta, toiset työntekijät tietävät kaavakkeesta, mutta eivät käytä sitä. Loput työntekijät kertovat, ettei ole mitään kaavaketta, mitä olisi mahdollista käyttää, mutta ajattelevat, että sellaisesta voisi olla hyötyä. Osa henkilökunnasta ajattelee, että potilaiden kanssa on käyty keskustelu, vaikkei olisikaan. Yhtenäistä käytäntöä osastolla ei ole ollenkaan. Osastolla kaivataan selkeää, yhtenäistä purkukeskustelu-kaavaketta, sillä tällä hetkellä jokainen osastolla työskentelevä toteuttaa purkukeskustelua itsenäisesti, oman valintansa ja totumuksensa mukaisesti.

6.3 Potilaan rooli purkukeskustelussa

Alakategoriassa käsiteltiin hoitajien kertomia asioita siitä, **mitkä estävät purkukeskustelun läpikäymistä potilaan näkökulmasta**. Tässä alakategoriassa kerrotaan siitä, mitkä asiat voivat olla esteenä purkukeskustelun läpikäymiselle. Jos ajatellaan purkukeskustelukäytännön toimivuutta käytännössä, niin tulee pystyä arvioimaan myös se, missä vaiheessa potilas on valmis purkukeskustelulle.

Potilaan huono kunto, psykoottisuus, halukkuus, väsymys, tokkuraisuus, keskustelun ajallinen hetki ja vastuuhoitaja ovat esimerkkejä asioista, jotka voivat estää purkukeskustelun käymisen hoitajan kanssa.

”...toteutus riippuu potilaan psyykkisestä voinnista ja siitä kuka on vastuuhoitaja”

Eristyksen jälkeen potilas voi olla vielä pidemmän aikaa niin huonossa kunnossa, ettei potilas välttämättä edes ymmärrä mitä hänen kanssaan puhutaan. Toinen potilas voi taas olla heti valmis käymään purkukeskustelun eristyksen jälkeen. Joku potilas voi puolestaan olla kiitollinen siitä, että on päässyt eristykseen.

”Osa potilaista on kiitollisia eristyksen jälkeen, osa taas on kiukkuisia eivätkä keskustelusta ja purusta huolimatta ymmärrä siihen johtanutta syytä”

Joidenkin potilaiden kohdalla on odotettava useampi päivä, ennen kuin purkukeskustelu voidaan käydä. Potilaan oma vointi ja tahto määräävät sitä, käydäänkö purkukeskustelua vai ei.

Keskeisin huomio tulisikin kiinnittää siihen, milloin purkukeskustelu olisi järkevintä käydä. Useimmilla huonoin hetki on heti eristyksen jälkeen.

Purkukeskustelujen läpikäyminen on henkilökunnan mukaan ehdottomasti riippuvainen siitä, minkälainen potilaan vointi ja kunto on sillä hetkellä. Jos potilas voi huonosti, purkukeskustelua ei käydä. Tätä henkilökunta myös perustelee sillä, että purkukeskustelusta on potilaalle itselleenkin enemmän hyötyä ja potilas ymmärtää paremmin keskustelun sisältöä, kun potilas voi paremmin. Pääasiassa heti eristyksen jälkeen ei käydä purkukeskustelua, mikä helposti taas johtaa siihen, että koko purkukeskustelu jää käymättä. Purkukeskustelukäytännettä ajatella potilaalta pitäisi useamman kerran kysyä, haluaako hän käydä purkukeskustelua vai ei. Voidaan myös ajatella, että potilas kokee esimerkiksi häpeän tunnetta eikä tämän takia halua keskustella asiasta kenenkään kanssa. Tämän takia lopullinen päätös siitä, pidetäänkö potilaan kanssa purkukeskustelua, pitäisi tehdä vasta, kun potilaalta on kysytty useamman kerran, haluaako hän keskustella tapahtuneesta.

Toisessa alakategoriassa käsiteltiin hoitajien ajatuksia **purkukeskustelun hyödyistä ja tunteista potilaalle**. Tämä alakategoria kertoo siitä, millaista hyötyä purkukeskustelusta on potilaalle ja, mitä se herättää potilaassa. Käsiteltäviä asioita ovat muun muassa se, miten yksilöllinen tarve purkukeskustelulla on potilaiden keskuudessa, mitä hyötyä purkukeskustelun vakiintuneesta käytänteestä on potilaalle, mikä on hoidollinen näkökulma purkukeskustelussa ja miten eristyskokemus voi edelleen muistua mieleen vuosienkin jälkeen potilailla.

Purkukeskustelu nähdään hyväksi potilaalle, potilaan hoidossa monella eri tavalla. Purkukeskustelun ajatellaan parantavan potilaan hoidon laatua esimerkiksi tilanteissa, jossa joudutaan turvautumaan eristykseen useasti. Tällaisessa tapauksessa purkukeskustelussa voidaan käydä läpi potilaan tuntemuksia, voinnin muutoksia ja oireita, jotka voivat vaikuttaa eristämispäätöksen tekemiseen. Vaikka jouduttaisiinkin turvautumaan eristykseen, eristystilanne on paljon rauhallisempi sekä sujuu paremmin, koska potilas pystyy myös itse arvioimaan vointinsa muutoksia ja oireita. Purkukeskustelu voi myös joissain tapauksissa avartaa potilaan näkemystä siitä, että eristys kuuluu osaksi hoitoa. Purkukeskustelun vaikuttavuutta kasvattaa vakiintunut käytänte pitää keskustelua potilaan kanssa. Potilas voi muistaa eristyksen vielä vuosienkin päästä, mikä korostaa purkukeskustelun merkitystä osana vakiintunutta hoitoa.

Mikäli purkukeskustelukäytänne olisi vakiintunut, potilaan rangaistuksen tunnekin voisi olla pienempi. Tämä tulee purkukeskustelussa ilmi siten, että potilaan kanssa puretaan eristystilannetta ja oikaistaan potilaan vääriä oletuksia. Potilas toisinaan pystyy vaihtelevasti ymmärtämään eristykseen johtaneita syitä, syiden selvittäminen on kuitenkin potilaan hoidon kannalta tärkeää. Purkukeskustelussa voi myös selvittää, että potilas on kokenut eristyksen positiivisena asiana, jolla on vaikutusta potilaan hoitoon. Purkukeskustelun hyödyn katsotaan

olevan riippuvainen potilaan yksilöllisistä tekijöistä ja siitä, haluaako potilas käydä keskustelua. Koska purkukeskustelutilanteita on ollut vähäinen määrä, niiden vaikuttavuutta on vaikea arvioida.

”Psykiatriassa on vaikea nähdä näyttöä, mutta itse käytyjen keskustelujen perusteella on tunne, että purkukeskusteluista on hyötyä potilaille.”

Hoitohenkilökunta ajattelee pääasiassa purkukeskusteluista olevan hyötyä potilaalle, mutta tämä tosin riippuu siitä, minkälainen sen hetkinen tarve potilaalla on keskustella hoitohenkilökunnan kanssa ja mikä on potilaan vointi. Hoitohenkilökunta ajattelee purkukeskustelun antavan potilaalle ymmärrystä omasta itsestään ja eristyshoidosta. Tämä taas auttaa potilasta ymmärtämään, miksi hänet on eristetty, auttaa tulevissa eristystilanteissa, vähentää eristystä tulevaisuudessa ja eristyksestä johtuva rangaistuksen sekä häpeän tunne voi vähentyä.

7 Tulosten tarkastelu

Työtä tehdessä tuli ilmi, että resurssit eivät ole esteenä purkukeskustelun käymiselle, vaan aikaa ja henkilökuntaa on riittävästi. Jos on välttämätöntä eristää, henkilökunnan ja muiden potilaiden turvallisuuden takia, niin tulisi olla tarpeeksi monta hoitohenkilökunnan jäsentä paikalla tilanteen varmentamiseksi (Tolonen 2011, Tiihonen 2011). Henkilökunnan määrään tulisi panostaa myös viikonloppuisin ja yöaikaan (Tolonen 2011). Hoitohenkilökunnan määrän lisäämisellä ei voida kuitenkaan poistaa eristyshuoneen käyttöä (Meehan ym. 2003, Kontio 2011). Osaston tilanne voi myös olla niin akuutti, että purkukeskustelu juuri sillä hetkellä jää käymättä. Tahdosta riippumattomassa hoidossa jokaisella potilaalla tulisi olla oikeus tulla kuulluksi ja päästä vaikuttamaan sekä osallistumaan omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin (Repo-Tiihonen ym. 2012, Suhonen 2007, Froloff 2009). Se, millä on vaikutusta tähän asiaan, ovat hoitohenkilökunnan asenteet, eikä suinkaan resurssien puute (STM 2010, Froloff 2009, Tolonen 2011).

Haastattelutilanteessa ei tiedetty syytä sille, miksi purkukeskustelua ei kuitenkaan pidetä myöhemmin, vaikka siihen olisi silloin mahdollisuus. 58 prosenttia eristetyistä psykiatrisista potilaista sai tutkimuksen mukaan kolmen päivän sisällä ensimmäisen purkukeskustelumahdollisuuden. Tuloksista selvisi myös, että naispuolisista 70 prosenttia sai purkukeskustelumahdollisuuden ja miespuolisista 53 prosenttia. (Needham ym. 2010.)

Purkukeskustelumahdollisuutta voisi ehdottaa potilaalle myös silloin, kun potilas on kotiutuksessa. Haastattelutilanteessa tuli ilmi myös avohoidossa olevat potilaat. Jos potilas on ollut eristyksessä joskus aikoinaan ja on nyt avohoidossa, hän usein muistaa ensimmäisen eristyskertansa oikein hyvin ja se herättää hänessä vielä nykyisinkin pelkoja.

Osastolle kaivataan strukturoitua lomaketta purkukeskustelun läpikäymiselle. Työn edetessä selvisi, että hyvällä yhteistyöllä voitaisiin purkukeskustelusta saada vakinainen käytäntö. Purkukeskustelukäytännöksi voisi olla mahdollista ottaa osaksi perehdytystä. Koulutus ja lisäkoulutusmahdollisuudesta ei ollut puhetta. Tolonen (2011) kertoo, että henkilökunnan ammattitaitoon tulee kiinnittää huomiota. Henkilökunta, joka avustaa psykiatrisissa laitoksissa ja sairaaloissa tulisi valita huolellisesti ja koulutukseen tulisi panostaa. Tolosen mukaan avustavan henkilökunnan toimesta on ilmennyt tapauksia potilaisiin kohdistuvista pahoinpitelyistä. Tämä kertoo siitä, että avustava henkilökunta ei ole ollut ammatillisesti pätevää terveydenhuollon ammatin mukaisesti. (Tolonen 2011.)

Purkukeskustelun aloittamiselle on erilaisia tapoja. Esimerkiksi purkukeskusteluja pidetään, jos lääkäri niin määrää, hoitaja tekee itse aloitteen purkukeskustelun pitämisestä tai potilas vaatii saada keskustelua hakemalla syytä sille, miksi hänet on eristetty. Eristyksen jälkeen käydään tapahtumaa läpi purkukeskustelun avulla, johon osallistuu potilas ja hoitaja (Kuhanen ym. 2010: 77). Purkukeskustelussa potilaan tulee saada tietoa siitä, miksi eristykseen päädyttiin ja mikä tavoite sillä oli (Mielenterveyslaki 1990, Hottinen 2013, Kuhanen ym. 2010: 77).

Purkukeskustelun tukena käytetään erilaisia malleja sen läpikäymiselle. Hoitaja saattaa käyttää keskustelun runkona esimerkiksi Kellokosken sairaalan eristyksen/sitomisen purkukaavaketta (Liite 3). Toinen hoitaja puolestaan saattaa keskustella vain potilaan tuntemuksista, toinen hoitaja taas yrittää selvittää potilaalle, miksi hänet on eristetty. Joidenkin potilaiden kanssa keskustellaan eristyksen aikana ja jotkut potilaat eivät halua keskustella tapahtuneesta tai eivät ole kykeneviä keskustelun käymiselle. Tolonen (2011) korostaa potilaan kanssa toimiessa erityisesti potilaan kunnioittamista, rehellisyyttä, avoimuutta ja välttämään muun muassa potilaalle valehtelemistä. Sen sijaan hänelle on kerrottava todenmukaisesti päätökset, jotka liittyvät tahdosta riippumattomiin päätöksiin. (Tolonen 2011.)

Vaikka potilas ei sillä hetkellä haluaisikaan keskustella eristyksestä, ymmärryksen puutteen ja vihan tunteiden takia, hänelle voi silti jäädä traumoja tilanteesta. Myöhemmin olisikin tärkeää saada keskustella asiasta, mikäli potilas haluaa. Potilaiden kertomia negatiivisimpia menetelmiä tahdosta riippumattoman hoidon aikana ovat eristäminen tyhjään huoneeseen ja kiinni sitominen. Tällaiset hoitomenetelmäkokemusten ovat jättäneet potilaisiin ahdistavia, negatiivisia kokemuksia. (Froloff 2009, Kuosmanen 2006.) Kun potilaalle annetaan tietoa omasta sairaudestaan, oikeuksista ja erilaisista tukimuodoista, on potilas aktiivisempi ja kiinnostuneempi omasta hoidostaan. Psykiatrinen potilas voi olla passiivinen, koska tuntee epävarmuutta omasta tilanteestaan eikä ole saanut tarpeeksi tietoa. (Kuhanen ym. 2010: 79.)

Tutkimustulosten esittämisen kannalta on oleellista, että esimerkiksi resursseja koskevat vastaukset olivat useiden vastaajien kesken hyvin samanlaisia ja esiintyivät useita kertoja haastattelun aikana. Muutenkin purkukeskusteluun liittyvät yhtenäiset käytänteet tulivat haastatteluissa esille monessa eri asiayhteydessä, eri teemojen kohdalla. Tahdosta riippumattoman hoidon vähentäminen vaatii vaihtoehtoisten ratkaisujen ja menetelmien hakemista hoitoon, työyhteisöön ja sen rakenteellisuuteen liittyvistä tekijöistä (Rovasalo ym. 2011).

Purkukeskustelun toimivuuden ja toimeenpanon kannalta on oleellista, että kaikki osastolla työskentelevät olisivat muutoshalukkaita ja olisivat mukana yhtenäistämässä purkukeskusteluun liittyviä käytänteitä. Koska näkökulmia on monia ja toimintatapoja paljon, se varmasti herättäisi mielipiteitä ja ehdotuksia suuntaan ja toiseen. Koska eristys on pelkoa, traumaa aiheuttava kokemus, se tulisi potilaan kannalta käsitellä joissain muodossa. Potilaan kanssa pitäisi keskustella kahden kesken hänen hoitoon liittyvistä asioista. Näin ollen potilaan osallisuus omassa hoidossa olisi aktiivisempi ja potilaalla olisi mahdollisuus saada tietoa sekä ymmärrystä omasta sairaudestaan. (Suhonen 2007, Kuhanen ym. 2010: 78-79.) Ongelmana ymmärtämisen kannalta voi olla potilaan heikko psyykkinen tila, esimerkiksi psykoosin ja sairauden tunnottomuuden takia (Kuhanen ym. 2010: 78-79).

Ammatillisesta näkökulmasta on oleellista, etenkin mielenterveytyössä, että keskustellaan traumaattisesta kokemuksesta. Oli se itse aiheutettua, jonkun muun aiheuttamaa tai mielen-terveydestä johtuvaa, kokemus, trauma on aina mieleenpainuva. Haastatteluiden aikana tuli ilmi, että purkukeskustelusta on hyötyä potilaalle, potilaan hoidolle, mutta myös potilas-
hoitajasuhteen kehittymiselle. Epäoikeudenmukaisen ja epäasiallisen kohtelun estämiseksi pitäisi tehdä yhteisiä toimintatapoja, jotka toimivat käytännössä. Näiden avulla pyritään kohtamaan ilmapiiriä ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden välisiä vuorovaikutussuhteita. (Tolonen 2011.) Pitäisi myös tutkia terapeuttisia vaihtoehtoja eristyksille sekä ennen ja jälkeen eristyksen, joita voitaisiin käytännössä toteuttaa. Näin voitaisiin saada paras mahdollinen hoito potilaalle. (Needham ym. 2010.)

Hoitajat ovat turtuneet eristykseen eivätkä tunne enää sellaisia tunteita, jotka tulivat esille aikoinaan ensimmäisten eristystilanteiden kohdalla. Haastattelussa selvisi myös se, että kuitenkin edelleen joskus on tilanteita, jolloin eristykset ja muut rajoittavat hoitokäytänteet saattavat aiheuttaa epämiellyttäviä tuntemuksia. Hoitajat kokevat ahdistukseen liittyviä tunteita eristyksestä, mutta tukahduttavat tunteet, jotta selviytyisivät niistä. Jatkuva ahdistukseen liittyvä tunteiden tukahduttaminen aiheuttaa kuitenkin sen, että hoitajat alkavat vetäytyä psykiatrisesta potilaasta. Ahdinko on voinut olla niin suurta, että hoitaja ei ole pystynyt enää vastaamaan potilaan tarpeisiin. (Goulet ym. 2013.)

Hoitohenkilökunta pitää tärkeänä, että purkukeskustelu tulisi yhtenäiseksi osaksi psykiatrisen potilaan hoitopolkua. Purkukeskustelua pidetään jossain määrin itsestäänselvyytenä nykypäivän psykiatriassa. Tämä näkyy myös siinä, että esimerkiksi purkukeskustelun liittämistä osaksi perehdytystä toivotaan ja purkukeskustelua pidetään muutenkin tärkeänä osana potilaan hoitoa. Koska hoitokäytänteet ovat tällä hetkellä niin ristiriitaisia, purkukeskustelua ei tule toteutettua.

Hoitokäytänteiden ristiriitaisuus tulee hyvin esille Kellokosken sairaalan eristyksen/sitomisen purkukaavakkeen (Liite 3) myötä. Miksi osa henkilökunnasta käyttää kaavaketta purkukeskustelujen läpikäymiseen, osa ei käytä, vaikka tietää sen olemassaolon ja viimeinen osa ei ole edes tietoisia koko kaavakkeen olemassaolosta? Eristyksen/sitomisen purkukaavakkeessa nousee vahvasti esille asioita, jotka tukevat haastatteluista saatua tietoa. Kaavakkeessa käydään läpi esimerkiksi sitä, miten eristys olisi voitu välttää ja, mitä toimenpiteitä oli tehty ennen kuin eristykseen päädyttiin. Kaavakkeessa käydään myös läpi psykiatrisen potilaan ja hoitajan kokemuksia eristyksestä.

Eristystilanteen arviointikaavakkeessa (Liite 2) käydään puolestaan läpi esimerkiksi avointa kuvausta eristyksestä, potilaan kokemuksia, mitä kaikkia vaihtoehtoisia kaavakkeessa esitellyjä menetelmiä oli kokeiltu ennen eristykseen siirtymistä ja, miten voidaan ennakoida eristystä jatkossa. Arviointikaavakkeessa käydään läpi esimerkiksi sitä, miten eristykseen johtanut tilanne olisi voitu välttää, potilaan kokemuksia eristyksestä ja onko potilaan kanssa käyty eristyskokemus läpi. Potilaan kanssa keskustelu eristyksen välttämiseksi jatkossa olisi erityisen tärkeä asia, vaikka purkukeskustelu eristyksen jälkeen jääkin usein käymättä (Repo-Tiihonen ym. 2012). Nämä molemmat kaavakkeet kuvastavat sitä, että tieto ja sisältö purkukeskustelun läpikäymiselle ovat jo olemassa, vaikka kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet eivät ole siitä tietoisia.

Purkukeskustelu on hoitotoimenpide ja se kuuluu toteuttaa tavalla tai toisella potilaan kanssa. Potilaan ja hoitajan välinen suhde parantuu, uudet eristystilanteen vähentyvät, potilaan ymmärrys omaa hoitoa kohtaan lisääntyy, hoitajien ymmärrys potilasta kohtaan selkeytyy eikä turhia eristyksiä tehdä pelon tai tarpeettoman vallankäytön nojalla. Tahdosta riippumaton hoito lisää psykiatrisen potilaan kielteisen asenteen muodostumista omaan hoitoonsa. Kielteisen asenteen käsittely purkukeskustelussa on tärkeää, jotta potilas itse ymmärtäisi omaa vointiaan ja muuttuvaa tilaa. Psykiatrisen potilas on samankaltainen kuin mikä tahansa potilas. Hänen itsemääräämisoikeuttaan on kunnioitettava käyttämällä muita menetelmiä ennen eristämistä viimeiseen vaihtoehtoon asti, kuten lakikin määrittelee. (Lönqvist ym. 2011.)

8 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisyys liittyy moraalisiin päätöksiin, joita tehdään arjen elämässä. Päätökset, joita joudutaan tekemään, voivat olla hyvinkin ristiriitaisia ja ongelmallisia. Niitä punnitaan keskenään ja joskus joudutaan valitsemaan sellainen päätös, joka ei välttämättä aina tuota tyydyttävää tulosta. Eettisyyttä ja eettistä päätöksentekoa kannattelevat yhteiskunnan arvot, eettiset periaatteet sekä se, mikä päätöksistä on moraalisesti oikein tai väärin. Eettisyys terveydenhuollossa on tärkeä osa jokapäiväistä työtä. Eettisyyteen vaikuttavat organisaation säännöt, ohjeet, traditiot ja käytänteet, mutta myös jokaisella yksilöllä on oma vaikutuksensa: omat asenteet, arvot, periaatteet ja henkilökohtainen eettisyys. (Kontio ym. 2010b.)

Eettistä päätöksentekoa tulee pohtia aina tilannekohtaisesti. Terveydenhuollossa päätöksentekoon voisi vaikuttaa esimerkiksi potilaan lääkitys, oma mielipide, sosiaalinen tilanne ja vaikutus omaan elämäntilanteeseensa. (Kontio ym. 2010b.) Keskeinen päämäärä on kuitenkin aina, että pyritään saamaan aikaiseksi mahdollisimman paljon hyvää suhteessa haittoihin (Mäkinen 2006: 22-23, Kankkunen ym. 2009: 177, Paunonen ym. 1998: 27, Kontio ym. 2010b.)

Eettinen päätöksenteko on tärkeää esimerkiksi silloin, jos potilas ei tahdo omaistensa olevan mukana osana hoitoa, vaikka omaiset sitä haluaisivat ja heistä saataisiin hyvä voimavara potilaan hoitoprosessiin. Toisaalta eettistä päätöksentekoa tarvitaan myös silloin, jos potilas on itsetuhoinen ja haluaa vahingoittaa itseään tai muita. Tällaisissa tilanteissa saatetaan joutua puuttumaan potilaan itsemääräämisoikeuteen, mikä taas on eettisesti punnittava erikseen. Tällöin tulee pohtia tarkkaan, miten puututaan, miksi puututaan, onko muita keinoja, mistä olisi eniten hyötyä, mistä toisaalta vähiten haittaa ja olenko näin tasapuolinen ja oikeudenmukainen. (Kontio ym. 2010b.)

Psykiatrisessa hoitotyössä noudatetaan tiettyjä eettisiä periaatteita. Eettisten periaatteiden avulla ylläpidetään mahdollisimman hyvää, laadukasta, turvallista ja terveellistä mielenterveyden hoitoa. Eettisiin periaatteisiin kuuluu muun muassa elinympäristön turvaaminen iästä riippumatta, sillä tarkoituksena psykiatrisessa hoitotyössä on ylläpitää yksilöiden selviytymistä arjessa ja yhteiskunnassa itsenäisesti. Tärkeä eettinen periaate on myös sujuva ja tarkoituksenmukainen työote psykiatrisessa hoitotyössä, joka tukee yksilön hoitoa sekä sujuva ja nopea palvelu. Keskeinen eettinen periaate on lisäksi hoitosuhteen luottamuksellinen, pysyvä ja jatkuva luominen ennen ja jälkeen hoitosuhteen ilman, että sairauden leima vaikuttaisi yksilön elämään yhteiskunnassa, ja yksilön kunnioittaminen itsemääräämisoikeuden ja inhimillisyyden nimissä. (Kontio ym. 2010b.)

Suomessa toimii ETENE (terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta), joka on perustettu Suomeen edistämään lääketieteellisiä tutkimuksia eettisyyden valossa. ETENE:n tarkoituksena

on ohjeistaa, antaa suosituksia ja kouluttaa sairaanhoitopiireillä olevia tutkimuseettisiä toimikuntia. (Mäkinen 2006: 24-25, Kankkunen ym. 2009: 176.) ETENE:n mukaan tutkimuksessa tutkijoiden tulisi toimia seuraavien raamien sisällä. Tutkijan tulisi ymmärtää, tiedostaa ja osata käytännössä tiedeyhteisöjen laatimia toimintatapoja, joihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehdessä, tutkimustulosten säilytyksessä, julkaisemisessa sekä arvioimisessa. Tutkijan tulee hankkia sellaista tietoa, mikä on eettisesti kestävällä pohjalla. Eettisesti kestävä on tutkijan rehellisyys asianmukaisuus, tutkimuksen hyvä suunnittelu, toteutus ja raportointi, kun tämä julkaisee tutkimustaan. On tärkeää, että tutkija kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää tutkimusta ja työtä. (Mäkinen 2006: 24-25.)

Vuonna 1979 Yhdysvalloissa koottiin komitea, joka muodosti velvollisuus- ja seurausetiikan pohjalta hyväksytyt tavat tehdä tutkimusta (Mäkinen 2006: 22-23). Niihin kuuluvat yksilön kokonaisvaltainen kunnioittaminen, jonka seurauksena tutkimuksesta koituu suurempi hyöty kuin haitta (Mäkinen 2006: 22-23, Kankkunen ym. 2009: 177, Paunonen ym. 1998: 27, Kontio ym. 2010b). Tulosten tulee olla jaettavissa oikeudenmukaisesti erivertaisuutta välttämällä ja hyvää kohtelua tavoitellen (Mäkinen 2006: 22-23).

Eettisesti kestävä tutkimus ei loukkaa toisten tutkijoiden tekemää tutkimusta. Esimerkkinä loukkauksesta on hajanainen ja huolimaton lähdeviittaus aikaisempiin tutkimuksiin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Loukkaavaa on myös harhaanjohtava raportointi, kirjaaminen ja tiedon tallentaminen sekä tulosten riittämättömyys (Tuomi ym. 2003: 130). Tulosten väärentäminen esimerkiksi tuloksia valikoiden kertoo loukkaavasta tutkimustavasta (Tuomi ym. 2003: 130, Mäkinen 2006: 26-27, Kylmä ym. 2007: 137). Loukkaavaa on lisäksi samojen tulosten uusinta ja niiden julkaiseminen uusina, omina tuloksina (Tuomi ym. 2003: 130, Kylmä ym. 2007: 137). Vilpiksi luokitellaan myös varastaminen ja harhauttaminen (Mäkinen 2006: 26-27). Kaikki tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan on tiedettävä yleisesti tunnetun tiedeyhteisön käytäntöjen osaaminen tehdessään tutkimusta (Tuomi ym. 2003: 130). Tutkija on itse vastuussa siitä, että toimii rehellisesti ja vilpittömästi tutkimusta tehdessään (Tuomi ym. 2003: 130, Mäkinen 2006: 24-25, Kananen 2008: 136).

Jotta näihin eettisiin vaatimuksiin päästäisiin, tulee tutkimukseen osallistuvien olla vapaaehtoisesti siinä mukana ja haastateltavien tulee olla vapaita lopettamaan tutkimuksen omalta osaltaan milloin vaan (Mäkinen 2006: 22-23, 92, 94, Kankkunen ym. 2009: 177, Paunonen ym. 1998: 27, 30, Kylmä ym. 2007: 138, 149, Kankkunen ym. 2009: 175, 177). Tutkijan tulee aina huolehtia siitä, että vastaajien anonymiteettiä suojellaan mahdollisimman hyvin (Mäkinen 2006: 92, 94, Kankkunen ym. 2009: 176, 179, Kylmä ym. 2007: 149, Hirsjärvi ym. 2011: 20, Paunonen ym. 1998: 29, 31). Tämä huomioidaan esimerkiksi niin, että henkilöt ja yritykset esiintyvät tekstissä ilman nimeä, esimerkiksi henkilö A tai X, jolloin kenenkään nimi tai työpaikka ei päädy julkisuuteen (Kananen 2008: 136, Paunonen ym. 1998: 31).

Lupaukset, jotka tehdään haastateltavan ja tutkijan välillä tulee olla vakavasti otettuja (Mäkinen 2006: 26, 116). Luottamus on moraalisesti ja laissa määritelty velvollisuus tutkijan tekemisissä päätöksissä (Mäkinen 2006: 26, 116, Kylmä ym. 2007: 139, Kankkunen ym. 2009: 173, 175). Tutkijan tulee luottamuksen nimessä antaa informaatiota haastateltavalleen yksityiskohtaisesti ja ymmärrettävästi koko tutkimuksesta (Mäkinen 2006: 92, 94, Kylmä ym. 2007: 149). Tärkeä tieto on se, että varsinaisesta haastattelusta saatu tieto tuhotaan (Mäkinen 2006: 92, 94). Osallistujille tulee myös kertoa, miten haastattelusta saatu tieto aiotaan hyödyntää tutkimuksessa (Mäkinen 2006: 92, 94, Kylmä ym. 2007: 149).

Tutkijoiden tulee olla huolellisia siitä, että tutkimuksen hyödyt ja haitat ovat tarkoin ajateltu ja punnittu; jos haittoja on, ne pitää perustella huolellisesti (Mäkinen 2006: 22-23). Vähäisen sosiaalisen aseman omaavia tulisi tutkimuksessa käyttää vain, jos sen ajatellaan selvittävän heidän sen hetkistä tilannettaan ja elinolojaan. Tutkimukseen osallistujina aikuiset ovat aina ensisijaisia ennen lapsia. (Mäkinen 2006: 22-23, Kylmä ym. 2007: 150, Kankkunen ym. 2009: 173-174, 180.) Tutkijan oma henkilökohtainen mielipide osallistujasta ei saa olla esteenä sille, kuka hoitoon liittyvään tutkimukseen saa osallistua (Mäkinen 2006: 22-23).

Haastattelua ajatellen eettisiksi ongelmiksi voivat nousta kysymykset siitä, miten vastauksista saadaan luotettavia, miten haastatteluun osallistujat tulisi huomioida tai, miten haastateltavat valitaan (Mäkinen 2006: 92, 94). Eettisiksi kysymyksiksi voivat nousta opinnäytetyön toteutuksen aikana muun muassa potilaisiin liittyvät asiat, ajatukset siitä miksei purkukeskustelua käytetä (ei jakseta ottaa käytäntöön, ei ole henkilökuntaa riittävästi, ei olla valmiita muuttamaan tuttua ja turvallista tapaa, onko aika esteenä muutokselle?). Haastattelua tehdessä voi haastattelijoissa herätä hämmennystä ja monenlaisia ajatuksia henkilökunnan toimintatapaan liittyen. Niiden tiedostaminen on keskeistä, mutta myös se, ettei niitä saa tietoisesti näyttää.

Haastattelun kannalta monimutkaiseksi asiaksi voi osoittautua muun muassa se, vastaavako esimerkiksi potilaat rehellisesti kysymykseen siitä, kuinka hoito toteutuu tietystä yksikössä heidän omasta mielestään. Potilaiden vastaukset saattavat olla riippuvaisia kyseisen osaston hoitohenkilökunnasta. (Mäkinen 2006: 92.) Eettiseksi ongelmaksi voi myös nousta se, jos haastateltava haluaisikin muuttaa tai vaihtaa jo sanomiaan asioita, jos hän on vaikka jännittänyt haastattelua. Silloin puhe voidaan kuunnella haastattelun jälkeen uudelleen ja korjata mahdollisia asioita. Nauhoituksen tulee olla haastateltavan hyväksymä metodi toteuttaa haastattelu, ja sitä kannattaa perustella hyvänä toteutustapana haastateltavalle. (Mäkinen 2006: 92, 94.) Perusteluna on hyvä käyttää sitä, että tekniset laitteet tuovat varmuutta ja lisäävät tulosten luotettavuutta. Nauhurin käyttö mahdollistaa tutkimustilanteeseen palaamisen, tulkin tarkastamisen ja syventämisen. (Kananen 2008: 79.)

9 Opinnäytetyön luotettavuus

Aineiston luotettavuutta mietittäessä tutkijan tulisi pohtia validiteettia eli vastaako rajattu aineisto tutkimuskysymyksiin riittävästi, onko aineisto tehty systemaattisesti, pystyykö tutkija vakuuttamaan lukijan omista tulkinnoistaan ja perusteluistaan (Ruusuvoori ym. 2010: 17, 27). Näiden lisäksi tulee pohtia reliabiliteettia eli onko rajatun aineiston perusteella tehty tutkimus ja sen tutkimustulokset luotettavia sekä yleistettävissä olevaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Ruusuvoori ym. 2010: 17, 27). Reliabiliteettia luo se, että tutkimus on toistettavissa ja se, että toiston tuloksista saadaan edelleen samanlaiset kuin varsinaisen tutkimuksen tuloksista (Ruusuvoori ym. 2010: 17, 27, Hirsjärvi ym. 2011: 186, Kananen 2008: 123). Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta on kuitenkin aina tutkijan oma, persoonallinen näkemys eikä se aina ole toistettavissa (Paunonen ym. 1998: 215, Hirsjärvi ym. 2011: 164, 186, Tuomi ym. 2003: 19).

Tässä opinnäytetyössä toteutetut haastattelut oli alun perin suunniteltu toteutettaviksi pienryhmissä ryhmähaastattelulla. Osaston sen hetkinen tilanne ei mahdollistanut kuitenkaan tätä tiedonhankintamuotoa, sillä samaan aikaan ei ollut mahdollisuutta saada koolle useaa hoitajaa. Tämän takia haastattelumenetelmä vaihdettiin yksilöhaastatteluun kesken opinnäytetyöprosessin. Opinnäytetyön tekijöinä pohdittiin, miten haastattelumudon muuttuminen vaikuttaa työhön - sen toteutukseen, tuloksiin ja luotettavuuteen. Yksilöhaastatteluja ajateltiin alun perin olevan seitsemän, mutta osaston tilanteen, yhteisen ajan puutteen, työn valmistumisen kiireellisyyden ja haastattelujen vastausten toistumisen vuoksi päätettiin rajata yksilöhaastattelut viiteen haastatteluun.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa saturaatio tuli täyteen jo toisen haastattelukerran jälkeen. Haastatteluista saadut vastaukset toistivat ja tukivat toisiaan läpi kaikkien haastatteluiden. Vastaukset ja mielipiteet olivat keskenään hyvin samanlaisia ja tutkimustehtäviin saatiin selkeitä vastauksia, joten haastattelumäärän lisäämiselle ei nähty syytä työn luotettavuuden kannalta. Haastattelut suoritettiin kahden viikon sisällä kahtena päivänä, mikä tuo opinnäytetyön tuloksille erilaista luotettavuutta kuin se, että haastattelut olisi toteutettu pitkän ajan kuluessa toisistaan. Silloin osaston käytänteet olisivat voineet ehtiä muuttua eivätkä vastaukset tulisi keskenään samanlaisesta hoitokulttuurista.

Koska purkukeskustelua on tutkittu Suomessa vasta vähän, haluttiin tuoda esille laaja-alaisesti keskustelukäytänteen ristiriitaisuus, yhtenäisten purkukeskustelukäytänteiden puute. Laaja-alaisuus toteutui hyvin nimenomaan yksilöhaastatteluiden myötä. Keskustelu ryhmähaastattelutilanteessa olisi saattanut olla hyvin keskustelua ja mielipiteitä herättävää, mutta toisaalta ryhmähaastattelussa toisten ryhmäläisten mielipiteet voivat johdatella muiden ryhmäläisten ajatuksia. Se voidaan nähdä rikkautena, mutta myös heikkoutena. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta ei koeta, että haastattelumenetelmän vaihtuminen olisi ollut lainkaan huono

ratkaisu. Haastattelumenetelmän vaihtumisen myötä voidaan luottaa siihen, että jokaisen mielipide oli varmasti heidän omansa.

Haastateltavat eivät tienneet etukäteen, mitä heiltä kysytään, mikä teki haastattelu tilanteesta luotettavamman ja ainutlaatuisemman. Haastattelutilanteessa ohitettiin välillä joitakin kysymyksiä, joihin palattiin myöhemmin uudelleen. Tällä tavoin haastattelutilanteessa pystyttiin syventymään paremmin ja saamaan laajemmin tietoa niistä aihealueista, jotka haastattelun aikana herättivät keskustelua. Työn luotettavuudesta kertoo myös se, että haastattelun runkona käytimme teemahaastattelukysymyksiä (Liite 1), joten jokainen haastattelu sisälsi tarkalleen samat teemat ja teemakysymykset, jotka esitettiin kaikille samassa järjestyksessä. Lisäksi etukäteen oli laadittu apukysymyksiä, joista oli hyötyä vastausten tarkentamisessa. Haastatteluiden kestossa oli kuitenkin suuria eroja, sillä osa vastaajista vastasi esitettyihin kysymyksiin laajasti ja halusivat niihin vielä myöhemmin palata uudestaan. Osa puolestaan vastasi kysymyksiin lyhyemmin eikä laajempaa keskustelua aiheesta syntynyt.

Haastattelujen aikana saatiin myös kuulla kokemuksia purkukeskustelukäytänteistä Kellokosken sairaalasta. Opinnäytetyön aiheen kannalta se oli hyvä, koska Kellokoskella on käytössä oma eristyksen/sitomisen purkukaavake (Liite 3), mitä osa hoitajista oli käyttänyt purkukeskustelun tukena myös Peijaksen sairaalassa. Kaikki haastateltavat olivat olleet vaihtelevia aikoja töissä osastoilla, muutamasta viikosta useampaan vuoteen. Vaihtelu työaikojen pituuksissa teki otannasta kattavan. Kaikki haastateltavat olivat naisia, sillä aikataulullisten haastatteluiden vuoksi miestyöntekijöiden haastattelu ei onnistunut.

Koko haastatteluprosessi perustui nimettömyyteen ja vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on oleellista, että haastateltavia ylipäätään saatiin haastateltaviksi. Oleellista opinnäytetyössä oli se, että kaikki haastateltavat olivat toteuttaneet purkukeskustelua eristyspotilaiden kanssa ja tiesivät mitä termillä tarkoitetaan. Ilman sitä kokemusta ei haastatteluista olisi saanut tutkimuskysymyksille vaadittavaa luotettavaa tietoa. Tällaiseenkin tilanteeseen olimme varautuneet etukäteen pohtimalla, miten toimimme tilanteessa, jossa purkukeskustelutermin olisi vastaajille aivan vieras.

10 Pohdinta ja johtopäätökset

On ristiriitaista, että monen tutkimuksen pohjalta hoitohenkilökunnan lisäkoulutus vähentäisi eristyskäytänteitä. Ristiriitaisuus ilmenee poikkeavien tutkimusten myötä, joiden mukaan lisäkoulutus hetkellisesti voisi vähentää, mutta myöhemmin myös lisätä eristyskäytänteitä. Syynä eristyskäytänteiden lisääntymiseen voi olla koulutuksen myötä hoitohenkilökunnan tietoisuuden lisääntyminen, jolloin eristetään herkemmin. Eristämisen vähentämiseksi ei välttämättä tarvitse hakea ratkaisua pelkästään ennakoivan lisäkoulutuksen tai esimerkiksi vaihto-

ehtoisten menetelmien kautta, vaan myös purkukeskustelusta voi olla hyötyä. Eristämiskäytänteiden vähentymistä, purkukeskustelun ollessa osana psykiatrisen potilaan hoitopolkua, tulisi tarkastella enemmän tulevaisuuden tutkimuksissa.

Tilannekohtaisesti hoitohenkilökunnan kesken saattaa syntyä uudenlaisia ideoita eristyksen vähentämiseksi, mutta ne eivät kuitenkaan pysy kauaa käytännössä. Miksi ideoita ei pystytä toteuttamaan jatkuvassa käytössä? Onko hoitajien ammattiryhmä päätöksentekijöinä ja ideoiden luojina alempana kuin lääkäreiden, mikä osaltaan vaikuttaisi uudistusten käyttöönottoon? Ristiriitaiseksi tässä asiassa nousee se, että hoitaja on käytännössä enemmän potilaiden kanssa tekemisissä kuin lääkäri, vaikka lääkäri olisikin vastuussa potilaaseen liittyvistä suuremmista päätöksistä. Tämä toimii hyvänä jatkotutkimuksen aiheena.

Purkukeskustelua pidetään tärkeänä asiana potilaan hyvässä psykiatrisessa hoidossa. Purkukeskustelu on psykiatrisen hoitotyön hoitomenetelmä. Purkukeskustelukäytäntä on ollut käytössä Peijaksen sairaalassa jo aikaisemmin, vuosia sitten, mutta nykyään sitä käytetään vain hyvin vaihtelevasti ja monella eri tavalla. Jos ajatellaan, että purkukeskustelu on tärkeä osa potilaan hoitoa, miksi sen toteutusta ei ole otettu käytäntöön? Päinvastoin purkukeskustelun käytöstä on luovuttu, sitä toteutetaan monella eri tavalla ja osa henkilökunnasta ei välttämättä edes tiedä, mitä purkukeskustelun tulisi sisältää. Purkukeskustelun voidaan ajatella vaikuttavan psykiatrisen potilaan hoitoon positiivisesti, mutta ei toisaalta voida tietää mahdollisia negatiivisia vaikutuksia tai vaihtoehtoisesti purkukeskustelulla ei ole juuri mitään vaikutusta potilaan hoitoon. Käytännössä purkukeskustelu on kannattavaa käydä potilaan kanssa, koska negatiivisia vaikutuksia ei toistaiseksi ole havaittu potilaan hoidossa. Tämä onkin hyvä aihe lisätutkimukselle, kun mietitään purkukeskustelun mahdollisia negatiivisia vaikutuksia.

Peijaksen sairaalassa on ollut aiemmin käytössä aktiivisemmin Kellokosken sairaalan eristyksen/sitomisen purkukaavake (Liite 3). Nykyään kaavaketta käytetään vaihtelevasti. Syyt sille, miksi purkukeskusteluun suunniteltua kaavaketta ei käytetä käytännössä, ovat ristiriitaista. Kaavake on tehty psykiatrisen hoitotyön eristämistilanteen jälkeiseen purkukeskustelutilanteeseen. Purkukeskustelun ajatellaan tuovan monia hyötyjä psykiatrisen potilaan hoitoon, miksi selkeää kaavaketta ei käytetä käytännössä?

Strukturoidun purkukeskustelukaavakkeen tekeminen vaatii henkilökunnan motivoituneisuutta ja asenteiden kohdistamista purkukeskustelukäytänteen käyttöönottoon osana psykiatrisen potilaan hoitomenetelmiä. Strukturoitua purkukeskustelukaavaketta ennen olisi merkityksellistä ottaa esimerkiksi Kellokosken sairaalan eristyksen/sitomisen purkukaavake (Liite 3) yhtenäiseen käyttöön. Tämä tarkoittaisi sitä, että jokaisen eristystilanteen jälkeen käytäisiin rutiininomaisesti hoitajan aloitteen mukaisesti purkukeskustelu potilaan kanssa. Ennen strukturoidun purkukeskustelukaavakkeen suunnittelua voi olla tärkeää kerätä hoitohenkilökunnal-

ta tietoa purkukeskusteluun liittyvistä asioista, kuten sisällöstä käyttämällä esimerkiksi puolen vuoden ajan aktiivisesti Kellokoskella käytössä olevaa kaavaketta (Liite 3). Ennen kuin aloitettaisiin Kellokosken purkukeskustelukaavakkeen käyttöönotto, tulisi hoitohenkilökunnan kanssa käydä läpi purkukeskustelu hoitomenetelmänä osana psykiatrista hoitotyötä. Hoitohenkilökuntaa tulisi motivoida purkukeskustelukaavakkeen käyttöönottoon. Esimerkiksi psykiatrisen potilaan ja hoitajan välisen suhteen parantuminen purkukeskustelun myötä, voisi olla yksi motivoiva asia. Näin myös työnkuva helpottuisi ja pelon sekä epävarmuuden tunne voisi vähentyä. Strukturoidun purkukeskustelukaavakkeen luominen ja käyttöönotto on yksi tärkeimmistä jatkotutkimusaiheista tämän työn kannalta.

Jos potilaan kanssa sillä hetkellä ei voitaisi käydä keskustelua, se voitaisiin toteuttaa myöhemmin, esimerkiksi silloin, kun se potilaan voinnin kannalta olisi mahdollista tai potilas sitä kysyisi. Potilaalta kysyttäisiin aina ennen kotiutumista hänen halukkuuttaan keskusteluun, jos potilas on siihen asti kieltäytynyt purkukeskustelusta. On tilanteita, jossa potilas vaihtaa osastoa esimerkiksi akuutilta osastolta ja samalla myös omahoitaja vaihtuu. Tällöin onkin tärkeää, että potilaan kanssa käy jokin toinen hoitaja eristämistilannetta läpi. Kaikissa tilanteissa tärkeintä olisi kuitenkin se, että potilastietoihin merkitään, onko purkukeskustelua käyty läpi potilaan kanssa vai ei. Tämä on asia, mikä tulisi tarkastaa aina ennen potilaan kotiutumista. Koska eristystilanne tulee kirjata hyvin psykiatrisen potilaan tietoihin, olisi myös yhtä tärkeää kirjata purkukeskusteluun liittyviä tietoja.

Henkilökunnan määrä eikä aika selitä useiden tutkimusten mukaan sitä, miksi purkukeskustelua ei pidetä. Onko kyse asenteiden muuttamisesta, ongelmallisuudesta uusien hoitokäytäntöiden käyttöön ottamisessa, pelosta potilaita kohtaan vai tilannekohtaisista tekijöistä? Esimerkiksi akuutilla psykiatrisella osastolla hetkelliset vaara- ja uhkatilanteet voivat vaikuttaa siihen, että hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi purkukeskustelun pitämiseksi. Koska kyseessä on hetkellinen tilanne, purkukeskustelu voitaisiin pitää kuitenkin myöhemmin. Ei ole kuitenkaan selkeää syytä sille, miksi purkukeskustelua ei pidetä myöhemmin. Helposti myös ajatellaan, että purkukeskustelu on varmasti jo käyty potilaan kanssa eikä asiasta välttämättä edes kysyä.

Yleisin syy psykiatrisen potilaan eristämiseksi on potilaan aggressiivinen, uhkaava käytös. Psykiatrisen potilaan ollessa sellaisessa tilassa, joka lisää eristämispäätökseen päätymistä, tulisi potilaan kanssa käsitellä purkukeskustelussa, mikä sai nämä negatiiviset, aggressiiviset tunteet aikaiseksi. Psykiatrisen potilaan kanssa tulisi käydä läpi, miten potilas voisi oppia tunnistamaan tuntemuksiaan. Psykiatriselle potilaalle on todettu olevan paljon hyötyä siitä, että hänelle annetaan tietoa omasta sairaudestaan ja siitä, miten esimerkiksi kohdata, käsitellä omia aggressiivisuuden tunteita hoitajan kanssa. Psykiatrisen potilas voi olla myös pelokas omista tuntemuksistaan, tämän takia tieto potilaan sairaudesta olisi tärkeää. Näin psykiatri-

nen potilas voisi ottaa enemmän vastuuta omaan hoitoonsa liittyvistä asioista, olla motivoituneempi kohtamaan sairauteensa liittyviä asioita. Tällaiset asiat olisi hyvä keskustella jo hoitosuunnitelmaa tehdessä, mutta myös purkukeskustelun aikana.

Kun ajatellaan tahdosta riippumatonta hoitoa, turvallisuus on aina ensisijaista. Jos psykiatrisen potilaan käytös uhkaa omaa tai muiden turvallisuutta, joudutaan puuttumaan potilaan itsemääräämisoikeuteen. Mutta miten psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden tunne voidaan palauttaa? Purkukeskustelun ja yhteisymmärryksessä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tehdyn hoitosuunnitelman avulla pystytään saamaan potilas motivoitumaan omaan hoitoonsa liittyviin asioihin, kiinnostumaan omasta hoidostaan. Näin ollen myös pystytään perustelemaan, miksi esimerkiksi eristykseen on päädytty, mikä siihen johti. Kun potilas ymmärtää tilannetta, potilaan kanssa keskustellaan, miten voitaisiin jatkossa välttää ja ennakoida eristystilannetta. Samalla potilaan itsemääräämisoikeuden tunne voisi palautua. Merkityksellistä itsemääräämisoikeudessa on se, kuinka psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus säilyisi tasapainossa suhteessa potilaan tahdista riippumattomaan hoitoon.

Hoitosuunnitelma tulisi aina olla laadittu yhteistyössä potilaan kanssa eikä vain hoitohenkilökunnan kesken. Jos potilas tulee esimerkiksi akuuttipsykiatriselle osastolle ja joutuu eristetyksi, niin käydäänkö purkukeskustelu läpi potilaan kanssa hoitosuunnitelmaa tehtäessä eristyksen jälkeen? Moni psykiatrisen hoidon tarpeessa oleva psykiatrinen potilas voi esimerkiksi oireiden pitkittyessä saada psykoosin. Tällainen kokemus itsessään, jo ilman eristystä, voi olla potilaalle traumaattinen. Tästä syystä olisikin tärkeää, että akuutin hoidon tarpeessa olevan potilaan kanssa käytäisiin purkukeskustelu. Eristäminen voi monen tutkimuksen mukaan aiheuttaa traumatisoivia tai yleisesti negatiivisia, vihan tunteita psykiatriselle potilaalle. Ensimmäinen eristyskertta voi olla tapahtuma, joka muistetaan vielä vuosien päästä kammottavana kokemuksena. Purkukeskustelussa voidaan käsitellä potilaan negatiivisia tunteita.

Psykiatrinen potilas on yhtä oikeutettu keskusteluun kuin kuka tahansa muukin potilas. Harvemmin tapaturmassakaan ollut ihmistä jätetään yksin traumaattisen kokemuksen kanssa, vaan esimerkiksi Suomessa tapahtuneiden koulusurmien jälkeen tilanteen jälkipuintia on toteutettu runsaasti. Fyysinen sairaus tulisi olla samassa suhteessa psyykkisen sairauden kanssa. Fyysisestä sairaudesta kärsivää hoidetaan huolehtimalla tämän terveydestään, näin tulisi toimia myös psyykkisesti sairaan kanssa. Tällaisia hoidollisia asioita ovat esimerkiksi vessatarpeet ja verenpaineen mittaaminen. Yhteiskunnassa on paljon tehtävää, jotta psykiatrisen hoidon tarpeessa olevat ihmiset olisivat yhtä tasa-arvoisia kuin fyysisen hoidon tarpeessa olevat ihmiset. Läheskään aikana psyykkisesti sairas psykiatrinen potilas ei ole syyllinen omaan sairauteensa. Tämä näkökulma kaipaa enemmän tutkimusta siitä, miten psykiatrisen potilaan tasa-arvoisuus verrattuna psyykkisesti sairaaseen näkyy yhteiskunnassa ja, miten sitä voisi parantaa.

Psykiatrisia potilaita kohtaan voi syntyä leimaava tunne, joka tulee ilmi esimerkiksi sellaisten psykiatristen potilaiden kohdalla, jotka viiltelevät itseään. Kyseessä voi olla hoitajien ymmärtämättömyys psykiatrisen potilaan sairautta kohtaan ja tiedon puute. Tämä lisää pelkoa, epävarmuutta ja suvaitsemattomuutta psykiatrisia potilaita kohtaan. Voiko tällaisessa tilanteessa koulutuksella olla vaikutusta leimaavan tunteen vähentämisessä?

Vanhempien ja nuorten hoitajien asenteet eroavat tutkimusten mukaan toisistaan käytännössä. Kyseessä voi olla pelokkuus, epävarmuus nuorissa hoitajissa ja nuoret hoitajat suhtautuvat yleisesti negatiivisemmin psykiatrisia potilaita kohtaan kuin vanhemmat hoitajat. Laki ohjaa psykiatrista hoitotyötä, mutta psykiatriseen hoitotyöhön liittyy hoitohenkilökunnan yksilölliset ominaisuudet ja tunteet. Näin myös usein pelon vallassa voi syntyä eristämispäätös. Kysymys käytäntöön liittyen syntyykin siitä, että toteutetaanko käytännöntyötä tilannekohtaisesti enemmän tunteiden, lain vai molempien mukaisesti samaan aikaan? Merkittävää on se, miten hoitohenkilökunta itse pystyisi tunnistamaan ja reagoimaan omiin tunne kokemuksiin potilas-tilanteissa.

Laki määrittelee, että lääkärille tulisi ilmoittaa ennen eristämispäätöstä, ellei tilanne ole täysin akuutti. Mieshoitajat eristävät useammin kuin naispuoliset ennen lääkärille ilmoittamista. Miksi mieshoitajat käyttäytyvät omavaltaisemmin kuin naiset? Vaikka laki sallii tietyissä tilanteissa eristämisen tapahtuvan ennen lääkärille ilmoittamista, on mieshoitajien rooli eristämispäätöksen tekemisessä naishoitajiin verrattuna merkittävä. Vaikuttaako mieshoitajien rooli eristämispäätösten lisääntymiseen? Voitaisiinko eristämisen sijaan käyttää lievempiä tahdosta riippumattomia hoitomenetelmiä, kuten kiinnipitämistä?

Eristystä ennakoitaessa tulisi käydä läpi vaihtoehtoisia tahdosta riippumattomia hoitomenetelmiä, joita mainitaan esimerkiksi eristystilanteen arviointikaavakkeessa (Liite 2). Eristystilanteen arviointikaavakkeessa käydään läpi, mitä erilaisia vaihtoehtoisia menetelmiä oltaisi voitu käyttää ennen eristystä. Eristystilanteen arviointikaavakkeessa otetaan runsaasti erilaisia näkökulmia huomioon. Esimerkiksi sellaisia ennakoivia asioita, joista keskustellaan potilaan kanssa suullisesti eristämiseen liittyen tai, joista keskustellaan suullisesti eristykseen jälkeen ja tehdään kirjallinen pohdinta siitä, miten eristystä voitaisiin välttää jatkossa. Eristystilanteen arviointikaavakkeessa keskitytään paljon eristykseen itsessään, mutta tuodaan paljon esille myös purkukeskusteluun liittyviä asioita. Esimerkiksi se, mikä on psykiatrisen potilaan näkökulma eristykseen. Kaavakkeessa myös arvioidaan eristystilanteessa onnistuneet ja epäonnistuneet asiat. Eristystilanteen arviointikaavake on hyödyllinen apuväline Kellokosken eristykseen/sitomisen purkukaavakkeen (Liite 3) ohella. Ehkä molempien kaavakkeiden käyttöön soveltaminen eristykseen ennakoimista ja sen jälkeiseen toimintaan voisi olla hyödyllinen. Kaavakkeiden sisältö voisi käytännön työssä tuoda pohjaa uusien menetelmien ja ideoiden syntyemiselle sekä niiden käyttöönotolle.

Miksi eristyksen sijaan ei käytetä pelkkää kiinnipitoa, mikäli psykiatrisen potilaan tilanne antaisi tälle myöten? Jos ajatellaan, kuten haastatteluaineisto ja tutkimusteoria antaa ymmärtää, että hoitohenkilökuntaa on riittävästi niin, miksi psykiatrisen potilaan kiinnipitoa eristyksen sijaan ei toteuteta? Potilasta kiinni pidettäessä hänen kanssaan voitaisiin keskustella samanaikaisesti ja olla kontaktissa. Psykiatrisella potilaalla on tarve toisen ihmisen läheisyydelle, vaikka hän joutuisi tahdosta riippumattomaan hoitoon. Läheisyyden tarve on myös ennen eristystä ja eristyksen jälkeen. Psykiatrisen potilas voi tuntea nöyryyksen, vihan, epäkunnioittavan, häpeän tunteita siitä, että on joutunut eristykseen. Kiinnipito tilanteessa psykiatrisen potilas on usean hoitohenkilökunnan jäsenen kanssa kontaktissa. Psykiatrisen hoidon kannalta on tärkeää, että potilaalla on turvallinen tunne ollessa hoidossa. Se, että potilas eristetään, eikä eristystä käsitellä potilaan kanssa purkukeskustelussa, ei välttämättä edistä potilaan turvallisuuden tunnetta. Positiivisten kokemusten voidaan ajatella luovan myös turvallisuuden tunnetta psykiatrisen potilaan hoidossa.

Potilaalle tulee kertoa, miten voi tehdä valituksen saamastaan hoidosta. Potilasta pitää opastaa valituksen tekemisessä, kuten laki määrittelee. Valitusta voidaan ajatella asiakastyytyväisyytenä. Kuten missä tahansa terveydenhuollon alueilla, myös psykiatriassa on oikeus tehdä valitus, asiakaspalaute.

Tällä hetkellä hoitajan ammatillisessa koulutuksessa ei huomioida eristykseen liittyviä, eristystilannetta ennakoivia, itse eristystä tai eristystilanteen jälkeisiä asioita. Tämä näkökulma tuottaa haasteita käytännötyössä, sillä moni kokematon hoitaja voi tuntea epävarmuutta ja pelkoa potilastilanteissa. Koulutus ei vastaa tällä hetkellä riittävästi käytännötyötä, koulutuksessa käytyt asiat jäävät käsitteiksi, mutta käytännön ymmärtäminen muun muassa eristyksestä jää vajeaksi. Esimerkiksi sellaiset asiat, jossa pitäisi miettiä psykiatrisen potilaan paranemista, hoitoa tilanteissa, jossa joudutaan turvautumaan eristykseen. Tämän näkökulman myötä oikeanlainen perehdytys oleellisiin asioihin korostuu uusien työntekijöiden aloittaessa.

Opinnäytetyön toteutuksen aikana saatiin riittävästi ja runsaasti tietoa hoitajien kokemuksista purkukeskusteluun liittyen. Hoitajat toivat laajasti esille niin omia kuin potilaidenkin mielipiteitä ja ajatuksia tästä käytänteestä. Näin ollen opinnäytetyön tarkoitus saatiin saavutettua onnistuneesti. Sama toteutui myös opinnäytetyön tavoitteiden kohdalla. Haastatteluissa saatiin laajasti tietoa tavoitteisiin liittyen ja kaikki laaditut teemahaastattelukysymykset toivat tavoitteiden mukaiset vastaukset. Kaikki tieto, mikä haastatteluista saatiin, oli merkittävää opinnäytetyön toteutuksen, tavoitteiden ja tarkoituksen kannalta.

10.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Tämä opinnäytetyö sai alkunsa maaliskuun 2012 hankemessuilla. Jo ennen tätä tilaisuudetta tiedettiin, että mielenterveystyö tulee olemaan opinnäytetyön aiheena, koska se on molempia tekijöitä kiinnostava aihealue ja molemmat ovat opinnoissaan siihen syventyneitä. Psykiatristen sairauksien lisääntyessä ajateltiin, että opinnäytetyön aiheesta on tulevaisuudessa varmasti hyötyä missä tahansa työtehtävässä. Tiedettiin myös, että mielenterveystyössä riittää kehitettävää, mikä ilmeni hyvin haastattelujen aikana purkukeskusteluihin liittyen: ”Nämä haastattelut ovat alku tälle keskustelukäytänteelle ja jostainhan se on kaikki aloitettava”.

Ohjaava opettaja painotti alusta alkaen, että opinnäytetyösuunnitelman tulee olla hyvin tehty ennen itse opinnäytetyön toteuttamiseen siirtymistä. Opinnäytetyötä tehdessä on huomattu, että hyvän suunnitelman tekemisestä on ollut paljon hyötyä. Se on tehnyt tämän opinnäytetyön tekemisestä paljon johdonmukaisempaa ja ajatuksien etenemisestä helpompaa, sillä opinnäytetyön rakenne on ollut jo suunnitelmavaiheesta asti pitkälle samanlainen. Tällä on ollut vaikutusta myös siihen, että on pystytty käsittelemään asioita koko ajan syvällisemmin ja kokonaisuuden hahmottaminen on ollut helpompaa.

Opinnäytetyön aiheesta ei ole tehty paljon tutkimuksia varsinkaan Suomessa, ensimmäinen varsinaista purkukeskustelusta kertova lähde olikin australialainen. Purkukeskustelua kuvaava lähdeaineistoa oli vaikea löytää, sillä purkukeskustelu-termin muodostuminen vei aikaa, mikä teki tiedonhankintavaiheesta ajoittain haastavaa. Lähdeaineisto osoittautui aluksi hyvin usein jälkipuintia koskeväksi ja useita löydettyjä aineistoja täytyi hylätä väärän tiedon vuoksi, mikä tuntui turhauttavalta. Onneksi kuitenkin pian oikeiden hakusanojen avulla aloimme löytää erilaisia lähteitä, jotka koskivat opinnäytetyön ydintä eli purkukeskustelua. Lähteiden löytyminen oli rajallista ja välillä pohdittiin, voidaanko käyttää tiettyjä lähteitä, ettei aihealueesta tule liian laaja ja teksti ala rönsyillä. Työn otsikko ja sisällysluettelo vaihtuivat useaan kertaan työn termien muuttuessa ja uusien näkökulmien löytyessä.

Opinnäytetyöprosessin aikana päästiin tutustumaan moniin uusiin, ainutkertaisiin asioihin. Erityisesti haastattelutilanteet toivat lisää ulottuvuuksia ja uusia näkökulmia, sillä tällaisen haastattelun pitäminen on ainutlaatuinen tilanne elämässä. Aineistoin litterointi ja sen analysointi puolestaan oli mielenkiintoista ja mukavaa vastapainoa teorian kirjoittamiselle. Oli mielenkiintoista kohdata kasvotusten työelämän mielipiteet, ajatukset ja tarpeet, ja samalla ymmärtää vastuu siitä, että todella itse kootaan näiden vastausten perusteella työn tuloksia. Kun haastatteluiden pohjalta tehty analyysivaihe oli ohi, alkoi varsinainen työstäminen. Sen voidaan sanoa olleen varsin mielenkiintoista aikaa. Välillä oli tuntemuksia siitä, että tietystä osasta opinnäytetyötä ei saatu juuri mitään aikaiseksi, mutta toisesta kohdasta kirjoittamista olisi riittänyt loputtomiin. Tutkimustulosten tarkastelun kirjoittaminen teorian kanssa vaih-

dellen oli varsin kasvattavaa, se avasi silmät eri tavalla ja antoi mahdollisuuden syventyä aiheeseen aivan uudella tavalla, mitä ennen haastatteluja tai haastattelujen aikana ei ollut koettu. Silloin oli hetkiä, jolloin inspiraatio vei mukanaan ja ajatuksia tuli paljon esille, näkökulmista puhumattakaan. Tämän aikana kehittymistä voidaan kuvata peilaavana oppimiskokemuksena. Käytännössä siis tieto, jota haettiin, yhdistyi mielessä kokonaisuudeksi peilaamalla varsinaisia tutkimustehtäviä ja analyysiä teorian sekä omien ajatusten kanssa yhdeksi kokonaisuudeksi.

Yhteistyö työelämän kanssa on ollut ajoittain haasteellista. Tutkimusluvan hankkiminen vei enemmän aikaa kuin oli arvioitu ja sairaalan resurssit haastattelujen järjestämiselle muutti haastattelumenetelmän ryhmähaastattelusta yksilöhaastatteluun. Ajallisesti merkittävää oli myös se, että sähköpostitse tieto liikkui välillä hitaasti. Viimeiset kaksi yksilöhaastattelua jäi pitämättä, koska niiden ajankohta olisi siirtynyt turhan pitkälle osaston tilanteesta johtuen, ja opinnäytetyöllä alkoi olla tarve valmistua. Työelämän kanssa saatiin toteutettua ansiokkaasti tiedonhankintaan liittyvät asiat, haastattelujen järjestäminen, purkukeskustelutermin muodostaminen ja ajatusten luominen purkukeskustelusta. Työelämän edustajat olivat aidosti kiinnostuneita aiheesta, mikä osaltaan auttoi myös oman mielenkiinnon pysymisessä läpi työn.

Opinnäyteydessä on kehitytty niin opiskelijoina kuin ihmisinäkin. Työ on vahvistanut itseluottamusta oppijana, uuden kehittäjänä ja tuonut innostunutta asennetta tutkimuksiin, mikä ei ole aiemmin ilmentynyt näin vahvasti. Opinnäytetyön tekeminen on myös ehdottomasti toiminnut kasvattavana menetelmänä monellakin tapaa. Työn tekeminen ei koostu pelkästä tiedonhausta, haastatteluista ja analysoinneista, vaan iso osa prosessia on myös tekijöiden ja työelämän yhteisten aikataulujen ja työmenetelmien yhteensovittaminen. Työn tekijöiden yhteisen ajan löytyminen oli suuri haaste. Ajateltiin, että työtä tehdessä on tärkeää tehdä yhdessä työtä, jotta tulos olisi mahdollisimman luotettavaa ja hyvälaatuista tekstiä. Tämä ei kuitenkaan aina onnistunut, joten siirryimme kirjoittamaan työtä myös yksin, pienissä erissä, jonka lisäksi tapasimme yhdessä tavallisesi kerran viikossa. Silloin yhdistimme tuotoksiamme, muokkasimme niistä yhtenäisiä ja muutimme kieliasua samankaltaisiksi. Lisäksi asioiden kehittäely omassa mielessä seuraavalle tapaamiselle oli tärkeää, jotta tapaamisen aikana saataisiin aina mahdollisimman paljon tuotettua laadukasta työntulosta.

Opinnäytetyöprosessin aikana on ollut mahdollisuus kehittää yhteistyötaitoja, opetella tekemään kompromisseja, perustelemaan mielipiteitä sekä kasvattamaan stressinsietokykyä. Monesti on sitkeästi istuttu tietokoneen ääressä, jätetty harrastukset, kuulumisten vaihdot ja työn loppuvaiheessa jopa töiden tekeminen vähemmälle. Työtä tehdessä oli todella pakko punnita, mikä on sillä hetkellä tärkeintä ja mistä tekemisestä on mahdollista joustaa. Työn tekemisen myötä monet asiat ovat saaneet uudenlaisen arvon ja oma arvomaailma on kokenut

rajun muutoksen. Kaikkien näiden tekijöiden oppiminen on omalta osaltaan auttanut työn eteenpäin viemisessä ja työn myötä tulevaan ammattiin kasvamisessa.

10.2 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tulokset kertovat siitä, miten tärkeää potilaan ja potilas-hoitajasuhteen kannalta purkukeskustelu käytänteenä on. Tulokset näyttävät myös, ettei purkukeskustelua ole tutkittu Suomessa tai maailmalla kovinkaan paljon. Tämän työn tulokset avaavat näkökulmaa siitä, miten purkukeskustelu esiintyy tämän hetken psykiatrisessa hoitotyössä. On huolestuttavaa ajatella, että useimmat eristyksessä päässeet potilaat potevat traumoja, vihaa ja pelkoa eristyksessä ainoastaan sen takia, ettei kokemuksesta ole ammatillisesti keskusteltu potilaan kanssa. Se voi vaikuttaa potilaan kuntoutukseen, leimautuvuuteen muiden ihmisten silmissä ja jopa hoitaja-potilassuhteeseen. Harvemmin kokemukset ovat positiivisia, vaikka jotkut potilaat saattavatkin olla tyytyväisiä eristykseen päästessään. Potilaan rangaistuksen tunnetta eristystoimenpidettä kohtaan saataisiin hoitohenkilökunnan ajatustenkin mukaisesti vähennettyä, jos eristystoimenpiteestä keskustelulle annettaisiin aikaa purkukeskustelun kautta. Siinä samassa potilasta opastettaisiin tunnistamaan omia tuntemuksiaan ja hallitsemaan niitä hoitajan kanssa, niin että eristystoimenpiteeseen ei välttämättä jouduttaisi jatkossa turvautumaan. Purkukeskustelua tulisi pitää erittäin tärkeänä osana potilaan tahdosta riippumattomassa hoidossa.

Tämän työn tuloksia voidaan jo sellaisenaan pitää inspiraationa psykiatrisen osaston purkukeskustelukäytännön aloittamisessa. Tässä työssä on esitelty kahta erilaista käytössä olevaa purkukeskustelukaavaketta, jotka toivottavasti auttavat purkukeskustelukäytännön käyttöönotossa. Toiveena on, että näiden kaavakkeiden avulla purkukeskustelukäytäntö saataisiin jollain tavalla käynnistymään ja sen merkityksellisyys kyettäisiin ymmärtämään. Jatkotutkimusaiheena tälle opinnäytetyölle on purkukeskustelukäytänteiden laaja-alainen yhtenäistäminen, purkukeskustelun merkityksellisyyden ymmärtäminen erityisesti potilaan kokemana ja uuden, yhtenäisen ja ajantasaisen purkukeskustelukaavakkeen tekeminen käytäntöön.

Tuloksien perusteella purkukeskustelukäytännettä voidaan myös soveltaa somaattiseen hoitotyöhön, jossa esiintyy tahdosta riippumatonta hoitoa, esimerkiksi sisätautien osastolla, jossa saatetaan joutua eristämään infektiopotilaita. Psykiatrian puolella purkukeskustelukäytäntö on selkeämpää, mutta somaattisella puolella sen käyttötarkoitusta ei juuri tunneta ja sitä tulisi tutkia enemmän. Psykiatrisella puolella tahdonvastaista hoitoa ohjaa mielenterveyslaki, mutta somaattisella puolella kyseistä lakia ei hyödynnetä, joten potilas voi joutua olemaan yksin eristyksessä pitkiäkin aikoja. Tällä hetkellä tiedetään ainoastaan purkukeskustelun hyödyistä potilaalle. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, voiko keskustelusta olla myös haittaa. Voiko ikävän kokemuksen purkamisen olla joskus traumaattisempaa kuin sen unohtaminen?

Lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapuopas. Kriisiapu. Viitattu 25.10.2013.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016)

CPT. 2009. European committee for the prevention of torture. Suomen hallituksen vastaus kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean Suomeen 20.-30. huhtikuuta 2008 tekemästä käynnistä annettuun selontekoon. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2009-19-inf-fin.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Froloff, L. 2009. Ajatuksia tahdosta riippumattomasta hoidosta. Akuutti. Viitattu 25.10.2013.
http://ohjelmat.yle.fi/akuutti/arkisto/2009/ajatuksia_tahdosta_riippumattomasta_hoidosta

Goulet, M-H., Larue, C., Stafford, M-C. & Dumais, A. 2013. Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: secluded with or without restraint. Viitattu 29.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=c9ca6cee-c361-4230-8ec9-efc3b6dded28%40sessionmgr113&hid=118>

Happell, B. & Koehn, S. 2010. Attitudes to use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference? Viitattu 25.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=abb8fc4b-bae5-4aef-8cec-69910b2c9f74%40sessionmgr110&hid=117>

Herberts, C. & Wahlbeck, K. 2011. Hoito ilman pakkoa - utopiaa? Pakon käytön vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vård utan tvång - en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg. Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5136411-d2a9-4caa-ad88-97fec31b87c2>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hoekstra, T., Lendemeijer, M. & Jansen, J. 2004. Seclusion: The inside story. Viitattu 31.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3b2fd61f-6d15-40f1-94a7-2c900201d3ec%40sessionmgr113&hid=113>.

Holmes, D., Kennedy, S. & Perron, A. 2004. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. Viitattu 29.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c9ca6cee-c361-4230-8ec9-efc3b6dded28%40sessionmgr113&vid=7&hid=118>

Hottinen, A. 2013. Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint. Julkaisuja. Turun yliopisto. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1>

Jääskeläinen, P. & Stoor, H. 2010. Kellokosken sairaalan oikeuspsykiatria ja vaikeahoitoiset - vastuualueen tarkastus 25.09.2012. Viitattu 25.10.2013.
[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=ereopaa&\\${BASE}=ereopaa&\\${THWIDS}=0.17/1382644817_137070&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=ereopaa&${BASE}=ereopaa&${THWIDS}=0.17/1382644817_137070&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Kananen, J. KVALI. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Julkaisuja. Turun yliopisto. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010a. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? Viitattu 29.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c9ca6cee-c361-4230-8ec9-efc3b6dded28%40sessionmgr113&vid=8&hid=118>

Kontio, R., Laaksonen, T., Paavilainen, E., Sailas, E., Soininen, P. & Syvänen, S. 2010b. Käsi-kirja mielenterveystieteen mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisuja 1/2010. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue. Psykiatrian tulossyksikkö.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kuosmanen, L. 2006. Pakkohoito - hoitoa vai pakkoa? Turun yliopisto. Viitattu 27.10.2013.
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&ved=0CF4QFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.med.utu.fi%2Fhoitotiede%2Fperusopiskelu%2Fmateriaalipankki%2Fakkohoito08122006.ppt&ei=DSxqUrfcG4vt4gTby4CYCg&usg=AFQjCNHFaOpT2m_7x-YeP1q7KEILSkZ_7A

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laiho, T. 2009. Aikuispsykiatrisen potilaan eristäminen - Eristämisspätömittarin kehittäminen ja testaaminen, pilottitutkimus. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Viitattu 25.10.2013.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090090/urn_nbn_fi_uef-20090090.pdf

Lammie, C., Harrison, T., Macmahon, K. & Knifton, L. 2010. Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. Viitattu 25.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1a3a9858-4f29-476b-8d65-a57036829e6d%40sessionmgr112&vid=4&hid=126>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Keuruu: Otava.

Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Tahdosta riippumaton hoito. Viitattu 30.10.2013.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00228&p_haku=l%C3%B6nnqvist%20pylkk%C3%A4nen

Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. 2003. Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? Viitattu 29.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=c9ca6cee-c361-4230-8ec9-efc3b6dded28%40sessionmgr113&hid=118>

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Finlex. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mostafanejad, K. 2006. Reducing the isolation of young adults living with a mental illness in rural Australia. Viitattu 31.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3b2fd61f-6d15-40f1-94a7-2c900201d3ec%40sessionmgr113&hid=113>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Tammi.

Needham, H. & Sands, N. 2010. Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. Perspectives in psychiatric care Vol. 46, No. 3, July 2010. Viitattu 25.10.2013.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=abb8fc4b-bae5-4aef-8cec-69910b2c9f74%40sessionmgr110&vid=4&hid=117>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Viitattu 30.10.2013.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo10637.pdf>

Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. Viitattu 23.10.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99270

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Sajama, S. 2011. Hoitajat kopissa. Voiko virikkeetön eristäminen olla hoitoa? Kaksi mielenterveysalan ammattilaista kokeili huone-eristystä vuorokauden ajan. Tehy 14/2011: 36-38.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana - haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Viitattu 25.10.2013.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01546.pdf>

STM. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki. Viitattu 25.10.2013.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 3/2012. Pakkotoimien kohteena olleet potilaat vuosina 2005-2010. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2010. Helsinki. Viitattu 25.10.2013.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf

Tiihonen, J. 2011. Väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijät ja etiologia. Viitattu 31.10.2013.
http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00215&p_haku=tiihonen

Tolonen, L. 2011. Psykiatrisen pakkohoito ihmisoikeuskysymyksenä - potilaiden asema ja valvontaelinten työ oikeusturvan toteuttajana. Pro gradu. Lapin yliopisto. Viitattu 25.10.2013.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/71983/LeenaTolonen.gradu.pdf?sequence=1>

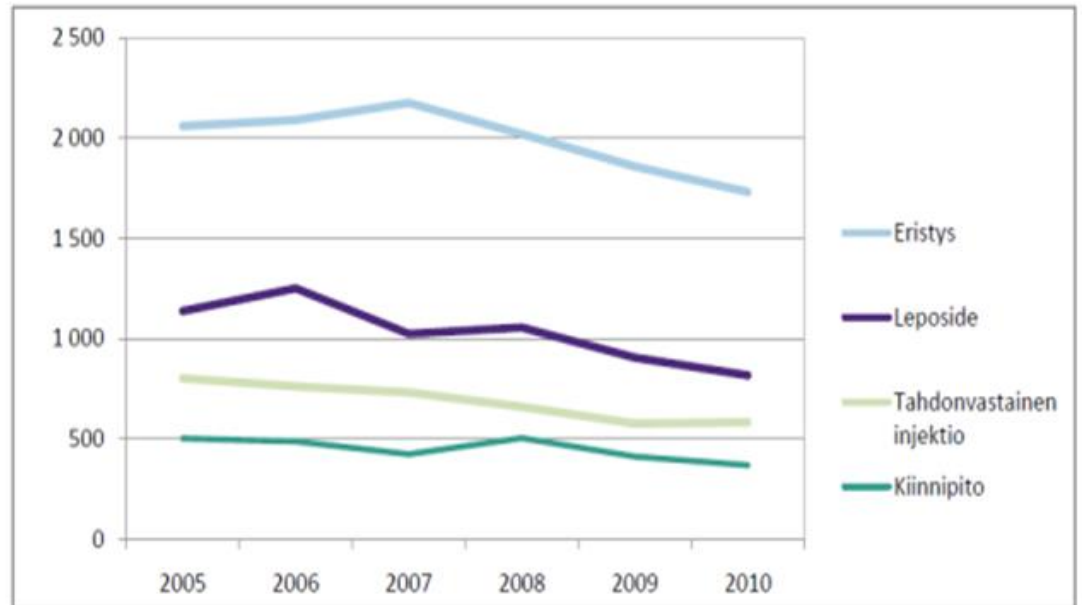
Tuohimäki, C. 2007. Pakon käyttö psykiatristen potilaiden sairaalahoidossa. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 23.10.2013.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/11_2007/vaitos/pakon_kaytto_psykiatristen_potil/

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turpeinen, S. 2008. Hoitohenkilökunnan toimintatavat eristämisessä - Koulutus ja tuki toimintatavoille psykiatrisessa hoidossa. Pro gradu. Kuopion yliopisto.

Kuviot

Kuvio 1. Pakkotoimien kohteena olleet potilaat vuosina 2005-2010..... 58



Kuvio 1: Pakkotoimien kohteena olleet potilaat vuosina 2005-2010

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta.....	30
Taulukko 2. Aineiston kategoriat.....	31

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelukysymykset.....	61
Liite 2. Eristystilanteen arviointikaavake VSSHP	62
Liite 3. Eristyksen/sitomisen purkukaavake HUS.....	64
Liite 4. Saatekirje hoitohenkilökunnalle.....	65
Liite 5. Tutkimuslupa.....	66

Liite 1. Teemahaastattelukysymykset

Teema 1 “Kuvaile purkukeskustelun sisältöä potilaan hyvässä hoidossa.”

- Millä tavalla osaston henkilökunta toteuttaa purkukeskustelua tällä hetkellä?
- Apukysymyksiä: Onko se yksilöllistä?
 - Olitko täällä töissä (jos/kun) purkukeskustelukäytäntö oli käytössä?
 - Oliko siitä positiivista hyötyä potilaan hoidossa eristyksen jälkeen?
 - Voisiko siitä olla hyötyä?
- Mitä tällä hetkellä käytössä olevat purkukeskustelut sisältävät?
- Apukysymyksiä: Mitä purkukeskustelun pitäisi sisältää?
 - Mitä tunteita eristystilanne herättää?
 - Onko ajatus purkukeskustelun käytänteistä puhututtanut henkilökuntaa?

Teema 2 “Miten hoitohenkilökunnan mielestä potilaat kokevat hyötyvänsä purkukeskustelusta?”

- Miten potilaat ovat kommentoineet purkukeskusteluja?
- Apukysymyksiä: Ilmaisevatko potilaat tarvetta saada keskustella hoitohenkilökunnan kanssa eristyksen aikana/ ennen/ jälkeen?
 - Vaativatko potilaat oikeutta itselleen päättää hoidostaan koskien eristystilannetta? Saada keskustella?
 - Käyttäytyvätkö potilaat aggressiivisesti eristystilanteen jälkeen?
 - Onko havaittavissa potilaan kokevan kiitollisuutta eristystilanteen jälkeen? Entä rangaistuksen tunnetta?
- Millainen vaikutus potilaiden hoidon kannalta on sillä, että purkukeskusteluja käydään?
- Apukysymyksiä: Ajatuksia purkukeskustelun hyödyistä osana hoitoa?

Teema 3 “Kuvaa omakohtaista kokemustasi purkukeskustelusta”

- Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että käydäänkö purkukeskusteluja potilaan kanssa vai ei käydä?
- Apukysymyksiä: Onko aika/työntekijöiden määrä puutteellinen purkukeskustelun käymiselle?
 - Eikö ole yhtenäistä velvoitetta, tapaa käydä keskustelua?
 - Oma asenne? Puutteellinen koulutus? Pehdytys?
- Mitä mieltä hoitajat olisivat siitä, jos purkukeskustelusta tulisi automaatio jokaisen eristystilanteen jälkeen?”
- Apukysymyksiä: Entä jos purkukeskustelu olisi osana arkea, millaisena näkisit sen?
 - Onko muita ajatuksia/ mietteitä purkukeskusteluun liittyen, jotka ovat puhututtaneet?

Liite 2. Eristystilanteen arviointikaavake VSSHP

ERISTYSTILANTEEN ARVIOINTIKAAVAKE

(Täytetään heti eristystilanteen jälkeen kaikkien tilanteessa olleiden hoitajien ja lääkärin kesken)

Potilaan nimi: _____

Järjestysnumero: ____ / 20 ____ Päivämäärä ____ / ____ alkoi klo. _____ päättyi klo. _____

Osasto: _____ Eristyksen/leposidehoidon vastuulääkäri: _____

Eristystilanteessa mukana olleet kaikki hoitajat: (ammattinimike, nimi, osasto):

_____**Mitkä ennaltaehkäisevät ja vaihtoehtoiset toiminnot otettiin huomioon ennen tilannetta:**

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Potilaalla nimetty omahoitaja | <input type="checkbox"/> Lääkäri tullut paikalle jo ennen tilannetta |
| <input type="checkbox"/> Selvitetty potilaan kanssa, miten hän haluaisi tulla hoidetuksi mahdollisissa väkivalta tilanteissa | <input type="checkbox"/> Henkilökunta sopinut ennalta miten toimitaan tilanteessa ja tehtävät jaettu |
| <input type="checkbox"/> Keskusteltu oireiden hallinnasta potilaan kanssa | <input type="checkbox"/> Henkilökunta sopinut ennalta vaihtoehtoisista toiminnoista |
| <input type="checkbox"/> Kartoitettu potilaan itsehallinnän keinot | <input type="checkbox"/> Tehostettu potilaan valvontaa etukäteen |
| <input type="checkbox"/> Potilas mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa | <input type="checkbox"/> Karsittu vapauksia asteittain jo etukäteen |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu potilaan mahdolliset toiveet | <input type="checkbox"/> Tehostettu potilaan peruslääkitystä |
| <input type="checkbox"/> Informoitu potilaan käytöksen muutoksesta potilasta/henkilökuntaa | <input type="checkbox"/> Otettu kontakti potilaaseen ja siirrytty erilliseen tilaan keskustelemaan |
| <input type="checkbox"/> Tehty suullinen sopimus potilaan kanssa | <input type="checkbox"/> Ohjattu potilas omaan huoneeseen ja sovittu aika, jonka viettää rauhoittumassa |
| <input type="checkbox"/> Tehty kirjallinen sopimus potilaan kanssa | <input type="checkbox"/> Käytetty ”vierihoitajaa” työvuorossa |
| <input type="checkbox"/> Potilaalla oli mahdollisuus rauhaan/yksityisyyteen | <input type="checkbox"/> Toteutettu huone-eristys avoimin ovin |
| <input type="checkbox"/> Informoitu potilasta osaston toiminnasta/hoidosta | <input type="checkbox"/> Käytetty ensin kiinnipitotekniikkaa |
| <input type="checkbox"/> Ohjattu potilas toiminnallisuuteen ennen eristystä | <input type="checkbox"/> Käytetty ensin kiinnipitotekniikkaa |
| <input type="checkbox"/> Hälytysjärjestelmä toimiva ja testattu | <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle ”aikalisää” |
| <input type="checkbox"/> Potilaalle luotu toiminnallinen viikko-ohjelma | <input type="checkbox"/> Saatua lisätyövoimaa sijaisen avulla |
| <input type="checkbox"/> Huomioitu huonejärjestelyt jo tulotilanteessa | <input type="checkbox"/> Siirretty toiselta osastolta työntekijä |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu huonesiirto | <input type="checkbox"/> Sovittu (hoitaja/lääkäri) työnjaosta |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu osastosiirto | <input type="checkbox"/> Koulutettu henkilökunta kohtaamaan väkivaltatilanteita |
| <input type="checkbox"/> Selvitetty potilaan aggressiivinen käyttäytyminen (potilastiedot, haastattelu, riskienarviointimittari) | <input type="checkbox"/> Vältetty suunnitelmallisesti aggressioon johtavia tilanteita |
| <input type="checkbox"/> Huomioitu tiedonkulku työvuoron vaihdossa | |

Toiminta eristys/leposidetilanteessa:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soitettu ennalta lisää henkilökuntaa tilanteeseen | <input type="checkbox"/> Vastuuhoitaja ohjannut toimintaa |
| <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle tarvittavaa lääkitystä | <input type="checkbox"/> Turvattu eristystilanne usean hoitajan läsnäololla |
| <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle vaihtoehtoja, miten eristystilanne voidaan välttää | <input type="checkbox"/> Jokaisella hoitajalla ollut selkeä tehtävä |
| <input type="checkbox"/> Otettu huomioon muut potilaat ja ohjattu heitä ennen/tilanteen aikana | <input type="checkbox"/> Käyttäytytty kunnioittavasti tilanteessa |
| <input type="checkbox"/> Tilanteen ottanut haltuun potilaan omahoitaja tai potilaan parhaiten tuntema hoitaja | <input type="checkbox"/> Informoitu potilasta jatkuvasti tilanteesta |
| <input type="checkbox"/> Tehty hätähälytys | <input type="checkbox"/> Tehty tarvittava dokumentointi |
| | <input type="checkbox"/> Päätös lopettamisesta tehty yhteistyössä |
| | <input type="checkbox"/> Lääkärin lupa |

Millä toiminnoilla eristystilanne olisi voitu vielä välttää:

Tilanteeseen liittyvä lääkitys ja kellonaika (tilannetta ennen ja aikana):

Avoin kuvaus eristystilanteesta: (tilanteeseen johtanut syy + tilanteen kuvaus)

Miten eristystilanne sujui:

Asiat, jotka toteutettiin onnistuneesti tilanteessa:

Asiat, joita tulisi kehittää seuraavaa tilannetta varten:

Eristystilanne käyty potilaan kanssa läpi: Kyllä Ei

Potilaan näkemys eristystilanteeseen:

Liite 3. Eristyksen/sitomisen purkukaavake HUS



Liite 11

**ERISTYKSEN / SITOMISEN PURKUKAAVAKE**

Henkilötiedot:

Eristyksen ajankohta ___ / ___ / ___ - ___ / ___ / ___

Sitominen _ Eristys _

Eristyksen syy hoitajan ja potilaan näkökulmasta.

Miten eristystä pyrittiin ennakoimaan:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ei ennakointia | <input type="checkbox"/> Vierihoido |
| <input type="checkbox"/> Tiivistetty seuranta | <input type="checkbox"/> Ohjaaminen omaan huoneeseen |
| <input type="checkbox"/> Keskustelu | <input type="checkbox"/> Verbaalinen rauhoittelu |
| <input type="checkbox"/> Osaston/muiden sääntöjen kertaaminen | <input type="checkbox"/> Tarvittava lääkitys p.o. / i.m |
| <input type="checkbox"/> Tilanteen kuvaaminen ja vaihtoehtojen kertominen | <input type="checkbox"/> Siirtyminen yhden hengen huoneeseen |
| <input type="checkbox"/> Eristyshuoneessa oleminen avoimin ovin | <input type="checkbox"/> Psykiatrinen hoitotahto |
| <input type="checkbox"/> Muut keinot _____ | <input type="checkbox"/> DASA-mittari |

Olisiko eristykseltä / sitomiselta pystytty välttymään?:

Mikä eristämistilanteessa meni hyvin / huonosti? (vuorovaikutus, kiinnipito tms.)

Mikä eristyksen / sitomisen aikana meni hyvin / huonosti?:

Mitä eristyksen / sitomisen aikana tapahtui (ajankäyttö, ruokailut, hygienia, henk.kunnan kanssa kommunikointi, oma mahdollisuus vaikuttaa asioihin):

Eristyksen / sitomisen hyödyt / haitat?:

Kokemus eristyksen / sitomisen kestosta?:

Kuinka jatkossa voinnissa tapahtuvia muutoksia voidaan tunnistaa ja ennakoida?:

Toiveet ennakoivista toimenpiteistä voimin huonontuessa:

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seuranta / vierihoido | <input type="checkbox"/> Ohjaaminen omaan huoneeseen |
| <input type="checkbox"/> Lääkehoito p.o / i.m | <input type="checkbox"/> Verbaalinen rauhoittelu |
| <input type="checkbox"/> Keskustelu | <input type="checkbox"/> Siirtyminen yhden hengen huoneeseen |
| <input type="checkbox"/> Avoimin ovin eristyshuoneessa olo | <input type="checkbox"/> Psykiatrinen hoitotahto |

Onko vaaratilanne-/tapaturmailmoitus tehty? ___ Kyllä ___ Ei

Purkukeskustelulomakkeen tarkoitus on toimia pohjana potilaan kanssa tapahtuvalle keskustelulle eristyshoidon päättymisen jälkeen. Keskustelussa tarkoitus käydä läpi niin hoitohenkilökunnan kuin potilaan kokemus tapahtuneesta. Keskustelu pohjautuu vapaaehtoisuuteen. Purkukeskustelu on syytä käydä ainakin kerran potilaan kanssa, mutta potilaalla tulee olla mahdollisuus myös useampaan keskusteluun ja myös isommalla kokoonpanolla tarvittaessa. Muista kirjata keskustelun hoitokertomukseen, myös mikäli potilas kieltäytyy.

Liite 4. Saatekirje hoitohenkilökunnalle

Arvoisa osasto P1:n ja P3:n väki!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Laurea-ammattikorkeakoulusta, Tikkurilan toimipisteestä. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä eristämiskäytäntöihin liittyen. Opinnäytetyömme kuuluu hankeyhteistyöhön Peijaksen sairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa.

Tarkoituksenamme on selvittää, mitä eristyksen jälkeen käydyt purkukeskustelut hoitajan ja potilaan kesken sisältävät. Haluamme saada tiedon siitä, millaisena potilaat kokevat purkukeskustelun hoitohenkilökunnan mielestä ja toisaalta, millaisena hoitohenkilökunta itse keskustelun kokee. Selvitämme, miten yleistä on, että purkukeskustelu käydään potilaan kanssa ja ovatko keskustelukäytänteet yhtenäiset.

Toteutamme työmme ryhmähaastattelulla. Haastattelemme yhteensä kuutta hoitohenkilökunnan jäsentä osastoilta P1 ja P3 kahdessa eri ryhmässä (3 henkilöä/ ryhmä) Haastattelut tulevat toteutumaan talven 2013 aikana. Haastatteluun on hyvä varata aikaa noin tunnin verran. Osastonhoitaja on luvannut etukäteen koota haastatteluun osallistujat.

Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna. Haastattelu koostuu kolmesta eri teemasta, joiden tiimoilta keskustellaan, yhdestä teemasta kerrallaan. Lisäksi meillä on käytössä apukysymyksiä teemoihin liittyen, mitkä helpottavat aiheen käsittelyä ja siinä pysymistä.

Haastattelut tullaan nauhoittamaan, sillä tämä helpottaa haastattelujen työstämistä niiden jälkeen. Muistutamme, että osallistuminen haastatteluun on teiltä täysin vapaaehtoista ja vastauksianne tullaan käyttämään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten. Haastattelu on myös mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Tapaamisiin haastatteluissa!

Ystävällisesti,

Sanna Peso ja Miika Vestala (sanna.peso@laurea.fi / miika.vestala@laurea.fi)

Laurea-ammattikorkeakoulu, Tikkurila

Liite 5. Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet <i>Pero Sanna, Vertala Miika</i>
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta <i>terveydenhoitaja opiskelija</i>
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
	Sähköpostiosoite/puh/gsm <i>sanna.pero@laurea.fi, miika.vertala@laurea.fi</i>
	Kotiosoite [REDACTED]
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/opplaitos, jossa opiskelee <i>Laurea amk</i>
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/opplaitoksen osoite <i>Katatie 22, 01300 Vantaa</i>
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) [REDACTED]
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa
	Suku- ja etunimi/virka/toimi [REDACTED]
	Työpalkan osoite <i>Peijaksen sairaala</i>
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Sähköpostiosoite/puh/gsm [REDACTED]
	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee <i>Psykiatrian tulosyksikkö</i>
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa <i>Purkukeskustelun merkitys mielen- ja ruu-terveytyössä eristystilanteen jälkeen hoitohenkilökunnan näkökulmasta</i>
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) <i>Haartattelamme henkilökuntaa Peijaksen sairaalan osastolla P1 ja P3. Tarkoituksenamme rikkoa purkukeskustelu -käytäntöitä eristystilanteiden jälkeen.</i>
Asiasanat (max 5 kpl)	
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. <i>Syky 2012</i>
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Sydän-keuhkokeskus <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	Arvioitu päättämispvm. <i>Syky 2013</i>
	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Klinteristöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havainnointyksikköiden määrä 6 (2 eri ryhmää)
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportolmaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 2.5.2013 Sanna Pero vastuuhenkilö Sanna Pero Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys		Päiväys 6.5.13 HUS:n vastuuhenkilö nimenselvitys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatelmusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 1.8.13	Tutkimusluvan päättymispäivä 31.12.13
Päiväys 17.5.13	Päiväys
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Liäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen esämiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Valtiositoumus/ salassapito- ja käyttäjästoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste