



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Eristyksen syyt ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä

Paananen Merja

Rannanpiha Leena

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

**ERISTYKSEN SYYT JA ENNALTAEHKÄISY
PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ**

Merja Paananen
Leena Rannanpiha
SHB06SN
Opinnäytetyö
Vuosi 2008-2011

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Laurea Hyvinkää
 Sosiaali- ja terveysala
 Hoitotyön koulutusohjelma

Merja Paananen ja Leena Rannanpiha

Eristyksen syyt ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä

Vuosi 2011 Sivumäärä 43

Pakon käytön yleisyys eri psykiatristen sairaaloiden välillä Suomessa on hyvin vaihtelevaa, mutta tutkimusten pohjalta ilmenee, että sairaaloiden välillä on pysyviä eroja. Selitys eroihin löytyy hoitokulttuurista ja -traditioista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia huone-eristyksiä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä tarkasteltiin ne kriittiset tilanteet, jotka johtavat eristämiseen. Toinen tarkoitus työllä oli etsiä ennakoivia toimia, joilla mahdollisesti pystyttiin estämään eristys. Ennakoivista toimista haettiin niin sanottua ”hiljaista tietoa” eli potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tapahtuvaa sanatonta kommunikaatiota, jolla voidaan tiedostaa mahdollinen eristykseen johtavan tilanteen uhka. Opinnäytetyön tavoitteena oli palvella opinnäytetyön tarkastelun kohteena olevaa osastoa, sekä sen henkilökuntaa ja antaa lisäinformaatiota myös yhteiskunnallisella tasolla psykiatrisen hoitotyön vaativuudesta ja kehityshaasteista.

Tutkimusmenetelminä käytettiin laadullista ja määrällistä tutkimusta. Tutkimuskysymyksiä olivat millaiset tilanteet ja asiat johtavat eristykseen ja mitä ennakoivia toimia hoitohenkilökunta voi tehdä potilaan eristämisen välttämiseksi?

Tutkimustuloksista voidaan johtaa suora malli osaston toimintatavoista, ja haastatteluiden vastaukset tukevat toimintamallia. Toimintamalliksi osastolle muotoutui tarvittavan lääkkeen antaminen, potilaan seuranta, toiminnan rajoittaminen ja vuorovaikutus. Osaston eristykset olivat lyhytkestoisia ja kertovat näin ammatillisuudesta osastolla. Haastatteluissa toimintamallia täydensivät kokemukseen perustuvat toimintatavat, kuten kiinnipito, tupakalle tai huoneeseen ohjaaminen. Käytännössä kokeneemmat hoitajat antoivat neuvoja ja ohjeita, jotka siirtyvät nuoremmille hoitajille. Hoitajat kokivat turvallisuuden varmistamisen tärkeäksi. Turvallisuus ja sen kokemus kriittisissä tilanteissa auttoivat paneutumaan tilanteeseen. Hoitajilla on suuri vastuu siirtää tietoa potilaista raportilla ja keskusteluissa muille hoitajille.

Tulosten perusteella osastolla eniten eristyksiä aiheuttanut potilaan toiminta oli aggressiivisuus, jolle ei aina löydy selkeää syytä. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että ennakoivia toimia tunnistettiin ja käytettiin osastolla. Määrällisessä tutkimuksessa nähtiin käytännössä käytetyimmät ennaltaehkäisykeinot ja haastattelussa hoitajat pohtivat laajasti erilaisia keinoja. Hiljaista tietoa oli osastolla, mutta tuloksista ei selviä hyödynnettiinkö sitä tietoa vielä tarpeeksi.

Asiasanat, Hiljainen tieto, Huone-eristys, eristys, psykiatrisen hoitotyö.

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Hyvinkää
 Health Care, Social Services and Sport
 Degree Programme in Nursing

Abstract

Merja Paananen and Leena Rannanpiha

The causes and prevention of coercion in psychiatric nursing

Year	2011	Pages	43
------	------	-------	----

In Finland the use of coercion in different hospitals is highly variable but studies show that there are consistent differences between hospitals. The explanation for the differences may be found in the nursing culture and traditions. The purpose of this study was to investigate the use of room coercion from the nurses' perspective. The thesis viewed the critical situations that lead to coercions. Another aim of the work was to search for proactive measures which may be able to be used for preventing coercions. From the preventive measures we searched for "tacit knowledge" or nonverbal communication between the patients and the nurses which could be used for realizing the potential threat of a situation that could lead to coercive measures. The aim of this study was to serve the department involved in the study and its personnel and provide additional information of the complexity and development challenges of psychiatric nursing to the societal level.

The methods used for this study were qualitative and quantitative methods. Research questions were what kinds of situations lead to coercion and what proactive measures the nurses can take to avoid the coercion of a patient?

The research gave a model of the practices used in the department and the responses in the interviews supported the approach. The model of practices used was additional medication, observation, restricting the patients' operations and interaction with the patient. The durations of coercions in this specific ward were short and showed the high level of professionalism in the ward. In the interviews the model of behavior was supplemented with empirical approaches such as restraint, guiding the patient to the smoke room or to patient room. In practice, experienced nurses gave advice and guidance which were transferred to younger nurses. The nurses felt that ensuring security was also an important factor. Security and feeling secure in critical situations helped to tackle the situation. Nurses were responsible for exchanging important information of the patients' state on the reports and in the discussions with the other nurses.

The results showed that the most usual patient activity that caused coercions on the ward was aggression, even when there was no obvious reason. In the quantitative part of the study showed the most commonly used proactive measures and in the interviews the nurses widely pondered on the wide range of measures. There was tacit knowledge on the ward, but from the results of this study it cannot be said whether or not tacit knowledge was used enough on the ward.

Key words: Tacit knowledge, room-coercion, coercion, psychiatric nursing.

Sisällys

<u>Johdanto.....</u>	<u>6</u>
<u>Eristyksestä ennakkointiin.....</u>	<u>7</u>
1.1 Eristykseen vaikuttavat lait.....	8
1.1.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.....	8
1.1.2 Mielenterveyslaki.....	8
1.2 Vapauden rajoittaminen tarkkailussa tai tahdonvastaisessa hoidossa.....	9
1.3 Eettinen ja ihmisoikeudellinen näkökulma rajoittamisesta.....	10
1.4 Eristyksen syitä	11
1.5 Eristämisen ennaltaehkäisy.....	11
1.5.1 Vuorovaikutus ja ohjaus.....	12
1.5.2 Vierihoito.....	13
1.5.3 Ennakoiva- ja lisälääkitys.....	14
1.6 Hiljainen tieto hoitotyössä.....	14
1.7 Yhteenveto	16
<u>Tutkimuskysymykset.....</u>	<u>17</u>
<u>Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut.....</u>	<u>17</u>
1.8 Tutkimusmenetelmien valinta.....	17
1.9 Aineistonkeruu.....	18
1.10 Kohderyhmä.....	19
1.11 Aineiston analyysi.....	19
1.12 Eettisyys ja luotettavuus.....	20
<u>TULOKSET.....</u>	<u>21</u>
1.13 Kvantitatiivinen tutkimus.....	21
1.14 Kvalitatiivinen tutkimus: teemahaastattelu.....	25
1.14.1 Ennakointikeinot	26
1.14.2 Vuorovaikutus.....	28
1.14.3 Ammattitaito.....	28
<u>POHDINTA.....</u>	<u>29</u>
1.15 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	30
1.16 Jatkotutkimusaiheet	31
1.17 Oman oppimisen arviointi.....	32
<u>Lähteet.....</u>	<u>33</u>
<u>Kuviot.....</u>	<u>35</u>
<u>Liitteet.....</u>	<u>36</u>

Johdanto

Suomessa pakon käyttö ja vapauden rajoittaminen ovat yleisiä psykiatrisissa sairaaloissa. Eri sairaaloissa pakon käyttö on myös hyvin vaihtelevaa ja tutkimusten pohjalta sairaaloiden välillä on pysyviä eroa pakon käytön yleisyydestä. (Tuori & Kiikkala 2004, 11.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä on eteläsuomalaisen sairaalan neuropsykiatrian tutkimuksiin erikoistunut psykiatrinen hoito-osasto. Potilaiden psyykkiset ja neurologiset sairaudet sekä vammat tekevät potilaan käyttäytymisestä arvaamatonta erityisesti muistamattomuuden sekä impulsiivisuuden takia. Muistamattomuus ja impulsiivisuus johtavat herkästi konflikteihin henkilökunnan kanssa.

Opinnäytetyön tarkoitus on tutkia huone-eristyksiä hoitotyön tekijöiden näkökulmasta ja tilaus työhön tulee osastolta sekä osastosta vastaavalta ylihoitajalta. Opinnäytetyössä tarkastellaan kriittisiä tilanteita, jotka johtavat eristämiseen. Työssä pyritään löytämään ennakoivia toimia, joilla pystytään estämään eristys. Ennakoivista toimista haetaan niin sanottua ”hiljaista tietoa” eli potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tapahtuvaa sanatonta kommunikaatiota, jolla voidaan tiedostaa mahdollinen eristykseen johtavan tilanteen uhka.

Opinnäytetyön tavoitteena on se, että työ palvelee opinnäytetyön tarkastelun kohteena olevaa osastoa, sekä sen henkilökuntaa ja antaa lisäinformaatiota myös yhteiskunnallisella tasolla psykiatrisen hoitotyön vaativuudesta ja kehityshaasteista. Pyrimme opinnäytetyön tuloksilla saamaan hoitotyöntekijät eri osastoilla arvioimaan kriittisesti eristysprosessia ja potilaan toimia, jotka johtavat eristämiseen sekä vähentämään eristyksiä ennakoivilla toimilla. Opinnäytetyön tavoitteena on ennaltaehkäisevän työn kehittäminen uhkatilanteita tunnistamalla. Tavoitteena on myös se, että työstämme on hyötyä käytännön kentällä tilanteiden tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä.

Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena on perehtyä psykiatrasta hoitotyötä ja tahdonvastaista hoitoa käsitteleviin sääntöihin ja lakeihin. Kokemusten pohjalta voidaan saada myös tietoa, mitä ei löytyisi kirjoista. Laajennamme myös omaa tietopohjaamme aiheen tiimoilta, opimme yhteistyötaitoja ja aikataulutusta projekteissa sekä kasvatamme omaa itsekuria.

Eristyksestä ennakkointiin

Psykiatrisen hoitotyön tarkoitus on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistäminen. Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemiseen, parantamiseen ja lievittämiseen. Hoitotyössä hoitajan on tärkeää olla ammattilainen potilaalle, mutta myös ihminen ihmiselle.

Neurotieteellisen tutkimuksen alkuaikoina huomattiin, että eri aivoalueilla on yhteys tiettyihin mielellisiin prosesseihin. Aivotutkimusten edetessä alkoi kerääntyä tietoa, että monet mielelliset toiminnot voitiin paikallistaa tietyille aivoalueille. Huomattiin, että tietyn aivoalueen vamma vaurioitti puheenymmärtämistä. (Takalo 2009, 133-134.) Neurologia ja psykiatria ulottavat tänä päivänä tutkimuksensa toistensa reviireille. Tämän pohjalta on syntynyt käsite neuropsykiatria. Potilaalla tarkoitetaan tutkimukseen tai hoitoon määrättyä henkilöä, tai terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (Oikeusministeriö 2011a).

Neurologian ja psykiatrian alan kansantaudit suomessa ovat esimerkiksi kehitysvammaisuus, skitsofrenia, dementia, aivoverenkierronhäiriöt, parkinsonismi, aivovammat, epilepsia, unihäiriöt, depressiot, itsemurhat ja alkoholismi sekä huumeiden käyttö. Niiden hoitoon on saatu uutta tietoa neuropsykiatrian kehityksen myötä. (Huttunen, Iivanainen, Partinen & Taipale 1993, 9-10.) Väkivaltaisuus liittyy eräisiin aikuisiän mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Eri diagnooseissa aggressiivisuutta kuvataan esimerkiksi alhaisena kynnyksenä sietää turhaumia ja alhaisena kynnyksenä väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Aivotointojen häiriön aiheuttamat persoonallisuuden ja käytöksen häiriöt voivat johtaa vihan tai aggression purkaukseen. (Taipale & Välimäki 2002, 169-172.)

Psykiatrisessa hoitotyössä puhutaan rajoituksista, joilla puututaan potilaan itsemääräämisoikeuteen. Rajoituksia säätelevät lait ja eettiset normit. Niitä ovat muun muassa yhteydenpitoon, liikkumiseen, tahdonvastaiseen lääkitykseen ja omaisuuden haltuunottoon liittyvät toimenpiteet. Kaikki toimenpiteet pyritään ensisijaisesti tekemään potilaan omalla suostumuksella. Eristämisiin ja pakkotoimiin psykiatrisissa sairaaloissa liittyy eettinen, laillinen ja ihmisoikeudellinen sekä hoitoa koskeva ongelma (Groth, Honka, Konttinen & Konttinen 1999). Eristäminen tapahtumana on toimenpiteiden ja vuorovaikutuksen sarja hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä lääkärin välillä. Eristys ei täysin pääty eristyksen lopetuksen jälkeen, vaan se jättää hoitohenkilökuntaan ja potilaisiin jälkensä. Eristys vaikuttaa koko osaston ilmapiiriin. Eristykset heijastavat osaston hoitokulttuuria ja tietoa mitä edellisistä eristyksistä on opittu. (Groth ym. 1999.)

Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan lähemmin laillista puolta potilaan pakkohoidosta sekä vapauden rajoittamisesta ottamalla esiin kaksi eristykseen vaikuttavaa lakia.

1.1 Eristykseen vaikuttavat lait

Suomen perustuslaissa taataan jokaiselle oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen sekä turvallisuuteen, eikä ketään saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta.

Council of Europe, lyhennettynä COE, pyrkii löytämään demokraattisia toimintamalleja, jotka pohjautuvat ihmisoikeuksiin sekä muihin ihmisiä suojeleviin teksteihin. COE on toiminut vuodesta 1949 ja kattaa toiminta-alueenaan melkein koko Euroopan. (Council of Europe 2011.) COE:n mietinnössä 1235 (1994) on annettu suosituksia psykiatrisen- ja tahdonvastaisen hoidon järjestämisestä. Suomessa tahdonvastaisen hoidon lainsäädännöllinen perusta on mielenterveyslaki, jonka mukaan tahdonvastaisen hoidon kriteerinä on psykoosi. Tämän lisäksi henkilön on oltava vaaraksi itselleen tai muille, ja ehdottomasti sairaalahoidon tarpeessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000; Council of Europe 1994.)

1.1.1 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään 2. potilaalle oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Hoito ja kohtelu ovat järjestettävä siten, ettei ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista luku 2 § 3, 2.mom.)

Potilaan itsemääräämisoikeuksista on säädetty (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, luku 2 § 6), että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Oikeusministeriö 2011a; Sosiaali- ja terveysalan lakitieto 2008, 253.)

1.1.2 Mielenterveyslaki

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa nojalla rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Toimenpiteet on tehtävä potilaan ihmisarvoa kunnioittaen sekä samalla on kiinnitettävä erityistä huomiota potilaan sairaalassa olon perusteeseen. (Mielenterveyslaki luku 4 a § 22 a, 2.mom.) Itsemääräämisoikeutta ja muita

perusoikeuksia rajoitettaessa hoitotoimenpiteet on suoritettava käyttäen vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. (Mielenterveyslaki luku 4 a § 22 b, 2.mom.) Hoitava lääkäri päättää tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä, kuten myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi sekä muista välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä. (Mielenterveyslaki luku 4 a § 22 b, 3.mom.) (Sosiaali- ja terveysalan lakitieto 2008, 231, 232; Oikeusministeriö 2011b.)

Potilaan eristämisen rajoituksista säädetään mielenterveyslaissa. Potilas voidaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita. Samoin jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (Mielenterveyslaki luku 4a § 22 e, 1. mom.) Mielenterveyslain kuudennessa momentissa valtuutetaan lääkäri päättämään potilaan eristämisestä ja sitomisesta suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille. (Mielenterveyslaki luku 4a § 22 e, 6. mom.) (Sosiaali- ja terveysalan lakitieto 2008, 232; Oikeusministeriö 2011b.)

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tilaa sekä päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. (Mielenterveyslaki luku 4a § 22 f, 1.mom.) Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on samalla määrättävä vastuuhoitaja, joka huolehtii siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. (Mielenterveyslaki luku 4a § 22 f, 2.mom.) (Sosiaali- ja terveysalan lakitieto 2008, 232; Oikeusministeriö 2011b.)

1.2 Vapauden rajoittaminen tarkkailussa tai tahdonvastaisessa hoidossa

Psykiatrisessa hoitotyössä voidaan rajoittamista käyttää vain henkilöihin, jotka ovat mielenterveyslain mukaisesti asetettu joko tahdostaan riippumattomaan hoitoon tai tarkkailuun. Suomessa tarkkailuun tai tahdon vastaiseen hoitoon asettamisen edellytyksenä on mielisairaus, jolla tarkoitetaan vakavaa todellisuuden tajun häiriintymistä. Psykiatrisissa sairaaloissa tulee olla selkeä laitoskohtainen linja rajoituksien käyttämiselle. Potilaalle on kerrottava suullinen palaute ennen kuin voidaan ryhtyä fyysisiin rajoitustoimiin. Rajoittamisen laatu ja määrä on oltava järkevässä suhteessa tavoiteltaviin päämääriin. Rajoittamista ei saa

käyttää koskaan rangaistuksena. Rajoittamisesta on tehtävä aina tarkat merkinnät sairaskertomuksiin. (Suutala 1999, 10-11.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan huone-eristystä rajoittamisena hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

1.3 Eettinen ja ihmisoikeudellinen näkökulma rajoittamisesta

Ihmisen määrääminen tahdosta riippumattomaan hoitoon on monimutkainen prosessi. Lääkäri joutuu punnitsemaan hyötyjä ja haittoja päätöstä tehdessään. Potilaan omat motiivit eivät ole aina järkeviä ja potilas voi erehtyä oman etunsa suhteen. Psykiatrista potilasta ei saa jättää ilman hoitoa, vaikka hänen oma harkintakykynsä ja todellisuuden tajunsa on hämärtynt. Psykiatrisella potilaalla ei ole oikeutta kieltäytyä hoidosta, jos hänen tilansa pahenee hoitamattomana, toisin kuin muita sairauksia sairastavalla potilaalla. Kuitenkaan tahdonvastainen hoitopäätös ei oikeuta kaikkiin vastentahtoisiin hoitotoimenpiteisiin. (Pimenoff 1999, 267 - 269.)

Vaikka psykiatrisissa sairaaloissa rajaamisen eli pakkotoimien käyttö on tarkoin laeilla säädeltyä, niiden käyttöä on pidettävä selkeänä ihmisoikeuskysymyksenä. Pakkotoimia ja rajoituksia perustellaan psykiatrisessa hoidossa potilaan hoitamisen, suojelemisen ja kontrolloinnin tarpeella. Kontrolloinnilla tarkoitetaan muiden potilaiden suojelemista potilaan käyttäytyessä muita potilaita tai heidän hoitoaan vahingoittavasti. Pakon käytöllä on myös toisenlainen peruste, suojella potilaan henkeä itsemurhayritysten tai itsensä vahingoittamisen uhkilta. Leposide- ja huone-eristyksillä ajatellaan autettavan potilasta hallitsemaan psykiatrisia oireita. (Tuori ym. 2004, 11.) Huolestuttavinta on psykiatrisen hoidon nykyinen suunta, jossa pakon käyttö ja vapauden rajoitus ovat yleisiä. Eri sairaaloiden pakon käytön yleisyys on myös hyvin vaihteleva, mutta tutkimusten pohjalta sairaaloiden välillä on hyvin pysyviä eroja. Selitys eroihin saattaa löytyä hoitokulttuurista ja -traditioista. Pakon käyttöä ja rajoituksia on onnistuttu hyvin tuloksin vähentämään henkilöstön koulutuksen avulla. (Tuori ym. 2004, 11.)

Pakon käytön ja fyysisen rajoittamisen jälkeen tulisi suoda aikaa ja keskustella potilaan sekä henkilökunnan kanssa toimien aiheuttamista tunteista. Potilaalle tulisi aina kertoa perustelut tehdyille toimille. Kun potilas ja hoitohenkilökunta pääsevät asettelmaan, jossa kummatkin tietävät taistelevansa sairautta vastaan, yhdistyy parhaiten psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioitus sekä tehokkaan hoidon kriteerit. (Pimenoff 1999, 267 - 269.)

1.4 Eristyksen syitä

Psykiatristen osastojen lukuisiin eristykseen syinä ovat yleensä huono hoitovaste sekä toistuva poikkeava käyttäytyminen, joihin hoitokeinot eivät tunnu tehoavan. Nämä luovat hyvin huonon ilmapiirin sekä vaikeuttivat jatkohoitosuunnitelmien luomista. (Niskanen, Tuimala & Kallioniemi 1995, 109-201.) Eristyksen alkuun panevina tekijöinä nähdään potilaiden väkivaltaisuus, uhkailu ja sekavuus (Groth ym. 1999). Aggressiot ovat päivittäinen ongelma suljetulla osastolla. Väkivalta ilmenee yllättäen ja usein lyömisenä tai uhkailuna. Hoitohenkilökunta ei aina ymmärrä väkivallan syytä tai syy ei ole näkyvä. Väkivaltatilanteet jakautuvat kahteen laadullisesti ja toiminnallisesti erilaiseen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä aggressioilta puuttuu välittömään sosiaaliseen tilanteeseen liittyvä merkitys ja päämäärä. Nämä potilaat sairastavat lähes aina skitsofreniaa. Toisella ryhmällä väkivalta liittyy välittömään kokemukseen osana yhteisöä, jossa aggressioon liittyi sanallista ja sanatonta toimintaa ja se on aina tarkoituksen mukaista ja päämäärähakuista. Potilaiden yksilöllistä eroavaisuutta on painotettava. (Niskanen ym. 1995, 109-201.)

Sekavuus liitetään usein hoidon alkuun. Potilaan saapuessa osastolle ovat monesti lääkkeet jääneet ottamatta tai sairauden oireet stressaavan tilanteen takia voimistuneet. Sekavuus voi myös esiintyä psykiatrisen osastohoidon aikana, kun potilas onnistuu jättämään lääkkeet ottamatta hoitohenkilökunnan huomaamatta asiaa. Potilaan sekavuus voi myös johtua vammasta tai infektiosta, joten hoitajien täytyy olla valppaana ja seurata potilaan terveyden ailahtelua. Esimerkiksi aivoverenvuoto voi aiheuttaa sekavuutta sekä aggressiivisuutta.

Skitsofreniaa sairastavat potilaat ovat eristystilastoissa suurin ryhmä. Tämä ei ole yllättävä tieto, koska suurin osa sairaaloiden potilaista sairastaa kyseistä tautia. Maanisessa vaiheessa olevien potilaiden koetaan olevan sairaalahoidon aikana väkivaltaisimpia, mutta depressiopotilailla ei koeta olevan väkivaltaisia piirteitä. Toinen ryhmä koostuu potilasta, jotka kärsivät aivo-oireyhtymästä, kehitysvammasta sekä epävakaasta persoonallisuudesta. (Niskanen ym. 1995, 109-201.) Aivo-oireyhtymänä voidaan pitää muun muassa aivovammoja ja dementiaa. Aivoissa tapahtuneet muutokset alentavat yleensä herkästi impulssikynnystä ja potilas kiihtyy herkästi hänen ymmärryksensä yli menevissä tilanteissa.

1.5 Eristämisen ennaltaehkäisy

Eristämiseen liittyvissä tutkimuksissa on viime aikoina painotettu ennaltaehkäisyä ja siirretty huomio kriittisiin tilanteisiin ennen eristystä. Hoitotyön ja -kulttuurin arvioinnilla ja kehittämällä voidaan eristystä vähentää. (Niskanen ym. 1995, 109-201.) Eristyksen vähentämisen edellytyksenä on saada lisää yksityiskohtaista tietoa vuorovaikutuksesta eristystä edeltävissä kriittisissä tilanteissa (Groth ym. 1999).

Toimet, joilla henkilökunta voi yrittää ennaltaehkäistä eristyksiä, ovat esimerkiksi rauhoittava keskustelu, väkivallan estely, kiihtyneisyyden rauhoittaminen, potilaan ohjaus rauhoittumaan sekä jäsenellän toiminnan järjestäminen potilaan kanssa. Oleellisina ehkäisymuotoina nähtiin myös vierihito, erityinen silmällä pito sekä erilaiset lääkituksen muodot; ennakoiva tai lisälääkitys. Näitä ennaltaehkäisykeinoja tullaan erikseen tarkastelemaan opinnäytetyössä myöhemmin. Eri tutkimuksien tuloksista nousi esille keinottomuus. Eristys nähtiin yleensä ainoana käytettävissä olevana keinona, mutta ei ainoana vaihtoehtona. Tutkimuksissa kävi ilmi, että eristyksistä saa paremmin selvyyttä perehtymällä myös läheltä piti -tilanteisiin eikä vain itse eristyksen syihin. (Groth ym. 1999.)

1.5.1 Vuorovaikutus ja ohjaus

Ohjaus ja saavutettu ratkaisu ovat vuorovaikutukseen perustuvia saavutuksia, jotka syntyvät ohjaajan ja ohjattavan välisen osallistuvan neuvottelun tuloksena. Ohjaus syntyy ohjaajan ja ohjattavan kyvystä kielelliseen ja emotionaaliseen vuorovaikutukseen ja neuvotteluun. (Peavy 2006, 22.) Ohjaus on prosessi, jossa ihminen varta vasten auttaa toista ihmistä arkisen elämän ongelmien ratkaisemisessa. Ohjauksessa tuetaan ihmisen pyrkimystä itsensä toteuttamiseen ja autetaan ihmistä kehittymään. Ohjaus ja terapia ovat kohtaamistilanteita, jossa voi tapahtua aitoa kuuntelemista ja jossa yksilön huolenaiheet voidaan ottaa käsittelyyn sekä etsiä niihin yhdessä ratkaisuja. Vaikka ohjauksella ei voida muuttaa yhteiskunnan toimintatapoja, se on olennainen väline yksilöllisessä ja ihmisten välisessä sosiaalisessa elämässä. (Peavy 2006, 34-35.)

Vuorovaikutuksessa ja ohjauksessa kohdataan usein ihmisiä, joiden kanssa työskentely tuntuu tavallista vaikeammalta. Potilaat, ohjattavat, voivat vaikuttaa avuttomilta ja lannistuneilta, mutta toisaalta he voivat olla vaativia, vihamielisiä ja monin tavoin yhteistyöhaluttomia. Yhteistyöhaluttomuus on haaste hoitajille. Hoitajien tuleekin motivoida potilaita osallistumaan ohjaukseen, josta voisi olla heille hyötyä. (Peavy 2006, 85.) Henkilökunnalla on vaikutusta potilaiden käyttäytymiseen. Potilaat käyttäytyvät eri tavoin riippuen työvuorossa olevasta henkilökunnasta. Työntekijöiden ollessa tuttuja ja turvallisia, ovat potilaatkin rauhallisempia. Sijaiset ja henkilökunnan vaihtuvuus voivat lisätä rauhattomuutta osastolla. (Hirviniemi 1995, 60.)

Aggressiivisen potilaan kohtaamisessa on ammatillisuus koetuksella. Hyökkäävyyden syystä on tehtävä alustava arvio ja ohjattava tilannetta arvion perusteella. Hyökkäävyyden taustalla voi olla potilaan luonnehäiriöön liittyvä epäluottamus ja korostunut tarve hallita tilannetta, jonka hän kokee sisäisesti uhkaavaksi. Potilas yrittää säilyttää itsensä aktiivisena ja voimakkaana toimijana. Hyökkäävyyden taustalla voi olla psykoottinen harhaluulo, päihtymys

tai deliriumiin eli päihteiden käytön lopettamisen aiheuttamaan sekavuustilaan liittyvä tilanteen väärin ymmärtäminen. Tilannetta voidaan usein pitkittää keskustelulla. Potilaan konfrontoiminen eli selkeä saattaminen tosiasioiden eteen keskustelussa voi lopettaa uhkailun. Koulutuksen painopisteen tulisikin olla vuorovaikutustaitojen kehittämisessä. (Lauerma 2001.) Potilaan aiheuttaessa paljon aggressioita ja levottomuutta on tärkeää erottaa tapaukset toisistaan, sillä niin henkilökunta kuin potilaskin turtuvat usein toistuviin tilanteisiin ja se voi johtaa tilanteen kroonistumiseen. Lopulta kukaan ei jaksakaan enää yrittää ymmärtää. (Kaltiala-Heino, Työläjäjärvi, Kahila, Niemi & Pilli 2004.)

Aggressiota selittävät asiat voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Nämä kolme ovat sisäiset, ulkoiset ja tilanteeseen liittyvät tekijät. Sisäiset tekijät lähtevät potilaasta ja hänen sairaudestaan sekä taustasta esimerkiksi orgaaninen aivojen toiminnan häiriö, dementia, päihdeaineiden väärinkäytön ongelmat sekä skitsofrenia että mania altistavat väkivaltaiselle käytökselle. Ulkoisiksi tekijöiksi luetellaan osasto ja ympäristö, esimerkiksi päivän aikataulu (kiire), osaston kulttuurit ja henkilöstön koulutustaso. Tilanteesta johtuvat tekijät ovat henkilökunnan koulutus ja kokemus sekä määrä, sijaisten käyttö ja hoitosuhteet. Potilailla ja hoitajilla on havaittu olevan erilainen käsitys ulkoisten tekijöiden tärkeydestä tapahtumien ilmaantumisessa. Hoitajat suosivat tilanteiden syinä sisäisiä tekijöitä, kun potilaat puolestaan näkivät ongelmallisina hoitajien vuorovaikutustaidot ja puutteelliset kyvyt kuunnella potilasta. (ePsychNurse.Net 2008.)

1.5.2 Vierihoido

Tavoitteena vierihoidossa on potilaan vapauden mahdollisimman vähäinen rajoittaminen. Vierihoido psykiatrisessa sairaalassa tarkoittaa nimetyä, mieluiten potilaalle tutun hoitajan, jatkuvaa läsnäoloa potilaan vierellä. (Hannula-Tukiainen, Vataja, Kontio, Helminen, Koivisto, Pulli & Tötterman 2001, 12.) Vierihoido vaatii potilaan asettamista tarkkailuun tai että hän on pakkohoidossa. Vierihoido käsitteenä ei ole vakiintunut kuten eristäminen. Hoitomuotoa ei ole yksilöity mielenterveyslaissa tai laissa potilaan oikeuksista. On selvää, että nämä lait säätelevät myös tämän hoitomuodon käyttöä. Vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas saa kieltäytyä vierihoidosta. (Hannula-Tukiainen ym. 2001, 6.)

Vierihoido on tavoitteellista, määriteltyä ja potilaan kanssa sovittua hoitamista. Potilaan vierellä olo, seuranta, vuorovaikutus ja huolenpito ovat aina olleet ammattitaitoisen hoitajan apuvälineitä, joita hoitaja on osannut käyttää potilaan hoidon tarpeen mukaisesti. Vierihoidossa korostuvat kolme potilaalle tärkeää hoitoon liittyvää arvoa; potilaan ihmisarvon kunnioittaminen, hänen oikeutensa tulla kuulluksi sekä turvallisuuden takaaminen. Vierihoidon edetessä sen intensiivisyyttä vähennetään asteittain, kunnes vierihoidoa ei tarvita. Tärkeää on kuitenkin arvioida mihin vierihoido johtaa ja sopiiko se potilaalle.

Vierihoito saattaa aiheuttaa potilaalle lisää ahdistusta, jolloin on mietittävä jokin tiiviimpi seuranta muoto. (Hannula-Tukiainen ym. 2001, 12.) Vaikeasti oireilevan potilaan asettaminen vierihoidon eristämisen sijasta, voi olla sekä potilaan turvallisuuden että vierihoitajan työturvallisuuden ja oikeusturvan kannalta vaarallista. Vierihoito ei siis voi korvata eristämisen tarvetta. (Hannula-Tukiainen ym. 2001, 16.)

Vierihoidosta on mainintoja jo 1950-luvulta, mutta ohjeistus vierihoidokäytännön selkeyttämisestä ja yhdenmukaisuudesta on laadittu tutkimussairaalalle vasta 2001 (Hannula-Tukiainen ym. 2001, 12). Vierihoito on perusteltua psykiatriassa ja neuropsykiatriassa hoidossa itsemurhavaarassa olevilla potilailla. Muita painavia syitä ovat dementiapotilaiden käytösoireiden aiheuttamat vahingot omaisuudelle tai muille potilaille. Akuutista sekavuustilasta, esimerkiksi deliriumista kärsivät ja levottomat potilaat voidaan joskus hoitaa turvallisemmin vierihoidossa kuin eristyksessä. Vierihoidajan rooli korostuu psykiatriassa ja neuropsykiatriassa potilaiden rauhoittajana ja turvallisuuden tunteen luojana sekä tiedonkerääjänä. (Hannula-Tukiainen ym. 2001, 10.)

1.5.3 Ennakoiva- ja lisälääkitys

Ennakoiva- ja lisälääkitys on kaikista tunnistetuista ennaltaehkäisy muoto. Potilaalle voidaan tarjota lisälääkitystä hänen oirehtiessaan levottomasti. Joskus myös potilas voi tulla pyytämään itselleen lisää - eli tarvittavaa lääkettä. Kuitenkin on muistettava, että osa potilaista pyrkii samaan huomiota pyynnöllään, jolloin hän saattaa itsensä tilanteeseen, että tarvitsee lääkettä. Joskus pelkästään keskustelu aiheesta poistaa lisälääkityksen tarpeen. Potilaan taustalla voi olla lääkkeiden väärinkäyttöä ja hoitajan tulee arvioida tarkasti lääkkeen tarpeellisuus. Tahdonvastaista lääkitystä saa käyttää vain, jos potilas on asetettu tarkkailuun tai on tahdon vastaisessa hoidossa. Lääkityksenä ei saa antaa depot- eli pitkävaikutteista lääkettä, ilman painavaa syytä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 114.)

1.6 Hiljainen tieto hoitotyössä

Vuorovaikutus on aina merkkien vaihtoa, eikä vain verbaalisten merkkien, vaan myös ilmeiden, eleiden ja tapojen kautta välittyvä viesti, jonka vastaanottaja osaa tulkita. Ihmisten välisen kommunikaation kerrotaan perustuvan tutkimusten mukaan suurimmaksi osaksi, eli noin seitsemänkymmentä prosenttisesti, sanattomaan kehon kieleen. Sekä ilmaisutapa että äänensävy välittää tiedosta noin kaksikymmentä prosenttia ja vain noin kymmenen prosenttia tiedosta välittyy sanojen avulla. (Koivunen 2000.) Hiljainen tieto käsitteenä hoitotyössä, englanninkieliseltä nimeltään tacit knowledge, esiintyi Michael Polanyin vuonna 1967 ilmestyneessä teoksessa "The tacit dimension" (Smith 2003).

Filosofi Charles Peircen teos ”Deduction, induction, and hypothesis” julkaistiin *Popular Science Monthly* -lehden numerossa 13, vuonna 1878. Tätä alkuperäistä lähdettä ei valitettavasti ole työhömme saatavilla, mutta Koivusen (2000) ja Geyer (1914) mukaan amerikkalainen filosofi Charles Peirce jakoi hiljaisen tiedon kolmeen kategoriaan. Näistä ensimmäisenä oli aistien välittämät havainnot, joista siirrytään suoraan seuraavalle tasolle, jossa aistien kautta saadut havainnot liitetään jo opittuihin malleihin ja arvomaailmaamme. Näillä sosiaalisilla tavoilla tulkitsemme aistiärsykkeiden tuomia viestejä. Peircen kolmas taso tarkoittaa etenemistä kohti loogista päättelyä ja pyrkimystä luoda universaaleja periaatteita ja tulkintamalleja. Kolmannella tasolla tulkinta ei tapahdu enää vain yhden kulttuurin tai arvon perusteella, vaan siihen tulee mukaan eri kulttuurien merkityksiä ja niiden vertailua. (Koivunen 2000; Geyer 1914, 5-9.) Toisaalta Moilanen ym. (2005, 28) esittävät hiljaisen tiedon jakamista kahteen ulottuvuuteen; tekniseen ja tiedolliseen ulottuvuuteen. Tekninen ulottuvuus käsittäisi ”knowhow”:n eli tietotaidon, joka olisi kertynyt työntekijälle vuosien saatossa ja tiedollinen ulottuvuus käsittäisi kaavoja, malleja, uskomuksia sekä odotuksia siitä, mitkä ovat työntekijän näkemykset siitä ”mitä on” ja ”mitä tulee”.

Hiljainen tieto liitetään muun muassa kokemuksiin ja tietämykseen. Käytännön toiminnassa hiljainen tieto voidaan käsittää osaamiseksi, joka sisältää kokemuksia ja tietoa, jonka tähden sitä ei ole helppoa tunnistaa eikä siirtää osajalta toiselle. (Moilanen ym. 2005, 15.) Nurmisen (2000) mukaan hiljaisella tiedolla on monta puolta. Henkilökohtainen hiljainen tieto siirtyy kollektiivisuuden sekä traditioiden kautta, kun taas yhteisöllinen hiljainen tieto samaistumisen, jäljittelyn ja tekemisen kautta. (Nurminen 2000, 30.) Hiljaisen tiedon tunnistamisen ongelmana on kuitenkin, että sen käsitteleminen ja määrittäminen vaatii työntekijältä pysähtymistä ja oman osaamisen kartoittamista; mitä minä osaan, mitä ja mistä tiedän ja miten asiat teen ja miksi. (Moilanen ym. 2005, 22.)

Pitkään hoitotyötä tehneet työntekijät ovat erityisen tärkeitä puhuttaessa hiljaisesta tiedosta. Heillä on paljon kokemuksen ja työssä oppimisen kautta hankittuja valmiuksia, joita nuoremmille ei vielä ole kerinnyt kertyä. Heillä siksi on kyky tulkita sellaista informaatiota, johon ei ole olemassa tarkoin määriteltyjä käsittelysääntöjä. Tämä ilmenee luovuutena, omatoimisuutena, vastuuntuntona, luotettavuutena sekä kykynä ottaa riskejä. (Moilanen ym. 2005, 29,31.)

Työn rikastaminen on osaamisen kehittämisen keinona hyvä, kun halutaan laajentaa osaamista tai siirtää jo jonkun työntekijän olemassa olevaa osaamista toiselle. Muita hyviä keinoja Moilasen ym. mukaan ovat esimerkiksi työn kierto, tehtävien vaihtaminen, tilapäiset työtehtävät, sijaisuudet ja erilaiset projektitehtävät. Erilaiset vuorovaikutustilanteet, esimerkiksi kehityskeskustelut sekä ongelmatilanteiden puinti työryhmässä ovat tarpeellisia ja tehokkaita käytäntöjä tiedon tunnistamiseksi ja siirtämiseksi. (Moilanen ym. 2005, 23)

Hiljaista tietoa käytetään muun muassa tilanteissa missä vaaditaan nopeata reagointia. Tarvitaan nopea päätös sekä toimintaa, jota ei välttämättä heti voida perustella. Päätös ja toiminta tilanteissa muokkaantuvat aina erilaiseksi, ja on huonosti todennettavissa toistettavain kokein, koska hiljaista tietoa verrataan aiempiin samanlaisiin kokemuksiin ja elämäkokemuksiin sekä tapahtumien taustojen, tilanteen sekä hoitajien tietomäärän mukaan. (Nurminen 2000, 30-32.) Hiljainen tieto on yksi oppimiseen ja kehittymiseen liittyvistä käsitteistä, sillä osaamisen hallinta edellyttää muunkin kuin näkyvään tietoon perustuvaa asioiden hallintaa. Kokeneilla työntekijöillä on kokemuksiensa myötä kertynyt sellaista vaikeasti tunnistettavissa olevaa tietoa ja osaamista, josta nuorempien työntekijöiden pitäisi myös päästä osallisiksi. (Moilanen ym. 2005, 24-25.)

Olsson Neve on esitellyt työkalun, jossa on listattu erilaisia osioita tietoisuuden ja ymmärryksen parantamiseksi siitä, miten nämä näkymättömät, rutiininomaiset osa-alueet saataisiin näkyviksi tilanteissa, joissa hiljainen tieto tulisi saada siirretyksi osajalta oppijalle. Työkalun ensimmäisessä vaiheessa pyritään selittämään keskeinen lähtötilanne, jossa voidaan käyttää esimerkiksi kysymystä ”mikä on tärkein tehtäväsi työelämässä?” Seuraavaksi selvitetään, miksi ja mitä tapahtuu, jos jotain oleellista ei tehdä. Kolmannessa vaiheessa selvitetään vastausta kysymykseen ”Miten?”. Tarkennusten, toiston ja kysymysten avulla pyritään selvittämään vaiheet ja periaatteet toimintaan. Neljäs vaihe on vertaileva muiden käyttäytymiseen ja menettelytapoihin. Selvitetään, onko ja millä tavoin joku toinen henkilö vaikuttanut vastaajaan niin, että hän toimii tietyllä tavalla. Viimeiseksi pyritään löytämään yksilön työhön ja työntekoon liittyviä erityisiä ajatuksia, jotka vaikuttavat hänen päätöksiinsä ja toimintaan työssään. (Moilanen ym. 2005, 45. & Olsson Neve 2003.)

1.7 Yhteenveto

Rajoitukset sisältävät aina laillisen ja eettisen ongelman. Potilas voidaan eristää eristyshuoneeseen vain, jos hänet on mielenterveyslain mukaan asetettu tarkkailuun tai tahdonvastaiseen hoitoon. Lääkäri tekee päätöksen eristämisestä. Eristämisen ennaltaehkäisy voi olla mahdollista, jos ymmärretään eristyksen johtava syy ja pystytään ennakoimaan alkava tilanne. Eri tutkimuksien tuloksista nousi esille keinottomuus. Eristys nähtiin yleensä ainoana käytettävissä olevana keinona, mutta ei ainoana vaihtoehtona. Tutkimuksissa kävi ilmi, että eristyksistä saa paremmin selvyyttä perehtymällä myös läheltä piti -tilanteisiin, eikä vain itse eristyksen syihin. Ennaltaehkäisynä käytetään vuorovaikutusta, seurantaa, vierihoitoa ja lisälääkitystä. Näiden käyttö perustuu usein hoitajan intuitioon eli hiljaiseen tietoon. Hiljaista tietoa käytetään muun muassa tilanteissa missä vaaditaan nopeata reagointia.

Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset muotoutuivat kerätyn taustatiedon pohjalta.

1. Millaiset tilanteet ja asiat johtavat eristykseen?

2. Mitä ennakoivia toimia hoitohenkilökunta voi tehdä potilaan eristämisen välttämiseksi?

Seuraavaksi esitellään tutkimusmenetelmälliset ratkaisut, joilla haetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusmenetelmälliset ratkaisut

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa yleensä se, minkälaista tietoa etsitään ja keneltä tai mistä sitä etsitään (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 179). Saadaksemme selville mitä kohdeyhteisömme työntekijät ajattelevat, tuntevat, kokevat ja uskovat, valitsimme käytettäväksi kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, teemahaastattelun. Käytimme aineistonkeruumenetelmänä myös kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, josta selviää miten tietoa käytetään käytännössä. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistontriangulaatiota eli ilmiöstä kerätään tietoa usealla menetelmällä rinnakkain ja saatu tieto yhdistetään analyysin avulla. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 155-156.)

1.8 Tutkimusmenetelmien valinta

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä on mittaava ja vastaa kysymyksiin ”kuinka paljon”, ”kuinka usein” ja ”kuinka voimakkaasti”. Sitä käytetään usein silloin, kun halutaan mitata määrällisesti eri käyttäytymismuotojen yleisyyttä, mielipide- tai asenne-eroja. Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on aiempien teorioiden huomiointi, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittäminen, johtopäätösten tekeminen aiemmista tutkimuksista sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, esimerkiksi kuvaillaan tulokset prosenttitaulukoiden avulla ja testataan niiden merkitsevyys tilastollisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 136).

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin ”mitä”, ”miksi” tai ”kuinka”, ja näin se antaa tietoa vastaajien omista näkemyksistä ja kokemuksista. Kvalitatiivisella tutkimuksella saadaan tietoa asenteiden ja mielipiteiden taustalla olevista arvoista. Ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia on vaikea arvioida pelkästään kvantitatiivisin tutkimismenetelmin, koska arviointiin on hyvä saada mukaan ihmisten omia näkemyksiä. (Vilkkä 2005, 100-101.)

Fenomenologinen tutkimustapa perustuu ihmisten kokemuksiin. Fenomenologiassa pyritään kuvaamaan kokemusta suoraan sellaisenaan, ei selittää tai analysoida. Fenomenologia on oppia olemisesta ja sen mukaan kaikki ongelmat palautuvat olemusten määrittelyyn eli sitä

kiinnostavat esimerkiksi havaitseminen ja tietoisuuden olemus. Fenomenologia tuottaa tietoa hoitamisesta hoitotyöntekijän näkökulmasta ja hoitamiseen oppimisesta. Ihmisen kokemus olemassa olosta tuottaa tärkeää tietoa hoitamisesta ja sen perusteista. (Lukkarinen 2003, s.116-125.) Lyhyesti sanottuna fenomenologia tarkoittaa oppia ilmiöstä ja rajoittaminen on ilmiö psykiatrisessa hoitotyössä.

1.9 Aineistonkeruu

Tutkimuslupa haettiin vuonna 2010 (Liite 1). Potilasasiakirjoja käsiteltiin ja opinnäytetyötä varten jouduttiin allekirjoittamaan vaitiolositoumus sekä selvitys, miten asiakirjoja käytetään ja käsitellään. Tutkimuslupa myönnettiin vuoden 2011 tammikuussa (Liite 2).

Kvantitatiivisen tutkimuksen perustana olivat eristysraportit vuodelta 2009. Raportteihin oli kirjattu perusasiat, jotka johtivat eristykseen sekä eristyksen kesto ja tavoite. Tarkoituksena oli tarkastella raporteista eristystä edeltävät toimet, joilla on pyritty rauhoittamaan tilanne. Ajatuksena on kuvata tiedetyimmät ennaltaehkäisevät toimet. Tulosten pohjalta saimme aiheita toiseen tutkimuskysymykseen. Papereista saatiin selville eristyksen mahdolliset vaikutukset. Kiinnostavaa oli tietää, auttoiko eristys toivotulla tavalla.

Kvalitatiivisessa osuudessa tietoa kerättiin teemahaastattelulla, joka suoritettiin yksilöhaastatteluna. Haastattelun käyttöön päädyimme löytääksemme ennaltaehkäiseviä keinoja sekä hiljaista tietoa, joka vaikuttaa kohdeyhteisöme työntekijöiden päätöksentekoon eristämisestä ja sen tarpeellisuudesta. Teemahaastattelun kysymykset muotoutuivat opinnäytetyön alussa esitetyn aineiston perusteella (Liite 4). Haastatteluissa jätettiin myös tilaa lisäkysymyksille, jotka muotoutuivat tilanteen mukaan. Haastattelussa olivat mukana molemmat opinnäytetyön tekijöistä ja osaston henkilökunnan jäsen. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää litterointia varten, jotta opinnäytetyön tekijät pystyivät keskittymään itse haastatteluun ja havainnointiin. Teemahaastatteluita teimme 5 kappaletta ja ne olivat kestoltaan noin 19-40 minuuttia. Haastateltavat kutsuttiin haastatteluun henkilökohtaisesti ja kolme viidestä haastateltavasta sai kutsukirjeen. Haastattelut tehtiin helmikuun 2011 aikana. Haastattelutilat olivat osaston läheisyydessä ja haastattelut suoritettiin haastateltavien työajalla.

Teemahaastattelun käyttäminen fenomenologisessa tutkimuksessa on haasteellista. Haastattelussa tutkittavien omien kokemusten esille tulo voi estyä, koska haastattelijan esiyttämisensä pohjalta syntyneet teemat ja haastattelussa käytettävä kieli saattavat ohjata haastateltavien ajattelua ja ilmaisuja. Haastattelijan tulee laittaa teoreettinen viitekehys mielestään pois ja haastatteluaiheet on luotava väljiksi, jotta vältetään niin sanottua ohjailua. Teemahaastattelun kysymykset jaettiin teemoihin (Liite 4). Haastattelutilanne voi

saada keskustelun luonteen, jolloin saadaan tietoa asioista, joita haastateltava pitää tärkeinä ja joista haluaa kertoa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, 156.)

1.10 Kohderyhmä

Fenomenologisen tutkimuksen periaatteena on löytää joukko ihmisiä, joilla on tutkittavasta ilmiöstä omia kokemuksia ja jotka ovat valmiita kertomaan kokemuksistaan tutkijalle. Tutkimuksen tarkoitus ja aineistonkeruutapa vaikuttavat siihen, kuinka paljon tutkittavia henkilöitä tarvitaan. Fenomenologisen tutkimuksen ongelmana on tutkijan esiymmärrys tutkittavasta ilmiöstä, jolloin haastattelussa teemat sekä haastattelijan käyttämä kieli voivat ohjata tutkittavien ajattelua ja ilmaisuja. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997, s. 155-156.) Kohderyhmänä oli eteläsuomalaisen psykiatrisen sairaalan neuropsykiatrian ja psykogeriatrian tutkimuksiin erikoistunut osasto. Kohderyhmänä oli tunnistamaton ryhmä huone-eristykseen johtaneita tilanteita sekä muutamia hoitotyöntekijöitä, joiden anonymiteettiä yritettiin suojella.

1.11 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimukseen tarvittava aineisto syötetään strukturoidulta lomakkeelta SPSS -ohjelmaan analysointia varten. Ohjelman avulla pystymme rakentamaan graafisia esimerkkejä toiminnasta. Työn määrällinen osuus kerättiin osaston eristysraporteista. Kävimme läpi 57 eristysraporttia vuodelta 2009, joihin oli kirjattu eristyskoodit eli lain mukaiset perusteet eristykselle, eristysten kesto, muoto sekä tavoite.

Raporteissa kirjattiin vapaamuotoisesti sekä hoitajan että potilaan eristystä edeltäneitä toimia (Liite 6). Näille muuttujille annoimme arvot 0-8 riippuen muuttujien määrästä syöttäessämme dataa SPSS ohjelmaan. Syötimme datan ohjelmistoon yhdessä, sekä tarkistimme syöttämämme datan ennen analysointivaihetta. Näin pyrimme minimoimaan väärin syötetyn datan mahdollisuutta tässä tutkimusvaiheessa. Eristysraporteista poimittiin eristysten perusteet arvoina 0-7, jotka purettuina ovat seuraavat: 0 Itsensä vahingoittaminen, 1 Muiden vahingoittaminen, 2 Oman turvallisuuden vaarantaminen, 3 Vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa, 4 Vahingoittaa omaisuutta, 5 Vesijuoppous, 6 Muu painava syy sekä 7 Ei selviä raportista. Hyvin harvassa tapauksessa jouduimme turvautumaan arvoon 7, sillä eristysraporteista kuuluisi poikkeuksetta löytyä laillinen peruste eristykselle. Kaikilla määreillä oli samalla tavalla joko ennalta eristysraporttiin määritellyt muuttujat tai sitten määrittelimme omamme, kuten esimerkiksi teimme eristyksen keston kohdalla, joka eristysraporttiin oli kirjattu aloitus- ja lopetusaikoina. Näissä tapauksissa määrittelimme

muuttujat siten, että 0 tarkoitti alle vuorokauden kestänyttä eristystä, 1 alle kahden vuorokauden eristystä, 2 alle kolmen vuorokauden eristystä sekä 3 yli kolmen vuorokauden eristystä.

Tarkempaa analyysia varten olisi ehkä tarvittu vieläkin tarkemmat muuttujat, esimerkiksi siten, että alle vuorokauden eristys itsessään olisi jaettu muutamaan osioon. Näin ollen tuloksia tarkastellessa, tai eri muuttujia vertaillessa voisi olla selvemmin osoitettavissa, onko jollain tietyllä perusteella esimerkiksi vaikutusta siihen, kuinka pitkä eristys itsessään on.

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistona oli teemahaastatteluiden litteroidut tekstit. Litterointi tehtiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen ja toinen opinnäytetyön tekijä tarkasti tekstin mahdollisten kirjoitusvirheiden varalta. Litteroidut tekstit jaettiin ajatuskokonaisuuksien ja asiasanojen avulla esille nouseviin teemoihin. Eri teemoille löytyi analyysin edetessä yhteisiä merkityksiä, jolloin apurakenne häivytti. Löydetyt merkitykset nimettiin (Liite 5) ja kuvattiin tuloksissa. Haastateltavan sanattoman viestinnän tarkkailu ja kirjaaminen jäivät kuitenkin haastatteluja tehtäessä vajaaksi. Sanattomien viestien sekä elekielen kirjaaminen jäi ainakin ensimmäisestä haastattelusta tekemättä. Myöskään opinnäytetyön tekijät eivät alkuun pohtineet kirjaustapaa erikseen, vaan merkinnät tapahtuivat haastattelun aikana lisäämällä merkintöjä kysymyspaperiin aina kysymyksen kohdalle.

1.12 Eettisyys ja luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen osuus on eettisesti ja luotettavasti toteutettavissa. Potilaiden tietoja käsiteltiin niin, etteivät ne päätyneet kolmannen osapuolen tietoon. Käsitelimme papereita, joista potilaiden henkilöllisyys voi selvitä, vain sairaalan tiloissa. Datan syöttämisen jälkeen vielä tarkistuslaskimme syötetyn datan yhdessä ja tarkistimme, että olimme syöttäneet jokaisen eristysraportin SPSS-ohjelmaan. Raportit olivat numeroitu jo osaston omasta toimesta, joten syötimme datan sarakkeittain aina seuraamalla jo lomakkeissa olevia numeroita. Ohjelmaan itseensä ei siis tullut minkäänlaista tietoa siitä, mikä sarake vastaa mitään raporttia, tai kenestä potilaasta missäkin sarakkeessa on kyse. Dataa kerätessämme emme hankkineet tällaisia tietoja, vaan ainoastaan ne muuttujat, jotka voitiin numeroilla ilmaista. Olisimme tarvinneet enemmän tietoutta ja koulutusta SPSS-ohjelman rajoitteista sekä toiminnasta ennen tutkimusosion suorittamista.

Kvalitatiivisessa osuudessa luotettavuutta parannettiin kertomalla ennen haastattelun alkua lyhyesti haastateltavalle opinnäytetyön tarkoitus ja nauhoittamisen tarpeellisuus. Esitiedot haastattelujen tarkoituksesta ja anonymiteetistä ennen haastatteluja osoitettiin myös oppimishaasteeksi, johon mielestämme vastasimme. Kysymykseksi jää, oliko esitietojen

antamisella, ja sen laajuudella vaikutusta myös siihen, millä tavalla haastateltavat suhtautuivat haastatteluun, sekä sen sisältäneisiin kysymyksiin. Haastattelutila pyrittiin valitsemaan hyvin. Tilan täytyi olla rauhallinen eikä ulkopuolisilla pitänyt olla mahdollisuutta keskeyttää tai kuunnella haastattelua. Haastateltavan sijainti haastattelutilanteessa toi oman kehityshaasteensa haastatteluja tehdessä. Haastateltavien vastausten pituuteen haastattelun aikana vaikutti kellon näkeminen, vastaukset lyhenivät loppua kohden. Haastattelut kuitenkin tapahtuivat haastateltavan työaikana, jolloin varmasti tilanne osastolla oli myös haastateltavan mielessä haastattelujen aikanakin. Analyysin jälkeen litteroidut haastattelut poltettiin ja hävitettiin tietokoneelta.

TULOKSET

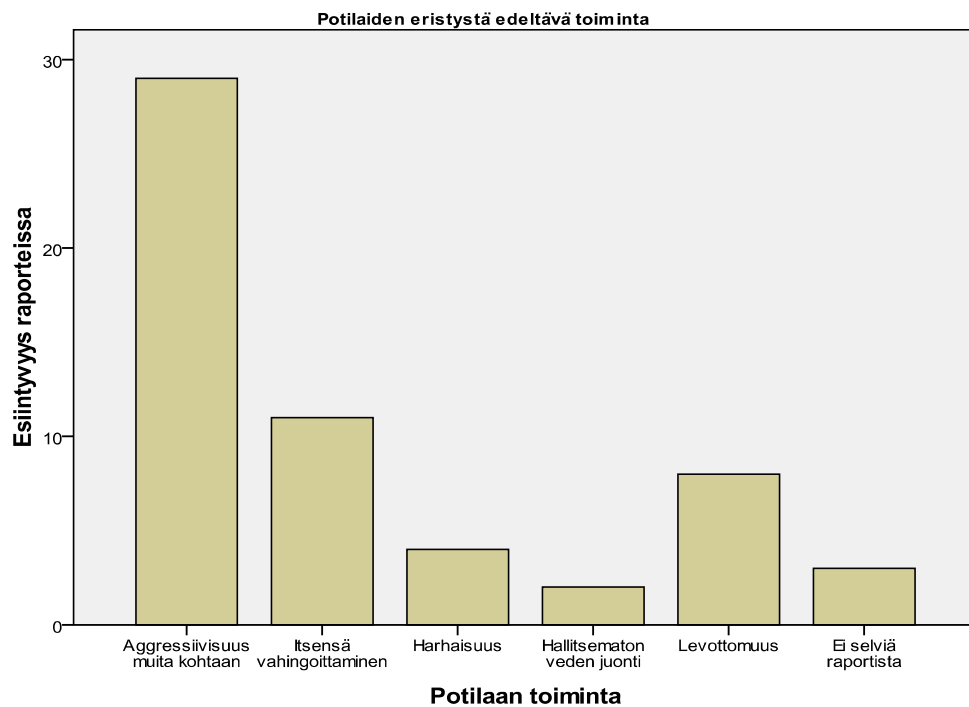
Tuloksissa yhdistyy parhaimmillaan kolme tutkimuksen teon keskeistä asiaa, jotka ovat aiemmista tutkimuksista harkiten rakennettu tutkimustehtävän perusta, uuden tutkimuksen tuotokset ja tutkijan erittelevä ja arvioiva sekä kokonaisnäkemystä hakeva mielenlaatu (Hirsjärvi yms. 2007, 256). Fenomenologisen tutkimuksen perusratkaisut ja yleiset toimitavat ovat tunnistettavissa. Tutkimuksen tulokset suhteutetaan aikaisempiin tutkimuksiin, jotka tutkija ottaa esiin teoreettisessa viitekehyksessä. Fenomenologisille tutkimussovelluksille on yhteistä tavallisesti se, että tutkimuksessa pyritään tavoittamaan ihmisten kokemusmaailma ja heidän asioille antamat merkitykset. (Lukkarinen 2003, s.116-125.) Seuraavaksi opinnäytetyössä esitellään kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen keskeiset tulokset.

1.13 Kvantitatiivinen tutkimus

Eristysten perusteet oli monissa raporteissa merkitty useammilla perustekodeilla, kuin vain yhdellä. Perusteissa, sekä myös hoitajien että potilaiden eristystä edeltäneissä toimissa oli myös vaihteluita, eli useita eri vaihtoehtoja käytetty samaan aikaan. Näiden useamman vaihtoehdon SPSSllä määrittely ja vertailu oli lopulta hyvinkin haasteellista, johtuen siitä, että ohjelmistoa ei oltu suunniteltu useamman ryhmän yhtäaikaiseen perusteelliseen vertailuun.

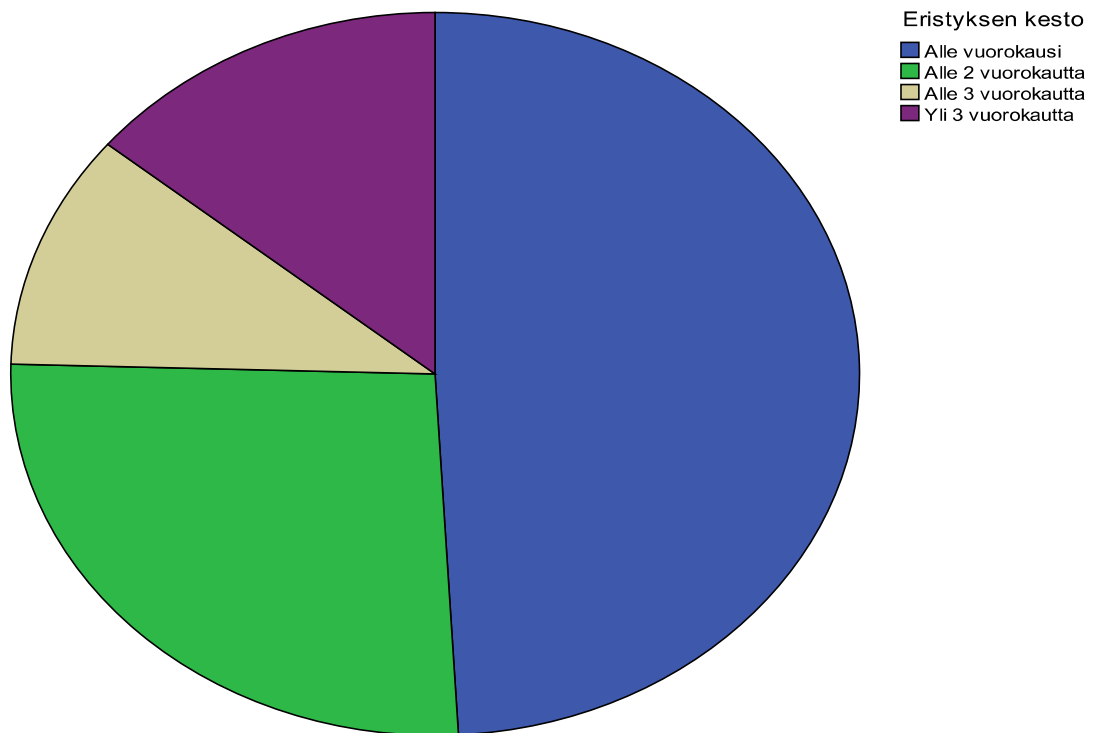
Datan (Kuvio 1) perusteella eristykseen johtavat erityisesti tilanteet, joissa potilas on sanallisesti tai toiminnallisesti aggressiivinen eli potilas on vaaraksi itselleen, muille tai omaisuudelle. Potilaan levottomuus, harhaisuus sekä vesijuoppous johtavat eristykseen, mutta tarkasteltavassa dataotoksessa suurin peruste eristyksille on potilaan aggressiivisuus.

Kuvio 1: Potilaiden eristystä edeltävä toiminta

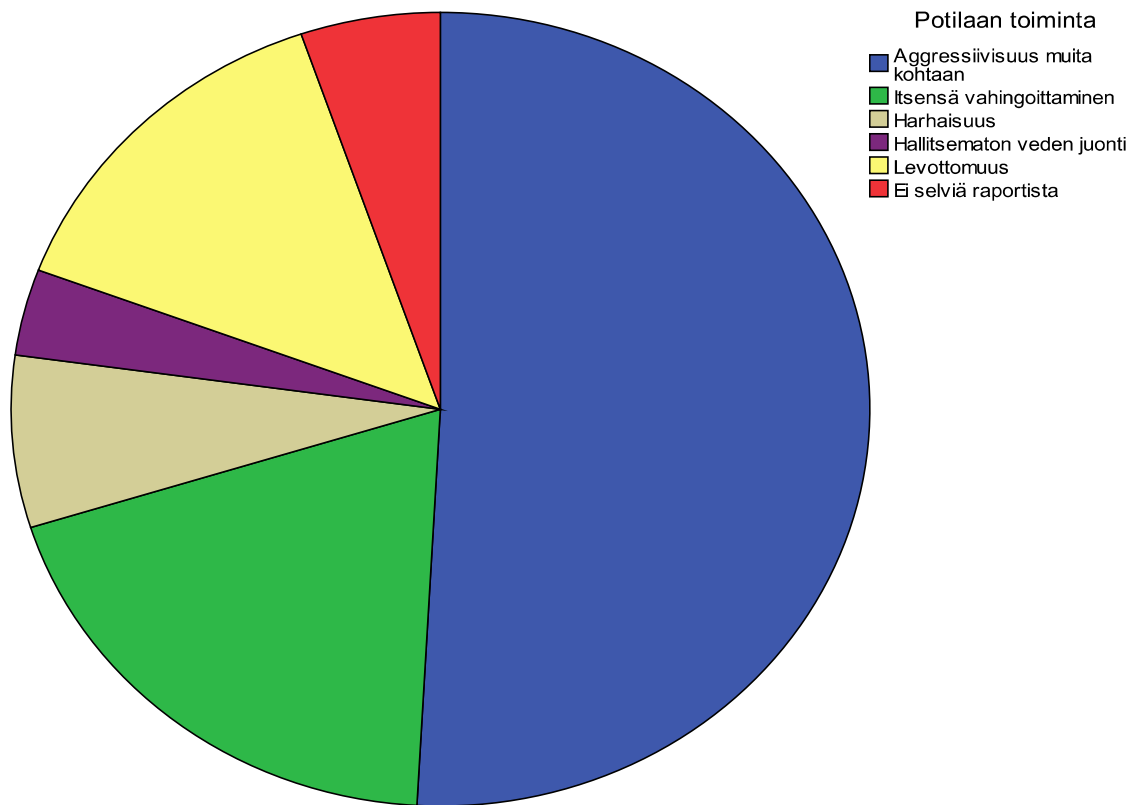


Eristysten perusteita vertaillen eristysten keston, nousee esiin yhteys eri perusteiden vaikutuksesta eristysten keston. Eristysten kestoajat määrittelimme siten, että jaoin eristysten vuorokausien mukaan niin, että lyhin eristys kesti alle vuorokauden, seuraavat alle 2 vuorokautta, alle kolme vuorokautta sekä yli kolme vuorokautta kestäneisiin eristyksiin. Itsensä vahingoittamisen perusteella aloitetuista eristyksistä, joita oli 22 kappaletta eristysraporteissa, suurin osa (14/22) kesti alle vuorokauden. Muiden vahingoittaminen oli myös hyvin yleisesti käytetty eristysten peruste, ja tätä vaihtoehtoa oli myös käytetty eristysraporteissa yhdessä muiden perusteiden kanssa.

Kun potilaan toiminta on pohjautunut aggressiivisuuteen, jonka vuoksi potilas on jouduttu eristämään, tuloksista ilmenee eristyksen keston (Kuvio 2) voivan olla mitä vain alle vuorokauden eristyksistä yli kolmen vuorokauden eristykseen saakka. Itseänsä vahingoittanut potilas tai harhaisuuden perusteella (Kuvio 3) eristetty potilas on yleensä selvinnyt alle kahden vuorokauden eristysajoilla. Potilaan levottomuus, kuten joissain aggressiivisuudenkin tapauksissa, on johtanut yli kolmen vuorokauden eristykseen. Harhaisuuden perusteella eristetyt potilaat tässä tutkimusmateriaalissa ovat tulleet eristetyiksi melkein yhtä useasti alle vuorokaudeksi kuin yli kolmeksi vuorokaudeksi.



Kuvio 2: Eristysten kesto



Kuvio 3: Potilaan toiminta ennen eristystä

Eristysten keston ja potilaan eristystä edeltäneen toiminnan suora vertailu ei eristysraporttien koonnin vuoksi anna täysin suoria vastauksia. Kiinnostavaa eristysten keston kohdalla on se, että lähes puolet eristyksistä on alle vuorokauden pituisia eristyksiä, reilu neljännes alle kahden vuorokauden eristyksiä ja vain neljäsosa yli tuon ajan mittaisia eristyksiä. Potilaan eristystä edeltänyttä toimintaa ei suoraan voi vertailla eristysten kestoajojen kanssa, sillä potilaan eristystä edeltänyt toiminta oli joissain aineiston tapauksissa määritelty useammalla kuin yhdellä muuttujalla. Suurimmaksi osaksi kyseisestä materiaalista nousee, että aggressiivisuus muita kohtaan on yleisin peruste potilaan eristämiseen. Tämä kertoo millaista potilasmateriaalia osastolla on ja siitä ammatillisuudesta, millä näitä tilanteita hoidetaan, koska suurin osa eristyksistä on pystytty pitämään hyvin lyhytaikaisina eristyksinä.

Koska raporteissa monien eri vaihtoehtojen käyttö yhdessä tapauksessa on mahdollista ja muun muassa eristyksiä edeltänyt hoitajien toiminta monimuotoista, suoranaisten prosentuaalisten määrien esittäminen tuloksissa on mahdotonta.

Käytetyimpiä toimintamalleja ovat tarvittavan lääkkeen antaminen, potilaan seuranta, rajoittaminen sekä vuorovaikutus potilaan kanssa. Eristysraporteissa näitä ei eritelty ”rasti ruutuun” metodilla, vaan kukin hoitaja oli vapaamuotoisesti kirjannut edeltäneet

tapahtumat; miten potilas ja hoitaja olivat tilanteessa toimineet (Liite 6). Nämä kirjalliset tuotokset harvoin sanallisesti vastasivat täysin näitä edeltäneitä toiminnan teemoja, mutta kulkivat niiden alla. Vuorovaikutuksesta esimerkiksi ei puhuttu vuorovaikutuksena, vaan keskustelusta, juttelusta, puhumisesta tai muusta sellaisesta, mitä hoitaja oli kirjannut raporttiin. Samoin seurannan osuus varsinaisesti mainittuna ennaltaehkäisyn keinona oli vähäinen, mutta seuranta oli nähtävissä raporteista, vaikka ei sitä itsessään toimintamuotona ollut raporttiin kirjattu.

31 kappaleessa kerätystä 57 raportista tarvittavan lääkkeen antaminen on ollut käytetyin ennaltaehkäisyn keino. Seuraavaksi käytetyimmäksi nousee seuranta (27), toiminnan rajoittaminen (25) sekä vuorovaikutus 21 kappaleessa tapauksista. Hoitajan toiminnassa tarvittavan lääkkeen antaminen nousee esille erityisesti niissä tapauksissa, missä potilas vahingoittaa itseään tai muita, tai on muutoin vaaraksi turvallisuudelle.

Datasta nousee erityisesti se piirre esiin, että vuorovaikutus oli käytetympi ennaltaehkäisyn keino niissä tapauksissa, missä potilas oli vaaraksi muille. Vuorovaikutukseen oli turvauduttu vähemmän tapauksissa, missä potilas oli vaaraksi itselleen. Seuranta ja toiminnan rajoittaminen nousevat tapauksissa yhtä käytetyiksi keinoiksi.

Moninaisuus eristysraporteissa tekee vertailusta haastavaa, mutta samalla osoittaa, että hoitajat kokeilevat paljon erilaisia ennaltaehkäisykeinoja ennen eristystapahtumaa. Huoneeseen ohjaus kuitenkin nousee esiin datasta hyvin vähän käytettynä ennaltaehkäisyn keinona. Onko syynä se, että hoitajat eivät sitä kirjaa eristysraportteihin, vai onko todellisuus se, ettei sitä käytetä siinä laajuudessa ennakoivana toimena, kuin esimerkiksi keskustelua ja tarvittavaa lääkitystä?

1.14 Kvalitatiivinen tutkimus: teemahaastattelu

Teemahaastatteluissa nousivat tärkeinä asioina niin sanotusti kriittisissä tilanteissa vuorovaikutus, ammattitaito ja ennakointikeinot. Vuorovaikutus jakautui sanalliseen ja sanattomaan viestintään potilaiden sekä hoitajien välillä. Ammattitaitoon sisältyivät kokemus osastotyöskentelystä ja riskien hallinta erilaisissa tilanteissa. Kriittisissä tilanteissa turvallisuus lisäsi riskien hallintaa ja antoi enemmän rohkeutta toimia luovemmin. Ennakointikeinot olivat lyhyellä ja pitkällä aikavälillä tapahtuvia tilanteeseen puuttumisen ja rauhoittamisen keinoja. Lyhyen aikavälin ennakointikeinot olivat luovempia, kuin pitkän aikavälin seurannalliset keinot. Aineistosta esille nousi luovina ennakointikeinoina muun muassa potilaan ohjaaminen käymään tupakalla ja oman tilan antaminen. Ennakointikeinot olivat haastatteluissa helpoiten löydettävissä.

Potilaan eristäminen koetaan henkisesti sekä fyysisesti raskaana ja nähdään viimeisen keinona rauhoittaa tilanne sekä turvata muiden turvallisuus. Eristys aiheuttaa hoitajille lisätyötä papereiden ja seurannan kautta ja se koetaan henkisesti kuormittavaksi. Eristyspäätös toisaalta helpottaa tilannetta, koska hoitajien ei tarvitse olla jatkuvasti niin sanotusti varpaillaan potilaan toiminnan suhteen.

Hoitajat näkevät eristyksessä eettisen ristiriidan. Potilaiden eristämässä on eroja. Osa potilaista tahtoo päästä eristyshuoneeseen. He kokevat turvallisuuden tunnetta neljän seinän sisällä ja tietävät, että kukaan ei tule ikkunasta tai ovesta sisään. He saavat rauhoittua yksin. Eristäminen on pakkotoimi ja osa potilaista ei ymmärrä eristyksensä syytä. Hoitajat pyrkivät antamaan potilaille mahdollisuuden siirtyä yhteistyössä eristyshuoneeseen. Hoitajat kokevat väkisin eristämisen raskaana ja turhauttavana. Eristykseen siirrettävä potilas saattaa ison hoitajajoukon edessä siirtyä eristyshuoneeseen omin jaloin ohjattuna eikä häntä jouduta kantamaan. Hoitajat tekevät mahdollisimman paljon asioita potilaan kanssa yhteistyössä eristystilanteessa.

”Koska se ois ihan hyvä hoitajankin välillä tietää, miltä se on tuntunu se eristystilanne potilaasta, koska se on ihan varmasti ihan kaottinen tilanne sille potilaallekin niin kuin hoitajillekin...”

1.14.1 Ennakointikeinot

Opinnäytetyön teoriaosuudessa esitetyt eristystä ennaltaehkäisevät keinot, vuorovaikutus, seuranta, ohjaaminen sekä lääkitys, nousivat esille haastatteluissa. Haastatteluissa tunnistetuimmat ennakointikeino olivat lääkitys, keskustelu ja läsnäolo. Nämä keinot tulivat jokaisella viidellä haastateltavalla ensimmäisissä kysymyksissä esille.

Tilanteen rauhoittaminen ja muiden turvallisuuden varmistaminen nähdään tärkeänä osana osastohoitoa. Tilanteen ymmärtäminen auttaa rauhoittamaan tilannetta. Hoitajat yrittävät etsiä syyn potilaan toiminnalle ja pyrkivät sen kautta auttamaan potilasta. Hoitajan keinoja syyn etsimiselle ovat keskustelu, seuranta ja läsnäolo. Keskustelemalla ja kuuntelemalla potilaan kanssa hoitaja voi saada tietoa potilaan ajatuksista ja hoitaja pystyy ennakoimaan kriittisiä tilanteita.

”Sit on yritetty nii ku ohjata pois siitä tilanteesta. Ja sit menty vaik potilaan omaa huoneeseen juttelemaa tai sit nii ku sanottu toisille potilaille ettei nyt ainakaa menis enemppää ärsyttämää. Ennakoidaa nii ku muita potilaita siitä tilanteesta pois.”

Aina syyn löytyminen ei onnistu. Potilaan toimet, esimerkiksi aggressiivisuus, saattavat tulla yllättäen. Yllättävät tilanteet koetaan hankaliksi hoitohenkilökunnan taholta, koska yllättäviin tilanteisiin ei pystytä varautumaan. Hoitajien kokemuksen mukaan yllättävässä tilanteessa ennakointikeinojen käyttö on mahdotonta ja hoitajat toimivat kokemuksen kautta vähentämällä tilanteen turvattomuutta. Potilaan rauhoittamiseksi käytetään keskustelua ja tarvittaessa kiinnipitoa. Kiinnipidolla on pystytty välttämään potilaan eristäminen. Kiinnipidon aikana hoitajat pystyvät olemaan potilaalle läsnä ja keskustelemaan potilaan kanssa.

”...on oltu sitten niin sanotussa vierihoidossa ja pidetty se potilas niin näillä veth-otteilla kiinnipidossa ja siinä on saatettu vaikka per os antaa lääkettä ja potilas on saattanut sitten vaikka tunnin sisään rauhottuu...”

Luoviksi keinoiksi voidaan nimittää keinoja, jotka syntyvät kokemuksen ja potilaan tuntemisen kautta. Hoitohenkilökunnan täytyi arvioida potilaan kohdalla läsnäolon muotoa eli annetaanko potilaalle tilaa ja aikaa rauhoittua vai pitääkö keskustella heti. Ohjaamalla potilas itselleen mielekkään toiminnan pariin auttoi potilasta rauhoittumaan, jos potilas oli levoton. Haastatteluissa toiminnan muodoiksi nousivat tupakalla käyminen, makeisten saaminen ja ulkoilu. Keskustelemalla potilaan kanssa etukäteen hänen toiveistaan hoidon suhteen voinnin mahdollisesti huonontuessa, saadaan lisää niin sanottuja pelivälineitä potilaan voinnin tukemiseen. Potilaan toiveista esiin nousevilla auttamiskeinoilla voidaan turvata toisten potilaiden sekä hoitajien turvallisuus. Joskus potilaan toiveita ei voida kuunnella ja hoitohenkilökunta joutuu toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla, huolimatta potilaan toiveesta.

Osastotyössä seuranta ja raportointi nähdään tärkeänä tiedonsiirron osana. Raportilla käydään keskustelua ja pohditaan työryhmän kesken potilaan vointiin liittyviä asioita. Raportilla kokeneemmat työntekijät voivat antaa vinkkejä toisille työntekijöille, kuinka kannattaa toimia, jos potilaan vointi muuttuu. Potilaan voinnin seuranta ja eteenpäin raportointi kertoo hoitajille pitkällä aikavälillä potilaan psyykkisestä voinnista. Potilaan huonontunut psyykinen vointi lisää ärsykeherkkyyttä, jolloin potilas reagoi ärsykkeisiin herkemmin. Pitkällä aikavälillä pyrittiin vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi potilaan psyykkisen voinnin huononemisen estämiseksi erilaisilla yhdessä sovituilla auttamiskeinoilla.

Potilaan psyykkistä vointia huonontavina tekijöinä nousevat esille lääkemutokset, somaattisen voinnin muutos ja stressaavat tekijät. Potilaan psyykkiseen vointiin vaikuttavat tulehdukset ja niiden aiheuttama sekavuus. Tulehduksen takia potilaan lääkitystä saatetaan muuttaa, esimerkiksi Leponex-lääkityksen annosta lasketaan potilaan kuumeilun aikana. Lähestyvät jännittävät tilanteet potilaat voivat kokea stressaavina ja levottomuutta aiheuttavina, johon hoitajien tulisi varautua.

1.14.2 Vuorovaikutus

Osasto on yhteisö, jossa vaikuttavat potilaat ja hoitajat. Potilaiden ja hoitajien välillä on sanatonta ja sanallista viestintää eli vuorovaikutusta. Hoitajat tiedostavat, että potilaat lukevat hoitajien olemusta. Potilaat ovat oppineet huomaamaan pieniä muutoksia hoitajissa. Potilaat seuraavat hoitajien käyttäytymistä, samoin kuin toistensa käytöstä. Potilaat ovat hyvin selvillä toistensa voinnista. Joskus potilaat kommentoivat hoitajien tekemiä ratkaisuja. Eristämiselle saattaa tulla tukea tai kritiikkiä potilailta. Potilaiden välillä käydään vuorovaikutusta hoitajien havainnoimatta. Tilanteet potilaiden välillä saattavat kärjistyä hoitajien tietämättä.

Eristys toi selkeyttä osaston tilanteeseen, koska potilas on eristyksessä valvontakameralla seurattavana. Hoitajat kokevat eristyksen aiheuttavan osaston ilmapiirin rauhoittumista ja levollisuutta. Jos eristetty potilas vaikuttaa vahvasti provosoimalla muita huonoon käytökseen ja aiheuttaa pelkoa muissa potilaissa, eristys antaa hoitajille mahdollisuuden keskittyä muiden potilaiden vointiin osastolla. Toisaalta eristämisen aikana koetaan osastolla olevan poikkeustilanne ja hoitajat ovat kiireisempiä.

Potilaat saattavat kokea jonkin tietyn hoitajan ärsyttävänä. Ennaltaehkäisyn kannalta osastolla pyritään välttämään vastuuhoitajana tai omana hoitajana henkilöä, josta potilas provosoituu. Työryhmässä keskustellaan yhdessä toimintatavoista, jos potilaan vointi alkaa muuttua ja sovitaan yhdessä niin sanotulla hiljaisella sopimuksella toimintatavat kriittisessä tilanteessa. Kokeneemmat hoitajat voivat auttaa keskustelussa hoitajia, jotka eivät tunne potilaita. Yhteisten toimintatapojen käyttäminen auttaa rauhoittamaan tilanteen. Kun jokainen hoitaja tietää mitä tekee, ei synny epävarmuutta toiminnassa. Yhteiset toimintatavat auttavat turvaamaan sekä hoitajien että potilaiden turvallisuuden.

Hoitajat käyvät keskinäistä keskustelua. Keskustelussa käydään läpi potilaiden vointia ja siihen liittyviä toimia. Keskustelussa nousee esiin ajatuksia toisten hoitajien toimista ja kokemuksista sekä ajatuksia vaihdetaan. Riittävä ja välitön asioiden läpi käyminen kriittisten tilanteiden jälkeen auttoi hoitajia oppimaan toisiltaan. Hoitajat nostavat työohjauksen ja ylilääkärin kierron tärkeiksi paikoiksi pohtia vaikeita potilastapauksia.

”Onko sit seuraava eristys, ollaanko me sit opittu jotain, vai se vaan kuuluu tähän työhön. Ja se vaan täytyy hyväksyä.”

1.14.3 Ammattitaito

Hoitajat kertoivat tuntevansa useimmat potilaat osastolla ja tämä tunteminen auttaa puuttumaan hyvin pieniinkin varoitusmerkkeihin potilaan voinnissa. Hoitajat pystyvät arvioimaan potilaan voinnin potilaan olemuksesta ja vastauksista kysymyksiin. Hoitajat pystyivät potilaan tuntemisen sekä työkokemuksen avulla määrittelemään tarvittavat ennaltaehkäisyn keinot.

Uuden potilaan kohdalla hoitajat menevät tilanteisiin varoen ja eivätkä koskaan yksin. Hoitajat ovat niin sanotusti tuntosarvet ylhäällä ja kokeilevat erilaisia auttamiskeinoja. Uuden potilaan kohdalla taustatiedot vaikuttavat toimintatapoihin. Potilaan eristyshistoria vaikutti eristämisherkkyteen. Jos potilaalla oli sairaushistoriassa eristyksiä, esimerkiksi aggressiivisuuden takia, eristivät hoitajat ja lääkärit herkemmin potilaan hänen käyttäytyessään aggressiivisesti.

” Emmä usko ollenkaa et sitä vois ottaa nii ku huomioo, että vaikka tulis minkälainen päivystävä lääkäri ja vaikka minkälaisia sijaisia, jotka ei tunne potilasta. Mut ku hää aukasee konee ja kattoo et, jaaha täähän on ollu ennenki. Ni kylhän se vaikuttaa.”

Eristyksen ennaltaehkäisystä ei ole saatu koulutusta. Hoitajat oppivat keinoja ja taitoja käytännön kautta ja toisilta hoitajilta. Nuoret ja kokemattomat hoitajat ovat epävarmempia ja turvautuvat kokeneempiin hoitajiin. Koulutuksista nostetaan esille VETH- otteet eli turvallisen kiinnipidon ja irtautumisen otteet apuna kriittisissä tilanteissa. Koulutuksen avulla jokainen työntekijä tietää mitä tehdä. Tilanteen yllättävyys kuitenkin sekoittaa toimintatavat. Koulutuksen ja hälytysjärjestelmän avulla hoitajat pystyivät paneutumaan tilanteeseen paremmin. Koulutus ja hälytysjärjestelmä luovat turvallisuutta ja hoitajan ei tarvitse erikseen astua taakse ja hälyttää huutamalla apua, vaan hän pystyy keskittymään tilanteeseen. Hoitajat aistivat tilanteita ja saattavat pystyä puuttumaan asioihin ennen kuin tilanne menee hallitsemattomaksi. Hoitajat näkevät potilaasta, että tilanteeseen on reagoitava heti, tai tilanne saattaa kärjistyä.

”Että mun mielestä ne on ensisijaisesti hoitajaa varten, mut kyl ne nii ku potilaankin turvaks. Tavallaan toimitaan kaikki sit samalla lailla. ”

POHDINTA

Teoreettinen viitekehys tuki tutkimuksessa löydettyjä syitä eristyksille. Haastatteluissa ja määrällisessä tutkimuksessa nousi esille eristyksen syynä aggressiivisuus ja potilaan eristämiseen johtaneet tilanteet yksilöllisinä. Eniten eristyksiä aiheuttava potilaan toiminta oli aggressiivisuus, jolle ei aina löydy selkeää syytä. Aggressiot ovat päivittäinen ongelma

suljetulla osastolla. Väkivalta ilmenee yllättäen ja usein lyömisenä tai uhkailuna. Hoitohenkilökunta ei aina ymmärrä väkivallan syytä tai syy ei ole näkyvä. (Groth ym. 1999.) Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että ennakoivia toimia tunnistettiin ja käytettiin osastolla. Määrällisessä tutkimuksessa nähtiin käytännön työssä käytetyimmät ennaltaehkäisykeinot ja haastatteluissa hoitajat pohtivat laajasti erilaisia keinoja. Hiljaista tietoa on osastolla, mutta tuloksista ei selviä hyödynnetäänkö hiljaista tietoa vielä tarpeeksi.

Eristämistä pyritään ennaltaehkäisemään tehokkaasti, mutta ennaltaehkäisyn mallia ei tullut esille haastatteluissa. Kvantitatiivisesta tutkimuksesta voidaan johtaa suora malli osaston toimintatavoista ja haastatteluiden vastaukset tukevat toimintamallia. Toimintamalliksi osastolle muotoutui tarvittavan lääkkeen antaminen, potilaan seuranta, toiminnan rajoittaminen ja vuorovaikutus. Osaston eristykset olivat lyhytkestoisia ja kertovat näin ammatillisuudesta osastolla. Haastatteluissa toimintamallia täydensivät kokemukseen perustuvat toimintatavat, kuten kiinnipito, tupakalle tai huoneeseen ohjaaminen. Käytännössä kokeneemmat hoitajat antavat neuvoja ja ohjeita, jotka siirtyvät nuoremmille hoitajille. Kokemattomat hoitajat turvautuvat kokeneisiin hoitajiin ongelmatilanteissa ja keskustelujen kautta oppivat uusia toimintatapoja. Koulutus itsessään ei tuonut uusia toimintatapoja osastolle, mutta niistä koettiin olevan hyötyä haastatteluiden perusteella.

Hiljainen tieto siirtyy hoitajilta toisille käytännön ja kokemuksen kautta. Avoin keskustelu työryhmän kesken nostettiin haastatteluissa tärkeäksi osaksi työskentelyä. Hiljainen tieto liitetään muun muassa kokemuksiin ja tietämykseen. Käytännön toiminnassa hiljainen tieto voidaan käsittää osaamiseksi, joka sisältää kokemuksia ja tietoa, jonka tähden sitä ei ole helppoa tunnistaa eikä siirtää osajalta toiselle. (Moilanen ym. 2005, 15.) Keskustelua tulisi käydä heti tapahtumien jälkeen, jotta olisi mahdollista oppia lisää potilaiden auttamisesta kriittisissä tilanteissa. Hoitajat kokivat turvallisuuden varmistamisen tärkeäksi. Turvallisuus ja sen kokemus kriittisissä tilanteissa auttoivat paneutumaan tilanteeseen. Hoitajilla on suuri vastuu siirtää tietoa potilaista raportilla ja keskusteluissa muille hoitajille. Hoitajien kokemuksen mukaan pitkänajan seurannassa usein pystyttiin puuttumaan ajoissa ennakoivasti tuleviin ongelmatilanteisiin.

Opinnäytetyön tulokset antavat mietinnän aiheita osaston työryhmän työskentelyyn ja sen parantamiseen. Työn tulokset esitetään osaston hoitajille tutkimuksen jälkeen ja tuloksilla pyritään herättelemään hoitajia ajattelemaan itse eristysprosessia sekä tiedonsiirron tärkeyttä.

1.15 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdattiin erilaisia ongelmia. Kvantitatiivisen aineiston datan käsittelymahdollisuuksien muokkaaminen datan syöttämävaiheessa olisi saattanut tuottaa tarkempia tuloksia, sekä laajempaa tietoutta siitä, vaikuttavatko jotkin asiat esimerkiksi eristyksien kestoihin enemmän, kuin jokin toinen asia. Nyt datan määrittely jäi vajavaiseksi ja tulokset niiltä osin varsin laihoiksi. Mahdollisten tulevien tutkimusten tulisi kiinnittää paremmin huomiota siihen, mitä datasta erityisesti tahdotaan nostaa esille, sekä määrittellä siten myös muuttujat tarkemmiksi.

Kvalitatiivisessa tutkimusosuudessa mietittiin, että vaikuttaako toisen opinnäytetyöntekijän työsuhte kyseiselle osastolle tuloksien todenperäisyyteen. Kuitenkin työntekijän aiempi haastateltavien tunteminen saattoi olla hyödyksi, koska silloin opinnäytetyöntekijä pystyi lukemaan ehkä haastateltavan sanatonta viestintää paremmin kuin toinen, joka tapasi haastateltavan ensimmäistä kertaa. Haastateltavien aiempi tuntemus myös toi tietoutta siitä, millä tavoin haastateltavat ”normaaleissa” tilanteissa toimivat ja elehtivät. Tällöin myös eleiden, sanojen painotusten muutoksien huomioiminen oli helpompaa. Kun haastateltavat tunsivat haastattelijan entuudestaan, voidaan pohtia sitä, että haastateltava saattoi tuntea itsensä tasavertaisemmaksi keskustelukumppaniksi haastattelijoiden kanssa kuin tilanteessa, missä olisi vain tuntemattomat haastattelijat ja haastateltava.

1.16 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheet työmme tiimoilta kehittyivät yhdessä opinnäytetyön edistymisen kanssa. Teemahaastatteluista kumpusi selvinä niitä pienen pieniä vivahteita, jotka vaikuttavat ihmisiin. Tässä tapauksessa keskusteluissa olivat potilaiden toiminnan vaikutteet. Jatkotutkimusaiheena voisikin tulevaisuudessa olla esimerkiksi vuoden- sekä vuorokauden aikojen, tai työvuorojen vaikutus psykiatrisen potilasaineiston aggressioihin eristämiseen johtaneissa tapauksissa. Tätä ilmiötä voitaisiin myös tutkia tarkemmin, että kuinka paljon vaikuttavat geografiset sijainnit, tai mikä on tietyn kulttuurin vaikutus eristämiseen?

Haastatteluista kumpusi myös toinenkin jatkotutkimusaihe, josta voitaisiin tutkia muun muassa hoitajien sisäisten emootioiden, sukupuolen sekä työkokemuksen selvittäminen ja vaikutus hoitoyksikön ilmapiiriin sekä sujuvuuteen. Itsensä tunteminen on ensiarvoisen tärkeää kaikenlaisissa tilanteissa, joissa kohdataan toinen yksilö. Tässä tapauksessa sen tutkiminen rajoittuisi palvelemaan hoitoyksikköä ja kenties saisi työn kohteena olevassa yksikössä aikaan enemmän omien toimintojen, emootioiden ja vaikutteiden pohdintaa, ja josta tutkimuksen tekijät, kuin tutkittavatkin voisivat hyötyä tulevaisuuden kannalta, sekä työyhteisönä paljon.

Kiinnostava tutkimuskohde olisi myös se, miten yhden psykiatrisen sairaalan eri osastot eroavat hoitokulttuurisesti toisistaan? Annetaanko jollain osastolla enemmän anteeksi kuin toisilla, Kerääntyvätkö haasteellisemmat potilaat tietyille osastoille ja kuinka paljon näihin siirtoihin vaikuttaa myös muu potilasaineisto yleisesti koko sairaalassa.

1.17 Oman oppimisen arviointi

Opinnäytetyö on pitkä ja kehittävä prosessi, jossa tekijän täytyy perehtyä käsiteltävään aiheeseen syvällisemmin ja pitää mielenkiinto yllä koko prosessin ajan. Työ on tieteellinen syvä luotaus aiheeseen. Työn kirjoittaminen noudattelee annettuja normeja ja se tuotti omia vaikeuksia aiheen käsittelyssä. Hyppääminen opiskelijasta tai työntekijästä tukijaksi on haasteellista, koska aiheesta saattaa olla jo ensitietoa kokemuksen kautta. Tutkimuksessa voidaan hyödyntää kokemusta, mutta on pysyttävä uskollisena aineistolle.

Opinnäytetyö sisältää ryhmätyötä ja vaatii avointa keskustelua tekijöiden välillä. Opimme olemaan avoimia ja keskustelemaan opinnäytetyön kriittisissä vaiheissa. Opimme puhumaan suoraan tuntemuksistamme ja vastaanottamaan kritiikkiä omasta toiminnastamme. Samalla opimme antamaan rakentavaa palautetta toisillemme. Voisi melkein sanoa, että synnytimme vanhempina yhdessä lapsen ja kasvatimme hänet aikuiseksi.

Opinnäytetyö vaati itseltämme jakamista ja toistemme tukemista. Kun on hyväksynyt oman itsensä toisen kanssa, on toisenkin helppoa olla kuka on, puhua rehellisesti ajatuksiaan ja joskus kiivaasti väitellä, kumpi ratkaisu on parempi. Opinnäytetyön valmistuminen vaati meiltä myös sen, että annoimme anteeksi sekä itsellemme että toisillemme ajoittaiset heikot hetkemme. Koska asioista usein puhuttiin yhdessä, sekä tehtiin tietoisesti valintoja omien henkilökohtaisten vaatimusten edessä, sai aikataulu meidän työmme edessä väistyä vain ohjenuoraksi.

Saimme työtä tehdessämme huomioitua työn eri vaiheissa myös toistemme vahvuudet sekä heikkoudet. Samalla opimme myös etsimään asioista kompromissiratkaisuja, kuten esimerkiksi niissä tilanteissa, kun toisella työn tekijällä lauserakenteet olivat lyhyitä ja ytimekkäitä ja toiselle taas tuntui luontevalta kirjoittaa koskaan päättymättömiä lauseita. Loppujen lopuksi, työstä tuli juuri sellainen mitä sen pitikin olla, ja kaikki ne vaikeat hetket olivat vain hetkellisiä karikoita oman itsemme syvällisempään tuntemiseen.

Lähteet

Council of Europe, 1994. Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights. <<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http%3A%2F%2Fassembly.coe.int%2FDocuments%2FAdoptedText%2Fta94%2FEREC1235.htm>> (Luettu: 14.10.2008)

Council of Europe, 2011, Who we are? <<http://www.coe.int/aboutcoe/index.asp?page=quisommesnous&l=en>> (Luettu: 08.03.2011)

ePsychNurse.Net. 2008. Levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoitoon vaikuttavat ulkoiset ja sisäiset tekijät. Julkaisematon dokumentti.

Geyer, Denton L., 1914. The pragmatic theory of truth as developed by Pierce, James and Dewey. University of Illinois. <<http://ia340914.us.archive.org/2/items/pragmatictheory-00geyerich/pragmatictheory00geyerich.pdf>> (Luettu: 14.10.2008)

Groth, L., Honka, J., Konttinen, I. & Konttinen, R. 1999. Eristämisen problematiikka pitkäaikaissairaiden hoidossa, tutkimus eristyksistä akuutilla osastolla Juurikkaniemen sairaalassa. Suomen Lääkärilehti, 26, 3037 - 3043.

Hannula-Tukiainen, A-L., Vataja, R., Kontio, R., Helminen, R., Koivisto, T., Pulli, M. & Tötterman, R., 2001. Vierihoido Kellokosken sairaalassa. Psykiatrian tulosityksikön laaturaportti 1/helmikuu -01. Kellokosken sairaalan julkaisuja.

Huttunen, M., Iivanainen, M., Partinen, M. & Taipale, I. 1993. Neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirviniemi, R. 1995. Eristäminen psykiatrisessa hoidossa. Tutkielma diakonin tutkintoa varten. Järvenpään diakonia opisto.

Kaltiala-Heino, R., Työläjärvä, M., Kahila, K., Niemi, S. & Pilli, M. 2004. Vaativien kiihtymistilanteiden arviointi ja aggressiohallinnan parantaminen psykiatrisella osastolla. Lääkärilehti, 59, 4017-4021.

Koivunen, H. 2000. Hiljainen tieto. Helsinki: Otava.

Lauerma, H. 2001. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. Lääkärilehti, 56, 1019-1021.

Lukkarinen, H. 2003. Monimetodinen kokemuksen tutkimus: fenomenologisen ja positivistisen tutkimustavan yhdistäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Moilanen, R., Tasala, M., Virtainlahti, S. 2005. Hiljainen tieto näkyväksi. Helsinki: Edita Prima.

Niskanen, L., Tuimala, P. & Kallioniemi, H. 1995. Potilaiden aggressiot suljetulla kuntoutusosastolla. Kupittaa sairaalan seuranta tutkimus pitkäaikaipotilaiden aggressioista suljetulla kuntoutusosastolla. Suomen Lääkärilehti, 3, 109-201.

Nurminen R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Oikeusministeriö. 2011a. Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785 .<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%2A>> (luettu: 3.2.2011) .

Oikeusministeriö. 2011b. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%2A> > (luettu: 3.2.2011)

Olsson Neve, T. 2003. Right questions to capture knowledge. The Journal of knowledge management, Vo. 1, No. 1. <<http://www.ejkm.com/volume-1/volume1-issue1/issue1-art6-neve.pdf>> (Luettu:20.10.2008)

Peavy, V., 2006. Sosiodynaamisen ohjauksen opas. Psykologien kustannus.

Pimenoff, V. 1999. Ihmisoikeusnäkökulmaa ei saa sivuttaa. Suomen Lääkärilehti, 3, 267 - 269.

Smith, M. 2003. Michael Polanyi and tacit knowledge.

<<http://www.infed.org/thinkers/polanyi.htm#tacit>> (Luettu:18.10.2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Potilaan oikeudet.

<<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpot/index.htx>> (Luettu:13.10.2008)

Sosiaali- ja terveysalan lakitieto. 2008. Oy UNIpress Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö.2000. Etene:n lausunto CDBI:n psykiatrian työryhmän muistiosta ”white paper”. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta.

<<http://www.etene.org/dokumentit/Whitep00.pdf>> (Luettu: 14.10.2008)

Suutala, H. 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M (toim.). Rajoitetaanko rajoittamista - Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopisto terveystieteen laitos; Julkaisuja 2.

Takalo, A. 2009. Psykoanalyysi ja Neurotieteet. Teoksessa Juutinen, M. & Takalo, A. (toim.) Freudin jalanjäljillä. Helsinki: TEOS.

Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Sosiologian peruskurssi.

<<http://www.uta.fi/tyt/avoin/verkko-opinnot/sosiologia/luku1.html>> . (Luettu 31.3.2008)

Taipale, J. & Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä -katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede, 4, 20.

Touri, T. & Kiiikkala, I. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti, 37, 11.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otavan.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatria muutoksessa. Porvoo: WSOY.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmenetelmät. Toimittanut Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Porvoo: WSOY.

Kuviot

Kuvio 1: Potilaiden eristystä edeltävä toiminta.....	22
.....	23
Kuvio 2: Eristysten kesto.....	23
Kuvio 3: Potilaan toiminta ennen eristystä.....	24

Liitteet

LIITE 1 Tutkimuslupahakemus.....	37
LIITE 2 Tutkimuslupa.....	41
.....	41
LIITE 3 Saatekirje haastateltaville.....	42
LIITE 4 Teemahaastattelun runko.....	43
LIITE 5 :Teemahaastattelun analysointi.....	44
LIITE 6 Eristyksen aloitussivu (malli).....	45

**HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI**
OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Paananen Merja ja Rannanpiha Leena	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta SH-op	
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm merja.paananen@hus.fi	
	Kotiosoite Yliverstaankuja 1 A 2, 04500 Kellokoski	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Ammattikorkeakoulu	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Yliopettaja Mattila Eija, eija.mattila@laurea.fi, 09-88687732	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyö hyväksytty esitetyssä muodossa Yliopettaja Mattila Eija	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi ORP Soinen Päivi	
	Työpaikan osoite Kellokosken sairaala, Vanha valtatie 198, 04500 Kellokoski	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm paivi.soininen@hus.fi	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Kellokosken sairaala, Psykiatria	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Eristyksen syyt ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa hoitotyössä	
	<p>Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10)</p> <p>Opinnäytetyössä etsitään hiljaista tietoa kriittisistä tilanteista ennen eristystä ja tilanteista, jotka olisivat voineet johtaa eristykseen sekä tutkimme jo käytettäviä ennaltaehkäisytoimia. Teemahaastattelu osaston 21 hoitohenkilökunnasta (3-5 hlöä), joita ei vielä nimetty. Määrällinen osio em. osaston eristysraporteista (Eristyksen syy ja raporteista ilmenevät ennaltaehkäisykeinot)</p>	
	Asiasanat (max 5 kpl) Eristys, ennaltaehkäisy	
	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 ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 1.12.2010
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 type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <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 checked="" type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä Henkilökunta n=3-5, Eristysraportit v.2009
Aineiston keruun menetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input checked="" type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <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 checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvio toimintaan, mihin Pidetään osastotunti tutkimuksen päätyttyä <input type="checkbox"/> Ei väliä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys _____		Päiväys _____
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys _____		HUS:n vastuhenkilö nimenselvitys _____

Alla olevaa päätös kohtaa 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 *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä _____	Tutkimusluvan päättymispäivä _____
Päiväys _____	Päiväys _____
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys _____	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys _____

Tarvitavat liitteet


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

Lisäksi tarvittaessa

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

LIITE 2 Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI Hyvinkään sairaanhoitoalue 2011 Tulosalueen johto	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (1) § 19 31.01.2011
---	---

Hakija	Sh-opiskelijat Merja Paananen ja Leena Rannanpiha
Esittelijä	Psykiatrian tulosyksikön varajohtaja Raija Kontio
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OPINNÄYTETYÖLLE: ERISTYKSEN SYYT JA ENNALTAEHKÄISY PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ
Tutkijat/tutkimusryhmä	Merja Paananen ja Leena Rannanpiha
Perustelut	<p>Kyseessä sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tutkia huone-eristyksiä hoitotyön tekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä selvitetään ne kriittiset tilanteet, jotka johtavat eristämiseen. Toinen työn tarkoitus on etsiä ennakoivia toimia, joilla eristys voidaan estää.</p> <p>Tutkimuksen vastuuhenkilönä toimii osastoryhmän päällikkö Päivi Soininen. Tutkimuslupahakemuksen liitteinä on tutkimussuunnitelma, teemahaastattelurunko, saatekirje ja vaitiolo, ja salassapito- ja käyttäjäsitoumus.</p>
Päätös	Edellä olevan mukaan päätän, että sairaanhoitajaopiskelijoille Merja Paanaselle ja Leena Rannanpihalle myönnetään tutkimuslupa esitetyille opinnäytetyölle.
Ehdot	Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekisterielosteen pysyväsiohjeen 2/2006 mukaisesti. Tutkimuksen yhteydessä käsiteltäviä potilastietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002 HUS, toimitusjohtajan päätös § 168/2002 Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Päätösvallan peruste	Hallintosääntö 20 §
Lisätietojen antaja	Merja Paananen
	 Asko Saari Hyvinkää sairaanhoitoalueen johtaja
Liitteet	
Lähetetty tiedoksi	Merja Paananen, Leenan Rannanpiha, Päivi Soininen, Raija Kontio, Elina Landin, Pirkko Brander

LIITE 3 Saatekirje haastateltaville

Leena Rannanpiha & Merja Paananen
Hietakuja 11 Yliverstaankuja 1 a 2
01860 Perttula 04500 Kellokoski

Kellokosken Sairaala, osasto 21

[Kirjoita vastaanottajan nimi]

23.11.2010

Arvoisa Vastaanottaja

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että työ palvelee työmme tarkastelun kohteena olevaa osastoa, sekä sen henkilökuntaa ja antaa lisäinformaatiota myös yhteiskunnallisella tasolla psykiatrisen hoitotyön vaativuudesta ja kehityshaasteista.

Opinnäytetyössä selvitetään, ne kriittiset tilanteet mitkä johtavat eristämiseen. Huomiota kiinnitämme mm. hoitodiagnooseihin, miten se vaikuttaa eristämisherkkyteen. Toinen tarkoitus työllä on etsiä ennakoivia toimia, joilla voidaan estää eristys. Ennakoivista toimista haetaan haastatteluissa niin sanottua ”hiljaista tietoa” eli potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä tapahtuvaa sanatonta kommunikaatiota, jolla voidaan tiedostaa mahdollinen eristykseen johtavan tilanteen uhka.

Pyrimme opinnäytetyön tuloksilla saamaan hoitotyöntekijät eri osastoilla arvioimaan kriittisesti eristysprosessia ja potilaan toimia, jotka antavat syyn eristää potilas sekä vähentämään eristyksiä ennakoivilla toimilla. Opinnäytetyön tavoitteena on ennaltaehkäisevän työn kehittäminen uhkatilanteita tunnistamalla. Tavoitteena on myös, että työstämme on hyötyä käytännön kentällä tilanteiden tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. Kvalitatiivisessa osuudessa tietoa kerätään teemahaastattelulla, joka suoritetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelussa on mukana toinen tai molemmat opinnäytetyön tekijöistä ja osaston henkilökunnan jäsen. Haastattelut nauhoitetaan myöhempää litterointia varten, jotta opinnäytetyön tekijät voivat keskittyä täysillä oleellisen tiedon esille kaivamiseen. Suunnitelmissa on tehdä 3-5 hoitajalle teemahaastattelu. Teemahaastattelut käsittelevät erilaisia aihealueita kuten huone-eristyksen ennaltaehkäisy, eristämisherkkyys sekä hoitohenkilökunnan koulutus.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Nauhoitetut haastattelut purkaa, käsittelee, sekä huolehtii anonyymiteetin toteutumisesta se henkilö, joka haastattelun suorittaa.

LIITE 4 Teemahaastattelun runko

Ennakointi:

Mitä ennakoivia toimia tiedät?

Oletko käyttänyt niitä?

Oliko toivottua tulosta?

Voitko kertoa jostain tilanteesta mikä meni hyvin tai huonosti? Mitä teit hyvää? Jäikö joku mietityttämään?

Uhkatilanteiden tunnistaminen? Ajatusprosessi potilaan seurannassa? Esimerkkejä? Miten tunnistat tilanteet potilaassa? (Hiljainen tieto)

Hoitohenkilökunta ja potilas

Miten työntekijänä koet eristämisen? Itse suorittajana?

Näkykö hoitoyhteisössä, jos potilas on eristetty? Miten?

Koetko jotkin eristämisen perusteet tai tilanteet hankalammiksi kuin toiset? Miten?

Eristämisherkkyys;

Mitkä asiat johtavat eristämiseen?

Lisääkö jokin eristämisherkkyttä? Mikä?

Vaikuttako potilaan eristyshistoria eristysherkkyteen?

Koulutus;

Minkälaisia koulutuksia eristämisen tiimoilta olet saanut? Oliko siitä hyötyä?

VETH-koulutuksen merkitys ennaltaehkäisyssä?

Millaisia erityiskysymyksiä viimeisen koulutuksen jälkeen on syntynyt?

Onko keskustelua tapauksista riittävästi? Objektivistia pohdintaa?

LIITE 5 :Teemahaastattelun analysointi

asiasanat, lauseet, ajatuskokonaisuus	alaotsikko	yläotsikko
Potilaat seuraa toisiaan Potilaat lukee hoitajia Potilaiden antama tuki hoitajille	Vuorovaikutus potilaiden ja henkilökunnan välillä	Vuorovaikutus
Kollegan käytös Yhteistyön sujuvuus Toimintatavat, hälytysjärjestelmä. Hiljainen sopimus Työnohjaus Kahvipöytä -keskustelu	Työntekijöiden yhteistyö	
Uskaltaa tarttua tilanteeseen. Uskaltaa kokeilla jotain uutta. On puututtava tai jotain tapahtuu	Riskien hallinta	Ammattitaito
Tunnetaan potilas. Ammattitaito Kokemus Tuntosarvet	Kokemus osastolla tapahtuvasta hoitotyöstä	
Karkki Tupakka Ulkoilu Keskustelu, läsnäolo Oma rauha	Luovat eristystä ehkäisevät keinot	Ennakointikeinot
Lääkitys Kiinnipito Tilanteen rauhoittaminen Syyn löytyminen	Tekniset eristystä ehkäisevät keinot	
Seuranta Raportointi Ylilääkärin kierto	Pitkän linjan ehkäisevät keinot	

LIITE 6 Eristyksen aloitussivu (malli)

Kellokosken sairaala
04500 KELLOKOSKI

OSASTO _____

NRO _____

ERISTYSPOTILAAN SEURANTA

POTILAS _____	Tahdosta riippumattomassa hoidossa	<input type="checkbox"/>
HENKILÖTUNNUS _____	Tarkkailussa	<input type="checkbox"/>
TILANNEKUVAUS: HUOM! Kuvaa ennakoitui syyt!		PERUSTEET
_____	7 Itsensä vahingoittaminen	<input type="checkbox"/>
_____	8 Muiden vahingoittaminen	<input type="checkbox"/>
_____	9 Oman turvallisuuden vaara	<input type="checkbox"/>
_____	10 Vaikeuttaa muiden pt:n hoitoa	<input type="checkbox"/>
_____	11 Vahingoittaa omaisuutta	<input type="checkbox"/>
_____	12 Vesijuoppous	<input type="checkbox"/>
_____	13 Muu painava syy	<input type="checkbox"/>
_____	ERISTYSMUOTO:	
	Huone	<input type="checkbox"/>
	Leposide	<input type="checkbox"/>
ERITYISESTI HUOMIOITAVAA:		
PAÄTÖS ERISTÄMISESTÄ:		
Lesikki _____	AD _____	klo _____
Lesikki _____	AD _____	klo _____
Lesikki _____	AD _____	klo _____
Lesikki _____	AD _____	klo _____
ERISTÄJÄT:		

ERISTYS alkoi: pvt _____ klo _____ päättyi: _____ klo _____		
ERISTYSHOIDON TAVOITTEET:		

SAAVUTETTU VAIKUTUS:		

JATKOHOITO JA POTILAAN PALAUTE:		
