

Laura Sillman
Johanna Vanhatalo

Hoidollinen kiinnipito lasten ja nuorten sairaalan osaston A20 työntekijöiden näkökulmasta

vuosi 2009-11

sivumäärä 62

Kiinnipitoa käytetään hoitomuotona lastenpsykiatriassa. Opinnäytetyön tarve on noussut työelämän käytännöstä kiinnipidon ollessa yksi lastenpsykiatrian osa, jota osastolla käytetään. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kiinnipitoa työntekijöiden näkökulmasta ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää Lasten ja nuorten sairaalan lastenpsykiatrisen osaston A20 työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta, kiinnipidon kriteereistä ja sen vaikutuksista. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työntekijöiden koulutuksen ja toiminnan kehittämisen tarpeita kiinnipidosta.

Tutkimusaineisto kerättiin Lasten ja nuorten sairaalan lastenpsykiatrisella osastolla A20. Aineisto hankittiin käyttämällä kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia kysymyksiä ja joihin vastattiin vapaasti. Vastauksia saatiin yksitoista. Vastaaajien kokemusaika lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä vaihteli kuudesta kuukaudesta kahteenkymmeneenviiteen vuoteen asti. Opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysin mukaisesti.

Tutkimustulosten mukaan hoitajat olivat selvillä kiinnipidon aloittamisen kriteereistä ja edellytyksistä koskien aggressiivisesti itseään, muita tai ympäristöään kohtaan käyttäytyvää lasta. Ero tuloksissa tuli esiin lapsen kohdalla, joka ei ollut kontaktissa, eikä sanallisesti ohjattavissa. Osa hoitajista lähti kiinnipitoon sen ollessa viimeinen rajauskeino kun taas osa lähti herkemmin huomattessaan, ettei aikuisen läsnäolo ja puhe auta. Muutamalle vastaajalle hoidollinen kiinnipito oli tilanteen selvittämistä aikuisjohtoisesti ja hallitusti, sekä oikeiden kiinnipito-otteiden käyttämistä. Suurin osa vastaajista näki kuitenkin tämän lisäksi kiinnipidon hoidollisuuden lapsen tarpeista lähtevänä, lapsen pahanolon vastaanottamisena, sanoittamisena ja turvan ja lohdun tuomisena. Kiinnipidon tavoitteet oli jaettavissa lyhyen ja pitkän ajan tavoitteisiin. Lyhyen ajan tavoitteet olivat rajojen asettaminen lapselle, sekä tilanteen ratkaiseminen hallitusti. Pitkän ajan tavoitteina olivat lapsen impulssikontrollin paraneminen sekä vuorovaikutuksen ja luottamuksen lisääntyminen. Kiinnipidon aloitus ja lopetus nousivat tuloksista kehittämiskohteiksi osastolla.

Avainsanat: Lastenpsykiatrisen hoitotyö, lasten kiinnipito, fyysinen rajoittaminen, hoidollinen kiinnipito

Laura Sillman
Johanna Vanhatalo

Therapeutic holding from the viewpoint of the employees of ward A20 at HUS/Children's Hospital

Year 2009 Pages 62

The purpose of this thesis is to examine how the employees of the child psychiatric ward A20 at HUS/Children's Hospital experience therapeutic holding, define the criteria and view the effects of holding. Furthermore, the aim is to bring forth aspects for development in using therapeutic holding as a method, and for training the staff. As therapeutic holding is being used as a part of child psychiatry at the ward, a need to focus on above issues has arisen. This study aims to provide answers to those practice based questions.

The research was conducted at the ward A20 of HUS/Children's Hospital. The material was gathered using an open questionnaire, and 11 nurses participated. The respondents had experience in child psychiatric nursing from six months to 25 years. The research material was analyzed using the content analysis.

According to the results, all of the respondents are aware of the criteria and requirements for holding children who behave aggressively towards them, other people or towards the surroundings. However, answers vary when children who do not communicate or respond to verbal communication are in question. Some of the respondents use holding as a last resort, whereas some of the respondents use holding at an earlier stage when realizing that the adult presence and communication do not have a desired effect. For some respondents physical restraint means a way of solving a situation in a mature, adult-led and controlled manner, as well as using the correct technique.

The majority of the respondents see holding as a child oriented method which helps in responding to the negative feelings of a child and helps in verbalizing them. Holding is also experienced as bringing security to a child, and comfort a child.

The goals for therapeutic holding can be set short or long term. Short term targets are setting boundaries for children and managing situations in a controlled manner. Long term targets are to improve impulse control, increasing overall interaction and trust. The matter of when to start holding, and when to end it were raised as development issues at the ward.

Key words: child psychiatric care, holding of children, physical restraint, therapeutic holding

Sisällys

1	JOHDANTO.....	5
2	LASTENPSYKIATRIA.....	6
2.1	Lastenpsykiatriset häiriöt.....	6
2.1.1	Masennus.....	7
2.1.2	Persoonallisuudenkehityksen häiriöt.....	7
2.1.3	Epäsosiaalinen käytöshäiriö	8
2.1.4	Narsistinen persoonallisuushäiriö.....	8
2.1.5	Rajatilahäiriö	8
2.1.6	Laaja-alaiset häiriöt ja psykoosit.....	9
2.2	Hoitoa ohjaavat lait	9
2.2.1	Lastensuojelulaki.....	9
2.2.2	Mielenterveyslaki.....	10
3	LASTENPSYKIATRINEN OSASTOHOITO	10
3.1	Omahoitajuus	12
3.2	Perhetyö	13
3.3	Hoitoyhteisö.....	14
4	KIINNIPITO HOITOMENETELMÄNÄ.....	14
4.1	Terapeuttisen kiinnipidon ja holding-terapian erot.....	16
4.2	Kiinnipitomenetelmän kuvaus.....	16
4.3	Lasten herättämät tunteet	18
4.4	Aikaisempia tutkimuksia kiinnipidosta	19
4.5	Kiinnipitotekniikoita	23
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	25
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
6.1	Tutkimusympäristö osasto A20 esittely	25
6.2	Tutkimusmenetelmä.....	26
6.3	Aineiston hankinta	26
6.4	Kyselylomakkeen laadinta	27
6.5	Kyselyn toteuttaminen	28
6.6	Aineiston analysointi.....	29
7	TULOKSET	32
7.1	KIINNIPIDON ALOITTAMINEN	33
7.1.1	Aloitetaan kiinnipidon.....	33
7.1.2	En aloita kiinnipitoa	34
7.2	HOIDOLLISESTI HYVÄ JA HUONO KIINNIPITO.....	37
7.2.1	Hoidollisesti myönteiset tekijät	37
7.2.2	Hoidollisesti negatiiviset tekijät	40
7.3	HOIDOLLINEN KIINNIPITO.....	44

7.3.1	Kiinnipidon tavoitteet.....	44
7.3.2	Kokemukset kiinnipidosta	46
8	POHDINTA	48
8.1	Tulosten pohdinta.....	52
8.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuuden tarkastelu	54
	LÄHTEET	58
	LIITE 1.....	60
	LIITE 2.....	61
	LIITE 3.....	62

1 JOHDANTO

Lastenpsykiatriasta sairaalahoitoa saa noin tuhat 0-14-vuotiasta lasta joka vuosi. Jopa neljännes lapsista ja nuorista kärsii mielenterveyden oireista ja noin kahdeksalla prosentilla ongelmat ovat jo vakavia. (Friis, Eirola & Mannonen 2004: 12).

Toistuva aggressiivinen käyttäytyminen on lapsilla yleinen ongelma ja lastenpsykiatriseen osastohoitoon ohjaamisen syy. Lapsi tarvitsee riittävän hyvän ympäristön, jossa hän voi käsitellä raivoaan ja ottaa vastuuta omasta tuhoavuudestaan. Aggressiivisesti käyttäytyvien lasten tunteiden hallinnan oppimista tuetaan kiinnipidolla. Kiinnipito on yleisesti käytetty hoitomenetelmä lastenpsykiatrisilla osastoilla, joissa hoidetaan tunneongelmista kärsiviä lapsia. (Heiskanen 2004.)

Kiinnipidolla tarkoitetaan lapsen fyysistä rajaamista. Sillä tarkoitetaan raivoavan tai aggressiivisen lapsen pysäyttämistä turvallisesti silloin, kun muut keinot ovat tehotomia. Se on hoitomuoto, jolla pyritään luomaan lapselle rajat ja sitä kautta turvaa. Kiinnipito auttaa lasta käsittelemään vaikeita tunteita ja ohjailee lasta parempaan tunteiden hallintaan. Lasta autetaan löytämään tunteilleen sanoja ja ilmaisemaan tunteitaan ilman pelkoa itsensä ja muiden vahingoittamisesta. (Heiskanen 2004.)

Kiinnipitohoitoa voidaan pitää pakkohoitona tai väkivaltaisena rauhoittamismenetelmänä, jos kiinnipidon hoidollista tarkoitusta ei tunneta (Heiskanen 2004). Opinnäytetyömme onkin lähtenyt liikkeelle kiinnostuksestamme kiinnipitoon lastenpsykiatrisena hoitomenetelmänä. Psykiatrisen harjoittelujaksojemme aikana osallistuimme itsekin kiinnipitoihin ja huomasimme hoitajilla olevan erilaisia toimintatapoja ja näkemyksiä lasten rajaamisesta ja kiinnipidosta. Opinnäytetyömme tarkoituksena onkin tutkia kiinnipitoa työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta, kiinnipidon kriteereistä, tavoitteista ja vaikutuksista. Mikä tekee kiinnipidosta hoidollisen ja miten kiinnipidon vaikuttavuutta voidaan arvioida? Milloin kiinnipito tulee aloittaa ja milloin sitä olisi hyvä välttää? Minkälaisia kokemuksia osaston työntekijöillä on itsellään näistä tilanteista ja niihin vaikuttavista tekijöistä? Miten työntekijät itse arvioivat omaa toimintaansa näissä tilanteissa? Ovatko käytännöt yhdenmukaisia vai vaikuttavatko persoonalliset erot? Tarvitaanko osastolla lisää koulutusta kiinnipitotekniikoista ja onko käytäntöjä tarpeen yhdenmukaistaa? Opinnäytetyön tarve on noussut työelämän käytännöstä ja osaston toiveesta selvittää koulutuksen ja kehityksen tarpeita.

Lastenpsykiatriassa käytettyä kiinnipitoa koskevia tutkimuksia on tehty vähän. Tutkimukset ovat lähinnä opinnäytetöitä. Olemme pyrkinneet käyttämään mahdollisimman uusia ja monipuolisia lähteitä tutkimuksessamme.

Teoreettinen viitekehys koostuu lastenpsykiatrisesta hoitotyöstä, lastenpsykiatrisista häiriöistä, hoitoa ohjaavista laeista ja kiinnipidosta hoitomenetelmänä. Olemme myös esitelleet aikaisempia tutkimuksia kiinnipidosta.

Opinnäytetyömme tiedonantajina toimivat lasten- ja nuortensairaalan osasto A20 hoitohenkilökunta. Aineisto kerättiin käyttämällä kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia kysymyksiä ja joihin vastattiin vapaamuotoisesti. Opinnäytetyössämme käytimme laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimustulokset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin mukaan.

2 LASTENPSYKIATRIA

Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat ovat lisääntyneet ja monimutkaistuneet. Yhä useammilla lapsilla ja nuorilla on vaikeuksia tulla toimeen itsensä ja ympäristönsä kanssa. Lapset ja nuoret kärsivät päivittäisistä fyysisistä ja psyykkisistä oireista, sekä itsearvostuksen ja perushoivan puutteista. Mielenterveysongelmat, huostaanotot ja lasten ja nuorten impulsiivinen käytös ovat lisääntyneet. Yhteiskunnan ja sosiaalisen ympäristön muutokset ovat laaja-alaisia ja ne heijastuvat myös lapsuuteen ja vanhemmuuteen. Tämän myötä ongelmien moniulotteisuus vaatii työntekijöiltä yhä laajempaa asiantuntemusta. (Friis, Eirola & Mannonen 2004:11-13.)

Käytettäessä kiinnipitoa aggressiivisen lapsen käyttäytymisen hillitsemiseen, tulee hoitajalla olla aina hoidolliset perusteet ja tavoitteet kiinnipidolle. Kiinnipidon hoidolliset perusteet ja tavoitteet ovat lapsen tarpeista lähteviä. (Heiskanen 2004: 30-31.) Kiinnipitokäytäntöjen kehittäminen vaatii koko hoitoyhteisön osallistumista, joka edellyttää avointa keskustelua ja kiinnipitotilanteisiin liittyvien tunteiden ja ajatusten jakamista. Hoitokäytäntöä ohjaavat eettisyys ja konkreettiset toimintaohjeet, jotka antavat tukea oman työnsä arviointiin ja kehittämiseen. (Heiskanen 2004: 65-66.)

Teoriaosuutta tehdessämme otimme huomioon sen, että opinnäytetyö on suunnattu ammattihenkilöstölle. Tämän vuoksi olemme keskittyneet teoriaosuudessa omasta mielestämme keskeisiin asioihin. Olemme opinnäytetyössämme esitelleet muutamia mielestämme keskeisiä ja tyypillisimpiä lastenpsykiatristen osastojen potilaiden häiriöitä.

2.1 Lastenpsykiatriset häiriöt

Lasten diagnoosien asettaminen ja määrittäminen eivät ole täysin selvää, koska lapsi on vielä kasvava ja kehittyvä ihminen. Diagnoseja pyritäänkin välttämään ja kutsumaan häiriötä ennemmin kehityshäiriöiksi. (Hermiö 2006.)

Lapsen tarkasteluun kuuluvat olennaisena osana vanhemmat, perhe sekä ympäristö. Ihmissuhteilla on keskeinen merkitys häiriön synnylle. Yhdysvaltain psykiatriayhdistys on päättänyt luokitusjärjestelmään (Diagnostic and Statistical Manual IV eli DSM-IV), jonka tarkoituksena on diagnosoida pelkkien oireiden perusteella, ilman taustaoletuksia sairauden syistä. Tämän luokituksen mukaan potilaan tilaa tarkastellaan viidestä eri näkökulmasta: mahdollinen persoonallisuushäiriö, somaattinen terveydentila, ajankohtaiset stressitekijät, kehitysvammaisuus sekä toimintataso arviointihetkellä ja sitä edeltävinä kuukausina. Virallisesti Suomessa on käytössä Maailman terveysjärjestön WHO:n sairausluokitus ICD-10.

Tämä sairausluokitus on otettu käyttöön vuonna 1996. Psykiatrian luokituskäsikirjassa esitetäänkin häiriöiden diagnostiset kriteerit sekä häiriöiden yleiset piirteet. (Kinnunen 2000:173.)

2.1.1 Masennus

ICD-10-tautiluokituksen mukaan masennuksen pääoireet ovat kyvyttömyys tuntea mielihyvää, mielenkiintoa ja nauttia elämästä. Oireita on masentunut mieliala, voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuuden väheneminen. Eri ikäkausina lapsen masennusoireet muotoutuvat eri kehitysvaiheen mukaisesti. (Räsänen 2000:191.) Esimerkiksi vauvan masennus voi näkyä välinpitämättömyytenä ympäristöä ja virikkeitä kohtaan.

Masentunut lapsi on usein sisäänpäin kääntynyt ja omiin oloihinsa vetäytyvä. Masennukseen voi liittyä myös ruokahaluttomuutta, unihäiriöitä, päänsärkyä ja vatsakipua. Lapsi voi olla itsetuhoinen, keskittymätön ja tapaturma-altis. Koulussa lapsi ei useinkaan kykene hyödyntämään koko kapasiteettiaan. (Kinnunen 2000:183.)

Masennus vaikuttaa lapsen kokonaiskehitykseen monin eri tavoin, jolloin normaalit kehitysvaiheet hidastuvat tai voivat pysähtyä kokonaan. Kokemus menetyksestä ja vaillejäämisestä on masennuksen keskeisen oireen taustalla. Mielihyvän kokemus on vaillinaista ja lapsi voi kiinnittää kaiken huomionsa negatiiviseen palautteeseen jättäen positiivisen palautteen kokonaan huomiotta. Lapsi pahoittaa mielensä pienimmistäkin asioista ja kokee olevansa huonompi kuin muut. Lapsen leikkiessä tuhon ja kuoleman teemat toistuvat. Lapsen kaverisuhteissa on vaikeuksia ja mielenkiinnon puutteen vuoksi lapsen kaverisuhteet ovat usein kokonaan katkenneet. (Friis, Eirola & Mannonen 2004:114-116.)

2.1.2 Persoonallisuudenkehityksen häiriöt

Tavallisimpia kouluikäisten lasten psyykkisiä ongelmia ovat impulsiivisuus, aggressiivisuus ja levottomuus. Oireisiin saattaa liittyä koordinaation, motoriikan ja hahmotuksen lieviä vaikeuksia. Oppimisvaikeudet ovat näillä lapsilla tavallisia ja sijoittaminen erityisryhmiin. Tyypillisiä psyykkisiä oireita ovat kieltäminen, lohkominen, maaginen ajattelu, kaikkivoipaisuus- ja suuruuskuvitelmat. Lapsi käyttää näitä puolustusmekanismeina välttääkseen ei-toivottuja tunteitaan. (Kinnunen 2000: 179.)

2.1.3 Epäsosiaalinen käytöshäiriö

Epäsosiaalisesta käytöshäiriöstä kärsivä lapsi on piittaamaton ympäristön säännöistä ja saattaa olla aggressiivinen. Syyllisyydentunne on vähäinen tai puuttuu kokonaan. Oireina on usein varastelua, valehtelua, kiusaamista ja ilkivaltaa. (Kinnunen, 2000: 181.) Lapsi käyttäytyy saman ikäisiä kohtaan aggressiivisesti, uhmakkaasti ja hyökkäävästi kun taas aikuisiin hän suhtautuu riitelevästi ja epäluuloisesti. Lapsi on epärehellinen eikä tottele, eikä myöskään tunnu välittävän toisten tunteista. Mieliala voi vaihdella ärtyneisyydestä suunnattomaan raivoon. (Friis ym. 2004: 139.)

2.1.4 Narsistinen persoonallisuushäiriö

Narsistisessa persoonallisuushäiriössä tyypillistä on lapsien kokemat useat hylkäämiset ja olinpaikan vaihdokset. Lapsi muuttaa käytöstään ja itseään, jotta kelpaisi. Lapsen kokemus on, ettei hän kelpaa sellaisena kun on vaan hänen on lohkottava epäsuotavia ominaisuuksiaan.

Muille näkyvät piirteet ovat itsekkyyks, toisten hyväksikäyttäminen sekä tarve nolata ja nöyryyttää. Kuitenkin lapsi sisällään kokee avuttomuutta, häpeää ja kateutta. Käytöksellään narsistisesti häiriintynyt lapsi pyrkii siirtämään omia tunteitaan ja kokemuksiaan muihin. (Kinnunen 2000: 181.)

2.1.5 Rajatilahäiriö

Rajatilahäiriön taustalla on usein vakavaa laiminlyöntiä lapsen hoidossa. Rajatilahäiriön oirekuvaan kuuluu lapsen raju impulsiivisuus, toistuvat tyhjyyden tunteet, kohteeton ahdistus, itsetuhoisuus sekä epävakaat ja intensiiviset ihmissuhteet. (Kinnunen 2000: 181.) Ihmissuhteissa lapsi ei kykene läheisyyden ja etäisyyden väliseen vaihteluun, vaan tarrautuu parhaaseen ystäväänsä jakaen tämän kanssa kaikki asiansa. Kun tämä epäonnistuu, lapsi etsii uuden ystävän. Lapsi kokee, että on olemassa vain hyviä ja täysin pahoja ihmisiä. Minäkuva lapsella on epävakaata, hän toimii äkkipikaisesti ja usein toisia huomioimatta. Lapsi ei yleensä koe itseään millään lailla sairaaksi, jolloin lasta on vaikea saada motivoitumaan hoitoonsa. (Friis ym. 2004: 141-142.)

2.1.6 Laaja-alaiset häiriöt ja psykoosit

Autismi ja Aspergerin oireyhtymä kuuluvat mm. lapsuuden laaja-alaisiin häiriöihin. Poikkeava kehitys alkaa jo ennen kolmen vuoden ikää. Kyky sosiaalisiin suhteisiin sekä vastavuoroisuuteen on heikko. Autismissa kiinnostuksen kohteet ovat outoja ja kielellinen kehitys on viivästynyt. Myös älyllistä kehitysvammaisuutta voi esiintyä. Aspergerin oireyhtymässä kognitiivinen ja kielellinen kehitys on parempaa. Myös tässä häiriössä mielenkiinnonkohteet voivat olla erikoisia. Oirekuvaan kuuluu usein myös fyysinen kömpelyys. Psykoosit ovat lapsilla harvinaisia. Vaikeisiin rajatilahäiriöihin voi kuitenkin liittyä ajoittaisia psykooseja. Psykoosissa lapsen realiteetintaju on kadonnut ja tähän voi liittyä harhoja. Psykoosit ovat lyhytkestoisia kestäen muutamasta tunnista päivään. (Kinnunen 2000: 177.)

2.2 Hoitoa ohjaavat lait

Lastenpsykiatrasta hoitoa ohjaavat mielenterveyslaki sekä lastensuojelulaki. Mielenterveyslaissa on määritelty eristämiseen ja pakkotoimiin liittyvät kohdat, joita työntekijöiden on työssään noudatettava. Lastensuojelulaissa määritellään lapsen kasvun edellytykset ja toimet joihin on ryhdyttävä, elleivät nämä kriteerit täyty. Nämä lait ohjaavat kaikkia lastenpsykiatrian parissa työskenteleviä ja ovat sen vuoksi esitelty osittain osana opinnäytetyötämme.

2.2.1 Lastensuojelulaki

Lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetun lain 1. §:n mukaisesti kasvatuksen päätavoitteena on turvata lapsen kasvun edellytykset joihin kuuluu hyvä hoito ja kasvatusta, iän ja kehitystason mukainen valvonta ja huolenpito, turvallinen ja virikkeitä antava kasvuympäristö, lapsen taipumuksia ja toivomuksia vastaava koulutus, ymmärtämyksen, turvan ja hellyyden antaminen, ruumiillinen koskemattomuus sekä mahdollisuus itsenäistymiseen.

Jos lapsen hoito ja kasvatusta tai muut kodin olosuhteet uhkaavat vaarantaa lapsen tai nuoren terveyttä tai kehitystä tai jos lapsi tai nuori omalla käyttäytymisellään vaarantaa niitä, lastensuojeluviranomaisten on ryhdyttävä toimenpiteisiin avohuollon tukitoimenpiteenä tai jos lapsi ei voi asua kotona huostaanottona (LSL 12§). Lapsi voidaan myös sijoittaa pois kotoa tilapäisesti avohuollon tukitoimena ilman huostaanottoa, jos asianomaiset siihen suostuvat (LSL 14§).

2.2.2 Mielenterveyslaki

Alaikäisen hoitoon määräämisen välttämättömänä edellytyksenä ei ole mielisairauden asteinen mielenterveyden häiriö. Alaikäinen voidaan määrätä hoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveyden häiriön vuoksi hoidon tarpeessa, ja muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. Kysymyksessä olevia vakavia mielenterveyden häiriöitä voivat olla mm. hyvin vakavat käyttäytymisen häiriöt, hyvin vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavat häiriöt ja hyvin vakavat syömishäiriöt. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kun sairauden hoito, hänen turvallisuutensa, toisen henkilön turvallisuus tai muu erityinen syy välttämättä vaatii. Potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, jos 1) hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita tai 2) hän vaikeuttaa käyttäytymisellään vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa vakavasti omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, tai 3) eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta syystä. Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen ja sitominen on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. (22 f §.)

Sairaalan psykiatrissa hoitoa antavassa yksikössä on oltava kirjalliset, riittävän yksityiskohtaiset ohjeet siitä, miten mielenterveyslaissa tarkoitettuja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia toteutetaan. Rajoitusten seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on hoitoyksikössä pidettävä rajoituksista erillistä luetteloa, johon merkitään potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot sekä rajoituksen määränneen lääkärin ja sen suorittajien nimet.

3 LASTENPSYKIATRINEN OSASTOHOITO

Lastenpsykiatriasta puhuttaessa puhutaan 6-12 vuotiaista lapsista. Tätä nuoremmille lapsille on olemassa omat pikkulasten psykiatrisia erikoistuneet osastonsa. Lastenpsykiatrisia osastoja on useita ja osastot on jaettu niissä annetun hoidon ja hoitajaksojen mukaan. Hoitajaksoja näillä osastoilla ovat kriisi, tutkimus ja varsinainen hoitajakso. Kriisi ja tutkimusjakso ovat lyhyempiä hoitajaksoja ja pohjautuvat nimensä mukaisesti lapsen tilanteen kartoittamiseen tutkimuksilla tai akuutin tilanteen pysäyttämiseen. Varsinaisella hoitajaksolla tarkoitetaan pidempää, jopa vuodesta kahteen kestävä hoitajaksoa. (Kinnunen 2000: 73-74.)

Lastenpsykiatrinen osastohoito on erikoissairaanhoidoa. Osastohoitoa voidaan luonnehtia terapeuttiseksi yhteisöksi. Osastolla voidaan edistää lapsen psyykkistä kehitystä turvallisten

rajojen kautta ja auttamalla lasta parempaan impulssien kontrolliin. Aggressiivisten tunteiden hallinnassa osastoilla voidaan käyttää auttamismenetelmänä kiinnipitoa. (Heiskanen 2004.) Lastenpsykiatrisella osastolla eletään arkea osastolla hoidossa olevien lasten kanssa. Osastohoitoon kuuluu niin yhdessäoleminen, koulunkäynti, ruokailutilanteet kuin tavallisten arkiaskareiden opettelukin. Osastohoidossa keskeistä on vuorovaikutus. Osastohoidon aikana lapsen käytöstä tarkkaillaan ja tehdään tarvittavia tutkimuksia moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimukset auttavat hahmottamaan lapsen tilannetta ja antavat kokonaiskuvaa hoidon tarpeesta. (Kinnunen 2000: 73-74.)

Osastolla olevilla lapsilla on usein monenlaisia vaikeuksia, ja lapsi on yleensä joutunut kohtaamaan monia vastoinkäymisiä elämänsä aikana. Tästä syystä lapselle on voinut kehittyä negatiivisuuden kehä, joka pyritään katkaisemaan hoitotyössä antamalla lapselle emotionaalisesti merkittäviä kokemuksia ja ihmissuhteita. Osastohoidon tavoitteena on saada lapsi tunnistamaan ja löytämään omien vaikeuksiensa taustalla oleville tuntemuksilleen sanat. (Friis ym. 2004: 151-153.)

Osastohoidossa lapsen elämää pyritään rakentamaan samalla tavoin kuin hänen ikätoveriensa. Osastohoidossa mahdollistetaan lapsen iän ja kehitystason mukaisen elämän toteutuminen. Hoitajan on tunnettava lapsen normaalit kehitysvaiheet sekä siihen liittyvät yksilölliset vaihtelut. Lapsi on sairaudestaan huolimatta ennen kaikkea lapsi, jonka elämään kuuluu osasto-hoidon aikana erilaiset leikit ja harrastukset. Toiminnan avulla lapsi kasvaa ja kehittyy. Leikkien, harrastusten ja arkiaskareiden avulla lapsi löytää uusia ystäviä, oppii käsittelemään erilaisia asioita ja saa mahdollisuuden harjoitella erilaisia taitoja. Osastohoitoon kuuluvat olennaisesti selkeästi asetetut liikkumisrajat ja aikarajoitukset. Säännöllinen päivärhythmi antaa hoidolle rakenteen, jonka avulla lapselle tarjotaan turvallinen ympäristö ja jatkuvuuden tunnetta. Arkea eletään selkeän ohjelman mukaisesti, sillä se antaa lapselle turvallisuuden tunnetta. (emt. 2004: 151-153.) Lahtelan tekemässä tutkimuksessa vanhempia oli hoidon alkuun ihmetyttänyt osaston tiukka viikko- ja päiväjärjestys. Vanhemmat olivat kuitenkin sitä mieltä, että lapset hyötyivät siitä ja kokivat rutiinien auttavan lasta ennakoimaan tulevia tilanteita. (Lahtela 2007: 29.)

Keskeisiä hoitotyön periaatteita on yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus ja yhteisöllisyys. Osastohoidon pyrkimyksenä on saavuttaa tilanne, jossa lapsen vointi on parantunut niin, että hän voi palata takaisin omaan kasvuympäristöönsä. Lapsen ja hänen perheensä ymmärtäminen, hyväksyminen ja arvostaminen korostuvat hoitotyössä. (Friis ym. 2004: 151-153.)

Lastenpsykiatrisen hoitotyön erityispiirteenä on turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen. Lasta kasvatetaan omaan vastuuseen antamalla lapselle realistista palautetta tässä

ja nyt -tilanteissa. Hoitotyössä lapselle annetaan kokemus siitä, ettei hän tule tuhotuksi, eikä hän myöskään itse voi tuhota. Myötäeläminen, vuorovaikutuksen aitous, itsenäisyyden kunnioittaminen ja lapsen ymmärtäminen kasvattavat lapsen hyvää vointia edistävää ilmapiiriä. (Ylijoki 2002:60.)

3.1 Omahoitajuus

Osastohoidon käytäntöön kuuluu nimetä lapselle omahoitaja, joka vastaa hoitotyön toteutumisesta. Omahoitaja on tekemisissä lapsen ja hänen perheensä kanssa ottaen lapsen perheen mukaan hoidon suunnitteluun. Omahoitajasuhde on osa kokonaisuhoitoa. Omahoitajuus on hoitotyön keskeinen elementti, jossa omahoitaja ja lapsi rakentavat suhdettaan kahdenkeskisessä vuorovaikutussuhteessa. Hoitosuhteen sisältö muodostuu lapsen kokemusten ja hänen niille antamiensa merkitysten avulla. Omahoitajan ja lapsen hoitosuhde on monitahoista vuorovaikutusta, jonka luominen voi olla hidasta ja vaatia hoitajalta aktiivisuutta ja pitkäjänteisyyttä. Lapsen luottamuksen saaminen edellyttää yhdessäoloa ja erilaisten arkiaskareiden tekemistä yhdessä lapsen kanssa. Omahoitajan ja lapsen kahdenkeskinen aika luo pohjan luottamukselliselle suhteelle. Omahoitajasuhteen positiiviset kokemukset antavat lapselle uuden mahdollisuuden rakentaa luottamuksellisia ihmissuhteita. Osastohoidossa olevien lapsien on tunnettava, että heistä välitetään, joka tarkoittaa yhdessä olemista, huolenpitoa ja tyytyväisyyden ja turvallisuuden tunnetta. Omahoitaja toimii lapsen oppaana koko hoidon ajan selkiyttäen ja jäsentäen lapsen elämää osastolla. Omahoitajuudessa korostuvat kahdenkeskisyys, ajan antaminen lapselle, lapsen tarpeiden kuuleminen ja kasvun tukeminen. Omahoitajuus on lapsen perheen kanssa tehtävää yhteistyötä ja lapsen vanhemmat ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. (Friis ym. 2004: 153-155.)

Terapeuttisessa omahoitajuudessa keskeistä on asettautuminen lapsen asemaan ja osoittaminen lapselle, että hänestä välitetään ja häntä kunnioitetaan. Tärkeää on olla lapselle läsnä ja käytettävissä. Omahoitajuuden toimintaa ohjaa lapsikeskeisyys ja toiminta perustuu taitoon, kokemukseen, tietoon ja intuitioon. Omahoitajan ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen tulisi olla aito ja lapselle tulisi tarjota jatkuvuuden tunne. Omahoitajan tulisi pystyä havaitsemaan lapsen tarpeet sekä vastata niihin ja antaa lapselle aikaa sisäiseen kehittymiseen. Lapsen on annettava harjoitella kykyjään tulematta loukatuksi ja hänen tulisi saada näyttää pahan olon tunteita. Omahoitajan tehtävänä on kannatella ikäviä asioita. Korjaantuva lapsen kasvu ja kehitys on aina aikuisen vastuulla. Lapsen tilanne on nähtävä sellaisena, jossa lapsi tarvitsee apua taitojen ja toiminnan korjaamiseen. Oirekäyttäytymisessä näkyvät juuri kohdat, joissa lapsi tarvitsee apua. Hoidollisuus pyrkii

nimenomaan siihen, että asia, joka on vääristynyt tai jäänyt kehittymättä, saa mahdollisuuden kehittyä tai vääristymä korjaantuu. (Lahtonen & Lepistö 2007: 23-25.)

Omahoitajuus nousi tärkeimmäksi asiaksi lastenpsykiatrissa hoitojaksoa arvioitaessa. Vanhemmat kuvasivat omahoitajan tärkeimmäksi lenkiksi osastolla. Omahoitajan suhde lapseen ja vanhempiin oli merkittävä. Omahoitaja sai arvostusta siitä, että hän tarjosi vanhemmille vastauksia ja osasi käsitellä isoja tunteita ja vanhempien suuttumusta. Lapsen kannalta tärkeänä vanhemmat pitivät omahoitajan tomeruutta ja jäämäkkyyttä sekä kykyä perustella asioita lapselle. Vanhemmat olivat myös tyytyväisiä siitä, että omahoitaja säilyi samana koko hoitojakson aikana ja omahoitaja oli tiedossa jo osaston tutustumiskäynnillä. (Lahtela 2007:28-31.)

3.2 Perhetyö

Perhe on arvokas voimavara, jonka antama tuki lisää potilaan hyvän olon tunnetta ja kohentaa hänen terveydentilaansa. Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa perhe on osa hoidon kokonaisrakennetta ja perheen merkitystä hoitotyössä korostetaan. Osastohoito perustuu vuorovaikutukseen lapsen perheen ja osastoyhteisön välillä. Perheen huomioiminen hoidossa on tärkeää, sillä tutustumalla lapsen perheeseen saadaan hoidon kannalta merkittävää tietoa siitä, millaisista olosuhteista ja ympäristöstä lapsi tulee. Perhekeskeinen hoitotyö sisältää yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa, lapsen hoitoon osallistumisen tukemisen, tiedon välittämisen ja kunnioituksen vanhempia kohtaan. Vanhemmat tarvitsevat ohjausta siihen, mitä heidän odotetaan tekevän lapsensa hyväksi. Perheiden tukemisella edistetään perheen hyvinvointia ja selviytymistä. Lapsen perheen ja omahoitajan välinen terapeuttinen suhde antaa hyvät edellytykset perhehoitotyön toteutumiseksi. Perheen ja hoitoyhteisön välisen vuorovaikutuksen toteutumattomuus aiheuttaa turhia väärinkäsityksiä ja mielipahaa lapsen vanhemmille. (Lahtela 2007: 8-11.)

Lapsen perhe osallistuu lapsen hoitoon yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa asettamalla lapsen hoidolle tavoitteita, jotka toimivat hoitotyön toteuttamisen lähtökohtina ja ohjaavat työntekijöiden toimintaa. Tavoitteiden pohjalta omahoitaja arvioi hoidon etenemistä yhdessä lapsen perheen kanssa. Mitä enemmän perhe on lapsen hoidossa mukana, sitä voimakkaammin lapsen hyvinvoinnin vastuu säilyy perheellä. Vastuu motivoi perhettä tukemaan lasta hoidon aikana ja lisää perheen itsetuntoa. (Friis ym. 2004: 153.)

Vanhempien sitoutuminen lapsen hoitoon on hoidon onnistumisen edellytys. Hoitaja tukee ja kunnioittaa lapsen vanhempia ottamalla vanhempien mielipiteet huomioon sekä tekee lapsen hoidon suunnittelussa yhteistyötä vanhempien kanssa. Lapsen omahoitaja tukee vanhempien

sitoutumista lapsen hoitoon antamalla vanhemmille heille kuuluvan arvon. (Kinnunen 2000: 91-92.) Osastohoidossa keskeisen ja erityisen ominaispiirteen muodostaa lapsen kuulumisen samanaikaisesti kahteen vuorovaikutuksessa keskenään olevaan systeemiin: perheeseen ja osastoyhteisöön (Selander 2002: 10).

Tiedon puute aiheutti vanhemmissa epäilyksiä hoitoa kohtaan. Vanhemmat olivat pohtineet, mitä hoito on, mitä hoitoon sisältyy, miten lasta hoidettiin ja ketkä olivat mukana lapsen hoidossa. Tutkimuksessa osa vanhemmista toi esiin tyytymättömyyden yleiseen tiedonkulkuun. Esimerkiksi äkillisissä tilanteissa, kuten kiinnipidoissa vanhemmat olisivat toivoneet etukäteistietoa siitä, miten heidän odotetaan toimivan näissä tilanteissa. (Lahtela 2007:45.)

3.3 Hoitoyhteisö

Osasto muodostaa hoitoyhteisön, jossa hoitotoimintana yhteisöä pidetään keskeisenä terapeuttisena elementtinä. Hoitoyhteisö ei ole yhtenäinen hoitomenetelmä, vaan yhteisöhoito perustuu inhimilliseen vuorovaikutukseen. Yhteisöhoitossa keskeistä on yhdessäolo ja myötäeläminen. Osasto toimii sosiaalisena yhteisönä, jossa kaikki tuntevat toisensa. Yhteisön ilmapiiri, joko edistää tai ehkäisee lasten mahdollisuuksia olla vuorovaikutuksessa keskenään. Hoitoilmapiiriä luovat hauskanpito, turvallisuus, huolenpito ja selkeät rajat. Ilmapiirin luominen on hoitajien tehtävänä, mutta sen luominen ei onnistu ilman emotionaalista kasvua ja käyttäytymisen muutoksia. Osasto on lapsille pitkäaikainen hoito-paikka, jolloin lapsen hyvinvoinnin edistämistä pyritään vaikuttamaan osaston viihtyvyydellä ja kodikkuudella. Lapsen käyttäytymiselle asetetaan rajat, jolloin lapset oppivat toivottavan ja ei-toivottavan käyttäytymisen välisiä eroja. Lapselle on kuitenkin osoitettava, että he ovat turvassa, vaikka he käyttäytyisivät miten tahansa. Lapselle on osoitettava lämmön ja turvallisten rajojen lisäksi se, että hoitoyhteisö pystyy vastaanottamaan hänen aggressionsa. Hoitoyhteisössä hoitajat toimivat lapsille mallina toimiessaan arkipäivien tilanteissa lasten kanssa. Myös hoitajien keskinäiset vuorovaikutussuhteet toimivat mallina siitä, että mielipide-eroista huolimatta vaikeudet voidaan ratkaista turvallisesti. (Friis ym. 2004: 155-157.)

4 KIINNIPITO HOITOMENETELMÄNÄ

Kiinnipidolla tarkoitetaan lapsen fyysistä rajaamista. Kiinnipitoa käytetään kun muut auttamiskeinot ovat riittämättömiä, eikä sanallinen ohjaus tuota tulosta. Kiinnipito aloitetaan kun lapsi käyttäytyy aggressiivisesti tai tuhoavasti, itseään, ympäristöään tai muita kohtaan. Kiinnipito on vuorovaikutustilanne lapsen ja hoitajan välillä. Kiinnipito on hoitomuoto, ei

rangaistus tai seuraamus. Kiinnipidolle tulee aina olla hoidolliset perusteet sekä tavoitteet (Hermiö 2006:14).

Kiinnipidossa lapselle luodaan rajat ja tuodaan sitä kautta turvaa. Kiinnipidossa lapsi saa kokemuksen, että voi ilmaista aggressiotaan turvallisesti vahingoittamatta itseään tai muita. Kiinnipidossa lasta autetaan löytämään tunteilleen sanoja ja käsittelemään ristiriitaisia tunteita. Kiinnipito auttaa aggressiivisesti käyttäytyvää lasta parempaan tunteiden hallintaan. (Heiskanen 2004.)

Kiinnipidon tulisi tehdä itsensä ajan myötä tarpeettomaksi, kun lapsen impulssikontrolli paranee. M. Welch puhuu kirjassaan kuinka sylissäpito viestittää lapselle, että hänet todella hyväksytään hänen negatiivisine tunteineenkin. ” Tässä tiukassa ruumiillisessa kosketuksessa hän saa huutaa ja itkeä ulos kaiken tuskansa, ahdistuksensa, vihansa ja surunsa ja tuntea itsensä siitä huolimatta rakastetuksi.” (Aurela 1998:10.)

Rajojen asettaminen on erityisen tärkeää minän kehitykselle. Jos vanhemmat eivät aseta rajoja lapselleen, lapsen kehitys vinoutuu. Pettymysten sietäminen ja odottaminen puolestaan edistävät lapsen kasvua ja kehitystä. (Aurela 1998: 25.) Aggressiivisesti käyttäytyvä lapsi kokee, ettei kykene hallitsemaan omia impulssejaan ja toivoo aikuisen apua tuomaan rajat. Kiinnipito on levottomasti käyttäytyville lapsille hoidollista juuri sen tuomien rajojen vuoksi. Rajat ovat välttämättömiä terveille persoonallisuuden kehitykselle. (Heiskanen 2004: 20.)

Päätös kiinnipidon aloittamisesta syntyy usein tilannekohtaisesti, mutta kiinnipitoa voidaan käyttää myös suunnitellusti. Kiinnipito on vuorovaikutustilanne, jossa viestitään arvoja, asenteita ja tunteita. Prekop käyttää kirjassaan nimitystä sylissäpito, jolla hän kuvaa perusturvallisuuden ja luottamuksen syntyä äidin ja lapsen välillä. Prekopin mukaan yhteys ja ymmärrys syntyvät ihokontaktin avulla kiinnipidon aikana. Ihokontaktin välityksellä on mahdollista osoittaa mm. hyväksyntää ja välittämistä pienelle lapselle, jolla ei ole vielä käytössä kieltä. Äiti voi käyttää sylissäpitoa rajojen asettamiseen ja säädellä otettaan, pitäen lasta välillä hellempinä ja välillä tiukemmin. (Heiskanen 2004: 25) Termiä sylissäpito käytetään kuvaamaan vanhempien suorittamaa kiinnipitohoitoa, sekä pikkulasten eli alle kouluikäisten lasten kiinnipitoa (Welch 1995).

Holding-käsitteellä voidaan myös tarkoittaa kiinnipitämistä eri tasoilla, kuten fyysisesti ja henkisesti. Donald Winnicottin käyttämällä käsitteellä kiinnipitävä ympäristö, holding, tarkoitetaan nuoren kiinnipitämistä eri tasoilla, kuten fyysisesti ja henkisesti. Sillä tarkoitetaan kokonaisvaltaista, läheisyyttä korostavaa hoitoa ja hoivaa, jossa henkilökunta on emotionaalisesti sitoutunut hoitamaan nuorta. (Hoikkala 2002: 13.)

4.1 Terapeuttisen kiinnipidon ja holding-terapian erot

Kiinnipitomenetelmän on alun perin kehittänyt lastenpsykiatri Martha Welch lasten kehityksellisten häiriöiden hoitoon. Myöhemmin sitä ovat kehittäneet mm. Niko Tinbergen ja Irina Prekop autististen lasten hoitoon. (Aurela 1998:10.)

Martha G. Welchin kirjassa *syliaika* (1995) kuvaa kiinnipitoa holding-terapiana. Tämä on eriasia kun tässä tutkimamme osastoilla tapahtuva fyysinen rajoittaminen eli kiinnipito. Holding-terapialla pyritään vuorovaikutukseen kontaktista vetäytyneen esimerkiksi autistisen lapsen kanssa. Holding-terapiaa hän kuvaa kirjassaan myös vanhemman ja lapsen välillä tapahtuvaksi kiinnipidoksi. Holding-terapian edustaja Cline (1979,1992) on soveltanut aggressionhillintäterapiaa lapsiin, joita hän kutsuu kiinnittymättömiksi. Tämä aggressionhallintamenetelmä on holding-terapian yksi muoto. Cline'n käsityksen mukaan terapia perustuu siihen, että on olemassa yhteys terveen raivon ilmaisemisen, vihan läpityöstämisen, kontrollista luopumisen, luottamuksen kehittymisen, eron ja menetyksen läpikäymisen ja kiintymyssuhteiden rakentamisen välillä. (Aurela 1995:14-15.) Irina Prekopin kolmen L-kirjaimen muistisäännön mukaan holding-terapian hyvään toteutukseen sisältyy: lujuus, lempeys ja lohdutus. (Aurela 1995:35). Kiinnipito onkin varsin häilyvä termi ja sitä voidaan käyttää kuvaamaan esimerkiksi sylissäpitoa äidin ja lapsen välillä.

Aurela kuvaa kiinnipitomenetelmän ja holding-terapian eroa seuraavasti: Erottavana tekijänä holding-terapialla ja kiinnipidolla on se, että fyysinen kiinnipito on reaktiivinen proaktiivinen menetelmä. Kiinnipitoa käytetään vaarallisen aggression hillitsemiseen, ei terapiana tiettyyn diagnosoituun sairauteen. Fyysisessä kiinnipidossa ei hänen mukaansa myöskään provosoida lapsen raivoa aktiivisesti, kuten holdingterapiassa. Kiinnipidossa käsitellään äskettäin tapahtuneita asioita tai myös lapsuuden traumaattisia kokemuksia. (Aurela 1995:16-17.)

4.2 Kiinnipitomenetelmän kuvaus

Kiinnipidossa on mukana aina vähintään kaksi hoitajaa. Kiinnipitopäätöksen tehnyt hoitaja on kriisijohtaja, joka on vastuussa kiinnipidon kulusta ja tiedottamisesta muille hoitajille. Kriisijohtaja huolehtii tilanteen ja lapsen tunteiden sanoittamisesta kiinnipidon aikana. Kiinnipito toteutetaan laittamalla lapsi vatsalleen esimerkiksi, sängylle, patjalle tai matolle. Lapselle kerrotaan, että kiinnipito kestää niin kauan, että lapsi on rauhoittunut ja on kykenevä keskustelemaan kiinnipitoon johtaneesta tilanteesta ja sen syistä. Lasta myös kielletään satuttamasta hoitajia. (Hermiö 2006: 15-16.)

Kiinnipidon alussa on vastustamisvaihe, jonka aikana lapsi vastustaa kiinnipitoa kaikilla voimillaan niin fyysisesti kuin sanallisestikin. Lapsi saattaa kiroilla, itkeä, huutaa, haukkua ja uhkailla hoitajia. Lapsi yrittää ponnistella irti hoitajien otteesta ja voi yrittää sylkeä, oksentaa, purra, potkia ja voi jopa pissata alleen. Tällöin on vielä odotettava lapsen rauhoittumista, ennen kuin tilanteesta voidaan keskustella. Rauhoittuminen voi kestää pitkäänkin tai olla vain väliaikaista. Tällöin kiinnipitävät hoitajat voivat vaihtua kesken kiinnipidon. Kaikesta kiinnipidon aikana tapahtuvasta kerrotaan lapselle. Tarkoituksena kuitenkin on, että kriisijohtaja pysyy, jos vain mahdollista, alusta loppuun kiinnipidossa mukana. Kiinnipito-otteiden tulee olla pitäviä ja hoitajia riittävä määrä.

Tilanteen edetessä lapsi usein rauhoittuu. Tilanteen aloittanut hoitaja, eli kriisihoitaja, päättää, koska otetta lapsesta voidaan alkaa irrottamaan. Irti päästäminen tapahtuu aina vaiheittain ja aikuisjohtoisesti. Lopulta hoitajat voivat vielä pitää käsiään lapsen päällä, vaikka lapsesta ei enää tarvitse pitää kiinni voimaa käyttäen. Irtipäästäminen todetaan myös ääneen lapselle. Joskus jo kiinnipidon aikana on käyty läpi kiinnipitoon johtaneita tilanteita ja tunteita. On kuitenkin tärkeää käydä tilanne läpi kiinnipidon jälkeen. Lapsen rauhoituttua lapsi voi alkaa itkemään. Lohdutus ja keskustelu kuuluvat myös kiinnipidon purkamiseen. Lohdutus voi olla sekä sanallista että fyysistä, kuten lapsen silittämistä. (Hermiö 2006:15-16 .)

Yli seitsemän vuotiaan lapsen kiinnipidossa tulisi aina olla ainakin kaksi kiinnipitäjää, turvallisuuden takaamiseksi niin lapselle kuin hoitajalle. Tällöin hoitajan kaikki aika ei mene fyysiseen ponnisteluun vaan aikaa jää sanalliselle asioiden selvittämiseen ja läpikäymiseen. (Aurela 1995: 26.)

Hoitajan tehtävä on tarkkailla lapsen reaktioita ja käytöstä kiinnipidon aikana. Kiinnipidon jälkeen tilanne tulee kirjata ylös tarkasti tapahtumajärjestyksessä. Kirjaamiseen sisältyy kuvaus kiinnipidon kulusta, kiinnipidon kesto, kiinnipitoasento ja tiedot kaikista siihen osallistuneista hoitajista. Ylös kirjataan myös kiinnipidon aikana esiin nousseet tunteet ja asiat. Kirjaamalla välitetään tärkeää tietoa lapsesta niille työryhmän jäsenille, jotka eivät ole olleet kiinnipitolanteessa läsnä (Heiskanen 2004:28).

Kiinnipitomenetelmät ja toimintatavat vaihtelevat osastoittain. Toisissa lastenpsykiatrisissa kirjoissa puhutaan lasten päällä istumisesta kiinnipidon aikana ja käytännöt vaihtelevat osastoilla olevien eri kiinnipitotekniikoiden mukaan. Kiinnipitotekniikoita muutetaan ja uudistetaan jatkuvasti. Olemme yrittäneet kuvata kiinnipitomenetelmää niin kuin se Lasten ja nuorten sairaalan osastolla A20 toteutetaan. Osastolla A20 käytettävä kiinnipitotekniikka on Savonia - ammattikorkeakoulun kehittämä AVEKKI.

4.3 Lasten herättämät tunteet

Puhuttaessa lasten hoitohenkilökunnassa herättämistä tunteista ja hoitajien reaktioista näihin tunteisiin käytetään nimitystä vastatransferenssi. Käsite tarkoittaa hoitajan tiedostamattomia ja tiedostettuja reaktioita potilasta kohtaan. (Hermiö 2006.)

Hoitajan on tärkeää ymmärtää aggressiivisen käyttäytymisen vuorovaikutuksellista luonnetta ja sen merkitystä lapselle. Hoitaja ottaa kiinnipitotilanteessa vastuun ja kantaa lapsen negatiivisia tunteita, menemättä itse mukaan tunteeseen. Aikuinen pysyy tilanteessa aikuisena. Hoitajan oma itsehillintä, niin fyysisesti kuin emotionaalisesti on tärkeää. Lasta ei tule pitää kiinni tilanteessa, jossa hoitaja ei ole varma omista reaktioistaan, eikä hallitse tilannetta aikuisena. (Hellsten & Pihlaja 2000: 64.)

Aggressiiviset tunteet hoitaja voi kokea kiellettyinä niiden ollessa ristiriidassa auttajan roolin kanssa sekä lapsiin kohdistuvista kulttuurisista arvoista auttaa ja suojella lapsia. Lapset näyttävät mieltymyksiään ja aggressioitaan varsin suoraan hakeutumalla kontaktiin. Lapset toimivat esimerkiksi lyömällä, potkimalla tai tarttumalla aikuisen käteen. Lapset herättävät tunteita hoitajissa ja hoitaja voi kokea lapsen oireet vetoavana. Lapsen kärsimys herättää hoitajassa vanhemman tunteita. (Aurela 1995: 9-10.)

Lapsen raivo herättää hoitajassa vastakaikua ja samoja tunteita, joita lapsi kokee. Tämä on adekvaatti reaktio lapsen käytökseen. Kiinnipidossa hoitajan tehtävä on kestää näitä lapsen tunteita, käsitellä niitä ja palauttaa ne ”kypsemässä” muodossa takaisin lapselle. (Heiskanen 2004: 26.)

Rajaustilanteessa hoitajan on kyettävä miettimään omaa reagoititapaansa ja toimintaansa. Perusteltava itselleen tilanteen hoidollisuus, ja miksi hän puuttuu toimintaan rajaamalla. Hoitajan on myös tunnistettava, jos hänen henkilökohtaiset tunteensa ja asenteensa vaikuttavat tilanteeseen. Hoitajan on kyettävä perustelemaan kiinnipitoon johtaneet syyt niin itselleen kuin myös muille hoitajille. (Hermiö 2006: 18.)

Aurela tulkitsee käytöshäiriöisten lasten kiinnipidon terapeutista vaikutusta niin, että kiinnipidossa lapsi taantuu varhaisempaan lapsuuden tilaan, jolloin ohitettu herkkyykskausi aktivoituu uudelleen. Deprivoitu lapsi saa korjaavan kokemuksen kiinnipidossa ja kykenee sen turvin muodostamaan luottamussuhdetta aikuiseen. On ehdottoman tärkeää, että hoitaja pysyy kiinnipidossa rauhallisena ja välttää tekoja, jotka lapsi voi kokea vasta-aggressiivisina. Pahoinpidellyt lapset odottavat aikuisen käyttäytyvän tilanteessa aggressiivisesti. Kiinnipito on terapeutinen vain, jos hoitaja pystyy antamaan kiinnipitotilanteessa korjaavan kokemuksen lapselle säilyttämällä rauhallisuutensa. Kiinnipidon huolellinen toteuttaminen voi

vahvistaa lapsen luottamusta aikuisiin, sekä lapsen ja hoitajan välistä suhdetta. (Aurela 1995: 11-16.) Lapsi voi hakeutua kiinnipitoon tarvitessaan fyysistä läheisyyttä ja huomiota. Tämän tarpeen ilmaisuun voidaan lapselle opettaa uusia kommunikointitapoja. (Aurela 1995: 17.)

4.4 Aikaisempia tutkimuksia kiinnipidosta

Hoitajat tarvitsevat hoidolliseen vastuunkantamiseen kiinnipidossa riittävästi tietoa käytettävästä kiinnipitomenetelmästä sekä sen hoidollisesta vaikutuksesta. Kiinnipito ei ole, eikä siitä saisi tulla hoitajan vallankäytön välinettä. Kiinnipidon hoidollinen toteuttaminen edellyttääkin eettistä herkkyyttä ja ammattitaitoa. (Prekop 1993.)

Lastenpsykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat pelkäsivät vastaavansa liian vahvasti lasten aggressioon käyttäessään kiinnipittoa. Osa hoitajista oli epävarmoja kiinnipidon oikeutuksesta lasten aggressiivisen käytöksen hillitsemisessä. Hoitajat toivat tutkimuksessa myös esiin, etteivät aina osanneet arvioida kiinnipidon aloitusta ja lopetusta. (Aurela 1995.)

Kiinnipidon hoidollisuus kärsii, ja hoidollinen funktio jää taka-alalle, ellei hoitaja tiedä, mitä on tekemässä. Tällöin kiinnipidosta voi tulla valtataistelua lapsen ja hoitajan välille tai olla kurinpidollinen toimenpide. (Kinnunen 2000.)

Hoitohenkilökunnan koulutuksella on koettu olevan merkitystä, koska sen on koettu antavan välineitä potilaan hoitoon sekä itsevarmuutta työskentelyyn. Koulutuksen on myös koettu lisäävän taitoja ennaltaehkäistä tilanteita. (Ukonmaanaho 2006: 59-63.)

Hoitajat kokivat, ettei tilanteita aina voinut ennakoita, koska väkivaltainen käyttäytyminen saattoi alkaa hyvinkin yllättäen. Työntekijän asenteella voitiin tutkimusten mukaan vaikuttaa tilanteiden syntyyn ennaltaehkäisevästi. Hoitajien negatiiviset asenteet saattoivat lisätä aggressiivista käytöstä. Keskustelu ja hoitajan läsnäolo taas saattoivat puolestaan vähentää aggressiivista käytöstä. (emt. 2006: 59-63.)

Tutkimuksen mukaan hoitotyön kannalta työryhmän yhteistyö ja sen onnistuminen oli tärkeää. Vastaajat kokivat saaneensa työryhmässä tukea väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja tilanteen hoitoon. Lisäksi vastaajat kokivat, että potilaan yksityisyydestä huolehdittiin ja potilasta kohdeltiin kunnioittavasti fyysisen rajoittamisen aikana. (emt. 2006: 59-63.)

Fyysisen rajoittamisen tekniikat eivät vastaajien mielestä aina onnistuneet tai niitä ei toteutettu oikein. Vastaajat toivat myös ilmi, että joskus oli havaittavissa liiallista voiman tai vallankäyttöä. Tutkimuksessa fyysiseen rajoittamiseen johtaneet syyt olivat ruumiillinen aggressiivisuus, tavaroiden heittäminen ja sanallinen aggressiivisuus. Avoimissa vastauksissa

koulutus koettiin tarpeelliseksi fyysisten rajoittamisen tekniikoiden osalta sekä potilaan kunnioittamisen ja yksityisyyden näkökulmasta. Vastaajat kokivat myös fyysisen rajoittamisen psyykkisesti kuormittavaksi sekä aiheuttavan fyysistä kipua ja vammoja. (emt. 2006: 59-63.)

Kiinnipidon lopettamisajankohta oli hoitajien yksilöllisistä eroista riippuvainen. Osa hoitajista saattoi käyttää aikaa runsaastikin rentoutumisen jälkeen lapsen kanssa keskustelulle tai hoivalle. Osa taas saattoi lopettaa kiinnipidon heti kun lapsi oli rauhoittunut ja kykenevä jatkamaan muuta toimintaa. Kiinnipidon aloitusajankohdan Aurela totesi olevan riippuvainen monesta tekijästä, kuten osaston henkilökuntatilanteesta, sekä siitä, voidaanko aggressio hoitaa muuten. (Aurela 1995: 26.)

Tarkoituksena oli selvittää koulutukseen osallistujien (N=50) arvioita sosiaali- ja terveydenhuollon väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan kehitetyn kouluttajakoulutuksen (AVEKKI) toteutuksesta ja hyödyllisyydestä. Aineisto kerättiin käyttämällä menetelmällistä triangulaatioita, jossa määrällinen aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella ja laadullinen haastattelemalla. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS - tilasto-ohjelmalla. Keskeiset tutkimustulokset osoittavat, että tutkimukseen osallistujat saivat teoriaopetuksessa väkivallan ennaltaehkäisystä ja hallinnasta eniten tietoa AVEKKI -toimintatapamallin arvoista ja eettisistä perusteista sekä ennakoinnista hoitajan näkökulmasta. (Taattola 2007.)

Yhdessä työskentelevä työryhmä ja työtavat ovat hyviä hallintakeinoja väkivaltilanteissa. Väkivallan ennaltaehkäisyn ja hallinnan koulutuksen arvioitiinkin edistävän hoitajien työssä jaksamista ja parantavan potilaan hoidon laatua. (emt. 2007:5-13.)

Tutkimuksessa väkivallan ilmenemisestä ja ennaltaehkäisystä hoitajan piirteistä nousi esiin kliiniset taidot kuten aggressionhallinta, viestintä, tiimityöskentely, asenteet, käytös, tiedot ja taidot. Persoonalliset ominaisuudet nousivat myös esiin kuten ikä, sukupuoli, fyysiset ominaisuudet ja itsetuntemus. Persoonallisuuden piirteillä taas tarkoitettiin hoitajan rauhallisuutta, ihmissuhdetaitoja, positiivista viestintää sekä luottamuksen ja ihmissuhteiden luomista. Näillä todettiin olevan yhteyttä väkivallan ennaltaehkäisyyn. (emt. 2007: 5-13.)

Hyvä työilmapiiri, työyhteisöntuki ja tiedonkulku koettiin myös tärkeiksi väkivaltilanteiden hallinnassa. Parempien toimintatapojen ja turvallisuusratkaisujen suunnittelua, säännöllisiä yhteisiä keskusteluja pidettiin tärkeänä. Hoitajat kokivat tutkimuksen mukaan ristiriitaisia tunteita, koska toimintatavat tilanteissa oli valittava nopeasti. Hoitajat kokivat tarvitsevansa neuvoa yhteisten toimintatapojen löytymiseksi. Toiveet koulutukselta koskivat valmiuksia tilanteiden kohtaamiseen, tietoja ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja taitoja rauhoittamiseen. Myös vaarallisuuden arvioinnista ja itsepuolustuksesta sekä teknisestä ja

kokonaisvaltaisesta hallinnasta koettiin tarvittavan koko yhteisön kattavaa koulutusta. Koulutuksilla koettiin voivan vaikuttaa hoitajien käyttäytymiseen ja asenteisiin, sekä lisätä taitoja ennakoida ja hallita väkivaltatilanteita. (emt. 2007: 5-13.)

Hoitajan stressin koettiin vaikuttavan aggression sietokykyyn ja tunteiltaan väsyneiden hoitajien oli vaikeampaa saada kontaktia potilaisiin, sekä sietää aggressiivisuutta. Tutkimuksen mukaan hoitajan riski joutua väkivaltatilanteeseen tällöin kasvaa. Väkivaltatilanteilla oli myös vaikutusta työmotivaatioon ja osa hoitajista pyrkiikin välttämään väkivaltaisen potilaan kohtaamista. (emt. 2007: 5-13.)

Taulukko 1. Aikaisempia tutkimuksia kiinnipidosta

Tekijä, tutkimus, vuosi, nimi	Tutkimukseen osallistujat	Aineistonkeruumenetelmät ja analyysi	Keskeiset tulokset
Aurela, A.1995. Käytöshäiriöisten lasten- ja nuorten kiinnipitohoito ”pitävä vastaus erääseen nyky-yhteiskunnan ongelmaan” 31/1995. Helsinki: STAKES	Turun yliopistollinen keskussairaalan lastenpsykiatrisen yksikön kaikki hoitajat, sekä Kainuun keskussairaalan lastenpsykiatrisen osaston työntekijät.	Kirjallinen kyselylomake ja avoin vapaamuotoinen kuvaus kiinnipitotilanteista. Aineisto kerättiin haastatteleamalla, sekä kyselylomakkeella. Laadullinen sisällönanalyysi.	<ul style="list-style-type: none"> -Lapsi oppi luottamaan hoitajiin ja hakeutumaan kontaktiin muunlaisilla keinoilla, kiinnipidot vähenivät. -Kiinnipito tarjosi keinon ohimenneen herkkyykskauden uudelleen aktivointiin. -Hoitajat tarvitsivat itsepuolustus-koulutusta. -Hoitajilla oli harvoin tarpeeksi aikaa pohtia yhdessä kiinnipito tilanteiden herättämiä tunteita. -Kiinnipidot onnistuivat pääosin hyvin, erimielisyyksiä hoitajien välillä kuitenkin esiintyi. -Vanhemmat suhtautuivat kiinnipitoon myönteisesti. -Kiukku oli hoitajien useimmin mainitsema kiinnipidon alkuun liit-

			<p>tyvä tunne. Ilo on puolestaan loppuun liittyvä tunne.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kielteiset tunteet ovat vaihtuneet positiivisiksi kiinnipidon aikana. -Kiinnipidon aloitus ja lopetus ajankohdat eivät olleet aina selviä.
<p>Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali - ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttaja koulutuksesta. Pro gradu - tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää koulutukseen osallistujien (N=50) arvioita sosiaali- ja terveydenhuollon väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan kehitetyn kouluttajakoulutuksen (AVEKKI) toteutuksesta ja hyödyllisyydestä.</p>	<p>Aineisto kerättiin käyttämällä menetelmällistä triangulaatioita, jossa määrällinen aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella ja laadullinen haastattelemalla. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS - tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Keskeiset tutkimustulokset osoittavat, että tutkimukseen osallistujat saivat teoriaopetuksessa väkivallan ennaltaehkäisystä ja hallinnasta eniten tietoa AVEKKI -toiminta-tapamallin arvoista ja eettisistä perusteista sekä ennakoinnista hoitajan näkökulmasta.</p>
<p>Ukomaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.</p>	<p>Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa työskentelevät hoitajat.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus määrällinen aineisto kerätty kyselylomakkeella jossa strukturoidut kysymykset ja 1 avoin kysymys. 274 koulutuksen käynyttä hoitotyöntekijää vastasi tutkimukseen</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen käytetyt keinot olivat keskustelu, läsnäolo ja lääkitys. -Saatettiin käyttää myös ohjausta muihin tiloihin tai tuettiin rauhoittamaan itse. -Fyysinen kiinnipitäminen ja lepo-eristys olivat käytössä. -Vuorovaikutuksen keinot arvioitiin hyviksi aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen. -Yhteistyö koettiin onnistuneeksi. Rajoittamisen aikana potilasta huomioitiin ja pidettiin yllä keskusteluyhteyttä -Muita keinoja käytettiin ennen fyysistä rajoitta-

			<p>mista.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aina ei hoitajien mielestä tekniikkaa käytetty oikein, eikä tekniikka onnistunut. -Työryhmässä tositilanteessa tekniikat unohtuivat tai kaikki eivät osanneet niitä. -Tekniikoiden myös koettiin onnistuneen pääasiassa hyvin silloin kun niitä käytettiin. -Yleisin syy fyysiseen rajoittamiseen oli ruumiillinen aggressiivisuus
<p>Heiskanen, P. 2004 Kiinnipito lastenpsykiatriassa. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi 2004</p>	<p>Lasten- ja nuortensairaalan lastenpsykiatristen osastojen lapset, 5 (9-12- vuotiasta) poikaa</p>	<p>Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja aineiston käsittelyssä käytettiin sisällönanalyysejä</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Kiinnipidon käyttö oli yhteydessä lasten kielteisiin tunteisiin -Kiinnipito oli hoitajien keino edistää lasten sosiaalisen käyttäytymisen oppimista -Kiinnipito oli vakiintunut hoitokäytäntö lastenpsykiatrisella osastolla -Kiinnipito oli lapsille kipukokemus -Kiinnipito antoi lapsille tukea kielteisten tunteidensa synnyttämässä kaaoksessa

4.5 Kiinnipitotekniikoita

Management of actual or potential aggression eli MAPA-menetelmä on kehitetty Englannissa, Birminghamin Reaside klinikassa ja Keelen yliopistossa Staffordsherissa. MAPA tarjoaa

koulutusta väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon hoitoalalla. (Soldehed 2008:12-13.)

Tampereen yliopistollinen sairaala on kehittänyt MAPA:sta Suomen hoitolaitoksiin sovelletun mallin, AHHA:n eli aggression hoidollinen hallinta. Suomessa sairaanhoidon henkilökuntaa koulutetaan MAPA:an perustuvien koulutusohjelmien mukaan, joita on tarjolla eri nimillä. AHHA:n lisäksi on HFR eli hallittu fyysinen rajoittaminen, VETH eli väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito ja Avekki. (Soldehed 2008:13) Avekkia käytetään lasten- ja nuortensairaalan osastolla A20.

Keskeistä menetelmissä on väkivaltatilanteiden ennakointi ja ehkäisy hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Jos väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvän tilanteen rauhoittaminen ei onnistu vuorovaikutuksellisin keinoin, turvaudutaan viimeisenä keinona potilaan fyysiseen kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikerajojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen. Fyysinen kiinnipito on suunniteltu turvallisiksi niin potilaille kuin työntekijöille, ja kiinnipito perustuu enemmän tekniikkaan ja asennon huomioimiseen kuin voimaan. Kiinnipitoon liittyy myös hoidollinen suunnittelu ja riskien arviointi. Fyysinen kiinnipito täydentää olemassa olevaa hoitoa ja vuorovaikutustaitoja. (Soldehed 2008:15.)

Hoitajat tarvitsevat hoidolliseen vastuunkantamiseen kiinnipidossa riittävästi tietoa käytettävästä kiinnipitomenetelmästä sekä sen hoidollisesta vaikutuksesta. Kiinnipito ei ole eikä siitä saisi tulla hoitajan vallankäytön välinettä. Kiinnipidon hoidollinen toteuttaminen edellyttääkin eettistä herkkyyttä ja ammattitaitoa. (Prekop 1993.)

Lastenpsykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat pelkäsivät vastaavansa liian vahvasti lasten aggressioon käyttäessään kiinnipitoa. Osa hoitajista oli epävarmoja kiinnipidon oikeutuksesta lasten aggressiivisen käytöksen hillitsemisessä. Hoitajat toivat tutkimuksessa myös esiin, etteivät aina osanneet arvioida kiinnipidon aloitusta ja lopetusta. (Aurela 1995.)

Kiinnipidon hoidollisuus kärsii ja hoidollinen funktio jää taka-alalle, ellei hoitaja tiedä, mitä on tekemässä. Tällöin kiinnipidosta voi tulla valtataistelu lapsen ja hoitajan välille tai olla kurinpidollinen toimenpide. (Kinnunen, 2000.)

Hoitajan on tärkeää ymmärtää aggressiivisen käyttäytymisen vuorovaikutuksellista luonnetta ja sen merkitystä lapselle. Hoitaja ottaa kiinnipitotilanteessa vastuun ja kantaa lapsen negatiivisia tunteita menemättä itse mukaan tunteeseen. Aikuinen pysyy tilanteessa aikuisena. Hoitajan oma itsehillintä, niin fyysisesti kuin emotionaalisesti on tärkeää. Lasta ei

tule pitää kiinni tilanteessa, jossa hoitaja ei ole varma omista reaktioistaan eikä hallitse tilannetta aikuisena. (Hellsten & Pihlaja 2000: 64.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kiinnipitoa työntekijöiden ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta, kiinnipidon kriteereistä ja sen vaikutuksista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälainen näkemys henkilökunnalla on kiinnipidon aloittamisen kriteereistä ja edellytyksistä?
2. Millainen on henkilökunnan näkemys hoidollisesta kiinnipidosta?
3. Mihin kiinnipidolla henkilökunnan näkemyksen mukaan pyritään?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin HYKS:n Lasten ja nuorten sairaalan osastolla A20. Tutkimukseen osallistui osaston hoitohenkilökunta. Henkilökunnalta kysyttiin tutkimusaiheeseemme liittyviä kirjallisia avoimia kysymyksiä. Kyselyssä oli vapaat vastausmahdollisuudet.

6.1 Tutkimusympäristö osasto A20 esittely

Lasten ja nuorten sairaalan osastolla A20 hoidetaan varhain ja vaikeasti häiriintyneitä alakouluikäisiä lapsia, jotka oireilevat usein psykoottistasoisesti. A20 on seitsemänpaikkainen lastenpsykiatrinen hoito-osasto. Hoitajakset osastolla ovat pitkiä ja tiiviitä. Keskimääräinen hoitoaika on noin kaksi vuotta. Osastolla toteutetaan yhteisöhoitoa ja yhdessä sekä ryhmässä toimiminen ovatkin olennainen osa osaston arkea. Osastohoito on ympärivuorokautista, ja osastolla hoitoa saavat lapset ovat osastolla useimmiten sunnuntaista lauantaihin. Osaston lapset käyvät sairaalakoulua, kukin omien voimavarojensa mukaan. Osaston jokaisella lapsella on myös oma vastuuhoitaja. Vastuuhoitajalla on hoitosuhteessa suuri merkitys korjaavien kokemusten tuojana. Osaston säännöillä ja selkeillä struktuureilla on myös iso rooli turvan ja jatkuvuuden tunteen luomisessa. Lastensuojelu on lähes poikkeuksetta mukana osaston lasten hoidossa. Vastuu vanhemmuudesta kuitenkin säilyy vanhemmilla koko hoidon ajan. Vanhempien vanhemmuuden kehitystä arvioidaan koko hoidon ajan ja tarvittaessa harkitaan lapsen sijoittamista kodin ulkopuolelle tai muita lastensuojelun tukitoimia. Hoidon aikana

myös suunnitellaan tarvittava lastenpsykiatrisen jatkohoito. Osastolla työskentelee 11 sairaanhoitajaa, 6 mielenterveyshoitajaa, sekä 1 lastenhoitaja. Tämän lisäksi osaston henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, osastonsihteerit, osastonlääkäri, psykologi, toimintaterapeutti sekä perheterapeutti.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää totuus tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä, tutkimukseen osallistuvien ihmisten subjektiivisesta näkökulmasta. Tutkimus perustuu todellisuuteen ja tutkimukseen osallistuvien kertomuksiin heidän omasta todellisuudestaan sellaisena kuin he sen itse näkevät. Todellisuus pyritään jäsentämään entistä paremmin hallittavaan muotoon. (Kylmä & Juvakka 2007: 16-17, 23-29.)

Laadullinen tutkimus pyrkii kokonaisvaltaisen tiedon hankkimiseen ja kohteen tutkimiseen. Tutkimus perustuu todellisen elämän kuvaamiseen, jossa todellisuuksia on monenlaisia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositaan käyttämään ihmistä tiedonkeruun välineenä. Tutkimuksessa ei testata tai varmisteta jo olemassa olevia väittämiä vaan tutkimuksen tavoitteena on löytää uusia tosiasioita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään laadullisia menetelmiä, jotka soveltuvat parhaiten saamaan tutkimukseen osallistuvien ”ääni” ja näkökulmat esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 157, 160.)

Tutkittavaan ilmiöön pyritään löytämään vastaus kysymyksillä mitä, miksi ja miten. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääpaino on tutkittavan ilmiön laadussa, ei sen määrässä. Tilastollisesti yleistettävää tietoa ei siis ole mahdollista saada samaan tapaan kuin määrällisessä tutkimuksessa. (Kylmä ym. 2007: 16, 26.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kiinnipitoa työntekijöiden näkökulmasta. Pyrimme selvittämään työntekijöiden näkemyksiä, kokemuksia ja mielipiteitä kiinnipidosta. Laadullisessa tutkimuksessa tämä toteutuu, ja siksi laadullinen tutkimusmenetelmä sopii tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi.

6.3 Aineiston hankinta

Keräsimme tutkimusaineiston käyttämällä avointa kyselyä aineistonkeruumenetelmänä. Menetelmän valinnan ratkaisivat tutkimusongelmat sekä sen toteutettavuus. Avointen kysymysten avulla tutkimukseen osallistujat saivat kertoa tutkittavasti kohteesta omin sanoin

ja siten, kuinka he itse asian näkivät. Tässä opinnäytetyössä pyrimme juuri selvittämään tutkimukseen osallistuvien omia näkemyksiä ja ajatuksia tutkittavasta ilmiöstä.

Kyselyn avulla selvitetään vastaajan asenteita, mielipiteitä, käyttäytymistä ja tosiasioita mahdollisimman yksinkertaisella tavalla, esimerkiksi käyttämällä avoimia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja lomakkeeseen jätetään tyhjä tila, johon vastaajat saavat mahdollisuuden kertoa asia omin sanoin. Avoimet kysymykset osoittavat vastaajien tietämyksen tutkittavasta asiasta sekä kysymyksiin liittyviä tunteita. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hän todella ajattelee asiasta. Avoimet kysymykset osoittavat vastaajien tietämyksen aiheesta ja osoittavat, mikä on keskeistä heidän ajattelussaan. Avoimissa kysymyksissä vastaajat osoittavat asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden ja se auttaa tunnistamaan vastaajan motivaatioon liittyviä seikkoja. Avointen kysymysten aineisto on sisällöltään erittäin kirjavaa, ja sitä voi olla vaikea käsitellä. (Hirsjärvi ym. 2007: 192-193, 196.)

Aineisto voidaan kerätä käyttämällä informoitua kyselyä, jossa tutkija on henkilökohtaisesti paikalla jakamassa kyselylomakkeet. Tutkija voi samalla kertoa tutkimuksen tarkoituksesta ja kyselystä sekä vastailla yleisesti kohdejoukon kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2007 191-192.) Koska tämä opinnäytetyön aineisto hankittiin toisen opinnäytetyöntekijän työpaikalla, toinen opinnäytetyöntekijä oli mukana aineiston hankintavaiheessa jakamassa itse kyselylomakkeet ja kertomassa tutkimuksen tarkoituksesta sekä vastaamassa tutkimukseen osallistuvien kysymyksiin. Aineisto kerättiin kesäkuussa 2009 tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen.

6.4 Kyselylomakkeen laadinta

Kysymyksiä ohjaavat tutkimusongelmat, joihin halutaan kyselyn vastausten perusteella saada vastauksia. Teimme kysymystenasettelussa yhteistyötä Lasten- ja nuorten sairaalan osaston A20 osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyöprosessin edetessä esittelimme alkuun kysymykset osastonhoitajalle, joka otti kysymyksiin kantaa. Muokkasimme yhdessä kysymykset lopulliseen muotoon niin, että osasto A20 saisi tutkimuksestamme mahdollisimman suuren hyödyn.

Huolellisesti kootut kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muoto antaakin eniten virheellisiä tuloksia, kun vastaaja ei ole ymmärtänyt kysymyksen merkitystä samalla tavalla kuin tutkija. Siksi kysymysten on oltava mahdollisimman yksiselitteisiä. Kyselyn rakenteen on oltava sopivan pituinen ja kysymyksiä on oltava sopiva määrä. Kyselyn olisi oltava selkeä, loogisesti etenevä ja se tulisi sisältää vastausohjeet tarpeellisuuden mukaisesti. (Valli 2001: 100). Kyselyn on oltava helposti täytettävä ja vastauksille on säästettävä riittävästi tilaa (Hirsjärvi ym. 2007: 199). Tässä opinnäytetyössä

olemme laatineet avoimet kysymykset yllä mainittuja ohjeita hyväksikäyttäen. Kyselylomakkeemme sisälsi avoimia kysymyksiä, joihin vastattiin vapaamuotoisesti.

Laatimamme kysely sisältää seitsemän avointa kysymystä. Kysymyksillä 1-2 haetaan vastaus siihen, minkälainen näkemys henkilökunnalla on kiinnipidon aloittamisen kriteereistä ja edellytyksistä? Millä kriteereillä aloitat kiinnipidon? Millaisessa tilanteessa et ryhdy kiinnipitoon? (Hellsten & Pihlaja 2000, Hermiö 2006, Soldehed 2008.) Kysymyksien 3-5 avulla haetaan vastauksia siihen, millainen on henkilökunnan käsitys hoidollisesta kiinnipidosta? Mitkä tekijät tekevät kiinnipidosta hoidollisen? Millainen on hoidollisesti hyvä kiinnipito? Millainen on hoidollisesti huono kiinnipito? (Aurela 1995, Heiskanen 2004, Hellsten & Pihlaja 2000, Welch 1995.) Kysymyksillä 6-7 haetaan vastaus siitä, mihin kiinnipidolla henkilökunnan näkemyksen mukaan pyritään? Miten arvioit kiinnipidon hoidollista vaikutusta? Mihin kiinnipidolla pyrit? (Aurela 1995, Heiskanen 2004, Prekop 1993.)

Teimme saatekirjeen osallistujille, josta selvisi tutkimuksen tekijät, opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, ohjeet lomakkeen täyttämiseen ja eettiset tekijät. Annoimme osallistujille kysymyslomakkeen lisäksi erillisen paperin, johon vastaukset vastattiin. (Kysymykset Liite 2).

6.5 Kyselyn toteuttaminen

Haimme tutkimuslupaa HYKS:n sairaanhoitoalueen Naisten ja lastentautien tulosyksikön johdolta. Tutkimussuunnitelmamme lähetettiin luettavaksi ja virallisen hyväksytyyn tutkimuslupapäätöksen saimme 2.6.2009. Tämän jälkeen sovimme tutkimuksen toteutukselle sopivan päivän, joka toteutettiin Lasten ja nuorten sairaalan osastolla A20, 3.6.2009. Työvuorollisista syistä johtuen jouduimme jakamaan aineiston keruun kolmelle eri päivälle. Aineisto kerättiin 3-5.6.2009. Ensimmäisessä ryhmässä 3.6.2009 oli viisi henkeä ja aikaa vastaamiseen käytettiin noin tunti. Toinen opinnäytetyöntekijöistä alusti aineistonkeruutilaisuuden ja valvoi aineiston keruuta. Alustuksessa painotettiin vielä saatekirjeessä olevia asioita. Toisessa ryhmässä 4.6.2009 oli kolme henkeä ja aineistonkeruu toteutettiin samoin kuin edellä. Viimeisenä päivänä 5.6.2009 kolme viimeistä vastaajaa alustettiin samoin kuten edellä, mutta jokainen vastasi kyselyyn yksin osaston kokouksessa niin, että aineistonkeruu suoritettiin peräkkäin. Kaikkina päivinä vastaajia pyydettiin olemaan keskustelematta kysymyksistä ja vastauksista keskenään. Kaiken kaikkiaan 11 vastaajaa vastasi tutkimukseen. Yksi vastaajista kieltäytyi vähäiseen työkokemukseen vedoten. Kyselyyn vastasivat osaston työntekijöistä toimesta sekä pitkäaikaisessa työsuhteessa olevat sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat sekä lastenhoitaja. Yöhoitajat ja alle puoli vuotta työsuhteessa olleet jätettiin kyselyn ulkopuolelle. Tutkittavien työkokemus lastenpsykiatriassa vaihtelee 6kk aina 25 vuoteen asti. Kyselytilanteeseen osallistui toinen

opinnäytetyöntekijöistä, joka luovutti kyselylomakkeet täytettäväksi jokaiselle osallistujalle erikseen, ja kyselytilanteen loputtua keräsi täytetyt kyselylomakkeet henkilökohtaisesti. Lomakkeita säilytettiin toisen opinnäytetyöntekijän kotona.

Tutkimukseen osallistujia käytetään tutkimuksessa yleensä vähän. Tarkoituksena on kerätä tutkimukseen mahdollisimman rikas aineisto. Tutkimukseen osallistuvien valinta perustuu kokemukseen, jota henkilöillä on tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007: 16-17, 26-27.)

6.6 Aineiston analysointi

Tulosten analysointi sisältää aineiston käsittelyn, analyysin ja tulokinnan. Tutkimuksen analyysivaiheessa tutkija analysoi, tulkitsee ja tekee johtopäätöksiä kerätystä aineistosta. Silloin selviää, onko tutkimusongelmiin saatu vastauksia. Ennen aineiston analyysia on aineistosta tarkistettava, sisältyykö siihen virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. Laadullisessa tutkimuksessa kerätty aineisto kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. (Hirsjärvi ym. 2007: 216-220.) Puhtaaksi kirjoittamisessa on pyrittävä säilyttämään todellisuus mahdollisimman tarkasti (Kylmä ym.2007: 110). Litterointi tehdään joko koko aineistosta tai valikoiden osalueiden ja oleellisuuden mukaisesti (Metsämuuronen 2006: 122). Aineiston käsittely alkaa kunkin ydinkysymyksen vastauksen pelkistämisestä kaiken vastaajan antaman informaation joukosta (Teirilä & Jyväskylä 2001: 86).

Aineiston analyysitapoja on monenlaisia. Laadullisessa tutkimuksessa analyysivaihe koetaan usein hankalaksi. Aineiston runsaus tuo myös oman haasteensa aineistoa analysoitaessa. Analyysin vaihtoehtotapoja on monia erilaisia eikä tarkkoja sääntöjä ole. Kuitenkin pääperiaatteena on käyttää sellaista analyysitapaa, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimusongelmiin. Aineiston analyysimenetelmä tulee selvemmäksi vasta aineiston tutustumisvaiheessa, kun tutkija tekee alustavia valintoja aineistoa käsiteltäessä. (Hirsjärvi ym. 2007: 216-220.)

Laadullisessa tutkimuksessa perustyövälineenä on sisällönanalyysi, jonka avulla kuvataan analyysin kohteena olevaa tekstiä ja analysoidaan vastauksia systemaattisesti tutkimusaineistoa järjestellen ja kuvailen. Teoria ohjaa sisällönanalyysiä. Aineistoanalyysissa aineiston annetaan kertoa oma näkemyksensä tutkittavasta ilmiöstä. Sen tarkoituksena on purkaa kerätty aineisto ensin pieniksi palasiksi, jonka jälkeen sisällölliset samanlaiset osat yhdistetään. Aineisto tiivistetään muotoon, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta. Analyysin tarkoituksena ei ole kaiken kerätyn tiedon analysoiminen, vain olennaisin aineisto, joka antaa vastauksen kysymyksiin analysoidaan. (Kylmä ym. 2007: 112-113.)

Aineistoa voidaan lähestyä tematisoinnin avulla, jolloin aineistosta voidaan nostaa esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. Teemojen avulla on mahdollisuus verrata teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa. Aineistosta pyritään löytämään tutkimusongelman kannalta keskeiset ja olennaiset teemat. Teemoittelun tavoitteena on saada aineistosta esille kokoelma erilaisia vastauksia tai tuloksia esitettyihin kysymyksiin. Aineistosta voidaan poimia teemoittain järjestetyistä vastauksista irrotettavia sitaatteja. (Eskola & Suoranta 1998: 175-181.) Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on ryhmitellä kerätystä aineistosta nousevat aiheet teemoiksi. Teemoittelun jälkeen aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä, joiden avulla tiivistetään vastaus, joka vastaa kyseistä teemaa.

Analyysin jälkeen on tuloksia selitettävä ja tulkittava. Tulkinassa tutkija pohtii tuloksia, selkiyttää esiin tulleita merkityksiä ja tekee johtopäätöksiä. Tulkintavaiheessa tutkijan on pohdittava vastaajien kielellisiä ilmauksia ja mitä ne ovat merkinneet analyysissa. Tutkimukseen sisältyy tulkintaerimielisyyksiä ja tutkijan onkin harkittava useampia tulkintavaihtoehtoja. Tutkimuksessa on tarkoitus mitata sen validiutta tulosten ja pohdinnan avulla. Tuloksista on laadittava synteesejä, jotka kokoavat tutkimuksen pääasiat yhteen ja antavat vastaukset asetettuihin ongelmiin. Synteesien avulla päädytään tekemään johtopäätöksiä tuloksista ja pohditaan tulosten laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2007: 224-225.) Tulosten käsittelyssä tulokset kootaan sellaiseen muotoon, jossa niiden merkitykset ovat parhaiten arvioitavissa. (Teirilä ym. 2001: 91.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin vaiheittain edellä mainitun teorian pohjalta. Ensimmäisessä vaiheessa keräsimme tutkimusaineiston, jonka jälkeen kerätty aineisto tarkastettiin mahdollisten virheiden tai puutosten varalta. Toisessa vaiheessa aineisto litteroitiin kokonaan ja tutustuttiin aineiston sisältöön. Kirjoitettua aineistoa tuli yhteensä neljätoista sivua. Vaiheessa kolme luimme aineistoa läpi tutkimuskysymysten pohjalta. Alleviivasimme teemoja ja lausumia, jotka vastasivat tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiä sekä aiempaa tutkimusteoriaa. Jokaisesta tutkimusaineiston osiosta etsittiin tutkittavan asian kannalta merkittävät teemat. Kävimme läpi tekstiä tutkimuskysymys kysymykseltä ja merkitsimme tekstistä esiin nousseita teemoja eri väreillä käyttäen värikoodeja pelkistyksissä ja luokittelussa, jotka koottiin yhteen listoiksi. Aineisto luettiin useaan kertaan ja kävimme pelkistyksiä läpi työpareina. Jo ensimmäisen lukukerran jälkeen pystyimme havaitsemaan vastauksien tietynlaisen yhdenmukaisuuden. Keräsimme lausumia yksittäisten tutkimuskysymysten alle ja joitakin pelkistysmuotoja muokattiin selkeämpään muotoon. Pelkistettyämme aloimme ryhmitellä asioita, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Analysoimme yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jonka pohjalta lajittelimme lausumia ja teemoja eri luokkiin. Analysoimme sen mitä oli ilmaistu vastauksissa, mutta pyrimme myös pohtimaan aineiston piilossa olevia viestejä. Ryhmittelimme tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat ensin ylä- ja alakategorioihin, ja siitä edelleen yhdistäviin kategorioihin. Aineistoksi

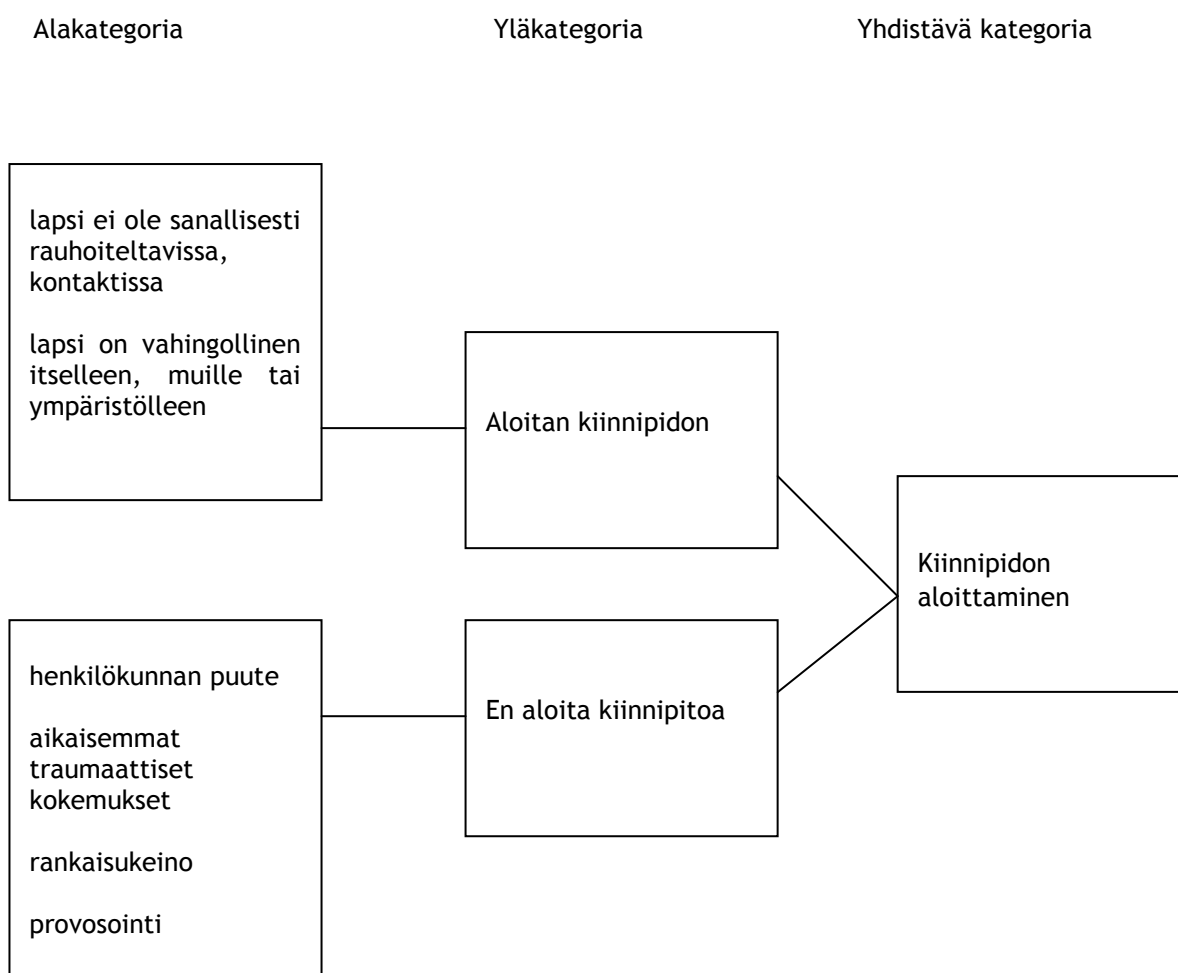
riitti yksitoista haastattelua. Aineiston analyysiä tehdessä huomasimme, että samoja asioita nousi esiin eri tutkimuskysymysten kohdalla. Aineisto oli rikas ja saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Analyysissä käytimme sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa aineistosta lähtevää analyysiprosessia, joka kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja aineiston käsitteellistämistä. Opinnäytetyössä kategoriat on esitelty ensin kuvioina ja sen jälkeen auki kirjoitettuna. Vaiheessa neljä tuloksia selitetään, tulkitaan ja tehdään johtopäätöksiä. Tutkimuksen validiutta mitataan tulosten ja pohdinnan avulla.

7 TULOKSET

Tutkimustulokset esitellään jokaisen tutkimuskysymyksen mukaisesti. Tulokset on esitelty jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla ensiksi taulukoittain, jonka jälkeen jokainen taulukko on käyty läpi auki kirjoitettuna. Todisteina saamistamme tuloksista olemme käyttäneet lausumia saadusta aineistosta. Jotkin lausumat ovat hyvinkin pitkiä, niiden avulla olemme hakeneet ajatuskokonaisuuksia, ei vain sanoja ja lauseita. Jokainen vastaus on otettu tuloksia tarkasteltaessa huomioon.

7.1 Kiinnipidon aloittaminen



Kuvio 1. Minkälainen näkemys henkilökunnalla on kiinnipidon aloittamisen kriteereistä ja edellytyksistä

7.1 KIINNIPIDON ALOITTAMINEN

Vastaajat kertoivat aloittavansa kiinnipidon, mikäli lapsi on vahingoksi itselleen, muille tai ympäristölleen. Kiinnipito voitiin vastausten mukaan aloittaa myös lapsen ollessa levoton ja hajanainen eikä sanallisesti ohjattavissa. Kiinnipidon aloitusta koskevissa näkemyksissä edeltävissä tilanteissa ja rajaamisessa oli eroja. Milloin tilanne vaatii kiinnipitoa, oliko kiinnipidon tarkoitus vain pysäyttää väkivaltaista ja tuhoavaa käytöstä vai oliko sillä muita hoidollisia tavoitteita? Kiinnipidon aloitus lähti kuitenkin aina lapsen voinnista.

7.1.1 Aloitan kiinnipidon

Lapsi ei ole sanallisesti rauhoiteltavissa, kontaktissa

Vastaajat kertoivat aloittavansa kiinnipidon jos lapsi ei ole sanallisesti rauhoiteltavissa/kontaktissa. Tämä nosti esiin myös kysymyksen kiinnipidosta pelkkänä aggressionhallintamenetelmänä.

”joskus lapsi tarvitsee kiinnipitoa, vaikka ei esimerkiksi kriteerit täytyisikään, esimerkiksi omat rajat, oman olemassaolonsa lapsi saattaa tuntea vasta kiinnipidon avulla ollessaan psykoottinen”.

”Jos lapsi on rauhaton, eikä pysty esimerkiksi nukahtamaan, kapalointi ja vierellä olo.”

”Jos lapsi on ahdistunut, poissa kontaktista ja kokee olonsa turvattomaksi vaikka aikuinen on lähellä ja yrittää saada kontaktia lapseen”

Lapsi on vahingollinen itselleen, muille tai ympäristölleen

Vastaajat kertoivat ryhtyvän kiinnipitoon, jos lapsi satuttaa itseään tai muita tai esimerkiksi rikkoo tavaroita ja on vahingoksi ympäristölleen.

”Aloitan kiinnipidon, jos lapsi on aggressiivinen siten, että on vaarassa satuttaa itseä tai toista tai rikkoa tavaroita, eikä muu rajaaminen tuota tulosta. Toinen tilanne on sellainen, että lapsi on tuskainen tai hajanainen, silloin kiinnipitäminen voi auttaa lasta. Nämä kaksi kiinnipitoa voivat olla lähtökohdiltaan niin erilaiset, että olen alkanut miettimään, voiko molemmista puhua kiinnipitona. Tämä ajatus perustuu siihen, että olemassa olevissa kiinnipitomenetelmissä kiinnipito nähdään nimenomaan aggressionhallintamenetelmänä”.

”Jos lapsi on vahingollinen/vaarallinen itselleen, muille ihmisille tai ympäristölle, aloitan fyysisen kiinnipidon”.

7.1.2 En aloita kiinnipitoa

Henkilökunnan puute

Vastaajat kertoivat, etteivät ryhdy kiinnipitoon, jos kiinnipidon toteuttamiseen turvallisesti ei ole tarpeeksi aikuisia. Vastaajat kertoivat, etteivät myöskään ryhdy kiinnipitoon, jos hoitajia ei ole tarpeeksi turvaamaan toisten osastolla olevien lapsien oloa.

” Jos en pystyisi hallitsemaan tilannetta ja riittävää apua ei olisi saatavilla ja jos olisi oletettavaa, että lapselle/hoitajalle sekä kokonaistilanne huomioon ottaen olisi turvattomampi kuin muu mahdollinen ratkaisu.”

”Jos kiinnipidolta puuttuvat onnistumisen edellytykset: jos ei ole riittävästi aikuisia läsnä kiinnipidon hyvään toteutukseen ja muun ympäristön turvallisuudesta huolehtimiseen.”

” Kiinnipito voi olla hoidollisesti huono esim. syystä, että henkilökuntaa ei ole riittävästi tilanteissa mukana -> tämä harvoin sillä henkilökuntaresurssit yleensä asiallisesti mitoitettu.”

Aikaisemmat traumaattiset kokemukset

Kiinnipidon aloituksessa hoitajat kertoivat huomioivansa myös lapsen taustaa ja aikaisempia traumaattisia kokemuksia. Lapsen aikaisempia kokemuksia ei koettu suoraan kiinnipitoa estävinä, mutta tärkeinä huomioon otettavina seikkoina. Näistä puhuminen ja sopiminen yhdessä työryhmässä koettiin tärkeäksi. Kiinnipidolla nähtiin olevan myös mahdollisuus toimia korjaavana kokemuksena.

”Fyysisesti pahoinpidellyt ja seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset ovat ryhmä, joissa kiinnipidon aloittamista myös saattaa empiä, mutta näistä osastolla puhutaan yhdessä, miten heidän kanssaan toimitaan kiinnipitotilanteissa. Itse olen sitä mieltä, että jos tällainen lapsi on aggressiivinen, niin parempi on pitää kiinni ja huolehtia lapsen turvallisuudesta. Tilanne voi olla lapselle myös kokemus siitä, että lähellä oleminen ja koskettaminen eivät aina tarkoita pahaa.”

”Jos lapsi kokee kiinnipidon liian uhkaavana omien traumaattisten kokemustensa vuoksi, mutta jos lapsi ei ole muutoin rauhoiteltavissa, ryhdyn kiinnipitoon ottaen huomioon lapsen aikaisemmat kokemukset.”

”Jos tiedetään etukäteen, että lapsi ei rauhoitu kiinnipidossa esim. aikaisempien traumaattisten kokemusten takia. Lasta on saatettu esim. hyväksikäyttää. Tällöin kiinnipidossa voi nousta mielikuvia aikaisemmista traumaista ja rauhoittuminen on mahdotonta.”

Rankaisukeino

Hoitajat korostivat vastauksissa kiinnipidon olevan lapsen tarpeista lähtevä auttamismenetelmä. Vastauksissa kävi ilmi, ettei kiinnipito voi toimia rankaisukeinona. Vastauksissa todettiin, ettei kiinnipito ole hoidollinen mikäli lasta syytetään tai vastuutetaan liikaa tilanteeseen johtaneista tapahtuneista.

”Jos kiinnipidon tarkoitus on näyttää lapselle, että aikuinen on vahvempi ja pärjää lapselle ei kiinnipito ole hoidollinen.”

”Jos kiinnipitoa käytetään rangaistuksena.”

”Hoidollisesti huonossa kiinnipidossa lapsi ei koe turvallisuutta tai läheisyyttä ja kokee tilanteen esim. rangaistuksena jostakin.”

”Se että kiinnipitotilanteissa välittyy selkeästi se, ettei se ole seuraamus/rangaistus jostakin on tärkeää.”

”Lasta syytävä kiinnipito on hoidollisesti huono.”

provosointi

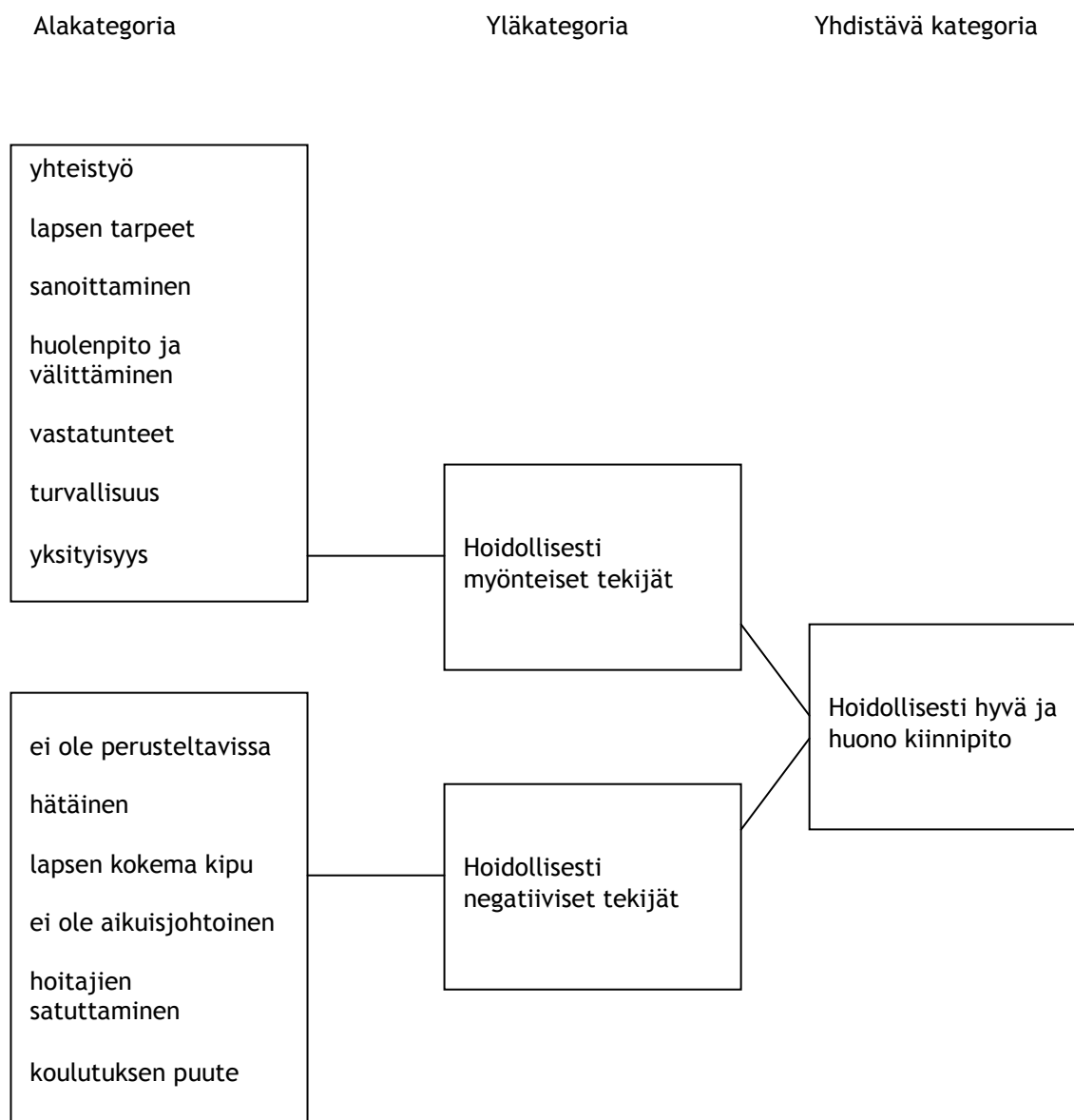
Kiinnipitoa pyrittiin välttämään jos lapsi pyrki provosoimaan kiinnipitoon tai haki muuten käytöksellään kiinnipitoa. Vastausten mukaan provosointi saattoi olla yksi lapsen käyttämistä hallintakeinoista, jolloin lapsi yritti hallita tilannetta ohi aikuisten.

”Jos lapsi yrittää provosoida tilannetta hallitakseen/määrätäkseen hoitajien käytöstä, eikä sillä olisi hoidollista vaikutusta”.

”Potilaan pyrkiessä tietoisesti provosoimaan tilannetta kiinnipitoon. Omana kokemuksena potilas, joka pyrki mittelöimään voimiaan hoitajien kanssa ja kiinnipidot toisinaan tuntuivat lisäävän potilaan onnipotentteja kuvitelmia. Kiinnipitotilanteesta olisi ollut enemmän haittaavaa vaikutusta vointiin”.

”Joskus tulee myös tilanteita jolloin lapsi tuntuu hakevan kiinnipitoa käytöksellään. Tällöin harkitsen tarkasti ryhdyinkö siihen. Riippuu muun muassa lapsesta, tilanteesta ja lapsen hoidon vaiheista.”

7.2 Hoidollisesti hyvä ja huono kiinnipito



Kuvio 2. Millainen on henkilökunnan käsitys hoidollisesta kiinnipidosta

7.2 HOIDOLLISESTI HYVÄ JA HUONO KIINNIPITO

Pyrimme selvittämään kyselyn avulla, miten osastolla työskentelevät hoitajat näkivät hoidollisen kiinnipidon. Mitkä tekijät vaikuttivat kiinnipidon hoidollisuuteen? Oliko tekijöitä, jotka rikkoivat tai tekijöitä, jotka tukivat kiinnipidon hoidollisuutta?

7.2.1 Hoidollisesti myönteiset tekijät

Yhteistyö

Vastauksista nousi esiin hoitajien keskinäinen yhteistyö kiinnipitotilanteissa. Yhteistyön sujuminen koettiin tärkeäksi sekä kiinnipidon hoidollisen onnistumisen että hyvän kiinnipidon kannalta. Luottamus siihen, että apua oli tarvittaessa saatavilla toisilta hoitajilta sekä mahdollisuus vaihtoon pitkässä kiinnipidossa mainittiin myös tärkeinä. Tärkeäksi vastaajat kokivat myös tilanteiden läpikäynnin jälkeenpäin muiden hoitajien kanssa. Huonona koettiin hoitajien väliset ristiriidat, jotka näkyivät myös kiinnipitotilanteissa. Yhteistyötä vaikeutti vastaajien mukaan erilaiset kiinnipitotekniikat hoitajien välillä ja ohjauksen sekä koulutuksen puute.

”Hoitajat ovat epäammattillisia, joko puheissaan, asenteissaan lasta kohtaan tai kiinnipito-otteissa. Esimerkiksi toinen kiinnipidossa oleva hoitaja on väentänyt lapsen kädet selän taakse tai hoitajien välinen yhteistyö ei suju tilanteessa esim. ei vaihdeta asentoa, vaikka toinen hoitaja on pyytänyt. Turvallisuus kärsii jostain syystä. Omakohtaisia tilanteita jossa hoitaja/ hoitajat joutuneet huutamaan apua ja apua ei ole muilta hoitajilta tullut.”

”aikuisten erimielisyys/ eritahtisuus välittyvät tilanteessa sanattomastikin. Aikuisten jaksamisen arviointi on tärkeä tekijä, jaksamisen ollessa riittämätön.”

”Lapsi on kyllä kuulolla vaikka raivoaakin”

”Hoitajilla ei ole yhteistä tai ristiriitainen näkemys. Tilanteessa ei olla avoimia supistaan/elehditään potilaan takana.”

Lapsen tarpeet

Vastaajat kertoivat aloittavansa kiinnipidon lapsen tarpeista ja voinnista lähtien. Kiinnipito aloitettiin lapsen ollessa muun muassa levoton, aggressiivinen tai poissa kontaktista. Lähtökohtana oli kuitenkin lapsen vointi.

”Aloitetaan kiinnipidon lapsen tarpeista lähtien.”

”Aina lapsen voinnista lähtöisin.”

sanoittaminen

Hoitajat kokivat kiinnipitotilanteeseen johtaneiden syiden ja lapsen tunnelmien sanoittamisen ja läpikäymisen tärkeänä osana kiinnipidon kulkua. Kiinnipitotilanteen koettiin jäävän kesken, jos keskustelu ja tilanteen läpikäyminen jäi puuttumaan. Sanoittaminen ja keskustelu rauhoittumisvaiheessa olivat tärkeä osa kiinnipitoa.

”Rauhoittumisen jälkeen tilanteen/ ajatusten läpikäyminen aikuisten suulla → lapselle uutta ymmärrystä ja uusia kokemuksia.”

”Keskitetään hankalan olon syntyyn, lapsen mieltä painaviin asioihin ja autetaan lasta kohtaamaan asioita ja tunteita.”

”Hoitaja aistii lapsen tunnetiloja ja sanoittaa niitä sopivina annoksina lapselle.”

”Hoidollisesti toimitaan huonosti esim. silloin jos kiinnipitotilanne jätetään kesken. Esimerkiksi tilannetta / lapsen oloa ei sanoiteta. ”

”Hoidollisesti huonossa kiinnipidossa lapsen ajatuksen ja tunteet jätetään huomioitta, eikä lapsi välttämättä tule kohdatuksi tilanteessa. Aikuinen saattaa omilla ajatuksillaan peittää lapsen äänen.”

Huolenpito ja välittäminen

Vastauksissa nousi esiin, että välittämisen kokemus on tärkeä osa hoidollista kiinnipitoa. Hoidollisessa kiinnipidossa nousi vastauksista tärkeänä huolenpito ja välittämisen ilmaiseminen lapselle kiinnipidon aikana ja sen jälkeen. Vastauksissa nousi myös esiin, että hoitaja on lapselle ennestään jollakin tavalla tuttu.

”Pääasia kiinnipidossa on, että lapsi kokee olonsa turvalliseksi. Hänen vihansa yms. otetaan vastaan eikä mitään paha tapahtu, ja elämä jatkuu kiinnipidon jälkeenkin.”

”Lapsi näkee, että aikuiset pysyvät hänen rinnallaan järkähtämättömänä, turvallisena, rauhallisena vaikka lapselle on paha olla eikä hallitse raivoaan tai pysty kontrolloimaan tekemisiään.”

”Kiinnipidosta tekevät hoidollisen onnistuessaan tilanteen turvallisuus -> turvallisuuden ja läheisyyden terapeutin kokemus.”

”Hoidollisessa kiinnipidossa lapsi hyväksytään sellaisena kuin on ja annetaan huolenpitoa/osoitetaan välittämistä.”

”Kiinnipitotilanteen tulisi olla kuin rauhallinen ”turvapaikka”, jossa lapsi voi purkaa sisällään jäytäviä/kaihertavia asioita aikuisen tuella perusteellisesti samalla kokien hyväksyntää ja huolenpitoa/välittämistä.”

Vastatunteet

Ammatillisuus näkyi vastaajien mukaan mm. hoitajan omien tunteiden hallintana. Tärkeäksi koettiin, että vastatunteista ja niiden vaikutuksista puhuttaisiin työryhmässä. Erityisesti vastauksissa nousi esiin tilanteet, joissa hoitaja ei itse tunnista vastatunteitaan tai pysty niitä hallitsemaan. Rajaustilanteessa hoitajan on kyettävä miettimään omaa reagoititapaansa ja toimintaansa. Hoitajan on perusteltava itselleen tilanteen hoidollisuus ja se, miksi puututaan toimintaan rajaamalla. Hoitajan on myös tunnistettava, jos hänen henkilökohtaiset tunteensa ja asenteensa vaikuttavat tilanteeseen.

”Hoitaja aloittaa kiinnipidon ärsyyntyessään lapsen käyttäen tällöin tarpeettoman kovia otteita, satuttaa lasta fyysisesti tai satuttaa puheillaan.”

”Jos aikuisella menee hermot tai hän ei ole tilanteessa koko ajan mukana. Aikuisten pitäisi pystyä pyytämään vaihtoa, jos tunteet kuumenevat liikaa. Olen ollut tilanteissa, jossa joku aikuisista on mielestäni ollut vaihdon tarpeessa, mutta ei ole sitä tunnistanut ja lapsi on sen joutunut kokemaan.”

”Hoitaja tietää mitä tekee ja miksi. Hoitaja hallitsee omat tunteensa ja vastatunteensa”.

”Kiinnipidossa pitää aikuisen pitää mielessä, että psykiatrisella osastolla lapsella on jokin sisäinen syy käyttäytyä kuten käyttäytyy, eikä hän kiusallaan ole kiinnipitoon hankkiutunut.”

”Läsnä olevat aikuiset toimivat tilanteessa hyvässä yhteistyössä ja heillä on riittävät voimavarat pysyä rauhallisina tilanteissa.”

”Eri mieltä olevat aikuiset, tai eri tahdilla tilanteessa etenevät luovat lapselle turvattomuuden tunteet, turvallisuuden tunteen ja rajojen sijaan. Aikuisten erimielisyys/eri tahtisuus välittyvät tilanteessa sanattomastikin. Aikuisen jaksamisen arviointi on tärkeä tekijä, jaksamisen ollessa riittämätön esim. aikaisemmin jo

kuormittunut kiinnipitotilannetta edeltävässä tilanteessa tai tullut vahingoitetuksi tällöin on vaarana hoidollisuuden menettäminen.”

Turvallisuus

Kaikki vastaajat korostivat kiinnipidon tapahtumista turvallisesti. Kiinnipidosta tekevät turvallisen aikuisjohtoisuus, oikeat kiinnipito-otteet, yksityisyys, hoitajien ammatillisuus tilanteessa sekä riittävä määrä henkilökuntaa. Vastaajat olivat myös yhtä mieltä siinä, ettei kiinnipitoon ryhdytä yksin. Vastaajien mukaan turvallisuus oli hoidollisen kiinnipidon edellytys.

”Jos en ole varma, että hallitsen tilanteen turvallisesti lapsen, itseni ja toisten kannalta. Eli jos tilanteeseen ei ole mahdollista saada riittävää määrää hoitajia ja että toisia lapsia jää hoitamaan riittävä määrä hoitajia.”

”Jos tilanne ei vaadi kiinnipitoa jos potilas on varustautunut terä-, ampuma-, tai lyömäaseella”

Yksityisyys

Toiset vastaajista korostivat kiinnipidon yksityisyyttä. Vastaajien mukaan kiinnipidon tulisi tapahtua rauhallisessa yksityisyyttä suojaavassa paikassa, ei muiden näkyvillä. Vastaajien mukaan hoidollisesti hyvä kiinnipito edellytti yksityisyyttä.

”Kiinnipito tapahtuu muiden lasten läsnä ollessa”

”Rauhallinen tila, poissa muiden katseilta. Yksityisyys!!”

7.2.2 Hoidollisesti negatiiviset tekijät

Ei ole perusteltavissa

Hoidolliselle kiinnipidolle on aina löydettävä perusteet. Hoitajan on pystyttävä perustelemaan kiinnipidon aloittaminen niin itselleen, lapselle kuin lapsen vanhemmille ja työryhmälle. Kiinnipito aloitettiin vastausten mukaan lapsen ollessaan vahingoksi muun muassa itselleen, toisilleen ja ympäristölleen sekä lapsen ollessa poissa kontaktista.

”Kiinnipito ei ole hoidollinen jos ei ole perusteltavissa.”

Hätäinen

Kiinnipidon aloituksesta, lopetuksesta ja kestosta vastaukset jakaantuivat. Aloituksessa korostettiin kuitenkin sitä, ettei kiinnipidon aloitus venyisi niin, että lapsi ehtii satuttaa itseään tai hoitajaa. Osa vastaajista koki kiinnipidon aloituksen välillä tapahtuvan liian myöhään, lapsi ehti esimerkiksi satuttaa hoitajaa. Myös lopetuksessa vastauksissa kävi ilmi, ettei kiinnipito saisi olla liian hätäinen. Suuri osa vastaajista korosti rauhoittumisvaiheen riittävää pituutta niin, että lapsi todella oli rauhoittunut.

”Jos kiinnipito lopetetaan heti, kun lapsi on aloillaan saattaa olla, että se pitää aloittaa uudelleen, kun tilannetta aletaan käymään läpi, tämä mielestäni rikkoo hoidollisuutta.”

”Kiinnipitoa on mielestäni tärkeä arvioida jatkuvasti tilanteessa. Vaikka kiinnipidon aloittaa, täytyy miettiä, kauanko tätä on hoidollista jatkaa.”

Lapsen kokema kipu

Vastauksissa tuotiin esiin, että hoitajien tulisi huomioida, jos lapsi ilmaisee kipua kiinnipidon aikana. Oikeiden kiinnipito-otteiden ei pitäisi eikä ole tarkoitus tuottaa kipua. Vastauksissa tuotiin esiin myös mahdollisuutta, että lapsi pyrkii hallitsemaan tilannetta ilmaisemalla kipua, mutta myös sitä, ettei lasta ole kiinnipidossa tarkoitus satuttaa, mikä tulisi muistaa ja huomioida.

”Lapset usein sanovat, että johonkin paikkaan sattuu kiinnipidon aikana. Jos tähän suhtaudutaan kylmästi ”ei satu” vastauksella, ei kiinnipito ole hoidollinen. Täytyy ottaa huomioon, että joskus voi sattua oikeasti, eikä lapsi aina tällä pyri hallitsemaan tilannetta. Kiinnipito ei ole hoidollinen jos lasta vastuutetaan sattumisesta sanomalla, että varmaan sattuukin, jos pistät koko ajan hanttiin.”

”Jos kiinnipidon tarkoitus on näyttää lapselle, että aikuinen on vahvempi ja pärjää lapselle ei kiinnipito ole hoidollinen”

”Huonossa kiinnipidossa lasta on vahingoitettu ja käytetty liikaa liian voimakkaita voimakeinoja.”

Ei ole aikuisjohtoinen

Vastauksista nousi esiin kiinnipidon toteuttaminen aikuisjohtoisesti ja johdonmukaisesti. Aikuisjohtoisuus nähtiin hoidollisen kiinnipidon edellytyksenä. Aikuinen päättää niin kiinnipidon aloittamisesta kuin lopettamisesta. Aikuisjohtoisuus tekee kiinnipidosta turvallisen.

” kiinnipito on pystytty toteuttamaan niin, että se on koko ajan hoitajien hallinnassa.”

”Kiinnipidon tulisi alusta asti olla tarkoituksenmukaista ja aikuisjohtoista.”

”Hoidollisessa kiinnipidossa aikuiset johtavat tilannetta.”

”Kiinnipito antaa lapselle kokemuksen turvallisuuden tunteesta aikuisjohtoisessa tilanteessa.”

Hoitajien satuttaminen

Kiinnipito tulisi aloittaa ennen kuin lapsi ehtii satuttaa itseään, muita tai ympäristöään.

Lapsen ehtiessä satuttaa hoitajaa aiheuttaa tämä turhaa syyllisyyttä lapselle.

”Lapsi pääsee satuttamaan hoitajia ja lapsi reagoi hoitajan saamaa vammaan. Vammoista/satuttamisista tärkeä puhua, mutta kiinnipito huono tilanne tähän.”

”Satuttamiset pystyttäisiin estämään.”

”Kiinnipito ei ole hoidollinen, jos lapsi ehtii satuttamaan aikuista.”

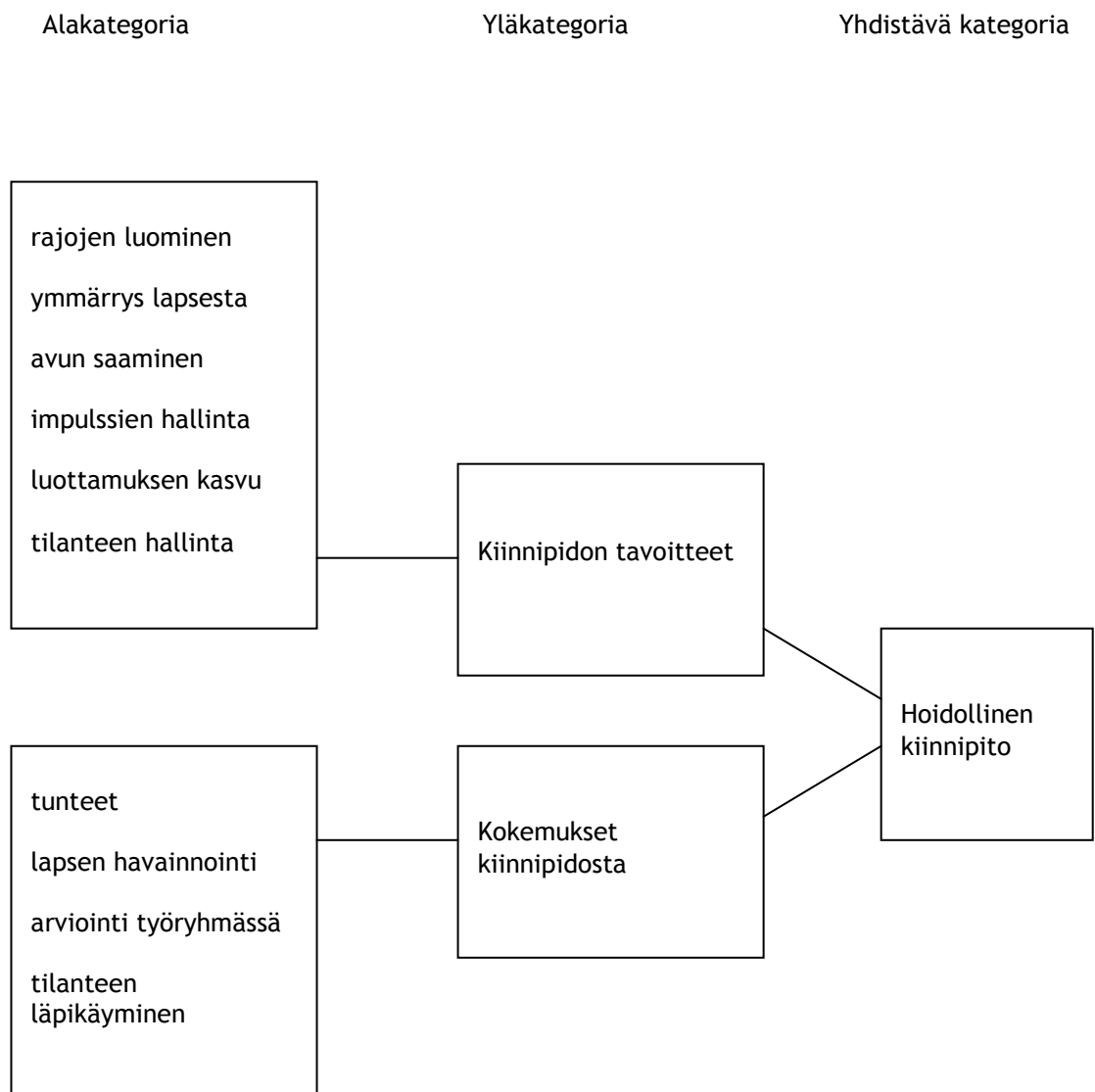
koulutuksen puute

Koulutus oikeisiin kiinnipito-otteisiin ja yhteisiin toimintatapoihin koettiin tärkeäksi.

Yhteiset kiinnipitotekniikat helpottivat yhteistyötä. Vastausten mukaan kokemattomuus lisäsi hoitajien epävarmuutta toimia tilanteessa hoidollisesti.

” Hoitajilla turvaton olo tilanteessa, kun eivät koe hallitsevansa tilannetta, esim. jouduttuaan tilanteeseen ilman ohjausta, ilman kokemusta.”

7.3 Hoidollinen kiinnipito



Kuvio 3. Mihin kiinnipidolla henkilökunnan näkemyksen mukaan pyritään?

7.3 HOIDOLLINEN KIINNIPITO

Kyselyllä pyrimme selvittämään, minkälaisia tavoitteita hoitajilla oli kiinnipitoon ryhtyessään. Onko kiinnipidolla yhteisiä tavoitteita ja nouseeko esiin alitajuisia tavoitteita? Vaikuttavatko tavoitteet kiinnipitoon ja kuinka erilaiset tavoitteet näkyvät käytännössä?

7.3.1 Kiinnipidon tavoitteet

Rajojen luominen

Kiinnipidon tavoitteena nähtiin turvallisten rajojen luominen lapselle.

”Kiinnipidossa lapsi rajautuu mahdollisesti takaisin lapsen asemaansa. Asiat saavat oikeat mittasuhteet. Lapsi saattaa kiinnipidossa ensikerran kokea kuinka hän saa rajan, jonka yli ei voi mennä. Aikuisilta tullut sana ei voi olla lapselle ensikerran tullut raja, jonka aikuiset pitävät loppuun saakka.”

Ymmärrys lapsesta

Kiinnipidon koettiin vastausten mukaan tuovan lisää tietoa ja ymmärrystä lapsesta.

”Lapsi kokee minut turvallisena aikuisena ja itsensä lapsena. Saamaan lisää ymmärrystä lapsesta ja hänen vaikeuksista, tunteista, ajatuksista”

Avun saaminen

Tavoitteena oli vastausten mukaan lapsen rauhoittuminen sekä lapsen kokemus autetuksi tulemisesta. Vastausten mukaan lapset saivat apua sen hetkiseen pahaan oloon sekä kokemuksen välittämisestä ja turvasta.

”kiinnipidolla pyrin lyhyellä tähtämellä sen hetkisen tilanteen rauhoittamiseen ja sen hetkiseen lapsen kokemukseen, liittäen tilannetta sopivina annoksina lapsen aikaisempiin kokemuksiin”.. ”Pitkällä tähtämellä Kiinnipito antaa lapselle kokemuksen vaikeiden tunteiden hallitsemisen mahdollisuudesta, sekä oman käytöksen hallitsemisen mahdollisuudesta. Kiinnipito antaa lapselle kokemuksen omasta tärkeydestä tunteineen, ajatuksineen ja kokemuksineen. Kiinnipito lisää luottamusta aikuiseen. Kiinnipito auttaa lasta löytämään omia psyykkisiä ja fyysisiä rajojaan.”

”Pyrin kiinnipidolla rauhoittamaan ja turvaamaan lapsen olemista, luoda turvaa esimerkiksi tilanteissa, joissa lapsi on aggressiivinen, sekä luomaan lapselle rajat fyysisesti ja psyykkisesti. Kiinnipidon avulla autan myös lasta kohtaamaan hankalia

asioita ja vaikeita tilanteita, kun lapsi ei tähän muulla tavoin kykene mielen sisäinen maailma kaottinen.

Impulssien hallinta

Kiinnipidolla pyrittiin vahvistamaan vuorovaikutusta ja antamaan lapselle kokemus oman käytöksen ja vaikeiden tunteiden hallinnan mahdollisuudesta. Hoitajilla oli tavoite ymmärtää lasta paremmin ja jäsentää tunteita ja kokemusta lapselle.

”jos lapsi on usein aggressiivinen pyrin kiinnipidoilla auttamaan lasta vähitellen oppimaan itse hallitsemaan impulssejaan ja käytöstään.”

”kiinnipito antaa lapselle kokemuksen vaikeiden tunteiden hallitsemisen mahdollisuudesta, sekä oman käytöksen hallitsemisen mahdollisuudesta.”

”Lapsen omien tunteiden ja käytöksen harkinnan kasvuun.”

”Toivottavasti lapsi kiinnipidosta oppii, ettei seuraavassa hetkessä olla saman asian edessä samalla tavalla vaan hieman viisastuneempana.”

Luottamuksen kasvu

Kiinnipidon tavoitteina vastauksista nousi esiin luottamuksen lisääntyminen lapsen ja aikuisen välillä. Kiinnipidolla oli vastausten mukaan positiivinen vaikutus lapsen ja aikuisen väliseen vuorovaikutukseen.

”kiinnipidoilla pyrin aikuisen luottamisen kasvuun.”

”Kiinnipito lisää lapsen luottamusta aikuiseen.”

Tilanteen hallinta

Tavoitteissa oli myös eroja vastaajien välillä. Vastausten mukaan kiinnipidon tavoite oli aggressiivisen tilanteen selvittäminen turvallisesti.

”selvittämään uhkatilanteen hallitusti”

”Lapsi alistetaan aikuisten tahtoon. Aikuiset kuitenkin määräävät, miten täällä eletään, mitä sallitaan, mitä ei”.

7.3.2 Kokemukset kiinnipidosta

Kyselyssä pyrimme saamaan vastauksia siihen, miten hoitajat työssään arvioivat kiinnipidon hoidollista vaikutusta. Miten kiinnipidon myönteisiä tai haitallisia vaikutuksia on mahdollista havainnoida ja kuinka ne vaikuttavat kiinnipidon tavoitteisiin?

Tunteet

Kiinnipidon aikana nousseet tunteet olivat vastausten mukaan osa kiinnipidon arviointiprosessia. Vastausten mukaan sekä hoitajien omat tunteet että lapsen tunteet kertoivat kiinnipidon onnistumisesta.

”kiinnipidoissa arvio perustuu lapsen käytöksen ja tai tunnetilan seuraamiseen.”

”mitä tunteita lapselle herää kiinnipidosta ja mitä tunteita aikuiselle herää lapsesta, tärkeää tietoa.”

Lapsen havainnointi

Lapsen tunteet sekä tuottama puhe kiinnipidon aikana ja sen jälkeen koettiin myös keinoksi arvioida kiinnipidon hoidollisuutta. Vastaajat arvioivat myös lapsen voinnin muutoksia ennen ja jälkeen sekä kiinnipidon aikana.

”kuinka lapsi on kiinnipidossa ja kiinnipidon eri vaiheissa. Pyrkiikö satuttamaan, vastustaako, mitä/millaista puhetta tuottaa, mitä tunteita herättää jne.. Kuinka lapsi kokee tilanteen ja millainen kokemus lapselle jää. Esimerkiksi hyvä kokemus, jossa saanut apua ja pystyy käymään läpi tilannetta ja vointiaan. Miten lapsen vointi muuttuu kiinnipidon aikana. Lapsi esimerkiksi saa ”kiinni” oloa hankaloittavasta tunteesta ja pystyy aikuisten suulla tunnettaan näyttämään turvallisesti esimerkiksi itkee ja olo helpottuu. Mitä tunteita lapselle herää kiinnipidossa ja mitä tunteita aikuiselle herää lapsesta, tärkeää tietoa.

”Arvioin kiinnipidon hoidollista vaikutusta sen perusteella, miten se vaikuttaa lapsen vointiin. Lapsen omat ajatukset kiinnipitotilanteesta myös kiinnipidon jälkeen ovat tärkeitä.”

Arviointi työryhmässä

Kiinnipidon hoidollista vaikutusta arvioitiin vastausten mukaan työryhmässä. Keskustelu ja tilanteen purku kollegojen kanssa koettiin tärkeänä. Tärkeänä koettiin myös hoitajien omat tunteet, joita oli tilanteessa noussut esiin.

” Arvioinnissa koen tärkeäksi kiinnipitotilanteen ja sen jälkeisen reflektoinnin kollegojen kanssa.”

”erityisen tärkeää ja joskus vähäiseksi jäävää, on tilanteessa läsnä olleiden reflektiot ja tilanteen pohtiminen aikuisten kesken. Hoitajilla tulisi olla mahdollisuus pohtia omaa ja muiden toimintaa tilanteessa ja antaa palautetta ja kritiikkiä, mikäli epäkohtia on ollut/parannettavaa seuraavaa kertaa ajatellen.”

Tilanteen läpikäyminen

Keskustelu ja yhteisymmärrys kiinnipitoon johtaneista syistä koettiin myös keinoksi arvioida kiinnipidon vaikutusta. Tilanteen läpikäyminen yhdessä lapsen kanssa oli vastausten mukaan osa kiinnipitoa.

” Minkälaiseen yhteisymmärrykseen lopuksi päästään. Onko lapsi suurin piirtein samaa mieltä aikuisen kanssa muun muassa kiinnipitoon johtaneista syistä.”

”Lapsen hankala olo on helpottunut ja kiinnipidon sysitä ja hankaluudesta on saatu lapsen kanssa puhuttua tarpeeksi pitkään.”

”hoidollisessa kiinnipidossa kiinnipitoon johtanut tilanne, sekä kiinnipito pystytään käymään läpi tapahtumineen ja tunteineen jollakin tavalla.”

8 POHDINTA

Olemme pohdinnassamme pyrkineet keskittymään tutkimuskysymyksiin saamiimme vastauksiin sekä vastauksissa erityisesti esiin nousseisiin teemoihin. Tarkoituksenamme on esittää tuloksista yhteenveto, sekä verrata saamiamme tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin ja teoriaan. Käsittelemme pohdinnassamme ensin keskeiset tulokset ja lopuksi tiivistetysti tutkimuskysymys kysymykseltä.

Kaikki vastaajat kertoivat aloittavansa kiinnipidon lapsen käyttäytyessä aggressiivisesti itseään, muita tai ympäristöään kohtaan. Vastauksissa nousi esiin, että osa vastaajista aloitti kiinnipidon myös lapsen ollessa poissa kontaktista tai ollessa levoton niin, ettei lapsen rauhoittelu ja aikuisen läsnäolo auta. Tämä nosti esiin kysymyksen, onko kiinnipito pelkkä aggressionhallintamenetelmä? Osa vastaajista kertoi käyttävänsä kiinnipitoa ainoastaan aggressiivisen tilanteen selvittämiseen. Osa vastaajista käytti kiinnipitoa myös pysäyttämiseen, turvan ja vierellä olon ilmaisemiseen.

Päätös kiinnipidon aloittamisesta syntyy usein tilannekohtaisesti, mutta kiinnipitoa voidaan käyttää myös suunnitellusti. Kiinnipito on vuorovaikutustilanne, jossa viestitään arvoja, asenteita ja tunteita (Heiskanen 2004:25.) Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, ettei kiinnipitoon tule lähteä sen toimiessa rankaisukeinona. Tämän koettiin rikkovan hoidollisuutta. Kiinnipito on hoitomuoto, ei rangaistus eikä seuraamus (Hermiö 2006). Kiinnipito ei saa toimia seuraamuksena tai rangaistuksena. Kiinnipidon hoidollisuus kärsii ja hoidollinen funktio jää taka-alalle, ellei hoitaja tiedä, mitä on tekemässä. Tällöin kiinnipidosta voi tulla valtataistelua lapsen ja hoitajan välille tai olla kurinpidollinen toimenpide. (Kinnunen 2000.)

On ehdottoman tärkeää, että hoitaja pysyy kiinnipidossa rauhallisena ja välttää tekoja, jotka lapsi voi kokea vasta-aggressiivisina. Pahoinpidellyt lapset odottavat aikuisen käyttäytyvän tilanteessa aggressiivisesti. (Aurela 1995:11-16.) Osa hoitajista kertoi huomioivansa ennen kiinnipidon aloittamista lapsen mahdollisia aikaisempia traumaattisia kokemuksia. Vastauksista nousi esiin muun muassa pahoinpidellyt sekä seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset. Tämä ei ollut tulosten mukaan kiinnipitoa estävä tekijä, mutta vastaajat kertoivat huomioivansa sen kiinnipitoon ryhtyessään.

Lapsi voi hakeutua kiinnipitoon tarvitessaan fyysistä läheisyyttä ja huomiota. Tämän tarpeen ilmaisuun voidaan lapselle opettaa uusia kommunikointitapoja. (Aurela 1995:17.) Osa vastaajista koki lasten myös välillä provosoivan kiinnipitoon ja näin hallitsemaan tilannetta ohi aikuisten. Näissä tilanteissa kiinnipitoa selkeästi pyrittiin välttämään.

Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, ettei kiinnipitoon tule ryhtyä yksin. Kiinnipidon turvallinen toteuttaminen nousi esiin kaikissa vastauksissa. Ennen kiinnipidon aloittamista huomioitiin osaston kokonaistilanne ja se, että henkilökuntaa oli riittävästi turvaamaan niin kiinnipitotilanne kuin osaston muut lapset. Aurela (1995:26) toteaa tutkimuksessaan, että yli seitsemän vuotiaan lapsen kiinnipidossa tulisi aina olla ainakin kaksi kiinnipitäjää, turvallisuuden takaamiseksi niin lapselle kuin hoitajalle.

Sanoittaminen nousi suuressa osaa vastauksissa tärkeäksi osaksi kiinnipidon hoidollisuutta. Hoitajat kertoivat sanoittavansa lapsen kokemuksia ja tunteita lapselle ymmärrettävään muotoon. Sanoittaminen oli osa kiinnipidon rauhoittumisvaihetta ja tilanteen läpikäyntiä. Pieni osa vastaajista ei kuitenkaan pitänyt sanoittamista osana kiinnipitoa tai tuonut sitä vastauksissaan esiin. Kiinnipidossa lasta autetaan löytämään tunteilleen sanoja ja käsittelemään ristiriitaisia tunteita (Heiskanen 2004). Kiinnipidossa käsitellään äskettäin tapahtuneita asioita tai myös lapsuuden traumaattisia kokemuksia (Aurela 1995:16-17). Lohdutus ja keskustelu kuuluvat myös kiinnipidon purkamiseen (Hermiö 2006:15-16).

Vastausten mukaan hoidolliseen kiinnipitoon kuului huolenpidon ja välittämisen kokemuksen antaminen lapselle. Kiinnipidossa lapsi sai kokea tulevaisuuden hyväksytyksi sellaisena kuin on ja sen, että lapsen tunteet, ajatukset ja kokemukset otettiin huomioon. Kiinnipito lähti lapsen tarpeista. Yhteys ja ymmärrys syntyvät ihokontaktin avulla kiinnipidon aikana. Ihokontaktin välityksellä on mahdollista osoittaa muun muassa hyväksyntää ja välittämistä (Heiskanen 2004:24). Kiinnipidon jälkeen lapsi voi alkaa itkemään. Lohdutus voi olla sekä sanallista, että fyysistä kuten lapsen silittämistä. (Hermiö 2006:15-16.)

Kaksi vastaajaa korosti kiinnipidon yksityistä luonnetta. Vastausten mukaan hoidollisen kiinnipidon tuli tapahtua poissa muiden lasten katseilta. Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitajat kaipasivat lisää koulutusta ja neuvoja potilaan yksityisyyden ja sen kunnioittamisen näkökulmasta kiinnipidoissa (Ukonmaanaho 2006:59-63.)

Eniten vastauksissa korostui henkilökunnan yhteistyö. Hoidollisen kiinnipidon edellytyksenä nähtiin onnistunut yhteistyö hoitajien välillä. Yhteistyössä nousivat esiin osaston yhdessä sovitut säännöt sekä yhteistyö kiinnipidossa. Tämä taas nosti vastauksissa esiin tulleet erilaiset näkemykset kiinnipitotilanteissa henkilökunnan välillä. Vastausten mukaan erilaisia näkemyksiä oli erityisesti kiinnipidon kestosta, aloituksesta, tavoitteista sekä kiinnipito-otteista. Hoitajien keskinäiset vuorovaikutussuhteet toimivat mallina siitä, että mielipide-eroista huolimatta vaikeudet voidaan ratkaista turvallisesti (Friis ym. 2004:155-157).

Tutkimuksen mukaan hoitotyön kannalta työryhmän yhteistyö ja sen onnistuminen koettiin tärkeäksi. Työryhmän tuki väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen ja tilanteen hoitoon oli tärkeää (Ukonmaanaho 2006:59-63).

Toisena isona teemana vastauksista nousi esiin hoitajien vastatunteet sekä niiden hallinta. Suurin osa vastaajista koki hoidollisuuden kärsivän, jos hoitaja ei itse tunnista omia vastatunteitaan tai kykene hallitsemaan niitä. Hoitajan oma itsehillintä niin fyysisesti kuin emotionaalisesti on tärkeää. Lasta ei tule pitää kiinni tilanteessa, jossa hoitaja ei ole varma omista reaktioistaan eikä hallitse tilannetta aikuisena (Hellsten & Pihlaja 2000:64). Hoitajan tehtävä on kestää kiinnipidossa lapsen tunteita, käsitellä niitä ja palauttaa ne kypsemässä muodossa takaisin lapselle (Heiskanen 2004:26). Rajaustilanteessa hoitajan on kyettävä miettimään omaa reagoititapaansa ja tunnistettava, jos hänen henkilökohtaiset tunteensa ja ajatuksensa vaikuttavat tilanteeseen (Hermiö 2006:18). Vastauksissa mietittiin, miten tällaisissa tilanteissa voisi toimia tai esimerkiksi ohjata hoitajaa vaihtoon kiinnipitotilanteesta. Taattolan tutkimuksessa väkivallan ilmenemisestä ja ennaltaehkäisemistä hoitajan piirteistä nousi esiin aggressionhallinta, viestintä, tiimityöskentely, asenteet, käytös, tiedot ja taidot. Persoonallisista ominaisuuksista nousi esiin ikä, sukupuoli, fyysiset ominaisuudet ja itsetuntemus. Näillä todettiin olevan yhteyttä väkivallan ennaltaehkäisyyn. Hoitajan stressin koettiin myös vaikuttavan aggression sietokykyyn. Väkivaltatilanteilla oli myös vaikutusta työmotivaatioon. (Taattola 2007:5-13.)

Kiinnipidon kestosta saimme erilaisia vastauksia vastaajien välillä. Osa aloitti kiinnipidon aikaisemmin, ja aloittamisen syyt saattoivat vaihdella. Mutta jos kiinnipidon tavoitteet jo alun alkaenkin ovat erilaiset, miten kiinnipito toteutetaan hoidollisesti? Jos toinen hoitaja pyrkii selvittämään tilanteen hallitusti ja aloittaa kiinnipidon vain lapsen ollessa väkivaltainen itseään, toisia tai ympäristöään kohtaan. Toinen hoitaja taas aloittaa kiinnipidon jo lapsen ollessa poissa kontaktista ja levoton ja pyrkii sanoittamaan ja käsittelemään lapsen kokemuksia, ajatuksia ja tunteita sekä antamaan hoivaa ja lohtua. Suurimmalla osalla hoidollisen kiinnipidon edellytykset olivat samat, mutta muutamassa vastauksessa kiinnipidosta tekivät hoidollisen tilanteen selvittäminen hallitusti sekä oikeat kiinnipitototteet. Jos väkivaltaisuuden suuntaan kehittyvän tilanteen rauhoittaminen ei onnistu vuorovaikutuksellisin keinoin, turvaudutaan viimeisenä keinona fyysiseen kiinnipitoon. (Soldehed 2008: 15).

Työntekijän asenteella voitiin tutkimusten mukaan vaikuttaa tilanteiden syntyyn ennaltaehkäisevästi. Hoitajan negatiiviset asenteet saattoivat lisätä aggressiivista käytöstä. Keskustelu ja hoitajan läsnäolo taas saattoivat tutkimusten mukaan puolestaan vähentää aggressiivista käytöstä. (Ukonmaanaho 2006:59-63.)

Kiinnipidon lopettamisajankohta oli hoitajien yksilöllisistä eroista riippuvainen. Osa hoitajista saattoi käyttää aikaa runsaastikin rentoutumisen jälkeen lapsen kanssa keskustelulle ja hoivalle. Osa puolestaan saattoi lopettaa kiinnipidon heti kun lapsi oli rauhoittunut ja

kykenevä jatkamaan muuta toimintaa. (Aurela 1995: 26.) Kiinnipidon lopetus jakoi tulosten mukaan mielipiteitä. Lopetettiin kiinnipito heti lapsen rauhoituttua vai jäikö aikaa rauhoittumiseen ja asian käsittelylle? Liian hätäisen ja lyhyen kiinnipidon koettiin suuressa osassa vastauksista rikkovan hoidollisuutta. Kiinnipidon uudelleen aloittaminen nähtiin myös yhdessä vastauksista hoidollisesti negatiivisena, eikä ensimmäisessä kiinnipidossa ole tällöin oltu ja käsitelty asiaa tarpeeksi.

Osassa vastauksista nousi esiin liiallinen voimankäyttö tai erilaiset kiinnipito-otteet hoitajien kesken. Osa vastaajista nosti myös esiin hoitajan epäasiallisen puheen lapselle yhtenä hoidollisuutta rikkovana asiana. Fyysisen rajoittamisen tekniikat eivät aina toteutuneet oikein ja joskus oli havaittavissa liiallista voimankäyttöä (Ukonmaanaho 2006:59-63). Fyysinen kiinnipito on suunniteltu turvalliseksi niin potilaalle kuin työntekijöille ja kiinnipito perustuu enemmän tekniikkaan ja asennon huomioimiseen kuin voimaan (Soldehed 2008: 15). Aikaisempien tutkimusten mukaan lastenpsykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat pelkäsivät vastaavansa liian voimakkaasti lapsen aggressioon kiinnipitämällä (Aurela 1995). Tätä ei vastauksissa tuotu varsinaisesti esiin, mutta muutamissa vastauksissa tuotiin esiin huolta toisten hoitajien liiallisesta voimankäytöstä. Muutamissa vastauksissa tuli esiin myös kiinnipito-otteita, joita toinen kiinnipidossa ollut hoitaja oli kokenut väärinä.

Vastauksissa toivottiin, että työpaikalla voitaisiin avoimesti keskustella kiinnipitotilanteista ja esimerkiksi erilaisista kiinnipitotekniikoista. Reflektointia kollegojen kesken pidettiin suuressa osaa vastauksissa merkittävänä. Kiinnipitoon liittyy hoidollinen suunnittelu ja riskien arviointi. (Soldehed 2008: 15). Hoitajat tarvitsevat hoidolliseen vastuunkantamiseen kiinnipidossa riittävästi tietoa käytettävästä kiinnipitomenetelmästä sekä sen hoidollisesta vaikutuksesta. Kiinnipidon hoidollinen toteuttaminen edellyttää eettistä herkkyyttä ja ammattitaitoa (Prekop 1993). Hyvä työilmapiiri, työyhteisön tuki ja tiedonkulku koettiin tärkeiksi väkivaltatilanteiden hallinnassa. Hoitajat kokivat tutkimuksen mukaan tarvitsevansa neuvoja yhteisten toimintatapojen löytymiseksi. (Taattola 2007: 5-13.)

Kiinnipidon tavoitteet oli jaettavissa tavoitteisiin lyhyellä ja pitkällä tähtäimellä. Vastauksista nousi selvästi esiin kiinnipidon tavoite lapsen omien impulssien hallinnan kasvuun. Lähes kaikki vastaajista toivat tämän tavoitteen esiin. Kiinnipidon tulisi tehdä itsensä ajan myötä tarpeettomaksi lapsen oman impulssikontrollin parantuessa (Aurela 1998: 10). Kiinnipidon nähtiin auttavan aggressiivisia lapsia parempaan tunteiden hallintaan (Heiskanen 2004). Teoriassa ja aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty, että kiinnipidossa lapsi voi saada korjaavan kokemuksen ja kykenee sen turvin muodostamaan luottamussuhdetta aikuisen. Kiinnipito vahvistaa lapsen luottamusta aikuisiin sekä lapsen ja hoitajan välistä suhdetta. (Aurela 1995: 11-16.) Luottamuksen kasvu sekä vuorovaikutus hoitajan ja lapsen välillä nähtiin

kiinnipidon pitkän ajan tavoitteena. Suurin osa vastaajista toi myös tämän kiinnipidon tavoitteen esiin.

Lyhyemmän aikavälin tavoitteita nousi esiin kaikissa vastauksissa kaksi. Nämä kaksi olivat rajojen luominen lapselle sekä sen hetkisen tilanteen selvittäminen hallitusti. Rajojen asettaminen nähtiin vastausten mukaan tärkeänä. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että osastolla lapset saattavat saada ensimmäistä kertaa elämässään rajat, jotka pysyvät. Rajojen asettaminen on erityisen tärkeää minän kehitykselle ja pettymysten sietäminen ja odottaminen edistävät lapsen kasvua ja kehitystä (Aurela 1998:25). Aggressiivisesti käyttäytyvä lapsi kokee, ettei kykene hallitsemaan omia impulssejaan ja toivoo aikuisen apua tuomaan rajat. Kiinnipito on levottomasti käyttäytyvälle lapselle hoidollista juuri sen tuomien rajojen vuoksi. Rajat ovat välttämättömiä terveelle persoonallisuuden kehitykselle (Heiskanen 2004: 20). Lapselle on osoitettava lämmön ja turvallisten rajojen lisäksi se, että hoitoyhteisö pystyy vastaanottamaan hänen aggressionsa (Friis ym 2004: 155-157). Keskeisimpinä keinoina tavoitteiden arvioinnissa nousivat esiin lapsen havainnointi ja reflektointi kollegojen kanssa sekä kiinnipidon aikana nousseet tunteet niin hoitajassa kuin lapsessa.

8.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää Lasten ja nuorten sairaalan osaston A20 työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta. Olemme selvittäneet hoidollisen kiinnipidon aloittamisen kriteereitä ja edellytyksiä sekä kiinnipidon hoidollisia tavoitteita. Vastausten avulla oli tarkoitus selvittää osaston koulutus - ja kehittämistarpeita mm. kiinnipitotekniikoiden ja yhtenäisten linjojen osalta. Olivatko kiinnipidon tavoitteet hoitajille selvillä? Oliko hoitajilla varmuutta ja koulutusta toimia kiinnipitotilanteissa? Oliko osastolla tarvetta muuttaa tai keskustella yhteisistä linjoista?

Tuloksien mukaan kaikki hoitajat olivat selvillä kiinnipidon aloittamisen kriteereistä ja edellytyksistä koskien aggressiivisesti itseään, muita tai ympäristöään kohtaan käyttäytyvää lasta. Ero tuloksissa tuli lapsen kohdalla, joka ei ollut kontaktissa, eikä sanallisesti ohjattavissa. Tulosten mukaan osa lähti kiinnipitoon sen ollessa viimeinen rajauskeino. Osa taas lähti herkemmin huomattessaan, ettei aikuisen läsnäolo ja puhe auta. Vastauksissa nousi esiin myös kapalointi ja vierellä olo. Kysymys voiko näistä kahdesta edes molemmista puhua kiinnipitona, koska ovat lähtökohdiltaan niin erilaiset? Ja onko kiinnipito vaan aggressionhallintamenetelmä, jollaisena sen tulisi myös pysyä?

Tulosten mukaan myös näkemys hoidollisesta kiinnipidosta vaihteli. Muutamalle hoidollinen kiinnipito oli tilanteen selvittämistä aikuisjohtoisesti, hallitusti ja käyttämällä kiinnipidossa

oikeita kiinnipito-otteita. Tuloksissa kävi kuitenkin ilmi, että suurin osa näki tämän lisäksi kiinnipidon hoidollisuuden lapsen tarpeista lähtevänä, lapsen pahanolon vastaanottamisena, sanoittamisena ja turvan ja lohdun tuomisena. Tämä herätti meissä kysymyksen, miten kiinnipidon toteutus käytännössä onnistuu esimerkiksi kahden näin erilailla ajattelevan hoitajan välillä. Henkilökunnan näkemys hoidollisesta kiinnipidosta siis jakaantui. Teoriassa ja tuloksissa nousi esiin henkilökunnan väliset erot, jotka saattavat vaikuttaa kiinnipidon onnistumiseen.

Kiinnipidon tavoitteet jakaantuivat myös osaston henkilökunnan välillä. Tulosten mukaan kaikilla oli samat lyhyen tähtäimen tavoitteet eli asettaa rajat lapselle sekä ratkaista tilanne hallitusti. Tulosten mukaan suurella osalla vastaajista oli tämän lisäksi pitkän ajan tavoitteina lapsen impulssikontrollin paraneminen sekä vuorovaikutuksen ja luottamuksen lisääntyminen.

Kaikissa tutkimuskysymyksissämme nousi esiin eri näkemykset vastaajien välillä. Kiinnipidon tavoitteiden ollessa erilaiset olivat loogisesti myös kiinnipidon aloitukseen vaikuttavat syyt erilaiset, kuten hoidolliset näkemyksetkin. Tulostemme mukaan osastolla olisi hyvä keskustella esiin nousseista erilaisista näkemyksistä. Mikä kiinnipidossa hoitaa? Olisiko kiinnipidon aloituksen kriteereitä ja edellytyksiä hyvä miettiä yhdessä ääneen? Yhteiset pelisäännöt tuovat myös turvaa osaston lapsille, kun kaikilla aikuisilla on yhteiset, selvät säännöt. Olisiko kiinnipidon tavoitteista ja kokemuksista hyvä puhua työryhmässä. Suuressa osaa vastauksista tuotiin esiin työryhmän tukea ja yhteistyötä sekä toivottiin reflektointia kollegoiden kesken. Tulosten mukaan halukkuutta koulutukseen tai keskustelun aloituksessa työryhmässä olisi. Kiinnipitokoulutuksesta olisi varmasti hyötyä oikeiden tekniikoiden ja kiinnipito-otteiden selventämiseksi. Tällöin välttyttäisiin tilanteilta, jossa toinen hoitaja käyttää erilaista kiinnipitotekniikkaa ja näin vaikeuttaa hoitajien välistä yhteistyötä tilanteissa. Yksi vastaajista jätti myös vastaamatta kyselyyn vedoten vähäiseen kokemukseen kiinnipidoista. Kertoisiko tämä koulutustarpeesta? Jatkotutkimuksen kannalta olisi mielenkiintoista tutkia onko kiinnipito vaan aggressionhallintamenetelmä? Tämä nousi tuloksissa selkeästi esiin ja on mielestämme jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoinen aihe pohtia. Jatkotutkimuksen kannalta olisi lisäksi mielenkiintoista tutkia jatkuvien väkivaltatilanteiden kohtaamisen vaikutusta työssä jaksamiseen.

Keskustelu väkivallasta ja sen uhasta on lisääntynyt. Useimmat väkivaltatapahtumat ovat lieviä, mutta yksittäisen työntekijän kannalta se voi olla kuormittava stressitekijä. Henkilöstöön kohdistuu työssä tönimisiä, raapimisia, erilaisia uhkailuja, haukkumisia, pahoinpitelyjä ja ylipäätään huonoa kohtelua. Nämä ylimääräiset työn kuormitustekijät vaikuttavat työssä jaksamiseen. Työssä kohdattu väkivalta saattaa heikentää työssä viihtyvyyttä. Väkivallan ja sen uhan ajatellaan kuuluvan työhön, jolloin sitä siedetään tai ei siedetä lainkaan, jolloin siihen puututaan heti voimakeinoja käyttäen. Aggressiivisuutta voi

esiintyä, jos vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on vähäistä, jos hoitajien työtehtävät ovat epäselvät ja tapahtumia on vaikea ennustaa. Psykiatrisissa sairaaloissa väkivaltatilanteiden hallinnassa käytettäviä menetelmiä ovat perinteisesti olleet eristäminen, rajoittaminen ja lääkitys. (Leppänen, M. 2004.)

Sairaaloiden kulttuuriin liittyy asianmukaisten ja toimivien käytäntöjen ohella myös vanhoja, joskus perusteettomia tapoja, oppeja ja asenteita, jotka siirtyvät hoitajasukupolvelta toiselle. Työssä esiintyvä väkivalta ja sen kohtaaminen on yhteydessä vallitsevaan työkuulttuuriin. Työkuulttuuri asettaa puitteita ja määrittää esiintyviä väkivaltatilanteita. (Leppänen, M. 2004.)

Aikaisemmassa tutkimuksessa todettiin, että nais- ja miestyöntekijät puuttuivat väkivaltatilanteisiin eri tavoin. Tutkimuksen mukaan työparin sukupuoli vaikutti siten, että miestyöntekijän kanssa oli helpompi rajoittaa fyysisesti kuin naistryöntekijän kanssa. Toisaalta koettiin, että pelkkä fyysinen koko ei ole aina tarpeeksi tilanteen hallinnassa. Koko liitettiin pelkoon ja todettiin, ettei koolla pelottelu ole aina positiivista. Tulosten mukaan riittävällä henkilökunnalla voidaan ennakoida tilanteita. (Hoikkala, S. 2002: 42.) Mielenkiintoista olisi tutkia jatkotutkimusaiheena myös sukupuoliroolien merkitystä hoitotyössä.

Kiinnipitokäytäntöjen kehittäminen vaatii koko hoitoyhteisön osallistumista kehittämiseen, joka edellyttää avointa keskustelua ja kiinnipitoon liittyvien tunteiden jakamista. Ryhmän avulla osallistujat huomaavat, että muillakin voi olla samanlaisia ajatuksia ja tunnekokemuksia. (Niskanen, J & Utela, P. 2009.) Tulostemme mukaan reflektointia kollegoiden kanssa pidettiin tärkeänä. Kiinnipitotilanteiden aloitus ja lopetus nousivat esiin pulmakohtina. Kehittämisideana voitaisiin koko osaston työryhmä ottaa mukaan kiinnipidoista käytävään keskusteluun ja esimerkiksi kiinnipidon yhdenmukaisten toimintaohjeiden laatimiseen. Saataisiinko näin uusia näkökulmia? Olisivatko osaston viikoittaiset assosiaatiokokoukset mahdollisia hetkiä reflektoinnille ja keskustelulle?

8.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuuden tarkastelu

Tutkimukseen liittyy aina eettisiä näkökohtia ja sääntöjä, jotka on otettava huomioon koko tutkimusprosessin ajan. Jako voidaan tehdä tutkimusaineiston hankinnan ja tiedon käytön välillä. Tutkimukseen osallistuneiden on oltava tietoisia omista oikeuksistaan ennen tutkimuksen suorittamista. On huolehdittava siitä, että kaikki osallistujat tietävät tutkimuksen tarkoituksesta ja kuluista, heidän osallistuminen on vapaaehtoista ja heillä on oikeus pysyä nimettöminä. Jokaisella osallistujalla on myös oikeus keskeyttää osallistumisensa kyselyyn. Tutkimussuunnitelmassa on oltava selitettynä kaikki suunnitellut toimenpiteet eikä niitä tutkimusta suoritettaessa enää voida muuttaa. Eettisiin näkökohtiin liittyvät myös

tutkimustulosten väärentäminen, tulosten lainaaminen toisista tutkimuksista ja muut samantyyppiset vilpit. Tutkijalla itsellään on vastuu toimia eettisesti. (Teirilä ym. 2001: 16.) Opinnäytetyötä tehdessämme olemme käyttäneet apunamme kunnioittavasti muiden tutkimuksia ja aineistoja. Suurin osa käyttämistämme tutkimuksista ja teoriasta käsittelee hoitajien kokemuksia kiinnipidosta. Työmme pohjautuukin hoitajien kokemuksiin ja näkemyksiin kiinnipidosta. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole samanlaista luotettavuuden mittaria kuin määrällisessä tutkimuksessa, vaan luotettavuuden tarkastelu perustuukin tutkijan selostukseen tutkimuksen toteuttamisesta.

Tutkimuslupaa haimme HYKS:n sairaanhoitoalueen Naisten- ja lastentautien tulosyksikön johdolta. Tutkimuslupahakemusta seurasi tutkimussuunnitelmamme, jonka pohjalta haimme lupaa toteuttaa työmme. Myös Lasten- ja nuortensairaalan osasto A20:nen osastonhoitaja ja lääkäri saivat tutkimussuunnitelman luettavakseen.

Ennen tutkimusaineiston hankintaa kerroimme tutkimukseen osallistuneille tutkimuksen luonteesta sekä sen tavoitteista. Saatekirjeessä painotimme vastaajien osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta. Jokaisella kyselylomakkeen vastaajalla oli myös oikeus keskeyttää osallistumisensa niin halutessaan. Vastaukset kerättiin nimettöminä suljetussa kirjekuoressa. Anonymiteetin suojaamiseksi emme myöskään kysyneet tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja, kuten ikää, ammattiryhmää tai sukupuolta. Tietojen käsittelyssä ja julkistettaessa tulee pitää huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonyymisuojusta (Eskola & Suoranta 1998:57). Palautuneita kyselylomakkeita on säilytetty vain opinnäytetyöntekijöiden hallussa ja kaikki kyselyyn liittyvät lomakkeet tuhotaan, kun opinnäytetyö on valmis.

Aineisto kerättiin osasto A20:nen työntekijöiltä kolmena eri päivänä, sillä kaikkia tutkimukseen osallistuvia oli työvuorollisista syistä mahdoton saada yhtä aikaa aineistonkeruutilaisuuteen. Tilaisuus alustettiin saatekirjeessä esiin tulleilla asioilla ja huolehdittiin vielä siitä, että kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat selvillä tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, eettiset näkökohdat sekä kyselylomakkeen täyttäminen. Tutkimusaineiston kerääminen kolmena eri päivänä asetti kysymyksen, että ovatko tutkimukseen osallistujat mahdollisesti keskustelleet keskenään kyselylomakkeen kysymyksistä ennen kuin kaikki ovat kyselyyn edes vastanneet. Työntekijöitä on kuitenkin ohjattu olemaan keskustelematta aiheesta ennen kuin kaikki ovat kyselylomakkeen täyttäneet.

Opinnäytetyössämme on tarkoituksena tuoda esille vastaajien ajatuksia ja näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustuloksia analysoidessamme pidimme tärkeänä sitä, että tutkimukseen vastanneiden ääni pääsee tutkimuksessa esille. Tutkimuksen tuloksia esitellessä

olemme sisällyttäneet tuloksien joukkoon vastaajien suoria lainauksia heidän vastauksistaan. Mahdollisen tunnistettavuuden takia lainauksissa ei tule esiin muuta kuin suora lainaus jostakin kyselylomakkeen vastauksesta. Tutkimuksen luotettavuutta kasvatti se, että tulosten esittelyyn sisältyi runsaasti lausumia tutkimukseen osallistuneiden vastauksista.

Tulosten tulkintaan vaikuttaa tutkijan kyky perustella ja esittää tulkintoja, joihin hän päätelemänsä perustaa. Tässä lukijalle on avuksi, jos tulosten esittämistä rikastutetaan suorilla lainauksilla tutkimusaineistosta. (Hirsjärvi ym.2007: 228.)

Objektiivisuudella tarkoitetaan sitä, ettei tutkija sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen (Eskola ym 1998:17). Tutkimuksen toteuttaminen toisen meistä työpaikalla nosti esiin objektiivisuuden tarkastelun. Tässä tutkimuksessa on pyritty tarkastelemaan tuloksia mahdollisimman objektiivisesti, mutta subjektiivisten ennakkokäsitysten ja kokemusten vaikutusta ei kuitenkaan voi täysin pois sulkea.

Kun saimme palautuneet kyselylomakkeet, suoritimme aineiston litteroinnin puoliksi. Kyselylomakkeen vastaajien ollessa tuttuja toiselle meistä opinnäytetyöntekijöistä, myös käsialan tunnistaminen vastauksista oli otettava huomioon. Tämä eettinen ongelma huomioitiin kiinnittämällä erityistä huomiota objektiivisuuden säilyttämiseen. Litterointi on etäännyttänyt vastaajista ja auttanut näin pysymään objektiivisena.

Tieteellinen tutkimus perustuu luotettavan tiedon tuottamiseen tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään erilaisia tutkimustapoja. Luotettavuutta nostaa tutkijan kyky selittää tutkimuksen eri vaiheita tarkasti ja totuudenmukaisesti. Aineistonkeruun vaiheet, olosuhteet, käytetty aika ja mahdolliset häiriötekijät tulee kertoa perusteellisesti. (Hirsjärvi ym. 2007: 226-227.) Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä tai eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimustulosten on siis vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuksen kohteesta. Tutkimuksen tekijän on oltava riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, jotta tutkimuksen osallistujan näkökulman ymmärtäminen toteutuu. Laadullisessa tutkimuksessa kun ollaan juuri kiinnostuneita tutkimuksen osallistujan näkökulmasta tutkittavasta kohteesta. Vahvistettavuus edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta, eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa, koska todellisuuksia on monia ja erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät ymmärrystä tutkimuksen kohteesta. Reflektiivisyys tarkoittaa tutkijan tietoisuutta

omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. On arvioitava, kuinka tutkija itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin, jossa tutkijan on annettava tarpeeksi tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Kylmä ym. 2007: 127-129.)

Olemme tehneet tutkimusta ottaen huomioon laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. Tutkimuksen kulku, tutkimuksessa käytetty materiaali, aineiston keruu, analysointi, tulokset ja tulosten pohdinta on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti ja selkeästi, että lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Kyselytutkimus perustui standardoituuteen, jossa jokaiselta osallistujalta kysyttiin asiaa täsmälleen samalla tavalla, mikä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Kyselyyn osallistuneille informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmistä mahdollisimman tarkasti ennen kyselyn toteuttamista. Kyselylomake sisälsi vain avoimia kysymyksiä, joissa kaikilla oli mahdollisuus kertoa tutkittavasta asiasta omin sanoin, mikä tukee tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty ilmaisemaan käyttämällä runsaasti tutkimukseen osallistuvien suoria lainauksia heidän vastauksistaan. Kummallakaan meistä opinnäytetyön tekijöistä ei ole aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Kokemattomuutemme tutkijoina voi esiintyä eräänlaisena heikkoutena tutkimusta tehdessämme. Kuitenkin kokemuksemme hoitajina on varmasti auttanut meitä eläytymään tutkittavien kokemusmaailmaan ja antanut meille laajempaa näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Olemme pyrkineet käsittelemään työtä mahdollisimman objektiivisesti. Laaja perehtyminen tutkimuksen tekemisen taustoihin on kuitenkin ollut tämän työn onnistumisen edellytys. Olemme pyrkineet esittelemään työn toteutuksen mahdollisimman tarkasti.

LÄHTEET

- Aurela, A.1995. Käytöshäiriöisten lasten ja nuorten kiinnipitohoito ”pitävä vastaus erääseen nyky-yhteiskunnan ongelmaan” 31/1995. Helsinki: STAKES
- Aurela, A.1998. Sylissäpito elämänmuotona ja terapiana. Unipaps. Turun yliopisto.
- Eskola, J & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Vantaa: WSOY
- Heiskanen, P. 2004. Kiinnipito lastenpsykiatriassa. Gummerus Kirjapaino Oy Saarijärvi.
- Hellsten, E & Pihlaja, P. 1999. Päiväkodin hoidolliset mahdollisuudet. Teoksessa Sinkkonen, J. Pihlaja,P (toim.) Ulos umpikujasta - miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Hermiö, S. 2006. Rauhoittava syli: hoitajien kokemuksia kiinnipitohoidosta lastenpsykiatrisella osastolla. AMK-opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoikkala, S. 2002. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2003:5. 'Mikä on väkivaltaa, mikä ei'. Työntekijöiden tulkintoja nuorten väkivallattoman käyttäytymisen tukemisesta helsinkiläisissä lastensuojelulaitoksissa syksyllä 2002.
- Räsänen E. 2004. Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. & Tamminen, T (toim.) 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim.
- Kinnunen, S. 1999. Lastenpsykiatrisen osastohoito. Teoksessa Sinkkonen, J. Pihlaja,P (toim.) Ulos umpikujasta - miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Lahtela, Nina. 2007. Lastenpsykiatrisen osastohoito perheiden kokemana. Pro gradu - tutkielma. Tampereen Yliopisto.
- Lahtonen, J & Lepistö, Outi. 2007. Kohti terapeutista omahoitajuutta -omahoitajuus ja sen kehittäminen pienten lasten vastaanottoyksiköissä. Opinnäytetyö. Diakonia - ammattikorkeakoulu: Helsinki.
- Leppänen, M L. 2004. Hallittu terapeutin fyysinen rajoittaminen: toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen: koulutuksen vaikutusten ja toimintamallin soveltuvuuden arviointi. Pro gradu - tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Niskanen, J & Utela, P. 2009. Kiinnipito osana hoitoa, hoitajien kokemuksia alle 13-vuotiaiden lasten kiinnipidosta. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu.
- Prekop,J.1993. Olisitpa pitänyt minusta tiukasti kiinni. Kiinnipitoterapian perusteet ja käytäntö. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Selander, M. 2002. Moniammatillinen lapsen hoidon suunnittelu lastenpsykiatrian osastolla - hoitotyön osana moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Pro gradu - tutkielma. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Soldehed, S. 2008. Aggression hoidollinen hallinta - koulutuksen toteuttaminen satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta - sosiaali - ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttaja koulutuksesta. Pro gradu - tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Teirilä, M. & Jyväsjärvi, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Vantaa: Oy Finn Lectura.

Ukomaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus.

Welch, M. 1995. Syliaika. Jyväskylä: Gummerus.

Ylijoki, A. 2002. Lapsen, perheen - ja omahoitajan yhteistyösuhde lastenpsykiatrisella osastolla. Pro gradu - tutkielma. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laki potilaan oikeuksista (785/1992). Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi>

Mielenterveyslaki (1116/1990); muutos (1423/2001). Saatavilla www-muodossa: <http://www.finlex.fi>

SAATEKIRJE

LIITE 1

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Porvoon Laureasta ja teemme opinnäytetyömme hoidollisesta kiinnipidosta. Opinnäytetyömme on lähtenyt liikkeelle kiinnostuksestamme kiinnipitoon lastenpsykiatrisena hoitomenetelmänä. Opinnäytetyömme tarkoituksena onkin tutkia kiinnipitoa työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää työntekijöiden omia näkemyksiä ja kokemuksia hoidollisesta kiinnipidosta lasten ja nuortensairaalan osastolla A20. Tarkoitus on selvittää työntekijöiden mahdollisia jatkokoulutus ja kehittämistarpeita. Tässä tarvitsemme teidän apuanne.

Toivomme, että voisitte miettiä omia näkemyksiänne ja kokemuksianne lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Haemme henkilökunnan omia ajatuksia, kokemuksia ja näkemyksiä kiinnipitotilanteista! Toivomme, että voisit miettiä, mikä sinun kokemuksesi mukaan tekee kiinnipidosta hoidollisesti hyvän tai huonon. Millaisessa tilanteessa aloitat kiinnipidon ja milloin sinun mielestäsi kiinnipitoa tulisi välttää. Mitä tavoitteita sinulla on kiinnipitoa aloittaessasi ja miten arvioit sen onnistumista. Aikaa on varattu tunti lomakkeen täyttämiseen ja toivomme, että vastaatte kysymyksiin huolellisesti ja mahdollisimman laajasti mm. esimerkkejä apuna käyttäen. Lomakkeen kysymykset ovat avoimia kysymyksiä, joihin vastataan erilliselle paperille. Kaikki kokemukset, ajatukset, mietteet, asenteet ja tunteet kiinnipitoihin liittyen ovat meille arvokkaita!

Koska kyselytutkimus perustuu standardoituuteen, jossa jokaiselta osallistujalta kysytään asiaa täsmälleen samalla tavalla, lisää se tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomake sisältää vain avoimia kysymyksiä, joissa kaikilla on mahdollisuus kertoa tutkittavasta asiasta omin sanoin. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujilla on oikeus pysyä nimettöminä. Kyselylomakkeeseen vastaavat osaston työntekijöistä, toimessa sekä pitkäaikaisessa työsuhteessa olevat sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat sekä lastenhoitajat. Yöhoitajat ja alle puoli vuotta työsuhteessa olleet jätetään kyselyn ulkopuolelle. Tutkimuksen lopullisista tuloksista ei ole mahdollista tunnistaa vastaajia.

Etukäteen kiittäen

Laura Sillman ja Johanna Vanhatalo

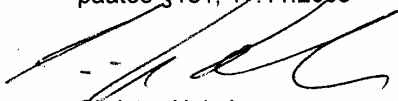
KYSELYLOMAKE

LIITE 2

1. Millä kriteereillä aloitat kiinnipidon?
2. Millaisessa tilanteessa et ryhdy kiinnipitoon?
3. Mitkä tekijät tekevät kiinnipidosta hoidollisen?
4. Millainen on hoidollisesti hyvä kiinnipito?
5. Millainen on hoidollisesti huono kiinnipito?
6. Miten arvioit kiinnipidon hoidollista vaikutusta?
7. Mihin kiinnipidolla pyrit?

LIITE 3

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS-sairaanhoitoalue 2009 Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN § 55 02.06.2009	1 (1) Dnro
---	--	---------------

Hakija	Osastonlääkäri Maria Latvalahti
Esittelijä	Johtava ylihoitaja Briitta Klemetti
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN HOITOTIETEEN OPINNÄYTETYÖLLE "HOIDOLLINEN KIINNIPIITO LASTEN – JA NUORTENSAIRAALAN OSASTON A20 TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA"
Tutkijat/tutkimusryhmä	Osastonlääkäri Maria Latvalahti/NaLa, (vastuuhenkilö), hoitotieteen opiskelijat Laura Sillman ja Johanna Vanhatalo/Laurea ammattikorkeakoulu, Porvoo, ohjaava opettaja Minna Pulli/Laurea ammattikorkeakoulu, Porvoo
Perustelut	<p>Kyseessä on hoitotieteen opinnäytetyö hoidollisesta kiinnipidosta lastenpsykiatrisena hoitomenetelmänä. Tavoitteena on selvittää työntekijöiden näkemyksiä hoidollisesta kiinnipidosta, kiinnipidon kriteereistä, tavoitteista ja vaikutuksista. Mikä tekee kiinnipidosta hoidollisen ja miten kiinnipidon vaikutusta voidaan arvioida.</p> <p>Tutkimus suoritetaan haastattelemalla Lasten ja nuorten sairaalan lastenpsykiatrisen osasto, A20:n työntekijöitä Auran sairaalassa.</p>
Päätös	Edellä esitetyn perusteella päätän, että yllämainitulle opinnäytetyölle myönnetään tutkimuslupa ajalle 4.6.2009 - 31.12.2010. Valmis tutkimus sekä lyhyt yhteenveto siitä tulee toimittaa osoitteeseen: johtava ylihoitaja Briitta Klemetti, Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö, Lasten sairauksien vastuualue, Hallinto, PL 280, 00029 HUS tai briitta.klemetti@hus.fi
Ehdot	Tutkimukseen liittyvät rekisteritiedot tulee kirjata HUS potilasrekisterin rekisteriselosteen pysyväisohjeen 2/2006 mukaisesti.
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, Yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002 Henkilötietolaki (523/1999)
Päätösvallan peruste	HUS Hallintosääntö 20 § Hyks, Naisten- ja lastentautien tulosityksikön johtaja Jari Petäjän delegointipäätös §181, 17.11.2008
	 Christer Holmberg HYKS NALA, ylilääkäri tutkimus ja opetus lasten sairaudet
Tiedoksi	Osastonlääkäri Maria Latvalahti Opiskelija Johanna Vanhatalo Opiskelija Laura Sillman Johtava ylihoitaja Briitta Klemetti
Lähetetty tiedoksi	4.6.2009
Lisätietoja antaa	Tutkimuslupien valmistelija, puhelin 09-471 74730