
Purkukeskustelu eristyksen jälkeen somaattisella osastolla

Ohjeistus




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2015

Anne Linnankoski



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Anne Linnankoski	Vuosi 2015
Työn nimi	Purkukeskustelu eristyksen jälkeen somaattisella osastolla - Ohjeistus	

TIIVISTELMÄ

Idea opinnäytetyöhön tuli käytännön työn kautta. Työskentelen sairaalan sisätautiosastolla, jossa potilaita joudutaan eristämään tahdosta riippumattomista syistä esimerkiksi infektioiden vuoksi. Eristäminen saatetaan kokea kielteisenä toimenpiteenä. Tämän työn tarkoituksena oli luoda purkukeskusteluohjeistus somaattiselle osastolle. Tarkoituksena oli laatia purkukeskustelulomake, jonka avulla voidaan käydä keskustelu potilaan ja hoitajan kesken potilaan eristämisen jälkeen. Työn tavoitteena oli purkukeskustelulomakkeen laatimisen jälkeen haastatella sisätautiosaston hoitajia ja saada palautetta lomakkeesta. Työn tavoitteena oli myös antaa lisätietoutta potilaan eristämiseen liittyvistä asioista.

Opinnäytetyön teoreettisiin aihealueisiin valikoituivat: potilaan asema ja oikeudet, tahdosta riippumaton hoito, eristäminen ja purkukeskustelu. Lähdemateriaalina toimivat tutkimukset, kirjallisuus ja artikkelit. Teorian aiheet rajattiin käsittelemään potilaan huone-eristämistä. Toiminnallinen osuus toteutettiin haastattelemalla viittä sisätautiosaston hoitajaa. Haastatteluissa selvitettiin hoitajien mielipiteitä purkukeskustelulomakkeesta ja sen soveltuvuudesta käytäntöön osastotyössä.

Haastatteluiden tulosten mukaan voidaan todeta, että purkukeskustelulomake ideana on hyvä, mutta käytännön toteuttamisessa voi ilmetä haasteita. Osaston ajoittainen hektisyys ja huonokuntoiset potilaat tuovat lisähaasteita purkukeskustelukäytännön toteuttamiselle. Purkukeskustelu voi olla potilaalle merkittävä tilaisuus, jossa hän tulee kuulluksi. Jatkotutkimusaiheena purkukeskustelun voisi ottaa käyttöön somaattisilla osastoilla ja sen jälkeen pohtia sen merkitystä ja kehittää käytänteen toimivuutta.

Avainsanat potilaan asema ja oikeudet, tahdonvastainen hoito, purkukeskustelu

Sivut 26s. + liite 1s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Author	Anne Linnankoski	Year 2015
Subject of Bachelor's thesis	Post-seclusion debriefing after isolation on somatic ward - guidance	

ABSTRACT

The idea to thesis came through work in practice. The author is working on a medical ward, where the patients sometimes have to be isolated against their own will because of infections for example. Seclusion may be experienced as a negative procedure. The purpose of this study was to develop a post-seclusion debriefing guidance for a somatic ward. The purpose was to develop post-seclusion debriefing form. With the help of this form the discussion between the nurse and the patient is held after seclusion. The aim was to interview the nurses of the medical ward and get feedback of the form. The aim was also to increase knowledge of the facts concerning seclusion.

The theoretical basis was covered from the status and the rights of the patient, the care without own will, seclusion and post-seclusion debriefing. Background information of the thesis was collected from inquiries, literature and articles. The study of background information was limited to deal with the patient room seclusion. The practice part of the thesis was carried through interviewing five nurses from the medical ward. The purpose of the interviews was to clarify the nurses' opinions of the post-seclusion form and it's applicability to practice on ward.

According to the results of the interviews the idea of post-seclusion form is good, but using it in practice may be challenging. Occasionally the ward can be so hectic and the patients in so poor condition that debriefing is challenging. Debriefing may be remarkable opportunity to patient have their voices heard. For the further development the author suggests to take the debriefing in practice on somatic wards and afterwards consider its significance and developing practices.

Keywords the rights and the status of the patient, involuntary treatment, debriefing

Pages 26 p. + appendices 1 p.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA.....	2
2.1	Itsemääräämisoikeuden edistäminen	2
2.2	Eettisiä näkökulmia hoitotyöhön	4
3	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO JA ERISTÄMINEN	5
3.1	Eristämiskäytänteet.....	7
3.2	Eristysluokat	8
3.2.1	Ilmaeristys ja pisaraeristys K-HKS:ssä	8
3.2.2	Kosketuseristys K-HKS:ssä	9
3.2.3	Radiojodihoidot.....	9
3.3	Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus	10
3.4	Potilasohjaus.....	11
3.5	Potilaiden ja hoitajien kokemuksia huone-eristämisestä.....	12
4	PURKUKESKUSTELU HUONE-ERISTYKSEN JÄLKEEN	14
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	16
6	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	16
6.1	Käytännön toteuttaminen.....	18
6.2	Tutkimusmenetelmät	19
6.3	Haastatteluiden tekeminen.....	19
6.4	Haastatteluiden tulokset.....	19
7	POHDINTA.....	20
	LÄHTEET	22

Liite 1 Eristyksen purkukaavake

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuuden merkitys on korostunut hoitotyössä. Hoitamiseen liittyvien infektioiden ja muiden potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden kanssa työtään tekevien yhteistyö on tullut merkittävämmäksi. Tartuntatautilakia uudistetaan. Sen tarkoituksena on tukea voimakkaammin tartuntatautiin seuraamista ja ennalta ehkäisemistä. (Ruutu 2013.) Bakteerit, jotka ovat vastustuskykyisiä antibiooteille, eivät aina ole ennakoitavissa ja kosketuseristystä edellyttävät tilanteet ovat normaalia arkea sairaaloissa. 2007 resistentit bakteerit aiheuttivat 400 000 infektiota ja 25 000 kuolemaa. Antibioottiresistenssi voi aiheuttaa antibiootihoidon epäonnistumisen, suurentaa kustannuksia, alentaa infektioiden hoidon tuloksia ja lisätä kuolleisuutta. (Huttunen, Syrjänen & Vuento 2013, 993.)

Potilasturvallisuuden merkitys on korostunut hoitotyössä. Hoitamiseen liittyvien infektioiden ja muiden potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden kanssa työtään tekevien yhteistyö on tullut merkittävämmäksi. Tartuntatautilakia uudistetaan. Sen tarkoituksena on tukea voimakkaammin tartuntatautiin seuraamista ja ennalta ehkäisemistä. (Ruutu 2013.) Bakteerit, jotka ovat vastustuskykyisiä antibiooteille, eivät aina ole ennakoitavissa ja kosketuseristystä edellyttävät tilanteet ovat normaalia arkea sairaaloissa. 2007 resistentit bakteerit aiheuttivat 400 000 infektiota ja 25 000 kuolemaa. Antibioottiresistenssi voi aiheuttaa antibiootihoidon epäonnistumisen, suurentaa kustannuksia, alentaa infektioiden hoidon tuloksia ja lisätä kuolleisuutta. (Huttunen, Syrjänen & Vuento 2013, 993.)

On tutkittu, että ongelmamikrobit leviävät herkemmin useamman hengen huoneessa kuin yhden hengen huoneessa. On kuitenkin havaittu, että yhden hengen huone ei ehkäise tartuntoja, jos käsihygieniasta ei huolehdita tai osastolla on muita, kyseessä olevan ongelmamikrobin kantajia. Yhden hengen huoneista on hyötyä; muut potilaat eivät saa tartuntaa. Yhden hengen huoneet vaikuttavat myönteisesti myös potilastyytyväisyyteen, kipulääkitykseen ja lääkitystä koskevien haittatapahtumien esiintymiseen. (Rintala 2014, 93.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan eristyksen jälkeen käytävän purkukeskustelun soveltuvuutta somaattisille osastoille. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää purkukeskustelulomake, jonka avulla voidaan käydä läpi asioita eristyksen jälkeen. Tavoitteena on myös haastatella sisätautiosaston hoitajia ja saada palautetta keskustelun hyödyllisyydestä. Purkukeskustelu tarkoittaa tahdosta riippumattoman eristyshoidon jälkeen tapahtuvaa keskustelutilannetta hoitajan ja potilaan välillä. Purkukeskustelu käsittää eristykseen johtaneiden asioiden selvittämistä ja potilaan kokemuksia ja antamaansa palautetta tapahtuneesta. (Peso & Vestala 2013,18.) Purkukeskustelun keinoin voidaan antaa tukea potilaalle eristyksestä palautumiseen. (Needham & Sands 2010, 222.)

Osa tässä opinnäytetyössäni käytetyistä lähteistä on vieraskielisiä. Olen itse suomentanut käyttämäni vieraskieliset lähteet.

2 POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään potilaan itsemääräämisoikeudesta. Sen mukaan potilasta pitää hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas ei halua suostua hoitoon tai hoitotoimenpiteisiin, häntä tulee hoitaa jollain muulla lääketieteellisesti oikeutetulla tavoin. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan itse, pitää kuunnella hänen laillista edustajaansa, läheistä tai lähiomaista, jotta löydettäisiin hoito, joka lähimmin vastaisi potilaan omaa tahtoa. Päätöstä tehtäessä pitää ottaa huomioon se, jos potilas on aiemmin ilmaissut oman tahtonsa ja jos ei ole olemassa hoitotahtoa. Potilaan edustajan kieltäessä hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen suorittamisen, pitää potilasta kuitenkin hoitaa muulla lääketieteellisesti oikeutetulla tavalla. Siinä tapauksessa, että potilasta edustavan henkilön tai lähiomaisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, tulee potilasta hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

2.1 Itsemääräämisoikeuden edistäminen

Potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja sen lisäämistä mietitään usein lainsäädännön, tutkimusten ja etiikan näkökulmasta. Itsemääräämistä pohditaan myös sen rajoittamisen kautta ottamatta muita vaihtoehtoja esille. Ovatko toimintatavat heijastusta totutusta tavasta vai jostain muusta? Potilaan kokemus eristämisestä voi olla seuraavanlainen ”Akuutissa sairaalaa tulovaiheessa sairautentunto on tärkeä ja arvioitaessa ihmisen tahdonvastaisen hoidon tarpeellisuutta. Rauhallinen ja tarpeeksi pitkä keskustelu lääkärin ja asiakkaan (mukana hoitaja ehkä omainen) kesken selvittää asiakkaan oman tahdon tilanteessa, jossa osaston tarjoama turva voi olla hyvinkin tarpeen ja vapaaehtoisuuteen perustuva. Yhteisymmärryksessä voidaan päätyä ratkaisuun ilman pakkoa” (STM 2011, Pihlainen.)

Löfmanin (2006) tutkimuksessa on tarkasteltu potilaan itsemääräämisen toteutumista terveydenhuollossa. Tutkimuksessa kehitettiin toimintamalli potilaiden itsemääräämisen edistämiseksi ortopedisten reumaa sairastavien potilaiden ja henkilökunnan kanssa. Aineiston keruu tapahtui sekä potilaiden että henkilökunnan haastatteluina. Tutkimus oli toimintatutkimus, joka toteutettiin ortopedisillä vuodeosastoilla kahden ja puolen vuoden aikana. Tutkimustuloksena potilaat pitivät itsemääräämistä lisäävinä tekijöinä henkilökunnalta saatua henkistä tukea, motivoituneisuutta ja tasa-arvoisuutta potilastyössä. Hoitohenkilökunta nosti esille eettisten periaatteiden noudattamisen, tiedon välittämisen ja potilaan huolenpidosta huolehtimisen koko hoitajakson ajan. Potilaiden ja hoitajien välistä yhteistyötä pidettiin myös merkittävänä. Eettisesti hyvään hoitotyöhön kuuluu potilaan itsemääräämisen edistäminen. Hoitotyössä tavoitteena on edistää potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Hoitohenkilökunta voi siis osaltaan eri keinoin edesauttaa potilaan itsemääräämisen toteutumista. Toimintatutkimus ja siihen kuuluva kehittämistyö kannustivat potilaita itsenäiseen päätöksentekoon ja vastuun ottamiseen liittyen omaa hoitoansa liittyvissä asioissa. Toimintatutkimus sai aikaan muutoksia henkilökunnan tapoihin

tehdä työtään ja keinoja oman työn kehittämiseen. Toimintatutkimus muutti myös hoitajien asenteita myönteisemmiksi potilaita kohtaan, roolien tasavertaisuuden lisääntymisen ja ilmapiirin muutoksen avoimemmaksi.

Potilaalla on oikeus saada tietoa häntä koskevista asioista. Lääkäriin ja sairaanhoitajan tulee antaa potilaalle/omaiselle oma-aloitteisesti tietoa, niin, että hän sen ymmärtää ja tarpeen vaatiessa annettava selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehdoista sekä riskitekijöistä ja epäonnistumismahdollisuuksista. Myös seurauksista, jos toimenpidettä ei tehdä ja muista asioista, joilla on merkitystä potilaan hoidosta päätettäessä, esimerkiksi kotihoito-ohjeista tulee informoida. Tiedon antaminen edistää potilaan sitoutumista hoitoonsa ja se on keskeinen osa hoitoa. Tietoa tulee antaa koko hoidon ajan ja siihen on varattava riittävästi aikaa. Luottamuksellisen hoitosuhteen edellytys ja tae on avoimuus. Annettu tieto kirjataan potilaskertomukseen. Yksityisyydestä tulee myös huolehtia. Selvitystä ei ole lupa antaa vastoin potilaan tahtoa ja jos se aiheuttaisi vaaraa potilaan terveydentalle ja hengelle. (Sundman 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee uutta lakia itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden edellytyksistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sen tarkoituksena on edistää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja ennaltaehkäistä ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain tavoitteena on luoda sellaisia toimintatapoja, että rajoitustoimenpiteitä jouduttaisiin käyttämään mahdollisimman harvoin. Lakiluonnos tähdentää ennakkointia kuten tilaratkaisuja, henkilöstön perehdytystä ja täydennyskoulutusta ja myös itsemääräämistä ja työmenetelmiä. Tarkoituksena on, että itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä käytettäisiin vain viimesijaisena keinona ja niiden käytölle asetettaisiin yksityiskohtaiset laintasoiset edellytykset. Uusien säädösten tarkoituksena on nykyaikaistaa olemassa olevia säännöksiä. Itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollossa kirjavasti useassa laissa. Uutta lainsäädäntöä on valmisteltu vuodesta 2010 lähtien. (STM, tiedote 145/2013.) Hallitus on jättänyt esityksen eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. 28.1.2015 lakiehdotus on saapunut eduskunnan perustusvaliokunnan käsittelyyn. 5.2. 2015 STM:ltä on pyydetty arvio käsittelyn jatkumahdollisuuksista. 19.2.2015 lakiehdotus on saapunut STM:n käsiteltäväksi. (HE 108/2014 vp.)

Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa kerrotaan potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden lisäämisestä sosiaali- ja terveysalalla. Potilaan kokemusten ja tutkimusten mukaan itsemääräämistä rajoitetaan, vaikka se lisää potilaan ja asiakkaan ahdistusta ja pahaa oloa. Terveystieteiden tutkimus (1326/2010) sisältämä kärsimyksen lievittämisvaatimuksen tarkoituksena on parantaa asiaa. Potilaan ja asiakkaan itsemääräämistä voidaan lisätä potilaan hyvällä kohtelemisella ja ihmisarvon kunnioittamisella. Potilaan itsemääräämisoikeuden, hyvän hoidon ja oikeudenmukaisuuden toteutumisesta tulee myös huolehtia. Potilaslähtöisyys ja asian sisäistäminen hoito-

yhteisössä luovat edellytykset potilaan hyvään kohteluun. Kun on käytetty suoja- ja rajoitustoimenpiteitä, niiden käyttöä arvioidaan jälkikäteen. Siihen osallistuvat omaiset, hoitava lääkäri ja vastuuhoitaja. Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden arviointiin kuuluvat mm. seuraavat asiat: ihmisarvoinen kohtelu, henkilökohtainen vapaus ja liikkumisvapaus, turvallisuus, mahdollinen heitteillejätö ja mielivaltainen vapaudenriisto. Se, mihin itsemääräämisoikeuden arvostamisessa pitäisi päästä, on todettu STM:n työryhmämuistiossa vuonna 2001. Sen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuvat potilaan ja asiakkaan vapaaehtoisuuteen ja itsemääräämiseen. Kehittämiskohteina ehdotetaan ohjausta, vaikuttamista toimintakulttuuriin, henkilöstön kouluttamista, laatutyötä ja valvonnan parantamista. (STM 2011, Pihlainen.)

2.2 Eettisiä näkökulmia hoitotyöhön

Asiakkaan/potilaan ja omaisten tulee olla yhdenvertaisia ja yksilöitä, joita kuullaan ja heidän mielipidettään arvostetaan. Heidän kanssa tulee keskustella, heitä tulee opastaa ja heidän tulee tuntea olonsa turvalliseksi ja heidät tulee ottaa mukaan hoitoon ja suunnitteluun. (STM, Pihlainen 2011.) Autonomia ja potilaan itsenäisyys kuuluvat keskeisempiin hoidon etiikan peruskäsitteisiin. Käsitteenä autonomia on laaja ja monimutkainen ja yleisesti on käytetty itsemääräämisen käsitettä sen sijaan. On helppoa kunnioittaa potilaan päätöksiä, jos henkilökunta on samaa mieltä potilaan kanssa. Jos huomataan, että potilaan päätöksestä koituu enemmän haittaa kuin hyötyä potilaalle tai muille, on potilaan päätöksen kunnioittaminen vaikeampaa. Potilaan päätöksentekokyky edellyttää potilaalta päätöksentekoon vaadittavia kykyjä ja myös kykyä vastata päätösten seurauksista. Tämä tarkoittaa kompetenssia. Kompetenssi tarkoittaa kykyjä, joita tarvitaan erilaisten päätösten tekemiseen. Ajattelun kompetenssi on edellytyksenä sille, että potilas kykenee harkitsemaan, mikä kussakin tilanteessa on hänelle paras ratkaisu. Tieto potilaiden halusta päättää asioistaan ei aina tavoita hoitajia. Potilaat saattavat luottaa hoitoon ja hyväksyä toimenpiteet. Heillä saattaa puuttua voimavaroja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitotyössä tulee ylläpitää autonomiaa. Vaikutusmahdollisuuksien tiedostaminen edistää hyvinvointia. Osa potilaista kokee masentavana sen, että muut päättävät heidän elämästään. Suuri osa potilasasiamiehille tehdyistä yhteydenotoista koskee potilaiden saamaa kohtelua ja sitä, että heidän mielipiteitään ei kuunnella ja heitä ei arvosteta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 137–141.)

Suurimmaksi osaksi potilaat haluavat tehdä itse omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Osa kuitenkin haluaa apua päätösten tekemiseen ja potilaiden halukkuutta aktiiviseen toimintaan saatetaan yliarvioida. Autonomisuus on yksilöllistä. Mitä vakavampi hoitopäätös on tehtävä, sitä todennäköisemmin päätösvalta annetaan lääkärille. Tutkimusten mukaan hoitajat eivät aina ota potilasta mukaan päätöksentekoon. Myös potilaan yksittäiset ominaisuudet kuten tupakointi, voivat vaikuttaa siihen, että potilas ei halua aktiivisesti päättää hoidoistaan. Kulttuuri vaikuttaa myös siihen, miten paljon potilas haluaa olla autonominen. Naisilla saattaa olla vain vähän päätös-

valtaa joissain kulttuureissa. Tämä voi vaikuttaa myös hoitoon. Autonomia hoitotyössä on monitahoinen kokonaisuus. Hoitohenkilökunnalta edellytetään valppautta havaita, kuka haluaa, pystyy ja on valmis tekemään aktiivisesti itseään koskevia päätöksiä ja valintoja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 141–142.)

Tulisi varmistaa, että potilas kykenee käsittelemään tietoa, jonka on saanut. Vaikka tietoa annetaan potilaalle, ei voida taata sitä, että potilas on ymmärtänyt asian. Tiedon käsittelyä saattavat haitata epävarmuus ja pelko. Osa potilaista saattaa olla sitä mieltä, että eivät ole saaneet mitään tietoa sairaudestaan. Huolissaan oleminen omasta tilanteesta ja kyky käsitellä tietoa saattavat estää tiedon vastaanottamisen. Tietoa pitäisi antaa mahdollisimman yksinkertaisesti. Jos potilas ei pysty ilmaisemaan mielipidettään selkeästi, on henkilökunnan ja läheisten tulkittava, mikä on potilaan parhaaksi. Läheiset tuntevat potilaan jo pidemmältä aikaväliltä. Potilaan hoidossa on todettu autonomian loukkauksia, jotka liittyvät päivittäisiin hoitotoimiin. Ikä ja hoitoympäristö vaikuttavat sekä potilaiden että hoitajien käsityksiin autonomian toteutumisesta. Miehet, yksinelävät, työttömät ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa olleet potilaat kokevat itsemääräämisen toteutuvan huomattavasti enemmän kuin esimerkiksi naiset ja työssäkäyvät ja akuutti-osastolla olleet potilaat. Potilaan autonomiaa voidaan tukea seuraavilla keinoin: kysymällä muutamalla kysymyksellä, että potilas on ymmärtänyt asiat, jotka hänelle on kerrottu. Myös potilaan mielipidettä kysymällä annetaan vaikutelma siitä, että häntä on kuunneltu. Potilaalle tulee antaa selkeitä vaihtoehtoja, jolloin potilas voi itse päättää hoitoaan koskevista asioista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 141–145.)

3 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO JA ERISTÄMINEN

Lainsäädäntö mahdollistaa hoidon henkilön tahdosta riippumatta joissain tilanteissa. Tarkoituksena on yleensä muiden henkilöiden suojeleminen tartunnalta tai muulta vaaralta tai henkilön oman edun turvaamisesta. Tahdosta riippumattoman toimenpiteen toteuttaminen perustuu aina lakiin. Tuomioistuimella on oikeus saada tutkia päätöstä tahdosta riippumattomasta hoidosta. (Lohiniva-Kerkelä 2007, 215.) Mikrobia tartuttamiseen potilaisiin, työntekijöihin tai vierailijoihin yritetään estää potilaan eristämällä. Eristämisen tarkoituksena on ehkäistä tarttuminen tilanteissa, joissa potilaalla on tarttuva tauti tai moniresistentin mikrobin kantajuus. (Tiitinen & Terho, 2014.)

Mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki, tartuntatautilaki ja kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki säätelevät potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia voidaan tehdä aikaisemmin mainittujen lakien perusteella. Tahdosta riippumaton hoito ei aina ole tahdon vastaista. Potilas ei välttämättä kykene sanomaan tahtoaan, hänen tahtonsa voi muuttua tai hän ei ole kertonut tahtoaan. Säädökset turvaavat potilaalle tarpeellisen hoidon tilanteissa, joissa asiakkaan tai toisen henkilön terveys voi vaarantua muun muassa vakavan mielenterveyshäiri-

ön vuoksi. Potilaan somaattinen hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tahdosta riippumattomassa hoidossa. (PPSHP 2014.)

Tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin voidaan alkaa yleisten etujen suojaamiseksi tartuntatautilakiin perustuen. Tartuntalain mukaisiin eristämistä vaativiin toimiin voidaan ryhtyä vain siinä tilanteessa, jos yleisvaarallisen taudin leviäminen on todennäköistä, eikä taudin leviämistä voida estää muilla tavoin. Eristäminen voidaan toteuttaa myös, jos sairastunut henkilö tai sairastuneeksi epäilty ei pysty tai halua alistua muihin toimenpiteisiin, jolla taudin leviämistä ehkäistään. Tartuntatautilakiin perustuen tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin aloitetaan yhteiskunnan suojelemiseksi. Potilaan omat edut tulevat vasta toisella sijalla. (Lohiniva-Kerkelä 2007, 215–216.)

Lääkärin velvollisuutena on hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla, jos potilaan omiin toiveisiin ei voida luottaa. Kun potilaan päätöksentekokyky on huonontunut ja uhka on välitön, päätöksen somaattisesta hoidosta tekee vastaava lääkäri. Potilas voi olla myös somaattisessa hoidossa tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittää sen, kuinka potilasta hoidetaan. Kyseessä olevan lain mukaan potilasta on ”mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tai muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla”. Laissa säädetään myös siitä, että jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyden häiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on laillista edustajaa tai läheisiä kuultava siitä, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan hoitoa. Jos tätä asiaa ei saada selvitettyä, on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Tämä tarkoittaa niin sanottua pakkotilaa. (Ämmälä & Ekelund 2012.)

Potilaan sairastaessa yleisvaarallista tartuntatautiä tai sellaista epäiltäessä, voidaan potilas eristää hoitolaitokseen. Eristäminen toteutetaan, jos tauti leviäisi todennäköisesti ja jos taudin leviämistä ei voida muilla keinoin estää tai jos potilas ei suostu toimenpiteisiin, joilla taudin leviämistä voitaisiin estää. Eristäminen voi kestää enintään kaksi kuukautta. Terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi järjestää kiireellisesti eristyksen. Eristäminen pitää lopettaa heti, kun ei ole enää edellytyksiä eristämislle. (Tartuntatautilaki 2003.)

Pakkoruokinta on muun muassa tahdonvastaista sairaudenhoitoa. Somaattisen sairauden vuoksi johtuva tahdosta riippumaton hoito järjestetään psykiatrin ja erikoisalalan lääkärin yhteistyönä tarvittaessa muussa kuin psykiatrisessa sairaalassa. Tämä voi tulla esiin tilanteissa, joissa potilaan henki on pelastettavissa yleisesti tiedetyllä hoidolla, mutta asiakas ei psykoosinsa takia pysty ymmärtämään olevansa ruumiillisesti sairas tai suhtautuu somaattiseen sairauteen harhaisesti. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012.)

Liikkumisvapauden rajoittamisesta on säädetty mielenterveyslaissa. Sen mukaan potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalasta tai hoitoyksikön

tiloista. Henkilökunta saa käyttää potilaan osastolta lähtemisen ehkäisemiseksi tarpeellisia keinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Hoitava lääkäri päättää liikkumisvapauden rajoittamisesta. Se, mitä voimakeinoja voidaan käyttää, riippuu muun muassa poistumisesta aiheutuvasta vaarasta joko potilaan tai muiden turvallisuudelle ja terveydelle. Myös käytettävissä olevat resurssit vaikuttavat voimakeinojen käyttöön. (Mtl 4:22§)

3.1 Eristämiskäytänteet

Eristämisellä on tarkoitus estää sairauksia aiheuttavien mikrobien tarttuminen muihin potilaisiin, työntekijöihin ja sairaalassa vierailijoihin katkaisemalla tartuntatie. Potilas voidaan eristää sairauden takia, jos infektio on hyvin tarttuva. Eristys voidaan toteuttaa myös jos potilaalla on mikrobiölöydös. Myös ulkomaisesta sairaalasta tulevat potilaat ja tietyistä sairaanhoitopiireistä tulevat potilaat eristetään. (Teräsvirta 2008.) CDC:n (Centers for Disease Control and Prevention) ohjetyöryhmä jakaa mikrobien leviämisen ehkäisemiseksi tarvittavat toimenpiteet tavanomaisiin varotoimiin ja varsinaisiin tartuntaeristystoimiin, jotka jaetaan kolmeen eristysluokkaan. Eristysluokat ovat: ilmaeristys, pisaraeristys ja kosketuseristys. Lisäksi mukana on vielä yksi varotoimiluokka (verivarotoimet). Tavanomaisilla varotoimilla tarkoitetaan hoitokäytäntöjä, joilla katkaistaan mikrobien tartuntareittejä. Tarkoituksena on ehkäistä mikrobien leviäminen potilaasta työntekijän, hoitovälineiden tai hoitoympäristön kautta muihin potilaisiin ja työntekijöihin. Tavanomaisiin varotoimiin kuuluvat muun muassa: hyvä käsihygienia, tarvittavien suojainten käyttö sekä oikeat toimintatavat, joihin kuuluvat pisto- ja viiltovahinkojen estäminen ja oikea yskimistekniikka. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 184–185.)

Eristysohjeiden tulee olla ajantasaisia ja henkilökunnalle on annettava niihin perehdytys. Eristämisen tarkoituksena on taudin eristäminen, ei potilaan. Potilasta ei saa jättää yksin eikä eristää henkisesti. Hänen vapauttaan rajoitetaan mahdollisimman vähän. Eristys tulee sopeuttaa niin hyvin kuin mahdollista potilaan muuhun hoitoon eikä hoidon taso saa alentua eristyksen vuoksi. Tarvetta eristämislle arvioidaan säännöllisesti. Eristyksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon eristyksen kesto ja muoto, taudin tai mikrobin tartuntatie ja leviävyys. Myös potilaan edellinen hoitopaikka, tuleva jatkohoitopaikka ja samaa tautia sairastavien lukumäärä tulee huomioida eristyksen suunnittelussa. (Tiitinen & Terho 2014.)

Eristäminen teettää yleensä lisätyötä osastolla; tarvitaan ylimääräisiä tarvikkeita ja -välineitä. Tilajärjestelyjä joudutaan myös usein tekemään. Eristäminen koetaan potilaan näkökulmasta ahdistavana. Eristämisestä tulisi tehdä sujuvaa. Kirjallisuudessa mainitaan, että eristyspotilaita ei käydä katsomassa niin usein kuin muita potilaita. Heille tehtävät tutkimukset voivat viivästyä ja hoitajaksoon voi liittyä enemmän haittatapahtumia. Eristyksen tarpeellisuutta on säännöllisesti arvioitava ja tarvittavat kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset eivät saa viivästyä eristyksen vuoksi. Myös erityisalojen konsultaatiot on järjestettävä viiveettä. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 193–194.)

Hoitava lääkäri päättää eristämisen aloittamisesta potilaalle. Eristyshuone ja siinä tarvittavat välineet pitäisi järjestää ennen potilaan osastolle tuleamista. Jos potilailla on sama infektio, heidät voidaan sijoittaa samaan huoneeseen. Myös saman mikrobin kantajat voivat olla samassa huoneessa. Mikäli eristyspotilas joudutaan hoitamaan samassa huoneessa muiden potilaiden kanssa, huonetoveri ei voi olla immuunipuutteinen tai kyseiselle sairaudelle/mikrobille altis potilas. Tällöin huonetoverin hoitoon sisältyy riski infektion leviämiseksi. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 194.)

3.2 Eristysluokat

Eristysluokkia ovat: ilmaeristys, pisaraeristys ja kosketuseristys. Kanta-Hämeen keskussairaalassa on laadittu ohjeistukset ilma-, pisara- ja kosketuseristyspotilaan hoitoon. Eristyshuoneen oveen laitetaan ilmoitus, jossa ilmoitetaan vierailijoita ottamaan yhteyttä henkilökuntaan ennen huoneeseen menemistä. Eristyshuoneen sisäpuolella olevaan oveen laitetaan kyseistä eristystä koskeva hoito-ohje. Kaikki ylimääräinen välineistö ja tavarat poistetaan eristyshuoneesta. Aerosoleja aiheuttavia toimenpiteitä pitää välttää, jos mahdollista. Operatiivinen hoito toteutetaan leikkaussalissa. Huolellinen käsihygienia on tärkeää eristyksen yhteydessä. Henkilökohtaiset suojaimet puetaan sulkutilassa. Ainoastaan hengityksen suojain riisutaan huoneen sisäpuolella. Henkilökohtaista suojaimista on olemassa pukemis- ja riisumisjärjestys. Eristyksen ohjeistuksessa käsitellään myös seuraavat tilanteet: tutkimus- ja hoitovälineistö, ruokailu, näytteiden otto ja käsittely, kuvantamistutkimukset, siivous, pyykki, jätteet, vierailut, potilaan kuljettaminen ja vainajan valmistelu ja kuljettaminen. (K-HKS sairaalahygienia 2013.)

3.2.1 Ilmaeristys ja pisaraeristys K-HKS:ssä

Ilmaeristyksen keinoin pyritään ehkäisemään tarttuvien sairauksien leviämistä ilman välityksellä. Eristyksen käyttö on tärkeää, kun potilas sairastaa tai on epäily, että hän sairastaa lääkeresistenttiä keuhkotuberkuloosia (MDR tuberkuloosi) ja hänellä on nähty yskösvärjäyksissä haponkestäviä sauvoja. Sairaudet, jotka edellyttävät ilmaeristystä ovat: keuhkotuberkuloosi, vesirokko, yleistynyt vyöruusu, tuhkarokko. Pisara- ja ilmaeristyksessä käytetään yhden hengen huonetta. Pisaraeristyksen keinoin pyritään estämään pisaroiden avulla leviävien mikrobin tartunta potilaiden välillä ja henkilökuntaan. Hyvään eristyshuoneeseen kuuluu potilashuoneen lisäksi wc- ja pesutila sekä eteinen/sulkutila. Potilas voi käyttää sovittuja osaston wc- ja pesutiloja, jos huoneessa niitä ei ole. Ilmaeristykseen käytetään sulkutilalla varustettua alipaineistettua eristyshuonetta, jossa on wc- ja pesutila. (K-HKS sairaalahygienia 2013.)

3.2.2 Kosketuseristys K-HKS:ssä

Eristämisen keinoin pyritään estämään mikrobien siirtyminen potilaasta toiseen silloin, kun taudinaiheuttaja leviää helposti tai on hankalasti hoidettava. Kosketuseristyksessä potilaan liikkuminen rajoitetaan omaan huoneeseen. Potilaalla on käytössä oma WC ja pesutila (voidaan sopia erikseen yhteisen suihkun käyttämisestä). Huoneen ulkopuolella saa käydä, jos potilas ymmärtää saamansa ohjeet ja osaa käyttää käsihuuhdetta huoneesta poistuessa. Jos kuntoutuksen vuoksi on tärkeää liikkua laajemmin, asiasta sovitaan tapauskohtaisesti infektiolääkärin tai hygieniahoitajan kanssa. Jos viimeisimmästä MDR-mikrobin viljelystä on mennyt vähintään vuosi ja pitkä osastojakso on tulossa, eikä potilaalla ole iho-ongelmia eikä vierasesinettä ja tuoreet viljelynäytteet ovat negatiiviset, voidaan hygieniahoitajan tai infektiolääkärin kanssa keskustella kosketuseristuksen purkamisesta. Liikkumisluvat ja huonejärjestelyt katsotaan tapauskohtaisesti. Sairaalahygieneiyksikkö päättää kantajuusmerkinnän poistamisesta. Kosketuseristystä edellyttävät seuraavat mikrobit:

Moniresistentin mikrobien kantajat (MDR-mikrobi):

MRSA (metisilliiniresistentti Staph. aureus)

VRE (vankymysiiniresistentti enterokokki)

ESBL K. pneumoniae

CPE (karbapenemaasia tuottavat enterobakteerit)

Riskiärvioon perustuen mm. seuraavat:

ESBL E. coli/K. oxytoca

MDR-P.aeruginosa

MDR-Acinetobacter

MDR-mikrobeille altistuneet ja kosketuseristystä vaativat tilanteet(ks. erillinen ohje 8936)

Erittäin märkäiset haaavat

Voimakasoireinen ripuli ja/tai oksentelu

Syyhy ja täit

RS-virusinfektio immuunipuutteisilla ja pikkulapsilla

Vesirokko

Vyöruusu

Eristysaika vaihtelee taudinaiheuttajan mukaan. Kosketuseristystä käytetään myös hoidettaessa paksusuolen normaalin bakteerikasvuston palautusta eli potilaalle tehdään ulosteensiirto. Ulosteensiirtopotilas tarvitsee eristyshuoneen, jossa on oma wc ja pesutila. (K-HKS sairaalahygienia 2014; K-HKS Mikkola 2010).

3.2.3 Radiojodihoidot

Sairaalassamme annetaan radiojodihoitoja. Radiojodipotilaan hoito tapahtuu sisätautiosastolla, jos säteilyannos ylittää yli 800MBq:ta. Radiojodipotilaan normaali tarkkailuaika on 3 vuorokautta. Potilaalla tulee olla oma huone, jossa on oma suihku ja WC. Poikkeuksellisesti kaksi radiojodipotilasta voi olla samassa huoneessa sijoitettuna siten, että potilaiden sänkyjen välin tulee olla mahdollisimman suuri. Säteilyvaaramerkki on sijoitettava

potilashuoneen sisäoven ulkopuolelle. Potilas ei saa tarpeettomasti poistua huoneesta. Ennen kotiutumista potilaalle tehdään säteilymittaus. Vierailut ovat sallittuja vain erityistapauksissa. Hoitotyöntekijän on käytettävä säteilydoksimitria huoneessa käytäessä. Jos oleskelu huoneessa kestää yli puoli tuntia, on käytettävä lyijyesiliinaa. (K-HKS toimintaohjeet 2012.)

3.3 Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus

Hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksen tulisi olla mahdollisimman sujuvaa ja luontevaa eristämistä huolimatta. Henkilökunta saattaa kuitenkin kokea epätietoisuutta eristystilanteesta ja myös ahdistusta. Eristämisohjeiden tulee olla sairaalakohtaisesti selkeitä sekä kirjallisesti että sähköisesti. Ne tulee olla koko hoitoon kuuluvan henkilöstön helposti saatavilla. Osastolla tapahtuva ohjaus on tehokkainta koulutusta. Infektioyhdyshenkilöiden merkitys on huomattava henkilökunnan koulutuksessa ja hoitokäytäntöjen omaksumisessa. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 194.)

Eristyksestä tulee tiedottaa työssään sitä tarvitseville, mutta ei sivullisille eikä muille potilaille. Silloin, kun potilas siirretään toiseen hoitopisteeseen, eristyksestä on tiedotettava etukäteen. Eristyksen kanssa harvemmin tekemisissä olevalle on annettava henkilökohtaista opastusta. Eristys tulee kirjata sairauskertomukseen ja laboratorion tutkimuspyyntöihin on merkittävä eristys. Erillisellä huoneella vähennetään tartunnan mahdollisuutta erottamalla infektiopotilas tai mikrobinkantaja muista potilaista omaan ilmatilaan. Työntekijöitä ja potilasta on muistutettava tarvittavista suojatoimista. Käsien desinfiointi on myös huolehdittava hyvin. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 195.)

Kinnunen (2013) käsitteli pro gradu -tutkimuksessaan huoneeristyspotilaan hoitotyötä psykiatrisella osastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli antaa kuvailevaa informaatiota ja tuoda esille näkemystä eristyspotilaan hoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimus tehtiin haastattelututkimuksena, johon osallistui 32 psykiatrista hoitajaa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä. Huoneeristyksessä oleva potilas vaatii hoitajien huomiota ja sitoo hoitajaresursseja. Samanaikaisesti on huolehdittava osaston muistakin potilaista ja otettava huomioon myös omaiset. Tämä tekee työstä haasteellista. Hoitajat ovat kokeneet eristämisen aiheuttavan psyykkistä stressiä. Eristyspotilaan hoitaminen aiheuttaa pelkoa, ahdistusta ja ristiriitaisuutta. Eristyspotilaan hoitotyö koetaan vaativana. Hoitajat toimivat kuitenkin hoitotyössä eristyspotilaan kanssa ammatillisesti kunnioittaen potilasta. Hoitotyön oleellisia elementtejä tutkimuksessa olivat vuorovaikutus ja yhteistyö potilaan kanssa. Eristyksen alusta loppuun tuettiin potilaan käyttäytymisenhallintaa keskustelun avulla. Tutkimustulokset luovat ymmärrystä hoitajan työtä kohtaan ja potilaan hoitamista huoneeristyksessä. Eristyksen alaisen hoidon kehittämiseen tulisi enemmän huomiota. Tutkimuksen mukaan sairaaloiden pitäisi määrittää, hyvän hoitamisen arviointikriteerit eristyspotilaan hoitamiseen ja kehittää ohjeistuksia eristämistilanteisiin. Eristämistä pitäisi pyrkiä vähentämään. Kun eristämistä joudutaan käyttämään, pitäisi huomioida osastojen hoitajaresursseja ja hoitajien jaksamiseen tulisi kiinnittää huomiota.

3.4 Potilasohjaus

Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa hoitotyössä. Resurssien puute ja potilaiden lyhyet hoitoajat tuovat haasteita potilasohjaukseen. Potilasohjaus käsitetään prosessina, joka muodostuu hoidosta ja opetuksesta. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.) Potilasohjaus on tärkeä osa ammatillista toimintaa terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa potilasohjaus kuuluu merkittävänä osana potilaan hoitoprosessiin. Ohjauksen keinoin voidaan tukea potilaan autonomisuutta. Ohjauksen arvostamisen vastuu ja resurssien mahdollistaminen on organisaatiolla ja hoitohenkilöstöllä. Hoitohenkilöstöllä tulee olla myös tieto siitä, mitä ohjaus käsittää ja miksi ohjataan. Potilaan vastuu ja henkilöstön ammatillinen vastuu potilaan valintojen tukemisesta on myös huomioitava ohjauksessa. Yksilön autonomia, joka sisältää itsemääräämisoikeuden, potilaan ratkaisujen kunnioittamisen ja valinnan kuinka toimia on myös huomioitava. (Kääriäinen 2007, 19, 25.)

Potilasohjaus voidaan määrittää tavoitteelliseksi ongelmanratkaisuksi, potilaan/asiakkaan omien kokemusten erittelyksi ja oppimiseksi niistä. Ohjauksessa korostetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomioon ottamista, vastuuta valinnoista ohjaustilanteessa ja sekä potilaan että hoitajan jaettua asiantuntijuutta. Ohjauksen tarkoituksena on parantaa potilaan sitoutumista omaan toimintaansa. Ohjaus on myös aktiivista ja vuorovaikutteista toimintaa. Hoitajan tehtävänä on osallistua potilaan oppimissuunnitelman tekemiseen. Potilasohjaus edeltää opetusta. Potilaan ja hoitajan taustatekijät vaikuttavat ohjaustilanteeseen. Ohjaustilanteessa hoitaja ja potilas käyvät läpi potilaan tilannetta. Ohjauksessa potilas muodostaa omat menettelytavat ongelmien ratkaisemiseksi. Ohjauksen tarkoituksena on parantaa potilaan luottamusta ja sitoutumista hoitoonsa. Hoitajan ja potilaan taustatekijät muodostavat pohjan ohjaukselle. Taustatekijöihin kuuluvat psyykkiset ja fyysiset tekijät. Myös sosiaaliset ja ympäristötekijät vaikuttavat ohjaustilanteessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Fyysiset ominaisuudet vaikuttavat siihen, kuinka potilas pystyy omaksumaan ohjausta. Sukupuoli, ikä, sairauden kesto ja koulutus vaikuttavat siihen, kuinka potilas pystyy sisäistämään ohjausta. Psykkisistä tekijöistä potilaan motivaatio, odotukset ja tarpeet vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ohjaustilanteessa. Myös kulttuurisilla, sosiaalisilla ja uskonnollisilla tekijöissä on merkitystä ohjauksen onnistumiselle. Häiriötön fyysinen ympäristö luo myönteiset puitteet ohjaukselle ja sen kokemiselle. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

Ohjausvuorovaikutus on kaksisuuntaista. Vuorovaikutuksen tulee olla tasa-arvoista ja potilaan taustatekijät on otettava huomioon. Tavoitteena on luoda luottamuksellinen ohjaussuhde. Sen edellytyksenä on molemminpuolinen asiantuntijuuden arvostaminen. Hoitajalta edellytetään ammatillisuutta ja vastuuta ohjaustilanteessa. Hänen on otettava ohjaustilanteessa esille ne perusasiat, jotka hän katsoo tarpeellisiksi, jotta potilas voi ottaa vastuun omasta hoidostaan. Ohjauksen tavoitteiden asettamisessa tulee ottaa huomioon potilaan lähtötilanne; mitä hän tietää jo ja mikä on hänelle sopivin ohjausmenetelmä asioiden omaksumiseen. Ohjauksen pitää sujua tavoitteellisesti koko ohjaustilanteen ajan ja vaiheet tulee kirjata. Ohjauk-

sen tarkoituksena on lisätä potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon. Kirjaamisen avulla seurataan ohjauksen vaikutusta. (Kääriäinen & Kyngäs 2014.)

3.5 Potilaiden ja hoitajien kokemuksia huone-eristämisestä

Potilaat kokevat eristämisen yleensä kielteisenä. Eristäminen tuo mukanaan pelkoa, yksinäisyyttä ja ahdistusta. Kellokosken sairaalassa toteutettiin tutkimus, jossa etsittiin vaihtoehtoja eristämislle ja sitomiselle hoidettaessa vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsiviä, väkivaltaisia potilaita. Tutkimukseen osallistui 22 hoitajaa ja 5 lääkäriä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin ryhmähaastatteluita, jotka analysoitiin sisällön analyysin keinoin. Tutkimuksessa tuli julki se, että tilanteen läpikäyminen on merkittävää sekä potilaan että henkilökunnan mukaan. Potilaiden mielipiteitä ei aina oteta riittävästi huomioon. Henkilökunta ehdotti vaihtoehtoja potilaan eristämislle ja sitomiselle. Potilaan eristämisen ja sitomisen ennaltaehkäisemiseksi tulisi kiinnittää huomioita seikkoihin, jotka aiheuttavat potilaan aggressiivisen käytöksen ja löytää vaihtoehtoisia keinoja, jotta sitomiselta ja eristämisltä vältytään. Näillä keinoilla voidaan kehittää potilaan hoitotyötä humanimpaan suuntaan. (Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott & Joffe 2010.)

Eristyksessä olevat potilaat eivät välttämättä jaksaa uskoa tulevaisuuteen johtuen sairaudestaan, pitkäaikaisesta hoidostaan sairaalassa ja eristyksessä olemisen vuoksi. Japanissa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin tuberkuloosin vuoksi eristyksessä olleita potilaita. Tutkimukseen osallistui viisi potilasta. Tutkittaville potilaille tehtiin haastattelu, joka analysoitiin laadullisin keinoin. Tutkimuksen mukaan potilaat eivät nähneet mitään hyvää sairaalassa olossaan. Keskustelut hoitajien kanssa, ystävien ja omaisten vierailut sekä kirjeet ja sähköpostit yhdistävät potilaita ulkopuoliseen maailmaan. Potilaat kokivat myös kuolemanpelkoa oltuaan eristettyinä. Potilaat tiesivät, että heidän sairautensa olisi vaikeasti hoidettavissa, mutta osa uskoi paranemiseen. Hoitajat auttavat potilaita uskomaan tulevaisuuteen. Hoitajat ovat erityisasemassa ulkopuoliseen maailmaan yhdyshenkilöinä. Tutkimuksen mukaan hoitajat tarvitsisivat enemmän kannustusta ja tukea, koska eristyspotilaiden hoitotyö on raskasta. (Shimamura, Taguchi, Kobayashi, Nagata, Kushihara, Nagata, Kobayashi & Murashima 2010.)

Hematologisista syistä eristyksessä oleville potilaille tehtiin kyselytutkimus heidän oltuaan kolme päivää eristyksessä singaporelaisessa sairaalassa. (Cheng, Qin & Tee 2011.) Hematologia tarkoittaa veren sairauksien tutkimista ja hoitamista. (HUS hematologia, nd.) Tutkimusmenetelmänä käytettiin henkilökohtaista haastattelua hematologisella osastolla paikallisessa aluesairaalassa. Saadut tutkimustulokset analysoitiin ja järjestettiin teemoittain käyttäen apuna SPSS-menetelmää. Tutkittavia potilaita oli neljä. Tutkimuksessa nousi esille viisi teemaa. Teemat koskivat eristyksessä olemista, aikaisempaa eristämiskokemusta, sopeutumista eristämiseen ja yhteydenpitoon läheisten kanssa. Perheen tuki, hoitajan läsnäolo ja läheisten vierailut lievensivät eristyksen vaikutuksia. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen osallistuneet olivat sitä mieltä, että he pärjäsivät ja sopeutuivat

eristämiseen, mutta kokivat eristämisen epämiellyttävänä. Hoitajien rooli nousi esiin myös tässä tutkimuksessa tukien eristyksessä olevan potilaan jaksamista. Hyvä esivalmistelu ja tiedottaminen eristämisestä auttavat potilasta sopeutumaan paremmin hoitoonsa. (Cheng, Qin & Tee 2011.)

Singaporelaisessa sairaalassa toteutettiin väitöskirjatutkimus kosketuseristyksessä olleista potilaista. Tutkimuksen aiheena oli kartoittaa kosketuseristyksen psyykkisiä vaikutuksia potilaisiin, jotka joutuivat eristykseen MRSA:n vuoksi ensimmäistä kertaa. Tutkimukseen osallistui 20 potilasta ja 20 verrokkia. Potilaat kokivat eristyksessä ollessaan vihaa, kyllästyneisyyttä, yksinäisyyttä, pelkoa ja masentuneisuutta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista (80%) oli sitä mieltä, että heidän hoidon tasonsa oli laskeutunut ja he kokivat, että heitä ei huomioitu riittävästi. Tutkittavien stressitasot olivat verrokkiryhmään nähden myös korkeita. He kokivat tarvitsevansa lisää tietoa hoidostaan. (Soon 2012.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa havainnoitiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muodossa eristämisen vaikutuksia potilaisiin. Tutkijat löysivät 16 tutkimusta, joissa raportoitiin eristämisen vaikutuksista henkiseen hyvinvointiin, potilasturvallisuuteen ja hoitotyöntekijöiden käyttämään aikaan potilashuoneessa. Tutkimuksen mukaan potilasturvallisuus kärsi eristämisestä. Se johti jopa kahdeksankertaiseen haittatapahtumariskiinkin. Hoitotyöntekijät käyttivät vähemmän aikaa työskennellessään eristyshuoneessa. Lääkärit antoivat jopa puolet vähemmän aikaa eristyshuoneessa oleville potilaille. Tulokset antavat viitteitä eristyksen psyykkisestä vaikutuksesta potilaisiin. Myös potilaat olivat sitä mieltä, etteivät he saa riittävästi huomiota hoitajilta. He voivat ilmaista kyllä mielipiteensä, mutta heidän mielipiteitään ei oteta huomioon. Tutkimuksen mukaan potilaiden mielipiteitä pitäisi huomioida paremmin ennen eristämistä. Myös potilasohjaukseen tulisi kiinnittää huomiota enemmän tulevaisuudessa. (Abad, Fearday & Safdar 2010.)

Ruotsalaisessa sairaalassa tutkittiin potilaiden kokemuksia jouduttuaan eristetyiksi infektoiduttuaan MRSA-bakteerille. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa potilaiden kokemuksista jouduttuaan eristetyiksi. Tutkittavat haastateltiin käyttäen laadullista tutkimusmenetelmää. Eristyksen kesto oli tutkittavilla vähintään viikon mittainen. Haastateltavia oli yhteensä kuusi iältään 35 – 76 vuotiaita. Haastattelut nauhoitettiin ja analysoitiin sisällön analyysin keinoin. Tutkimuksen mukaan potilaat saattavat kokea loukatuksi tulemista joutuessaan eristykseen. He kokivat eristämisen traumaattisena, vaikkakin hyväksyvät sen, jotta eivät sairastuttaisi muita. Potilaat kokivat olevansa myös haavoittuvia, koska hoitajat ja perheenjäsenet ja muut läheiset suhtautuivat negatiivisesti eristämiseen. Potilaat olivat myös sitä mieltä, etteivät he saa kuntoutusta niin paljon kuin muut potilaat. He kokivat myös, etteivät saa sairaudestaan riittävästi tietoa. Tutkimuksen mukaan eristyksen pituuden pitäisi olla mahdollisimman lyhytkestoinen, jotta potilaille ei tulisi vankilassa olemisen tunnetta. (Skyman, Sjöström & Hellström 2010.)

Lyhytaikainen eristyksessä oleminen saatetaan kokea myös myönteisenä kokemuksena. Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin lyhytkestoisen eristämisen psyykkisiä vaikutuksia. Yksittäisessä sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin infektion vuoksi eristyksessä olleita potilaita ja heidän lisäksi oli verrokkiryhmä. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia mittareita. Eristyspotilaita oli 42 ja verrokkiryhmään kuuluvia 84. Potilaat kokivat eristyksen myönteisenä. 74% potilaista oli sitä mieltä, että lääkäreiltä ja hoitajilta saatu hoidon laatu ei kärsinyt eristyksessä ollessa. Tutkimuksen mukaan lyhytkestoiset eristystoimenpiteet eivät vaikuta hoidettavien potilaiden vihantunteisiin, masentuneisuuteen ja elämänlaatuun. Eristyksissä olleet potilaat kokivat olosuhteensa positiivisina. (Wassenberg, Severs & Bonten 2010.)

Barratin, Shabanin ja Moylen(2012) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin eristämistä käsittäen MRSA:n tai muun infektion vuoksi eristyksessä olleita potilaita. Tutkimusmuotona oli kirjallisuuskatsaus. Tutkimus tehtiin yhteistyössä uusiseelantilaisten ja australialaisten tutkijoiden kesken. Aiheet olivat: eristyksen psyykkiset vaikutukset, sopeutuminen eristämiseen, sosiaalinen eristäminen, tiedottaminen ja informointi ja fyysinen ympäristö ja hoidon laatu. Tutkimustulokset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Myönteisinä potilaat kokivat nauttivansa hiljaisuudesta ja yhden hengen huoneiden luomasta yksityisyydestä. Masentuneisuus ja stressi nousivat esille myös tässä tutkimuksessa. Hoitoympäristön kehittäminen, potilaan tilanteen hallinta ja riittävä, ajantasainen tiedottaminen ovat oleellisia alueita parannettaessa eristyspotilaan hoitotyötä.

Eristämistä on tutkittu myös metodologisesti kirjallisuuskatsauksen kautta. Amerikkalaisen, Coloradossa tehdyn tutkimuksen perustana oli ajatus, että sosiaalista kanssakäymistä pidetään perustavaa laatua olevana tarpeena. Eristämiskokemus voi aiheuttaa jopa vaikeita sopeutumis- ja käyttäytymisvaikeuksia. Tässä tutkimuksessa tuli esille kolme pääasiaa: sosiaalinen eristäytyminen, rangaistuksen tunne ja virikkeiden vähäisyys. Seurauksina oli muun muassa mielialahäiriöitä, vihaa, terveydentilan huononemista ja masentuneisuutta. Tarkasteltaessa tutkimustulosta voidaan havaita, että tämäntyyppisellä kirjallisuuskatsauksella voi olla myönteinen vaikutus hoitajien tietoperustaan ja siten sen avulla voidaan parantaa eristyksessä olevien potilaiden hoidon laatua. (Gilmartin, Grota & Sousa 2013.)

4 PURKUKESKUSTELU HUONE-ERISTYKSEN JÄLKEEN

Purkukeskustelulla tarkoitetaan tahdosta riippumattoman eristyshoidon jälkeen tapahtuvaa keskustelua hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Sen tarkoituksena on tukea potilasta eristyksen päätyttyä ja auttaa pääsemään tasapainoon. Myös jatkohoitosuunnitelmien hallinta helpottuu purkukeskustelun myötä. Tutkimusten mukaan suurin osa potilaista on ollut tyytyväisiä purkukeskusteluun. Keskustelun avulla heillä on mahdollisuus purkaa kokemuksiaan eristyksissä olemisesta ja kokea sen, että joku kuuntelee ja ymmärtää heitä. Australiassa Melbournen akuutin psykiatrian osas-

tolla tehdyssä tutkimuksessa hoitajat keskustelivat eristämisen jälkeen potilaiden kanssa. Purkukeskustelumahdollisuutta ei kuitenkaan tarjottu rutiininomaisesti. Keskustelumahdollisuutta tarjottiin 58,5%:lle potilaista kolmen päivän kuluttua ensimmäisestä eristämisestä. Naispotilaat saivat keskusteluapua (70%) useammin verrattuna miehiin (53,5%). Keskustelu oli pääasiassa tuen antamista potilaalle. (Needham ym., 2010.)

Psykologista interventioita, johon jälkipuinti kuuluu, on käytetty psyykkisten traumojen hoidossa yli viidentoista vuoden ajan. Vaikka interventioista on tullut suosittuja ja niitä on paljon käytetty, niiden tuloksellisuutta ei ole laajasti tutkittu. Yksittäinen jälkipuinti-istunto ei välttämättä vähennä psyykkistä ahdistuneisuutta tai ehkäise posttraumaattista stressireaktiota (PTSD). (Rose, Bisson, Churchill & Wessely 2002.) Potilaan kuunteleminen, inhimillisen tuen antaminen ja yksilöllisten tarpeiden selvittäminen on tärkeää traumaattisen tapahtuman jälkeen. Psykososiaalista toipumista tukee avoin ja selkeä tiedottaminen tapahtuneesta. (Wahlbeck 2005.)

Traumanjälkeisellä stressihäiriöllä (PTSD):llä tarkoitetaan psykiatrissa häiriötä, joka voi kehittyä traumaattisen kokemuksen jälkeen. Traumaattinen tapahtuma tarkoittaa tilannetta, jossa henkilön fyysinen koskemattomuus on uhattuna. Ihminen saattaa kokea trauman jälkeen stressioireita, jotka lievittyvät usein ajan myötä itsestään. Joillakin saattaa tapahtuneesta kehittyä traumanjälkeinen stressihäiriö. PTSD:n oireita voivat olla painajaiset, eristäytyminen, emotionaalinen tasapainottomuus. (Trauman jälkeinen stressihäiriö, nd.)

Opinnäytetyöhön vallittiin termiksi purkukeskustelu, koska jälkipuinti viittaa järkyttävän tapahtuman, kriisin tai trauman läpikäymiseen ohjatussa tilaisuudessa. Jälkipuinti tarkoittaa kriisin, järkyttävän tapahtuman tai trauman läpikäymiseen ohjatussa tilaisuudessa. Jälkipuintimahdollisuus voidaan tarjota esimerkiksi junaonnettomuudessa olleille. Jälkipuinnin tarkoituksena on varmistaa, että kukaan mukana olleista ei joudu yksin käsittelemään tunteita, vaan jokaista tuetaan selviytymään tapahtuneesta yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Castren, Korte & Myllyrinne 2012.)

Needhamin ym. (2010) tutkimuksen mukaan eristyksen jälkeinen purkukeskustelu tukee potilaan luonnollista toipumista tapahtuneesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka usein ja minkälaista purkukeskustelukäytännettä käytettiin eristämisen jälkeen. Tutkimustulokset osoittivat, että purkukeskustelumahdollisuutta ei tarjottu säännönmukaisesti eikä sillä ollut minkäänlaista tarkkaa rakennetta. Tutkijat eivät päässeet yksimielisyyteen myöskään purkukeskustelumalleista. He ulottivat tarkastelun myös muihin kuin hoitotyöhön liittyviin purkukeskustelukäytänteisiin. Tutkimustulokset jäivät kuitenkin ristiriitaisiksi ja puutteellisiksi. He päätyivät siihen lopputulokseen, että mikään purkukeskustelumalli ei ollut toistaan parempi. Vaikeudet verrata eri malleja liittyivät mm. väestörakenteeseen, keskustelijan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, aikaisempiin kokemuksiin ja henkilön kykyyn tulla toimeen erilaisissa tilanteissa, erilaisiin ympäristötekijöihin ja tilannetekijöihin. Tutkimustulosten avulla voidaan suunnitella eristämisen jälkeisen purkukeskustelukoulutusta. Tietope-

rustan paranemisella voidaan kehittää käytäntöjä ja ohjata paremmin voimavaroja, joilla parannetaan hoidon laatua, lyhennetään sairaalassaolopäiviä ja parannetaan hoitotuloksia.

Ryan:in ja Happelin (2009) tutkimuksessa havaittiin, että hoitokäytänteet tukivat hyvin vähän eristyksessä olleita potilaita. Potilaat kaipaavat negatiivisten tunteiden käsittelyä sen jälkeen kun he ovat olleet eristyksissä. Hoitajat käyttävät erilaisia purkukeskustelukäytänteitä, mutta ne eivät aina kohtaa asiakkaiden toiveita. Potilaat toivoisivat enemmän henkistä tukea purkukeskustelussa. Hoitajat näkevät purkukeskustelutilanteen potilaan riippumattomuuden tukemiseksi.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella potilaan eristämiseen liittyviä asioita somaattisella osastolla. Tarkoituksena on luoda purkukeskustelulomake somaattiselle osastolle. Opinnäytetyön kysymyksinä ovat:

Sopiiko purkukeskustelu somaattiselle osastolle keinoksi saada tietoa potilaan kokemuksista eristyksissä olemisestaan?

Miten hyvin purkukeskustelu onnistuu käytännössä toteutettavaksi?

Tavoitteena on haastattelun keinoin kysyä palautetta lomakkeesta sisätautiosaston hoitajilta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoutta eristyspotilaan hoitoon liittyvistä asioista. Aihe on ajankohtainen, koska lakiesitys potilaan itsemääräämisoikeudesta ja siihen liittyvistä rajoitustoimenpiteiden muutoksista on käsiteltävänä Sosiaali- ja terveysministeriössä. Lain tarkoituksena on tarkentaa potilaan oikeuksia ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttämistä. Potilaan eristämässä puututaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Eristäminen saatetaan kokea raskaana ja purkukeskustelun keinoin potilaalla on mahdollisuus käydä läpi asioita, joita hän on kokenut eristyksissä ollessaan.

6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan työelämän tarpeista nousevaa kehittämistyötä. Sen tarkoituksena on kehittää ammatillista toimintaa. Toiminnallisella on usein toimeksiantaja. (Lumme, Leinonen, Leino, Fallenius & Sundqvist 2006.) Tässä työssä tarkoituksena on luoda purkukeskustelukäytänne somaattisille osastoille ja täten saada potilailta palautetta eristämiseen liittyvistä asioista. Potilaan kanssa käytävän keskustelun pohjalta voidaan eristyspotilaan hoitotyötä lähteä kehittämään.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus voi olla muun muassa toiminnan järjeistämistä, ohjeistamista tai opastamista. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla käytännössä esimerkiksi perehdyttämisosas, ohjeistus tai turvallisuusohjeistus. Se voi olla myös jonkin tapahtuman tai näyttelyn järjestäminen tai ryhmän ohjaaminen. Toteutusmuotona voi olla mm. kotisivut, kansio, vihko tai opas. Opinnäytetyössä tulee yhdistyä käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Hyvä opinnäytetyö on käytännönläheinen ja työelämälähtöinen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.) Ammattiteorian ja sen tietäminen tulisi olla perustana toiminnallisen opinnäytetyön valmiille tuotokselle. Toiminnalliseen opinnäytetyöraporttiin pitää aina sisältyä teoreettinen viitekehysosa. Tutkiva ote tulee näkyä toiminnallisessa opinnäytetyössä. Se näkyy teoreettisen lähestymistavan valitsemisena, joka on perusteltu. Opinnäytetyöprosessissa tehdyt valinnat ja ratkaisut pitää olla hyvin perusteltuja. Tekijän tulee myös suhtautua kriittisesti opinnäytetyönsä tekemiseen. (Lumme ym. 2006.) Tässä työssä on tarkoituksena luoda ohjeistus eristyksen jälkeiselle purkukeskustelulle. Eristyspotilaan hoitotyö on usein vaativaa ja potilaalle raskasta. Potilaan kanssa tapahtuvalla keskustelulla voidaan luoda keinoja parantaa eristyspotilaan hoitotyötä. Perehtymällä eristyspotilaan kokemuksiin eristettynä olemisestaan tutkimustiedon pohjalta saadaan tietoa hoitotyön kehittämistä varten.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelmalla perustellaan opinnäytetyön tarkoitusta. Toimintasuunnitelma vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja miten. Opinnäytetyö tulee jäsentää selkeästi. Opinnäytetyön tavoitteiden ja idean tulee olla loogisia. Toimintasuunnitelmaan pitäisi sitoutua vaikka opinnäytetyön toteuttamistavat voivat olla haasteellisia. (Vilka & Airaksinen 2003, 26–27.) Tässä työssä on tarkoituksena lähteä selvittämään niitä asioita, jotka liittyvät eristyspotilaan hoitotyöhön. Tavoitteena on selvittää, voiko purkukeskustelukäytännöksi olla toimiva somaattisella osastolla.

Toiminnallinen opinnäytetyö rakentuu kolmesta osasta; teoreettinen, tutkimuksellinen ja toiminnallinen osuus. Teoreettisessa osassa sovelletaan ammatillista tietoa ja käsitellään teoreettisia käsitteitä. Toiminnallisessa osuudessa tuodaan esille ammatillinen osaaminen. Työn toteutuksessa on huomioitava, että tuotos on konkreettinen tuote. Tuotetta voidaan arvioida sen käytettävyyden, asiasisällön sopivuuden ja uuden muodon mukaan. Raportissa tulee tulla esille, mitä keinoja valmiin tuotoksen saamiseksi on käytetty. Tuotoksen tulee palvella kohderyhmää. Tekijän tulee pohtia mitä hän haluaa viestittää tuotteellaan kohde- ja käyttäjäryhmälle. (luento, 15.3.2012, Mäenpää.) Tämä työ rakentuu kolmesta osiosta. Aluksi on tarkoitus tarkastella teoreettisten tietojen pohjalta aihealuetta. Tarkoituksena on kehittää somaattiselle osastolle soveltuva purkukeskustelulomake ja sen jälkeen haastatteluiden keinoin saada hoitajilta tietoa lomakkeen hyödynnettävyydestä.

Tämän työn toteuttamistavaksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö. Psykiatrisen sairaanhoidon eristyspotilaan hoidon apuvälineeksi on kehitetty purkukeskustelulomake. Myös somaattisessa sairaanhoidossa saattaa ilme-

tä tarvetta myös samankaltaiselle toimintatavalle. Lomakkeen avulla potilas voi tuoda esille asioita, joita hän on kokenut ollessaan eristettynä muista potilaista. Eristäminen koetaan monesti raskaana sekä potilaalle, että hoitohenkilökunnalle. Valmiin lomakkeen avulla eristämiseen liittyviä asioita on helpompi käydä läpi potilaan kanssa ja näin tuoda esille potilaan tunteuksia ollessaan eristettynä.

6.1 Käytännön toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi syksyllä 2013 suunnittelemalla sopivaa aihetta opinnäytetyöhön. Tammikuussa 2014 oli keskusteluja ohjaavan opettajan kanssa aiheen rajaamisesta ja tarkentamisesta. Helmikuussa 2014 oli tapaaminen koulumme informaatioteknikko Kari Mikkosen kanssa. Hänen kanssaan käytiin läpi erilaisia tiedonhankintamenetelmiä. Vuoden 2014 keväästä syksyyn pääpaino opinnäytetyön toteuttamisessa oli tiedonhaussa ja kirjoittamisessa. Ohjaavan opettajan tapaamisia oli myös sovitusti työn edetessä. Keskusteluja aiheesta oli myös työyksikköni esimiehen kanssa. Tiedonhaussa käytettiin muun muassa Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin tiedonhakujärjestelmää ja Google Scholar –tiedonhakujärjestelmää.

Opinnäytetyö oli tiedonhakuprosessien osalta hieman haasteellinen toteuttaa. Opinnäytetyön haasteellisuutta lisäsi osaltaan se, että työhöni liittyvistä teemoista purkukeskustelu ja potilaan eristäminen oli vaikeaa löytää lähdemateriaalia suomenkielisenä. Kansainvälisiä lähteitä löytyi kuitenkin riittävästi. Löydetty aineisto käsitteli lähinnä psykiatrisen potilaan hoitotyötä.

Syksyllä 2014 haettiin opinnäytetyön tutkimuslupaa Kanta-Hämeen keskussairaalan johdolta, joka myönnettiin 31.10.2014. Syksyn aikana laadittiin myös purkukeskustelulomakemalli somaattiselle osastolle.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin pienimuotoisesti esittelemällä purkukeskustelulomaketta (liite 1) muutamalle sisätautiosaston hoitajalle ja pyytämällä heitä antamaan palautetta lomakkeesta heitä haastatteleamalla. Purkukeskustelulomaketta muotoiltiin osastolle sopivaksi HUS:in eristyksen/sitomisen purkukaavakkeen pohjalta, joka on Peso & Vestalan (2014) opinnäytetyön liitteenä. Sisätautiosastolla on 42 potilaspaikkaa. Potilaat ovat monesti iäkkäitä ja huonokuntoisia. Osastolla on neljä eri erikoisalaa: gastroenterologia, keuhkosairaudet, endokrinologia ja nefrologia. Potilaat ovat usein monisairaita ja iäkkäitä. Eristysten määrä vaihtelee, mutta joinain aikoina eristyspotilaita saattaa olla runsaastikin. Eristysajat saattavat ovat pitkiä, mikä ei näy kuitenkaan tilastoissa. Esimerkiksi tuberkuloosin vuoksi eristäminen voi olla pitkäaikaistakin. Eristyspotilaan hoito vie enemmän aikaa verrattuna normaaliin hoitotyöhön sisältäen toimintatavan, suojautumisen ja potilaiden ja omaisten ohjaamisen. Hoitajalla saattaa olla huoli muista potilaista hoidettaessa eristyspotilasta. Potilaan omaiset saattavat olla hämmentyneitä huomatessaan, että heidän läheisensä on eristettynä muista potilaista. He saattavat kokea pelkoa ja arkuutta tullessaan tapaamaan läheistään. Omaisten rauhoittaminen ja

asiallinen tiedottaminen pukeutumisesta eristyshuoneeseen mentäessä on tärkeää ottaa huomioon hoitotyössä.

6.2 Tutkimusmenetelmät

Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan saada tietoa, jota ei ole kirjoissa ja saadaan selville myös syitä ihmisen toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä lomake- tai teema-haastatteluina. Se voidaan toteuttaa joko yksilöille tai ryhmille. Aineistoa on mahdollista kerätä puhelimitse, postitse tai paikan päällä. Laadullisen tutkimuksen kysymykset alkavat sanoilla mitä, miten, miksi. Vastajan on helpompi kuvailla ajatuksiaan, kun kysymykset ovat selkeitä. Toiminnallisissa opinnäytetöissä ei ole aina välttämätöntä tehdä haastatteluiden puhtaaksikirjoittamista ja litterointia niin tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Laadullisen tutkimuksen tulokset on mahdollista analysoida tyypittelyn tai teemojen avulla. (Airaksinen & Vilka 2003, 57, 63–64.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin saa käsityksen ilmiöstä kokonaisvaltaisesti. Tavoitteena tässä työssä oli hoitajien kanssa käytävien haastattelun keinoin parantaa vielä purkukeskustelulomakkeen selkeyttä ja toimivuutta. Haastatteluiden avulla saatiin myös palautetta niistä haasteista, joita lomakkeen käytännön toteuttamiselle osastolla on.

6.3 Haastatteluiden tekeminen

Purkukeskustelulomakkeen laatimisen jälkeen (liite 1) toteutettiin sisätautiosastolla pienimuotoinen haastattelu muutamalle hoitajalle. Haastattelun tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien ajatuksia purkukeskustelulomakkeesta ja sen merkityksestä eristyspotilaan hoitotyössä.

Tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien käsityksistä purkukeskustelun tarpeellisuudesta, toteuttamisesta ja tai asioista, jotka häiritsevät toteuttamista. Haastatteluiden tuloksista kävi ilmi se, että eristyspotilaan hoitotyön parantamiseen löytyy kiinnostusta.

Haastateltavilta hoitajilta kyseltiin mielipiteitä purkukeskustelulomakkeesta, parannusehdotuksia lomakkeeseen ja käytännön toteuttamisen arviointia. Haastatteluja tehtiin vuoden 2014 loppupuolella ja 2015 vuoden alussa viidelle hoitajalle, jotka työskentelevät sisätautiosastolla. Vastaukset kirjattiin ylös, jonka pohjalta tehtiin analyysi.

6.4 Haastatteluiden tulokset

Hoitajia pyydettiin kommentoimaan purkukeskustelulomaketta (liite 1) suullisesti haastatteleamalla. Aluksi kerrottiin purkukeskustelulomakkeesta ja sen tarkoituksesta. Kysymyksiä oli muutama, jotka oli kirjoitettuna paperille. Kysymykset olivat:

Mitä mieltä olet purkukeskustelulomakkeesta ja purkukeskustelun merkityksestä?

Onko sinulla parannusehdotuksia lomakkeen muotoiluun?

Miten arvelet purkukeskustelun toteutuvan käytännössä?

Vastauksia saatiin viideltä hoitajalta. Saatujen vastausten perusteella pohdittiin, mitä asioita tuli esille haastatteluista. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että purkukeskustelusta voi olla hyötyä ja ideana asia kuulosti hyvältä. Purkukeskustelua käytetäänkin sisätautiosastolla sen jälkeen, kun potilas on ollut radiojodihoidon jälkeen eristettynä. Eräs hoitaja kertoi kysyvänsä päivittäin eristyksissä olevalta potilaalta palautetta eristyksissä olemisesta. Hän ei pitänyt purkukeskustelua merkityksellisenä. Ehdotettiin myös sitä, että purkukeskustelu tulisi käydä potilaan kanssa vain siinä tapauksessa, jos hänet on jouduttu sitomaan. Ehdotuksia tuli myös siitä, että lomaketta voitaisiin alkaa käyttämään jo potilaan eristämisen alkuvaiheessa. Ideana nousi esille myös se, että lääkäri voisi osallistua purkukeskustelun toteuttamiseen.

Purkukeskustelulomake vaikutti hoitajien mielestä melko toimivalta ja purkukeskustelu ideana hyvältä. Eräs hoitaja kertoi, että hänen mielestään hoitajalla ja potilaalla voisi olla oma lomakkeensa. Tällä tavoin potilas voisi pohtia asioita rauhassa ollessaan eristettynä ja kirjata sitten ylös mieleen nousevia asioita omaan tahtiin. Lomakkeen muotoilemiseen toivottiin vielä lisää selkeyttä.

Potilaan eristämisen loppuessa osastolla, potilas joko kotiutuu melko välittömästi tai sitten hänet siirretään useamman henkilön huoneeseen. Lomakkeen täyttäminen useamman henkilön huoneessa ei ole idealistista. Purkukeskustelun käytännön toteuttamiselle ajatuksia herätti myös se, miten osastolla on kiireisimpinä aikoina aikaa käydä potilaan kanssa lomaketta läpi. Lomakkeen läpikäymiseen tulisi varata riittävästi aikaa, jotta se mahdollistaisi hyvän vuorovaikutustilanteen. Keskustelun käymistä eristämisen jälkeen pidettiin käytännössä vaikeana toteuttaa. Muutama hoitaja pohti sitä, että osastollamme olevat potilaat ovat usein iäkkäitä, monisairaita ja heillä saattaa olla muistia heikentävä sairaus. Nämä asiat tekevät käytännössä sekä eristämisen että purkukeskustelun haasteelliseksi toteuttaa.

7 POHDINTA

Psykiatrisessa hoitotyössä purkukeskustelua pidetään tärkeänä asiana, jotta potilas voi käydä läpi asioita, joita hän on kokenut eristyksissä ollessaan. Somaattisilla osastoilla esiintyy tahdosta riippumatonta hoitoa esimerkiksi infektioiden vuoksi, jolloin potilas joudutaan eristämään. Tutkimusten mukaan myös somaattisista syistä eristettyinä olleet potilaat voivat kokea ahdistusta. Kokemuksen läpikäyminen voisi auttaa potilaita palautumaan mahdollisista eristyksen aiheuttamista psyykkisistä ongelmista. Purkukes-

kustelukäytännön käyttöönotto vaatii hoitohenkilökunnalta motivoituneisuutta asiaa kohtaan. Käytänne saattaa tuntua melko vieraalta ja sen toteuttaminen haasteelliselta. Käsitteenä purkukeskustelu saattaa tuntua hoitajista vieraalta. Purkukeskustelukäytänteen käyttöönotto somaattisilla osastoilla edellyttää keskustelua sen merkityksestä. Onnistuessaan purkukeskustelukäytänteen keinoin voidaan kuitenkin saada arvokasta tietoa potilaiden kokemuksista eristyksissä olemisestaan. Purkukeskustelu auttaa potilasta myös käsittelemään tuntemuksiaan ja näin ollen helpottaa palautumista mahdollisesta ahdistuksen kokemuksestaan.

Hoitotyössä painotetaan yhä enemmän hoitotyön laadun parantamista. Purkukeskustelun keinoin on mahdollista löytää niitä asioita, joita voidaan parantaa eristyspotilaan hoitotyössä. Onnistunut yhteistyö henkilökunnan, omaisten ja potilaan kesken on tavoite, johon pyritään. Se vaatii henkilökunnalta paneutumista asiaan. Hoitotyön prosessissa tulisi ottaa huomioon eristykseen liittyvät, eristystilannetta ennakoivat asiat aina eristystilanteen jälkeisiin asioihin. Onnistunut potilaan ohjaaminen eristyksen alussa ja omaisten huomioiminen ovat merkittäviä asioita erityspotilaan hoitotyössä. Hoitajien hyvä perehdyttäminen eristyspotilaan hoitotyöhön liittyviin oleellisiin asioihin, on keskeinen asia, jota tulisi painottaa.

Opinnäytetyön aiheesta ei ole tehty aiempia tutkimuksia somaattisen hoitotyön osalta. Psykiatrisessa hoitotyössä purkukeskustelun käsite on jo tutumpi. Tutkimukset, joita työhön löydettiin, olivat suurelta osin ulkomaisia. Haastetta tutkimusten löytämiseen lisäsi se, että suurin osa tutkimuksista on tehty psykiatriselle hoitotyön alueelle. Jatkotutkimusaiheena purkukeskustelun voisi ottaa kokeiluluontoisesti käyttöön somaattisilla osastoilla ja kehittää sen toimivuutta.

Potilaan itsemääräämisoikeuslakiin on tulossa lähiaikoina muutoksia. Tarkoituksena on vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä potilaan hoidossa. On mielenkiintoista seurata lain edistymistä ja mitä se tuo tullessaan ja mikä sen vaikutus potilaan hoitotyön on.

LÄHTEET

Abad, C., Fearday, A., Safdar, N. 2010. Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection* Oct 76 (2) 97-102. Viitattu 29.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Barratt, R. L., Shaban, R., Moyle, W. 2011. Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 39 (2) 180-93, (37 ref). Viitattu 28.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Castren, M., Korte, H., Myllyrinne, K., 2012. Ensiapuopas.Kriisiapu. Viitattu 20.8.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00016

Cheng, HC., Qin LX., Tee HK., 2008. An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders. *Singapore Nursing Journal*, Jan-Mar;35(1):15-23 (16ref) Viitattu 28.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

HE 108/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. 28.8.2014.

HUS. Hematologia. Viitattu 15.11.2014. <http://hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/hematologia/Sivut/default.aspx>

Huttunen, R., Syrjänen, J., Vuento, R. 2013. Resistentit bakteerit –haaste sairaalan jokaisessa potilaskontaktissa. *Suomen lääkärilehti* 13-14, 993.

Gilmartin, H., Grotta, P., Sousa, K. 2013. Isolation: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, Jan-Mar; 48 (1) 54-60. (57ref) Viitattu 28.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Kanta-Hämeen keskussairaala. Kliinisen fysiologian osasto/toimintaohjeet. 23.2.2012

Kanta-Hämeen keskussairaala. Eristyksen aloittaminen vuodeosastolla. Intra[intranet]. Viitattu 23.9.2014. http://intranet-khshp.service.innofactor.com/tutkimus_ja_hoito_ohjeet/sairaalahygienia

Kanta-Hämeen keskussairaala. Ilma- pisara- ja kosketuseristys-potilaan hoito K-HKS:ssa. Intra[intranet] Viitattu 23.9.2014. http://intranet-khshp.service.innofactor.com/tutkimus_ja_hoito_ohjeet/sairaalahygienia

Kanta-Hämeen keskussairaala. Kosketuseristys K-HKS:ssa. Intra[intranet]. Viitattu 23.9.2014. http://intranet-khshp.service.innofactor.com/tutkimus_ja_hoito_ohjeet/sairaalahygienia

Kanta-Hämeen keskussairaala. Pisaraeristys. Intra[intranet]. Viitattu 23.9.2014. http://intranet-khshp.service.innofactor.com/tutkimus_ja_hoito_ohjeet/sairaalahygienia

Kanta-Hämeen keskussairaala. Ilmaeristys K-HKS:ssa. Intra[intranet]. Viitattu 23.9.2014. http://intranet-khshp.service.innofactor.com/tutkimus_ja_hoito_ohjeet/sairaalahygienia

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing ethics (NURSE ETHICS)*, 2010 Jan; 17 (1): 65-76. (48 ref) Viitattu 22.10.2014 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Itä-Suomen Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu tutkielma.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen laitos. Väitöskirja.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2014. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 17.10.2014. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisu...

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8. 1992/785

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1. – 3. p. Helsinki: WSOY.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2007. Terveystieteiden juridiikka. 4. uud.p. Jyväskylä: Gummerus

Lumme, R., Leinonen, R., Leino, M., Fallenius, M. & Sundqvist L. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 10.2.2015. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>.

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistuvan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. viitattu 23.11.2014. <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2006/ISBN951-27-0373-...>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116,lisäys 21.12.2001/1423

Mikkola, J. 2010. Paksunsuolen normaalin bakteerikasvuston palautus, toimintaohje. K-HKS.

Mäenpää, T. 2012. Toiminnallinen opinnäytetyö. Luento.

Needham, H. & Sands, N.2010. Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. Perspectives in psychiatric care. Vol. 46, No. 3, July 2010. Viitattu 21.5.2014.
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Peso, S, Vestala, M. 2013. Purkukeskustelun merkitys eristyksen jälkeen psykiatrisessa hoitotyössä. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

PPSHP. Potilaan oikeudet. Viitattu 21.5.2014. http://www.ppsHP.fi_oikeudet/prime102.aspx.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A., Tuppurainen, H. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Duodecim 2012.Viitattu 21.5.2014.
[?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10637](http://www.duodecim.fi/?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10637)

Rintala, E. Eristyshuoneet ja niiden viisas käyttö. Suomen sairaalahygienialehti. 2/2014.

Rose, S1, Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Viitattu 28.3.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076399>

Ruutu, P. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuslaitos. Viitattu 10.11.2013
<http://www.julkari.fi/handle/10024/104475>

Ryan, R., Happel, B. 2009. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. Viitattu 28.3.2014.
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Shimamura, T., Taguchi, A., Kobayashi, S., Nagata, S., Kushihara, Y., Nagata, Y., Kobayashi, N., Murashima, S. 2010. The perceptions and feelings of multi-drug resistant tuberculosis patients in their prolonged hospital-life. Journal of Japan Academy of Nursing Science Jun; 30 (2); 3-12- (32 ref) Viitattu 5.3.2014.
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Skyman, E., Sjöström, HT., Hellström L. 2010. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Mar 24 (1) 101-7 (27 ref) Viitattu 29.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Soon, M., Mei, L. 2012. An exprolation of the psychological impact of contact isolation on patients in Singapore. Doctoral dissertation – research. Case Western Reserve University Ph. D. Viitattu 29.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Pihlainen, A. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisen lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, ETENE. 2.5.2011.

Sundman, E. Potilaan tiedonsaanti –ja itsemääräämisoikeus sekä velvollisuudet. Viitattu 21.5.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04308&p_haku_Potilaan_tiedonsaanti_–ja_itsemääräämisoikeus_seka_velvollisuudet.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

Tiitinen, T. & Terho K. Eristyksen periaatteita. Viitattu 21.5.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04308&p_haku_Eristyksen_periaatteita.

Trauman jälkeinen stressihäiriö (PTSD). Trauma ja dissosiaatio. Viitattu 19.8.2014. http://trauma.dissosiaatio.fi.trauman_jälkeiset_reaktiot

Ylipalosaari, P. & Keränen, T. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa Hellstén, Soile (toim.) *Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta*. Porvoo:WSOY

Wahlbeck, K. 2005. Onko varhaisesta jälkipuinnista hyötyä vai haittaa? Kriittinen arviointi auttamishalun jaloissa. Viitattu 1.10.2014. http://www.academia.edu/5432813/Onko_varhaisesta_j%27%20C3%A4lkipuinnista_hy%C3%B6ty%C3%A4_vai_haittaa_Is_early_psychological_debriefing_beneficial_or_harmful_

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki.

Wassenberg MW.,Severs D., Bonten, MJ.2010. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection*, Jun; 75 (2): 124-7. Viitattu 28.3.2014. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi:2048/ehost/detail?vid>

Ämmälä, A-J. & Ekelund, J. 2012. Somaattinen pakkohoito. Viitattu 21.5.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Somaattinen%20pakkohoito Potilaan itsemääräämisoikeus

ERISTYKSEN PURKUKAAVAKE:

HENKILÖTIEDOT:

ERISTYKSEN AJANKOHTA:

ERISTYKSEN SYY HOITAJAN JA POTILAAN NÄKÖKULMASTA:

MITEN ERISTYSTÄ ENNAKOITIIN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ei ennakointia | <input type="checkbox"/> osaston päiväohjelman kertominen |
| <input type="checkbox"/> keskustelu | <input type="checkbox"/> ohjaaminen omaan huoneeseen |
| <input type="checkbox"/> verbaalinen rauhoittelu | <input type="checkbox"/> muut keinot |

MIKÄ ERISTÄMISTILANTEESSA MENI HYVIN/HUONOSTI?(vuorovaikutus jne.)

MITÄ ERISTÄMISEN AIKANA TAPAHTUI:

(Ajankäyttö, ruokailut, hygienia, henkilökunnan kanssa kommunikointi,
oma mahdollisuus vaikuttaa asioihin)

ERISTYKSEN HAITAT/HYÖDYT:

KOKEMUS ERISTYKSEN KESTOSTA:

PARANNUSEHDOTUKSIA:

Purkukeskustelulomaketta on tarkoitus käyttää pohjana erityksen päättymisen jälkeen käytävälle keskustelulle potilaan ja hoitajan kanssa. Potilas ja hoitohenkilökunta voi keskustelun avulla käydä läpi kokemuksiaan eristämistapahtumasta. Keskustelu on vapaaehtoista. Purkukeskustelu on hyvä käydä läpi yhden kerran potilaan kanssa, mutta tarvittaessa on annettava mahdollisuus jatkokeskusteluihin.