

HOITAJIEN TUNTEITA JA MIELIPITEITÄ LEPOSIDE-ERISTÄMISESTÄ

AKUUTILLA PSYKIATRISILLA SULJETULLA VUODEOSASTOLLA

Nanna Ek

Opinnäytetyö, kevät 2005

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö

Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ek, Nanna. Hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä akuutilla psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla, Helsinki 2005, 90 s. 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö, Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä akuutilla psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla. Leposide-eristys on niin sanottu kaksinkertainen eristys. Siinä potilas sidotaan keskivartalostaan ja raajoistaan kiinni sänkyyn.

Aineisto kerättiin haastattelemalla 6 psykiatrisella akuutilla suljetulla osastolla työskentelevää hoitajaa. Haastattelukysymyksiä oli yhteensä 13 ja ne olivat puolistrukturoituja. Tutkimus on laadullinen ja analyysimenetelmänä on sisällönanalyysi.

Tulosten perusteella leposide-eristämiseen liittyviä kielteisiä tunteita olivat: pelko, ahdistus, turhautuminen, pettymys, sääli, kiukku, inho, viha, (vapina, lisärasitus ja adrenaliinin lisääntyminen). Kielteisistä tunteista päällimmäisiksi nousivat turhautumisen tunne toistuvissa ja pitkissä leposide-eristyksissä. Pelkoa esiintyi tilanteissa, jotka eivät olleet henkilökunnan hallittavissa, tällaisia olivat esimerkiksi väkivaltatilanteet. Vihan tunnetta ilmeni leposide-eristämistilanteessa, jossa hoitajat olivat joutuneet käyttämään fyysistä voimaa.

Myönteisistä tunteista esille nousivat hyvän olon tunne ja huojennus. Hyvän olon tunnetta hoitajilla esiintyi silloin, kun oli estetty väkivalta tai muu vaaratilanne. Huojennusta hoitajissa heräsi silloin, kun leposide-eristämistilanne oli ohi. Leposide-eristämispäätös ei yleensä aiheuttanut ristiriitaa hoitajien kesken. Leposide-eristämistilanne on helppo silloin kun potilas haluaa mennä itse eristykseen ja tilanne on hänelle tuttu.

Tutkimuksestani on hyötyä siksi, että kuuden hoitajan kertomana saadaan lisää tietoa heidän tunteistaan ja mielipiteistään liittyen leposide-eristämiseen. Hoitajien on tärkeää tiedostaa tunteitaan psykiatrista hoitotyötä tehdessään. Tunnistamalla omia tunteitaan leposide-eristystilanteissa, se voi auttaa heitä toimimaan paremmin.

Avainsanat: leposide-eristys, tahdonvastainen hoito, psykiatrinen hoitotyö, psykiatrinen hoitaja, itsemääräämisoikeus, tahdosta riippumaton hoito, eristämisen perusteet, kvalitatiivinen tutkimus, sisällönanalyysi.

ABSTRACT

Ek, Nanna. Nurses' Feelings and Opinions about Using Restraint in a Closed Acute Psychiatric Ward. Helsinki, spring 2005. Language: Finnish. 90 pages, 3 appendices.

Diaconia Polytechnic, Helsinki Training Unit, Church community work oriented degree programme in social welfare, health and education, nurse.

The purpose of this study is to describe nurses' feelings and opinions of restraint in a closed acute psychiatric ward. Restraint is so-called double-restraint, in which the patient is bound body and limb.

The material was collected by interviewing 6 nurses working in a psychiatric acute closed ward. There were 13 half-structured questions were in all. The research is qualitative, and the analysis method is content analysis.

The main results indicate that negative feelings connected to restraint were as follows: fear, angst, frustration, disappointment, pity, anger, disgust, hate and stress, involving trembling and increased adrenalin. Frequent and extended restraint caused negative feelings. The situations in which the patient was restrained were those where the nurse was not in control, such as in violence situations. Feelings of hate were expressed in restraint situations where nurses had to use physical force.

Positive feelings were good contentment and relief. Good emotions were felt when the nurses were able to prevent a violence or dangerous situation. They felt relief after the restraint situation was over. The restraint situation was easy when the patient wanted to be restrained and the situation was familiar.

This study produces more knowledge about the feelings and opinions toward restraint of six nurses. It is important for nurses to be aware of their feelings while doing psychiatric care. By knowing their own feelings, they may be helped to better operate in such situations.

Keywords: restraint, compulsive treatment, psychiatric care, psychiatric nurse, psychiatric nursing unwilling treatment, self-determination, commitment of mentally ill, qualitative research, content analysis.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Suhtautuminen mielisairaisiin historian valossa	7
2.2 Eristämistä ohjaava lainsäädäntö	9
2.3 Eristäminen psykiatrisella osastolla	10
2.3.1 Leposide-eristys	16
2.4 Psykiatrinen hoitaja, potilas ja hoitotyö	20
2.4.1 Hoitosuhde	23
2.4.2 Hoitajan toiminta aggressiivisen potilaan kanssa	24
2.4.3 Tunteet hoitotyössä	25
2.5 Aiemmat tutkimukset	27
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	36
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä	36
3.2 Tutkimusmenetelmän kuvaus	37
3.3 Tutkimuksen kohderyhmä	37
3.4 Aineiston keruu	38
3.5 Aineiston analyysi	39
4 TUTKIMUSTULOKSET	42
4.1 Leposide-eristämiseen liittyvät tunteet	42
4.2 Leposide-eristämiseen liittyvät mielipiteet	53
5 POHDINTA	69
5.1 Leposide-eristämiseen liittyvät tunteet ja mielipiteet	69
5.2 Tutkimuksen eettisyys	72
5.3 Tutkimuksen luetettavuus	73

5.4 Jatkotutkimusehdotukset	75
5.5 Tutkimusprosessi ammatillisen kasvun tukena	75
6 LÄHTEET	76
LIITE 1: Tutkimuslupahakemus	83
LIITE 2: Haastattelurunko	83
LIITE 3: Analysointiprosessi	84

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä akuutilla psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla. Tunteita ja mielipiteitä kuvaillaan kuuden haastattelemani hoitajan näkökulmasta.

Tämä tutkimus on tärkeä sen vuoksi, että hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristyksestä on tutkittu suhteellisen vähän. Tutkimusaihe nousi esille sen vuoksi, että eräs psykiatrinen sairaala pyysi minua tekemään opinnäytetyön hoitajien tunteista leposide-eristämisestä. Myös itseäni kiinnosti tämä aihe.

Psykiatrisen potilaan eristämällä tarkoitetaan, että tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas siirretään erityiseen eristyshuoneeseen. Leposide-eristys on äärimmäinen eristämisen muoto. Siinä potilas sidotaan keskivartalostaan ja raajoistaan kiinni sänkyyn. Leposide-eristys on niin sanottu kaksinkertainen eristys.

Leposide-eristykseen joutuva potilas saattaa käyttäytyä aggressiivisesti. Hoitajien on tärkeätä tunnistaa omia tunteitaan erityisesti leposide-eristystilanteissa, koska ne tilanteet saattavat olla erityisen haastavia. Hoitajat tekevät psykiatrista hoitotyötä omalla persoonallaan. Työskennellessäni päihde- ja mielenterveysongelmaisten parissa olen huomannut kuinka tärkeää on olla ihminen ihmiselle. Vaikka, hoitaja tekeekin työtään omalla persoonallaan ja näyttääkin välillä tunteitaan, se ei saa olla este toimintakyvylle. Jotta hoitaja pystyy säilyttämään ammatillisuutensa, on hyvä tunnistaa omia tunteitaan ja sitä miten niihin reagoi. Näin ammatillisuus ja toimintakykyisyys säilyvät myös vaikeissa tilanteissa.

Tutkimuksestani on hyötyä sen vuoksi, että saadaan kuuden hoitajan kertomana lisää tietoa leposide-eristyksestä, hoitajien tunteista leposide-eristykseen liittyen sekä heidän mielipiteistään. Hoitajien on tärkeätä tunnistaa ja tiedostaa omia tunteitaan psykiatrista hoitotyötä tehdessään. Tiedostamalla omia tunteitaan leposide-eristystilanteissa, se voi auttaa heitä toimimaan paremmin.

Psykiatriseen laitosorganisaatioon kuuluu psykiatrinen sairaala, jossa on suljettuja ja avo-osastoja, akuutti- ja pitkäaikaisosastoja, kuntoutusyksikkö, jossa valmennetaan ihmistä asumaan itsenäisesti ja suojatyömahdollisuuksia sekä psykogeriatrista, nuoriso-psykiatrisia ja lastenpsykiatrisia osastoja (Punkanen 2001, 23).

Psykiatrisissa sairaaloissa on potilaspaikkoja vähennetty rajusti viimeisen vuosikymmenen aikana. Vuonna 1995 psykiatrisilla osastoilla hoidettiin 30 698 potilasta, joista tahdostaan riippumattomassa hoidossa oli 9460 (31 %). (Salovaara, Immonen & Tyybäkinen 1997, 14.) Mielisairaalapaikkojen vähäisen määrän vuoksi akuuttiosastot toimivat jopa yli 130 %:n kuormituksella (Särkelä, Taipale, Heikkilä & Heinonen 1995, 7). Vuonna 1990 psykiatrisia sairaansijojä oli 12336, kun niitä vuonna 2000 oli jäljellä 3968. Potilasmäärät psykiatrisilla osastoilla ovat lisääntyneet, vaikka hoitoajat ovat lyhentyneet (Suomen tilastollinen vuosikirja 1998, 2.) Psykiatriset sairaalat tukevat alueensa mielenterveystoimistojen ja terveyskeskusten työtä. Potilas on yleensä sairaalahoidossa vain sairauden- tai kuntoutuksen vaatiman välttämättömimmän ajan. (Punkanen 2001, 27.)

Osastoyksikön työryhmä koostuu erilaisista ammatillisista asiantuntijoista, joita ovat seuraavat: psykiatri, psykologi, erikoistuva lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, lähihoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sairaalateologi. Moniammatillisessa työryhmässä psykiatrisen hoitotyön ammattilaiset ovat hoitotyön asiantuntijoita, jotka tuovat oman tietämyksensä potilaiden hoitoon. Kaikella vuorovaikutuksella voi olla hoidollista merkitystä, joten myös muun kuin hoidollisen koulutuksen saaneet työntekijät ovat tärkeitä. (Isohanni 2002, 309; Välimäki & Mäkitalo 2000, 16 - 17.)

Psykiatrisessa sairaalassa hoitoyksiköt on jaettu akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin. Akuuttiosastoilla hoidetaan äkillisesti mieleltään häiriintyneitä ihmisiä, joille eivät avohoidon palvelut riitä. Akuuttipsykiatrialla tarkoitetaan aikuisille suunnattuja palveluja. Hoitotyö perustuu yksilöllisesti suunniteltuun hoitoon, johon kuuluu omahoitajasuhde ja kirjallinen hoitosuunnitelma. Akuutissa hoidossa korostetaan verkosto- ja perhekeskeisyyttä. Hoitoajat vaihtelevat muutamista tunneista kuukausiin. (Punkanen 2001, 28.) Opinnäytetyöhöni haastattelemani hoitajat työskentelevät akuuttiosastolla.

Psykiatrisessa sairaalassa toimii erilaisia osastoyksiköitä. Ne ovat joko suljettuja tai avo-osastoja. Suljetuilla osastoilla ovet ovat lukossa, eikä sinne pääse sisään eikä ulos ilman henkilökuntaa. Suljetun osaston hoitoa tarvitsevat esimerkiksi potilaat, jotka on määrätty vastentahtoiseen hoitoon. (Punkanen 2001, 27; Latvala 1996, 11; Virtanen 1989, 9; Mäkitalo 2000, 84.) Suljetuilla osastoilla on yleensä eristys huone tai huoneita (Virtanen 1989, 9). Eristys huoneita on myös esimerkiksi päivystyspisteissä, ja lepositeitä käytetään myös niissä sekä somaattisilla vuodeosastoilla (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 13). Suljetulla osastolla voi kuitenkin olla potilaita, joilla on ns. vapaakävelyoikeuksia, eli he voivat lääkärin luvalla liikkua tietyn ajan ilman valvontaa osaston ulkopuolella (Punkanen 2001, 27 - 28). Rajaani työni koskemaan psykiatrisessa sairaalahoidossa toteutettaviin eristykseen ja lepositeiden käyttöön

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Suhtautuminen mielisairaisiin historian valossa

Mielisairaus on historian saatossa käsitetty milloin jumalallisuuden, milloin paholaisen ilmentymäksi, milloin eläimellisyydeksi ihmisruumiissa, milloin profetiaksi. Mielisairauden syyhyn katsomatta on sen karsimiseksi käytetty voimakkaita pakkotoimia. Pakottamista, jopa väkivaltaa, käytettiin poikkeavuuden kontrolloimiseksi. Hoito oli voimaperäistä ja julmaa. Sairautta ajettiin ihmisestä esimerkiksi oksettamalla, veteen upottamalla ja palovammoja tuottamalla, eikä erilaisten kahleiden ja sitomisten käytössä epäröity. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997, 435.)

Mielisairaaloitten rakentaminen aloitettiin Suomessa 1600-luvulla. Vaikeimmin sairaat laitettiin selleihin. Lähinnä kyse oli kuitenkin potilaiden säilytyspaikoista kuin hoitamisesta. Laitoksissa potilaita kohdeltiin usein hyvin huonosti. Taustalla vaikutti yleensä ajatus, että mielisairaissa ihmisissä asui ”paha”. Tämä oikeutti hoitohenkilökunnan mielestä huonon kohtelun. Olot paranivat hitaasti, koska tällöin henkilökuntaa oli vähän ja hekin olivat vailla koulutusta. Henkilökunnan tehtävänä olikin, ajan asenteiden mukaisesti, enemmän ”vartioita” kuin hoitaa potilaita. Käsitys siitä, että mielisairaus ei

parane oli hyvin yleinen sekä henkilökunnan, että omaisten keskuudessa. (Salovaara ym. 1997, 7 - 8.)

Psykiatrian kuuluisia uudistajia olivat Pinel Ranskassa, Chiarugi Italiassa ja Tuke Englannissa. He korostivat hoidossa humanisuutta, koulutuksen tärkeyttä ja pyrkimystä vähäiseen rajoittamiseen. Toisaalta he kaikki pitivät eristystä hätätilanteiden vuoksi välttämättömänä hoidossa. (Sailas 1995, 3236.) 1800-luvulla esitettiin näkemyksiä, että mielisairaiden suojeleminen ilman pakkotoimenpiteitä olisi mahdollista, jos käytettävissä olisi riittävästi hoitajia. Hoitomenetelmät olivat vartioinnin lisäksi erilaisia pakkotoimia. Hoitajien tehtävänä oli valvoa potilaita, jotta nämä eivät vahingoittaisi itseään. Myöhemmin pakonomaiset hoitokeinot vähenivät psykykenlääkkeiden kehittymisen myötä. (Latvala 1998, 19.)

Potilaita eristettiin pääasiassa öisin. Se tarkoitti 1800-luvulla selliin joutumista osaksi vuorokautta. Tosin joitakin ihmisiä saatettiin eristää jopa yli sadaksi vuorokaudeksi. Sairas ihminen laitettiin verkkosänkyyn, eli ”hullunarkkuun”, jos hän oli levoton. Jos sekään ei levotonta ihmistä rauhoittanut, turvauduttiin pakkopaitaan. Pakkorukkaset laitettiin levottomimpien käsiin, jos potilaalla oli taipumusta nyrkeillä hakata. Ns. repijän rukkaset puettiin levottoman potilaan käsiin ja sidottiin ranteista kiinni, jottei hän voinut vahingoittaa tai repiä itseään tai muita. (Hirvonen 2003, 120.)

Ennen kuin eristämishuoneet tulivat käyttöön, potilaita sidottiin myös kääreisiin. Ihmiset olivat ”märissä pakkauksissa”. Kosteat lakanat vaihdettiin neljän tunnin välein. Potilas sidottiin kuivaan lakanaan, jonka päälle laitettiin tiukasti huopa ja joka kiinnitettiin isoilla hakaneuloilla. Nämäkään kääreet eivät aina estäneet kaikkein levottomimpien potilaiden lähtemistä sängystä. (Sailas 1995, 3236.)

Potilaita sidottiin, sitä käytettiin laajalti, mutta muitakin hoitokeinoja oli. Potilaita kuntoutettiin 1930-luvulla pitkistä eristyksistä pois esimerkiksi vierihoidon avulla. Ylipääntään eristysuoneiden rakentaminen osastoille oli uudistus. Se merkitsi pysyvästi vuoteeseen sidottujen potilaiden määrän vähenemistä. (Sailas 1995, 3237.)

Mielisairaiden määrän kasvun ja hoitopaikkojen vähyden vuoksi yleisin hoitotapa oli ”elätteelle” antaminen yksityisiin perheisiin. Koska mielisairaiden sijoittaminen perhei-

siin oli vaikeaa, heistä maksettavaa ”hintaa” jouduttiin nostamaan. Ylimääräisen elannon toivossa mielisairaita ottivat luokseen köyhät, jotka pitivät heitä alkeellisissa oloissa ilman lääkärin hoitoa, tai aavistustakaan siitä miten sairaita tulisi kohdella. (Hirvonen 2003, 117.) Potilaat kuitenkin tutkittiin ja havainnot taudin oireista ja hoidon vaikutuksista merkittiin sairauskertomuksiin, joten mahdollisuus menetelmien kehittymiseen oli avautunut (Hakola 2002, 12).

2.2 Eristämistä ohjaava lainsäädäntö

Psyykkisesti sairaan oman tahdon ohittamisesta on tullut lainsäädännöllä tarkoin kontrolloitu asia, ja sekä vapauden rajoittamista, että pakkotoimien ja rajoitusten käyttöä hoidon aikana pyritään vähentämään. Pakkotoimia kuitenkin käytetään, niin potilaan auttamiseksi kuin häiritsevän käyttäytymisen hillitsemiseksi. (Kaltiala-Heino ym. 1997, 435.)

Eristäminen, niin kuin muutkin pakkohoitotoimet, ovat mahdollisia mielenterveyslain (14.12.1990/1116, 22 e § 21.12.2001/1423) mukaan vain, jos potilas on asetettu tarkkailuun tai määrätty vastentahtoiseen hoitoon. Tämä edellyttää, että potilaalla on lääketieteellisesti määritelty mielisairaus. Pakkoa potilaaseen saa kohdistaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito tai potilaan tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. (Niskanen, Tuimala & Kallioniemi 1994, 439; Ala-aho, Hakko & Saarento 2003, 1969; Kaltiala-Heino & Välimäki 1999, 8.) Niukka ohjeistus ei anna riittävää oikeusturvaa potilaalle eikä henkilökunnalle (Kaltiala-Heino ym. 1999, 8).

Hoitoon määräämisen edellytykset:

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain: jos hänen todetaan olevan mielisairas; jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 8 § 14.12.1990/1116) Vuonna 2002 kesäkuussa (1.6. 2002) voimaan tulleessa tarkennetussa mielenterveyslaissa sanotaan ”Uuden lain mukaan tarkkailuun otettu taikka tutkimukseen tai hoitoon

määrätty potilas saadaan vasten tahtoaan eristää muista potilaista, mutta ei sitoa lepositeisiin, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi taikka jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Lepositeisiin tarkkailuun otettu tai hoitoon määrätty potilas saadaan vastoin tahtoaan sitoa vain, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita”. (Laki mielenterveyslain muuttamisesta Mielenterveyslaki 22 e § 21.12.2001/1423); Ala-aho ym. 2003, 1969.)

Vuonna 2002 voimaan tulleessa tarkennetussa mielenterveyslaissa määrätään, että kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että henkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai edustajalle. Lääninhallitukselle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. (Mielenterveyslaki 22 f § 21.12.2001/1423.)

Rajoitusten toteuttamista koskevista ohjeista ja rajoituksista pidettävästä luettelosta sanotaan mm: ” Itsemääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on hoitoyksikössä pidettävä erillistä luetteloa rajoituksista”. 22 k § (21.12.2001/1423)

2.3 Eristäminen psykiatrisella osastolla

Eristämisellä tarkoitetaan, että tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas siirretään erityiseen eristyshuoneeseen (Salovaara ym. 1997, 8). Ihminen on eristyksessä eristyshuoneessa lepositeissa (Virtanen 1989,1). Vain yksi potilas voidaan eristää samaan huoneeseen (Punkanen 2001, 90). Eristäminen on toimenpide, jonka tulisi merkitä potilaan siirtämistä tehostettuun hoitoon (Urponen 1995, 5).

Eristyshuoneella tarkoitetaan suljettua tilaa, jossa on vain sänky tai patja lattialla. Eristyshuoneessa voi olla ikkunoita, joita ei saa rikottaa. Tyypillistä on, että lukittavassa ovenssa on ikkuna, josta potilasta voidaan seurata. (Virtanen 1989, 6.) Eristyshuoneen on oltava turvallinen, lämmin hyvin ilmastoitu ja sen yhteydessä on oltava WC ja peseytymismahdollisuudet (Punkanen 2001, 90). Vähäisellä kalustuksella huone on pyritty saamaan turvalliseksi ja rauhalliseksi. Huoneen valaistus on säädettävissä ulkopuolelta. (Urponen 1995, 8.)

Eristämistä voidaan tarkastella psykiatrisen potilaan pakottamisen, kontrolloinnin, rajoittamisen ja tehostetun hoidon sekä potilaan ja muiden henkilöiden turvallisuudesta huolehtimisen ja huolenpidon näkökulmasta lähtien. Eristämiseen voidaan katsoa kuuluvan eristämiseen johtaneet syyt, jotka vaikuttavat eristämispäätökseen, eristyshuoneeseen vieminen sekä potilaan oleminen eristyshuoneessa eristämisen lopettamiseen saakka. (Urponen 1995, 5 - 6.) Eristämiseen johtavia syitä ovat, että potilas on vahingollinen itselleen, potilas on vahingollinen muille, potilas käyttäytyy kontrolloimattoman häiritsevästi, potilas kokee tarvitsevansa eristystä, delirium tremens ("juoppohulluus") ja polydipsia ("vesijuoppous"). Eristystä käytetään vain, jos muut kontrollointikeinot eivät auta. Lääkäri arvioi eristyksen tarpeen potilaan somaattisen ja psyykkisen voinnin mukaan. Huone-eristystä käytetään, kun potilas suostuu olemaan yksin eikä vahingoita itseään. Hyvin aggressiiviset, sekavat ja suicidealiset potilaat tarvitsevat leposide-eristystä. (Vartiainen 2002, 3.)

Eristämishoidolla pyritään väkivaltaisen käyttäytymisen rajoittamiseen, potilaan rauhoittamiseen ja selkiyttämiseen, itsetuhoisen käyttäytymisen kontrollointiin, potilaan hengen säilymiseen, potilaan itsehallintakyvyn vahvistamiseen, potilaan oman tai osaston turvallisuuden takaamiseen, hoitoympäristön turvaamiseen, muiden potilaiden turvallisen ja suunnitellun hoidon mahdollistamiseen. (Vartiainen 2002, 4.)

Eristämisen käytön oletettu lopputulos on vaaratilanteen ohimeno/ja tai potilaan psyykkisen tilan korjaantuminen niin, että hän pystyy olemaan osastolla muiden potilaiden joukossa (Kaltiala-Heino ym. 1999, 14). Potilasta ei voida eristää rangaistuksena, henkilökunnan turhautumisen takia, keinona välttää vuorovaikutusta potilaan kanssa, potilaan ollessa vihamielinen, ärsyttävä tai loukkaava, jos potilaan somaattinen tila on heikko, jos levottomuus ja sekavuus aiheutuvat vammoista, alkoholi- ja lääkeainemyr-

kytyksestä, korkeasta kuumeesta, elektrolyyttitasapainon häiriöstä tai munuaistoiminnan vajauksesta (Latvala ym. 1995, 35).

Eristämisen käytössä tulisi olla erittäin pidättyväinen ja potilas olisi tutkittava huolellisesti ennen eristämistä. Hänellä olisi oltava riittävä vaatetus ja osastolla riittävästi henkilökuntaa. Jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa tulisi olla sairaalakohtaiset ohjeet, siitä miten eristys käytännössä toteutetaan. (Latvala ym. 1995, 35.) Eristystilanteessa hoitajat pyrkivät koko ajan sanalliseen kontaktiin ja ainakin jälkikäteen tulisi käydä potilaan kanssa keskustelua eristykseen johtaneista syistä (Punkanen 2001, 90).

Eristämiseen ja pakkolääkitykseen ei turhaan haluta ryhtyä, sen raskauden ja epämiellyttävyyden vuoksi. Henkilökunnan kannalta eristys sitoo voimia muulta työnteolta, mutta niiden pakottavaa ja kajoavaa luonnetta potilaan kannalta ei muuta sekään, että niitä halutaan käyttää vain harkiten ja hoidollisin perustein. Pakkokeinoja harkittaessa on käytettävä pienempää pahaa, kummasta on vähemmän haittaa, siitä että henkilökunta pakkokeinoin hillitsee potilasta vai siitä, että potilas saa hillitsemättä jatkaa väkivaltaista käyttäytymistä. Ellei henkilökunta kykenisi tai haluaisi suojella osastolla potilaita, on vaikeata kuvitella mihin heitä siellä ylipäättään tarvittaisiin. (Sariola & Ojanen 1997, 266.)

Eristyksen käytännön toteutus jää hoitohenkilökunnan suoritettavaksi. Yleensä hoitajat eivät kuitenkaan haluaisi käyttää vastentahtoisia toimenpiteitä tai voimaa. Tästä huolimatta suljettujen osastojen henkilökunta selkeästi tuntuu hyväksyvän eristämisen osana työtään. Tätä perustellaan välttämättömyydellä huolehtia potilaista silloin, kun nämä eivät siihen itse kykene. Eristysmäärät, -tavat ja -syyt vaihtelevat paljon eri laitosten kesken, vaikka niiden potilaskunta on hyvinkin samantapaista. Saman laitoksen sisällä eri osastojen eristystavat ovat eroavaisia. Tätä on vaikeata selittää muuten kuin sillä, että eristäminen on potilaiden ja henkilökunnan suurryhmätoimintaa ja sillä on eri tilanteissa erilaisia merkityksiä. (Sailas 1999, 81 - 82.)

Kun päätös eristämisestä on tehty, tilanne on tehtävä mahdollisimman turvalliseksi kaikille osapuolille, hankkimalla riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa paikalle. Mikäli mahdollista pyritään saamaan lääkäri paikalle ennen eristämistä, ellei tämä ole mahdollista, niin ilmoitetaan välittömästi lääkärille. Lääkäri tulee arvioimaan potilaan tilan.

Eristämisen syyt tulee selvittää potilaalle. On huomioitava potilaan oikeudet ja yksilöllisyys sekä mahdollisuus mennä vapaaehtoisesti itse eristykseen ilman kiinniottamista. Henkilökunnan on tunnettava eristysohjeet ja hälytysjärjestelmä. Toiminnan on oltava rauhallista ja määrätietoista. On tarkastettava, ettei potilaalla ole vaarallisia esineitä hallussaan. Tarvittaessa annetaan lääkettä potilaalle. Ainoastaan vapaaehtoisessa tai tarkkailussa oleva potilas voidaan eristää. Jos vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas joudutaan eristämään, hänet on välittömästi asetettava tarkkailuun. Tällöinkin on lääkäri ehdottomasti kutsuttava paikalle. (Vartiainen 2002, 4 - 5.) Käytännössä lääkärit eivät aseta kyseenalaiseksi potilaan hyvin tuntevien hoitajien arviota eristämisen tarpeellisuudesta; useinhan eristäminen on lääkäriin yhteyttä otettaessa jo tehty. Eristäminen ei saa jatkua kauemmin kuin on ehdottoman välttämätöntä. (Niskanen ym. 1994, 439; Salovaara ym. 1997, 9.)

Eristämistä voidaan välttää lisäämällä koulutettua henkilökuntaa ja vähentämällä osaston sairaansijamäärää. Eristämisen tarvetta voidaan vähentää osaston tilaratkaisuilla, asianmukaisella lääkityksellä, lisäämällä henkilökunnan koulutusta ja työnohjausta. Turvalliset rajat ja selkeät säännöt voivat vähentää eristämistä. (Latvala ym. 1995, 35 - 36.)

Pakkohoitokeinot psykiatrisella osastolla

Psykiatrisessa sairaalassa olisi hyvä olla selkeä laitoskohtainen linja pakkotoimien käytämiselle. Potilaalle on annettava ensiksi suullista palautetta ennen kuin fyysisiin rajoitustoimiin ryhdytään. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 11.) Pakkohoitotoimenpiteisiin kuuluvat kaikki ne toimenpiteet, jotka joudutaan tekemään potilaalle pakolla hoidollisin tavoittein. Näitä ovat esimerkiksi pakkosyöttäminen, pakkopukeminen, pakkopeseminen, pakkolääkitseminen ja eristäminen joko lepositeilla tai ilman. Kaikki muut keinot on käytetty aina ennen pakkotoimenpiteisiin ryhtymistä. Pakkohoitotoimenpiteisiin joudutaan usein tilanteissa, joissa potilas käyttäytyy aggressiivisesti ja uhkaavasti. (Punkanen 2001, 88)

Pakkoa ja rajoituksia perustellaan yleensä potilaan hoitamisella tai suojelemisella sekä kontrollin tarpeella (muiden suojeleminen). Eristystä ja lepositeita käytetään molem-

mista syistä. Potilaan auttamiseksi toteutettu pakon käyttö pyrkii estämään potilaan itsetuhoista käyttäytymistä (itsemurhayritys tai muu oman ruumiin vahingoittaminen). Perusteluna pakon käytölle psykiatrisessa hoidossa on, että mielisairauden ajatellaan vahingoittavan potilaan arvostelukykä niin, että hän ei voi itse ottaa vastuuta käyttäytymisensä seuraamuksista. Niinpä muiden on estettävä potilasta vahingoittamasta itseään tai muita ja autettava potilasta palaamaan terveyteen, tarvittaessa pakolla. (Kaltiala-Heino 1999, 107 - 108.)

Pakottavat hoitotoimenpiteet asettavat suuria vaatimuksia hoitajien taidoille (tavoitteille, keinoille, tilannetuntemukselle), ja ne heijastavat hoitajien kykyä toimia esteettisesti ja eettisesti. Potilaan vapauden rajoittaminen on joko fyysistä tai hänen kokemuksiinsa liittyvää. Usein fyysiset rajoitukset koskevat potilaan käyttäytymistä. Ne ovat joko kehoituksia tai fyysistä vapautta rajoittavia toimia (kiellot, suljetut ovet jne.), joilla halutaan estää potilasta vahingoittamasta itseään. Hoitajan asettamat rajat lisäävät potilaan turvallisuudentunnetta, potilas kokee ne hoitajan välittämisenä. (Lindström 1988, 104 - 105.) Suurin osa psykiatrisesta hoidosta kuitenkin tapahtuu potilaan suostumuksella (Kaltiala-Heino 1998, 4100).

Vapauden rajoittamisen, eristämisen ja itsemääräämisoikeuden eettiset kysymykset

Yleisimpiä vapauden rajoittamisen muotoja ovat päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä erilaiset rajoitukset hoidon aikana, kuten eristäminen lepositeisiin tai huoneeseen, fyysinen kiinnipitäminen, pakkolääkitys, potilaan yhteydenpidon rajoittaminen ulkomaailmaan, liikkumisen rajoittaminen sekä lomakiellot. (Kaltiala-Heino & Laippala 1997, 436; Kaltiala-Heino 2004, 2; Kaltiala-Heino 1998, 4099 - 4100.)

Henkilökunnan päättäessä potilaan eristämisestä joutuvat he toimimaan epävarmassa ja ristiriitaisessa tilanteessa. Päätöstä hankaloittaa se, etteivät kaikki psykiatrian menetelmät auta kaikkia potilaita ja ettei menetelmien vaikuttavuudesta etukäteen voi olla aivan varma. (Virtanen 1985, 3.)

Eristäminen on jossain mielessä sairaaloiden hoitokulttuuriin sidoksissa oleva ilmiö. Sairaaloiden kulttuuriin liittyy monien hyvien ja toimivien käytäntöjen ohella vanhoja, kirjoittamattomia sääntöjä ja hoitajasukupolvelta toiselle siirtyviä ”oppeja” ja asenteita,

joiden muuttaminen voi olla hidasta ja työlästä. Hoidon laadun kannalta on tärkeää, että työryhmä käy keskustelua eettisistä kysymyksistä sekä työtä ohjaavista arvoista ja asenteista niin potilasta kuin työtä kohtaan. Niin sanottu macho-asenne korostaa miehistä voiman- ja vallankäyttöä. Mieshoitajat nähdään osaston turvallisuuden ylläpitäjinä ja vasta sitten ihmisten hoitajina. Tämä asenne voi johtaa miestyöntekijöiden ”vähätteleen” ja ”väärinkäyttöön”, mikä vääristää työntekijöiden asenteita työtään kohtaan. (Koivisto 1999, 58 - 62.)

Potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa on usein myös mahdollisuus vallankäyttöön. Hoitajan on tärkeää tiedostaa tämä. Vaikka potilaan näkemyksiä ei voidakaan aina hyväksyä, potilasta ei tulisi rangaista eriävästä näkemyksestä. On myös tärkeää, ettei hoitaja omilla oletuksillaan estä mitään sellaista, mikä potilaalle on arvokasta hänen hoitonsa kannalta. (Latvala ym. 1995, 32.)

Eristäminen on hoitotoimenpide, joka rajoittaa voimakkaasti potilaan henkilökohtaista vapautta ja itsemääräämisoikeutta. Sen käyttö tulee perustua vain todelliseen tilanteeseen ja hoidon tarpeeseen. (Niemi 2001, 32.) Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen on perusteltua, jos sen avulla voidaan lisätä potilaan hyvinvointia tai estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita (Latvala 1996, 8). Itsemääräämisen rajoittamista pidetään monimutkaisena eettisenä kysymyksenä. Ajatellaan, että yksilön itsemääräämistä on mahdollista väliaikaisesti rajoittaa esimerkiksi vakavan mielenterveyden häiriön perusteella. (Kuosmanen 2003, 5.) Eristämistä käytettäessä rajoitetaan aina yksilön itsemääräämisoikeutta, eli sitä ei tulisi tehdä rutiininomaisesti, vaan joka kerta huolellisesti harjoitettuna (Kaltiala-Heino & Laippala 1997, 438 - 439).

Eristäminen on aina psykiatrasta tehostettua hoitoa, jossa henkilökunnalla on erityinen vastuu potilaasta. Eristämistä ei saa koskaan käyttää rangaistuksena. (Vartiainen 2002, 6.) Eristäminen tulee koitua potilaan parhaaksi. Potilaan integriteettiä ja arvokkuutta ihmisenä tulee kunnioittaa ja suojella kaiken aikaa. Potilasta tulisi puhutella kunnioittavasti ja sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. (Urponen 1995, 13.) Eristäminen on vuorovaikutusta, se ei ole irrallinen tapahtuma niin, että sen vaikutus päättyisi eristyksen päättyessä. Siitä jää muistiin jälkiä, niin potilaille, kuin hoitajillekin sekä koko organisaation muistiin. Nämä kokemukset johtavat jonkinlaiseen yksilön ja organisaation oppimiseen. Oppiminen voi olla myönteistä tai kielteistä, tuloksellista tai tuloksetonta. Eristämiset ja

niitä edeltänyt tilanne ja vuorovaikutus heijastavat jollakin tavoin sitä, miten potilaita hoidetaan ja mitä aikaisimmista eristämistä on pystytty oppimaan. (Groth, Honka, Konttinen & Konttinen 1999, 3037 - 3038.)

2.3.1 Leposide-eristys

Leposidehoito on tavoitteellista toimintaa, jossa vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys. Läsnaolo ja keskustelu potilaalle ovat tärkeitä, mutta ne voivat olla provosoiivia, kun potilas kokee olevansa eristettynä ilman syytä ”oikeudettomasti”. Vuorovaikutukseen ei tule pakottaa, vaan antaa potilaan tehdä aloite. (Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristämishjeisto 1997, 3.)

Leposide-eristys on erityinen eristämisen tapa. Potilas sidotaan keskivartalostaan, käsistään ja jaloistaan erikoisvalmisteisilla leveillä nahkaisilla remmeillä sänkyyn, jotta hän ei pääse liikkumaan. Joskus voidaan jättää joku raaja sitomatta. Leposide-eristys on niin sanottu kaksinkertainen eristys. Lepositeissä olevan vieressä pitää hoitajan istua koko ajan. (Salovaara ym. 1997, 8; Sariola ym. 1997, 266.)

Potilas voidaan eristää lepositeisiin, jos potilas on tarkkailussa tai hoidossa tahdostaan riippumatta, potilas on tullut hoitoon vapaaehtoisesti, mutta kliinisen tilan vuoksi joudutaan asettamaan tarkkailuun. Lähtökohdat ovat samat kuin tarkkailulähetettä laadittaessa. Tarkkailun asettamisen tulee aina esimieslääkäri vahvistaa. Kaikki eristämistäpahtuman aikana annettu lääkitys, tehdyt toimenpiteet, käytetty leposidesidonta sekä annettu ruoka ja juoma sekä wc:ssä käynnit tulee kirjata eristämisseurantalomakkeeseen. Lomakkeesta tulee myös käydä ilmi kulloisenkin vastuuhoidajan nimi. (Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristysohjeisto 1997, 3.)

Potilaan eristäminen lepositeisiin tulisi perustua tilannekohtaiseen harkintaan. Ylimääräisen hoitajan saaminen potilaan seuraksi pahimman vaiheen ajaksi voi jopa auttaa välttämään eristyksen. Keskustelu potilaan kanssa tai lääkännöksen suurentaminen saattavat auttaa tilanteen rauhoittamisessa, jos ongelmana ovat esimerkiksi huomattava yliaktiivisuus, ahdistus tai pelot. Jotkut potilaat pyytävät jopa, että saavat olla itseksensä eristyshuoneessa, poissa muiden seurasta usein levottomalta osastolta. Jollekin poti-

laalle hänet hyvin tunteva henkilökunta voi päätyä suositteluun eristyksen sijaan liikuntaa tai valvottua ulkoilua. Hallitsematon, uhkaileva tai väkivaltainen käyttäytyminen vaatii kuitenkin selkeitä toimia sen lopettamiseksi, myös muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden vuoksi. Usein rauhoittuminen eristysruooneessa lyhyen aikaa auttaa potilasta hallitsemaan taas itseään paremmin. Tätä tuetaan yleensä rauhoittavalla lääkityksellä. (Hietanen & Henriksson 2002, 6.)

Eristämisseurannassa toimitaan yleensä niin, että vastuuhoidtaja organisoii potilaan eristysseurannan. Hän tarkistaa, että potilaalla on asiallinen vaatetus, korostaa eristystoimien turvallisuutta ja selvittää potilaalle eristysseurannan kulun. Hän tarkistaa, onko tilanteessa syntynyt fyysisiä vammoja. Myös lääkäri tutkii potilaan. Tarkistetaan potilaan verenkierto, asento jne. Potilaalle tarjotaan ravintoa ruokailuajoina. Nestelista aloitetaan ja kirjataan eritystoiminta. Potilaaseen on jatkuvasti pidettävä kontaktia. Tilanteen muuttuessa on hoitosuunnitelmaa tarkistettava. Eristysseurannassa tulee olla merkintä kaikesta annetusta lääkityksestä, tilan muutoksista, tutkimuksista, aterioinnista, nesteytyksestä, eritystoiminnasta, somaattisen ja psyykkisen tilan seurannasta. Potilaan tarvitsema somaattinen lääkitys ja tutkimus toteutetaan eristyshoidon aikana. (insuliini, astma, sydänlääkkeet, epilepsialääkkeet ym.) (Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristämisoheisto 1997, 4.) Hoitajan on tarkkailtava potilaan vointia, pidettävä huoli etteivät siteet ole liian tiukalla ja mahdollisuuksien mukaan tulisi raajoja vuoron perään irrotella. Jos eristäminen jatkuu pitkään, potilasta olisi suotavaa kävelyttää määrä ajoin. Hepariini-hoito (Fragmin) aloitetaan leposide-eristyksessä, se estää veritulppien muodostumista ja potilas voi kokea vointinsa mahdollisimman turvalliseksi. (Vartiainen 2002, 4.)

Henkilökunnan on tunnettava eristysohjeet ja hallittava hälytysjärjestelmä.

Yli 8 tunnin leposide-eristyksestä täytyy ilmoittaa potilaan edunvalvojalle, jos potilaalla on edunvalvoja. Leposide-eristyksen tarkoituksena on varmistaa potilaalle rauhallinen ja turvallinen ympäristö, missä hän voi konkreettisten rajojen turvin koostua sisäisesti. Koostumista edesauttaa säännöllinen kontakti hoitajaan. (Vartiainen 2002, 3; Hietanen ym. 2002, 6.) Erilliseen eristyskirjanpitoon kirjataan tarkoin potilaan kokonaisvointi, millä tarkoitetaan potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista olotilaa (Punkanen 2001, 90). Pysyvää ja koulutettua henkilökuntaa olisi hyvä olla riittävästi. Osaston koolla, toimivuudella sekä miljööllä on myös merkitystä, kun mietitään, miten eristämisiä olisi

mahdollisuus vähentää. Yksiköiden tulisi olla potilasmäärältään pieniä. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 22.) Vuorovaikutustaitojen ja itsepuolustustaitojen koulutusta saaneet henkilökunnan jäsenet turvautuvat vähemmän pakkotoimiin ja joutuvat myös harvemmin potilaiden taholta uhkausten ja hyökkäysten kohteeksi. Eristys ja leposidehoitojen käytöstä tulee myös antaa selkeät ohjeet ja niitä tulee myös seurata. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 21.)

Sairaalassa ja hoitavissa yksiköissä tulisi olla hyvät hälytyslaitteet, jotka turvaavat poikkeustilanteissa nopean avunsaannin osastolta toiselle. Jokaisella hoitajalla tulisi olla oma hälyttimensä. Hälyttimen soiminen merkitsee useimmiten avunpyyntöä väkivaltilanteeseen ja lähes aina eristämistä. Hoitajat juoksevat paikalle kiihtyneinä, tulevaa tilannetta mielessä kuvitellen ja valmiina tarttumaan potilaaseen kiinni. Pieni joukko systemaattisesti toimivia ihmisiä on kuitenkin suurempi apu kuin hengästynyt ja järjestyttömästi toimiva hoitaja joukko. (Koivisto 1999, 64.)

Apua pyytävän osaston työntekijän tulee ottaa tilanteessa johtajuus, määrittellä millaista apua tarvitaan ja miten toivotaan toimivan. Muiden tulee noudattaa saamia ohjeita. Olisi hyvä jos osastonlääkäri tai päivystävälääkäri saapuisi paikalle, koska eristämisestä päättäminen on lääketieteellinen toimenpide. Lääkäri olisi tällöin arvioimassa potilaan eristämisen tarvetta ja hän voisi tarvittaessa määrätä potilaan tehostettuun hoitoon. (Koivisto 1999, 64.)

Jos leposide-eristämiseen ryhdytään, niin toimenpide toteutetaan määrätietoisesti ja päättäväisesti. Potilas pyritään viemään kävelyttämällä eristyshuoneeseen, varovaisuutta noudattaen. Jos tilanne on väkivaltainen, hänet kaadetaan maahan ja kannetaan vähintään neljän hoitajan voimin eristyshuoneeseen, kaksi käsistä ja kaksi jaloista reisien kohdalta kiinni pitäen. Yksi henkilökunnan jäsen johtaa toimintaa ja levottoman potilaan eristämisessä on hyvä olla ainakin yksi työntekijä joka raajaa kohti sekä yksi päätä varten. Eristämistilanteessa on muistettava johtajuus ja työnjako. Osa hoitajista pitää ovia auki valmiiksi, joku hoitajista huolehtii leposidenapit paikalle. Joku hoitajista on valmis hälyttämään tarvittaessa lisäapua. Potilaalle selitetään samalla selkeällä kielellä, mitä tehdään ja miksi. (Vartiainen 2002, 4.)

Eristämistä ja lepositeisiin sitomista toteuttaessa saattaa aiheutua vammoja niin potilaalle kuin henkilökunnallekin. Jos eristys on huonosti valvottu tai tilat epäasianmukaiset, potilas voi vahingoittaa itseään. Huolellisen valvonnan ja hoidon turvin voidaan välttää ravitsemuksen, nesteytyksen ja hygienian ongelmat ja havaita merkit mahdollisesta tajunnantason laskusta tai muista ruumiillisista oireista. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 16.) Tavallisimmat somaattiset sivuvaikutukset liittyvät leposide-eristykseen, sitomiseen ja makaavaan asentoon. Potilas voi aspiroida oksennusta ja tukehtua. Siteet voivat hangata ihoa. Paikallaan olo voi aiheuttaa painehaavaumia, estää verenkierron raajoissa, pahimmillaan se voi aiheuttaa trombooseja ja keuhkoembolioita. Raajat voivat mennä myös sijoiltaan lepositeissä. Myös virtsatie- ja ummetusvaivoja tai makuuhaavoja saattaa esiintyä. (Urponen 1995, 11.) Hälytysmerkit potilaan voinnissa ovat tajunnantason lasku, syanoosi, kuorsaava hengitys, epätasainen pulssi, kouristelu tai lihasnykäykset, psykoosin muuttuminen sekavuustilaksi, pahoinvointi, oksentelu, nielemisvaikeudet ja virtsaamattomuus. (Vartiainen 2002, 7.)

Psyykkisinä sivuvaikutuksina voi ilmetä masennusta ja omanarvontunnon heikkene mistä. Potilas voi kokea tulleen hylätyksi, mikä voi lisätä levottomuutta ja sekavuutta. Potilaat voivat saada myös hallusinaatioita. Jo hallusinoivan potilaan harhat voivat lisääntyä. Eristämisen aiheuttama narsistinen loukkaus voi aiheuttaa katkeruutta ja vastenmielisyyttä koko hoitoa kohtaan. (Urponen 1995, 11; Virtanen 1989, 8.) Psyykkisiä sivuvaikutuksia ovat potilaiden välinpitämättömyys, eli potilaat tottuvat lepositeisiin eivätkä tavallaan reagoi niihin joutumiseen. Itsekunnioitus laskee, sillä se on nöyryyttävä kokemus, koska fyysiseen koskemattomuuteen kajotaan. Myös regressiivisyyttä voi esiintyä, mikä johtuu siitä, että hoitajat hoivaavat avutonta potilasta joka on sidotuna. Tämän vuoksi potilaalla on vaikeaa jatkossa luottaa hoitajiin. (Vartiainen 2002, 7.) Eristämisen ja lepositeiden käytön lopputulos on vaaratilanteen ohimeno ja/tai potilaan psyykkisen tilan korjaantuminen niin, että hän kykenee olemaan osaston puolella (Kaltiala-Heino ym. 1999, 14).

Leposide-eristykseen tarkoituksena on varmistaa potilaalle rauhallinen ja turvallinen ympäristö, jossa hän voi konkreettisten rajojen tuella koostua sisäisesti. Leposide-eristys on äärimmilleen viety ulkoinen järjestys, jonka aikana hoitavalla henkilökunnalla on erityinen vastuu potilaasta kokonaisvaltaisesti. (Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristysohjeisto 1997, 1.)

Eristämisen jälkeen olisi hyvä järjestää psykologinen ”purku”, jolloin tapahtuma käydään potilaan kanssa läpi. Potilaan tulee tietää, miksi eristämiseen ryhdyttiin ja mihin sillä pyrittiin. Eristämisen tulee olla sisällöltään hoidollista ja tavoitteellista. Tavoitteet tulee kirjata. Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan eristyksen päätyttyä. Lääkäri arvioi potilaan riskit erilaisten somaattisten komplikaatioiden kehittymisen suhteen ja antaa seurantaohjeet sekä arvioi ajankohdat, jolloin seuraava käynti on tarpeen. Eristämishoidosta päättää aina lääkäri. Hätävarjelutilanteessa eristäminen voidaan aloittaa työryhmän päätöksellä, mutta lääkärin tultua paikalle päättää sen jatkamisesta. (Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristysohjeisto 1997, 1.)

2.4 Psykiatrinen hoitaja, potilas ja hoitotyö

Hoitajat tekevät hoitotyötä, joka on osa potilaan kokonaisuhoitoa. Hoitajat ovat ensisijaisesti hoitotieteellisen näkökantansa edustajia potilaan kokonaisuhoitossa. (Latvala 1998, 31.) Potilaan yksilöllinen hoito edellyttää hänen elämänsä tuntemista ja arvostamista. Potilaan taustan tunteminen helpottaa pyrittäessä yksilölliseen hoitotyöhön. (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 20.) Hoitajalta edellytetään kärsivällisyyttä ja realistisuutta sekä empatiakykyä potilaan ilmaisemia tarpeita kohtaan. Hoitajan vuorovaikutustaidot ja persoona ovat hoitosuhteen onnistumisen kannalta tärkeitä. (Latvala 1996, 8.) Psykiatrisen sairaanhoitajan ammattikuvaan kuuluu hoitotyön lisäksi hallinnollisia tehtäviä sekä koulutusta, kehittämistä ja suunnittelua (Lindström 1988, 17).

Hoitajan on pyrittävä ymmärtämään potilasta ja eläytymään hänen tilanteeseensa. Hoitajan empaattinen kyky on keskeinen hänen mahdollisuuksilleen auttaa potilasta. Hoitaja eläytyy tunteillaan potilaan maailmaan, mikä edellyttää sitä, että hän pystyy havaitsemaan, vastaanottamaan ja säilyttämään potilaan herättämiä tunteita. Tähän hoitaja ei pysty, ellei hän suhtaudu avoimesti omaan tunne-elämäänsä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1992, 76 - 77.)

Hoidon keskeisiä henkilöitä ovat potilas ja hoitaja. Hoitaja toimii hoitotilanteessa potilaan kanssaihmisenä. Hoitaja jakaa hoitotilanteet potilaan kanssa ja toimii niissä aina ammatti-ihmisenä. Hoitaja ei voi toimia ammatti-ihmisenä, ellei hänelle ole muodostunut ammatti-identiteettiä. Tällöin hänen tietonsa tuntuvat riittäviltä, hän on tietoinen

vastuustaan ja tuntee omat voimavaransa ja rajoituksensa. Hän on kehittänyt tiettyjä valmiuksia ja ominaisuuksia sekä omaksunut oman ammattikuntansa normit ja etiikan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 80.)

Tietoisuuden kehittyminen edellyttää sen, että tiedostaa tunteitaan, aistimuksiaan, ajatteluaan, tahtoaan ja toimintaa. Itsetuntemuksen kehittyminen auttaa ymmärtämään toisten ihmisten toimintaa ja oman toiminnan vaikutusta muiden toimintaan. Terveysalan työntekijältä odotetaan persoonallista valmiutta tehdä päätöksiä (esimerkiksi leposide-eristys) työnsä suhteen usein yllättävissä ja hämmentävissäkin tilanteissa. Hoitajan on uskaltauduttava kokemaan, tuntemaan, olemaan kriittinen ja antamaan merkityksiä ja tulkintoja sekä myös muuttamaan niitä tiedon ja ymmärryksen karttuessa, mikäli ne osoittautuvat virheellisiksi. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1999, 24.)

Hoitajalla tässä opinnäytetyössä tarkoitan sekä mielenterveys/mielisairaanhoitajaa että psykiatrista sairaan tai erikoissairaanhoitajaa.

Psykiatrinen potilas

Psykiatrinen potilas nähdään sairaanhoitopalveluja käyttävänä henkilönä, jolla on oikeus hoitoon, hyvään kohteluun sekä tiedon saantiin. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevista potilaista suuri osa kärsii erilaisista psykoottistasoisiksi häiriöiksi diagnosoiduista vaivoista. Myös ei-psykoottiset, vakavat mielialahäiriöt, joihin liittyy itsemurhavaara, voivat vaatia psykiatrista sairaanhoitoa. (Latvala 1998, 20.)

Psykiatriset potilaat ovat ihmisryhmä, joihin saa kohdistaa pakkotoimia, kuten henkilökohtaisen vapauden riistäminen, (esimerkiksi leposide-eristys) vaikka he eivät ole lakia rikkoneet. Mielisairauden kohdalla vapauden riistoa pidetään hoitomuotona: pakkoa ja rajoituksia perustellaan potilaan omalla edulla, niin että potilaan etu on paremmin toisten kuin hänen itsensä määriteltävissä. Lainsäädäntö määrittää, millaisessa tilanteessa tahdosta riippumaton hoito on oikeutettua. (Kaltiala-Heino 2004, 2.)

Psykiatrinen hoitotyö

Käsitteillä hoitotyö ja psykiatrinen hoitotyö tarkoitetaan hoitotieteellistä näkökulmaa, jota hoitajat edustavat psykiatrisen potilaan kokonaishoidossa potilaan ja tämän perheen auttamisessa. Käsitteillä tarkoitetaan myös hoitajien osallistumista moniammatilliseen yhteistyöhön. (Latvala 1998, 18.) Psykiatrinen hoitotyö tapahtuu aiempaa enemmän ryhmässä ja verkostossa, joskin ammattitaitoinen työntekijä pystyy myös työskentelemään yksin ja työparina silloin, kun se on työn laadun ja tehokkuuden kannalta perusteltua. Työhön kuuluvat yhteistyövelvoite, tulostavastuu ja tehokkuusvaatimus. Psykiatrisia työyhteisöjä ovat kohdanneet kasvaneet tehokkuusvaatimukset, voimavarojen leikkaukset, lisääntyvä kiire ja jatkuva muutos. Psykiatrinen hoitotyö on vaativaa, vastuullista, riskialtista ja mutkikastakin toimintaa. Siksi sen harjoittamista säädelään tiukasti erilaisilla hallinnollisilla ja juridisilla ohjeilla ja säännöksillä. Yleisesti jokainen vastaa itse siitä, minkä tekee tai jättää tekemättä. (Isohanni 2002, 309 - 310.)

Latvalan ym. (1995) mukaan psykiatrisen hoitotyön keskeinen tavoite on ihmisen selviytyminen arjessa. Hoitotyön asiakkaita ovat sekä potilas että hänen läheisensä. Ihmisen selviytymiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät. (Latvala 1995, 20.) Hoidon tarpeet ovat riippuvaisia potilaasta ja hänen tilanteestaan. Psykiatrisen hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta säilyttämään terveytensä ja elämään mahdollisimman riippumattomasti käyttäen omia voimavarojaan. Hoitotyön tehtävänä on myös auttaa ihmistä löytämään yksilölliset voimavaransa terveyden säilyttämiseksi. Hoidon tulokset ovat riippuvaisia käytetyistä auttamismenetelmistä. (Latvala 1996, 5 - 6.)

Varsinainen psykiatrinen hoitotyö edustaa tiettyä hoitamisen näkökantaa, johon hoitotoiminnan tavoitteet perustuvat ja jonka perusteella tehdään potilasanalyysi ja priorisointi sekä määritellään hoitotoiminnot. Psykiatrinen hoitotyö on siis ennen kaikkea itsenäistä psykiatrista hoitamista. Psykiatrinen hoitotyö sisältää myös lääketieteeseen, psykologiaan ja sosiaalitieteisiin perustuvaa toimintaa ja havainnointia. (Lindström 1988, 16 - 19.)

Psykiatrisessa potilaslähtöisessä hoidossa pyritään auttamaan psyykkisesti sairastunutta potilasta sekä löytämään jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen käytettävissä olevat voimavarat. Kuitenkin tieto pitkäaikaisesta vaikeasta sairaudesta on usein tuskallinen ja

sitä on vaikea ottaa vastaan. Hoidossa on tärkeää yksilön kunnioittaminen ja arvostaminen ihmisenä sekä aito kiinnostus hänen elämäänsä liittyviin todellisiin asioihin. (Latvala 1998, 17.)

Psykiatrinen hoitotyö vaatii työntekijöiltä kykyä ottaa vastaan potilaan ja hänen omaistensa tuomia toiveita, tunteita, ammatillisia tehtäviä ja hoidollisia haasteita. Ne tulee myös palauttaa potilaalle hoidollisessa vuorovaikutuksessa siten, että seurauksena on psyykkinen kasvu tai oireiden helpottuminen. Psykiatrinen hoitoprosessi on erityisen vaativaa näistä työn erityispiirteistä johtuen. (Isohanni 2002, 309.)

Potilaskeskeisen hoitotyön periaatteita toteuttamalla voidaan helpottaa ja edistää potilaan sitoutumista hoitoonsa. Potilaan mielipiteestä poikkeavat määräykset ja suositukset tulee perustella erityisen hyvin. Potilaan kunnioittaminen, mahdollisimman vähäinen oikeuksien ja vapauden rajoittaminen potilaan vointi huomioon ottaen sekä mahdollisimman vähäinen pakottaminen edistävät tervehtymistä. Potilaslähtöinen työskentelytapa on haaste hoitajan ammattitaidon kehittymiselle. (Latvala 1998, 33 - 34.)

2.4.1 Hoitosuhde

Keskeinen psykiatrisen hoitotyön auttamismenetelmä on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde eli hoitosuhde. Hoitosuhde perustuu luottamukseen, jonka rakentuminen vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä, realistisuutta ja kykyä kestää turhautumista, joustavuutta potilaan ilmaisemia tarpeita kohtaan ja potilaan empaattista, myönteistä ymmärtämistä. (Latvala 1996, 6.)

Hoitosuhteella tarkoitetaan hoitotyön ammatillisen koulutuksen saaneen henkilön ja potilaan välistä, aktiivista läsnäoloa edellyttävää havainnointia ja kommunikointia sisältävää, tavoitteisiin suuntautuvaa yhteistyötä, jossa korostuu molempien osapuolien ainutkertaisuus, hoitajan ammatillisuus sekä potilaan kokemukset ja joka mahdollistaa sekä autettavan että auttajan inhimillisen kasvun. (Mölsä, Krogerus - Therman, Raatikainen & Tolvanen 1985, 31.)

Hoitava vuorovaikutus on ammatillista hoitotyön toimintaa. Se on toimimista yhdessä potilaan kanssa. Työskentelynä se mahdollistaa sekä hoitajan että potilaan tietojen ja taitojen yhdistämisen niiden päämäärien saavuttamiseksi, jotka ovat yhteydessä potilaan hyvään oloon. Hoitavan vuorovaikutussuhteen lähtökohtana ovat potilaan kokemat tarpeet. Keskeinen edellytys hoitosuhteen onnistumiselle on hoitajan aitous, tietoisuus omista tunteista, erilaisuuden kunnioittaminen, potilaan hyväksyminen ehdoitta ja halu ymmärtää. Hoitavan vuorovaikutussuhteen tavoitteena on potilaan tukeminen niin, että hänen osallistumisensa omaan hoitoon on maksimaalista ja että hoitajalla on mahdollisuus olla potilaan kanssa. Hoitosuhteessa hoitaja on potilaan yhteistyökumppani niissä asioissa, joita potilas ei itse kykene ratkaisemaan. (Latvala ym. 1995, 31.)

Hoitotyön periaatteita toteuttamalla voidaan edistää ja helpottaa potilaan sitoutumista hoitoonsa. Omahoitaja tulisi nimetä mahdollisimman nopeasti. Jokaiseen työvuoroon potilaalle nimetään vastuuhoitaja, joka huolehtii potilaan hoitosuunnitelman toteutumisesta vaikka omahoitaja ei olisikaan työvuorossa. Tämä edesauttaa potilaan ja hoitajan yhteistyön ja luottamuksen syntymistä. Potilas voi tällöin keskittää asioiden hoidon yhdelle hoitajalle. Yksittäisellä hoitajalla on myös enemmän aikaa nimetyille potilailleen, kun ei tarvitse vastata kaikkien potilaiden asioista. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 60.)

2.4.2 Hoitajan toiminta aggressiivisen potilaan kanssa

Potilaiden aggressiivisuus ja sen ilmeneminen eri tavoin on psykiatrisen hoitotyön arkipäivää. Joutuessaan psykiatriseen sairaalahoitoon vastoin omaa tahtoaan potilas kokee itsemääräämisoikeuttaan loukatun ja käyttäytyy usein sen mukaisesti. Hän saattaa vastustaa sairaalaan tuloa ja yhteistyötä hoitavien ihmisten kanssa. Loukkaantuminen voi purkautua vihamielisenä käyttäytymisenä ja pahimmassa tapauksessa väkivaltaisina tekoina hoitajia ja ympäristöä kohtaan. Myös hoitohenkilökunta saattaa suhtautua potilaaseen varautuneesti, etenkin jos väkivaltaista käyttäytymistä on esiintynyt aiemmilla hoitokerroilla. Ensimmäistä kertaa hoitoon tuleva potilas saattaa olla hämmentynyt ja jopa peloissaan. Tällöin olisi hyvä, jos potilaan vastaanottaminen osastolla olisi hyvin suunniteltua ja rauhallista. On tärkeää kuunnella potilasta sekä osoittaa hänelle ymmärryksen tunteita. Riittävä informointi tilanteista ja odotettavissa olevista hoitoon liitty-

vistä tapahtumista rauhoittavat potilasta. Jos osastolla käytetään eristyshoitoa, siitä olisi syytä kertoa potilaalle jo perehdytysvaiheessa. (Kaltiala-Heino ym. 1999, 59.)

Psykiatrisessa sairaalassa on potilaan aggressiivista käyttäytymistä havaittu aiheuttavan esimerkiksi potilaan harhat tai se, että potilaalta puuttuu kokonaan mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Myös se, että potilasta ei kuunnella tai ymmärretä eikä potilasta oteta tarpeeksi vakavasti saattavat lisätä aggressiivisuutta. (Latvala 1996, 6.)

Hoitajien käyttämät menetelmät ovat riippuvaisia hoitajista itsestään ja tilanearvioinnista, mutta myös osaston kirjoittamattomista säännöistä. Potilaan ohjaaminen korostuu aggressiivisen käyttäytymisen ehkäisyssä. Lisäksi aggressiivista käyttäytymistä ennakoidaan lääkityksen ja kontrolloinnin avulla sekä keskustelemalla potilaan kanssa. (Latvala 1996, 6 - 7.) Mikäli aggressiivisuutta ei hallita, tilanne riistäytyy käsistä ja hoitaja joutuu turvautumaan pakkotoimenpiteisiin (Weizmann-Henelius 1997, 113).

Tavallisimmin potilaiden aggressioon reagoidaan lääkitsemällä ja /tai eristämällä (Kuosmanen 2003, 6). Injektioita käytetään, kun potilaan hoitomyöntyvyys ei ole riittävä, tai akuuteissa tilanteissa, kun tarvitaan rauhoittavaa lääkitystä. Lääkityksenä injektioita on sekä lyhyt- että pitkävaikutteisia. (Punkanen 2001, 93.) Lääkehoidossa on olennaista sen liittyminen muuhun hoitoon, kuten luotettavaan hoitosuhteeseen ja psykososiaalisiin hoitomuotoihin (Leinonen 2002, 239). Suositeltavampana pidetään kuitenkin vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä aina ennen eristämistä ja lääkitsemistä. Henkilökuntaa olisi aina hyvä olla riittävästi ja potilaalle olisi hyvä olla huone, jossa hän voisi yksin tai yhdessä hoitajan kanssa rauhoittua. (Kuosmanen 2003, 6.)

Hoitajien tulee kehittää vuorovaikutuskykyjään ja opetella terapeuttisia lähestymistapoja väkivaltatilanteiden ratkaisemiseksi. Oleellista on halu kuunnella. Jos keskustelu ei auta, niin muut konkreettisemmat toimet tilanteen ratkaisemiseksi otetaan käyttöön (esimerkiksi leposide-eristys). (Kuosmanen 2003, 17.)

2.4.3 Tunteet hoitotyössä

Laajassa mielessä tunteilla tarkoitetaan yksilössä tapahtuvaa fysiologista muutosta, subjektiivista kokemusta, mielihyvän tai mielihyvän luontaisena sekä siitä johtuvaa käyttäytymisen muutosta. Suppeammassa mielessä tunteella tarkoitetaan vain sitä, mikä koetaan tietoisina elämyksinä. Tunne on elämyksenä koettu psyykinen tila, johon liittyy hermoston reaktioita. (Kalliopuska 1994, 99.)

Empatialla tarkoitetaan sitä, että hoitaja pystyy katsomaan asioita mahdollisimman paljon potilaan tunnekokemuksen kannalta. Käsitettä tilanneherkkyys käytetään empatian rinnalla. (Kangas 1998, 31.)

Etupäässä tunteet koetaan myönteisinä tai kielteisinä. Tunteiden kautta mahdollistuu itsemme ja toisten ihmisten ymmärtäminen. Henkisesti ja fyysisesti uhkaavan tai vaarallisen tilanteen yhteydessä tunteet toimivat varoitussignaaleina. Myös yksilön arvomaailma määrittyy tunteiden kokemisen kautta. (Wright & Oliver 1998, 7.)

Hoitohenkilökunta hoitaa sille määräämiä sairaanhoitotehtäviä. Työ saattaa olla voimakasta stressiä ja ahdistusta herättävää. Potilaat eivät välttämättä parane ja hoitajat seuraavat läheltä potilaiden ja omaisten kärsimystä. Hoitoon liittyy töitä, joita yleisesti pidetään epämiellyttävänä ja pelottavina. Työtehtävät voivat nostaa esiin voimakkaita ja sekavia tunteita: sääliä, myötätuntoa, rakkautta, syyllisyyttä, ahdistuneisuutta, vihaa ja kateutta. (Sailas 1999, 88.)

Mitä paremmin hoitaja tunnistaa tunteitaan, sitä varmempi on hänen ammattitaitonsa ja kykynsä tehdä suotuisia ratkaisuja erilaisissa tilanteissa. Tunteet ovat arvokas apu hoitotyössä, ne varoittavat, opastavat ja antavat viitteitä toisen ihmisen sisäisestä maailmasta. Järki, tahto ja ajattelukyky ohjaavat yhdessä toimintaa hoitotyössä. Päätösten on perustuttava järkiperäisiin seikkoihin. Jos rationaalinen ajattelu sammuttaa tunteet, työ muuttuu mekaaniseksi ja kylmäksi. Hoitaja voi tietoisesti kehittää omaa ajatteluaan, kykyä ottaa etäisyyttä ja tarkastella asioita mahdollisimman objektiivisesti. (Iija ym. 1999, 25.)

Hoitajan tulisi pystyä olemaan empaattinen, asettua potilaan asemaan. Jos hoitaja on empaattinen, potilaan ja hoitajan välinen ensikontakti lisää turvallisen ilmapiirin syntymistä. (Kalliopuska 1997, 128.) Hoitajan herkkä suhtautuminen potilaaseen on tärkeä.

Hoitajan kohdatessa väkivaltaisesti käyttäytyvän tai uhkaavan potilaan hänessä herää ehkä epämiellyttäviä tunteita, ennen kaikkea pelkoa ja vihaa. Tunnereaktiot vaikuttavat hoitajan selviytymiseen ja toimintaan uhkaavassa tilanteessa. Rauhallisena pysyttelevä hoitaja pystyy parhaiten kohtaamaan suuttuneen ja raivoavan potilaan. Hän pystyy realistisesti havaitsemaan, mitä tilanteessa tapahtuu. Hän kykenee ymmärtämään potilaan pyrkimykset ja havaitsemaan mitä potilaassa ja hänessä itsessään tapahtuu. Hoitaja pystyy hahmottamaan tilanteen ja arvioimaan, mitä pitäisi seuraavaksi tehdä. (Weizmann-Henelius 1997, 65 - 68.)

Potilaan aggressiivisuuden kohtaaminen on vaikeaa, koska se nostaa välittömästi hoitajan vastatunteet, avuttomuuden, uhan, pelon ja ahdistuksen. Hoitaja saattaa tuntea sisäistä uhkaa, lamaantumista ja ammatillisten kykyjen heikkenemistä. Hän voi helposti lähteä reagoimaan tilanteeseen puolustaen ja rajoittaen. Toisaalta henkilökunnan piittaamattomuus, aggressiivisten yllykkeiden huomiotta jättäminen ja vähättely antavat potilaalle mielikuvan siitä, että hänen käytöksensä on sallittua. Jos taas hoitaja on liian ymmärtäväinen ja kärsivällinen, se vahvistaa potilaan sairautta. Sallivuus on kyvyttömyyttä asettaa rajoja, jolloin potilas ahdistuu pelätessään oman kontrollinsa menettämistä. Selvästi asetetut rajat auttavat potilasta säilyttämään realiteettitajunsa. (Iija, ym. 1999, 244.)

Ärtymyksen herääminen on luonnollista, kun vastassa on aggressiivisesti käyttäytyvä potilas. Oma ärtymys saattaa jäädä kuitenkin tiedostamatta, joten olisi hyvä jos työryhmässä pystyttäisiin olemaan avoimia ja kertomaan toisilleen potilaan herättämistä tunteista. Ahdistavien tunteiden jakaminen auttaa hoitajaa ammatillisuuden vahvistumisessa. Vaikeissa tilanteissa hoitaja tarvitsee rohkeutta, ystävällisyyttä ja levollisuutta. Kun hoitajaa satutetaan, henkisesti tai fyysisesti, hoitajan on hyvä näyttää se. (Iija ym. 1999, 244.)

Hoitotyössä myönteisten tunteiden jakaminen työryhmissä on yleensä sallittua, mutta kielteiset tuntemukset voidaan kokea epäammatillisina ja uhkaavina. Niiden osoittamista potilaalle pidetään yleensä epäammatillisena toimintana. Aina empaattisen ja hymyilevän hoitajan ihannekuva on vahva. Jatkuvasti tunteita koskettava työ saattaa ajan mittaan johtaa hoitajan väsymiseen. (Välimäki & Mäkitalo 2000, 18.)

2.5 Aiemmat tutkimukset

Psykiatrisen potilaan kokemuksia eristämisestä ja vapauden rajoittamisesta ovat tutkineet pro gradu-tutkielmissaan suomalaiset tutkijat Urponen (1995) ja Kuosmanen (2003). Psykiatristen sairaanhoitajien kokema organisaatioetiikka ja pakkokeinojen eettisyys on ollut Jokelaisen (2001) pro gradu-tutkielman aiheena.

Henkilökunnan tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä ei ole kovin paljon tutkittu. Lähinnä eristämistä on tutkittu vain potilaan näkökulmasta. Seuraavassa tarkastelen suomalaisia tutkimuksia, jotka olen valinnut opinnäytetyöhöni sen vuoksi, että niissä kuvaillaan potilaan tunteita ja mielipiteitä, sekä hoitajien toimintaa leposide-eristyslanteissa. Olen poiminut tutkimuksista asioita, jotka sivuavat omaa opinnäytetyön aihetta, eli hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä.

Urponen (1995) on tutkinut psykiatrisen potilaan kokemuksia eristämisestä. Tarkoituksena oli kuvata, millaisia tunteita eristäminen psykiatrisissa potilaissa herättää ja miten he kokevat eristämisen. Keruumenetelmänä oli käytetty avointa haastattelua, johon osallistui 11 psykiatrisesta sairaalasta kotiutettua potilasta. Eristämiskäytäntönä potilaille oli sairaalassa käytetty eristämistä lepositeissa. Aineisto oli analysoitu laadullisesti Colaizin kehittämää fenomenologista analyysimenetelmää käyttäen. (Urponen 1995, 1.)

Analysoinnin tuloksena Urponen (1995) tiivisti potilaiden kuvaukset kymmeniksi teemoiksi: eristämisen hyväksyminen, potilaan tunnekokemukset eristyksessä, eristämiskokemuksista selviäminen, eristyshuoneeseen liittyvät kokemukset, ajan kokeminen eristyksessä, yksinäisyyden kokeminen eristyksessä, henkilökunnan suhtautuminen, potilaan kokemus henkilökunnan toiminnasta eristämisen aikana, kokemus mielipiteiden huomioon ottamisesta, kokemus tiedonsaannista. Teemat sisälsivät aineistosta poimituista 306 tärkeästä ilmaisusta muodostetut 40 merkitystä.

Potilaat kokevat eristettäessä, että he eivät ole tasa-arvoisia ihmisiä muihin ihmisiin verrattuna. Henkilökuntakaan ei suhtaudu potilaisiin tasa-arvoisesti. Lepositeiden käyttö koetaan potilaiden mielestä rangaistuksena ja vallankäyttönä. Hoitajien puhuttelu on persoonatonta ja loukkaavaa. Potilaat kokevat, ettei henkilökunta tiedä, miltä eristämi-

nen heistä tuntuu. Potilaat kokevat, että jos he saavat itse osallistua eristämispäätökseen, niin henkilökunnan huolenpito ja empatia välittyy paremmin. (Urponen 1995, 36.)

Kokemus henkilökunnan toiminnasta eristyksen aikana on merkityksellistä hoitajien potilaille tarjoamasta tarpeiden huolehtimisesta, lääkehoidosta, potilaan turvallisuudesta huolehtimisesta ja potilaan kanssa keskustelemisesta. Potilas on riippuvainen hoitajista. Lääkehoidon potilaat kokevat hyvänä ja rauhoittavana, mutta toisaalta kielteisenä. Hoitajat huolehtivat potilaiden turvallisuudesta, kun he käyvät potilaan luona. Myös valvonta kameran välityksellä hoitajat voivat seurata/valvoa potilaan tilaa. (Urponen 1995, 38 - 39.)

Lepositeissä ollessaan potilaat ovat riippuvaisia henkilökunnan toiminnasta. Lepositeet estävät asennon vaihtamisen ja liikkumisen. Hoitajat huolehtivat potilaan fyysisistä tarpeista, ravitsemuksesta ja asennosta hyvin. Hoitajat käyvät potilaiden luona eristyshuoneessa riittävän usein potilaiden mielestä. Toisaalta potilaat toivoisivat hoitajien olevan heidän luonaan enemmän. Potilaat kokevat, että henkilökunnan toiminta keskittyy lähinnä fyysisistä tarpeista huolehtimiseen. Jos henkilökunta keskustelee keskenään, on potilaan vaikea hahmottaa, onko kyse potilaasta, vai tarkoittaako henkilökunta jotain muuta. (Urponen 1995, 39 - 41.)

Urposen (1995) tutkimuksessa potilaat hyväksyivät eristämisen silloin kun potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti, ovat vaaraksi itselleen tai muille. Eristäminen koettiin rauhoittavaksi, turvalliseksi ja ainoaksi tavaksi hallita tilanne. Eristämistä ei tulisi potilaiden mielestä käyttää masentuneille tai itsemurhavaarassa oleville potilaille. Hoitajien tulisi harkita tarkkaan, ennen kuin he päättävät eristää potilaan lepositeisiin. Kun potilaat kokevat eristämisen tarpeettomana tai he eivät tiedä eristämisen syitä, potilaiden mielestä eristämisen käyttö koetaankin henkilökunnan rutiinina toimenpiteenä. (Urponen 1995, 45.)

Potilaat toivovat myös, että hoitajat kertoisivat, miksi heidät eristetään. Eristäminen, lääkitys, lepositeiden ja valvontakameran käyttö on hyväksyttävämpää, jos niiden käytöstä hoitajat kertoisivat etukäteen. Potilaat toivovat saavansa tiedon lisäksi henkilökunnalta myötätuntoa. (Urponen 1995, 47.)

Jokelaisen (2001) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä työyhteisönsä eettisyydestä ja työssä kohtaamistaan eettisistä ongelmista koskien pakkokeinojen käyttöä. (Jokelainen 2001, 43.) Tutkimusaineisto oli kerätty strukturoidulla, kolmesta eri mittarista sekä taustamuuttujista koostuneella kyselykaavakkeella. Tutkimusjoukkona oli satunnaisotoksella valitut, viiden sairaalan psykiatrisilla osastoilla työskentelevät psykiatriset sairaanhoitajat. Aineistoa analysoitiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. (Jokelainen 2001, 1.)

Tutkimustuloksista hoitajien kokemusta pakkokeinojen eettisyydestä selvitettiin kuuden väittämän ja yhden avoimen kysymyksen avulla. Pakkokeinoilla tutkimuksessa tarkoitettiin potilaan hoitamista suljetulla osastolla, potilaan vapaakävelyoikeuksien pois ottamista, potilaan eristämistä muiden potilaiden keskuudesta sekä potilaiden sitomista lepositeisiin. (Jokelainen 2001, 59.)

Psykiatriset sairaanhoitajat eivät kokeneet pakkokeinojen toteuttamista eettisesti ongelmalliseksi työssään. Potilaan hoitaminen suljetulla osastolla ja potilaan vapaakävelyoikeuden pois ottaminen sekä potilaan suostuttelemineen ottamaan lääkitys eivät olleet vastaajille hoitajille eettisesti ongelmallista. Eniten samaa tai täysin samaa mieltä (18.3 %) oltiin siinä, että potilaan pakkolääkitseminen ja potilaan lepositeisiin sitominen (15, 9 %) koettiin eettisesti ongelmalliseksi. (Jokelainen 2001, 59.)

Tutkimustulosten mukaan naiset kokivat enemmän eettistä ongelmallisuutta pakkokeinojen käytössä kuin miehet. Osastomuodolla ja pakkokeinojen etiikan kokemisella havaittiin tilastollinen yhteys. Hoitajat, jotka työskentelivät suljetulla osastolla, kokivat työssään enemmän eettisiä ongelmia pakkokeinojen käytössä kuin ne hoitajat, jotka tekevät työtään avoimella osastolla, kriisiosastolla tai muunlaisella osastolla. (Jokelainen 2001, 61 - 62.)

Kuosmasen (2003) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää psykiatristen potilaiden vapauden rajoittamista sairaalahoidossa potilaan näkökulmasta. Vapauden rajoittamisen käsite ei ole kovin selkeä. Sillä tarkoitetaan esimerkiksi sairaalahoidossa sitä, että potilas tulee hoitoon ja on hoidossa tahdostaan riippumatta. Vapauden rajoittamista on

myös hoito suljetulla osastolla, eristäminen sekä liikkumisen rajoitukset. (Kuosmanen 2003, 5, 18.)

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista ja kvantitatiivista lähestymistapaa. Aineisto kerättiin akuuttipsykiatrian osastoilta kotiutuneilta potilailta. Kvantitatiivinen aineisto (n = 313) kerättiin kyselylomakkeen avulla vuonna 2001. Kvalitatiivinen aineisto (n = 51) tehtiin myös vuonna 2001 haastatteleamalla potilaita. Analysoinnissa käytettiin kuvailevia menetelmiä ja yhteyksien tarkastelussa ristiintaulukointia. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysiä.

Kuosmanen (2003) tutkimusaineiston analyysin perusteella erottui kolme pääkategoriaa, joiden avulla vastaajat kuvasivat vapauden rajoittamista psykiatrisessa hoidossa. Ensimmäinen pääkategoria kuvasi sitä, mitä vapauden rajoittaminen potilaiden mielestä on. Toinen pääkategoria kuvasi, sitä miten vapauden rajoittaminen oli koettu ja kolmas kuvasi potilaiden suosituksia henkilökunnalle. (Kuosmanen 2003, 29.) Tahdonvastaisiksi hoitotoimenpiteiksi aineistosta nousivat esiin potilaiden lepositeisiin eristäminen, tahdonvastainen hoito sekä tahdonvastainen lääkitys. (Kuosmanen 2003, 31)

Tutkimuksen tuloksissa kolmannessa pääkategoriassa potilaat kuvasivat suosituksia henkilökunnalle vapauden rajoittamisesta. Vastaajat toivoivat perusteluja vapauden rajoittamiselle ja toivoivat liikkumisvapauksia, jos hoito jatkuu pitkään. Vastaajat antoivat suosituksia hoitajille inhimillisemmästä hoidosta. (Kuosmanen 2003, 32.)

Virtanen (1989) on selvittänyt henkilökunnan käsityksiä potilaan eristämisestä suomalaisissa keskusmielisairaaloissa. Tavoitteena oli tarkastella henkilökunnan käsityksiä eristämisen perusteista ja osastolla ilmenevistä eristämisen syistä sekä verrata niitä asetettuihin kriteereihin. Tavoitteena oli myös tarkastella henkilökunnan käsityksiä eristämiskäytännöistä ja tutkia potilaan hoitoa eristämisen aikana. (Virtanen 1989, 10.)

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat keskusmielisairaaloissa, osastoilla, joilla potilaita eristetään, työskentelevät lääkärit, erikoissairaanhoitajat, sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat. Tutkimusaineisto kerättiin kyselynä lokakuussa 1988. Otoksen kooksi tuli 317 työntekijää, heistä oli 22 lääkäriä, 65 erikoissairaanhoitajaa, 18 sairaanhoitajaa ja 212 mielisairaanhoitajaa. Kyselylomake oli tehty suomeksi ja ruotsiksi ja se oli puolistruktu-

roitu sekä siinä oli 47 kysymystä. Kyselylomaketta oli kehitelty sen jälkeen kun oli tehty esitutkimus. Kyselylomakkeita palautettiin 281 (89 %). Kyselyn tulokset analysoitiin tietokoneella. Kyselylomakkeiden palauttamisen jälkeen avokysymykset luokiteltiin sisällönanalyysiä käyttäen. (Virtanen 1989, 1, 25 - 26.)

Työntekijöistä 210 (78 %) sanoi tietävänsä sen, että eristämistä ohjaavat säännökset olivat olemassa. Niitä ei kuitenkaan viisi vastaajaa nimennyt. Työntekijöistä 59 (22 %) ei tiennyt säännöksiä. Henkilöistä 163 (58 %) muisti, että lääkintöhallituksen ohjekirjeet sääntelevät eristämistä. Henkilöistä 109 (39 %) mainitsi mielenterveyslain. Sairaala-kohtaiset ohjeet muisti 99 vastaajaa (35 %). Vastaajista 35 (12 %) muisti kaikki kolme säännöstä. (Virtanen 1989, 32.)

Säännösten ohella työntekijän arviointiin eristämisen hyväksyttävistä perusteista voi olla yhteydessä eettinen harkinta. Vastaajat kertoivat, että osastoilla oli puhuttu eristämisestä eettisenä kysymyksenä. Kaksikolmasosaa vastaajista oli kuullut asiasta ammatin valmentaneen koulutuksen aikana. Vajaa puolet vastaajista kertoi asiaa pohditun sairaalan koulutustilaisuuksissa. Muuten asiasta oli keskusteltu ystävien, tuttavien ja sukulaisten kanssa. Eristämisen eettisyydestä oli puhuttu myös työn ulkopuolella työtovereitten kanssa tai työpaikalla osaston ulkopuolisten työntekijöiden kuten sairaalateologien kanssa. (Virtanen 1989, 34.) Tutkijan mukaan merkitsevä ero syntyi lääkäreiden ja erikoissairaanhoitajien välillä. Erikoissairaanhoitajat olivat kuulleet eettisistä ongelmista selvästi useammin kuin lääkärit. Muiden ammattiryhmien välillä ei syntynyt merkittävää eroa. (Virtanen 1989, 35.)

Eriävät käsitykset eristämisen perusteista mainitsi 34 % vastaajista tiedusteltaessa, millaisista eristämiseen liittyvistä eettisistä kysymyksistä he olivat kuulleet keskustellun. Työntekijöistä 20 % kertoi pohtineensa sitä, että ihmisen oikeuksiin joudutaan puuttumaan. Vastaajista 15 % mainitsi puhuneensa siitä, olisiko eristäminen kuitenkin vältettävissä. Merkittävä ero syntyi tarkasteltaessa ammattiryhmittäin, aiheuttiko eristäminen ristiriitaa vastaajien mielissä. Erikoissairaanhoitajat olivat mielisairaanhoitajia useammin sitä mieltä, että eristäminen aiheutti ristiriitaa. Merkitsevä ero syntyi myös erikoissairaanhoitajien ja lääkäreiden välille.

Erikoissairaanhoitajat kokivat useammin ristiriitaa kuin muut ammattiryhmät. Syy tähän oli ehkä se, että he pitivät eristämistä merkittävästi useammin vältettävissä olevana kuin muut ammattiryhmät. Viidennestä vastaajista mietitytti, onko kaikki muut vaihtoehdot kokeiltu ennen potilaan eristämistä. Työntekijöistä 13 % tunsi eristämisen aiheuttavan ristiriitaisia tunteita, ja 12 % totesi eristämisen perusteiden olevan epäselviä. (Virtanen 1989, 35, 37.)

Virtasen (1989, 38) tutkimuksessa oli kuvattu taulukko, jossa oli tarkasteltu eristämisen aiheuttamia ristiriitaisia ajatuksia vastaajien mielissä. Vastaajista 20 % oli sitä mieltä, ettei kaikkia vaihtoehtoja eristämisen välttämiseksi oltu kokeiltu. Vastaajista 13 % oli sitä mieltä, että eristäminen herättää ristiriitaisia tunteita henkilökunnassa. Eristämisen perusteet olivat epäselviä 12 % mielestä. Vastaajista 11 % oli sitä mieltä, että ihmisen oikeuksiin puututaan häntä eristettäessä. Se, koettiinko eristämisen auttavan potilasta vai oliko se samalla vahingollista, yhdeksän prosenttia sanoi eristämisen aiheuttavan ristiriitaisia ajatuksia. Vastaajista neljä prosenttia sanoi eristämisen aiheuttavan ristiriitaisia ajatuksia sen suhteen, hoidettiinko potilasta hyvin eristämisen aikana. Myös neljä prosenttia vastaajista mainitsi, että potilaita jouduttiin eristämään liian pienellä henkilökuntamäärällä, mikä herätti ristiriitaisia ajatuksia. (Virtanen 1989, 38.)

Plutchik, Toksoz, Karasu, Hope, Conte, Siegel ja Jerrett (1978, 571 - 579) tekivät kolmiosaisen eristämistä käsittelevän tutkimuksen New Yorkin Jacobi-nimisessä sairaalassa. Tutkimuksen ensimmäisessä osiossa tutkittiin kyselylomakkeella eristämisen syitä, pituutta ja eristettävien potilaiden erityispiirteitä. Tutkimuksen toisessa osiossa tavoitteena oli selvittää miten, milloin ja keitä henkilökunnan käsityksen mukaan eristetään, millaisia tunteita eristäminen aiheuttaa ja miten eristyshuoneen käyttötapoja voisi muuttaa. Tutkimuksen kolmannessa osiossa käsiteltiin sekä eristettyjen että ei-eristettyjen potilaiden asenteita.

Tutkimuksen edellä mainittuun toiseen osioon otettiin 20 %: n satunnaisotanta neljältä psykiatriselta osastolta. Kyselyyn vastasi 27 henkilöä, jotka osallistuivat potilaan hoitoon. Vastaajat olivat psykologeja, lääkäreitä, sairaanhoitajia ja avustavaa henkilökuntaa (aide). Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilaan etninen tausta tai sukupuoli ei vaikuttaneet eristämiseen. Hoitajat, psykiatrit ja psykologit arvioivat, että nuoria potilaita eristettiin muita potilaita useammin, kun taas avustavan henkilökunnan mielestä potilaiden iällä ei ollut merkitystä eristämistilanteissa. Kun henkilökunnalta kysyttiin

kuinka pitkään potilaiden tulisi olla eristettynä, keskimääräinen vastaus oli yksi tunti. Tämä oli mielenkiintoinen havainto, sillä keskimääräinen eristämisen kesto oli noin neljä tuntia. (Plutchik 1978 ym., 573.)

Hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että eristämistä käytettiin oikeasta, perustellusta syystä. Henkilökunta oli kuitenkin sitä mieltä, että toisaalta eristämistä olisi hyvä käyttää useammin silloin, kun potilas sitä itse pyytää. Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että eristämistä käytettiin rauhoittamaan potilasta. (Plutchik ym. 1978, 573.)

Kun kysyttiin mielipidettä siitä, kuka hyötyy eristämisestä eniten, hoitajien mielipiteet erosivat psykiatrien, psykologien ja avustavan henkilökunnan mielipiteistä. Psykiatrit, psykologit ja avustava henkilökunta olivat sitä mieltä, että osaston muut potilaat hyötyvät eristämisestä eniten, kun taas hoitajat näkivät, että eristetty potilas hyötyy eristämisestä eniten. (Plutchik ym. 1978, 574.)

Kaikkien vastaajien yleisimpiä esille nousseita tunteita oli tyytyväisyys siitä, että eristäminen helpotti osaston toimintaa ja auttoi potilasta. Tunteista nousi esille myös pahoittelu siitä, että kriisitilanteita ei voitu ratkaista ilman eristämistä. Hoitajat, psykiatrit ja psykologit valittelivat ja olivat muita useammin eristämisestä pahoillaan. He tunsivat harvoin tyytyväisyyttä siitä, että potilasta autettiin eristämällä. Usein myös koettiin syyllisyyttä ja epäilyä siitä tehtiinkö oikein, kun potilas eristettiin. (Plutchik ym. 1978, 574.)

Henkilökunnalta kysyttiin myös, missä olosuhteissa voitaisiin toimia ilman eristyshuonetta. Hoitajista 57 % oli sitä mieltä, että eristyshuone on oltava, ilman sitä ei voida toimia. Psykologeista ja psykiatreista vain 30 % oli tätä mieltä. (Plutchik ym. 1978, 574.)

Olofsson, Norberg ja Jacobsson (1995, 325 - 330) ovat tutkineet miten hoitohenkilökunta kokee voimankäytön hoidettaessa potilaita psykiatrisessa sairaalassa.

Voimankäytöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa useita potilaaseen kohdistuvia pakkokeinoja, kuten pakkoinjektiot, lääkkeenoton valvonta, eristäminen ja lepositeiden käyttäminen, pakkoruokinta jne. (Olofsson 1995, 327).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten voimankäyttöä voitaisiin rajoittaa ja miten voitaisiin parantaa sekä työolosuhteita että psykiatrista hoitoa. Tutkimus tehtiin yksilöhaastatteluina narratiivista menetelmää käyttäen. Vastaajina olivat Pohjoisruotsalaisen psykiatrisen sairaalan 14 hoitajaa kahdelta eri osastolta. Viisi hoitajista oli miehiä ja yhdeksän naista. Haastateltavat kertoivat henkilökohtaisesti koetuista hoitotilanteista, jossa oli käytetty voimaa potilasta kohtaan.

Hoitajilla tuntui olevan suuri tarve puhua voimankäytöstä, eri voimankäyttötavoista ja miltä se heistä tuntui. Vaikka tuntui siltä, että hoitajat eivät halunneet käyttää voimaa, he pitivät sitä osana työtään. Heidän oli usein vaikeaa löytää sille vaihtoehtoja. He myös ajattelivat, ettei kukaan psykiatrisessa hoitotyössä halua käyttää voimaa. (Olofsson ym. 1995, 327.)

Kaikki haastateltavat pitivät voimankäyttötilanteita epämiellyttävinä ja kuvailivat tilanteita ”kamalina”. Kaikki haastateltavat olivat myös kokeneet tilanteissa toivottomuutta ja voimattomuutta. Neljä hoitajaa koki, että joskus voimankäyttö tuntui hyvältä ja oikealta. Kolme hoitajaa toivoi että heillä olisi enemmän oikeuksia käyttää voimaa, kuin mitä heille sallittiin. Vain yksi haastateltavista mainitsi voimankäytön tuovan vallan tunnetta. (Olofsson ym. 1995, 327.)

Kahdeksan haastateltavaa oli kokenut syyllisyyttä joko potilasta, uutta henkilökuntaa tai opiskelijoita kohtaan. Neljässä haastattelussa hoitajat kuvailivat loukkaantuneisuuden tunteita ja lääkäreiden vähättelevää asennetta. Neljä haastatelluista oli kokenut pelon ja kauhun tunteita voimaa käytettäessä. Kolme hoitajaa kuvaili tunteneensa epävarmuutta ja epätietoisuutta. (Olofsson ym. 1995, 327 - 328.)

Tooke ja Brown (1992, 23 - 26) ovat vertailleet potilaiden ja henkilökunnan käsityksiä eristämisestä ja sen herättämiä tunteita. Tutkimus tehtiin 17-paikkaisessa psykiatrisessa sairaalassa Oregonissa USA:ssa. Tutkimuksessa haastateltiin kyselylomakkein 13:ta hoitajaa.

Kyseltäessä hoitajilta eristämisen herättämiä tunteita he useimmiten ajattelivat tekevänsä oikein eristäessään potilaan. Hoitajat sanoivat myös yleensä tuntevansa olonsa turvallisemmaksi eristyksen jälkeen. He uskoivat, että eristämisestä oli joskus hyötyä potilaalle ja välillä taas osaston toiminnalle. Hoitajat myönsivät tuntevansa ajoittaista

epäilyä ja pahoittelivat eristämisen välttämättömyyttä. He kielsivät kuitenkin tunteensa vihaa tai ärtymystä, tai käyttäneensä eristämistä rangaistuksena. Kahden hoitajan kohdalla esiintyi arkuutta tai epäröintiä eristämispäätöksen tekemisessä. Lähes kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että eristäminen sai potilaat ”käyttäytymään paremmin” ja kaikki haastatellut uskoivat eristämisen auttavan potilasta rauhoittumaan. Myös tässä tutkimuksessa hoitajat pitivät eristämistä välttämättömänä toimenpiteenä osaston toiminnan kannalta. (Tooke ym. 1992, 25 - 26.)

Wynn (2003, 453 - 459) on tutkinut Pohjoisnorjalaisen sairaalan psykiatrisella osastolla henkilökunnan asenteita eristämistä ja leposide-eristämistä kohtaan. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja vastaajia oli 267. Miehiä oli 40 % vastaajista ja naisia 60 %. Enemmistö (70 %) henkilökunnasta uskoi, että eristäminen ja leposide-eristäminen vahingoittavat potilaan koskemattomuutta. Suurin osa haastatelluista uskoi, että pakkokeinot vahingoittavat hoitaja-potilas suhdetta. Hoitajat eivät uskoneet, että eristäminen aiheuttaisi potilaille fyysisiä vammoja. Suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että interventio (väliintulo) teki potilaista rauhallisempia. Yhteenvetona voidaan sanoa, että henkilökunta oli huolissaan pitkän aikavälin vaikutuksista potilaalle, mutta akuuttitilanteissa eristäminen oli hyvä vaihtoehto.

(”Level-of-care staff”) oli muita useammin huolissaan eristämisen vaikutuksesta hoitosuhteeseen. Omahoitaja on kriittisempi eristämistä kohtaan, ja sille mitä eristäminen on tehnyt hoitosuhteelle. (haavoittuvainen suhde). Syy miksi omahoitaja oli muita useammin sitä mieltä, että eristäminen ja leposide-eristäminen aiheuttavat lisää pahoinpitelyriskiä henkilökuntaa kohtaan. Hoitohenkilökunta oli saanut ”vammoja” (11%) muissakin kuin eristämistilanteissa. Eristäminen ja leposideiden käyttö aiheuttaa hoitosuhteelle haavoittuvuutta. Hoitohenkilökunta (”level-of-care staff”) oli huolissaan siitä, että eristäminen lisää riskiä saada vammoja ja tulla pahoinpidellyksi. Sosiaalityöntekijät, psykologi ja lääkärit olivat huolissaan enemmän potilaan asemasta itse eristämistilanteissa. (Wynn, 2003, 457.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä eräällä akuutilla psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla. Tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaisia tunteita leposide-eristäminen hoitajissa herättää?
2. Mitä mieltä hoitajat ovat leposide-eristämisestä?

3.2 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu mielestäni tähän tutkimukseen, koska tarkoituksena on saada selville hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä, heidän kokemanaan.

Opinnäytetyö on lähestymistavaltaan kvalitatiivinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2001,168). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on olennaista henkilökohtainen osallistuminen ja se, että tutkija pyrkii empaattiseen ymmärtämiseen (Hirsjärvi ym. 2000, 22).

3.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat eräällä psykiatrisella akuutilla suljetulla vuodeosastolla työskentelevät kuusi hoitajaa. Mielestäni kuusi hoitajaa oli riittävä kohdejoukko, koska se vastasi tutkimuksen tavoitetta. Samat asiat olisivat ehkä toistuneet, jos olisi ollut enemmän haastateltavia. Lisäksi katsoin, että kuusi haastateltavaa oli riittävästi, resurssit eivät olisi riittäneet enempään.

Haastateltavista hoitajista viisi oli miehiä ja yksi nainen. Miesten suuri osuus selittyy sillä, että eristäminen saattaa olla tapahtumana hyvinkin ”fyysinen”. Haastattelemani

hoitajat olivat koulutukseltaan psykiatrisia sairaanhoitajia, mielisairanhoitajia ja lähihoitaja. Heillä kaikilla oli pitkä ja laaja työkokemus psykiariselta sektorilta.

Tutkimustani varten lähetin tutkimuslupahakemuksen ja lyhyen yhteenvedon alustavasta tutkimussuunnitelmasta Helsingin kaupungin Terveysviraston terveystohtajalle 1.9.2003. (Tutkimuslupahakemuksessa ei ollut liitteenä haastattelu kysymyksiä, sillä suunnitelma oli vasta alustava, enkä ollut vielä tehnyt hoitajia varten kysymyksiä.) Tutkimusluvan sain 6.10.2003 (Liite 1).

Luvan saatuaani suunnittelin toteuttavani haastattelut harjoittelun aikana (15.9.–21.11.2003). Työharjoitteluni oli sen verran tiivis ja vaativa, etten pystynyt haastatteluja toteuttamaan, vaan tein haastattelut kesäkuun puolivälissä 2004. Soitin aluksi osastonhoitajille ja kysyin, miten kannattaisi menetellä. He pyysivät, että lähettäisin sähköpostitse vapaamuotoisen selvityksen, josta kävisi ilmi kaikki oleellinen tulevasta opinnäytetyöstäni. Saatuaan sähköpostia molemmat osastonhoitajat ilmoittivat minulle puhelimitse niiden kuuden hoitajan nimet, jotka suostuivat haastateltavakseni. Soitin jokaiselle hoitajalle erikseen ja sovin heidän kanssaan haastatteluajat.

3.4 Aineiston keruu

Lähetin sairaalan ylihoitajalle 1.9.2003 kirjeen, jossa kerroin itsestäni, opinnäytetyöni tarkoituksesta ja alustavasta tutkimussuunnitelmasta. Ylihoitaja tiesi, että olin tulossa tekemään työharjoittelua osastolle, jossa siis tutkimuksen kohderyhmä työskentelee. Sairaalan ylihoitaja oli myös ehdottanut minulle, että voisin tehdä opinnäytetyöni hoitajien tunteista ja kokemuksista eristämistä. Puhuin ylihoitajan kanssa puhelimitse opinnäytetyön aiheesta, johon hän suullisesti antoi suostumuksensa ja vastasi kysymyksiini. Opinnäytetyön ohjaajani tuki myös minua aiheen valinnassa. Aluksi minun piti tutkia sitä, millaisia tunteita ja mitä kokemuksia eristämistä hoitajilla oli. Yhdessä opinnäytetyön ohjaajani kanssa päädyimme kuitenkin siihen, että hoitajien kokemusten sijaan voisinkin selvittää hoitajien mielipiteitä ja tunteita leposide-eristämistä.

Kesällä 2003 kävin tutustumassa osastoon, jonne olin menossa harjoittelemaan syksyllä 2003. Aiheen valintaan vaikutti osaltaan myös työhistoriani päihde- ja mielenterveys-

ongelmaisten parissa. En ollut koskaan aikaisemmin tehnyt töitä psykiatrisella suljetulla osastolla, ja eristämisestä en tiennyt juuri mitään.

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 191).

Haastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 74).

Haastattelu on eräänlaista keskustelua. Haastattelussa ohjat ovat haastattelijalla. Haastattelulla on tavoitteet, sen avulla pyritään saamaan luotettavia tietoja. (Hirsjärvi ym. 2001, 194 -195.)

Tutkimusaineisto kerättiin haastatteluilla. Haastattelua varten olin tehnyt kysymykset. Testasin haastattelurungon eräällä opiskelijatoverilla, joka työskentelee sairaanhoitajana psykiatrisessa sairaalassa. Tämän pohjalta karsin joitakin kysymyksiä kokonaan pois ja tarkensin kysymyksiä tutkimustehtävän mukaiseksi. Esihaastattelin ja nauhoitin opiskelijakollegan haastattelun.

Haastattelu oli puolistrukturoitu ja kohdejoukon valitsin tarkoituksenmukaisesti. Toteutin tutkimuksen melko joustavasti ja tutkimussuunnitelma muotoutui tutkimuksen edetessä. Käsittelin haastatteluja ainutlaatuisina ja tulkitsin aineistoa sen mukaisesti. Haastattelutilanteet olivat avoimia ja vuorovaikutus syntyi helposti. Olin varannut haastatteluja varten tilat ja nauhoitin haastattelut hoitajien luvalla. Kestoltaan haastattelut olivat noin 60 - 75 minuuttia ja toteutin ne sairaalan tiloissa. Kolmessa päivässä sain haastattelut tehtyä. Häiriötekijöitä ei esiintynyt ja haastattelut sujuivat hyvin, vaikka jännitystä esiintyikin puolin ja toisin. Sain kuitenkin mielestäni hyvän kontaktin jokaiseen haastateltavaan. Varmuus haastattelutekniikkaan parantui loppua kohden. Litteroituna haastatteluaineiston kokonaissivumääräksi tuli 1,5 rivivälillä 81 sivua.

3.5 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota ja sen avulla voidaan tarkastella tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan yleistävästi ja lyhyesti ku-

vailla. Sisällönanalyysissä erotetaan tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.)

Sisällön analyysissä voi edetä kahdella tavalla joko lähtien aineistosta, eli induktiivisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, eli deduktiivisesti, mitä hyväksi käyttäen aineistoa luokitellaan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Induktiivisella analyysillä on tarkoitus paljastaa odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen vaan aineiston yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä mikä on tärkeää. (Hirsjärvi ym. 2001, 155.)

Opinnäytetyössä käytetty lähestymistapa on induktiivinen. Induktio etenee loogisesti yksityiskohdista yleistyksiin. Induktio on verrattavissa hypoteesien muodostamiseen tutkittavan aineiston pohjalta. Yksi tärkeimmistä vaiheista induktiivisessa tutkimuksessa on yrittää järjestää kerätty materiaali sellaiseen muotoon, että siitä on mahdollista muodostaa merkityksellisiä luokitteluja, ominaisuuksia ja ulottuvuuksia aineiston pohjalta. (Grönfors 1985, 31.)

Deduktiolla tarkoitetaan päättelyä, joka tunnettujen tosiasioitten pohjalta viedään yksityiskohtiin (Grönfors 1985, 27). Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7).

Sisällönanalyysissä on edetty myös deduktiivisesti. Kysymyksessä yksi, (Liite 2) jonka kysyin haastateltavilta hoitajilta, olin esittänyt valmiita vaihtoehtoja (ahdistusta, turhautumista, sääliä, kiukkua) joita olin kirjallisuudesta löytänyt liittyen eristämistilanteisiin. Esitin siis valmiita vaihtoehtoja haastateltaville.

Sisällönanalyysi etenee vaiheittain: aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu, aineiston tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Aineisto jaetaan analyysiyksiköihin ja niitä tarkastellaan suhteessa tulkittavaan ilmiöön. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa, sanayhdistelmä tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön määrittäminen on olennainen tehtävä ennen analyysiprosessin aloittamista ja sen määrittelyssä ratkaisevat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Aluksi tutustuin haastatteluihin ja luin ne useampaan kertaan läpi, jotta sain käsityksen niiden sisällöstä. Nimesin haastattelut kirjaimilla A-F. Erottelin erivärisillä tusseilla aineistosta keskeiset asiat, eli hoitajien ilmaisemat tunteet ja mielipiteet. Erottelin oranssilla värillä tunteet ja vihreällä värillä mielipiteet.

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineistosta voi etsiä tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivataan. Vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan aineiston termein. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja sille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 5 - 6.)

Etenin kysymys kysymykseltä, jotta hahmotin paremmin asian. Analyysiyksiköksi valitsin asiakokonaisuutta kuvaavat maininnat, joita saattoivat olla yksittäinen sana tai kokonainen lause. Käsittelin aineistoa kysymys kysymykseltä, yksi haastattelu kerrallaan. Ensiksi käsittelin aineistosta esiin nousseet haastateltavien tunteet ja sitten mielipiteet. Tunteiden ja mielipiteiden erottaminen oli aluksi vaikeata, koska ne ovat niin samankaltaisia. Sen jälkeen kirjoitin alkuperäisilmaisut haastatteluista melko laajasti. Alkuperäisistä ilmaisuista tein pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistämisen jälkeen etsin ilmaisuista samankaltaisuuksia ja ryhmittelin ne yhteen omiksi alakategorioikseen. Pelkistettyjä ilmaisuja ja ryhmittelyjä tein kolme kertaa, jotta sain mahdollisimman tiiviit pelkistetyt ilmaisut. Tämän jälkeen sain alakategoriat, minkä jälkeen pohdin yläkategorioita.

Esimerkki 1

Pelkistettyjä ilmaisuja: Pelkoa

Pelkoa joskus, esim. fyysisesti isosta potilaasta

Pelkoa, jos henkilökuntaa on vähän

Pelkoa, jos eristäminen on epäonnistunut jotenkin

Alakategoria: Pelkoa

Kolmas sisällönanalyysivaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Tässä vaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia tai kategorioita, joista muodostuu yläluokkia. (Kyngäs & Vanhanen 5 - 6.)

Tutkimuksen lopuksi etsin alakategorioista samankaltaisuuksia ja luokittelin ne omiksi yläkategorioiksi.

Esimerkki 2

Alakategoriat: Pelkoa, ahdistusta, turhautumista, pettymystä, sääliä, kiukkua, inhoa, vapinaa, vihaa, lisärasitusta, adrenaliinin lisääntymistä

Yläkategoria: Kielteisiä tunteita

Alakategoriat: Hyvää oloa, huojennusta

Yläkategoria: Myönteisiä tunteita

4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset olen jaotellut tunteisiin ja mielipiteisiin, joita haastattelemillani hoitajilla heräsi leposide-eristämisestä. Käsittelen tutkimustuloksia analyysin tuloksena syntyneiden yläkategorioiden mukaisesti. Kaikkiin kysymyksiin, en saanut yläkategorioita.

4.1 Leposide-eristämiseen liittyvät tunteet

Analysoinnin tulos muodostui kolmesta tunnekysymyksestä. Selitän tulokset eli yläkategoriat kysymyskohtaisesti.

Ensimmäinen kysymys: kerro minkälaisia tunteita leposide-eristämistilanne sinussa herättää? (ahdistusta, pelkoa, sääliä, kiukkua...)

Tulokseksi sain:

- kielteisiä tunteita
- myönteisiä tunteita

Toinen kysymys: minkälaisia tunteita sinussa herää ollessasi valvomassa potilasta leposide-eristyksessä? (seurannassa)

Tulokseksi sain:

- kielteiset tunteet
- ammatillinen tunne
- tunteettomuus (neutraali tunne)

Kolmas kysymys: kerro mieleenpainuvin leposide-eristämistilanne (mitä nousi esille)

Tulokseksi sain:

- uhka työkyvylle
- henkilökunnan puute
- työkyvyn ylläpito

(Ensimmäinen kysymys): kielteisiä tunteita

Leposide-eristämistilanne herättää joskus vastaajissa kielteisistä tunteista **pelkoa**. Paljon riippuu tilanteesta mikä se on, joskus väkivallan uhka on olemassa. Riippuu myös siitä, onko tilannetta pystytty ennakoimaan, vai tapahtuuko eristäminen nopeasti. Ennakoimisella tarkoitetaan lähinnä sitä, että onko taustavoimia pyydetty ajoissa, jos tilanne on alkanut näyttää osastolla sellaiselta, että potilas pitäisi eristää. Tilanteesta riippuen myös se, tapahtuuko eristäminen omalla osastolla vai toisella osastolla. Leposide-eristämistilannetta pidetään pelottavana vastanneiden keskuudessa esimerkiksi silloin, kun on kyse fyysisesti isokokoisesta potilaasta. Pelkoa esiintyy tilanteessa, joka ei ole

henkilökunnan hallittavissa. Silloin on mahdollista, että jollekin voi sattua jotakin, joku voi joutua mahdollisesti lyömisen kohteeksi. Onneksi väkivaltatilanteet ovat hoitajien mukaan harvinaisia. Hyvät hälytysjärjestelmät osastolla lievittävät mahdollista pelkoa. Leposide-eristämistilanteissa on yleensä riittävästi hoitohenkilökuntaa vastaajien mielestä.

Pelkoa aiheuttaa myös vastaajien mielestä se, jos eristäminen on epäonnistunut jotenkin. Epäonnistunut leposide-eristäminen on vastaajien mukaan sellainen, jossa eristämiseen ei ole ryhdytty tarpeeksi ajoissa, tai jotain yllättävää on tapahtunut. Vastaajien mielestä eristämisen herättämät tunteet vaihtelevat tilannekohtaisesti. On erilaisia tilanteita, joissa leposide-eristämisiä käytetään, mutta enimmäkseen leposide-eristystä käytetään kahdesta syystä: väkivallasta tai sen uhasta tai potilaan itsetuhoisuudesta tai sen uhasta. Leposide-eristämistilanne voi olla pelottava riippuen juuri siitä tilanteesta, että mikä se on. Jos tilanne on väkivaltainen tai uhkaava pelkoa esiintyy vastaajien mukaan. Leposide-eristystilanteissa riittävä henkilökuntamäärä on tärkeää, jotta tilannetta hallitaan. Edellä mainittujen uhkatilanteiden ennakoiminen on hyvin tärkeää. Potilaan kanssa keskustellaan, rauhoitellaan ja mahdollisesti lääkitään potilasta.

Pelko tulee tietysti siinä tilanteessa, ettei tämä ole hanskassa, jos on vähän väkeä ja iso rontti siinä vastassa, niin tulee sellainen mieleen, että jollekin voi sattua jotain tässä. Että, että ne on hyvin harvinaisia, esimerkiksi minä en ole koskaan saanut köniin täällä.

Pelko tulee lähinnä näistä eristämisistä, jotka on jollain tavalla epäonnistuneita.

No, tota, se riippuu tietysti siitä tilanteesta, et mikä se tilanne on. Se saattaa olla joskus pelottava, sanotaan näin, että mä henkilökohtaisesti inhoan väkivaltaa. Mut se tosiaan riippuu siitä tilanteesta, että kuinka uhkaava se on. Mut, se riippuu just siitä kuin nopeesti se tulee et onko sitä pystytty ennakoimaan ja et onko taustavoimia.

Kielteisistä tunteista **ahdistusta** esiintyy joskus, mutta harvemmin. Jos hoitajille tulee sellainen tunne, että eristäminen on epäoikeudenmukainen, eivätkä hoitajat ehkä haluaisi sitä toteuttaa, niin se aiheuttaa ahdistusta. Ahdistusta saattaa esiintyä myös silloin, kun eristäminen on jotenkin epäonnistunut. Epäonnistumisella vastaajat tarkoittavat sellaista tilannetta, että jotain yllättävää tapahtuu ja ettei tilanteeseen puututa tarpeeksi var-

haisessa vaiheessa. Mutta yleensä leposide-eristämistilanne ei aiheuta hoitajissa ahdistusta.

Ahdistus, se tulee lähinnä näistä eristämistä, jotka on jollain tavalla epäonnistuneita, ettei ole puututtu tarpeeksi ajoissa, tai jotain tällaista ,tai et tapahtuu jotain yllättävää joskus.

*Että yleensä eristämistilanteet ei aiheuta mulle ahdistusta, jotkut mutta et-
tä hyvin harvoin*

Kielteisistä tunteista **turhautumista** leposide-eristystilanteissa esiintyy vastaajien mielestä silloin, kun eristetään samoja potilaita. Turhautumista esiintyy, kun samoja potilaita eristetään uudestaan. Varsinkin, kun ei ole kyseessä aggressioeristys, vaan tilanteista jolloin itsetuhoiset potilaat haluavat mennä leposide-eristykseen. Hoitajia turhauttaa se, että ei ole muuta vaihtoehtoa. Jos potilas on esimerkiksi viillellyt ranteitaan ja joutuu/tai menee itse eristykseen, on ihminen silloin ikään kuin rankaissut itseään ja sen lisäksi joutuu menemään lepositeisiin.

Kielteisistä tunteista turhautumista leposide-eristyksissä pidetään hoitajien keskuudessa erityisesti silloin kun kyseessä on pitkä leposide-eristys. Hoitajia turhauttaa myös se, että potilas on eristyksessä monta vuorokautta. Sellaisia tilanteita on harvemmin, mutta aina välillä pitkiä eristyksiä joudutaan käyttämään. Eli silloin potilas ei ole sellaisessa kunnossa, että pärjäisi välttämättä osastolla.

Varsinkin silloin kun ei ole kyse aggressioeristyksistä, vaan tavallaan tämmösisistä eristyksistä, puhun itsetuhoisista ihmisistä, jotka tavallaan haluavat päästä sinne eristykseen. Turhautuminen on niin kun pääfiilis siinä.

Samat ihmiset yleensä, useita kertoja, ja se on sitten taas toinen koko kysymys semmosten ihmisten hoito menee hukkaan ja on turhauttavaa. Ja eristys tilanteissa varsinkin tulee sellainen olo, et onkohan tää viisasta ku tavallaan se on rangaistus siitä ku ihminen rankaisee itseänsä.

Joo, kyllä se turhauttaa, toistuvat eristykset, sitten nää pitkät eristykset, kun ei päästä mihinkään, että joku makaa eristyksessä vuorokausikappalla.

Se turhautuminen, se on kaikkein vaikeinta. Kun alkaa olla eristys numero 67 menossa, tuntuu turhautavalta.

Kielteisistä tunteista **pettymyksen** tunnetta esiintyy ajoittain. Pettymystä ilmenee lähinnä silloin, kun hoitajat ovat tehneet kaiken mahdollisen, mitä tehtävissä on ja silti potilas viiltää ranteensa auki. Tilanne tuo pettymystä, koska se tapahtuu useasti samalle potilaalle. Silti hoitajien täytyy pystyä toimimaan tilanteessa rauhallisesti ja määrätietoisesti. Eräs hoitaja ottaa tällaisen tilanteen henkilökohtaisena pettymyksenä.

Pettymystä, sellasta henkilökohtasta pettymystä, että voi, voi ---mitenkä tää nyt, mut siinäkin sitten yrittää toimia ja varmaan toimiikin rauhallisesti ja lempeästi. Sillai lämpimästi ja määrätietoisesti.

Kielteisistä tunteista **sääliä** leposide-eristämistilanteesta esiintyy ajoittain vastaajilla. Lähinnä juuri siitä, että tilanne on samankaltainen kuin mitä aikaisemmin. Yleensä kyse on itsetuhoisesta potilaasta, jolle on yritetty antaa kaikki mahdollinen hoito ja keskustelu, ja siitä huolimatta potilas on itsetuhoinen ja joutuu leposide-eristykseen. Säälin tunne ei kuitenkaan jää vallitsevaksi tunteeksi hoitajilla leposide-eristystilanteissa, vaan hoitajat toteuttavat eristyksen rauhallisesti ja ammatillisesti.

Sääliäkin voi--- että voi, voi---mitenkä tää nyt taas, mutta siinäkin sitten se sama juttu, että toimii aika rauhallisesti ja lempeästi, mutta määrätietoisesti.

Elikkä jollain tasolla sitten, no en mä tiedä onko se sitten huonoa omaatuntoa, tai sääliä, tai mitä se ikinä onkaan---

Kielteisistä tunteista kiukkua leposide-eristämistilanteessa esiintyy vastaajilla. Tunteet tulevat hoitajien mukaan käsittelyyn yleensä vasta leposide-eristämistilanteen jälkeen.

Ne tunteet voi olla monenlaisia, vaikka suurimmaksi osaksi ne tulee sen tilanteen jälkeen, ei niinkään sen aikana. Kiukkua, monenlaista, kaikkea mahdollista.

Kielteisistä tunteista **inhottavia** tunteita leposide-eristystilanteessa esiintyy vastaajien keskuudessa tappeluista. Jos leposide-eristystilanteessa joudutaan tappelemaan potilaan kanssa, niin se ei tietystikään tunnu hyvältä.

Jos eristys on ollut kauhean traumaattinen jotenkin, jos siinä on ollut sellasta "nuhraamista" ja tappelua. Niin sehän herättää inhottavia tunteita.

Kielteisiin tunteisiin liittyen **vapinaa**, leposide-eristystilanteessa hoitajat mainitsivat. Sitä ilmenee lähinnä silloin, jos leposide-eristystilanne on raskaampi kuin yleensä. Muitakin fyysisiä oireita hoitajat mainitsevat, kuten että sydän hakkaa, kädet tärisevät ja hikoiluttaa. Toisaalta, jos leposide-eristystilanne tapahtuu äkkiä, silloin toimitaan, hoitajat eivät ehdi mitenkään erityisesti tuntea. On tärkeätä säilyttää maltti ja olla rauhallinen. Hoitajien mukaan lähinnä leposide-eristämisen jälkeen esiintyy enemmänkin tuntemuksia.

*Totta kai siinä niitä ihan fyysisiä---vapinaa, elimistöhan--- sydän hakkaa--
-, mutta onhan se, sitäkin pitää harjoitella---*

Kielteisistä tunteista **vihan** tunnetta ilmenee hoitajien kertomana leposide-eristystilanteessa, jos joudutaan tappelemaan ja ”painimaan”. Hoitajissa vihan tunteita aiheuttaa se, että sovitaan potilaan kanssa leposide-eristykseen joutumisesta, mutta jos potilas pistääkin vastaan, niin se aiheuttaa vihan tunnetta. Riippuu tietysti taas tilanteesta, mutta tapelu ja painiminen potilaan kanssa herättävät vihan tunteita.

Sovitaan, että sinne mennään ja se on sillä selvä, mutta jos siinä sit tulee painimista ja muuta, niin sit siinä saattaa tulla sitä vihaa ja muuta smmos-ta hyvinkin helposti, että tota, en tiedä---

Kielteisiin tunteisiin liittyen **lisärasitusta** alatyylisestä puheesta hoitajat mainitsivat. Potilas voi puhua kovin alatyylisesti, kiroilla ja haukkua hoitajia leposide-eristystilanteessa, niin se aiheuttaa lisärasitusta.

Et jos potilas on hyvin hyökkäävä ja hyvin alatyylin puhetta käyttää henkilökuntaa nähden, niin siihen on raskaampi mennä, mennä sinne eristyshuoneeseen tai niihin hoidollisiin tilanteisiin tai olla siinä. Se tuo kyllä lisärasituksia.

Kielteisiin tunteisiin liittyen **adrenaliinin lisääntymistä** esiintyy, riippuen leposide-eristämistilanteesta. Esimerkiksi jos potilaan kanssa joudutaan tappeluun, adrenaliinia ”erittyy”.

*Ni, tottakai se adrenaliinin, heh-heh, panee tota niin ni virtaamaan, niin ku siinä tietysti toiminnassa pitääkin.
Et huomaa, et adrenaliinia rupeaa menemään niin kuin---
Adrenaliinia tulee vereen, huomaa että niin kun, pitää vähän niin kuin tarkkailla itseänsä---*

(Ensimmäinen kysymys): myönteisiä tunteita

Myönteisiä tunteita hoitajat mainitsivat **hyvän olon tunteen**, jos hoitajat ovat pystyneet estämään väkivalta- tai muun vaaratilanteen. Vastaajien mukaan hyvän olon tunnetta esiintyy silloin jos että leposide-eristys sujuu hyvin ja suunnitellulla tavalla. Potilaan kanssa sovitaan että eristykseen mennään, ennen kuin mitään kovin radikaalia ehtii tapahtua. Tilanne ennakoidaan, puututaan ongelmaan ennen kuin se ”räjähtää käsiin”. Jos eristys menee hyvin, sillä estetään potilaan väkivaltainen käytös itseään tai muita kohtaan ja se herättää hyvää oloa hoitajassa. Myös siitä tulee hyvää oloa, jos potilas menee eristykseen ”nätisti”, vastustamatta. Vastaajat hoitajat kokevat, onnistumista työssään.

Päästään yleensä siihen, että neuvotellaan potilaan kanssa ja siirrytään tänne ja kaikki menee ihan nätisti. Voi tuntua ihan hyvältä, sillä tavalla, niin ku, et me ehkästiin potentiaalinen väkivalta tai vaaratilanne ja, ja potilas, potilaallekaan---en kokis, et potilaskaan kokisi sitä kovinkaan traumaattisesti, vaan että se meni niin kuin nätisti ja näin pois päin. Että mä tein duunini nyt hyvin. Ja et siitä voi tulla hyväkin fiilis, että tosi hienosti!

Myönteisistä tunteista leposide-eristämistilanne herätti **huojennusta**. Lähinnä huojennusta tulee vasta eristämisen jälkeen. Itse eristämistilanteessa hoitajat keskittyvät toimintaan.

Tunteita voi olla, ne voi olla monenlaisia kaikkea mahdollista, huojennusta---Suurimmaksi osaksi ne tulee käsittelyyn sen erisämistilanteen jälkeen, että ei niinkään sen aikana.

(Toinen kysymys): kielteiset tunteet

Kielteisistä tunteista **raskaaksi** hoidolliseksi tapahtumaksi hoitajat mainitsivat leposide-eristys seurannassa olemisen. Potilaan kokonaistilanne, sairaudesta riippumatta ja siitä mikä se tilanne kulloinkin on, se herättää raskaita tunteita ja ajatuksia. Eristysseurannassa on aikaa ajatella. Riippuu paljon myös siitä tilanteesta ja potilaasta, sekä siitä nukuuko potilas vai onko hän hereillä, onko potilas puhelias vai hiljainen. Raskaaksi hoitajat kokevat potilaan rankkojen juttujen kuuntelemisen.

Se on jo hoidollinen tapahtuma, ja yleensä siinä kerkee ajatella ja riippuu siitä potilaasta ja sen tilasta, mut kyl, tota varmaan kaikki--- se on ras-

kastakin työtä, sä oot--- nimenomaan se potilas herättää, se koko potilaan kokonaisuus, ni sä käyt sitä läpi ollessas siellä valvomassa ja sehän sen tehtävä myös on.

Kyl sitä oli hirveätä ja raskasta kuunnella, että meinasi oksennus tulla kun kuunteli potilaan juttuja.

Kielteisistä tunteista **pahalta** hoitajista tuntuu, kun potilas haukkuu hoitajia leposide-eristys seurannassa. Kun hoitajat ja lääkäri ovat kuitenkin päättäneet eristää potilaan lepositeisiin ja katsoneet sen tarpeelliseksi, niin ei ole mukavaa kun potilas haukkuu ja kiroilee vieressä istuvalle hoitajalle. Potilas voi kokea eristyksen epäoikeudenmukaise-
na, vääränä ja julmana, kun on joutunut leposide-eristykseen. Edellä mainitut seikat saattavat olla syynä siihen, että potilas haukkuu ja kiroilee leposide-eristyksessä. Mutta, ei ole hoitajankaan helppoa istua potilaan vieressä, kuunnellen potilaan huutoa, hauk-
kumista ja kiroilua.

Et toiset on hirveän ilkeitä, et ne haukkuu varsin silmittömästi, että eihän siitä kukaan tykkää, eihän se naurata ketään, kun tunninkin siinä haukkumista kuuntelet, niin silloin tuntuu pahalta.

Välillä tietysti kun saa kuunnella niitä ärräpäitä pitkän aikaa, niin eihän se hirveän hellyttäviä ajatuksia ja tunteita herätä.

Kielteisistä tunteista **ahdistusta** hoitajissa herää kun he istuvat leposide-eristysseuran-
nassa. Ahdistuneisuuden ilmapiiri on voimakkaimmin läsnä. Potilaan vierellä istuessaan (seurannassa, ”eristysvahtina”) hoitajat kertovat, että eristyshuoneessa on aistittavissa
ahdistuneisuuden ilmapiiri. Potilas voi herättää ahdistavia tunteita, mutta sen tunteen valtaan ei voi jäädä. Sen voi ottaa vastaan ja työstää sitä myöhemmin.

*Nimenomaan siis se potilas herättää, se potilas herättää, se koko potilaan kokonaisuus---potilas voi herättää ahdistavia---Potilas itsessään on ahdistunut, se on se ”vastatuuli”. Ahdistuneisuuden ilmapiiri on voimak-
kaimmin läsnä.*

Potilaan kokonaistilanne herättää ahdistavia tunteita. Koska potilas on ahdistunut olles-
saan lepositeissä, aiheuttaa se myös hoitajille ahdistusta.

*Potilaan kokonaistilanne ahdistaa. Se on erittäin tunteella latautunut ti-
lanne, sen aistii.*

Kielteisistä tunteista leposide-eristys seurannassa oleminen ei herätä mukavia ajatuksia ja tunteita. Ahdistus mainitaan, ei ole mukavaa olla vierihoidajana, ”eristysvahtina”.

Ahdista---Ei se mikään suosikkiduuni ole. En mä tykkää siellä kopissa olost, varsinkin jos on semmonen potilas, joka vaan haluaa olla hiljaa

(Toinen kysymys): ammattillinen tunne

On ammatillista tuntea **huonoa omatuntoa**, jota vastaajilla esiintyy leposide-eristysseurannassa. Hoitajat tuntevat huonoa omaatuntoa välillä, kun ovat eristäneet potilaan. Pyrkimyksenä hoitajilla on tehdä leposide-eristys seurannassa olevalle potilaalle tapahtuma mahdollisimman helpoksi. Lepositeissä makaavalta potilaalta voidaan kysyä, miten hoitaja voisi tehdä potilaalle tilanteen mahdollisimman mukavaksi. Se on ammatillista hoitajan toimintaa ja osoittaa ammattitaitoa, kun huomioi potilaan tarpeet.

No, sekin riippuu siitä ihmisestä, joka on kiinni siinä, että tota, tunteita, jos mennään tunnetasolle niin jollain tavalla sitä haluaa tehdä helpompaa ihan niin kuin käytännössä, voi tehdä helpompaa sitä olemisesta, et yrittää nyt vähän kysellä siinä, et onko mukava olla ja muuta, tai kuinka mukava siinä nyt voikaan olla, mutta siis--- se, että sen voi tehdä helpommaksi, elikkä jollain tasolla sitten, no en tiedä onko se sitten huonoa omaatuntoa.

”Ammatillista tunnetta” on kun hoitajat osoittavat **herkkyyttä** leposide-eristysseurannassa . Se, että hoitajat osoittavat herkkyyttä potilasta kohtaan leposide-eristysseurannassa valvoessaan, osoittaa ammatillista tunnetta ja suhtautumista. Hoitajien mukaan vierihoidajana oleminen on hoidollisesti raskas tapahtuma.

Se on, se on erittäin tunteella latautunut tilanne, se on hyvin semmonen herkkä. Se on jo siis niin ku, se on jo hoidollinen tapahtuma, se on sanotaan aika raskastakin työtä.

(Toinen kysymys): tunteettomuus (neutraali tunne)

Tunteettomuutta, (neutraalista) suhtautumista leposide-eristys seurannassa istumiseen. Leposide-eristysseurannassa istuminen ei herätä tunteita, potilaat yleensä nukkuvat vas-

taajien hoitajien mukaan. Haastatteleman hoitajat kokevat tilanteen neutraalina, eikä heillä esiinny mitään tunnelatausta. He lukevat lehtiä tai ajattelevat muita asioita ollessaan seurannassa. Yleensä tilanteet ovat rauhallisia.

Et sä istut siellä ja potilas nukkuu, se ei herätä minkäänlaisia tunteita, sä kuuntelet kun potilas kuorsaa ja sä mietit muita juttuja.

Ne on sattumalta nukkuneet aina sillon, joten ei ole mitään erityistä tunnelatausta, mul on varmaan käynyt sitten siinä hyvä tuuri, etten ole joutunut istumaan siellä sillä tavalla.

Tota, ne kokemukset mitä mä oon saanut vierihoidajana, ollut pitempiä aikoja, niin sillon potilas on pääsääntöisesti nukkunut.

(Kolmas kysymys): uhka työkyvylle

Uhkana työkyvylle ja uhkana toimintakyvylle mainittiin fyysiset oireet, jotka nousevat esille kysyttäessä mieleenpainuvimmasta leposide-eristämistilanteesta. Leposide-eristämistilanne saattaa olla fyysisesti hyvin raskas tapahtuma henkilökunnalle. Lähinnä potilaan kiinni pitäminen koetaan raskaaksi, jos potilas rimpuilee ja pistää muutenkin kaikin voimin vastaan. Se saattaa olla uhka hoitajan toimintakyvylle, erityisesti silloin jos joku loukkaantuu tai satuttaa itsensä tilanteessa.

Kuinkahan monta meitä oli pitelemässä kiinni, kyllä se niin rimpuili vastaan, luikerteli käsien välistä. Mut, just miten voi olla vaikeatakin ja raskastakin pitää kiinni, sillä tavalla niin ku useankin miehen. Kyllä voimia löytyy, ketteryyttä ja notkeutta.

Se oli raskas, me ollaan koko ajan sen potilaan päällä, sitten joku hoitaja siinä sai päähänsä, et annetaan se Acutard ja Ativan satsi sille. Hiki valu kuule ja kaverit puhku ja ähky. Musta tuntu, et se kesti ainakin 15 minuuttia siltä hakea se.

Uhkana työ ja toimintakyvylle vastaajien mukaan on se, että leposide-eristämistilanne koetaan psyykkisesti raskaaksi.

Se oli intensiivinen, pitkäkestoinen tuijotus ja minä muistan kun jäin miettimään, et mitähän se ajattelee. Täytyy kyllä sanoa, et se oli psykoottisen ihmisen tuijotus. Se on jäänyt mieleen, se katse. Psyykkisesti raskaana.

Uhkana työkyvylle ja näin ollen uhkana toimintakyvylle on leposide-eristämistilanne silloin jos se koetaan traumaattisena tapahtumana. Traumaattiset eristämistilanteet ovat ns. huonoja eristystilanteita, joissa ei ole tilannejohtajuutta. On tärkeätä, että eristystilanteissa joku hoitajista ottaa tilannejohtajuuden, muut hoitajat toimivat sen mukaan mitä sanotaan ja mitä on suunniteltu.

*Meitä oli viis, kuus ihmistä ja siellä ei otettu tilannejohtajuutta Sitten joku otti sen ja sit arvuuteltiin, et millon lähetään päälle.
No, se vois olla niitä traumaattisimpia, niitä huonoja eristystilanteita.*

Uhka työ ja toimintakyvylle nousee pelon tunne haastattelemieni hoitajien vastauksissa. Tilanteet saattavat olla joskus pelottavia, esimerkiksi jos ei tunne potilasta, ei tiedä miten hän tilanteessa käyttäytyy. Vaikka pelottaa, ei pelkoa ole hyvä näyttää potilaalle.

Mä opin hänet myöhemmin tuntemaan, ei hän koskaan silleen vaarallinen ollut. Mut enhän mä sitä siinä tilanteessa tiennyt, ja siinä vaiheessa oli kyl aika paskat housussa, et mitä tässä tapahtui ja et mitä mä teen.

Et kyllä silloin se alku varsinkin oli varsin pelottava, et sä olet tota ai-noana miehenä paikalla. Ja toisaalta siinä tilanteessa ei saisi olla hirveän pelokkaan näköinen, koska sit se ryöpsähtää käsistä se homma.

Kysyttäessä mieleenpainuvimmasta leposide-eristämistilanteesta, hoitaja kertoi kokemuksestaan leposide-eristämistilanteesta. Hoitaja oli lukenut satua potilaalle, tämän ollessa leposide-eristyksessä. Vaikka potilaan psyykkinen tila oli huono, niin potilas kuunteli intensiivisesti satua, jota hoitaja hänelle luki. Potilas ei vastustellut, eikä häirinyt, eikä juuri kommentoinutkaan mitään. Tunnelma oli välitön ja leppoisa.

Potilas hymyili ja kuunteli. Tunnelmahan oli leppoisa.

(Kolmas kysymys): henkilökunnan puute

Henkilökunnan puute nousee myös esille mieleenpainuvimpana leposide-eristämistilanteena vastaajan mielestä. Henkilökuntavajetta ei psykiatrisilla osastoilla tulisi olla vastaajan hoitajan mielestä. Tilanne joka oli jäänyt mieleen, oli tapahtunut vuosia sitten.

Se oli ilta tai viikonloppu, en muista, mut meitä oli kaksi hoitajaa töissä silloin. Oli semmonen isokokoinen potilas, hyvin psykoottinen ja aggressiivinen. Menin rauhoittamaan potilasta, toinen hoitaja jäi soittamaan apua muilta osastoilta. Kaveri joka soitti apua, ei saanut mistään kiinni oikeen ketään ja tota loppuen lopuksi päädyttiin tekemään hälytys. Hälytin soi siinä, meni ainakin minuutti, sitten sieltä tuli kaksi heiveröistä naista ja siinä sitten oltiin. (naurua)

(Kolmas kysymys): työkyvyn ylläpito

Esille nousi (kysyttäessä mieleenpainuvinta leposide-eristystilannetta) hoitajilta se, että hoitajilta edellytetään kykyä pysyä rauhallisena ja toimintakykyisenä leposide-eristystilanteissa. Työkykyä ylläpitää hoitajien ammatillisuus, rauhallisuus ja toimintakyky leposide-eristämistilanteissa. Hoitajat vastasivat, että on ammatillista säilyttää rauhallinen ote leposide-eristystilanteissa. Hermostuneisuus ja malttinsa menettäminen, vaikka tilanne olisi mikä tahansa ei ole hyväksi. Toimintakyvyn säilyminen ja ammatillisuus ovat tärkeitä asioita. Myös se, että kykenee olemaan ”tiukassakin” tilanteessa ammatillinen, rauhallinen sekä ennen kaikkea pystyy toimimaan järkevästi pitävät työkykyä yllä paremmin. Tunteilleen voi antaa ”vallan” tilanteen jälkeen ja keskustella esimerkiksi kollegojen kanssa.

Mut enhän mä siinä tilanteessa tienny, et mitä tässä tapahtuu tai mitä mä teen. Mä muistan vaan, et mä yritin pysyä rauhallisena.

Et kyllä silloin, et tää mistä mä kerroin se alku varsinkin oli pelottava, et siellä oli tota, et sä olet ainoana miehenä paikalla, se oli iso mies, mut niissä tilanteissa on hirveän tärkeitä, et sä pystyt toimimaan sen oman pelon kanssa, että se ei lamaa ja toisaalta siinä tilanteessa ei saisi olla hirveän pelokkaan näköinen, koska sit se ryöpsähtää käsistä koko homma.

4.2 Leposide-eristämiseen liittyvät mielipiteet

Analysoinnin tuloksena muodostui mielipidekysymyksistä (joita oli 13) yläkategorioiksi kysymyskohtaisesti:

Ensimmäinen kysymys. Miten reagoit tuntemattoman potilaan leposide-eristykseen? (esim. avunanto toiselle osastolle)

- Yläkategoriaa ei tähän kysymykseen tullut. Kirjoitin kuitenkin vastauksen ”auki” alakategorista lähtien pelkistettyihin ilmaisiin.

-

2 kysymys. Tuleeko leposide-eristyspäätöstä tehtäessä ristiriitaa hoitajien kesken? (jos tulee, niin minkälaisia?)

Tulokseksi sain:

- työyhteisö
- keskusteleva työyhteisö

3 kysymys. Millaisena koet erityyppiset leposide-eristystilanteet? (helppo/epäonnistunut eristämistilanne)

Tulokseksi sain:

- potilaalle helppoa
- hoitajien ammatillisuus
- hoitajille haastava tilanne

4 kysymys. Kerro leposide-eristyksen hyödyt ja haitat potilaalle. Mitä mieltä olet? (psykkisesti/somaattisesti)

Tulokseksi sain:

- potilaan turvallisuus
- potilaan turvattomuus

5 kysymys. Mitä mieltä olet pitkistä (yli vuorokauden) kestävästä leposide-eristyksestä?

Tulokseksi sain:

- vaikea tapahtuma
- haastava tapahtuma

- tarpeeton tapahtuma

6 kysymys. Miten potilaan tarpeet tulee ottaa huomioon leposide-eristyksen aikana?
(syöminen, hygienia, liikkuminen, wc:ssä käynnit...)

Tulokseksi sain:

- potilaan hyvinvointi
- henkilökunnan turvallisuus

7 kysymys. Onko lainmuutos muuttanut leposide-eristyksen valvonta käytäntöjä?

Yläkategoriaa ei tähän kysymykseen tullut. Alakategoriaakaan ei tähän kysymykseen tullut. Analyysiprosessista (liite 3) voi vastauksen lukea.

8 kysymys. Kuka/ketkä päättää leposide-eristyksen jatkamisesta?

Yläkategoriaa ei tähän kysymykseen tullut. Alakategoriaakaan en tähän kysymykseen saanut. Analyysiprosessista (liite 3) voi vastauksen lukea.

9 kysymys. Miltä sinusta tuntuu lopettaa eristäminen ja kohdata potilas siitä eteenpäin osastolla?

Yläkategoriaa ei tähän kysymykseen tullut. Analyysiprosessista (liite 3) voi vastauksen lukea.

10 kysymys. Miten ajatuksesi/mietteesi ovat muuttuneet leposide-eristystilanteista urasi aikana? (onko eristämisestä tullut kohdallasi rutiinia?)

Tulokseksi sain:

- ammatillinen kasvu

11 kysymys. Miten koet sen että puutut potilaan koskemattomuuteen?

Tulokseksi sain:

- ammatillisuus

12 ja 13. ”täytekysymykset”. Mitä mieltä olet leposide-eristyksestä? Tarvitaanko sitä ja miksi?

Yläkategoriaa enkä alakategoriaakaan tähän kysymykseen saanut. Analyysiprosessista (liite 3) voi pelkistettyjä ilmaisuja lukea.

(Ensimmäinen kysymys) Tunteeton toimintatapa (alakategoria)

Hoitajat reagoivat tuntemattoman potilaan leposide-eristykseen rutiinilla ja toimimalla tunteettomasti. Rutiininomainen toiminta, hoitajat eivät kyseenalaista leposide-eristämistä toisella osastolla auttaessaan muita hoitajia. Kun hälytys tulee ja joudutaan lähemmään toiselle osastolle (yleensä mieshoitajat) auttamaan tai olemaan taustavoimana, niin silloin toimitaan ja autetaan.

Rutiinia, siinä ei ollenkaan pistä kyseenalaiseksi sitä, et minkä takia se tehdään. Usein se tilanne on tällöinen ja tämä nyt joudutaan tekemään ja ei se mulle kuulukaan kyseenalaistaa.

Tilanne on myös vastaajien mukaan toimenpidekeskeisempi tapahtuma. Hoitajat keskittyvät leposide-eristystilanteeseen tehden sen mitä muut hoitajat pyytävät tekemään. Tilannejohtajuushan on, (tai ainakin pitäisi olla) sillä hoitajalla ja osastolla jonne apua, eli muita hoitajia on hälytetty auttamaan. Tilanne on helpompi hoitajien mukaan sen vuoksi, että avuksi hälytetyt hoitajat ovat taustatukena.

Se on toimenpidekeskeisempi, eikä ole sitä emotionaalista sitä koko potilaan, no sitä kaikkea inhimillisyyttä ottanut vastaan.

Se on helpompi, et silloin sä olet suorittajana, et se johto pitäskin olla siellä paikassa ja sä olet lähinnä vaan fyysistä voimaa jossain. Vähemmän herättää tunteita.

Et siellä on joku, jolla on selvästi se homma näpeissään, se hoitaa sen johtamisen. Silloin sitä pitää vaan niin ku matalaa profilia. Et sä tartut siihen raajaan kiinni, mitä on sovittu, tai jos jotain muuta, niin sitten pysyttelet siellä taustalla, et se menee nätisti sillee, et pidät silmällä yksinkertaisia asioita, vaikka potilaan käsiä.

Hälytystilanteissa sit täytyy, täytyy vaan, täytyy vaan mennä.

(Ensimmäinen kysymys): fyysinen toimintatapa (alakategoria)

Leposide-eristystilanne on fyysinen tapahtuma silloin kun toisen osaston hoitajia autetaan tai potilas on tuntematon apua tarjoaville hoitajille. Apua tarjoavat hoitajat ovat taustatukena, fyysisesti paikalla ja läsnä tarvittaessa.

Sä olet lähinnä vaan fyysistä voimaa jossain.

Sä olet siinä niin ku fyysisenä apupoikana siinä. Siellä ollaan niin kuin lihana mukana, et valmis tarttumaan kiinni jos tarvitaan.

(Ensimmäinen kysymys): ammatillinen toimintatapa (alakategoria)

Tuntemattoman potilaan tai avunantoa toiselle osastolle hoitajat pitävät ammatillisena toimintana. Tilanne on hoitajien mukaan ammatillisempaa, hoitajat eivät suhtaudu niin tunteella potilaaseen. Hoitajat kertoivat, että omalla osastolla potilaasta tulee osa hoitoyhteisöä. Hälytystilanteissa hoitajat avustavat toisen osaston henkilökuntaa, jonka potilaita hoitajat eivät välttämättä tunne. Toiminta on tällöin hoitajien mielestä ammatillisempaa.

Ei suhtaudu tunteenomaisesti, vaan niin ku ammatillisesti tietää miten täytyy toimia. Eli silloin se osaston henkilökunta saa nimenomaan apua. Se vuorovaikutuksellinen viestihän alkaa elämään siinä yhteisössä ja silloinhan kun sä menet avustamaan toiselle osastolle, niin et ehkä tiedä mitään mikä siellä odottaa.

(Toinen kysymys): työyhteisön merkitys leposide-eristystä päättäessä

Työyhteisö on vastaajien mielestä hyvä, ristiriita tilanteita leposide-eristyspäättöstä tehtäessä ei juuri synny. Yhteistyö toimii. Luottamusta toisia työntekijöitä kohtaan on syntynyt, koska työryhmä on toiminut lähes samana melko pitkään. Ihmiset tuntevat toisensa jollakin tavalla. Ristiriitatilanteita (leposide-eristyspäättöstä tehtäessä) ei hoitajien kesken juuri esiinny, ne ovat vähentyneet tai ainakaan niistä ei puhuta. Leposide-eristämispäätös on enemmistön päätös. Kaikki hoitajat eivät ole samaa mieltä, mikä on luonnollista kun ihmiset ovat erilaisia, mutta silti hoitajat päättävät yhdessä ja menevät ”massan” mukaan, hoitajat sanovat.

Et kyl me yleensä ollaan aika pitkälti samaa mielt just siitä, et joku alkikäydä oikein levottomaksi ja ei oikein mitkään muut konstit pelaa, niin kyl meillä pelaa semmonen yhteistyö

Kyllä se yhteinen päätös on. Musta tuntuu, et ne mielipide erotkin on jotenkin vähentyneet. Kyl ne pääsääntöisesti ja hyvin ovat siis kollektiivisia päätöksiä, et se ei oo yksin kenenkään päätettävissä.

Harvoin tulee tommosia ristiriitatilanteita, että siis jollain tavalla kuitenkin niihin työtovereihin sen verran luottaa. Se luottamus tulee aina sitä kautta, et niiden ihmisten kanssa joiden kanssa oon tehnyt pitkään töitä, joilla on kokemusta, niin kyllä mä luotan aika sokeasti niiden---

Kyl se mun mielestä aika yksiselitteistä on.

No, niistä ei ainakaan puhuta, sanotaan näin.

(Toinen kysymys): keskusteleva työyhteisö

Työryhmä keskustelee asioista. Hoitajat eivät ole aina samaa mieltä leposide-eristämispäättöstä tehdessä. Epävarmuutta esiintyy vastaajien mielestä joskus ja asioita selvitetään jälkepäin.

Tota, varmasti on aina melkein pientä hienosäätöä, jälkepäin selvitte-lyä. Me ollaan, meitä on monta erilaista ihmistä, kuinka hyvin yksi työryhmä on luonut semmoset hoidolliset ideologiansa ja millä tavalla tää siihen hoitomuotona istuu. Että semmonen pieni näkemysten vaihto ja noin, näkisin et se on vaan hyvä!

(Kolmas kysymys): potilaalle helppoa

Potilaalle helppoa hoitajat sanovat erityyppiset leposide-eristämistilanteet (helpo/epäonnistunut) potilaalle olevan silloin kun se on potilaalle tuttu tapahtuma. Yleensä potilaat ovat pitkään sairastaneet ja he ovat olleet useita kertoja leposide-eristyksessä. Hoitajien kertoman mukaan potilaat vaistoavat vointinsa huononevan, ja näin ollen toivovat koostumista. Potilaat haluavat leposide-eristykseen. Se on tietysti helppo tilanne hoitajallekin, kun potilas haluaa itse mennä eristykseen. Tilanteessa ei tarvitse silloin tapella. Jos tilanteessa toimisi vain yksi hoitaja, tilanne ei ehkä olisi helppo.

Helppoa, helppoja joo---. On olemassa sillä tavalla just, että jotkut potilaat menee yleensä, ne huomaa, et nyt meni vähän överiksi, yleensä ne on sellasia potilaita, jotka on pitkään sairastaneita ja eristys homma on tuttua. Et se on tavallaan helppo.

Helppoa, kun potilas haluaa ja pyytää päästä sinne. Että, jos potilas hyväksyy sen, asettuu siihen, hänhän kertoo sillon jo siitä, että hän ehkä tarvitsee jotakin tällaista.

Helppoja on sellaset, kun potilas haluaa itse mennä leposide-eristykseen, joo ja voi vaikka itse pyytää. Koostavan vaikutuksen tai itsemurhan vaaran, tai minkä takia tahansa, mutta haluaa itse mennä sinne. Ne on mun mielestä sellaisia helppoja tilanteita.

(Kolmas kysymys): hoitajien ammatillisuus

Hoitajien ammatillisuus korostuu erityyppisissä leposide-eristystilanteissa. Jos hoitaja saa potilaan menemään eristykseen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, niin että potilas on rauhoittunut ja rauhallinen eristykseen mentäessä, niin se edellyttää hoitajalta hyvää ammatillisuutta. Hankalissa eristyksissä ammatillisuus korostuu. Hoitajan täytyy pystyä puhumaan ja toimimaan rauhallisesti, vaikka tilanne olisi miten vaikea tahansa.

Yhteisymmärryksessä hyvä. Se on tietysti kyseenalainen, et mikä se potilaan yhteisymmärrys siinä on.

Et oikeesti siitä tulee hyvä fiilis, et tää meni hienosti. Sit vielä kannetaan potilas eristykseen ja jotenkin se menee, et potilaskin yleensä rauhoittuu siinä ja se huomaa, et nyt hän on niin kun semmosessa otteessa, ettei tästä

liikuta mihinkään. Et vaikeakin eristys voi olla sellanen, et sul tulee ihan hyvä mieli. Et just tämmönen hankala potilas jota eristetään, niin tota puhumalla jos onnistuu sen eristämään, vaik tilanne on hankala, niin tosi hyvä mieli siitä tulee.

(Kolmas kysymys): hoitajalle haastava tilanne

Hoitajalle haastava leposide-eristystilanne on silloin kun eristäminen on vaikea. Kun tilanne on vaikea, esimerkiksi joudutaan tappelemaan potilaan kanssa, niin se on huono leposide-eristystilanne. Jos hoitajat eivät ole pystyneet ennakoimaan tilannetta, tilanne tulee äkkiä ja yllättää, niin se on myös huono eristämistilanne.

Tappelu on aina huono eristämistilanne, silloin kun neuvottelutie on käyty loppuun, ja jos ei ole päästy yhteisymmärrykseen ja niin, niin se on niin ku aina huono.

Hoitajalle haastava leposide-eristystilanne on vaikea ja epäonnistunut leposide-eristämistilanne. Vastaajat sanovat, että hoitajien roolijako ei ole selvä tilannejohtajuutta ei ole, potilasta saatetaan kantaa jotenkin väärin ja ilmapiiri on huono. Vastaajien mielestä sellaisia eristyksiä on onneksi harvemmin.

Epäonnistunut tilanne, missä kaikki pettää, roolijako ei ole selvä, osa huutaa, ilmapiiri on vihamielinen. Potilas pistää hanttiin ja se eristykseen kantaminenkin voi joskus tapahtua, et on väärät otteet ja jotain sellaista.

Hoitajalle haastava ja vaikea tilanne on silloin kun leposide-eristämistilanne on turhauttava ja koetaan hyödyttömäksi potilaalle. Persoonallisuushäiriöiset ja itsetuhoiset potilaat, jotka ovat usein leposide-eristyksissä, ovat haastavia. Toisaalta hoitajat vastaavat potilaan sen hetkiseen tarpeeseen, kun he eristävät potilaan. Haastavaa on se, että tilanne saattaa toistua päivästä toiseen.

Hyödyttömiä ja turhauttavia leposide-eristyksiä, kun on kyse persoonallisuuspuolen ongelmista kärsivistä ihmisistä, niin ne eristykset on loppuen lopuksi täysin hyödyttömiä.

Hoitajalle haastava ja vaikea tilanne on silloin kun se on sekasortoinen. Ei ole tehty suunnitelmaa, että mitä pitäisi tehdä ja miten pitäisi toimia. Tarkka suunnitelma mitä hoitajien tulee tehdä, riittävä henkilökuntamäärä ja valmistautuminen ovat tärkeitä asioita, kun potilas laitetaan leposide-eristykseen.

Että me ei vain mennä sinne ja silloin se onnistuu paljon paremmin, se on paljon turvallisempaa ja sitä mä olen yrittänyt korostaa, et jos vaan mennään saadaan hirveästi vaan aikaan sitä sekasortoa, et kun kukaan ei tiedä, et mitä nyt tehdään.aikaan. Että se tavallinen niin kuin tapa täällä on ollut hirveästi toimia, niin kuin sillä tavalla.

Neljäs kysymys: potilaan turvallisuus

Potilaan turvallisuus leposide-eristyksessä on ehdottoman tärkeitä. Potilaalle hyötyä leposide-eristyksestä on se, että hän rauhoittuu. Hyötynä potilaalle vastaajat mainitsivat myös sen, että toiset potilaat ja henkilökunta kokevat olonsa osastolla turvallisiksi.

Hyötynä potilaan rauhoittuminen, et saadaan se pysäytettyä ja se on silleen kaikille hyvin turvallinen keino.

Potilaalle on turvallista olla lepositeissä kiinni vastaajien mukaan. Silloin kun ihminen on psykoottinen, ei ole realiteeteissa, turvallinen kiinni oleminen lepositeissä voi olla potilaalle hyödyksi.

Kiinnisittominen mahdollisimman lempeästi ja mukavasti, että siinä olisi se sama hyvänä olemisen kokemus, mikä lapsella. Tämmönen kiinni oleminen ja yksin siinä tilassa oleminen.

Potilaalle turvallista ja hyödyllistä on että hän on turvassa lepositeissä. Hän ei voi vahingoittaa itseään, kun on leposide-eristyksessä. Ihminen ei pääse tappamaan itseään ja itsetuhoiset potilaat, jotka haluavat viillellä esimerkiksi ranteitaan niin sen takia heitä joudutaan eristämään lepositeisiin. Potilas ei ole myöskään vahingollinen muille, kun hänet on eristetty lepositeisiin. Polydypsia potilaat ("vesijuopot") eristetään oman hengen ja terveytensä suojaksi (mutta heidät eristetään huoneeseen, ei lepositeisiin).

Se turva, et ei voi enää tehdä itselleen tai kellekään muulle mitään pahaa. Et se helpotus, et kun potilas on lepareissa kiinni, ni ne relaa siinä, et nyt on hyvä.

Potilaalle turvallista ja hyödyllistä on olla leposide-eristyksessä, tehostetussa hoidossa. Etenkin jos/kun siinä vieressä on hoitaja läsnä. Potilas saa ehkä juuri sitä kaipaamaansa huomiota. Potilasta yleensä myös lääkitään.

Se on turvallinen, et olen joskus kuullut potilaiden sanovan, et niillä on turvallinen olla siellä huoneessa, et jos harhat ovat silleen pahoja. Potilas saa siinä huomiota ja tehostettua hoitoa, varsinkin jos se vierihoitaja on, niin kyllähän siinä on joku, ei se tarkoita et siinä pitäisi koko ajan keskustella, vaan tärkeintä on et siinä ollaan potilaan kanssa.

Potilaalle turvallista ja hyödyllistä on kun lepositeissa on turvallista olla ja rajat on asetettu. Rajojen merkitys on erittäin tärkeää psykiatrisille potilaille. Se koostaa potilasta.

Se tuo niitä rajoja, et olet tässä, eli kun monet potilaat niin kun ei välttämättä tiedä, et missä ne omat rajat kulkee, niin se koostaa.

Et ne suurimmat hyödyt, turvallisuus ja rajat.

(Neljäs kysymys): potilaan turvattomuus

Potilaan turvattomuus aiheuttaa vastaajien mielestä potilaalle psyykkistä haittaa. Haittoja leposide-eristämisestä on, että potilas voi kokea eristämisen loukkaavana. Se saattaa olla nöyryyttävä kokemus, koska siinä joudutaan puuttumaan potilaan koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen.

Haittaahan siitä tietenkin on se että, joudutaan tota riistetään potilaan niin ku , kyllähän se loukkaava kokemus tietenkin. Et ok, pannaan lepositeisiin. Tosiaan se psyykkinen haitta, et kuitenkin on vapauden riistoa, jolla monet potilaat kokevat sen.

Potilaan turvattomuus aiheuttaa psyykkistä haittaa vastaajan mielestä, koska se saattaa lisätä harhaisuutta. Eristettynä muista, hiljaisessa huoneessa, kiinni sidottuna potilas saattaa kokea eristyksen epäoikeudenmukaisena tai rangaistuksena.

Psyykkisesti, ni se on vähän hankala sanoa sitten mites se sitten, tämmönen niin ku aistideprivaatio, niin ku lisäis harhaisuutta jopa. Monesti se potilas kokee, et eristys oli turha, tai rangaistus jostain, tai et se ei ollut oikeutettu.

Potilaalle turvattomuutta leposide-eristäminen voi aiheuttaa somaattisia haittoja, mitkä vastaajien mielestä lisäävät komplikaatioiden mahdollisuutta. Potilaan liikkumattomuus lepositeissä voi aiheuttaa verenkierron ongelmia, jopa trombi vaara on olemassa. Jokaiselle potilaalle annetaan injektiona Fragmin lääke, joka estää trombeja, veritulppia. Lepositeitä voi tarvittaessa avalla jotta potilas voi liikutella itseään. Myös kävelyttäminen on mahdollista, jos henkilökuntaa on tilanteessa riittävästi. Yleensä toimitaan tilanteen mukaan. Jos eristäminen on ollut fyysisesti kovin raju, voi potilaalle tulla mustelmia, ”nirhaumia” jne. Jos lepositeet ovat kovin tiukalla, voi sekin aiheuttaa jälkiä raajoihin. Jos potilas lepositeissä ollessaan repii ja riuhtoo kovasti itseään, voi raajoihin tulla jälkiä.

Ja haittaahan on, tietysti ne somaattiset haitat siitä immobilisaatiosta, et siinähan se trombi vaara on.

Somaattiset haitathan tietenkin ... Toki on ollut niitä tilanteita, kun on tullut veritulppa, sen takiahan nykyään on toi Fragmin lääkitys hoito, joka sitten määrätään ihan automaattisesti, kaikki lääkärit täällä sen tietää.

Ja Fragmin tietysti on, mut ne suurimmat fyysiset vaaratekijät siinä--- Ehkä nirhaumat on ne enemmän niin kuin aiheutuva ongelma, varsinkin sit kun se potilas vastustaa kovin voimakkaasti, tai repii kovin hirveästi itseään niissä siteissä, mustelmia tietysti joskus, mut ehkä, ehkä vähemmän.

Potilaalle häirtana vastaajat sanoivat myös sen, että ihminen joutuu olemaan toisten armoilla. Potilas ei voi liikkua ollessaan lepositeissä, hoitajan on autettava kaikissa toiminnoissa potilasta. Hoitaja tuo potilaalle ruoan, juoman ja huolehtii lääkityksestä.

Tota haittoja, no kyllähän se sitä vastarintaa hoitoa kohtaan aiheuttaa, et joudutaan tällaisiin pakkotoimenpiteisiin.

Toisten armoilla oleminen, on se aika pelottava asia, aika pelottava kokemus, et on kiinni, eikä voi puolustaa itse itseään, kuin häkkiin ajettu, ja että tullaan pistelemään, lääkitään .Kyllä ne on aika pelottavia asioita, enkä mä usko että se väistyy sieltä, et jokainen siellä on ollut se jää myös osaksi kokemusta, myös se toisten armoilla oleminen.

Leposide-eristäminen voi olla myös pelottava kokemus potilaalle. Kokemus voi olla pelottava, etenkin jos se on ensimmäinen kerta potilaalle. Toisaalta potilas ei ole yksin leposide-eristyksessä, vaan vierihoidajan tulisi olla läsnä. Vaikka vierihoidaja on yleensä

läsnä, niin se ei tarkoita sitä, että potilaan kanssa pitäisi koko ajan keskustella. Tärkeintä on se, että potilaan kanssa ollaan. Haittoina on myös se että potilas voi tuntea vastarintaa koko hoitoa kohtaan, kun joudutaan käyttämään leposide-eristystä.

Tota haittoja, no kyllähän se sitä vastarintaa hoitoa kohtaan aiheuttaa. Ei ole ainoa kerta kun kuulee, et mikä vankila tää taas on.

(Viides kysymys): vaikea tapahtuma

Vaikea tapahtuma henkilökunnalle ovat pitkät (yli vuorokauden kestävät leposide-eristykset). Niitä ei ole usein mutta kun niitä on, niin ne ovat yleensä henkilökunnalle vaikeita. Ne ovat työllistäviä, raskaita ja sitovat paljon henkilökuntaa vastaajien mielestä. Hoitajien pitää olla erityisen huolellinen ja tarkka potilaan somaattisesta voinnista ja kaikesta siitä mitä potilaalle tehdään tehostetun hoidon huoneessa.

Työllistäviä kyllä. Siis mitä pidemmäksi eristäminen menee, ni sitä suuremmaksi se somaattinen komplikaatoriski kasvaa. Se vaatii tarkkavaisuutta ja pitää huolehtia ne jutskat siellä, somatiikka hyvin tarkkaan.

Mitä pidemmälle se menee, sitä raskaammaksi se käy henkilökunnalle kestää sitä tilannetta., hyväksyä sitä. Mitä pidemmälle se menee sen, sitä raskaammaksi. Jos puhutaan useammasta vuorokaudesta. Se muuttuu vaan raskaammaksi ja se sitoo tietysti työvoimaa.

No se kestää minkä se kestää. Kyl se tietysti niin on, et se hoitajankin psyykelle käy, jos se eristys kestää pitkään Kyllä se on henkilökunnalle raskasta, mutta se vie minkä se vie. Se täytyy vaan kyetä kestäämään.

Vaikeaksi tapahtumaksi pitkä leposide-eristäminen on vastaajien mielestä sen vuoksi, että se turhauttaa. Potilasta ei voida päästää osaston puolelle, koska kunto/vointi ei ole hyvä. Pitkä leposide-eristäminen on turhauttava myös siksi, koska hoitajat joutuvat pohtimaan sitä miten potilaan somaattinen tila kestää pitkää makuuttamista.

Kyllä ne on turhauttavia, että meillä nyt oli viimeksi todella pitkä eristys, yli viikon, ne on todella harvinaisia meillä. Kyllä se turhauttaa, siin on just se kun ei pääse eteenpäin.

Vaikeaksi tapahtumaksi pitkä leposide-eristäminen on hoitajan mielestä sen vuoksi, että se on inhottavin eristys. Vastaajan mielestä on riski potilaalle olla pitkiä aikoja lepositeissä etenkin jos on kyse vanhemmasta tai ylipainoisesta ihmisestä.

Kyl se turhauttaa ja että, että ne on oikeasti kaikkein inhottavimpia eristyksiä, jotka vaan jatkuu ja jatkuu ja jotenkin näyttää ettei loppua tule Et jos se on vielä huonossa kunnossa, joku vanhempi ihminen ja sitä makuutetaan lepositeissä, niin se on jo ihan oikeastikin kova riski jo sitten.

Hoitajaa helpottaa, että pitkäkin eristys loppuu aikanaan. Pitkiä eristyksiä ei ole useasti ja nekin päättyvät sitten, kun potilaan vointi on sellainen, että hän kykenee olemaan osaston puolella. Pitkäpinnaisuus kannattaa, kun hoitaja jaksaa odottaa, niin tuloskin tulee.

Sitten siihen on itelleen keksinyt sen, että kun on ollut sellaisissa tilanteissa useammin mukana, aina ne on kuitenkin jossain vaiheessa loppunut. Et täytyy muistaa et jossain vaiheessa se eristys aina loppuu. Aina on selvitty näistä tilanteista, et se vaan nyt kestää.

Vaikeaksi tapahtumaksi henkilökunnalle hoitaja pitkän leposide-eristyksen olevan, koska se on arveluttava. Arveluttava se on sen takia, että jos potilaan päästää lepositeistä irti, osaston puolelle, niin hän ei ehkä kuitenkaan ole sellaisessa kunnossa että pärjäisi yhteisössä muiden kanssa.

No, se on vähän semmonen arveluttava juttu semmonen pidempi eristys. Et kyllähän moni ihminen pysyy kiukkusena, kun niistä lepositeistä ei yksinkertaisesti pois pääse. Siinä on vaikea arvioida, et mikä se tilanne oikeasti on sitten.

Vaikeaksi tapahtumaksi henkilökunnalle hoitajat kertovat sen, että leposide-eristys on ärsyttävä.

Kyl se ärsyttää.

Vaikea tapahtuma on sen vuoksi, että pitkä leposide-eristys on riski potilaalle Somaattiset komplikaatiot lisääntyvät. Etenkin, jos potilas on vanhempi eikä ole terve, niin pitkissä makuutuksissa on terveydellisiä riskejä, kuten aiemmin mainittu.

Sit sitä rupeaa miettimään ihan niin kun siltäkin kannalta tosiaan, et siinä on kaikki nämä somaattisetkin asiat, kuinka potilaan terveys kestää sitä. Et jos se on vielä huonossa kunnossa, joku vanhempi ihminen

(Viides kysymys): Haastava tapahtuma

Haastava tapahtuma henkilökunnalle pitkä leposide-eristys on sen vuoksi että, henkilökunta joutuu käymään läpi mielessään sitä, että miksi potilas on eristyksessä niin pitkään. Raporttitilanteissa se tulee erityisesti hoitohenkilökunnan pohdittavaksi, miksi potilas joutuu olemaan pitkään leposide-eristyksessä, eikö häntä voisi päästää sieltä pois, potilaan vointi mietityttää hoitajia. Hoitajat miettivät myös että mitä he voisivat tehdä potilaan auttamiseksi. Miksi potilas ei pärjää vielä osastolla?

Et se on semmonen sit jo haastava psykiatrinen arviointitilanne. Todella haastava.

(Viides kysymys): tarpeeton tapahtuma

Tarpeeton tapahtuma hoitajan mielestä pitkä leposide-eristys on sen vuoksi, että pitkät eristykset ovat tarpeettomia. Siitä ei ole hyötyä potilaalle vastaajien mukaan. Pitkät leposide-eristykset ovat harvinaisia.

En kannata niitä pitkiä eristyksiä, en usko et kukaan oikeasti tarvitsee niin hirvittävän pitkiä.

(Kuudes kysymys): potilaan hyvinvointi

Potilaan hyvinvointia leposide-eristyksessä helpotetaan ja autetaan muun muassa sillä, että perushoitoa toteutetaan. Vierihoitaja istuu yleensä potilaan kanssa, jotta tämän ei tarvitsisi olla yksin. Hoitaja käy tuomassa ruuan ja juoman, sekä lääkityksen. Myös nenämahaletkua käytetään potilailla, jotka eivät halua syödä. Suihkuun potilas pääsee jos eristys on pitkä tai jos tilanne muuten niin katsotaan tarpeelliseksi. Vuodepesujakin voidaan tehdä. Lakanoita vaihdetaan tarpeen mukaan. Potilaan iho menee rikki, jos hän makaa virtsassaan. Potilasta suihkuun vietäessä täytyy olla useampi hoitaja (noin kaksi tai kolme) tilanteessa, että se sujuu turvallisesti kaikkien osapuolten kannalta. Suihku ja

wc-tila on yleensä eristyshuoneen läheisyydessä. Potilaalle voidaan tuoda myös alusasia.

Hoitaja seuraa potilaan vointia, jos tilanteet mitä toteutetaan menevät hyvin ja potilas ”vapaana” ollessaan käyttäytyy hyvin, ei potilasta turhaan makuuteta lepositeissa.

Hoitaja kirjaa tapahtumat kellontarkasti tietokoneelle, eristysseuranta on tärkeää.

Toki siis ruoka, juoma, puhtaus pitäs toimia sinne. Vessassa käytetään, jos vain suurin piirtein uskalletaan.

Pitää hirveän hyvin huolehtia perustarpeet.

(Kuudes kysymys): henkilökunnan turvallisuus

Henkilökunnan turvallisuus on tärkeää kun perushoitoa toteutetaan. Tilanteita suunnitellaan tarkasti, koska turvallisuusriski on aina olemassa. Henkilökuntaa on oltava riittävästi esimerkiksi silloin kun potilasta viedään suihkuun. Samalla arvioidaan potilaan vointia, miten hän pärjää ”vapaana” ollessaan. Jos potilas on kovin vihainen saattaa hän lepositeista irti päästessään, vaikka lyödä hoitajaa. Riippuen potilaasta ja hänen voinnista tarpeita pyritään toteuttamaan.

Et toisaalta on hirveän inhimillistä päästää ihmiset pesemään hampaitaan ja muuta sellaista, mut et se luo hirveän turvallisuusriskin. Suihkusta ja muista puhumattakaan, et mä en kovin helpoin perustein lähtisi, vaikka menisi muutama päiväkin.

(Kymmenes kysymys): ammattillinen kasvu

Ammattillinen kasvu ja ihmisenä kasvaminen ovat jatkuva prosessi mitä hoitajat käyvät läpi. Se että on kokemusta erilaisista leposide-eristystilanteista akuutilla psykiatrisella osastolla luo varmuutta ja rutiinia hoitajan työhön. Ammatillista varmuutta on tullut monille hoitajille, jotka ovat tehneet työtä osastolla pitkään. Psykiatrinen hoitotyö on työtä, jota oppii tekemällä sitä. Ennakoiminen on myös tärkeää. Keskustelulla ja riittäväällä määrällä henkilökuntaa voidaan jopa estää leposide-eristys. Ennakoiminen on tärkeää, että pystytään arvioimaan tarvitaanko leposide-eristystä välttämättä ollenkaan. Leposide-eristys ei ole rutiinitoimenpide. Se että hoitaja on kokenut, tuo tilanteeseen syvyyttä nähdä eri ulottuvuuksia asiaan.

Kokemus tuo myös herkkyyttä tilanteeseen. Ammatillisesti voi jatkuvasti kehittyä ”hyväksi eristäjäksi”. Hoitajana kasvaminen ja kehittyminen ovat jatkuva prosessi. Koskaan ei voi olla ”valmis”.

Tilanne voi olla myös sellainen, että hoitaja toimii teknisesti oikein, mutta ei kehity hoitajana. Eli tekee vain niin kuin pitää, miettimättä asiaa sen kummemmin. Ammatillista kehittymistä ei silloin pääse syntymään.

Tilanne voi olla aina yhtä sekasortoinen vastaajan mielestä.

Varmuutta on tullut just siihen arviointiin.

Kokemuksesta on hyötyä, se on sitä oppimista.

Kokemuksen myötä, niin väkisinkin oppii.

Rutiinia joo, semmosta varmuutta.

On tietysti semmonen rutiini tullut siihen miten sitä asiaa lähdetään rakentamaan ja muuta, et saattaa olla semmonen paljon parempi hallussa oleva juttu, mut se itse tapahtuma, niin kyllä se on yhtä sekasortoista, niin kuin se on aina ennenkin ollut.

(Yhdestoista kysymys): ammatillisuus

Ammatillisuutta pidetään vastaajien keskuudessa merkittävänä kun on kyse potilaan koskemattomuudesta. Se on oleellinen osa ammattia. Potilasta ei voida viedä leposide-eristykseen koskematta potilasta. Se, että potilaan integriteettiin kajotaan, on osa hoitajan ammattia ja vaatii ammatillisuutta. Potilaasta tietysti riippuu paljon millainen leposide-eristämistilanne kulloinkin on. Hoitajan on välttämätöntä puuttua tilanteisiin potilaan turvaamiseksi.

Potilaan koskemattomuuteen puuttuminen on ammatin eräs osa-alue, eikä siitä hoitajat ota mitään erityisiä tunnontuskia ja paineita. Koskemattomuus on myös vaikea asia hoitajan mielestä, ajatuksena siitä, että potilas joudutaan sitomaan kiinni lepositeisiin. Vaikeaksi siitä tekee juuri se, että joudutaan puuttumaan potilaan koskemattomuuteen, mutta joskus se on välttämätöntä.

Jotkut ovat hyvin herkkiä koskemiselle ja tietysti pyritään mahdollisimman vähän, et semmonen etäisyys fyysinen koskemattomuushan meillä on. Mut-

ta, jos on myös tartuttava, ni sit se niin ku, ei väkivalloin, mut määrätietoisesti mut lämpimästi sekin.

Se on ammatin eräs osa-alue ja siihen on niin kun perustellut syyt siihen, et rikkois sitä koskemattomuutta.

Eristykset, suurin osahan niistä on potilaan turvaksi joten on välttämätöntä koskea.

5 POHDINTA

Aluksi peilaan tämän opinnäytetyön tärkeimpiä tuloksia aiemmin saatuihin tutkimustuloksiin ja pohdin niiden merkittävyyttä käytännön hoitotyölle. Olen jaotellut tulokset hoitajille esittämiini kysymyksiin ja saatujen vastausten perusteella tärkeimpiin tunteisiin ja mielipiteisiin leposide-eristyksestä. Aiempia tutkimuksia on melko vähän, mutta tarkastelen omia tuloksiani aiemmista tutkimuksista tärkeimpiin sekä niihin, joissa esiintyy samankaltaisuuksia kuin minun tutkimuksessani. Tulosten pohdinnan jälkeen tarkastelen tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta ja esitän jatkotutkimusehdotuksia sekä pohdin tutkimusprosessia oman ammatillisen kasvuni tukena.

5.1 Leposide-eristämiseen liittyvät tunteet ja mielipiteet

Sekä kielteisiä että myönteisiä tunteita nousi esille, kun kysyin hoitajilta leposide-eristämistilanteen herättämiä tunteita. Kielteisiä tunteita olivat hoitajien mukaan: pelko, ahdistus, turhautuminen, pettymys, sääli, kiukku, inho, vapina, viha, lisärasitus ja adrenaliinin lisääntyminen. Myönteisistä tunteista esille nousivat hyvä olo ja huojennus. Leposide-eristämistilanteista riippuu, millaisia tunteita hoitajilla ilmenee. Esimerkiksi jos henkilökuntaa on leposide-eristämistilanteissa liian vähän, tai jos ”vastassa” on isokokoinen tai aggressiivinen potilas, tilanteet koetaan kielteisempinä, kuin rauhalliset eristämistilanteet. Myös potilaasta riippuu, millaisia tunteita hoitajilla esiintyy, (kuten tutkimustuloksista on käynyt ilmi).

Kielteisistä tunteista hoitajat mainitsivat **turhautumisen** toistuvissa ja pitkissä leposide-eristyksissä. Myös se, että samoja potilaita eristetään useasti, aiheuttaa turhautumista. **Pettymyksen** tunnetta esiintyy ajoittain, esimerkiksi silloin kun hoitajat ovat tehneet kaiken mahdollisen mitä tehtävissä on ja silti potilas viiltää ranteensa auki. Tilanne aiheuttaa pettymystä, koska se tapahtuu niin useasti samalle potilaalle.

(Kielteisistä tunteista esiintyi myös) **pelkoa** esiintyi erityisesti tilanteessa, joka ei ole henkilökunnan hallittavissa. Tällaisia ovat esimerkiksi väkivaltatilanteet, jotka herättivät myös **inhon** tunnetta haastatelluissa. Väkivaltatilanteet ovat kuitenkin suhteellisen harvinaisia. Myös Olofsson ym. (1995) totesivat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta oli tuntenut pelon ja kauhun tunteita voimaa käytettäessä.

Kielteisistä tunteista **vihan** tunnetta ilmeni hoitajien kertomana leposide-eristystilanteissa, joissa hoitajat olivat joutuneet käyttämään fyysistä voimaa eristäessään potilasta. Hoitajissa vihan tunteita aiheutti se, että potilaan kanssa oli sovittu leposide-eristykseen joutumisesta, mutta potilas pistikin vastaan. Tämä poikkeaa Tooken ja Brownin (1992) saamasta tuloksesta, jonka mukaan hoitajat kielsivät tunteneensa vihaa tai ärtymystä eristämisen yhteydessä.

Ahdistusta esiintyi joskus, mutta harvemmin. Ahdistuksen tunnetta hoitajilla aiheutti esimerkiksi se, että leposide-eristäminen oli ollut epäoikeudenmukainen, eli sitä ei olisi pitänyt tehdä. Myös muut tutkijat, kuten Virtanen (1989) ja Plutchik ym. (1978) ovat todenneet eristämisen aiheuttavan ristiriitaisia tunteita hoitajien keskuudessa. Esimerkiksi Plutchikin ym. (1978, 574.) haastattelemasta hoitohenkilökunnasta osa koki epäilystä tehtiinkö oikein, kun potilasta eristettiin. Tässä opinnäytetyössä haastattelemillani hoitajilla saattoi esiintyä ahdistusta myös silloin kun eristäminen oli jotenkin epäonnistunut. Esimerkiksi jos leposide-eristystilanne oli tapahtunut nopeasti, eikä siihen ollut osattu varautua. Mutta yleensä leposide-eristämistilanne ei aiheuttanut hoitajissa ahdistusta.

Koska eristysseurannassa (potilasta valvomassa) oleminen on raskas hoidollinen tapahtuma, myös se aiheutti hoitajissa toisinaan **pahan olon tunteita**. Tähän vaikutti se, että potilaan vaikea kokonaistilanne heijastui myös hoitajiin. Samojen potilaiden eristämi-

nen useasti herätti hoitajissa eristysseurannassa toisinaan huonoa omaatuntoa. Tämä voidaan tulkita mielestäni ” ammatilliseksi tunteeksi”, eli hoitajan kykyyn tuntea herkkyyttä tilanteessa.

Kielteisten tunteiden lisäksi leposide-eristäminen herätti haastatelluissa hoitajissa myös myönteisiä tunteita, mm. **huojennusta**. Mutta lähinnä huojennus tulee vasta eristämisen jälkeen. Itse eristämistilanteessa hoitajat keskittyvät toimintaan Myös Plutchik, Toksoz, Karasu, Hope, Conte, Siegel ja Jerrett (1978, 574), osoittivat tutkimuksessaan, että hoitohenkilökunta oli tyytyväinen siitä, että eristäminen helpotti osaston toimintaa ja auttoi potilasta. Samantyyppisen tuloksen saivat myös Tooke ja Brown (1992), joiden tutkimuksessa haastatellut hoitajat sanoivat tuntevansa olonsa turvallisemmaksi eristyksen jälkeen.

Haastatteleman hoitajat sanoivat, että leposide-eristämispäätös ei yleensä aiheuta ristiriitaa hoitajien kesken. Yhteistyö toimii, eristämispäätös on kollektiivinen. Jos eriäviä mielipiteitä esiintyy, niin niistä ei puhuta. Tooke ym.(1992, 25 - 26) totesivat tutkimuksessaan saman asian, eli lähes kaikki hoitajat pitivät eristämistä välttämättömänä osaston toiminnan kannalta. Myös Plutchikin ym.(1978, 573) tutkimuksissa tuloksena oli, että hoitohenkilökunnan mielestä eristämistä käytettiin oikeasta, perustellusta syystä. Kiinnostavaa on, että Virtasen (1989) tutkimuksessa haastateltavan hoitohenkilökunnan käsitykset eristämisen välttämättömydestä olivat ristiriitaisia.

Leposide-eristyksen hyötyjä ja haittoja kysyttäessä hoitajat mainitsivat hyödyksi muun muassa sen, että potilas rauhoittuu ja osaston muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus taataan. Hyödyksi mainittiin myös potilaan tehostettu hoito, eli potilaan vierellä istutaan ja hänen perustarpeistaan pidetään huolta. Haittoina hoitajat mainitsivat potilaan turvattomuuden, sen että potilaan harhat saattavat voimistua pelkistetyssä eristyshuoneessa. Myös somaattisia haittoja saattaa potilailla esiintyä. Potilas saattaa myös kokea leposide-eristyksen loukkaavana, mikä haittaa mahdollisesti koko hoitoa jatkossa. Wynnin (2003) haastattelemasta hoitohenkilökunnasta suurin osa oli sitä mieltä, että pakkokeinot vahingoittavat hoitaja-potilassuhdetta.

Tuloksien perusteella hoitajien tunteista ja mielipiteistä leposide-eristykseen liittyen sai lisää tietoa. Johtopäätöksenä voi todeta, että hoitajien ammatillisen ja ihmisenä kasvamisen tukemiseen auttaa, kun hoitajat voivat työssään tiedostaa omia tunteitaan le-

poside-eristyksestä. Se voi helpottaa heitä tunnistamaan omia reagoititapoja hoitotyötä tehdessään. Tunteet kuuluvat oleellisena osana hoitotyöhön ja niistä tulisi työryhmässä voida vapaasti puhua, silloin kun siihen on mahdollisuus.

5.2 Tutkimuksen eettisyys

Aiheen valinta oli minulle selvä päätös. Tosin tutkimuksen edetessä mietin, olinko valinnut liian vaikean aiheen tutkittavakseni.

Aihe on kiinnostava ja ajankohtainen, koska mielenterveyslakia on uusittu. Ihmisen itsemääräämisoikeuteen, vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuminen herättää tunteita, niin hoitajissa kuin potilassakin. Hoitajat tekevät työtään omalla persoonallaan. Leposide-eristämiseen liittyvät hoitajien tunteet kiinnostivat minua erityisesti. Eristäminen on hoitotoimenpiteenä radikaali ja se herättää erilaisia tunteita, mielipiteitä ja ajatuksia hoitajissa. Tiedostamalla tunteitaan leposide-eristämistilanteissa se voi auttaa heitä toimimaan moraalisesti oikein. Hoitajan vahva ammattitaito, ammatillisuus, rauhallisuus ja kommunikaatiotaito saattaa estää potilaan eristämisen lepositeisiin.

Yhteiskunnan etiikka voidaan pitkälti arvioida sen perusteella miten se kunnioittaa ja suojelee kaikkein heikoimmassa asemassa olevia ihmisiä ja heidän ihmisarvoaan. Eettisesti pakkohoitotoimenpiteet (esimerkiksi leposide-eristys) on nähtävä epämiellyttävänä tekoina, joihin ei saa ryhtyä ilman erikoistilannetta ja moraalisia erikoisperusteluja. Riittävän pitävät perustelut se voidaan moraalisesti oikeuttaa poikkeustapauksissa. Asiaa koskevat ammatilliset kannanotot, lainsäädäntö ja viranomaisten ohjeet ovat tällaisia erikoisperusteluita. (Voutilainen 1986, 16.)

Tutkimus annetaan sairaalan, (jonka hoitajia olen haastatellut) käyttöön. Pidän tärkeänä saattaa sairaalan tietoon hoitajien leposide-eristystilanteisiin liittyviä tunteita ja mielipiteitä. Tutkimus on mielestäni merkittävä, koska eristämistä on tutkittu aikaisemmin lähinnä potilaiden näkökulmasta.

Haastattelemani hoitajat ovat sairaalan palveluksessa. On tärkeää, ettei heidän työskentelyä haitata tuomalla esille heidän henkilöllisyyttään.

Tutkimustani varten hain tutkimuslupaa Helsingin kaupungin Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (Liite 1). Tutkimuslupahakemuksessa minulla ei vielä ollut kysymyksiä liitteinä.

Tutkittaville kerroin saaneeni tutkimusluvan ylihoitajalta ja kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Kerroin haastattelemilleni hoitajille tutkimuksen olevan täysin luottamuksellista ja vapaaehtoista. Kerroin ettei heidän henkilöllisyytensä paljastuisi tutkimuksessani. Käsitteellin tutkimusaineistoa yksin eikä tutkittavien vastaukset tulleet ulkopuolisten tietoon. Kuunneltuani haastattelunauhut ja litteroinnin jälkeen hävitin haastattelukasetit. Tutkimusprosessini päätyttyä tutkimusaineisto hävitettiin. Tutkittaville kerroin, että tuon valmiin tutkimuksen sairaalaan, kunnes työni on valmis. Pidän tärkeänä, että tutkimukseen osallistuneet voivat tutustua valmiiseen tutkimukseen.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Luotettavuuden kriteeri laadullisessa tutkimuksessa on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Koska aihe oli minulle vieras, enkä ole ollut kuin muutaman kerran eristysseurannassa työharjoittelu aikana, niin pystyin suhtautumaan neutraalisti saamiini vastauksiin analyysiä tehdessäni. Analyysiprosessin alusta lähtien on minulla ollut tukena ja apuna opinnäytetyön ohjaajani, tosin loppupuolella vähemmän.

Laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139). Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä johtuen välillä pitämistäni kirjoittamistauoista. Tutkimustani varten suoritin haastattelut kesällä 2004 ja tutkimukseni valmistui keväällä 2005. Katson, että aikaa on ollut riittävästi.

Haastattelemani hoitajat antoivat minulle luvan käyttää nauhuria haastatteluissa. Tutkimusaineisto on laaja, litteroitua tekstiä tuli 81 sivua. Aineistosta valitsin hoitajien tunteet ja mielipiteet leposide-eristämisestä ja ne asiat jotka nousivat esille. Tuloksia kirjoittaessani saatoinkin ehkä tulkita joitakin vastauksia väärin.

Pohtiessani tämän tutkimuksen luotettavuutta, minua mietitytti se, että laitoin sähköpostitse osastonhoitajille kysymyksen siitä, ketkä olisivat ne kuusi hoitajaa, jotka olisivat halukkaita osallistumaan haastatteluihin. Osastonhoitajat esittivät asian osastolla, ja näin saatiin haastateltavat hoitajat kerätyiksi. Olisin voinut mennä itse osastoille käymään ja esittämään asiani, mutta päädyin tähän ratkaisuun. Se, vaikuttiko osastonhoitajien ilmoittaminen asiasta hoitajien suostuvaisuuteen osallistua haastatteluihin jää arvoitukseksi. Toisaalta jokainen hoitaja itse oli kiinnostunut aiheesta ja suostuvainen haastatteluihin.

Tein kysymyksiä mielestäni liikaa, nyt tekisin toisin. Haastattelukysymyksiä tekisin vähemmän ja kysymykseni olisivat tarkempia. Haastattelutekniikasta olen saanut kokemusta, joten haastattelutilanteet pysyisivät nyt ehkä tarkemmin ”asiassa”. Lisäksi luki- sin aikaisempia tutkimuksia aiheesta paremmin, joka helpottaisi kysymysten laadintaa ja näin ollen myös saisin mahdollisesti vastauksia syvällisemmin.

Hoitajien haastattelut suoritin yhtä lukuun ottamatta sairaalan tiloissa, kokoushuoneissa. Yksi haastattelu toteutettiin osastolla, huoneessa, jossa sain olla haastattelemani hoitajan kanssa rauhassa. Haastateltavat eivät lukeneet kysymyksiäni etukäteen, mikä mielestäni oli hyvä asia. Jos hoitajat olisivat lukeneet haastattelukysymykset etukäteen, he olisivat valmistautuneet ja miettineet vastauksia etukäteen liiaksi, mikä ei mielestäni olisi ollut hyvä. Tosin yhdessä haastattelutilanteessa hoitaja näki kysymykseni ja yritti alkaa lukea niitä. Se häiritsi haastateltavaa, joten hän pyysi, että pitäisin kysymykset niin, ettei hän pystyisi niitä lukemaan. Hoitajista kolme oli osastolta, jossa tein viimeisen työharjoitteluni, ”Työ, työyhteisöt ja johtaminen” opintokokonaisuuteen liittyen. Haastateltavat kolme hoitajaa olivat minulle siis entuudestaan ”tuttuja”. Kolmea hoitajaa, jotka olivat saman, suuren yksikön toiselta osastolta, en tuntenut entuudestaan.

Aineistosta tulee luetella yksiköt, joihin tulkinta perustuu esim. sana, lause tai lausuma (Eskola & Suoranta 1998, 217). Tutkijan on annettava lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida tutkimuksen tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 138). Parantamaan luetettavuutta olen kirjoittanut esimerkkejä alkuperäisistä maininnoista tuloksiin. Koko analysointiprosessi on esitettyä liitteenä (Liite 3), josta lukija voi tarkistaa analysoinnin kulun.

5.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi hyvä tutkia aihetta nimenomaan hoitajien näkökulmasta. Kuten tuloksista ilmenee, leposide-eristämistilanteet aiheuttavat erilaisia tunteita hoitajissa. Tunteiden merkitystä hoitotyölle ylipäättänsä olisi hyvä tutkia. Koska leposide-eristäminen on hyvin radikaali hoitotoimenpide potilaalle, vaatii se hoitajilta erityistä osaamista työssään. Jatkossa olisi hyvä tutkia, miten tunteet vaikuttavat työn tekemiseen. (leposide-eristys-tilanteissa erityisesti)

Koulutuksen ja työnohjauksen merkitystä eristämiselle olisi myös hyvä tutkia.

Haastateltavien hoitajien kanssa käydyistä keskusteluista nousi esille se, että olisi hyvä lisätä hoitajien ja potilaan välistä keskustelua leposide-eristämistilanteiden jälkeen.

Ammatillinen kasvu ja ammatillisuus saavat vahvistusta, kun asioista ja tunteista voidaan puhua spontaanisti työtovereiden kesken esimerkiksi silloin kun siihen on mahdollisuus. Koulutuksen merkitys on myös varmasti tärkeä asia, kun pohdin leposide-eristystä hoitotoimenpiteenä. Koulutuksen merkitystä ei voi vähätellä, koska leposide-eristystilanteet tarvitsevat mielestäni jatkuvaa harjaantumista ja tietojen ja taitojen ylläpitoa. Jatkossa olisi myös mielenkiintoista selvittää hoitajien jaksamiseen liittyviä seikkoja liittyen pakkohoitoimenpiteisiin. Koska hoitohenkilökunnan määrää vähennetään jatkuvasti psykiatrisella sektorilla, niin olisi tärkeää selvittää miten se vaikuttaa erityistilanteissa, kuten leposide-eristys.

5.5 Tutkimusprosessi ammatillisen kasvun tukena

Aloitin tämän opinnäytetyön hahmottelun jo kesällä 2003, mutta varsinainen työskentely alkoi kesällä 2004. Aiempaa kokemusta tutkimuksen teosta minulla ei ollut. Tutkimusprosessiin liittyviä asioita aloin vähitellen ymmärtää perehtymällä teorian teon, aiempiin tutkimuksiin ja tutkimusmenetelmiin sekä ohjaajani kanssa käymiin keskusteluihin. Varsinaisesti aikaisempia tutkimuksia täsmällisesti aiheeseen ei löytynyt paljon, mutta läheltä asiaa käsitteleviä, lähinnä potilaiden näkökulmasta on tutkimuksia tehty.

Tehdessäni tutkimusta minua erityisesti kiinnosti laadullinen tutkimus ja sen analysointi. Aluksi aineiston analysointi tuntui todella vaikealta, mutta oivaltaessani sen kulun, mielenkiintoni kasvoi tutkimuksen tekemiseen.

Haastattelut olivat mielestäni tutkimuksen miellyttävimmät kokemukset, koska koin niissä onnistuvani. Tutkimusprosessin edetessä kehittyi oma osaamiseni tutkimuksen teossa, vaikka asioiden kirjallinen työstäminen onkin aiheuttanut stressiä. Tutkimuksen aihealue oli minulle vieras, joten opinnäytetyön tekeminen on ollut erittäin haastava ja vaikea prosessi. Koin kuitenkin oppineeni paljon uutta. Ehkä tulevaisuudessa ymmärrän paremmin tämän tutkimustapahtuman merkityksen. Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työssäni koen saaneeni hyötyä kokemastani tutkimusprosessista ja itse tutkimuksesta. Tutkimustyötä tehdessäni paineensietokykyyni on kasvanut ja erilaisten hoitotieteiden tutkimusten ymmärtäminen on avartunut. Sairanhoitajan ammatissa tutkimuksellinen ote lisää syvyyttä käytännön työskentelyyn.

Lämpöiset kiitokset haastattelemilleni hoitajille. Kiitos DIAK:in ja Lapinlahden sairaalan kirjaston virkailijoille. Suuret kiitokset opinnäytetyön ohjaajalle, äidinkielen opettajalle, ystävilleni ja vanhemmilleni kannustuksesta ja siitä, että olette jaksaneet uskoa minuun vaikka aina itse en olisikaan uskonut.

6 LÄHTEET

Achte, K. 1999. Lepositeitä vielä liikaa psykiatrisissa sairaaloissa. Suomen Lääkärilehti 5. 548-549.

Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisilla osastoilla. Alkuperäistutkimus. Duodecim 119. 1970.

Brown, J., Tooke, S. 1992. Perceptions of seclusion. Journal of psychosocial nursing Vol. 30, N:o 8. 23-26.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Groth, L., Honka, J., Konttinen, I. & Konttinen, R. 1999. Eristämisen problematiikka pitkäaikaissairaiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 26. 3037-3038.

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY: n graafiset laitokset.

Hakola, P. 2002. Psykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni, P. Hakola Psykiatria. Helsinki: WSOY, 12.

Helsingin psykiatristen sairaaloiden eristämisohjeisto 1997. Helsingin psykiatriset sairaalat. Viitattu 10.9.2004. Tuloste tekijän hallussa.

Hietanen, S., Henriksson, M. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 28.12.2002. Tuloste tekijän hallussa.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, H. (toim.) 2003. Decursus Morbi - Taudin kulku. Joensuu: Pohjois-Karjalan historiallinen yhdistys.
- Holopainen, A., Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö-kykyä vastata muutosten tuomiin haasteisiin. Teoksessa M. Välimäki, A., Holopainen, M. Jokinen Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy, 14.
- Iija, A., Almqvist, S., Kiviharju-Rissanen, U. 1999. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Isohanni, M. 2002. Psykiatrinen työyhteisö. Teoksessa U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni, P. Hakola, Psykiatria. Helsinki: WSOY, 309-310.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Jokelainen, M. 2001. Psykiatristen sairaanhoitajien kokema organisaatioetiikka ja pakkokeinojen eettisyys. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede, Turun yliopisto.
- Kainulainen, S., Gothoni, Pesonen, M. 2002. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. 2 uudistettu painos. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kalliopuska, M. 1994. Psykologian sanat. Vantaa:Psykologiatutkimus Mirja Kalliopuska.
- Kalliopuska, M. 1997. Empatia tie ihmisyyteen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kaltiala-Heino, R.-K., Laippala, P. 1997. Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti. 5. 435-439.
- Kaltiala- Heino, R.-K., Välimäki, M. 1999. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista-eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopisto Terveystieteen laitos.

Kaltiala-Heino, R.-K. 1998. Tahdosta riippumattoman hoidon eettisistä ongelmista. Suomen Lääkärilehti. 35. 4099-4100.

Kaltiala-Heino, R.-K. 2004. Pakon käytöstä psykiatrisessa hoidossa. Viitattu 23.1.2004 www.stakes.fi/palvelut/mielenter.. Tuloste tekijän hallussa.

Kaltiala-Heino, R.-K. 1999. Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa I.Taipale (toim.) Mielen valtaa. Psykiatrian lukemisto. Juva: WSOY. 107-111.

Kaltiala-Heino, R.-K. & Laippala, P. 1997. Pakkotoimet ja rajoitukset psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suomen Lääkärilehti 1997. nro 5. 435-439.

Kangas, P. 1998. Psykologiaa palvelualueille. Helsinki: Edita.

Koivisto, T. 1999. Miten eristämistä voi yrittää välttää? Teoksessa R.-K. Kaltiala-Heino, M. Välimäki (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista-eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 58-64.

Krause, K., Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Tammer-Paino Oy.

Kuosmanen, L. 2003. Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa: Potilaan näkökulma. Pro gradu, Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Kuopion yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1. Vol. 11. 3-11.

Latvala, E. & Vanhanen–Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen prosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21-43.

Latvala, E. 1996. Psykiatrinen hoitotyö sairaalaympäristössä hoitajien, opiskelijoiden ja potilaiden kuvaamana sekä videoitujen hoitotilanteiden pohjalta tarkasteltuna. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 490. Oulun yliopisto. Oulu: Oulu University Press.

Latvala, E., Visuri, T., Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Leinonen, E. 2002. Biologiset hoitomuodot. Teoksessa U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni, P. Hakola, Psykiatria Helsinki: WSOY, 239.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakola, P. 2002. Psykiatria. WS Bookwell Oy: Porvoo.

Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Sairaanhoidajien koulutussäätiö 1988. Karisto Oy:n kirjapaino.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavilla www-muodossa <http://finlex> 1.edit. Viitattu 21.2.2003. Tuloste tekijän hallussa.

Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrinen terveystalvetoorganisaatio. Teoksessa M., Välimäki, A., Holopainen, M., Jokinen. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy, 84.

Mölsä, A., Krogerus-Therman, I., Raatikainen, R., Tolvanen, S. 1985. Hoitotyön ammattisanasto. Sairaanhoidajien koulutus-säätiö. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Niemi, H. 2001. Mielenterveyspotilaan oikeudet. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Niskanen, L., Tuimala, P., Kallioniemi, H. 1994. Eristäminen Kupittaa sairaalan suljettulla kuntoutusosastolla. Suomen Lääkärilehti. 5. 439.

Olofsson, B., Norberg, A., Jacobsson, L. 1995. Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. Nordic journal of psychiatry. Vol. 49. No: 5, 325-328.

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Plutchik, R., Toksoz, B., Karasu, M.D., Hope, R., Conte, D., Siegel, B., Jerrett, I. 1978. Toward a rationale for the seclusion process. The journal of nervous and mental disease Vol: 166 N: 8, 571-579.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Psykiatristen Sairaaloiden yksikkö. Väkivaltatapauksen hallinta osastolla-toiminta uhkatilanteessa. Luentomoniste. Tuloste tekijän hallussa.

Sailas, E. 1995. Vapaus vai kahleet? Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa. Suomen Lääkärilehti. 30. 3236–3239.

Sailas, E. 1999. Psykiatrisen potilaan eristäminen potilashenkilökuntaryhmän ryhmäilmiönä. Teoksessa R.-K. Kaltiala-Heino, M. Välimäki (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista - eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 81-88.

Salovaara, I., Immonen, S., Tyybäkinoja, M. 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Printway Oy.

Sariola, E., Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta. Keuruu: Otava.

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 1992. Hoitoa ja huolenpitoa. Vaasa: Vaasa Oy.

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Juva: WSOY.

Suomen tilastollinen vuosikirja 1998. Helsinki: Tilastokeskus.

Suonsivu, K. 1997. Miten hoitaja jaksaa? Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Särkelä, J., Taipale, I., Heikkilä, T., Heinonen, M. 1995. Arki mielisairaalassa. Selvitys psykiatrisen potilaan arjesta. Tampere: Printway Oy.

Taipale, I. (toim.) 1999. Mielen valtaa Psykiatrian lukemisto. Vantaa: Printway Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Urponen, A. 1995. Psykiatrisen potilaan kokemuksia eristämisestä. Tutkielma. Terveystenhuollon opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Vartiainen, J. 2002. Potilaan eristäminen psykiatrisessa hoidossa. Tiivistelmä. Viitattu 31.8. 2004. <http://www.kolumbus.fi/jyrki.vartiainen/erista.htm>. Tuloste tekijän hallusssa.

Virtanen, E. 1989. Henkilökunnan käsityksiä potilaan eristämisestä psykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki.

Voutilainen 1986. Pakkohoito ja eettiset periaatteet. Mielenterveys. 4. (vol. 25). 16.

Välimäki, M., Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne ja työn vaatimat ammattitaidot. Teoksessa M., Välimäki, A., Holopainen, M., Jokinen Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY, 16–18.

Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: Ws Bookwell Oy.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Wright, N., Oliver, G. 1998. Lapsi ja tunteet. Tampere: Kirjatoimi.

Wynn, R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital 2003. *Nordic Journal of psychiatry* Vol 57, N:o 6, 453- 458.

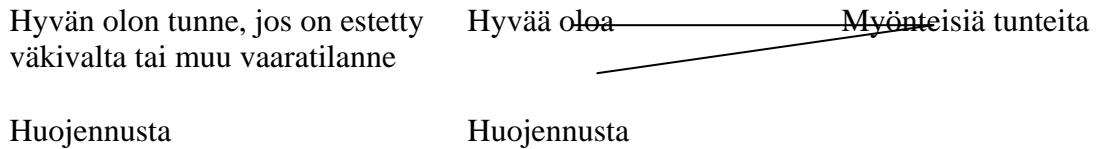
Liitteet 1 ja 2 vain paperiversiossa

Liite 3: Analysointiprosessi

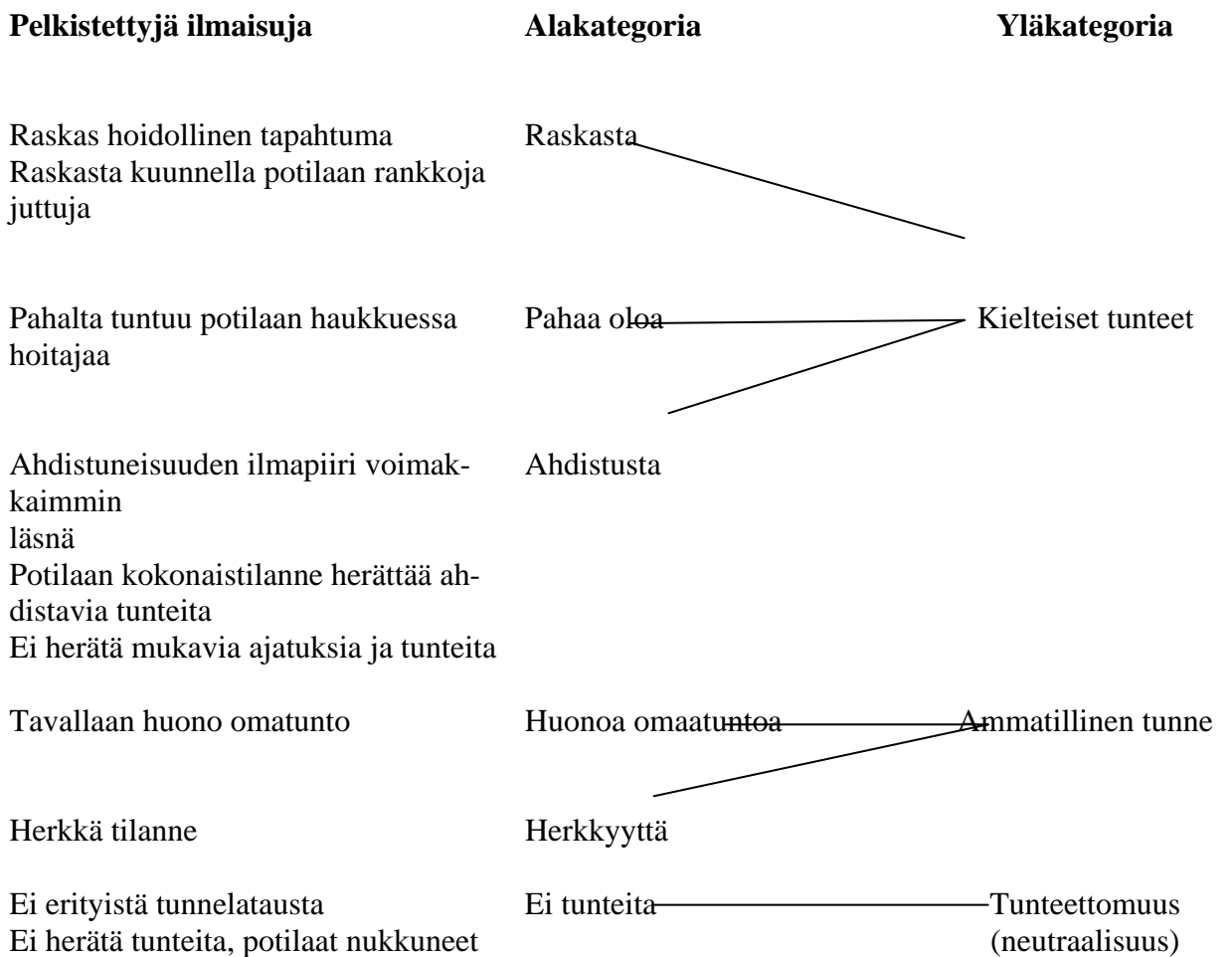
LEPOSIDE-ERISTÄMISEEN LIITTYVÄT TUNTEET

1. KERRO MINKÄLAISIA TUNTEITA LEPOSIDE-ERISTÄMISTILANNE SINUSSA HERÄTTÄÄ? (AHDISTUSTA, PELKOA, TURHAUTUMISTA, SÄÄLIÄ, KIUKKUA...)





2. MINKÄLAISIA TUNTEITA SINUSSA HERÄÄ OLLESSASI VALVOMASSA
POTILASTA LEPOSIDE-ERISTYKSESSÄ?
(SEURANNASSA)



3. KERRO MIELEENPAINUVIN LEPOSIDE-ERISTÄMISTILANNE (MITÄ NOUSI ESILLE)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Fyysiset oireet Fyysisesti raskas Psyykkisesti raskas Traumaattinen kokemus Pelottava tilanne	Uhka toimintakyvylle	Uhka työkyvylle
Leppoisa tunnelma		
Henkilökunnan puute	Henkilökuntavaje	Henkilökunnan puute
Oma rauhallisuus Toimintakyvyttöisyys	Ammatillisuus	Työkyvyn ylläpito

LEPOSIDE-ERISTÄMISEEN LIITTYVÄT MIELIPITEET

1. MITEN REAGOIT TUNTEMATTOMAN POTILAAN LEPOSIDE-ERISTYKSEEN? (esim. avunanto toiselle osastolle)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Rutiininomainen Toimenpidekeskeinen Taustatuki Helppoa Tunteeton	Tunteeton toimintatapa	
Fyysinen tapahtuma	Fyysinen toimintatapa	
Ammatillisempi tapahtuma	Ammatillinen toimintatapa	

2. TULEEKO LEPOSIDE-ERISTYSPÄÄTÖSTÄ TEHTÄESSÄ RISTIRIITAA HOITAJIEN KESKEN? (jos tulee, niin minkälaisia?)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Yhteistyö toimii Yhteispäätös työryhmän kanssa Enemmistöpäätös	Yhteistyö	Työyhteisö
Jälkeenpäin selvittely	Epävarmuus	Keskusteleva työyhteisö

3. MILLAISENA KOET ERITYYPPISET LEPOSIDE-ERISTYSTILANTEET? (helppo/epäonnistunut eristämistilanne)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Helppoa potilaan halutessa eristykseen Helppoa kun potilaalle tilanne tuttu Helppoa potilaan oma halu	Tuttua potilaalle	Potilalle helppoa
Yhteisymmärryksessä hyvä Hyvä mieli potilaan rauhoituessa	Ammatillinen tilanne	Hoitajien ammatillisuus
Huono tilanne Vaikea tilanne Epäonnistunut Turhauttava Hyödytön Sekasortoinen	Vaikea tilanne	Hoitajille haastava tilanne

4. KERRO LEPOSIDE-ERISTYKSEN HYÖDYT JA HAITAT POTILAALLE. MITÄ MIELTÄ OLET? (PSYKKISESTI/SOMAATTISESTI)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Hyötynä potilaan rauhoittuminen Hyötynä toisten potilaiden ja henkilökunnan turvaaminen Hyötynä turvallinen kiinni oleminen Hyötynä turva potilaalle Hyötynä potilaan tehostettu hoito Hyötynä turvallisuus ja rajat	Potilaan hyödyt	Potilaan turvallisuus
Haittana potilaan loukkaantuminen Haittana harhaisuudet	Psyykkiset haitat	
Haittana somaattiset komplikaatiot	Somaattiset haitat	Potilaan turvattomuus
Haittana toisen armoilla oleminen Potilaalle pelottava kokemus Haittana potilaan vastarinta koko hoitoa kohtaan	Potilaan haitat	

5. MITÄ MIELTÄ OLET PITKISTÄ (YLI VUOROKAUDEN) KESTÄVISTÄ LEPOSIDE-ERISTYKSISTÄ?

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Työllistäviä Raskaita Sitovat paljon henkilökuntaa Turhauttavia Inhottavimpia eristyksiä Helpottavaa, että pitkään eristys loppuu aikanaan Arveluttavia Ärsyttäviä	Henkilökunnalle vaikea	Vaikea tapahtuma
Komplikaatoriskit kasvavat	Potilaalle vaikea	
Haastava psykiatrinen arviointitilanne	Henkilökunnalle haaste	Haastava tapahtuma
Eivät tarpeellisia	Tarpeettomia	Tarpeeton tapahtuma

6. MITEN POTILAAN TARPEET TULEE OTTAA HUOMIOON LEPOSIDE-ERISTYKSEN AIKANA? (SYÖMINEN, HYGIENIA, LIIKKUMINEN, WC:SSÄ KÄYNNIT...)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Perushoito toteutuu Lakanoita vaihdetaan Vessaan viedään	Perushoidon toteuttaminen	Potilaan hyvinvointi
Turvallisuusriski jatkuvasti olemassa Suunnitelmallisuutta tarpeiden toteuttamisessa	Tarpeiden toteuttamisen suunnitelmallisuus	Henkilökunnan turvallisuus
Mitään ylimääräistä ei mahdollista toteuttaa Tupakalle tai suihkuun ei pääse	Tarpeiden evääminen	

7. ONKO LAINMUUTOS MUUTTANUT LEPOSIDE-ERISTYKSEN VALVONTA KÄYTÄNTÖJÄ?

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
--------------------------------	---------------------	---------------------

Muutos toteutunut pyrki-
myksenä vierellä istumi-
seen,
jonka henkilöpula estää
ajoittain

8. KUKA/KETKÄ PÄÄTTÄÄ LEPOSIDE-ERISTYKSEN JATKAMISESTA?

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
--------------------------------	---------------------	---------------------

Lääkäri tekee eristämispää-
töksen
Hoitaja toteuttaa pääasias-
sa, mutta lääkärin luvalla

Työryhmä päättää yhdessä,
että milloin potilas pärjää
osaston puolella
Jos ei ole lääkäriä, eli on
päivystysaika, niin silloin
potilaan hyvin tunteva hen-
kilökunta tekee arvion ti-
lanteesta

9. MILTÄ SINUSTA TUNTUU LOPETTA A ERISTÄMINEN JA KOHDATA POTILAS SIITÄ ETEENPÄIN OSASTOLLA?

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Ei herätä mitään erityistä tunnetta työt jatkuvat entiseen malliin Eristäminen yksi työväline, ei herätä tunteita	Ei tunteita herättävää	
Jos joku käynyt päälle, niin silloin on enemmän ”varpaisillaan” Tunnelatauksia varmaan ilmenee	Tunneherkkyttä	

10. MITEN AJATUKSESI/MIETTEESI OVAT MUUTTUNEET LEPOSIDE-ERISTYSTILANTEISTA URASI AIKANA? (ONKO ERISTÄMISESTÄ TULLUT KOHDALLASI RUTIINIA?)

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
Ammatillista varmuutta Pyritään ennakoimaan tilanne Kokemuksesta on hyötyä Herkkyttä nähdä erilaisia ulottuvuuksia eristämisessä Syvyyttä nähdä erilaisia ulottuvuuksia eristämisessä Kokemus tuo rutiinia	Ammattikokemus	Ammatillinen kasvu
Aina yhtä sekasortoista		

11. MITEN KOET SEN ETTÄ PUUTUT POTILAAN KOSKEMATTOMUUTEEN?

Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Ammatin eräs osa-alue Joskus on tartuttava kiinni, määrätietoisesti, mutta ei rajusti Potilaan turvaamiseksi vält- tämätöntä puuttua ja koskea</p>	Osa ammattia	Ammatillisuus
Vaikea asia	Vaikea asia	
Ongelmatonta, ei tunne tuskaa siitä, että pelastaa ihmishenkiä	Ei tuntemuksia	

”TÄYTEKYSYMYKSET” 12 JA 13. MITÄ MIELTÄ OLET LEPOSIDE-ERISTYKSESTÄ? TARVITAANKO SITÄ JA MIKSI

Pelkistettyjä ilmaisuja

Alakategoria

Yläkategoria

Eristämistä tarvitaan, hyvä hoitokeino, mutta ennakoiminen tärkeätä
Tarkemmin arvioidaan, minkä takia ylipäätään eristetään
Ennaltaehkäisy tärkeätä, mutta eristetään jos tarve vaatii, jotta ei tapahtuisi kenellekään mitään pahempaa

Hyväksyy eristämisen, vaikka toteaakin että siitä ei ole juuri hyötyä, mutta vähemmän haittaa

Leposide-eristämistä ei tarvita, jos olisi tarpeeksi ammattitaitoista henkilökuntaa

Vaikeimmissa tapauksissa leposide-eristys on ainoa vaihtoehto, eikä siitä tulisi koskaan täysin luopua
Eristämistä tarvitaan, jotta osastolla säilyisi turvallinen, peloton ilmapiiri
Tärkeätä, että hoitajat pysyisivät työkunnossa, ettei tarvitsisi pelätä työssä ja että he pystyisivät hoitamaan potilaita jatkossa