

**Psykiatrisen tahdosta riippumattoman
hoidon rajoittamistoimenpiteet hoita-
jan näkökulmasta**
Kirjallisuuskatsaus

Kaisa Terhosalo

Opinnäytetyö
Joulukuu 2016
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (AMK)
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Tekijä(t) Terhosalo, Kaisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Joulukuu 2016
	Sivumäärä 55 s.	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon rajoittamistoimenpiteet hoitajan näkökulmasta – Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Carita Kuhanen		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Psykiatrasta tahdosta riippumatonta sairaalahoidtoa on tutkittu viime vuosina paljon potilaan näkökulmasta Suomessa ja muualla maailmassa, mutta hoitajien tunteet ja kokemukset on jäänyt vähemmälle huomiolle. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia rajoittamistoimenpiteissä. Opinnäytetyön avulla kerätään yhteen jo tutkittua, uusinta tietoa siitä, millaisena hoitohenkilökunta kokee mielenterveyslakiin pohjautuvat psykiatrien potilaan rajoittamistoimenpiteet. Opinnäytetyön tavoite on lisätä tietoa ja ymmärrystä hoitajien kokemuksista ja tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä sekä se voi olla apuna mielenterveyden hoitotyön johtamisen tukena psykiatrisessa työssä. Tuloksia voidaan käyttää myös hyödyksi työnohjauksellisissa keskusteluissa työpaikoilla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineistoa hankittiin sähköisenä tiedonhakuportaaleista. Sisäänottokriteereitä oli vastaaminen tutkimuskysymykseen, julkaisuajankohta 2011–2016, julkaisu on suomen- tai englanninkielinen ja koko teksti on saatavilla. Poissulkukriteerinä oli hakutuloksissa otsikon mukaan jos otsikko ei vastannut opinnäytetyön aihetta, tiivistelmän tai sisällön mukaan poissuljetut artikkelit.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan tahdosta riippumaton hoito herättää positiivisia kokemuksia ja tunteita kuten psyykinen valmistautuminen ja ennakointi, tiimityön merkitys ja turvallisuuden ja helpotuksen kokemukset. Negatiivisia tunteista ja kokemuksia oli pelko, ahdistus, stressi ja kuormitus sekä säälin tunteet. Turvallisuuden tunteeseen ja väkivaltaan liittyvistä kokemuksista nousi hoitajien kohtaama fyysinen, psyykkisen väkivallan kokemukset. Eettisistä ajatuksista nousi esille, että merkittävä osa hoitajista koki, että eristys ja sitominen ei loukkaa potilaan autonomiaa ja noin puolet hoitajat kokivat vaikeuksia löytää vaihtoehtoisia menetelmiä eristykselle tai sitomisen käytölle.</p>		
Avainsanat (asiasanat) psykiatrinen tahdosta riippumaton sairaalahoidto, hoitajan näkökulma, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		

Author(s) Last name, First name	Type of publication Bachelor's thesis	Date December 2016 Language of publication: Suomi
	Number of pages 55 p.	Permission for web publication: x
Title of publication The restriction measures in involuntary psychiatric hospital care from the nurses' point of view – A literature review		
Degree programme in Nursing Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Kuhanen Carita, Tiikkainen Pirjo		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>Involuntary psychiatric hospital care has been studied from the patients' perspective to a great extent both in Finland and elsewhere in the world, but nurses' feelings and experiences have received less attention. The purpose of this study was to describe nurses' experiences of the restrictive measures used in psychiatry. The aim of this study was to compile the latest research information about nurses' views on the restrictive measures based on the Mental Health Act and imposed on psychiatric patients. The objective was to increase the knowledge and understanding of nurses' experiences and offer this knowledge for the development of nursing. Moreover, it can support mental health nursing leadership and management in psychiatric work. The results can also be used in the counselling discussions in the workplace.</p> <p>The thesis was implemented as a descriptive literature review, and the data came from electronic databases. According to the inclusion criteria, the selected articles had to address the research question, be published in 2011-2016, be published in either Finnish or English and be fully available. The excluded articles had either titles that were beside the topic or unsuitable contents.</p> <p>According to the results of the study, involuntary care raises positive experiences and feelings, such as mental preparation and anticipation, the importance of teamwork and the experience of safety and relief. Negative feelings and experiences were fear, anxiety, stress and heavy workload as well as feelings of pity. The experiences related to the sense of safety and violence included especially nurses' physical and mental experiences of violence. The highlighted ethical considerations included that nurses regarded restraint or seclusion as something that did not violate the autonomy of the patient. Moreover, about half of the nurses stated that it was difficult to find alternative methods for the use of restraint or seclusion.</p>		
Keywords/tags (subjects) psychiatric involuntary hospital care, nursing perspective, literature review		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto kirjallisuuskatsaukseen	2
2	Keskeiset käsitteet	3
2.1	Psykiatrinen tahdosta riippumaton sairaalahoido.....	3
2.2	Rajoittamistoimenpiteet	5
2.3	Tahdosta riippumattoman hoitotyön etiikka ja pakon käytön kritiikki	10
3	Tarkoitus ja tavoitteet.....	12
4	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	13
4.1	Menetelmä	13
4.2	Tiedonhakuprosessi.....	14
4.3	Aineiston analyysi.....	18
5	Tulokset	19
5.1	Psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoitotyön hoitajan tunnekokemukset	19
5.2	Psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien kokemat väkivallan ja turvallisuuden tunteeseen liittyvät kokemukset ja tunteet.....	24
5.3	Psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien eettiset tunteet, ajatukset ja kokemukset	28
6	Pohdinta	30
6.1	Tulosten tarkastelu.....	30
6.2	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus.....	41
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimuskohteet	42
	Lähteet	46
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt alkuperäisartikkelit	49
	Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen teemojen luokittelu	53
	Taulukot	
	TAULUKKO 1	17

1 Johdanto kirjallisuuskatsaukseen

Sairaanhoitajan mielenterveystyötä ja psykiatrasta tahdosta riippumatonta hoitoa on tutkittu viime vuosina laajasti. Mielenterveystyön ja psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon osaaminen onkin vuosien saatossa kehittynyt monilla eritavoilla. Yksi asia on kuitenkin ollut jo vuosia muuttumattomana. Itse psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito perustuu aina mielenterveyslakiin, ja psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitoon perustelut pitää olla hyvin perusteltuja, pohjautuen aina mielenterveyslakiin. Psykiatrisesta tahdosta riippumattoman hoidossa rajoittamistoimenpiteitä ollaan pyritty koko Suomessa vähentämään viime vuosina, ja sen yhteyteen on perustettu myös pohjoismaiden verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa (THL 2014). Pakon käytön vähentämisellä on ollut positiivisia vaikutuksia psykiatriseen tahdosta riippumattomaan hoitotyöhön. THL julkaiseman raportin Järvelinin (2016, 4, 9) mukaan, osastohoitojen potilasmäärät ovat pienentyneet vajaassa kymmenessä vuodessa 20 %. Samassa tilastossa myös todetaan, että tahdossa riippumattomassa hoidossa eristettyjen potilaiden määrä on vuodesta 2006 aina vuoteen 2014, tippunut jopa 27 %. Lönnqvist, Moring, Henriksson (2014) kirjoittavat, että suurin osa henkilöistä jotka ovat olleet psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa, arvioi jälkeenpäin että hoidosta on ollut hyötyä. Heidän mukaan, potilaan kokemuksella psykiatrisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta onkin merkitystä siinä, kuinka hyvin hoito onnistuu. Myös sillä näyttäisi olevan merkitystä, että pakotetuksi kokemuksella on kielteisiä vaikutuksia potilaan asenteen kehittymiseen, sekä hoitoon suhtautumisessa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata sitä millaisena hoitohenkilökunta kokee rajoittamistoimenpiteet. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään viimeisempiin tutkittuun tietoon. Mielestäni on tärkeää kuvata aihetta tarkemmin ja kerätä yhteen viimeisintä tutkittua tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla, mitä kaikkea kokemuksia rajoittamistoimenpiteet aiheuttavat henkilökunnalle. Kirjallisuuskatsauksen avulla tuotu tieto voi tuoda tärkeitä työkaluja esimiehille työnohjauksessa ja hoitotyön kehittämisen avuksi.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Psykiatrinen tahdosta riippumaton sairaalahoito

Pääkäsitteenä tässä kirjallisuuskatsauksessa on psykiatrinen tahdosta riippumaton sairaalahoito. Psykiatrisesta tahdosta riippumattomasta hoidosta ollaan käytetty myös muotoa psykiatrinen tahdonvastainen hoito. Rovasalo & Jüriloo (2011, 127) mukaan, nykyinen mielenterveyslaki ei puhu mielellään enää pakkohoidosta, vaan nimenomaan tahdosta riippumattomasta hoidosta. Psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito ei ole kovin pienen ihmismäärän asia, sillä Kaltiala-Heinon, Makkosen ja Moringin (2014) toteavat, että Suomessa hoidetaan noin 30 000:ta potilasta vuosittain erilaisissa psykiatrisissa sairaaloissa, ja näistä kaikista noin 10 000 on tahdosta riippumattomassa hoidossa.

Tahdosta riippumaton hoito perustuu aina suomen mielenterveyslakiin, jossa etenkin toisen luvun 8 § käsittelee tahdosta riippumattoman psykiatriseen sairaalahoitoonmääräämisen edellytyksiä. Psykiatrinen tahdosta riippumattoman hoidon tärkein hoitajia ja lääkäriä sitova ja velvoittava laki

on suomen mielenterveyslaki ja sitä hoitajien ja lääkärien pitää noudattaa jotta potilaan perusoikeudet toteutuvat hoidon aikana. (L 14.12.1990/1116.)

Ongelmia voi kuitenkin aiheuttaa se, että psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito voi aiheuttaa henkistä kuormittavuutta hoitajalle, koska tahdosta riippumattoman hoidon eristystoimenpiteet, ja ihmisen itsemääräämisoikeuden riistäminen aiheuttaa monenlaista eettistä pohdintaa, kajoaahan tahdosta riippumaton sairaalahoito ihmisen perusoikeuksiin. Perusoikeuksia määrittelee Suomen perustuslaki. Perustuslaki määrittelee kansalaisen koskemattomuutta etenkin kohdassa 2. luku ja pykälä 7 §, laki ihmisen perusoikeuksista sekä oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen (L 11.6.1999/731). Lönnqvist, Moring, Henriksson (2014) kirjoittavat, että Suomen kansalaisia suojelee vahvasti Suomen perustuslaki, jossa kansalaisten itsemääräämisoikeutta sekä koskemattomuutta on vahvasti suojeltu. Tekijöiden mukaan tähän voidaan kajota ainoastaan mielenterveyslain puutteissa, joka antaa lääkäreille itsemääräämisoikeuteen sekä koskemattomuuteen poikkeuksellisen laajan puuttumisoikeuden.

Myös ihmisoikeudet liitetään monesti yksilönvapauteen. YK Ihmisoikeuden yleismaallisessa julistuksessa (YK, 1948, 3. artikla) sanoo, että "kullakin yksilöllä on oikeus elämään, vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen", tässä siis viitataan suoraan siihen, että kullakin ihmisellä on oikeus vapauteen. Tolosen (2011,15) mukaan, pohjimmiltaan sekä ihmisoikeudet, että perusoikeudet pohjaavat samoihin oikeuksiin ja niissä on kysymys samanlaisista oikeuksista. Ihmisoikeussopimukset määrittävät sen yhteisen kansallisen tason, mihin pitäisi oikeuksien ylettyä.

Tahdosta riippumaton hoito pitää sisällään paljon muita alakäsitteitä, kuten rajoittamistoimenpiteet, jotka käsittää tahdosta riippumatta toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus (esimerkiksi lääkkeen anto, sisältää myös raajojen liikkeitä osittain rajoittavat vaatteet), liikkumisvapauden rajoittaminen, hoidollinen kiinnipitäminen, eristäminen muista potilaista, sitominen lepositeisiin, omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden tai lähetysten tarkastaminen, henkilötarkastus ja – katsastus, sekä yhteydenpidon rajoittaminen.

2.2 Rajoittamistoimenpiteet

Tahdosta riippumatta toteutettu hoitotoimenpide tai tutkimus. Tahdosta riippumatta toteutettu hoitotoimenpide tai tutkimus voi olla esimerkiksi lääkkeen anto, hoidon kannalta tarpeelliset verikokeet ja tämä sisältää myös raajojen liikkeitä osittain rajoittavat vaatteet. Mielenterveyslain mukaan, on tärkeää tahdosta riippumatta toteutetuissa hoitotoimenpiteissä, että henkilön psyykkistä tai fyysistä sairautta on hoidettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (L 21.12.2001/1423). Mutta käytännössä tämä ei aina onnistu, vaan jos potilas saattaa kieltäytyä vaikka lääkityksestä, ja lääkkeen syömättä jättäminen vakavasti vaarantaa hänen turvallisuuttaan. Tämänkaltaisia tilanteita on esimerkiksi psykoosia sairastavan potilaan hoidossa, jossa lääkkeen saaminen veisi pois psykoosioireita 4-5 viikon kuluessa lääkityksen alkamisesta. Lääkäri voi määrätä lääkityksen otettavaksi potilaan tahdosta riippumatta, vedoten mielenterveyslakiin kohtaan 4 a luku, 22 b § (L 21.12.2001/1423).

Psyykkisen sairauden hoito. Mielenterveyslain mukaan potilaalle voidaan lääketieteellisesti hyväksytyjä hoitotoimenpiteitä käyttää tahdostaan riippumatta, jos suorittamatta jättäminen voisi vakavasti vaarantaa potilaan, tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta (L 14.12.1990/1116). Jotkut lääk-

keet voidaan antaa esimerkiksi injektiona, jolloin potilasta voidaan joutua hoidollisesti kiinni pitämään lääkkeen antamisen aikana. Nämä tilanteet voivat johtaa siihen että potilasta voidaan joutua pitämään fyysisesti kiinni lääkkeen annon aikana. Tällaiset tilanteet ovat omiaan aiheuttamaan sekä potilaassa, että myös hoitohenkilökunnassa psyykkistä, sekä fyysistä kuormittavuutta. Asioita on hyvä käydä jälkeenpäin potilaan kanssa läpi.

Liikkumisvapauden rajoitus. Potilasta voidaan rajoittaa kieltämällä poistumasta sekä sairaalan alueelta, tai yksiköstä missä hän on hoidossa. Tällöin puhutaan liikkumisvapauden rajoituksesta. Käytännössä usein psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa olevien potilaiden hoito on toteutettu niin, että hoitoyksikön ovet ovat lukittuja, ja näin kulkua on helpompi valvoa. Mielen-terveyslaki määrittelee toiminnan myös liikkumisvapauden rajoittamisessa. Liikkumisrajoituksen määrää aina hoitava lääkäri ja liikkumisvapauden rajoittamisessa voi käyttää myös tarpeellisia voimakeinoja. Voimakeinot eivät kuitenkaan saa olla liioiteltuja, vaan aina katsottava että voimakeinoja ei käytetä yhtään sen enempää kuin on tarvetta (L 14.12.1990/1116.)

Hoidollinen kiinnipitäminen. Hoidollista kiinnipitämistä voidaan käyttää rajoittamistoimenpiteenä mielen-terveyslakiin vedoten, jos sellainen on hoidollisesta syistä välttämätöntä (L 14.12.1990/1116). Kiinnipitäminen voidaan perusteella sillä, että potilas voisi muuten käyttäytymisen perusteella vahingoittaa itseään tai muita, tai olla vaaraksi ympäristölleen. Kiinnipitotilanteissa voi joutua kokemaan myös väkivaltaa, tai sen uhkaa. Tällöin se on omiaan aiheuttamaan psyykkistä kuormitusta, sekä väkivallan uhka aiheuttaa usein myös stressi reaktion jälkikäteen niin potilaalle, kun myös hoitohenkilökunnalle. Jos työntekijä altistuu väkivallalle työssään, niin siitä voi seurata kriisitilanne sekä sitä kautta traumatisoiva kokemus. Tämänkaltaisten tilanteiden purkuun voi-

daan vaikuttaa ja jokaisessa organisaatiossa tulisi olla valmis tapa jälkikäsitteilylle jos työntekijä altistuu väkivalta-, tai muille stressaaville tilanteille. Jälki-toimet on hyvä suhteuttaa tapauskohtaisesti (Hyyti, Kauppila, Koskelainen, Ranta-Eskola 2015, 165.)

Potilaan eristäminen. Potilaan eristäminen on mielenterveyslakiin pohjautuva hoitotyön keino, jossa potilas eristetään muista potilaista. Tähän voi olla syy yllättävä voimien huononeminen, jolloin potilas aiheuttaa uhkaa omalle fyysiselle terveydelleen. Syy voi olla myös sellainen, että potilaan psyykinen tilanne vaatii turvallisen eristetyn tilan, potilas on erimerkiksi aggressiivinen tai uhkaava käytökseltään muita potilaita tai henkilökuntaa kohtaan. Tiuhosen (2014) mukaan väkivaltatilanteet ovat melko tavallisia psykiatrisissa sairaaloissa. Tapahtumien kulkuun ja uhkaavaan väkivaltaan voi hänen mukaansa kuitenkin puuttua varhain, ja riittävän aikainen eristys voi vähentää väkivaltatapahtumia. Jos potilas on aggressiivinen tai erityisen uhkaava, voi lääkäri voi päättää potilaan eristyksestä. Myös hoitohenkilökunta voi kiireellisissä tapauksissa eristää potilaan, mutta tällöin eristyksestä on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille. Eristykseen liittyy aina paljon säännöksiä mm. eristyksestä päättävän lääkärin on aina käytävä osastolla tutkimassa potilas, jolloin lääkäri myös päättää samalla tarvitaanko potilaan oloa helpottamaan esimerkiksi lääkkeellistä hoitoa. Kun potilas on eristetty, mielenterveyslain mukaan on hänelle määrättävä myös vastuuhoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta eristyksen aikana. Vastaavalla hoitajalla on vastuu siitä että potilas saa tarvittavan hoidon sekä huolenpidon eristyksen aikana, sekä tarvittavan seurannan (L 14.12.1990/1116.)

Lepositeiden käyttö. Lepositeiden käyttöä käytetään myös psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Lepositeiden käyttö pitää olla aina hy-

vin perusteltua. Lepositeisiin potilaan asettamisesta päättää aina potilasta hoitava lääkäri. Lääkäri myös huolehtii lepositeisiin määrätyn potilaan tutkimisesta. Lepositeisiin potilaan laittaminen kajoaa aina ihmisten perusoikeuksiin. Se pitääkin olla vasta viimeinen keino rauhoitettaessa potilasta, ja leposideeristys on aina niin potilaalle itselleen, että hoitavalle henkilökunnalle niin fyysinen kun psyykkinen rasitus. Usein leposide eristykseen päädytään, jos potilas on huomattavan aggressiivinen ja vahingoittaa joko itseään tai muita, ja todetaan että muut keinot potilaan rauhoittamiseen ovat riittämättömät. Silloin leposide-eritykseen potilasta asetettaessa hoitaja joutuu usein voimaa käyttämään, kun asettaa potilasta lepositeisiin oikein. Lepositeisiin potilasta ei voi jättää valvomatta, sen sanelee mielenterveyslaki (L 14.12.1990/1116).

Omaisuuuden haltuunotto. Omaisuuuden takavarikointi on yksi rajoittamistoimenpide. Potilaan omaisuutta voidaan takavarikoida potilaalta perustuen mielenterveyslakiin. Mielenterveyslaissa sanotaan, että potilaalta voidaan takavarikoida omaisuutta, jos potilaan oma tai toisten ihmisten terveys ja turvallisuus on uhattuna (L 14.12.1990/1116). Joskus potilas voi psykoosin aikana esimerkiksi kokea tarvetta oman itsensä satuttamiseen. Silloin potilaalta pitää takavarikoida sellainen omaisuus talteen millä hän voi satuttaa itseänsä. Tämnäkaltaisia tavaroita voi olla esimerkiksi partahöylät, terävät esineet, vaateuksessa olevat ketjut, narut, nyörit sekä kemikaalit ja lääkkeet. Potilaan omaisuutta voidaan tarkastaa mielenterveyslakiin vedoten. (L 14.12.1990/1116). Usein tällaiseen tilanteeseen päädytään, kun epäillään esimerkiksi sitä, että potilaalla on teräaseita jolla potilas voisi vahingoittaa itseään. Potilaan hallussa voi olla materiaalia jolla hän pystyy itseään vahingoittamaan tai muuten käyttämään väärin tarkoituksiin ja ne on turvallisuussyistä takavarikoitava.

Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen. Joskus myös osastolle päätyy potilaan tai hänelle saapuvien lähetysten mukana jotakin vaarallista, kuten huumaus- tai päihdyttäviä aineita, tai teräaseita. Jos näin on syytä epäillä, voidaan potilaan omaisuutta tai lähetyksiä tarkastaa mielenterveyslakiin vedoten (L 14.12.1990/1116). Näille pitää olla vahvat perustelut.

Henkilön tarkastus ja -katsastus. Henkilön voidaan tarkastaa ja katsastaa, jos on syytä epäillä että potilaalla on hallussa tavaroita, esineitä, asioita joilla hän voisi vahingoittaa tai satuttaa itseään, tai muita henkilöitä (L 21.12.2001/1423). Näin voi olla esimerkiksi loman jälkeen, kun potilas palaa osastolle, tai ulkoilujen jälkeen. Henkilönkatsastuksessa tarkoitetaan myös sitä, että henkilön ruumis voidaan tarkastaa esimerkiksi jos on syytä epäillä esimerkiksi että potilaalla on hallussa huumausaineita piilotettuna kehon eri osiin, esimerkiksi poskiin, kielen alle tai suun limakalvoille. Myös ruumiin nesteitä, kuten verta tai virtsaa, sylkeä tai puhallusilmaa voidaan tutkia tarvittaessa, mutta vain jos se on perusteltua esimerkiksi vahva epäily alkoholin tai huumausaineen käytöstä, tai epäily että henkilöllä on hallussaan aseita.

Yhteydenpidon rajoittaminen. Potilaan yhteydenpitoa voidaan rajoittaa mielenterveyslain vaatimalla tavalla (L 14.12.1990/1116), jos katsotaan, että potilaan yhteydenpito pitää rajoittaa painavasta syystä. Myös puhelimen haltuunotto tai puheluiden rajoitus voidaan käyttää, jos potilas soittelee toistuvasti peloissaan hätäkeskukseen tai häiritsee toisia ihmisiä toistuvilla puhelinsoittoilla sopimattomiin aikoihin, joko omassa pelokkuudessaan tai koska esimerkiksi psykoosin vuoksi potilaan todellisuudentaju voi häiriintyä. Tämän kaltaisissa tapauksissa esimerkiksi puhelin voidaan takavarikoida potilaalta, jotta potilas ei voisi aiheuttaa suuria puhelinlaskuja ja taloudellista haittaa itselleen mitä potilas ei hyvässä psyykkisessä voinnissa tekisi. Tämä pohjau-

tuu myös itsemääräämisoikeuden loukkaamiseen ja siihen ei pitäisi ryhtyä ilman pätevää syytä. Omaisuuden haltuun ottamisesta päättää potilaan hoitava lääkäri. Rajoittamistoimenpiteissä potilas usein kokee, että perusoikeuksia loukataan ja rajoittava hoitaja on tehnyt väärin. Potilaalle on tärkeää selittää tarkasti mihin päätös perustuu. Silti rajoittamistoimenpiteet voivat osaltaan aiheuttaa tyytymättömyyttä potilaissa, sekä tämä tyytymättömyys osaltaan lisää psyykkistä kuormitusta hoitohenkilökunnassa.

2.3 Tahdosta riippumattoman hoitotyön etiikka ja pakon käytön kritiikki

Hoitotyön etiikkaan liittyy vahvasti myös ihmisen moraalikäsitteet. Sarvimäki, Stenbock-Hult (2009, 13-14, 85, 91) on osoittanut tekstissään, että hoitotyötä voidaan pitää moraalisenä toimintana. Ja hoitotyön eettisyys ja kytkeytyy ihmisen haavoittuvuuteen ja inhimillisyyteen. Ihmistä haavoittavuuden vuoksi on helppo haavoittaa ja vahingoittaa. Eettisesti hyvään hoitotyöhön sisältyy asenteet, pohdinta, arviointi ja toiminta. Eettisesti eheällä sairaanhoitajalla onkin tietoa eettisistä periaatteista, teorioista ja arvoista ja hän pystyy jäsentämään omaan toimintaansa tiedon pohjalta. Leino-Kilpi, Välimäki (2014, 272) mukaan, keinoja pohtia eettisiä kysymyksiä on työnohjaus, joka sisältää yksilötyönohjauksen, ryhmätyönohjauksen ja hallinnollisen työnohjauksen. Myös koulutus kuten seminaarit ja yhteistoiminta ovat sopivia eettisten ongelmien käsittelyyn.

Pakon käytön kritiikkiä on kohdistettu siihen, että kaikkea pakkoa ei edes nähdä hoitotyössä. Välimäki, Holopainen, Jokinen (2000, 127–128) toteavat, että osa tahdosta riippumattomista keinoista on hienovaraisempia ja peittyvät

normaalitoimintaan. Näitä ovat kiellot, rajoitukset, joille ei tarkemmin katsottaessa löydy syytä. Toinen muoto on tilanteet, jossa potilas saa näennäisesti valita johonkin asiaan suostumisen tai pakon käytön väliltä. Aina olisi tärkeä perehtyä siihen syyhyn, miksi potilas kieltäytyy. Onko siellä taustalla kenties rationaalinen pelko, tai muu rationaalinen perustelu. Jokaiselle pakkotoimelle pitäisi löytyä kriittisen tarkastelun kestävä perustelu.

Vaihtoehtoiset hoitomenetelmät pakon käytölle. Tahdosta riippumatonta hoitoa on viime vuosina vähennetty, ja hoitotyössä suositaan potilaslähtöisempiä vaihtoehtoisia menetelmiä. Oman kokemukseni mukaan näitä on esimerkiksi potilaan kuunteleminen ja osallisuus hoitoonsa, läsnäolo jolloin potilas kokee turvallisuutta, potilaan tuki ja turvallisuuden tunteen luominen ylipäättänsä osastolla, hoitajien välittävä ja arvostava asenne potilasta kohtaan, dialoginen vuoropuhelu ja hyvä vuorovaikutussuhde sekä oikea-aikainen toimiva lääkitys, väkivaltatilanteisen ennakoiminen johon liittyy potilaan voinnin aktiivinen seuraaminen, ennakoivat merkit voinnin huononemisesta. Holmbergin, Hirschovits, Kylmänen, Agge (2008, 172) painottaa, että hoitava vuorovaikutussuhde on ammatillista tavoitteellista toimintaa, jossa potilas saa avun ongelmaansa vuorovaikutuksen kautta. Vuorovaikutus on non-verbaalista tai verbaalista, ja se tulee priorisoida sairauden vaiheen mukaan. Potilaan kyvykkyyden ja vahvuuksien painottaminen tarjoaa pohjan myönteisyydelle, potilaan itsekunnioitukselle, hallinnan tunteelle ja elämän tarkoituksen löytymiselle. Edellytyksenä on nähdä potilas kokonaisvaltaisena yksilönä, jolla on kysyä itsereflektointiin ja edellytykset oppia itsereflektointitaitoa. Potilaan kunnioittavasta kohtelusta on ollut positiivista vaikutusta ja potilaslähtöisyys on vähentänyt pakon käyttöä tahdosta riippumattomassa hoidossa jossa myös asenteet ja ennakoluulot, ohjeet ja keskustelut ja koulutus henkilökunnalle vähentävät pakon käyttöä (Mäenpää, 2012). Hoitotyön menetelmiin kuuluu myös läsnäolo, minkä voimaa ei ole syytä väheksyä. Läsnäolo voi ehkäistä

ahdistuksen kasvua. Myös potilaan tunnetilan huomioiminen ja siihen vastaaminen on tärkeää. Tärkeää on myös kohdata potilas ja sietää, ottaa vastaan ja kuunnella potilaan tunteita (Suua, Tuomikoski, 1996, 81–82.) Tunteiden vastaanottaminen näyttäisikin olevan tärkeä asia, ja Sarvimäki, Stenbock-Hult (2009, 19) mukaan, sairaanhoitaja toimii niin, että hän toimii potilaiden tunteiden säiliönä, jolloin potilaan tunteet siirtyvät hoitajaan. Se vaatii sairaanhoitajalta itseltään itsetuntemusta, jotta ei anna potilaan tunteiden ohjata itseään, vaan niitä pystytään käyttämään tietoisesti. Kuhanen ym. (2012, 156, 169) mukaan yhteistyön menetelmistä on monia keinoja. Näitä on läsnäolo, keskustelu, kuunteleminen, huolenpito sekä havainnointi ohjaaminen ja yhdessä tekeminen.

3 Tarkoitus ja tavoitteet

Kirjallisuuskatsauksen on tarkoituksena kuvata hoitajien kokemuksia rajoittamistoimenpiteissä. Kirjallisuuskatsauksen kootaan tutkittua uusinta tietoa siitä, millaisena hoitohenkilökunta kokee mielenterveyslakiin pohjautuvat psykiatrien potilaan rajoittamistoimenpiteet.

Tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä hoitajien kokemuksista, mitä voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä. Kirjallisuuskatsauksen myötä esiinnoussut tieto voi olla johtamisen tukena psykiatrisessa työssä. Tieto auttaa ymmärtämään ja tiedostamaan paremmin ajatuksia siitä, mitä tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito hoitajien näkökulmasta herättää. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi työnohjauksellisissa keskusteluissa työpaikoilla, mikä voi auttaa edistämään työhyvinvointia.

Tutkimuskysymys on:

1. Millaisena hoitajat kokevat psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon rajoittamistoimenpiteet?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Menetelmä

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen menetelmänä on kuvaileva katsaus. Salmisen (2011, 6) mukaan kuvailevassa narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on se hyvä puoli, että sen avulla kohdetta voidaan kuvata laajasti ja tutkimuskysymys on väljemmin laadittuja kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Lisäksi kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole tiukkoja sääntöjä ja aineistot on laajempia. Narratiivisessa yleiskatsauksessa kirjallisuuskatsauksen on tarkoitus tiivistää aiemmin tutkittuja tutkimuksia. Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta on kirjoittanut myös Stolt, Axelin ja Suhonen (2015, 9), jotka kirjoittavat että narratiivinen, eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii kuvailemaan viimeaikaista tutkimusta kohdistuen etenkin tiettyyn aihealueeseen ja keskittyy etenkin vertaisarvioituihin tutkimuksiin.

Kirjallisuuskatsaus menetelmänä on Stolt ym. 2015, 31-33) luonnehdinnan mukaan viisiportainen, jossa ensiksi on tutkimuskysymyksen määritteleminen, sen jälkeen kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Kolmas vaihe on tutkimuksen arviointi ja neljäs aineiston analyysi ja viides raportointi. Kirjoittajien mukaan tutkimuskysymyksen jälkeen on tärkeää ensiksi kuvata tutkimusten sisältö monelta eri kannalta, sen jälkeen kuvata lyhyesti tutkimusta ja sen jäl-

keen lukea aineistoa ja järjestellä, luokitella aineistoa ja etsiä näiden väliltä yhtäläisyyksiä ja eroja. Lopuksi tekijän on analysoitava tutkimustuloksia niin että näiden perusteella on mahdollista järjestää looginen synteesi. Lopuksi on tärkeää myös lisätä katsaukseen kuvaileva taulukko valituista tutkimuksista (Stolt, ym. 2015, 31–33.)

4.2 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhaku aloitettiin lukuisilla alustavilla hauilla keskeisimmistä sähköisistä hakulähteistä ja sopivia hakusanoja kokeiltiin erilaisilla yhdistelmillä. Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteereitä oli artikkelin vastaaminen tutkimuskysymykseen, julkaisuajankohta, joka sijoittui vuosien 2011–2016 välille, sekä julkaisu on suomen- tai englanninkielinen ja koko teksti on saatavilla. Poissulkukriteerinä oli hakutuloksissa otsikon mukaan jos otsikko ei vastannut oppinnäytetyön aihetta, tiivistelmän tai sisällön mukaan poissuljetut artikkelit.

Ensimmäisiä hakuja tehtiin Suomalaisesta sosiaali- ja terveysalan tiedonlähteestä Terveysportista. Hakuja tehtiin hakusanoilla ”tahdonvastainen hoito”, ja ”rajoittamistoimenpiteet”. hakusanalla tahdonvastainen hoito tuli 46 osua ja hakusanalla rajoittamistoimenpiteet 118 tulosta. Kaikki kummastakin hausta hylättiin otsikon, julkaisun sisällön tai sen takia, että eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Yleisesti ottaen tulokset koskivat potilasnäkökantaa tai hoidollista näkökulmaa, mutta hoitajien näkökulmaa, tai hoitajien kokemuksia ei tuotu artikkeleissa esille.

Medicin hakutuloksissa käytettiin hakusanoja ”tahdonvastainen hoito” sekä ”psykiatr* + erist*” ja ”hoitajien kokemuksia” AND ”psy*”, lopulta nämä kolme valikoituvatkin lopullisiksi hakusanoiksi. Medicin kautta laitettiin heti

rajausvuodeksi 2011-2016 ja kieleksi suomi tai englanti ja lisäksi sellaiset artikkelit missä on mahdollisuus kokotekstiin. Medicin kautta hakusanalla "tahdonvastainen hoito" saatiin haku-tuloksiksi 19 osumaa. Siitä rajattiin pois vielä otsikon mukaan 17 hakutulosta. Lisää rajattiin abstraktin perusteella, eli ne eivät olleet tutkimusongelman mukaisia, koska siinä oli kuvattu potilaan tai omaisen kokemuksia, mutta ei hoitajan näkökulmaa, ja näin ollen rajattiin vielä 2 pois. Lopullisesti kirjallisuuskatsaukseen ei jäänyt yhtään artikkelia tällä hakusanalla. Medicin hakusanalla "psykiatr* AND erist*" löytyi tuloksia 5 osumaa, josta rajattiin otsikon perusteella 3 pois. Lopulta tuloksiksi jäi 2 artikkelia jotka sisällytettiin kirjallisuuskatsaukseen.

Cinahl-tietokannasta tiedonhakuun käytettiin rajauksena aikarajauksena 2011–2016, ja niin että on saatavilla koko teksti, sekä tiivistelmä. Cinahl tietokannassa hakusanoja oli "compulsory treatment order or involuntary treatment or mandatory treatment or coercive treatment or forced treatment or assisted treatment". Hakutuloksiksi tuli näin 55 artikkelia. Näistä hylättiin otsikon perusteella 50, ja sisällön tiivistelmän perusteella hylättiin 2 artikkelia. Lopulta jäljelle jäi 3 artikkelia, joista sisällön luettuani hylättiin 2 ja lopulta hyväksyin kirjallisuuskatsaukseen 1 artikkelin. Halusin laajentaa hakua, koska näin saisin laajennettua isommaksi hakutulokset. Hakuvuodeksi määriteltiin vuodet 2009- 2016 julkaistut koko tekstin omaavat artikkelit. "Compulsory treatment order or involuntary treatment or mandatory treatment or coercive treatment or forced treatment or assisted treatment or seclusion AND nurses experience". Tällä haulla tuli vaihtoehdoksi 4 hakutulosta, ja näistä otsikon perusteella hylkäsin 1 artikkelin ja sisällön vuoksi 1 ja 2 artikkelia sisälsin aineistooni. Vielä laajennettiin hakua ja hakusanalla "involuntary treatment or compulsory treatment order or aggressive patient AND nurses experience" tuli 1 tulos jonka sisällytettiin kirjallisuuskatsaukseen.

Melindassa hakusanaksi tuli "hoitajien kokemuksia" ja julkaisuvuodeksi 2011-2016. Lisäksi valittiin vain elektroninen aineisto ja opinnäytetyöt. Hakutulos haulle: kaikki sanat= hoitajien kokemuksia and julkaisuvuosi 2011 -> 2016, tuli yhteensä 23 tulosta. Joista otsikon perusteella karsiutui 21 pois, ja lopulta lopulliseksi tulokseksi tuli 2 artikkelia. Näistä kummatkin oli AMK opinnäytetöitä ja se karsiutuivat sen takia pois, joten lopulta ei jäänyt yhtään artikkelia kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavaksi. Hakusanoilla "psykiatria" ja elektroninen aineisto, julkaisuvuosi 2011–2016, ja opinnäytetyö "hoitajien kokemuksia", saatiin tuloksiksi 85 tulosta. Otsikon perusteella karsiutui 80 tulosta. Yksi tulos karsiutui, koska elektroninen aineisto ei toiminut. Yksi tulos oli AMK opinnäytetyö ja karsiutui siksi pois. Kolmesta jäljelle jääneestä tuloksesta kaikki sisällöltään ei vastanneet hoitajan näkemystä, joten kaikki karsiutuivat pois. "Psykiatrinen hoitotyö" hakutuloksella yllä olevalla rajauksella tuli 3 vaihtoehtoa, joista 1 ei auennut ja 1 karsiutui otsikon mukaan pois ja 1 oli jo aikaisemmin kirjallisuuskatsaukseen otettu, joten uusia tutkimuksia Melindan kautta ei tullut.

Thesuksesta haluttiin rajata hakutulokset ylemmän AMK opinnäytetöihin. Joten valittiin hakusanaksi "ontasot: yamk AND hoitajien kokemuksia eristämistä", ja näin löytyi 35 kpl osumia, joista 5 hylättiin julkaisuvuoden perusteella. Otsikon vuoksi hylättiin 27 ja 3 otettiin lähempään tarkasteluun, joista hylättiin vielä tiivistelmän ja sisällön perusteella 2 artikkelia ja 1 sisällytettiin kirjallisuuskatsauksen aineistoon. Hakusanalla "ontasot: yamk AND hoitajien kokemuksia mielenterveyshoitotyö" löytyi 23 artikkelia joista otsikon perusteella rajattiin pois 17 ja julkaisuvuoden mukaan karsiutui 1 pois. Lähempää tarkastelua varten otettiin mukaan 5 artikkelia joista kaksi oli jo otettu mukaan aiemmin. 3 artikkelista kaikki karsiutui pois tiivistelmän ja sisällön myötä.

Manuaalisen haun kautta löytyi Issues in Mental Health Nursing – tiedejulkaisu, joka on julkaistu väitöskirjan II artikkeli. Se täyttää sisäänotto, sekä poissulku kriteerit ja se saatiin kirjoittajalta suoraan.

TAULUKKO 1

lopulliset kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit: 7 artikkelia.

Tietokanta	Terveys portti	Medic	Cinahl	Melinda	Thesus	Manuaalinen haku
hakutulokset	164	28	60	111	58	1
otsikon tai julkaisuvuoden perusteella hylätty	100	20	51	102	50	0
tiivistelmän tai sisällön perusteella hylätty	64	5	6	9	7	0
Valitut hakutulokset	0	2		0	1	1
			3			
artikkelit kirjallisuuskatsauksen yhteensä	7					

Tutkimukset on eritelty erillisessä liitteessä (LIITE 1), jossa esitellään mukaan otetut artikkelit.

4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksessa on tarkoitus kuvata tarkasti tutkimusaineistoa ja järjestää niistä jonkinlainen yhteispäätelmä, loppupäätelmä eli synteesi. Kirjallisuuskatsauksen synteesi vastaa alkuperäiseen tutkimuskysymykseen, millaisena hoitajat kokevat rajoittamistoimenpiteet psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa (Ks. Eskola & Suoranta 1998, 15). Hirsijärvi ja kumppanit (221, 229) toteaa, että kerätty aineisto on tärkeää. Se on koko tutkimuksen ydinasia, eli se vastaa kysymyksiin ja antaa vastaksia ongelmiin.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 29) kirjoittavat, että kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä voidaan jäsentää hyvinkin erilaisia aineistoja ja yhtä aikaa katsella yleisesti aineistoja. Sisällön analyysissä tärkeitä vaiheita on viisi: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 29.)

Aineiston käsittelyyn valittiin käsittelymenetelmäksi sisällönanalyysi ja tarkemmin induktiivinen menetelmä. Induktiivinen menetelmä perustuu aineistolähtöisyyteen. Induktiivisessa menetelmässä samankaltaisuuksien pohjalta ryhmitellään kuvauksia ja tämä esitellään taulukkona (Stolt & Axelin, 2015, 89.)

Aineisto tulostettiin ensin, jotta merkinnät olisivat helpompi tehdä. Aineistoa luettiin huolellisesti läpi useita kertoja. Lukemisen jälkeen nostettiin sisällöstä esiin nousevia asioita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen ja selkeyden vuoksi alleviivattiin ne tekstistä. Sen jälkeen ryhmiteltiin esiin nousseet asiat yhteneväisyyksien perusteella, eli toistuvien teemojen mukaan ja selkeyden vuoksi alleviivattiin ne samoilla väreillä. Merkityksellisistä kuvauksista on kirjoittanut Stolt & Axelin (2015, 89), joiden mukaan alkuperäisaineistosta haetaan merkityksellisiä kuvauksia jotka poimitaan aineistosta. Tässä kirjalli-

suuskatsauksessa värjättiin ryhmät, koska värikoodit helpottivat asioiden ryhmittelyä ja asiaan palaamista myöhemmin. Värikoodatut asiat nostettiin työstä erilleen ja värikoodillisten vastauksien perusteella muodostui alaluokat sekä pääluokat.

Hoitajien tunteet ryhmiteltiin positiivisiin tunteisiin ja kokemuksiin, sekä negatiivisiin tunteisiin ja kokemuksiin. Seuraavaksi nimettiin yläluokka näille alaluokille, ja sen nimeksi tuli psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoitotyön hoitajan tunnekokemukset.

Turvallisuuteen sekä väkivallankokemuksiin vaikuttavia kokemuksia nousi aineistosta paljon, joten ne luokittelin kolmeen ryhmään: väkivaltaa ehkäisevät ja edistävät tekijät, turvallisuusriskit ja väkivallan kohdistukset ja vaikutukset. Yläluokaksi näille tuli psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien kokemat väkivallan ja turvallisuuden tunteeseen liittyvät kokemukset ja tunteet

Aineistosta nousi myös hoitajan eettisiä näkemyksiä, ja nämä luokittelin myös omaan kolmeen ryhmään: eettinen arvomaailma, eettinen tuki ja eettinen osaaminen. Eettisten ajatusten yläluokaksi tuli psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien eettiset tunteet, ajatukset ja kokemukset.

Luokittelu on tarkemmin kuvattu liitteessä (LIITE 2)

5 Tulokset

5.1 Psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoitotyön hoitajan tunnekokemukset

Hoitajan positiiviset tunteet ja kokemukset olivat moniulotteisia. Monet hoitajista toivat positiivisena kokemuksena sen, että eristykseen voi valmistautua.

Samoin hoitajat psyykkisesti valmistautuvat eristykseen, väkivaltatilanteeseen, hoidolliseen kiinnipitoon ja vaativaan vuorovaikutukseen, lisäämällä keskittymistä ja tarkkaavaisuutta ja suunnittelemalla työnjakoa. Näyttäisi siltä, että eristämistilanteissa potilaan tunteminen auttaa, kun voi ennakoida tilanteita (Kinnunen, 2013, 23, 29.) Samaa valmistautumista tilanteisiin tukee tutkimuksissaan myös (Itkonen, 2015, 51), jonka mukaan väkivaltatilanteiden ennakointi lisää työhyvinvointia, sekä ennakkotiedot ja potilaan tunteminen auttoivat varautumaan tapahtumiin. Väkivallan hallintataidot vastasivat myös vammojen välttymiseltä, työn hallintaan vaikuttavana tekijänä sekä riskien arviointi, turvajärjestelyihin sekä turvallisiin toimintatapoihin liittyen koettiin väkivallan hallintataitojen vastaavan (Itkonen, 2015, 51.) Potilaan tunteminen auttoi siihen, että hoitaja tunsu potilaan eikä tarvinnut pelätä tätä. Sairaanhoitajat yhdistivät arvaamattomuuden ja aggressiivisen käyttäytyminen tuntemattomiin potilaisiin (Camuccio ym., 2012, 811.) Hoitajien tunnereaktioiden kontrolloimisen taito on osa ammattitaitoa, ja hoitajat kokevat, että aggression sekä pelon tiedostaminen on merkityksellistä (Kinnunen, 2013, 38, 29).

Tutkimuksissa todettiin, että hoitajat yrittää käyttää muita hoitotyönkeinoja, ja eristys tai lepositeiden käyttö on viimeinen keino (Muir-Cochrane ym. 2015, 112). Samaa tuki vastauksissaan Kontio (2011, 43), jonka mukaan, ensisijainen keino on rauhoitella potilasta hoitotyön menetelmin, jotta ei jouduttaisi eristystilanteisiin: läsnäolo, keskustelu, vastuun anto, aktiviteettien avulla, ympäristön avulla, nämä on joka päivä käytössä osastoilla. Suurin osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että eristys ei ollut vastaus epäonnistuneeseen vuorovaikutukseen (Korkeila ym., 2016, 472). Muir-Cochrane ym. (2015, 111), tutkimuksen mukaan, hoitajat eivät nähneet syytä kehittää eristystä tai lepositeiden käyttöä. Hoitajat kokivat positiivisena asiana käyttää eristämistä ja lepositeitä, koska kokivat että se on hyväksyttävä keino, kun ei ole muita keinoja. Moran

ym., (2009, 602), tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajat kokevat joskus helpotusta eristämisestä, ja tunteet vaihtelivat helpotuksen ja epämiellyttävien tunteiden tukehduuttamiseen välillä. Korkeila ym., (2016, 473) tutkimuksen mukaan, hoitajista 43,6% kokivat helpotusta liittyen eristykseen ja lepositeiden käyttöön. Samassa tutkimuksessa todetaan, että lyhyt työkokemus (> 5 vuotta) sekä psykiatriassa ja nykyisellä osastolla näytti liittyvän myös myönteisiin kokemuksiin, sekä kokemukseen hallinnan tunteesta eristys ja lepositeiden käytössä. Nämä kaksi ryhmää pitivät myös eristämistä ja leposide-eristystä hyvinä hoitokäytäntöinä. Tutkimuksessa myös sijaisilla oli enemmän positiivisia kokemuksia liittyen erityksiin ja lepositeiden käyttöön, kuin vakituisella henkilöstöllä. Voimakkaasti positiivinen kokemus liittyen eristykseen ja lepositeiden käyttöön oli kokemus turvallisuudesta 70,9% vastanneilla (Korkeila ym., 2016, 472.)

Tiimityö koettiin tärkeäksi, jotta vastuu jakautuu voinnin arvioimisessa (Kinnunen, 2013, 42). Tiimityö koettiin tärkeäksi ja tiimissä jaetaan myös teot ja päätökset, mutta myös samoja tunteita. Tiimi auttaa yksittäistä hoitajaa pysymään tunteiden kanssa tasapainossa, välttämällä hetken mielijohdeesta tapahtuvat reaktiot ja mahdollistamaan tasapainoisen, harkitun toiminnan (Camuccio ym., 2012, 810). Työryhmältä ja ylemmältä taholta tuleva tuki ja palaute on tärkeää hoitajille (Kontio, 2011, 44) työparityöskentely koettiin hyväksi arvioinnin tukena (Kinnunen, 2013, 42). Toisaalta myös potilas nähtiin osana hoitotiimiä. Potilas nähdään aktiivisena osallistujana, kysytään potilaan ajatuksia hoidosta ja potilaan huomioita arvostetaan. Potilas osallistuu hoitoonsa osana moniammatillista tiimiä (Kontio, 2011, 43.) Hoitajilla on tärkeä tehtävä tiimin sisällä. Hoitajien kokemuksia on, että heidän tehtävä on selventää lääkärille potilaan puheita ja oikaista mahdollisia virheellisiä muistikuvia tapahtumista, joka johtaneet eristämiseen. Toisaalta hoitajat selventävät myös potilaalle lääkärin puheita. Eri ammattiryhmien välinen tiimityö nojaakin tutkimuksen

mukaan avoimeen vuorovaikutukseen ja toimivaan viestintään (Kinnunen, 2013, 44). Myös potilaan kanssa pyritään yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen eristyksessä. Positiivisia kokemuksia on tullut, jos onnistuttu neuvottelulla saamaan potilas rauhoittumaan ja eristyksen aikana säännöllisten keskustelukontaktien avulla ylläpidetään potilaan turvallisuudentunnetta, arvioidaan potilaan fyysistä ja psyykkistä vointia, ja annetaan potilaalle informaatiota hoidosta. (Kinnunen, 2013, 35, 61).

Negatiivisia tunteita ja kokemuksia ilmeni hoitajilla, ja niistä suurimmaksi nousi pelon tunne. Pelon kokemuksista väkivallan uhka, tai toteutunut väkivalta aiheutti pelkoa fyysisenä, psyykkisenä ja käytöksellisenä reaktiona. Toisinaan pelkoa aiheutui suorasta hyökkäyksestä, uhkaavasta käytöksestä, tai puheesta (Itkonen, 2015, 49.) Pelosta kertoi aineistossaan myös Kinnunen, (2015, 46, 37) jonka mukaan pelkoa aiheutti eristyshuoneeseen meneminen, etenkin jos tiedetään potilas arvaamattomaksi. Hälytystilanne on kaoottista ja hälyhälytyksen sattuessa yllättävä tilanne koettiin ahdistavaksi sekä pelottavaksi. Avun kohteeseen saapuessa hälytystilanteessa, on hoitajalla fyysinen ja psyykinen kuormitus. Uhan tunne ja pelko, voi johtaa vuorovaikutuksen lamaantumiseen, ja aiheuttaa ylilyöntejä potilaan kohtaamisessa, sekä estää kommunikointia hoidettavan kanssa sekä työryhmässä (Kinnunen, 2013, 38). Pelko koettiin yleiseksi huolenaiheeksi eristystilanteissa, koska siinä on mahdollisuus että joutuu väkivallan uhriksi (Moran ym., 2009, 601). Pelko oli ylenen tunne hoitajilla työssä, ja se kohdistui henkilöihin tai tilanteisiin, jotka miellettiin vaaralliseksi tai uhkaavaksi. Pelkoa aiheutti myös huoli että potilasta satutettaisiin, koska joskus hoitajat ylivoimittavat voimiaan, ja pelätään hoitajien taholta tilanteessa reaktioita jotka eivät ole tarkoituksenmukaisia. (Camuccio ym., 2012, 810). Fyysisesti vahva miespotilas pelottaa henkilökuntaa ja luo jännitteitä hoitohenkilökunnalle (Camuccio ym., 2012, 811). Pelkoa aiheutui niin että potilas aiheutti sen, tai puuttuvana pakoreittinä tai julkisuu-

teen tulleista tapauksista. Pelkoa aiheutui myös toisen työkaverin tai potilaiden puolesta (Itkonen, 2015, 49.) Pelolla näyttäisi olevan monet kasvot. Toisaalta hoitotyössä pelätään potilaan tuomaa pelkoa, ja toisaalta pelätään omia reaktioita. Vaikka pelkoa ei ole katsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa eroteltu tarkemmin, niin silti pelko sellaisenaan koettiin negatiiviseksi tunteeksi. Pelkoon liittyi uhan tunteet esimerkiksi uhkaavissa väkivaltatilanteissa. Pelko on myös terve tunne, se estää meitä tekemästä huonoja ratkaisuja. Mutta pelko voi olla myös kuormittava tunne ja sen olemassaolo olisi hyvä huomioida työhyvinvoinnin kannalta.

Hoitajat kokivat negatiivisena tunteina myös ahdistusta, stressiä, sekä kuormitusta. Ahdistus on ilmennyt levottomuutena, ahdistuneisuutena, pelkona ja syyllisyyden tunteina. Toisaalta koetaan, että tilanteisiin on normaalia suhtautua tunnepitoisesti ja hoitajat jotka käyvät läpi epämiellyttäviä tuntemuksia eristykseen liittyen. Se kuormittaa hoitajia ja saattaa tulla fyysisiä oireita myös mm. käsien tärinää eristämistilanteissa (Moran ym., 2009, 601.) Eristämiskokemukset jättävät psyykkisiä ja tunnepuolen traumoja potilaisiin ja henkilökuntaan, sekä pilaa hoitajan ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta (Muir-Cochrane ym. 2015, 113). Henkilökunnan ylivoima potilaan edessä ja vaihtoehtojen puuttuminen voivat ahdistaa hoitajia ja aiheuttaa syyllisyyttä (Kinnunen, 2013, 31). 34,5% sairaanhoitajista olivat samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat tunteneet sääliä potilasta kohtaan (Korkeila ym., 2016, 473). Työväkivallan seurauksena aiheutui raivostumista ja suuttumista sekä kyynistä suhtautumista (Itkonen, 2015, 47).

Hoitajat eivät tykkää käyttää sitomista ja eristämistä (Muir-Cochrane ym. 2015, 111). Kun eristysmuotoa valitaan, niin siihen liittyy epävarmuuden tunteita siitä, onko huone-eristys riittävää vai tarvitaanko lepositeitä (Kinnunen,

2013, 23). Eristyspäättöksiin vaikuttaa myös potilaan ikä ja fyysinen kunto, mukaan ei halua laittaa vanhoja ja hauraita potilaista eristykseen (Muir-Cochrane ym. 2015, 112). Muir-Cochrane ym. (2015, 111), mukaan jossakin paikoissa vähän hoitohenkilökuntaa ja kokemattomampia hoitajia, niin eristyksiä ja lepositeitä käytetään enemmän. Myös henkilökunnan vähyyden takia paine käy liian kovaksi, niin silloin eristyksiä käytetään enemmän. Pienessä meluisassa yksikössä potilaat pyytävät päästä eristykseen melun vuoksi.

Eristyksen aikana osaston muiden potilaiden huomiointi on haasteellista. Eristyspotilasta tulee jatkuvasti seurata ja eristys koetaan raskaana hoitomuotona. Eristyksen liittyvä kirjaaminen on tehtävä moneen paikkaan ja se on monimutkaista sekä aikaa vievää (Kinnunen, 2013, 48, 64, 75). Suuri osa hoitajista haluisi yksityiskohtaisia, ja kriteereitä ohjeita eristystilanteisiin ja lepositeiden käyttöön. Toisaalta koettiin, että kun tilanne tulee, niin kaikkiin tapahtumiin ei löydy ohjeita, eikä pysty käyttämään ohjeistusta, koska jokainen tilanne on erilainen (Kontio, 2011, 43.) Ristiriitaisuuden tunnetta aiheutti myös aggressiiviset potilaat, joilla on huume- tai alkoholiriippuvuus, ja jotka on ei hoitajien mukaan näyttäytyä psykiatrisena potilaana (Camuccio ym., 2012, 811).

5.2 Psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien kokemat väkivallan ja turvallisuuden tunteeseen liittyvät kokemukset ja tunteet

Turvallisuusriskit nousivat esille aineistosta. Psykiatriset osastot ovat huomioineet töissä tapahtuvan väkivallan riskit (Itkonen, 2015, 51). Miehet osallistuivat eristämiseen ja leposide-eristykseen naisia useammin (Korkeila ym., 2016, 472). Myös Itkosen (2015, 39) mukaan, hoitajan kohtaama väkivalta kohdistui pääosin miehiin. Naisiin kohdistui enemmän epäasiallista kohtelua.

Psykiatrisessa työssä väkivalta kohdistui enemmän vastavalmistuneisiin nuoriin. Potilaan luona vietetty aika lisäsi väkivaltariskiä. Muir-Cochrane ym. (2015, 113) mukaan, potilaan aggressiivisuus ja väkivaltaisuus on syy käyttää eristämistä ja lepositeitä. Turvallisuus on pääasia ja se ettei tule vahinkoa muille potilaille tai henkilökunnalle. Kinnusen (2013, 24) mukaan, eristys vaikuttaa osaston ilmapiiriin tyytymättömyyden, ja turhautumisen myötä se lisää aggressiivisten tapahtumisen riskiä. Jos joudutaan eristämään, niin pyritään ensin huone-eristykseen ja lepositeitä käytetään viimeisenä vaihtoehtona. Poikkeus on siinä, jos potilas saapuu osastolle lepositeissä, niin hoitokin alkaa yleensä lepositeissä (Kinnunen, 2013, 24.) Lääkäri pyritään saamaan paikalle ennen eristystä, ja joskus eristystä viivytellään jotta lääkäri saapuisi paikalle. Potilasta ei mennä koskaan eristämään yksin turvallisuuden vuoksi, ja tarvittaessa muilta osastoilta pyydetään apuvoimia eristystilanteisiin. Turvallisuusriskiksi koetaan myös potilaan eristäminen ilman mieshoitajaa. Eristyksessä sovitaan menettelytavat etukäteen, hoitajien kokemusten mukaan eristäminen on tiimityötä: sovitaan varmistajat, jotka varmistaa esteettömän kulkuväylän. Kun potilas ohjataan eristyshuoneeseen voimankäyttöä ja fyysistä kontaktia vältetään. Tarvittaessa rajoitetaan, mutta vain niin kauan kun potilas ei enää aiheuta vaaraa. Eristyksen aikana turvataan osaston muut potilaat. Huoneeristyspotilaan seuranta on helpompaa, kuin lepositeissä olevan potilaan, sillä komplikaatioiden riski on silloin pienempi (Kinnunen, 2013, 25-27, 29, 30.) Väkivalta koettiin olevan seurauksineen hoitajan työn riskitekijä. Erilaisia riskejä koettiin myös olevan ilta- ja yöaikaan työskentelyssä (Itkonen, 2015, 38).

Väkivallan vaikutukset ja kohdistus esiintyivät aineistossa. Työväkivalta aiheuttaa hoitajille paljon stressiä, eikä sitä voida pohdinnassa sivuuttaa. Hoitajat joutuvat kokemaan erilaista väkivaltaa työssään. Tutkimustuloksissa huomattiin että henkisen väkivallan tekijä on kuitenkin usein työkaveri. (itkonen, 2015, 38.) Mielestäni tämä on asia, johon on syytä kiinnittää huomiota työpai-

koilla. Itkosen (2015, 38) tutkimuksen mukaan henkistä väkivaltaa kohdataan potilaan taholta, yleisimmin kansaväestön henkisen väkivallan aiheuttajana työkaveri, ulkomaalainen henkilö taas kohtasi henkistä väkivaltaa potilaiden taholta. Hoitajat kohtaavatkin psyykkistä ja fyysistä väkivaltaa työssä sekä uhkailua. Myös työympäristöön ja materiaan kohdistuvaa väkivaltaa, tilanteissa missä potilas paiskoo tavaroita (Itkonen, 2015, 38.) Huolestuttavaa oli Itkosen (2015, 46.) tutkimuksessa, että väkivaltaa vähäteltiin ja piiloteltiin, ja kaiken kaikkiaan työväkivalta heikensi työtyytyväisyyttä, sekä heikensi työviihtyvyyttä. Henkisestä väkivallasta seurasi työuupumusta. (Itkonen 2015, 46.) Hoitajan uupuminen on vakava asia, ja ennen kuin siihen tilanteeseen joudutaan, niin tilanne pitäisi pystyä ennaltaehkäisemään.

Hoitajan toiminnalla oli vaikutusta väkivaltilanteiden syntymiseen ja etenemiseen. Hoitajat näyttäytyivät tutkimuksissa väkivallan uhreina käyttäjinä ja toimijoina, sekä hoitajat provosoituvat sekä myös provosoivat potilaita (Itkonen, 2015, 40.) Hälytilanteessa väkivallan uhka saa kehon reagoimaan, sydämen syke nousee ja lihakset jännittyvät. Häätötilanteissa joku hoitohenkilökunnasta voi pelon ja ahdistuksen vuoksi yrittää ratkaista tilanteen yksin jolloin kaikkien turvallisuus vaarantuu (Kinnunen, 2013, 38.) Fyysisenä oireena väkivalta aiheutti tai uhka aiheutti hikoilua, huimausta tai pahoinvointia (Itkonen, 2015, 49). Väkivaltakokemukset ovat uuvuttavia ja nämä epätoivotut reaktiot tulee aina väkivaltilanteiden jälkeen sekä kaikkien moraalit on alhainen (Moran ym., 2009, 601). Väkivallan kohdatessa lähijohdon tuki selvitelyssä koettiin tärkeäksi (Itkonen, 2015, 53).

Väkivaltaa estävät ja edistävät asiat erottuivat aineistosta. Kinnusen (2013, 24) mukaan, hoitajat tiedostavat periaatteen pienimmästä rajoittamisesta. Osastojen välillä on eroja kumpaa eristysmuotoa totuttu käyttämään ensisijaisesti.

Eristysohjeet eivät aina auta eristystavan valinnassa sillä ne eivät ole yksityiskohtaisia (Kinnunen, 2013, 24.) Pakkokeinojen käyttöön vaikuttaa alhainen hoitohenkilökunnan määrä, ja potilaiden hoitoisuus, sekä sukupuolijakautuma tekee pääpainon turvalliselle ympäristölle. (Muir-Cochrane ym. 2015, 112). Aineistosta nousi esille että väkivaltatilanteissa ennakointi on tärkeää ja valmistautuminen eristykseen luo turvallisuutta. Ennakointi ennaltaehkäisy ja reagointi jos levottomuus osastolla lisääntyy. Eristämistä pyritään välttämään, käytetään kaikki hoitotyön keinot, vuorovaikutus, vierihoito, lääkityksen lisääminen, läsnäolo, lääkärin konsultointi, rauhalliseen tilaan ohjaaminen ennen eristystä (Kinnunen, 2013, 19, 54.) Väkivaltaisia potilaita pyritään rauhoittamaan viimekädessä auktoriteetilla ja voimalla, mutta se ei ole ensisijainen hoitomuoto. Auktoriteetti ja voima saadaan mieshoitajilla ja hoitajien määrällä osastolla, ja tätä onkin enemmän käytetty aggressiivisten potilaiden kohdalla (Kontio, 2011, 43.) Monissa tapauksissa ennen eristystä ja sitomista on potilas siirretty erityisen tarkkailun alaiseksi, jotta tilanne olisi lauennut ilman eristystä. Toiselle alueelle potilaan siirtäminen voi auttaa potilasta rauhoittumaan. Hoitajat ovat tulkinneet sitomisen ja eristyksen viimeiseksi keinoksi aggressiiviselle potilaalle, jolla on väkivaltaa (Moran ym., 2009, 600.)

Potilaan rauhoittaminen koettiin tärkeäksi asiaksi hoitajien kokemuksissa. Rauhoittaminen on keino, millä voidaan yrittää rauhoittaa potilas, ja mahdollisesti se voi olla keino välttää eristystilanteet. Samoin esille nousi vapaaehtoinen huone-eristys avoimin ovin. Kinnusen (2013,21) mukaan eristys voidaan toteuttaa potilaan pyynnöstä esimerkiksi vapaaehtoisella huoneeristyksellä. Se ei ole mielenterveyslain mukainen pakkotoimi, ja hoitajien kertomana joskus potilas voidaan eristää avoimin ovin esimerkiksi yöllä jos potilas on levoton tai sekava (Kinnunen, 2013, 21). Hoitajien kokemusten mukaan keskustelutaito on tärkeä hoitotyön väline. Jotkut hoitohenkilökunnasta eivät osaa keskustella potilaiden kanssa niin tilanne johtaa eristämiseen

(Muir-Cochrane ym. 2015, 112). Myös naissukupuolella voi olla rauhoittava vaikutus joihinkin potilaisiin. Naishoitajilla joskus väkivaltaa hillitsevä vaikutus siksi naishoitaja voi kertoa eristämispäätöksestä potilaalle, tai päätöksestä mennään kertomaan työryhmänä. Päätös perusteellaan potilaalle selkeästi ja asiallisesti ja kerrotaan syyt miksi eristetään. (Kinnunen, 2013, 27, 30).

5.3 Psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hoitajien eettiset tunteet, ajatukset ja kokemukset

Aineistosta ilmeni, että hoitajat kokivat eettisiä, arvomaailmaansa liittyviä ajatuksia ja kokemuksia. Eettinen pohdinta on psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa tärkeä seikka, ja eettiset asiat nostavat keskustelua. Korkeilan ym. (2016, 471) tutkimuksen mukaan yli puolet hoitajista koki, että eristys/ lepositeiden käyttö ei vahingoita potilaan autonomiaa, mutta toisaalta 37,6% oli jokseenkin samaa mieltä siitä että se vahingoittaa potilaan autonomiaa. Kontio (2011, 45) tutkimuksessa hoitajat uskovat että päätös eristyksestä potilaan aggressiivisen käyttäytymisen yhteydessä, sisältää joitakin luonnollisia eettisiä kysymyksiä. He uskovat, että potilaitten subjektiivinen näkökulma saa liian vähän huomiota.

Moran ym. (2009, 601) tutkimuksessa moni hoitaja on ajatellut uran alkuvaiheessa että eristäminen ja sitominen on vastaan hoitajan periaatteita, ja se on hoitajan huolenpitoa vastaan. He eivät voi olla potematta syyllisyyttä silloin tällöin vaikka tietävät, että ovat luomassa potilaan ja muiden turvallisuutta (Moran ym., 2009, 601.) Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla hoitajan on toimittava sen periaatteen mukaan, että ei aiheuta vahinkoa potilaalle, edes siinä tilanteessa, jossa on oma henkilökohtainen fyysinen turvallisuus uhattuna (Camuccio, ym., 2012, 810). 32,8% hoitajista oli vahvasti tai jokseen-

kin samaa mieltä siitä, että eristystä ja sitomista ei tulisi käyttää ollenkaan (Korkeila, 2016, 472).

Hoitajien hyvää tarkoittavat kokemukset nousivat näissä esille, sekä usko siihen että eristys ja lepositeiden käyttö ei pilaa hoitosuhdetta. Hoitajat uskoivat, että he auttavat potilasta eristyksellä ja lepositeiden käytöllä eikä se ollut rangaistusmuoto potilaalle. Toisaalta hoitajat tiedostavat sen, että sitominen ja eristäminen ei paranna suhdetta hoitajan ja potilaan välillä. Korkeilan ym, (201, 472-473) tutkimuksen mukaan, hoitajat uskoivat, että he auttavat potilasta eristyksellä/ lepositeiden käytöllä. He kokivat myös, että kaikkia vaihtoehtoisia hoitotyönkeinoja tulisi käyttää ennen eristykselle/ lepositeiden käyttöä. Ja he uskoivat myös, että eristys ja sitominen ei ole terapeuttilinen tapahtuma potilaalle (Korkeila ym., 2016, 472-473.) Hoitajat eivät käyttäneet eristystä tai lepositeitä rangaistuksena ja hoitajat uskoivat että eristyksen/sitomisen käyttö ei paranna suhdetta potilaan ja hoitajan välillä (Korkeila ym., 2016, 472). Myös vapaaehtoinen huone-eristäminen aiheutti hoitajissa eettistä pohdintaa. Eristäminen potilaan pyynnöstä on ristiriitaista, koska eristämisen ohjeistusta sekä mielenterveyslakia on noudatettava ja samalla kuunneltava potilasta (Kinnunen, 2013, 21).

Eettisestä osaamisesta puhuttiin Korkeilan ym. (2016, 472) tutkimuksessa, jonka mukaan puolet hoitajat kokivat vaikeuksia löytää vaihtoehtoisia menetelmiä eristykselle/ lepositeiden käytölle. Yleensä sairaanhoitajat eivät ole kokeneet väärinkäyttöä eristyksistä tai lepositeiden käytöstä. Muuttujia löytyi vain vastaajien kesken siinä, että hoitajien oli yksilöllisen sietokyky käyttää eristämistä tai lepositeitä ja käyttöön vaikutti myös osaston pitkäaikaiset periaatteet (Korkeila ym., 2016, 472).

Eettinen tuki löytyi yhdessä tutkimuksessa, jossa kerrottiin, että työntekijät haluaisivat jutella eettisistä päätöksistä työn ohjaajien ja tiimin kanssa (Kontio, 2011, 44).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Positiivisia tunteita oli mm. valmistautuminen monella eri tavalla. Hoitaja voi psyykkisesti valmistautua, jos tietää että on tulossa haastava potilastapaus. Tässä korostuu myös potilaan tunteminen, jolloin potilaan tavat tunnetaan ja potilaan käyttäytymistä voidaan ennakoida ainakin jollakin tavalla. Valmistautuminen koettiin tärkeäksi ainakin sillä, että kiinnipitoon tai väkivaltilanteisiin voi valmistautua etukäteen. (Kinnunen, 2013, 23, 29.) Valmistautuminen auttoi myös ennakoinnin myötä kun oli tietoja potilaasta etukäteen (Camuccio ym., 2012, 811). Yhdessä tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajat kokivat psyykkistä valmistautumista ennen haastavaa tilannetta mm. lisäämällä keskittymistä tarkkaavaisuutta sekä suunnittelemalla työnjakoa. (Kinnunen, 2013, 23, 29.) Tämä on mielenkiintoinen esiinnoussut tieto, että hoitajat myös psyykkisesti valmistautuvat haastaviin tilanteisiin. Voitaisiinko tätä kehittää jotenkin, jos hoitajat ovat kokeneet sen positiivisena asiana? Tämänkaltaista tulosta ei tullut muissa artikkeleissa, mutta valmistautumiseen läheisesti liittyen valmistautumisesta väkivaltilanteisiin tuli ilmi yhdessä tutkimuksessa, jossa koettiin että valmistautuminen väkivaltilanteisiin lisää työhyvointia (Itkonen, 2015, 51).

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia pohtiessa on mielestäni tärkeää ymmärtää se, että tahdosta riippumatta toteutetut toimenpiteet ovat yleensä viimeinen keino, ja kaikki muut keinot yritetään käyttää ennen eristystä/sidontaa. Tämä tulee ilmi monessa artikkelissa, ja monessa kohtaan. Muir-Cochrane ym. (2015, 112) tutkimuksessaan kertovat, että hoitajat käyttävät muita hoitotyönkeinoja ja eristys tai lepositeiden käyttö on viimeinen keino. Samaan tulokseen pääsi Kontio (2011, 43), jonka mukaan muita hoitotyönkeinoja käytetään ensisijaisesti ennen eristystä. Näiden tutkimustulosten valossa, hoitajat eivät pidä kovin mielekkäänä asiaa eristystä.

Positiivisiin tunteisiin (Moran ym. 2009, 602.) mukaan hoitajat kokivat positiivisena asiana käyttää eristämistä ja lepositeitä, koska kokivat, että on hyväksyttävä keino, kun ei ole muita keinoja. Korkeila ym. (2016, 473) päätyivät tutkimuksessaan siihen tulokseen, että lyhyt työkokemus (> 5 vuotta) sekä psykiatriassa, ja nykyisellä osastolla, näytti liittyvän myös myönteisiin kokemuksiin, sekä kokemukseen hallinnan tunteesta eristys ja lepositeiden käytössä. Nämä kaksi ryhmää pitivät myös eristämistä ja leposide-eristystä hyvinä hoitokäytäntöinä Korkeila ym. (2016, 473.) Tutkimusten valossa voisi olla hyvä lisätä huomiota näihin seikkoihin, että myönteiset tunteet hallinnasta liittyen eristystilanteisiin johtuu lyhyeen työkokemukseen. Myös helpotuksen tunne voi liittyä siihen, että eristystä pidetään positiivisena asiana, jolloin sitä voidaan helpommin käyttää rajoittamismenetelmänä? Mielestäni tulosten valossa voisi ehdottaa, että psykiatrista tahosta riippumatonta hoitotyön osaamista kehitettäisiin aktiivisesti etsien niitä keinoja, joilla eristystilanteet voitaisiin välttää.

Psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa korostuu tiimityön merkitys. Potilasta ei hoideta psykiatrian osastolla pelkästään yksin, vaan hoitajalla

on ympärillä koko moniammatillinen tiimi. Tiimissä vastuu ja päätökset jakautuvat, ja tiimissä hoitaja voi kokea vahvistusta päätöksilleen. Mielenkiintoinen seikka tutkimustuloksista tuli esille, että tiimissä myös jaetaan samoja tunteita. Samoin kiinnostava tulos oli se, että potilas nähtiin osallisena tiimiä ja päätöksentekoa. Tiimityötä pidetään tärkeänä, arvioidessa potilaan vointia (Kinnunen, 2013, 42). Potilaan voinnin arviossa koettiin myös työparityöskentely hyvänä (Kinnunen, 2013, 42). Samaan tulokseen päätyi myös (Camuccio ym., 2012, 810). joka mukaan tiimityö koettiin tärkeäksi ja saman tutkimuksessa tuli kiinnostava seikka esille, mitä muissa tutkimuksissa ei tullut, että tiimissä jaetaan myös teot ja päätökset, mutta myös samoja tunteita. Kontion (2011, 44) mukaan, työryhmältä ja ylemmältä taholta tuleva tuki ja palaute ja se on tärkeää hoitajille. Potilaan osallisuuden omassa hoidossaan tuli esille vain Kontion (2011, 43) tutkimuksessa, jossa potilas osallistui hoitoonsa aktiivisena osana tiimiä. (Kinnunen, 2013, 44) mukaan hoitajan tehtävä myös selventää lääkärin ja potilaan välistä puhetta ja oikoa mahdollisia virheellisiä muistikuvia tapahtuneista. Hoitaja myös toimii niin selventää lääkärin puheita potilaalle. Positiivisena asiana koettiin myös jos potilas on saatu rauhoittumaan ilman että tarvittu eristystä (Kinnunen, 2013, 35, 61.)

Negatiivisena tunteena melkein jokaisessa mukana olleessa tutkimuksessa tuli ilmi pelko. Tämä on mielestäni tämän kirjallisuuskatsauksen merkittävin tulos, joka on noussut esille aineiston avulla. Lähes jokaisessa artikkelissa puhuttiin pelosta. (Itkonen, 2015, 49) mukaan pelko aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä ja käytöksellisiä reaktioita. Pelkoa myös aiheutui suorasta hyökkäyksestä tai uhkaavasta käytöksestä tai puheesta. Pelosta kertoi aineistossaan myös Kinnunen (2015, 46, 37), jonka mukaan pelkoa aiheutti eristyshuoneeseen meneminen, etenkin jos tiedetään potilas arvaamattomaksi. Pelko liitettiin osana myös hälytystilannetta Kinnusen (2013, 38) mukaan, joka on kaoottista ja hä-

lyhälytyksen sattuessa yllättävä tilanne on ahdistava ja pelottava. Avun kohteeseen saapuessa hälytystilanteessa on hoitajalla fyysinen ja psyykkinen kuormitustila. Uhan tunne ja pelko voi johtaa vuorovaikutuksen lamaantumiseen ja aiheuttaa ylilyöntejä potilaan kohtaamisessa ja estää kommunikointia hoidettavan kanssa sekä työryhmässä. (Moran ym., 2009, 601) mukaan, myös eristystilanteissa pelko koettiin yleiseksi huolenaiheeksi väkivallan uhan vuoksi. Camuccio ym. (2012, 810) tutkimuksessa selvisi, että pelko oli ylenen tunne hoitajilla hoitotyössä. Pelko kohdistui henkilöihin tai tilanteisiin jotka miellettiin vaaralliseksi tai uhkaavaksi. Pelkoa aiheutti myös huoli että potilasta satutettaisiin koska joskus hoitajat ylivoimittavat voimiaan ja pelätään hoitajien taholta tilanteessa reaktioita jotka eivät ole tarkoituksenmukaisia. Pelkoa kokivat niin miehet kun naiset ja pelkoa näyettiin vaoimesti ja peittäen. (Itkonen, 2015, 49) mukaan Pelkoa aiheutui niin että potilas aiheutti sen, tai puuttuvana pakoreittinä tai julkisuuteen tulleista tapauksista. Pelkoa aiheutui myös toisen työkaverin tai potilaiden puolesta. Fyysisesti vahva miespotilas myös pelotti henkilökuntaa (Camuccio ym., 2012, 811). Näyttäisi siis siltä kirjallisuuskatsauksen avulla tuodun tiedon tuloksia tarkastellessa, että hoitajat kokevat pelkoa paljon työssään psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa, ja se voi vaikuttaa potilaan hoitoon merkittäväällä tavalla. Pelkoa voisi vähentää sillä, että pelkoa ei tarvitsisi kokea niin paljon. Voisitko tehostaa vuorovaikutuksen keinoja ja hoitotyön muita keinoja, sekä ennakoitua niin, että potilas ei aiheuttaisi vaaraa ja pelkoa hoitajille? Mielestäni näitä asioita voisi pohtia, kun kehitetään tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa.

Negatiivisten tunteiden kohdalla yhdeksi tunteeksi nousi ahdistus ja stressi, jotka kumpusivat myös syyllisyyden tunteina hoitajissa. Ahdistus on ilmennyt levottomuutena, ahdistuneisuutena, pelkona ja syyllisyyden tunteina (Moran ym., 2009, 601). Syyllisyyden tunteet nousivat esille myös Kinnusen, 2013, 31) tutkimuksessa jossa kerrottiin että henkilökunnan ylivoima potilaan

edessä ja vaihtoehtojen puuttuminen voivat ahdistaa hoitajia ja aiheuttaa syyllisyyttä. Säälin tunteet myös nousivat tuloksia tarkastellessa esille. Korkeila ym., (2016, 473) tutkimuksessa ilmeni, että 34,5% sairaanhoitajista olivat vahvasti samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat tunteneet sääliä potilasta kohtaan. Hoitajat kokivat tunteista raivostumista ja suuttumista sekä kyynistä suhtautumista väkivallasta johtuen (Itkonen, 2015, 47). Hoitajat eivät tykkää käyttää sitomista ja eristämistä. (Muir-Cochrane ym. 2015, 111). Samoilla linjoilla oli myös Korkeila ym. (2016, 472) tutkimuksessaan, jonka mukaan 32,8% hoitajista, eli 1/3 hoitajista oli vahvasti tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että eristystä ja sitomista ei tulisi käyttää ollenkaan. Tutkimustuloksista yllättävän paljon liittyy negatiivisia tunteita ja kokemuksia tahdosta riippumattomaan hoitoon ja rajoittamistoimenpiteisiin. Samoin iso osa hoitajista on sitä mieltä, että sitomista ja eristystä ei tulisi käyttää, sekä osa tunsi syyllisyyttä. Mielenkiintoista olisi selvittää mistä kaikista tilanteista nämä tunteet ovat johtuneet ja onko työkaluja parempaan psykiatriseen tahdosta riippumattoman hoidon rajoittamistoimenpiteisiin.

Turvallisuusriskejä ja turvallisuustekijöitä ei voi vähätellä, koska ne nousivat niin monessa tutkimuksessa esille. Itkosen (2015, 51) tutkimuksen mukaan, psykiatriset osastot on huomionut töissä tapahtuvan väkivallan riskit. Mutta koska väkivalta oli niin yleistä hoitajan työssä, niin merkillepantavaa oli, että kuinka hyvin riskeihin on reagoitu esimerkiksi väkivallan ehkäisyllä.

Itkosen (2015, 39) mukaan hoitajan kohtaama väkivalta kohdistui pääosin miehiin. Naisiin kohdistui enemmän epäasiallista kohtelua. Tämä voi selittyä sillä, että Korkeilan ym (2016, 472) tutkimuksen mukaan miehet osallistuvat eristämiseen ja leposide-eristykseen naisia useammin. Itkonen (2015, 39) mukaan psykiatrisessa työssä väkivalta kohdistui enemmän vastavalmistu-

neisiin nuoriin. Potilaan luona vietetty aika lisäsi väkivaltariskiä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten valossa siis useimmiten väkivaltaa joutuu kohtaamaan mieshoitaja, joka on vastavalmistunut. Tämä tieto voi olla hyvä huomio, kun suunnitellaan väkivallan ehkäisyä ja osaston ja henkilökunnan turvallisuutta. Riskitekijöitä on hyvä tunnistaa työpaikoilla. Tutkimuksen valossa mieshoitajia on hyvä olla osastolla riittävä määrä, koska he osallistuivat eristämiseen useammin kuin naiset. Toisaalta voidaan myös kriittisesti kysyä, että miksi näin on ollut. Onko fyysinen voima, tai koko se, joka viimekädessä määrää eristämiseen osallistuvan osallisuuden.

Muir-Cochrane ym. (2015, 113) tutkimuksen mukaan, potilaan aggressiivisuus ja väkivaltaisuus on syy käyttää eristämistä ja lepositeitä. Turvallisuus on pääasia ja ettei tule vahinkoa muille potilaille, tai henkilökunnalle. Kinnusen (2013, 24) mukaan, eristys vaikuttaa osaston ilmapiiriin tyytymättömyyden ja turhautumisen myötä lisäämää aggressiivisten tapahtumisen riskiä. Tutkimuksissa hoitajat toivat esille etenkin sitä seikkaa turvallisuuden näkökulmasta myös, että jos joudutaan eristämään, niin pyritään ensin huone-eristykseen ja lepositeitä viimeisenä vaihtoehtona. Ainut poikkeus on siinä, jos potilas saapuu osastolle lepositeissä niin hoitokin alkaa yleensä lepositeissä (Kinnunen, 2013, 24.) Hoitajat näyttäisivät tiedostavan riskit, koska kokemusten mukaan, potilasta ei mennä koskaan eristämään yksin turvallisuuden vuoksi. Ilta-aikaan vuorossa on tavallisesti vähemmän työntekijöitä kun aamuvuorossa, tämäkin on hyvä seikka huomioida, kun mietitään osaston turvallisuutta.

Kinnusen (2013, 25-27) tutkimuksessa hoitajat kokivat turvallisuusriskiksi potilaan eristäminen ilman mieshoitajaa. Tutkimuksen mukaan eristyksessä sovitaan työryhmässä menettelytavat etukäteen. Hoitajien kokemusten mukaan eristäminen on tiimityötä: sovitaan varmistajat, jotka varmistavat esteettömän

kulkuväylän. Huone-eristyspotilaan seuranta koettiin olevan helpompaa, kuin lepositeissa olevan potilaan, sillä komplikaatioiden riski on pienempi (Kinnunen, 2013, 25-27, 29, 30.) Väkivalta koettiin olevan seurauksineen hoitajan työn riskitekijä, ja erilaisia riskejä koettiin myös olevan ilta- ja yöaikaan työskentelyssä (Itkonen, 2015, 38).

Väkivallan vaikutukset ja kohdistus esiintyivät aineistossa näkyvinä kokemuksina. Hoitajat joutuivat kokemaan niin psyykkistä, kuin fyysistä väkivaltaa ja sillä oli erilaisia vaikutuksia. Väkivalta on aina vakavaa, ja myös väkivallan uhka koettiin rasittavaksi. Työpaikoilla olisi hyvä korostaa turvallisuuseikkoja enemmän ja kokonaisvaltaisemmin, sillä hoitajien kokema väkivallalla voi olla vakavia seuraamuksia tutkimusten valossa. Itkosen (2015, 38) tutkimuksen mukaan henkistä väkivaltaa kohdataan potilaan taholta, yleisimmin kansaväestön henkisen väkivallan aiheuttajana työkaveri, ulkomaa-lainen henkilö taas kohtasi henkistä väkivaltaa potilaiden taholta. Hoitajat kohtaavatkin psyykkistä ja fyysistä väkivaltaa työssä sekä uhkailua. Myös työympäristöön ja materiaan kohdistuvaa väkivaltaa, tilanteissa missä potilas paiskoo tavaroita. (Itkonen, 2015, 38.) Väkivaltaa vähäteltiin ja piiloteltiin, ja kaiken kaikkiaan työväkivalta heikentää työtyytyväisyyttä, sekä heikentää työviihtyvyyttä. Henkisestä väkivallasta seurasi työuupumusta (Itkonen, 2015, 46.) Henkisen väkivallanilmiö oli yllättävästi yleisin työkaverin taholta ja tämä seikka on hyvä huomioida kun mietitään työviihtyvyyttä sekä työtyytyväisyyttä.

Kirjallisuuskatsauksen esiinnousseiden tulosten mukaan, työväkivalta aiheutti stressiä, erityisesti henkinen väkivalta työkaverin taholta, mutta oli merkille pantava asia, että fyysisen väkivallan uhka on yhtä vahingollista ja stressaavaa. Fyysinen väkivalta aiheutti enemmän ahdistusta kun henkinen (Itkonen,

2015, 43, 46). Hoitajan toiminnalla oli vaikutusta väkivaltatilanteiden syntyseen ja etenemiseen. Hoitajat näyttäytyivät tutkimuksissa väkivallan uhreina käyttäjinä ja toimijoina, sekä hoitajat provosoituvat sekä myös provosoivat potilaita (Itkonen, 2015, 40.) Tämä oli merkittävä tekijä joka lisää väkivaltaisuutta. Kriittisesti jos tarkastellaan asiaa, niin hoitajien ei tulisi provosoida potilaita millään tavalla. Jos tämäntyyppistä käyttäytymistä voidaan havaita osastoilla, niin siihen pitää puuttua heti, koska sellainen käytös ei ole hyväksyttävää. Mielenkiintoista olisi selvittää, että jos potilas käyttäytyy väkivaltaisesti, niin kuinka suuressa osassa väkivaltaan provosoiminen, tai turhautuminen on siinä. Eli kumpi sanelee väkivaltaisuutta, ja missä määrin: potilaan psyykkinen vointi vai hoitajien provosoiminen?

Väkivaltaa estävät ja edistävät asiat erottuivat aineistosta. Moni hoitaja koki, että väkivaltaa pystytään ehkäisemään ja estämään. Oli kyse sitten potilaaseen, tai henkilökuntaan kohdistuvasta väkivallasta tai se uhkasta. Kinnusen (2013, 24) mukaan, hoitajat tiedostavat periaatteen pienimmästä rajoittamisesta. Osastojen välillä on eroja kumpaa eristysmuotoa totuttu käyttämään ensisijaisesti. Eristysohjeet eivät aina auta eristystavan valinnassa sillä ne eivät ole yksityiskohtaisia (Kinnunen, 2013, 24.) Pakkokeinojen käyttöön näyttäisi tutkimusten valossa vaikuttavan alhainen hoitohenkilökunnan määrä, potilaiden hoitoisuus, ja sukupuolijakautuma, jotka tekevät pääpainon turvalliselle ympäristölle (Muir-Cochrane ym. 2015, 112).

Väkivaltatilanteissa ennakointi on tärkeää ja valmistautuminen eristykseen luo turvallisuutta. Ennakointi ennaltaehkäisy ja reagointi jos levottomuus osastolla lisääntyy. Eristämistä pyritään välttämään, käytetään kaikki hoitotyön keinot, vuorovaikutus, vierihoito, lääkityksen lisääminen, läsnäolo, lääkärin konsultointi, rauhalliseen tilaan ohjaaminen ennen eristystä (Kinnunen,

2013, 19, 54.) Vaihtoehtoisia hoitotyönmuotoja eristykseen ja sidontaan tulisi aktiivisesti tutkimusten valossa kehittää, ja tietoa niistä lisätä hoitajien koulutuksen kautta.

Potilaan rauhoittaminen voidaan toteuttaa potilaan pyynnöstä esimerkiksi vapaaehtoisella huone-eristyksellä. Se ei ole mielenterveyslain mukainen pakotoimi, ja hoitajien kertomana joskus potilas voidaan eristää avoimin ovin esimerkiksi yöllä jos potilas on levoton tai sekava (Kinnunen, 2013, 21). Jotkut hoitohenkilökunnasta eivät osaa keskustella potilaiden kanssa niin tilanne johtaa eristämiseen (Muir-Cochrane ym. 2015, 112). Samoin naishoitajilla joskus väkivaltaa hillitsevä vaikutus siksi naishoitaja voi kertoa eristämispäätöksestä potilaalle tai päätöksestä mennään kertomaan työryhmänä ja se perusteellaan potilaalle selkeästi ja asiallisesti ja kerrotaan syyt miksi eristetään. (Kinnunen, 2013, 27, 30). Hoitajat tuntuvat ajattelevan potilaan parasta vapaaehtoisella huone-eristyksellä. Ohjeistus tässä työpaikkakohtaisesti olisi hyvä huomioida, silloin ei jää epäselväksi miten ja milloin sitä voi käyttää, sillä vapaaehtoinen huone-eristys ei ole mielenterveyslain mukaista toimintaa.

Eettisiä pohdintoja nousi aineistosta esille hoitajien kokemana. On hyvä, että hoitajat eettisesti pohtivat työtään. Tämä tulisikin ottaa huomioon psykiatriassa tahdosta riippumattomassa työssä, työnohjauksellisessa mielessä. Korkeilan ym. (2016, 471) tutkimuksen mukaan, yli puolet hoitajista oli koki, että eristys/ lepositeiden käyttö ei vahingoita potilaan autonomiaa, mutta toisaalta 37,6% vastanneista hoitajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että se vahingoittaa potilaan autonomiaa. Tämä on mielestäni yksi huolestuttavimmasta tiedosta, mikä nousi esille aineistosta. Tämä olisi hyvä huomioida psykiatrisen hoitotyön työpaikkakohtaisessa kehittämisessä ja koulutuksessa.

Eristyksestä ja sitomisesta on monta näkökulmaa, ja osittain tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa ilmenee hoitajien negatiivinen suhtautuminen eristykseen ja lepositeiden käyttöön. Kontio (2011, 45) tutkimuksessa hoitajat uskovat, että päätös eristyksestä potilaan aggressiivisen käyttäytymisen yhteydessä sisältää joitakin luonnollisia eettisiä kysymyksiä. Hoitajat uskovat, että potilaitten subjektiivinen näkökulma saa liian vähän huomiota. Moran ym. (2009, 601) tutkimuksessa moni hoitaja on ajatellut uran alkuvaiheessa että eristäminen ja sitominen on vastaan hoitajan periaatteita ja se on hoitajan huolenpitoa vastaan. He eivät voi olla potematta syyllisyyttä silloin tällöin vaikka tietävät, että ovat luomassa potilaan ja muiden turvallisuutta (Moran ym., 2009, 601.) Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohdalla hoitajan on toimittava sen periaatteen mukaan, että ei aiheuta vahinkoa potilaalle, edes siinä tilanteessa, jossa on oma henkilökohtainen fyysinen turvallisuus uhattuna (Camuccio, ym., 2012, 810). 32,8% hoitajista oli vahvasti, tai joksikin samaa mieltä siitä, että eristystä ja sitomista ei tulisi käyttää ollenkaan (Korkeila, 2016, 472). Mielenkiintoinen tulos oli tuo, että moni hoitaja on sitä mieltä, että eristystä ja sidontaa ei tulisi käyttää ollenkaan. Tämä tietenkin nostattaa lisäkysymyksiä siitä, miten he ovat tähän tulokseen päätyneet. Vaikka hoitajien mielipiteillä ei voi olla työssä liian paljon huomiota, niin siltä tämänkaltaiset ajatukset ovat omiaan nostattamaan erilaisia tunteita, joista voisi olla hyvä keskustella työnohjauksellisissa keskusteluissa.

Hoitajat uskoivat, että he auttavat potilasta eristyksellä/ lepositeiden käytöllä. Kaikkia vaihtoehtoisia hoitotyönkeinoja tulisi käyttää ennen eristykseksi/ lepositeiden käyttöä. Ja he uskoivat myös, että eristys ja sitominen ei ole terapeutinen tapahtuma potilaalle (Korkeila ym., 2016, 472-473). Hoitajat eivät käyttäneet eristystä tai lepositeitä rangaistuksena ja hoitajat uskoivat että eristyksen/sitomisen käyttö ei paranna suhdetta potilaan ja hoitajan välillä (Korkeila ym., 2016, 472). Myös vapaaehtoinen huone-eristäminen aiheutti eettistä

pohdintaa. Eristäminen potilaan pyynnöstä on ristiriitaista, koska eristämisen ohjeistusta sekä mielenterveyslakia on noudatettava ja samalla kuunneltava potilasta (Kinnunen, 2013, 21). Ristiriitaisuudet työssä haastavat hoitajia eettiseen pohdintaan. Koska valtakunnallisia ohjeita ei ole, eikä vapaa-ehtoinen eristys ole mielenterveyslain mukaista, niin hoitajat ovat kysymyksen äärellä yksin. Tulisiko vapaa-ehtoinen huone-eristys jotenkin ohjeistaa ylemmältä taholta? Pitäisikö se tehdä työpaikkakohtaisesti, vai valtakunnallisesti? Se voisi auttaa hoitajia työssään.

Eettisestä osaamisesta puhuttiin Korkeilan ym. (2016, 472) tutkimuksessa, jonka mukaan puolet hoitajat kokivat vaikeuksia löytää vaihtoehtoisia menetelmiä eristykselle/ lepositeiden käytölle. Yleensä sairaanhoitajat eivät ole kokeneet väärinkäyttöä eristyksistä tai lepositeiden käytöstä. Muuttujia löytyi vain vastaajien kesken siinä, että hoitajien oli yksilöllisen sietokyky käyttää eristämistä tai lepositeitä ja käyttöön vaikutti myös osaston pitkäaikaiset periaatteet (Korkeila ym., 2016, 472.) Hoitokäytäntöjä olisi hyvä yhdenmukaistaa valtakunnallisesti, perinteet ovat keinoja mitä on totuttu käyttämään, mutta mielestäni tarvittaisiin valtakunnallisia ohjeita ja vähemmän perinnettä. Perinteet antavat myös, ikään kuin toimipaikkakohtaisen vapauden siihen, että näin meillä on aina totuttu tekemään. Laadukas psykiatrinen tahdosta riippumattoman hoidon rajoittamistoimenpide ei voi perustua perinteille.

Eettinen tuki löytyi yhdessä tutkimuksessa, jossa kerrottiin, että työntekijät haluaisivat jutella eettisistä päätöksistä työn ohjaajien ja tiimin kanssa (Kontio, 2011, 44). Tiimityöstä ja työnohjaajien kanssa hoitajien on hyvä purkaa eettisiä ajatuksia, koska mahdollisuuksia työn ulkopuoliseen pohdintaan ei hoitajilla ole. Eettiset asiat on hyvä ottaa puheeksi työpaikoilla sekä työnohjauksessa, koska selkeästi osa hoitajista haluaisi, ja kokisi tarvetta, puhua eettisistä

ajatuksistaan. Nämä hoitajien tunteet, väkivallan kokemukset sekä eettiset ajatukset voivat olla hoitajien mielessä sen verran suuria ja merkityksellisiä, ettei niitä pysty ilmaisemaan työpaikalla. Toisaalta niitä myös vähätellään, ja pyritäänkin peittämään. Tuloksien mukaan työväkivaltaa piilotellaan ja salataan. Siksi voisikin olla hyvä tapa, että aloite keskusteluun tulisi työnjohdolta. Avoin, rakentava vuorovaikutus ja dialogisuus on avain hyvään keskusteluyhteyteen työpaikoilla.

6.2 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa eettisyyttä pitää pohtia joka vaiheessa. Eettisiin ongelmiin voi törmätä erimerkiksi hakuvalinnoissa ja tiedonhankinnassa. Tieto ja haut pitää olla toistettavissa, eli kuka vaan voi päästä samaan tulokseen jos hakee samoilla hakusanoilla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin tiedonhaussa tarkkuutta, ja lähteitä pohdittiin monelta kantilta. Tulokset on toistettavissa. Mukaan otetut artikkelit oli laadukkaita, ja työhön otettiin mukaan yksi yamk työnä tehdyn kirjallisuuskatsaus, vaikka se ei ollut vertaisarvioitu. Kuitenkin tutkimukset mitä käytettiin yamk katsauksessa, oli vertaisarvioituja, joten perusteena mukaanottoon on se.

Kirjallisuuskatsaukseni käsitti uutta tutkittua tietoa vuosilta 2011–2016. Cinahl tietokannasta tuli niukasti vastauksia hakusanoihin. Hyviä tuloksia, jotka olisivat sisältöä antaneet kirjallisuuskatsaukseni, tuli harmittavan vähän. Niin tein ratkaisun sen tietokannan, ja yhden hakusanan kanssa, että rajasin tutkimuksen paria vuotta aikaisemmaksi aikavälille 2009–2016. Perustelu oli tässä aineiston vähyys.

Validiteetti vastaa siihen, onko mitattu juuri sitä, mitä on tarkoitettu mitattavaksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 189). Tarkoitukseni oli tutkia sitä, millaisena hoitajat kokevat psykiatrisen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon eristämistoimenpiteet. Osa aineistosta oli toteutettu ulkomailla ja osa Suomessa. Mielestäni siinä voi olla ongelmaa sen kanssa, tutkitaanko juuri sitä mitä halutaan tutkia? Toisessa kulttuurissa, toisella lainsäädännöllä toteutettu psykiatrisen tahdosta riippumaton sairaalahoido voi poiketa kovin suomalaisesta psykiatrisesta lainsäädännöstä. Poikkeavuuksia voi olla ylipäättänsä hoitokulttuurissa, puhumattakaan asenteista ym. asiaan vaikuttaneista asioista. En rajannut hakutuloksia koskemaan pelkästään suomalaisia aineistoja, tiedon vähyyden vuoksi. Uskottavuus kuvastaa sitä, kuinka selkeästi tuloksia on kuvattu (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198). Kirjallisuuskatsauksessani yritin kuvastaa aineistoa niin selkeästi kun mahdollista, ja luoda näin lukijalle terävän kuvan kirjallisuuskatsauksestani, ja siitä kuinka katsaus on toteutettu.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimuskohteet

Tahdosta riippumattomat rajoittamistoimenpiteet aiheuttaa paljon keskustelua, niin psykiatrian kentällä, kuin julkisuudessakin. Potilaan näkökulmaa on tuotu esille, ja se onkin tärkeä tutkimuksen kohde, mutta hoitajien kokemukset psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon rajoittamistoimenpiteissä on myös tärkeä tutkimuskohde. On selvää, että pakon käyttö aiheuttaa niin potilaissa, kun myös hoitajissa erilaisia tunteita ja ajatuksia. Hoitotyön ammattilaisella on keinoja käsitellä näitä mm. työnohjauksessa ja työpaikalla työtovereiden kanssa, mutta muuten mahdollisuudet rajalliset. Rajoittamistoi-

menpiteet ovat hyväksytyjä keinoja psykiatrisessa hoitotyössä, mutta ne pitää perustua aina mielenterveyslakiin. Kirjallisuuskatsauksen aihe on ajankohtainen, jota ei ole tutkittu vielä tunnepuolen valossa paljon. Tiedonhaku onnistui hyvin, ja tiedonhakuun käytettiin myös luovia keinoja. Tietoa hakiessa törmäsin siihen, että tietoa aiheesta ei löytynyt suuria määriä.

Mielestäni tämä kirjallisuuskatsaus vastasi tutkimuskysymykseen, ja palveli ajatusta mikä alussa oli tiedon herättäjänä, halu tutkia niitä ajatuksia ja tunteita mitä psykiatrinen tahdosta riippumaton hoidon rajoittamistoimenpiteet hoitajissa herättää. Psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito herätti hoitajissa kirjallisuuskatsauksen valossa, niin positiivisia tunteita, kun negatiivisia tunteita, turvallisuuden tunteeseen vaikuttavia tunteita sekä eettistä pohdintaa. Perusteltua olisi siis väittää, että tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoidon rajoittamistoimenpiteet ylipäättänsä herättää tunteita. Mielestäni sairaanhoitajan koulutuksessa voitaisiin panostaa enemmän näiden asioiden läpikäymiseen, sillä aloitteleva sairaanhoitaja voi tuntea hämmennystä työharjoittelussa, kuin myös työssä, ja siksi asioita voisi käydä läpi ohjaajan kanssa.

Omaan kokemukseeni perustuen suljetut osastot ovat hyvin askeettisia ja riisuttuja kaikesta ylimääräisistä ärsykkeistä. Tätä on perusteltu sillä, että maaniset potilaat eivät hyödy ylimääräisistä ärsykkeistä. Hoitoajat suljetulla voivat olla kuitenkin useampia päiviä, viikkoja, jopa kuukausia, vaikka hoitoaikoja pyritäänkin vähentämään. Suljettujen osastojen askeettisuus ja virikkeettömyys on asia, jota potilaat myös kritisoivat. Potilaat kokevat tekemisen puutetta, varsinkin siinä vaiheessa missä oma vointi alkaa jo kohentua. Mielestäni toiminnallisuutta ja virikkeellisyyttä osana potilaan arkea suljetulla osastolla pitäisi lisätä. On tutkittu, että esimerkiksi liikunnalla on kymmeniä hyviä vaikutuksia ja se auttaa stressin hallintaan, mielenterveyteen, henkiseen hyvin-

vointiin. Sekä liikunnan puute on yhteydessä puutteelliseen unenlaatuun sekä päiväaikaiseen väsymykseen. Liikunta myös kohentaa mielialaa (Huttunen, 2015.) Toiminnallisuuden kautta, ja potilaan aktiivisen hoitoon osallistumisen kautta voitaisiin saada edistettyä tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitotyötä. Myös potilaan kanssa vietetty aika ja potilaan havainnointi korostuu potilaan vointia arvioidessa. Jos havainnointia tehtäisiin enemmän, niin voitaisiin ennakoida huonoja oloja entistä tehokkaammin. Voitaisiin myös tehokkaasti puuttua voinnin etenemiseen, ettei sen tarvitsisi eskaloitua kontrollin menettämiseksi.

Yhteistyöllä on myös muita merkittäviä tekijöitä, nimittäin se parantaa yhteystyösuhdetta, joka on merkittävä asia potilaan hoitoa. Yhteistyön syvenemisellä voi olla merkitystä myös potilaan hoitomyöntyvyyteen ja motivaatioon. Toimintaa on kaikenlainen yhdessä tehty toiminta, mikä edesauttaa potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Koska se pitää muistaa, että kaikki toiminta mikä edistää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista hyvinvointia, myös samalla tehokkaasti ehkäisee pahoinvointia.

Kuntouttava hoitotyö onkin aloitettava heti potilaan saapuessa osastolle, ja sen pitää syventyä sen mukaan kun potilaan vointi kohenee. Kuntoutuksen on oltava potilaan vointi huomioiden, mielekästä, tavoitteellista, eteenpäin etenevää ja potilaan vointia tukevaa, huomioiden hänet omat henkilökohtaiset vahvuudet, toiveet ja tavoitteet. Jos hoitajalle jää potilaan hoidossa pelkkä "portinvartijan rooli", ja yhteistyö perustuu vain rajoituksiin, säätelyyn sekä tahdosta riippumatta toteutettuihin hoitotoimenpiteisiin, niin yhteistyölle ja hyvälle psykiatriselle hoidolle ei ole hyviä lähtökohtia. Potilas pitää nähdä yhteistyökumppanina, ja osallisena omassa hoidossaan, sekä antaa vastuuta potilaalle osallisuudessaan, sekä auttaa häntä kuntoutumaan. Kuntoutuminen

pitää aloittaa heti potilaan tullessa osastolle. Näin omaan kokemukseeni nojaten voidaan päästä hyviin tuloksiin hyvässä, osallisuutta korostavassa psykiatrisessa hoitotyössä.

Kuten kaikki tieto, myös tämän kirjallisuuskatsauksen avulla tuotu tieto toi mukanaan myös lisää kysymyksiä ja mielenkiintoisia tutkimusaiheita. Rajoittamistoimenpiteissä ja pakon käytössä on eriäviä mielipiteitä siitä mitä ja kuinka paljon ja missä tilanteissa on riittävä määrä käyttää rajoittamiskeinoja psykiatrisessa hoidossa. Mahdolliset jatkotutkimukset voisivat suuntautua siihen miksi pakon käytöstä on hoitajilla ja potilailla niin eriävät näkemykset ja kokemukset? Myös hoitotyön keinoja olisi mielenkiintoista tutkia lisää ja keinoja ja työkaluja siihen miten eristystä ja sitomista voisi välttää enemmän ja kuinka hoitajat voisivat kehittää ennakoivia rajoittamis- ja eristämistoimenpiteisiin.

Lähteet

Camuccio, C.-A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D., Zanotti, R. 2012. Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, 19, 807–815

Eskola, J., Suoranra, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta vastapaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. 15. – 17. p. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P., Agge, E. 2008. *Tämä potilas kuuluu meille, sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä*, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy

Huttunen, J., 2015. *Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua*, dlk00934 (038.002), Duodecim, viitattu 14.11.2016

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934#s2

Hyyti, J., Kauppila, J., Koskelainen, M., Rantaeskola, S. 2015. *Haastavat asiakastilanteet : väkivalta työssä*. Helsinki : Talentum.

Itkonen, M. 2015. *Hoitajan kokema työväkivalta seurauksineen moniulotteisena ilmiönä*. Opinnäytetyö, YAMK. Laurea Ammattikorkeakoulu, sosiaali- terveys ja liikunta-ala, Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Viitattu 10.11.2016.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94669/Opin.uusin.pdf?sequence=1>

Järvelin, J. 2016. *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014, Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 7.11.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130535/Tr07_16_FI.pdf?sequence=1

Kaltiala-Heino, R., Makkonen, P., Moring, J. 2014. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Duodecim. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, sähköinen kirja. Viitattu 20.11.2016.

<http://www.oppiportti.fi/op/ptp00106/do>

Kinnunen, M. 2013. *Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla*. Pro gradu –tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, Preventiivinen hoitotiede Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Viitattu 10.11.2016.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices on psychiatric hospitals- towards evidence based clinical nursing. Väitöskirja, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Viitattu 12.11.2016.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>

Korkeila, H., Koivisto, A.-M., Paavilainen, E., Kylmä, J. 2016. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37:464–475.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 5.11.2016. <http://www.finlex.fi>, hakusana Suomen perustuslaki.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 5.11.2016. <http://www.finlex.fi>, hakusana mielenterveyslaki.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., 2014. *Etiikka Hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Lömmqvist, J., Moring, J., Henriksson, M., T. 2014. *Psykiatria. Sähköinen kirjajulkaisu*. viitattu 20.11.2016 Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniulienė, V., Välimäki, M. 2009. Restraint and seclusion: a distressing treatment opinion? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 599-605.

Muir-Cochrane, E.C., Braid, J., McCann, T.V. 2015. Nurses experience of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 109–115.

Mäenpää, H. 2012. Potilaslähtöisyys korvasi pakkokeinot, *Potilaan lääkärilehti* 50–52/12. 3805. Viitattu 14.11.2016, <http://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/potilaslahtoisuus-korvasi-pakkokeinot/>

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. *Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Rovasalo, A., Jüriloo, A., 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Lääketeieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2011;127(1):5-7 <http://www.oppiportti.fi/op/pkr02702/do>

- Salminen, A., 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. viitattu 14.11.2016, http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B., 2009. Hoitotyön Etiikka. Helsinki: Edita Prima
- Stolt, M., Axelin, A. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Turun Yliopiston julkaisuja.
- Suaa, P., Tuomikoski, M., 1995. Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY
- Terveyden- Hyvinvoinninlaitos, Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa- Hanke. 2011-2030. Viitattu 7.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/hankkeet/27896>
- Tiihonen, J., 2014. Väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijät ja etiologia. Helsinki: Duodecim
- Tolonen, L., 2011, Psykiatrinen pakkohoito ihmisoikeus.kysymyksenä – potilaiden asema ja valvontaelinten työ oikeusturvan toteuttajana. Oikeustieteen maisterin koulutusohjelman lopputyö. Lapin yliopisto, Hallinto-oikeus. viitattu 7.11.2016 <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/59958/LeenaTolonen.gradu.pdf?sequence=1>
- Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy
- YK:n yleismaallinen ihmisoikeuksien julistus. 1948. 3. atriikka. viitattu 7.11.2016. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt alkuperäisartikkelit

	Julkaisun tekijät (t) , nimi, julkai- sumaa ja julkai- suvuosi	Tavoitus/tarkoite	Metodi	Keskeiset tulok- set
1	Korkeila, H., Koivisto, A.-M., Paavilainen, E., Kylmä, J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. Julkaistu verkossa: 2016	Tarkoituksena oli kuvata suomalaisten psykiatristen sairaanhoitajien emotionaalinen ja eettinen kokemuksia eristämisestä ja sitomisesta, ja niihin liittyvistä tekijöistä.	Aineistolähtöinen lähestymistapa. Aineisto kerättiin vuonna 2013 käyttämällä SREQ sähköistä kyselylomaketta. Tutkimukseen vastasivat kuuden psykiatrisen sairaalan osaston hoitajat etelä-suomesta, iältään 18–65 vuotiaita.	Tutkimuksen mukaan miehuoliset sairaanhoitajat ovat mukana eristys ja sitomisen vaaratilanteissa enemmän kuin nais-sairanhoitajat. Osallistuminen vähintään kymmeneen eristys / sidonta tapahtumaan viimeisen 12 kk sisällä lisäsi sitä kokemusta, että eristämistä ja sitomista käytetään väärin. Vain puolet hoitajista koki, että eristys ja sitominen rik-

				koo potilaan autonomiaa.
2	Itkonen, M., Hoitajan kokemus työväkivalta seurauksineen moniulotteisena ilmiönä. Suomi, 2015.	Kuvata potilaisen tai asiakkaisen väkivaltaista käytöstä ja sen vaikutusta hoito-henkilökunnan hyvinvointiin.	Kirjallisuuskatsaus YAMK työstä, jossa käytettiin vertaisarvioituja artikkeleita.	Hoitajan kokemus työväkivalta seurauksineen on kompleksinen ilmiö. Usein hoitaja kohtaa työssään häirintää, ja uhkailua potilaan taholta, solvauksia, sanallista uhkaa, tavaroiden heitelyä ja tönimistä, huitomista sekä lyömistä ja potkimista.
3	Kinnunen, M., Huoneeristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Suomi, 2013	Kuvata huoneeristyspotilaan hoitotyötä psykiatrisella osastolla	Aineistopohjainen tutkimus, kyselytutkimus.	Tutkimuksessa hoitajat korostivat turvallisuutta osastolla. Eristämistä käytettiin harkitusti ja se oli viimeinen keino auttaa potilasta. Aina syy eristämiseksi ei ollut potilaan väkivaltaisuus, vaan

				eristämistä käytettiin ehkäisykeinona uhkantilanteille ja levottomuudelle osastolla.
4	Camuccio, C.-A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D., Zanotti, R. Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. Julkaistu verkossa 2012.	Tavoitteena oli selvittää ajatuksia ja tunteita mitä Italianlaiset hoitajat kokevat hoitaessaan ahdistuneita ja aggressiivisia potilaita akuutti psykiatriassa.	Kyselytutkimus joka toteutettiin italialaisille psykiatrisille hoitajille.	Pelko oli valta tunne hoitajien kokemana: pelko tulla satutetuksi potilaan taholta. Potilaan vahingoittaminen tai pelko terapeutin suhteen vahingoittamisesta. Hoitaessaan ahdistuneita ja aggressiivisia potilaita, hoitotiimi tarvitsee jakaa samanlaisia tunteita keskenään.
5	Muir-Cochrane, E. C., Braid, J., Mccann, T. V. Nurses experience of restraint and seclusion use in short-stay	Tarkoituksena on ymmärtää hoitajien kokemuksia eristyksestä ja sitomisesta lyhytaikaisella akuuttiosastolla jossa hoidettiin van-	Kyselytutkimus vanhempien, yli 60 v. ihmisten akuutti psykiatrian hoitotyön osastolla Australiassa.	Päätös käyttää eristystä ja sitomista ei tehty kevein perustein. Ei koettu tarpeelliseksi kehittää eristys-

	acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study.	hempia yli 65-vuotiaita psykiatrisia potilaita.		tä ja sidontaa. Eristämisellä ja sidonnalla koettiin olevan haitallisia vaikutuksia ympäristöön, käytökseen sekä potilas ja hoitaja suhteeseen.
6	Kontio, R., Patient seclusion and restraint practices on psychiatric hospitals- towards evidence based clinical nursing.	Tavoitteena oli tukea näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä potilaan eristämisen- ja sitomiskäytännöissä.	Aineistopohjainen Kyselytutkimus potilaille, hoitajille ja lääkäreille ja kolmas vaihe oli verkkokurssi ja arvioitiin sen vaikutuksia ammatilliseen osaamiseen.	Tutkimus tuo erilaisia näkökulmia kliiniseen hoitotyöhön, hoitajien koulutukseen ja johtamiseen ja hoitotieteeseen.
7	Moran, A., Co-coman,A., Scott, P.A., Matthews, A., Staniulienė, V. , Välimäki, M. Restraint and seclusion: a distressing treatment opinion? Verkkojulkaisu 2009.	Tutkimus selvitti mitä tunteita sitominen ja eristäminen aiheuttavat hoitajille.	Laadullinen aineistopohjainen kyselytutkimus	Eristäminen ja sitominen aiheuttaa hoitajille paljon vaivauttavia ja toisaalta myös ahdistavia tunteita.

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen teemojen luokittelu





