

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Jonna Ismäälä, Reetta Laulaja & Ada Merikukka

UHAT JA RISKITEKIJÄT ERISTYSHUONEHOIDON AIKANA HOITAJAN JA POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Jonna Ismäälä, Reetta Laulaja & Ada Merikukka

UHAT JA RISKITEKIJÄT ERISTYSHUONEHOIDON AIKANA HOITAJAN JA POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Suomessa vuonna 2015 psykiatrisessa sairaanhoidossa sai apua jopa 169 631 potilasta. Osastohoidon yhteydessä pakkohoitotoimia käytettiin 4741 kertaa, yleisin näistä pakkotoimista oli eristäminen (Heino, Järvelin & Passoja 2017). Vuotta myöhemmin osastohoidot psykiatriassa erikoissairaanhoidossa on vähentynyt 1,1%, mutta kaikenkaikkiaan potilaiden määrä oli noussut 4,8% (THL, 2018).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on perehtyä uhkiin ja riskitekijöihin eristysuonehoidon aikana. Tavoitteena on selvittää mitä uhkia ja riskitekijöitä eristysuonehoidon aikana ilmenee, niin hoitajan kuin potilaankin näkökulmasta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineistona käytettiin ryhmätyötilanteessa kerättyä ääninauhoitetta. Tutkimukseen osallistui kahdeksan hoitohenkilökunnan jäsentä viideltä aikuispsykiatrian osastolta.

Tuloksissa nousi esiin potilaan uhkina ja riskitekijöinä erilaiset ympäristötekijät, loukkaantumisriski, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus sekä potilaan terveydentilan vaarantuminen. Hoitajien uhkina ja riskitekijöinä nousi esiin vuorovaikutukseen liittyvät haasteet, ammattitaitoon liittyvät puutteet, hoitajien työturvallisuuden vaarantuminen sekä ympäristötekijät. Hoitajien ja potilaiden tulosten välillä yhtäläisyyksiä olivat ongelmat vuorovaikutuksessa ja ympäristötekijöissä.

Eristysuonehoito aiheuttaa uhkia ja riskitekijöitä niin hoitajan kuin potilaankin toimesta. Hoitajan ammattitaidon ja kommunikoinnin puute aiheuttaa molemmille osapuolille mahdollisia uhkatilanteita. Potilaan kiihtyneisyys ja aggressiivisuus tai puutteellinen ymmärrys omasta terveydentilastaan edesauttaa tilanteiden kärjistymistä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä.

Opinnäytetyö on osa EriTurva-hanketta ja se on tehty yhteistyössä Turun yliopiston, Turun ammattikorkeakoulun sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

ASIASANAT:

Psykiatria, Riskitekijä, Uhka, Eristysuone, Huone-eristys

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2018 | 24 pages

Jonna Ismäälä, Reetta Laulaja & Ada Merikukka

THREATS AND RISK FACTORS IN PSYCHIATRIC CARE DURING SECLUSION: IN PATIENT AND NURSE PERSPECTIVES

In 2015 there was 169 631 patients that received psychiatric care in Finland. 4741 patients received care under section, in which the most common intervention was isolation. (Heino, Järvelin & Passoja 2017). A year later psychiatric ward treatments reduced by 1,1% with overall patient increase of 4,8%. (THL, 2018).

The purpose of this thesis was to describe risks and threats around isolation during treatment. The aim is to understand what risks and threats are evident during isolation room treatment in both patient and nurse perspectives.

Thesis was carried out as a qualitative study. Taped group work was used as a material in the study. Eight members of staff from five different adult psychiatric care wards took part in the study.

The risks and threats related to patient included environmental risks, risk of injury, interaction between patient and nurse, and the possible decline on patient health. The risks and threats around nurses included difficulties with interaction, lack of competence, increased risk on occupational safety and environmental factors. The similarities within results consisted of problematic interaction between nurse and the patient and environmental factors.

Both the nurse and the patient causes threats and risks in seclusion. The lack of competence in staff and challenges in communication can result in increased risk on both patient and nurse. Agitation and aggressive behaviour or lack of awareness and understanding in patients point of view can lead to heightened situations between the staff and the patient.

This thesis is a collaboration of Turku University, Turku University of Applied Sciences and The Hospital District of Helsinki and Uusimaa and it's a part of the EriTurva-project.

KEYWORDS:

Psychiatry, risk factor, threat, seclusion

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TEORIATAUSTA	2
2.1 Psykiatria ja psykiatrinen hoitotyö	2
2.2 Riskitekijät sekä niiden käsitys hoitajien ja potilaiden näkökulmasta eristyksen aikana	2
2.3 Pakkohoito	4
2.3.1 Eristyshuone ja eristyshuonehoito psykiatriassa	5
2.3.2 Leposide-eristys	6
3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	8
4.1 Aineiston keruu	8
4.2 Aineiston analyysi	8
5. TULOKSET	11
5.1 Tutkittavien taustatiedot	11
5.2 Uhat ja riskitekijät hoitajan näkökulmasta potilaan eristyshuonehoidon aikana	12
5.3 Uhat ja riskitekijät potilaan näkökulmasta eristyshuonehoidon aikana	16
6. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	19
7. POHDINTA	22
LÄHTEET	25

KUVIOT

Kuvio 1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109.)	9
Kuvio 2. Esimerkki opinnäytetyön aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta	10
Kuvio 3. Eristyshuonehoidon uhat ja riskitekijät hoitajan näkökulmasta	15
Kuvio 4. Eristyshuonehoidon uhat ja riskitekijät potilaan näkökulmasta	18

1 JOHDANTO

Jokaisella alalla, kuten myös terveydenhoitoalalla, on omat riskitekijänsä. Hoitoalan riskit jaetaan henkisiin, sosiaalisiin ja ruumiillisiin riskitekijöihin. Hoitoalalla työntekijä kohtaa usein häirintää ja epäasianmukaista kohtelua. Myös väkivallan riski on suuri juuri terveydenhuoltoalalla, sillä asiakkaat ovat usein päihtyneitä. (Parantainen & Soini. 2011. 9-14.) Eristyshuonehoitoa käsitteleviä tutkimuksia on tehty aikaisemmin hyvin vähän. Tutkimuksissa on painotettu potilaiden ja hoitajien kokemuksia eristystilanteista. Potilaat kokevat eristystilanteet epämiellyttävänä toimenpiteenä. (Kinnunen 2013.)

Suomessa vuonna 2016 psykiatrisessa sairaanhoidossa sai apua jopa 177 839 potilasta. Näistä hoidoista 10 314 alkoi tahdonvastaisella läheteellä. Suomessa osastohoidon yhteydessä pakkohoitotoimia kyseisenä vuonna käytettiin noin 4 245 kertaa, yleisin näistä pakkotoimista oli eristäminen (1 855 kertaa) ja toiseksi yleisin oli sitominen lepositeillä (1 052). (THL 2018.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä uhkiin ja riskitekijöihin eristyshuonehoidon aikana potilaiden ja hoitajien näkökulmista. Tavoitteena on selvittää mitä uhkia ja riskitekijöitä eristyshuonehoidon aikana ilmenee. Opinnäytetyössä pohjana toimii kaksi tutkimuskysymystä: Mitä uhkia ja riskitekijöitä on potilaan näkökulmasta eristyshuonehoidon aikana? Mitä uhkia ja riskitekijöitä on hoitajan näkökulmasta potilaan eristyshuonehoidon aikana?

Aineisto kerättiin ryhmätyötilanteessa aikuispsykiatrisessa sairaalassa. Ryhmätyöhön osallistui kahdeksan sairaalan osastoilla työskentelevää hoitoalan ammattilaista. Keskustelut ovat nauhoitettu äänitallenteena, joka toimii nyt tämän opinnäytetyön aineistona. Aineisto litteroitiin ja tämän jälkeen analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108).

Opinnäytetyömme on yksi osa EriTurva-hanketta ja tehdään yhdessä Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa yhteistyössä. Hankkeen rahoittajana toimii työsuojelurahasto. (Työsuojelurahasto 2016.)

2 TEORIATAUSTA

2.1 Psykiatria ja psykiatrinen hoitotyö

Terveyskirjaston lääketieteen sanaston mukaan "Psykiatria on lääketieteen haara, joka tutkii, hoitaa ja ehkäisee mielenterveyshäiriöitä" (Terveyskirjasto 2017). Psykiatriassa on eri erikoisaloja; lasten-, nuoris-, aikuis- ja oikeuspsykiatrian sekä erityisosaamisen alueina muun muassa päihde- ja vanhuspsykiatria (HUS 2018).

Mielenterveyden häiriötä käytetään yleisnimikkeenä psykiatrisille häiriöille. Ne ovat oireyhtymiä, joissa psyykkiset oireet ovat kliinisesti merkitseviä ja joihin liittyy kärsimystä tai haittaa (THL 2015).

Hoitotyö psykiatriassa on vastuullista ja täten vastuullisuutta vaaditaan myös hoitajilta. Hoitajilla täytyy lisäksi olla kykyä työskennellä itsenäisesti, heidän tulee pitää huolta myös oman ammattitaidon ylläpitämisestä, ajantasaisen tiedon hankkimisesta ja sen omaksumisesta itsenäisesti. Hoitajalta vaaditaan lisäksi tavoitteellisuutta, sillä hoitajan täytyy osata arvioida mikä asiat ovat missäkin tilanteessa tarpeellisia. (Välimäki, Holopainen & Jokinen, 2000. 16-17.)

Hoitajan tehtävä psykiatrisessa hoitotyössä on auttaa ja tukea potilaita yksilöinä tai ryhmää kokonaisvaltaisesti heidän terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä. He auttavat mielenterveydellisistä ongelmista kärsiviä potilaita arjen asioissa, sekä ovat heidän tukenaan niistä selviytymisessä ja päivittäisten terveysongelmien hoitamisesta sairaudesta huolimatta. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu moniammatillisen yhteistyön tärkeys ja sen toimiminen isona osana potilaan hoitoa. (Välimäki, Holopainen & Jokinen, 2000. 16-17.)

2.2 Riskitekijät sekä niiden käsitys hoitajien ja potilaiden näkökulmasta eristyksen aikana

Jokaisella alalla, kuten myös terveydenhoitoalalla, on omat riskitekijänsä. Hoitoalan riskit jaetaan henkisiin, sosiaalisiin ja ruumiillisiin. Lisäksi työympäristössä on omat riskinsä, joka voidaan jakaa fysikaalisiin, kemiallisiin sekä biologisiin riskeihin. Työergonomia, esimerkiksi raskaat nostot ja toistuvat kumara-asennot luovat fyysisiä riskejä.

Työterveyslaitoksen tekemän oppaan mukaan useimmilla hoitoalan työpaikoilla juuri toistuvat kumara-asennot ovat suurin fyysinen riski. Työntekijän henkistä hyvinvointia ajatellen riskiksi nousee epätyypilliset työajat ja tämän myötä unen laadun ja määrän heikkeneminen. Henkistä hyvinvointia kuluttaa kiireen lisäksi myös se, että oma persoona on jatkuvasti käytössä. Hoitoalalla työntekijä kohtaa usein häirintää ja epäasiainmukaista kohtelua. Tätä ei useinkaan oteta puheeksi, sillä aihetta on vaikea käsitellä. Väkivallan riski on suuri juuri terveydenhuoltoalalla, sillä asiakkaat ovat usein päihytyneitä ja heillä on aggressiivisesti käyttäytyviä omaisia. Ympäristössä riskitekijöitä ovat infektio tartunta vaarat. Työntekijä saattaa altistua mikrobeille, viruksille tai kemiallisille aineille. Näiden lisäksi yhdeksi riskitekijäksi on nousemassa tila- ja sisäilmaongelmat ja juuri tämän vuoksi yksittäisiä ammattitaitoja aiheuttavat altisteet ovatkin homesienet. (Parantainen & Soini. 2011. 9-14.)

Hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä huone-eristyksen aikana ovat hoitajan ammatillisuus ja asenteet, potilaiden sen hetkinen fyysinen ja psyykinen kunto, eristystilanteen inhimillisuus, kommunikaatioyhteys ja sairaalan osaston yleinen tilanne. (Kontio 2011.)

THL määrittelee riskitekijä -käsitteen seuraavasti: ”Sosiaalinen, taloudellinen tai biologinen tekijä, käyttäytymistapa tai ympäristö, joka on yhteydessä tai lisää alttiutta tietyille sairauksille tai ongelmalle.” (THL 2016.)

Uhka määritellään suomen kielen perussanakirjassa näin: ”Mahdollisesti toteutuvaksi epämieluisaksi, pelottavaksi tai vahingolliseksi seikaksi”. Uhka voidaan määritellä myös ”vaaraksi joka uhkaa tai jonka voi kuvitella uhkaavan jotakin.” (Seppälä 2011.)

Huone-eristyspotilaan hoitotyötä käsitteleviä tutkimuksia on tehty aikaisemminkin, mutta hyvin vähän. Tutkimuksissa on painotettu potilaiden ja hoitajien kokemuksia eristystilanteista. Potilaat kokevat eristystilanteet epämiellyttävänä toimenpiteenä. Potilaiden eristämiseen liittämät negatiiviset kokemukset, johtuvat heidän kokemasta puutteellisesta kohtelusta, huonosta ja riittämättömästä vuorovaikutuksesta. Potilaat toivoivat vuorovaikutuksen jatkuvan hoitajan kanssa myös eristystilanteen aikana. Useat tutkijat ovat todenneet, että eristämistilanteet vaikeuttavat hoitosuhteen muodostumista. (Kinunen 2013.)

2.3 Pakkohoito

Itsemääräämisoikeus sekä yksilönvapaus määrää sen, että pääsääntöisesti potilaan oma tahto perustelee hoidon. On kuitenkin tilanteita, että potilas tarvitsee hoitoa tahdosta riippumatta. Potilas voidaan määrätä pakkohoitoon, jos hän on vaaraksi itselleen tai muille tai jos potilas ei tiedosta omaa etuaan. Pakkohoito on aina perustuttava lakiin ja sitä säädellään monissa eri mielenterveyslaissa. Pakkohoitoa määrätään kerrallaan kolmeksi kuukaudeksi ja tämän jälkeen pakkohoidon tarve arvioidaan uudelleen. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 2018.)

Pakkohoidon eli tahdosta riippumattoman hoidon perusteena on vakava mielenterveyshäiriö, joka johtaa todellisuudentajun häiriintymiseen. Näitä mielenterveyshäiriöitä ovat esimerkiksi delirium, skitsofreniaan liittyvät psykoosit, psykoottinen depressio, psykoottinen kaksisuuntainen mielialahäiriö ja muut psykoosit. Alaikäisen potilaan kohdalla riittää epäily vakavasta mielenterveydenhäiriöstä. Pakkohoitoon määräämisessä on otettava huomioon myös hoidosta todennäköisesti saatava hyöty ja mahdolliset haitalliset seuraukset. (Korkeila 2006.)

2.3.1 Eristyshuone ja eristyshuonehoito psykiatriassa

Eristyshuone on äänieristetty, lukittu huone, josta potilas ei pääse omatoimisesti pois. Tila on pelkistetty ja virikkeetön. Huoneessa ei tulisi olla kalusteita, vaan ainoastaan patja lattialla. Potilaan turvallisuudesta huolehditaan taukoamatta ja hän voi kommunikoida hoitohenkilökunnan kanssa aina tarpeen mukaan. (Kinnunen 2013.)

Eristämisestä ja sitomisesta on säädetty mielenterveyslaissa. Mielenterveyslain 22 §:n mukaan potilas saadaan eristää muista potilaista vasten tahtaan

1. jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
2. jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
3. jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116)

Psykiatrisessa hoidossa eristämällä tarkoitetaan potilaan olemista eristettynä muista ihmisistä eristyshuoneessa tai lepositeissä eristyshuoneessa (Kinnunen, 2013.) Potilas voidaan tarvittaessa eristää hänen ollessaan mielenterveyslain (1116/1990, 1423/2001) mukaisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa. Eristys toteutetaan, kun muilla keinoin ei kyetä takaamaan potilaan omaa, toisten potilaiden tai henkilökunnan turvallisuutta. Sitomishoitoa käytetään vain, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksen perusteella vahingoittaisi todennäköisesti itseään tai muita. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 244.)

Eristämistoimenpiteeseen antaa luvan ja siitä päättää aina lääkäri, mutta myös muu henkilökunta voi joutua suorittamaan toimenpiteen hätätilanteessa väliaikaisesti, ennen kuin lääkäri saapuu paikalle. Yleensä potilaan eristäminen ja sitominen rajoittuvat vain muutamiin tunteihin, mutta on olemassa myös tilanteita, joissa potilaan itsehallinta ei onnistu sairauden vuoksi, jolloin eristäminen tai sitominen voi kestää pidempään. Eristämistä ja sitomista ei käytetä rangaistusmetodinä, vaan ainoastaan hoidollisena toimenpiteenä. (Hietaharju & Nuutila 2010, 175-176.)

2.3.2 Leposide-eristys

Eristyshuonehoitoon voi lääkärin määräyksestä lisätä lepositeiden käyttö, mutta vain äärimmäisessä tapauksessa, kun muut keinot (mm. kiinnittäminen, vierihoito, lääkitys, eristäminen) eivät riitä, ja potilas uhkaa joko omaa tai muiden turvallisuutta. Lepositeilla tarkoitetaan joko vyötä, hihnoja tai remmejä, joilla potilas sidotaan paikoilleen vuoteeseen, niin ettei hän pääse nousemaan ylös. (Alanen 2018).

Lepositeissa olevan potilaan tilaa seurataan jatkuvasti ja hänelle nimetään vastuuhoidtaja, joka vastaa potilaan hoidosta ja tarkkailusta sekä mahdollisuudesta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 174-175.)

Potilaan ollessa lepositeissa, hänellä on oikeus tavata omaiset sekä olla heidän kanssaan yhteydessä. Siteet tulee olla irrotettuina raajoista mahdollisimman usein ja sitominen täytyy lopettaa välittömästi, kun sitominen ei ole enää pakollista ja kun esimerkiksi lääke on rauhoittanut potilaan. Leposide-eristykseen loputtua henkilökunnan, joka oli eristyksessä mukana, tulee käydä tilanne läpi potilaan kanssa. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 16).

3. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli perehtyä uhkiin ja riskitekijöihin eristysuonehoidon aikana potilaiden ja hoitajien näkökulmista. Tavoitteenamme oli selvittää mitä uhkia ja riskitekijöitä eristysuonehoidon aikana ilmenee.

Opinnäytetyössä pohjana toimi kaksi tutkimuskysymystä:

1. Mitä uhkia ja riskitekijöitä on hoitajan näkökulmasta potilaan eristysuonehoidon aikana?
2. Mitä uhkia ja riskitekijöitä on potilaan näkökulmasta eristysuonehoidon aikana?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Tässä tutkimusmuodossa korostuu ihmisten omien kokemusten, näkemysten, tulkintojen, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen, jolloin ihmisen uskomukset, asenteet ja käyttäytymisen muutokset vaikuttavat tutkimustuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49).

Tutkimusaineisto kerättiin 29.11.2017. Aineiston keruu toteutettiin ryhmätyötilanteena, johon osallistui sairaalan kahdeksan hoitohenkilökunnan jäsentä (Hyppönen & Lindén, 40). Hoitohenkilökunnalle näytettiin viittä turvakameratallenteista otettua kuvaa, joiden pohjalta he arvioivat tilanteiden mahdollisia uhkia ja haasteita sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Ryhmätyötilanne toteutettiin samoilla kysymyksillä ja kuvilla kahta eri osallistujaryhmää käyttäen. Tilanne aloitettiin yhteisellä alkuohjeistuksella, jonka aikana heiltä kerättiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Alkuohjauksen jälkeen ryhmät jaettiin kahteen eri huoneeseen neljän hengen ryhmissä ja heille annettiin kysymykset sekä viisi kuvankaappausta keskusteluiden pohjaksi. Kysymykset liittyivät turvallisuuteen, riskitekijöihin ja vuorovaikutukseen eristyshuonehoidon aikana. Kun molemmat ryhmät olivat omilta osiltaan valmiit, kokoontuivat he taas yhdeksi isoksi ryhmäksi, jossa he kävivät yhteisesti läpi vastauksiaan. Aineiston keruun apuna käytettiin ääninauhoitusta sekä osallistujia pyydettiin kirjaamaan tärkeimmät keskusteluisa tulleet seikat ylös.

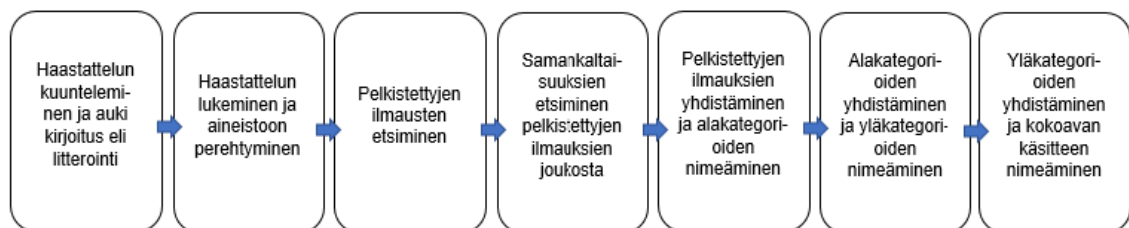
4.2 Aineiston analyysi

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia alkuperäisiä ilmaisuja niiden merkityksen perusteella. (Kylmä & Juvakka 2012, 112-113.) Perusprosessia eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli kluserointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajarvi 2011, 108.) Kuviossa 1 selvennetään aineiston analyysin eteneminen vaiheittain. Kuviossa 2 esitetään esimerkkejä tämän opinnäytetyön aineiston pel-

kistämisestä sekä luokittelusta. Prosessin avulla pystytään pohtimaan tapahtumien ja asioiden yhteyksiä, seurauksia ja merkityksiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21.)

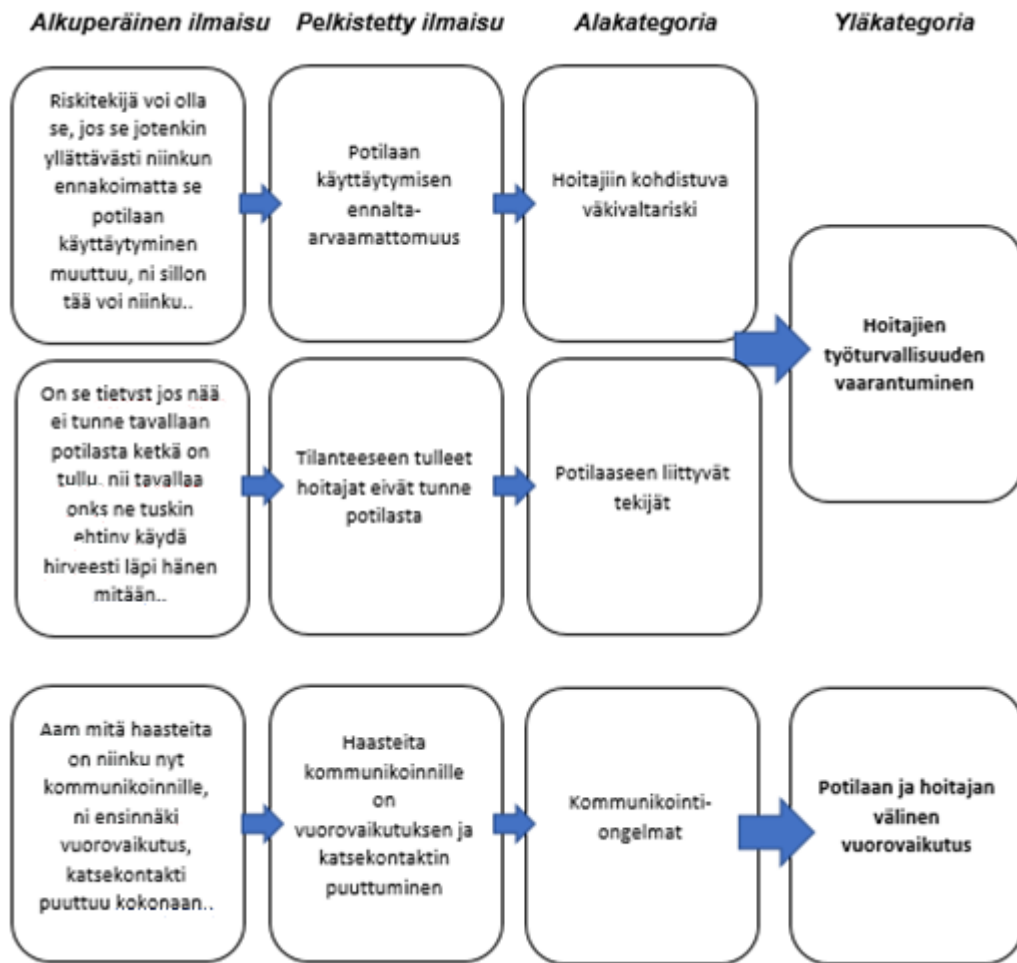
Aineiston analysoinnin aloitimme litteroinnilla. Litteroimme nauhoitetun materiaalin, eli muutimme aineiston kirjoitettuun muotoon. Litterointi auttaa muistamaan aineistossa käsiteltäviä asioita ja tärkeät yksityiskohdat tulevat esille. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 16.) Seuraavassa vaiheessa aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on aineiston pelkistäminen, jolloin aineistosta etsitään vastauksia tutkimustehtävän mukaisiin kysymyksiin (Janhonen & Nikkonen 2001, 25-29). Litteroinnin jälkeen valitsimme aineistosta oppinäytetyön kannalta olennaiset kommentit ja jaottelimme ne tutkimuskysymyksiemme mukaan kahteen ryhmään. Tämän jälkeen pelkistimme alkuperäiset ilmaukset lyhyemmäksi niin, että alkuperäinen ajatus säilyi.

Aineiston pelkistämistä seuraa aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä pelkistetyistä ilmauksista, ja samaa asiaa käsittelevät ilmaukset yhdistetään samaksi luokaksi, joka nimetään. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25-29.) Näitä luokkia eli alakategorioita luodessamme tuli myös ottaa huomioon, että jokaisen kategorian tulee olla toisensa poissulkeva eli kahdessa kategoriassa ei saa olla sisällöltään samaa asiaa. Yhdistimme samansisältöiset alakategoriat niin, että niistä muodostui yläkategorioita.



Kuvio 1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109.)

Pääkategoriana toimii tutkimuskysymystemme mukaiset käsitteet; uhat ja riskitekijät hoitajan näkökulmasta sekä uhat ja riskitekijät potilaan näkökulmasta. Hoitajan näkökulmasta -pääkategoriaan saimme 11 alakategoriaa, joista muodostui neljä yläkategoriaa. Potilaan näkökulmasta -pääkategoriaan tuli kuusi alakategoriaa, jotka yhdistimme yhteensä neljäksi yläkategoriaksi. Yläkategoriat nimettiin niin, että ne kuvaavat mahdollisimman hyvin sen sisältöä.



Kuvio 2. Esimerkki opinnäytetyön aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

5. TULOKSET

Tuloksista selviää opinnäytetyön tutkimuskysymysten vastaukset ja niitä käsitellään kappaleittain ja yläkategorioittain. Ensimmäisessä kappaleessa raportoidaan tutkittavien taustatiedot. Toisessa kappaleessa selviää uhat ja riskitekijät eristysuonehoidon aikana hoitajan näkökulmasta ja kolmannessa kappaleessa käsitellään uhkia ja riskitekijöitä potilaan näkökulmasta. Tuloksissa on käytetty tutkimukseen osallistuneiden suoria lainauksia. Tulokset on esitetty tiivistetysti hoitajan näkökulmasta kuviossa 3 ja potilaan näkökulmasta kuviossa 4.

5.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kahdeksan aikuispsykiatrisen sairaalan osastoilla työskentelevää hoitohenkilökunnan jäsentä. Tutkittavien taustatietoja selvitettiin taustatietolomakkeella, jossa oli kuusi kysymystä. Lomakkeet palautettiin ryhmätyötilanteen päätteeksi tutkijoille. Yksi tutkimukseen osallistunut ei palauttanut lomaketta, joten taustatiedot perustuvat seitsemän tutkittavan vastauksiin. Taustatiedoissa selvitettiin tutkittavan ikä, ammatillinen koulutus, mahdolliset täydennyskoulutukset, työkokemus sekä ammattinimike tällä hetkellä.

Vastanneista nuorin oli 26-vuotias ja vanhin 52-vuotias, keski-ikäsi muodostui 41 vuotta. Tutkittavista viisi oli naisia ja miehiä kaksi. Heistä viisi oli ammatiltaan sairaanhoitaja ja kaksi lähihoitaja. Neljän ammattinimike tällä hetkellä on sairaanhoitaja, kahden mielenterveyshoitaja ja yksi toimi osastonhoitajana. Taustatietolomakkeen täyttäneistä neljällä ei ollut mitään täydennyskoulutusta pakkotoimista tai eristämiskäytännöistä. Kolme muuta oli osallistunut MAPA-koulutukseen, joka on haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta -koulutus. Heistä yksi oli osallistunut myös VETH-koulutukseen, joka puolestaan on sosiaali ja terveysalan yksiköille sekä oppilaitoksille suunnattu väkivallan ennaltaehkäisyn ja turvallisen hoidollisen kiinnipito- ja irtautumismenetelmien koulutus. Tutkimukseen osallistuneiden työkokemus psykiatrisessa hoitotyössä vaihteli yhdestä vuodesta ja kahdeksasta kuukaudesta 20 vuoden kokemukseen. Keskiarvoksi työkokemuksesta muodostui 9 vuotta ja 7 kuukautta.

5.2 Uhat ja riskitekijät hoitajan näkökulmasta potilaan eristysuonehoidon aikana

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus

Tutkimuksessa ilmeni, että potilaan ja hoitajan välillä haasteita vuorovaikutuksessa ovat puutteellinen katse- sekä puhekontakti. Usein potilaan ollessa aggressiivinen tai kiihtynyt on hän myös haluton kontaktiin hoitajan kanssa. Myös huonot kommunikointitaidot nousivat esille molemminpuolisesti.

”Tos vois mieltii, että työvuorotilanne, et siin voi olla, et siin jo haaste voi olla just se, et onks siin sovittu, että kuka tai niinku etukäteen sovittu, että kuka ottaa kontaktia potilaaseen..”

Hoitajien ammattitaitoon liittyvät puutteet

Hoitajien ammattitaito on eristysuonehoidon aikana tärkeää, jotta kaikkien osapuolten turvallisuus säilyisi. Ammattitaitoon liittyviä riskejä ja uhkia löysimme tutkimusmateriaalista jonkin verran. Hoitajan olemus eristysuoneessa on riskitekijä etenkin hänen ollessa epästabiiilissa asennossa tai selin potilaaseen. Myös sitä tutkittava ryhmä keskusteli, että hoitajia oli kuvissa eristysuoneessa yksin potilaan kanssa. Tämä saattaa liittyä hoitajan ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen ja heidän väliseen luottamukseen, mutta ryhmä oli kuitenkin sitä mieltä, ettei ikinä saisi mennä eristysuoneeseen yksin, vaikka potilaan tuntisikin. Myös lääkärin riskeistä ryhmä keskusteli sen verran, että lääkärit haluavat pitää avainnauhat kaulassaan eristysuoneeseen mentäessä, vaikka se synnyttää selvän riskitekijän.

Potilaan rajoitustoimissa joidenkin hoitajien otteet saivat aikaan riskitekijöitä niiden ollessa löysiä, epämääräisiä tai kaaosmaisia. Kun kiinnipito ei ole oikeaoppinen saattaa potilas päästä osittain irti hoitajien rajoittamisotteista, joka voi johtaa jonkin osapuolen loukkaantumiseen.

”Eihän toi jalkojen kiinnipito, eihän sillä ole sillai oikeaoppinen.... et emmä tiedä mikä tos, muista tota tilannetta et mikä siinä on riski, et onks siin mahdollista et potilas niinku vetää niinku jalkaa itseensä, saa vapaaks sen et ku siin ollaan niinku...”

Rajoittamistoimissa ammattitaidon puute näkyy myös vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa, kun helposti ohjeiden antaminen potilaalle menee käsäyttämiseksi ja sekavaksi jos useampi hoitaja antaa ohjeita samanaikaisesti. Näistä rajoittamistilanteista ei ole hoitajien helppoa lähteä pois, ja turvallinen poistuminen onkin osoittautunut haastavaksi, eikä ole aina onnistunut suunnitellun mukaisesti. Tutkimusryhmä piti tärkeänä tarkan kirjaamisen eristystilanteesta, jotta oma selusta on turvattu.

Hoitajien työturvallisuuden vaarantuminen

Laajimpana yläkategorianamme oli hoitajien työturvallisuus ja tämän otsikon alle tuli useampi tekijä. Hoitajien epäergonominen työasento sekä epästabiili asento koettiin hoitajien riskitekijöiksi, keskustelua käytiin aiheesta useaan otteeseen, ja ensimmäiseksi kuvista huomattiinkin se, millaisissa asennoissa hoitajat olivat. Useammassa kohdassa loukkaantumisen yksi pääriski olikin juuri huono työergonomia.

Hoitajien loukkaantuminen rajoitus- ja hoitotoimenpiteissä nähtiin riskitekijänä, sillä usealla hoitajalla on aiempia sairauksia, kuten nivelrikkoja ja lonkkasairauksia, jotka saattavat edesauttaa loukkaantumisia. Potilaiden kiihtyneisyys sekä päihtyneisyys ja niistä johtuvat mahdolliset tönimiset ja hallitun kiinnipidon pitävyys koettiin hoitajien kannalta riskitekijäksi, sillä ne saattavat aiheuttaa hoitajien selkien ja olkapäiden rikkoutumiset. Voimakkaat fyysiset rajoittamiset nähtiin riskinä kompastua sekä hoitajan huonot otteet uskottiin aiheuttavan potilaan käden irtoamisen otteesta, jolloin käsi saattaa osua hoitajaa kasvoihin. Hoitotoimenpiteissäkin on riskitekijöitä, kuten esimerkiksi injektiota laittaessa saattaa potilas kimpaantua ja tämän johdosta voi hoitaja pistää itseään. Myös tilanteessa, jossa potilas täytyy kääntää selältään vatsalleen, esimerkiksi rauhoittamistilanteessa, voi potilas kääntöhetkellä lyödä hoitajaa.

Loukkaantumisriskinä koettiin raajojen jääminen oven väliin niissä tilanteissa, joissa potilasta ei ole päädytty sitomaan, vaan hoitajien täytyy poistua huoneesta ja työntää huoneen ovi nopeasti kiinni potilaan ollessa kiihtynyt ja halutessaan poistua huoneesta. Myös hoitajien asento koettiin riskinä, sillä hoitajan ollessa selin potilaaseen tai kumarassa asennossa, pystyy potilas tuuppaamaan hoitajaa tämän huomaamattaan. Tässäkin kategoriassa nähtiin isona riskinä työergonomia sekä lattian liukkaus.

”Niin, potilas on pystyssä. Ja sun oma asento on semmonen, et kun se tulee sieltä tuuppaamaan, ni sä olet otsa edellä siellä seinässä, sun selkä menee tos työergonomiassa, plus että kun se lattia on todennäköisesti märkä, niin siin on kummallakin iso vaara liukastua.”

Väkivaltariski herätti hoitajissa kysymyksiä ja pohdintoja. Kun potilas on kiihtynyt ja aggressiivinen, täytyy hoitajan olla rajoittamassa potilasta. Mikäli hoitaja on tilanteessa yksin, saattaa potilas käydä hoitajan kimppuun, mutta väkivaltariskinä koettiin myös tilanne, missä huoneessa on useita hoitajia, sillä miten jokaisen hoitajan turvallinen poistuminen huoneesta voidaan taata ennen kuin potilas pääsee ylös.

Tilanne, jossa hoitaja kohtaa yksin addiktoituneen ja aggressiivisen potilaan, väkivallan uhka on suuri. Potilas saattaa lyödä tai potkaista hoitajaa, sillä hoitaja ei yksin saa potilaan raajoja hallintaan. Tilanteessa saattaa olla myös toinen hoitaja, mutta hän ei ehdi tai pääse tilanteeseen apuun, ennen kuin potilas vahingoittaa hoitajaa. Tilanteessa jossa on kaksi hoitajaa, saattaa potilas potkaista hoitajaa, joka on lähellä hänen jalkojaan ja nousta yhtäkkiä uhkaamaan hoitajia.

Riskinä on myös potilaalla mahdollisesti kädessä oleva vierasesine jota hän saattaa piilotella selän takana hoitajan tullessa paikalle. Isona riskinä koetaan siis se, että hoitaja menee yksin eristyshuoneeseen.

Potilaan itse asento sekä potilaan iso koko koetaan myös riskinä. Jos isokokoinen potilas on pystyssä, esimerkiksi seisoo huoneen nurkassa, hoitajan tullessa sisälle voi hän rynnätä päälle ja täyttää koko oviaukon niin, ettei hoitaja pysty tilanteessa rajaamaan potilasta. Potilaan iso koko saattaa lisäksi olla riski hoitajan loukkaantumiselle nivelten ja luiden kannalta rajoittamistilanteissa.

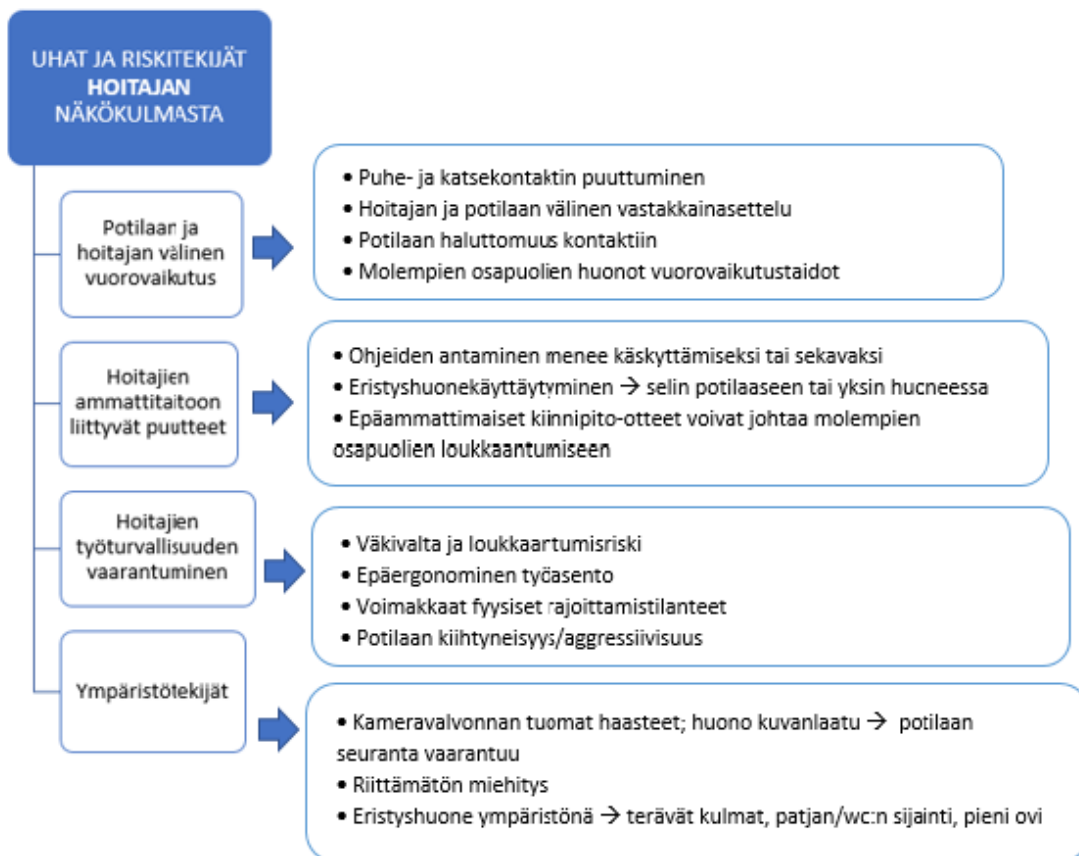
Uhkana tai riskinä voi olla myös itse potilas. Lääkeresistenssi- ja monihoitoresistenssi-potilaat, joille on vaikea löytää oikeaa lääkitystä, koetaan haastaviksi. On myös tilanteita, jolloin hoitaja ei ole ehtinyt tutustua potilaaseen syystä tai toisesta, ja näin ollen ei tunne potilasta. Tämänkaltaiset tilanteet ovat hoitajalle suuri riskitekijä, sillä potilas saattaa olla ennalta-arvaamaton. Yhtenä riskitekijänä nousi nykyajan potilaat joille eivät välttämättä riitä enää tavallisimmat kiinnipito-otteet heidän ollessaan lihaksikkaita. Potilaan päällä olevat vaatteet voivat olla riski, sillä potilaan omat vaatteet voivat mahdollistaa potilaan tuomaan eristyshuoneeseen kiellettyjä tavaroita, mikäli tilanne vaatii sen, että potilas menee huoneeseen omat vaatteet päällä, täytyy ne tarkastaa.

Ympäristötekijät

Tutkittavat toivat keskusteluissaan esille ympäristötekijöitä riskitekijänä hoitajille. Esimerkiksi eristyshuoneessa on riski kompastua sekä liukastumisvaara, varsinkin lattioiden ollessa kosteat. Tutkimukseen osallistujat ottivat myös kantaa huoneen epäkohtiin, kuten liian pieneen oviaukkoon, jonka eteen potilas voi itse mennä hoitajien esteeksi tai liikutettavaan patjaan, jonka avulla potilas pystyy estämään hoitajien pääsyn eristyshuoneeseen.

Eristyshuonehoitoon kuuluva potilaan kameravalvonta koettiin haastavaksi kameran huonon tarkkuuden ja laadun vuoksi. Tämä vaikeuttaa potilaan monitorointia ja saattaa aiheuttaa sen, ettei hoitajat saa välttämätöntä tietoa potilaan terveydentilasta.

Eristyshuonehoidon aikana uhkana koettiin riittämätön miehitys osastolla, tarkoittaen työntekijöiden liian pientä määrää työvuorojen aikana. Kun työntekijöitä ei ole tarpeeksi, syntyy hoitajille kiire ja yllättävät tilanteet kuten potilaan ennalta-arvaamaton käytös saattaa aiheuttaa riskitilanteita.



Kuvio 3. Eristyshuonehoidon uhat ja riskitekijät hoitajan näkökulmasta

5.3 Uhat ja riskitekijät potilaan näkökulmasta eristyshuonehoidon aikana

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus

Vuorovaikutus on isossa roolissa hoidon aikana. Hoitajat kertoivat, että kun potilas on kiihtynyt, ei luultavasti puheella pystytä enää rauhoitella tilannetta.

"Niin reaktio on sit et menee varmaan käskyttämiseksi, tässä vaiheessa enää niinku puheella rauhoitella sen kummemmin..."

Myös hoitajan kyky kommunikoida potilaan kanssa on potilaan kannalta todella tärkeää. Hoitajan ja potilaan vastakkainasettelu nähtiin yhtenä riskitekijänä. Keskustelussa nousi vuorovaikutuksen haasteena esille myös kommunikoinnin ja katsekontaktin puuttuminen. Vuorovaikutukseen vaikuttaa paljon myös potilaan ymmärrys omasta tilanteesta ja hoidon tarpeesta, mikäli potilas ei näitä ymmärrä voi hän olla haluton kontaktiin ja siten kommunikointi ja vuorovaikutus ovat hankalaa.

Loukkaantumisriski

Jos potilaan eristämistilanteessa ei päästä hallittuun kiinnipitoon tai jos tilanteessa täytyy olla useampi hoitaja potilaan aggressiivisen käyttäytymisen vuoksi, sekä mikäli potilas on riippuvainen päihteistä eli addiktoitunut ja hoitajia tarvitaan tämän vuoksi useampi, saattaa potilas loukkaantua.

Turvallisuusriskeinä potilaalle nousi keskustelussa esille raajojen oven väliin jääminen, mikäli sitomiseen ei päädytä ja eristyshuoneen ovi joudutaan työntämään kiinni nopeasti. Tällaisissa tilanteissa saattaa potilaan nivelet ja luut rikkoutua, jos potilaan vastarinta on voimakasta tai potilas vääntää ja riuhtoo. Joskus myös ruokailutilanteissa voidaan joutua käyttämään rajoitustoimenpiteitä ja tämä lisää potilaan aspiraatoriskiä. Yhtenä riskitekijänä keskustelussa tuli esille potilaan hengityksen vaarantuminen tilanteessa jossa potilas makaa selinmakuulla ja kolme hoitajaa pitää ylävartalosta kiinni.

"Ku se on selinmakuulla, sitä kolme pitää yläkropasta kiinni, ni riskitekijä on sit taas niinkö hengityksen turvaaminen, ku sul on kuitenkin niinkö, selinmakuuhan kaikist huonoin siihen."

Potilaan terveydentilan vaarantuminen

Potilaan kannalta riskitekijöinä nähtiin heidän mahdollinen itsetuhoisuus, tässä kohtaa esille nousi myös lääke- ja monihoitoresistenssit potilaat sekä ne joille on vaikea löytää oikeaa lääkitystä. Eristyshuoneeseen saattaa päätyä myös päihtynyt potilas ja hänen kohdallaan riskinä oksentaminen ja sen johdosta aspiraatoriski. Potilaan tarkkailusta käytiin myös keskustelua. Hoitajat miettivät yhdessä, käydäänkö potilaita tarkkailemas- sa eristyshuoneessa tarpeeksi usein ja tämä koettiin potilaan kannalta riskitekijänä. Lisäksi keskustelussa nousi esille, se että potilaan seurantaan vaikuttaa se, missä asennossa potilas on. Mikäli hän ei ole päinmakuulla on seuranta vaikeampaa. Kun eristyshuone on lukittu, saattaa siellä potilaalle tulla ahdistunut olo jolloin hän menee paniikkiin. Näin ollen myös lukittu eristyshuone nähtiin potilaan kannalta riskitekijänä.

"Jos oikeesti tulis semmonen niin huono-olo, et tuntuu nyt lähtee taju ja sit sä olet tuolla niinku lukitussa huoneessa missä ei ole ketää missään, ja varmaan aikamoinen paniikki."

Ympäristötekijät

Hoitajat keskustelivat siitä, millaisia ja miten paljon riskitekijöitä ja uhkia löytyy ympäris- töstä. Eristyshuoneen lattian pesemisen jälkeen lattia saattaa jäädä liukkaaksi, jolloin potilas saattaa liukastua. Hoitajat nostivat esille sen, että potilas saattaa loukata itsen- sä eristyshuoneessa oleviin kalusteisiin ja niiden teräviin kulmiin. Keskustelussa tuli myös ilmi se, että eristyshuoneista löytyy ovikello, jota potilas voi soittaa halutessaan olla yhteydessä hoitajaan, mutta jossakin huoneissa ovikello on otettu pois. Syynä ovi- kellojen käytöstä poistamiselle on se, että osa potilaista ei osaa käyttää ovikelloa ja osa tahallaan hajottaa niitä. Huoneissa on lisäksi kameravalvonta, mutta riskitekijäksi nou- see sen huono laatu ja tarkkuus, joka vaikuttaa negatiivisesti potilaan tarkkailuun. Ym- päristön riskitekijöihin vaikuttaa suurelta osin myös hoitohenkilökunnan kiire ja riittämä- tön miehitys jotka molemmat vaikuttavat negatiivisesti potilaan hoidon laatuun.



Kuvio 4. Eristyshuonehoidon uhat ja riskitekijät potilaan näkökulmasta

6. LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen eri osaan. Hyvän tieteellisen käytännön vaalimiseen eli yhteisten eettisten pelisääntöjen ja tapojen toteutumiseen sekä tutkimuksen kohteena olevan moraalisen erityislaadun huomioimiseen. Tutkimusetiikan tavoite on siis estää eettiset ongelmakohdat ja väärä toiminta. (Keränen & Pasternack 2015, 11.)

"Hyvän tieteellisen käytännön keskeinen lähtökohta on tiedeyhteisön tunnistamien toimintatapojen noudattaminen. Periaatteina on rehellisyys, huolellisuus ja tarkkaavuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten tulkitsemisessä." (Keränen & Pasternack 2015, 21.)

Tutkimuksen toteutuksen edellytyksenä oli tutkimuslupa. Opinnäytetyömme tutkimusluvut on saatu Eriturva -hankkeen yhteydessä HUS:n eettiseltä toimikunnalta, joka puolsi lausunnossaan tutkimuksen toteuttamista. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisenä lähtökohtana on mainittu se, että tarvittavat tutkimusluvut on hankittu ja tietyillä aloilla vaadittava eettinen ennakoarviointi tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013).

Tutkimukseen osallistuvilta hoitohenkilökunnalta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Suostumusasiakirja pitää sisällään muun muassa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden, tulosten hyödynnettävyyden sekä tutkittavan anonymiteetin.

Ryhmätyömenetelmän yhteydessä nauhoitettava äänitallenne sekä tilanteessa näytettävät valvontakamerakuvat ovat salassa pidettäviä, eikä tutkimuksen ulkopuoleiset pääse niihin käsiksi. Äänitallenteita on käsitelty luottamuksellisesti vain tutkijoiden ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Äänitteitä ei siirretty sähköpostin kautta. Valvontakamerakuvat ovat olleet vain päätutkijoiden hallussa, joista saimme vain kirjalliset selvitykset. Tutkimukseen osallistuneiden taustatietolomakkeita käsiteltiin myös luottamuksellisesti.

"Tunnisteellisen aineiston suojaaminen tulee suunnitella huolella. Tutkittavien yksityisyyden suojaaja ei saa vaarantaa aineiston huolimattomalla säilyttämällä tai suojaamattomilla sähköisillä siirroilla. Tutkimusaineistojen luottamuksellisuus nojautuu aineistojen käsittelyn, käytön ja säilyttämisen rajauksiin. Tutkimusaineistoja ei saa käyttää ja luovuttaa muihin kuin tutkimustarkoituksiin." (TENK 2013.)

Tutkijan tulisi analyysi- ja raportointivaiheessa suojata tutkittavansa siten, että yksittäisten tapausten kautta saatua informaatiota tarkastellaan ilmiöisen ja teemojen tasolla, jolloin ei juurikaan ole merkitystä sillä, kuka yksittäinen ihminen mitään sanoi. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, 102-103.)

Tutkijan on omassa roolissaan pohdittava myös ratkaisujaan ja otettava kantaa analyysin sekä tutkimuksensa luotettavuuteen. Tutkijan tulee etenkin laadullisessa tutkimuksessa omata avoin subjektiviteetti sekä ymmärtää, että tutkija itse on tutkimuksen keskeinen väline. (Haltia & Nieminen, 2013.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulkittaessa tulee usein esille kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. Kyseisen tutkimustyypin luotettavuutta voidaankin tarkastella useasta eri näkökulmasta, joka vaikeuttaa luotettavuuden arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 134.)

Tutkimuksen luotettavuus käsittää pääasiassa tutkimusaineiston keräämisen. Luotettavuutta lisää tutkimuksessa se, että aineisto kootaan siellä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. Ryhmätyötilanteen vuorovaikutusta ja siihen vaikuttaneita tekijöitä sekä vastaamiseen vaikuttavia seikkoja on hyvä arvioida. (Hyvärinen & Vuokila-Oikkonen 2018.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa pieni osallistujien ryhmä sekä vain yhden psykiatrisen sairaalan henkilökunnan osallisuus tutkimukseen. Tutkimukseen ei osallistunut psykiatrista sairaanhoitoa saaneita potilaita. Ryhmätyötilanteesta nauhoitettu äänitemateriaali oli huonolaatuista, tutkittavat puhuivat joissain kohdissa päällekkäin ja siitä vaikea saada selvää, jolloin litteroinnin luotettavuus on saattanut kärsiä.

Uskomme, että tutkimustuloksemme ovat monipuolisia ottaen huomioon, että tutkimukseen osallistujat olivat ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia tai osastonhoitajia. Tutkimukseen osallistui eri-ikäisiä, niin miehiä kuin naisia. Kuitenkaan tutkimustuloksia ei mielestämme voida yleistää jokaiseen Suomen psykiatriseen yksikköön, koska osallistujaryhmä on pieni ja koottu vain yhdestä psykiatrisesta sairaalasta. Yleistettävyyden kriteerinä voidaan pitää niin kutsuttua analyttistä yleistämistä, jolloin pyritään osoittamaan teoreettisten oletusten paikkansapitävyys, ja näin päästään laajentamaan sekä yleistämään kyseisiä teorioita ja kytkemään tuloksia kirjallisuuteen. Toinen tapa on niin sanottu luonnollinen yleistys, jolloin jokaiselle lukijalle tulee mahdollisuus yleistää tutkimustuloksia omaan tilanteeseen ja sovellusympäristöön. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, 102-103.)

Pohjatietoa kartoittaessamme lähdekritiikki eli lähteen luotettavuuden arvioiminen on lisännyt luotettavuutta. Lähde voi antaa virheellistä tietoa ollessaan esimerkiksi liian vanha, jolloin tieto ei ole enää ajankohtaista. (Helmet 2017.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat suurimmalta osalta alle kymmenen vuotta vanhoja, mutta osa metodikirjallisuudesta on vanhempia, koska tiedot tutkimusmenetelmistä ovat pysyneet muuttumattomina.

Omalta osaltamme olemme vaikuttaneet tutkimuksen onnistumiseen tutustumalla aiheeseen ja materiaaliin aluksi. Olemme kysyneet tarvittavat tutkimusluvut ja näin ollen varmistaneet sen, että tutkimukseen on olemassa lupa. Allekirjoitimme myös toimeksiantosopimuksen. Olemme varmistaneet työn luotettavuuden käymällä säännöllisesti ohjaavan opettajan luona ja muokkaamalla työtämme hänen neuvojaan huomioiden. Haasteellista mielestämme oli se, että omat mielipiteet ja kokemukset riskitekijöistä piti jättää pois ja ottaa työhön mukaan vain ne riskitekijät joita haastateltavamme ottavat esille. Emme nähneet kuvia joista haastateltavat keskustelivat, saimme ainoastaan kirjalliset selostukset mitä kuvissa tapahtui. Tämä toi työhömmme hieman haasteita, sillä pystyimme ainoastaan kuvittelemaan ne tilanteet, joista haastateltavat keskustelivat.

Kukaan meistä opinnäytetyön tekijöistä ei ole koskaan työskennellyt psykiatrisella osastolla, emmekä siksi ole itse nähneet eristyshuonetta, joten meidän oli vaikea ajatella minkälaisia riskitekijöitä eristyshuoneessa voisi olla. Omalla kokemuksella olisimme voineet saada erilaista näkökulmaa aiheeseen sekä ymmärtää paremmin hoitajien näkemyksiä.

7. POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia uhkia ja riskitekijöitä psykiatrisen eristysuonehoidon aikana potilaan sekä hoitajan näkökulmista. Opinnäytetyö on osa EriTurva – hanketta, jonka tavoitteena on kehittää psykiatristen osastojen toimintaa sekä parantaa osastojen työturvallisuutta. Tutkimustulostemme myötä edistämme myös EriTurva – hankkeen tavoitteiden toteutumista.

Opinnäytetyön tulokset jaoin kahteen eri osaan; hoitajan sekä potilaan uhkiin ja riskitekijöihin eristysuoneessa. Tuloksissa tuli paljon yhtäläisyyksiä potilaiden ja hoitajien tulosten välillä. Yhtäläisyyksiä, joita tutkittavat toivat esille, oli ongelmia vuorovaikutuksessa sekä ympäristötekijöissä. Vuorovaikutusongelmia tuotti molempien osalta muun muassa kommunikointitaitojen puutteellisuus, katse- ja puhekontaktin puuttuminen sekä potilaiden ymmärryksen puute omaa terveydentilaa ja hoidon tarvetta kohtaan. Ympäristötekijöitä, jotka aiheuttivat uhkia ja riskitekijöitä molemmille osapuolille oli lattian liukkaus sekä kompastumisriski, kameravalvonnan heikko laatu ja resurssien riittämättömyyden vaikutus.

Hoitajille uhkia ja riskitekijöitä yllä mainitun lisäksi aiheuttivat hoitajien ammattitaitoon liittyvät puutteet sekä työturvallisuuden vaarantuminen. Ammattitaidossa puutteita oli hoitajan olemuksessa, kuten epästabailissa asennossa potilaaseen nähden, tai yksinolo eristysuoneessa. Rajoitustoimenpiteessä tutkittavien mukaan otteet potilaaseen olivat löysiä ja epämääräisiä. Ohjeistusten antaminen potilaalle saattaa mennä epähuomiossa käskyttämiseksi tai päällekkäin puhumiseksi, joka lisää tilanteen sekavuutta. Lisäksi ammattitaitoon liittyviä tekijöitä olivat eristystilanteesta kirjaaminen sekä poistumisen vaikeus. Tutkittavat eivät nostaneet esille oman ammattitaidon puutteellisuutta suoraan riskitekijänä, mutta nostimme tämän yhdeksi pääkohdista, koska hoitajien toiminta ei ollut kaikissa esimerkkikuvissa oikeaoppista. Vain harvat tutkittavista olivat käyneet lisäkoulutusta eristysuonehoitoon liittyen, joka oli mielestämme erikoista työn haastavuuden kannalta. Hoitajien työturvallisuuteen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä oli tutkittavien mukaan puutteellinen työergonomia, rajoitustoimenpiteisiin liittyvät loukkaantumisriskit, joita aiheuttaa esimerkiksi potilaan töniminen, potkiminen ja lyöminen. Lisäksi hoitajan selkä ja nivelet ovat vaarassa, kun potilas riuhtoo. Hoitajien työturvallisuus on koetuksella myös eristysuoneesta poistuttaessa, jolloin kiireessä jokin raaja saattaa jäädä oven väliin.

Potilaiden kohdalla riskitekijöiksi ja uhkiksi nousi potilaan loukkaantumisriski. Eristystoimien aikana potilas saattaa loukata niveleitä ja luita mikäli eristämisesä joudutaan käyttämään voima keinoja. Tätä riskiä lisää myös potilaan mahdollinen aggressiivinen käytös tai hänen päihderiippuvuus. Potilaan mahdollinen itsetuhoisuus sekä lääke- ja monihoitoresistenssit nousivat riskiksi potilaan terveydentilan kannalta. Tässä kohtaa myös potilaan oikean lääkityksen löytämisen hankaluus nousi suureksi riskitekijäksi. Myös se miten usein potilaita käydään tarkkailemassa eristys huoneessa, mietitytti hoitajia. Hoitajat löysivät ympäristötekijöistä uhkia seuraavanlaisesti: eristys huoneessa sijaitsevien valvontakameroiden huono laatu sekä tarkkuus. Siivouksen jälkeen lattia voi jäädä liukkaaksi jolloin se on suuri uhka potilaalle. Myös huoneessa olevat kalusteet ja niiden terävät kulmat huolestuttivat hoitajia.

Tutkimustuloksiamme ei pysty juurikaan vertaamaan muihin tutkimuksiin, koska vastaavaa tutkimusta eristys huoneesta ei ole aikaisemmin tehty. Voimme kuitenkin todeta, että haastateltavat toivat esille riskitekijöinä juuri niitä asioita, joita yleisesti koetaan riskitekijöiksi alalla. Tutkimuksemme myötä saimme konkreettisia esimerkkejä näistä yleisistä riskitekijöistä, esimerkiksi juuri työergonomia nousi isosti esille keskustelussa.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että eristys huonehoidossa on paljon riskejä ja uhkia. Osa niistä olisi ennaltaehkäistävässä, kuten esimerkiksi ne jotka johtuvat hoitajien ammattitaidon puutteellisuudesta. Jotkin riskitekijät, kuten potilaan aggressiivisuudesta johtuvat riskit, syntyvät tapahtumahetkellä eikä niitä pystytä ennakoimaan. Haastatteluun osallistuvista hoitajista vain muutama oli käynyt lisäkoulutuksissa liittyen pakkotoimiin ja eristämiskäytäntöihin. Toivoisimme, että eristys huonehoidossa työskentelevät hoitajat kävisivät koulutuksissa ja näin pitäisivät yllä ammattitaitoaan sekä oppisivat uusia tärkeitä ja turvallisia työskentelytapoja. Toivoisimme lisäksi, että aiheesta tehtäisiin lisää tutkimuksia ja että tutkimuksiin otettaisiin mukaan myös potilaita ja heidän kokemuksiaan. Uskomme, että riskitekijöitä ja uhkia saataisiin näillä keinoilla vähennettyä.

Teimme opinnäytetyön kolmen hengen ryhmässä. Mielestämme juuri se, että meitä oli kolme, helpotti työn tekoa, sillä se oli haastava. Saimme useita näkökulmia asioihin ja meistä oli toisillemme suuri apu ja tuki. Koska olemme luokkakavereita, tunnemme toisemme entuudestaan ja uskommekin tämän helpottaneen aikataulujen sovittamista ja mielipiteiden kertomista. Jokainen osallistui tasapuolisesti kaikkiin työn vaiheisiin ja suurin osa työn vaiheista kirjoitettiin yhdessä ollessamme. Jokainen otti vastuun käyt-

tämistään lähteistä sekä työn valmistumisesta ajallaan. Työtä tehdessämme keskustelimme paljon aiheesta. Tunnistimme monia riskitekijöitä omista kokemuksistamme harjoitteluissa. Koska teimme työn yhdessä, jouduimme välillä tekemään kompromisseja ja luottamaan toisiimme, tämä lisäsi yhteistyötaitoja sekä joustavuutta. Omalta osaltaan työn teko myös opetti vastuunottoa ja luotettavan tiedon hakua. Nämä kaikki elementit ovat meille hyödyksi sairaanhoitajan ammatissamme.

LÄHTEET

Alanen H-M. 2018. Psykiatrinen rajoittaminen. Viitattu 19.1.2018.

http://www.spgy.org/dokumentit/psykiatrinen_rajoittaminen.pdf

Duodecim Terveyskirjasto. 2017. Lääketieteen sanasto. Viitattu 19.1.2018

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02781&p_hakusana=psykiatria

Finlex. Erityiset rajoitukset. Mielenterveyslaki. 21.12.2001/1423. Viitattu 16.1.2018

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L4aP22e>.

Finlex. Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Viitattu 16.1.2018

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Haltia N. & Nieminen M. 2013. Luotettavuus. Viitattu 19.3.2018.

<http://users.utu.fi/rakahu/luotettavuus.ppt?viewType=Print&viewClass=Print>

Heino A., Järvelin J. & Passoja S. 2017. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2015. Viitattu 23.1.2018.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134729/Tr21_17.pdf?sequence=1

Helmet. 2017. Tunnista luotettava tieto. Viitattu 22.2.2018. http://www.helmet.fi/fi-FI/Lapset/Tiedonhaku/Tunnista_luotettava_tieto

Hietaharju P. & Nuutila M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi.

HUS. 2018. Sairaanhoido. Viitattu 19.1.2018

<http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaanhoidopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>

Hyppönen O. & Lindén S. 2009. Opettajan käsikirja - Opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. <http://lib.tkk.fi/Reports/2009/isbn9789622480637.pdf>

Hyväri S. & Vuokila-Oikonen P. 2018. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Viitattu 14.2.2018.

<http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=353013>

Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C. & Seuri T. 2017. Mielenterveystyö. Sanoma Pro Oy.

Janhonen S. & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY.

Keränen T. & Pasternack A. 2015. Kliinisen tutkimuksen etiikka. Duodecim.

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu - tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 1.2.2018.

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

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Potilaiden eristämisen- ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa – Kohti näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 22.3.2018.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Korkeila J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? Viitattu 22.2.2018.

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/18/duo96004>

Kylmä J. & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita.

Makkonen, P.; Putkonen, A.; Korhonen, J.; Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpäpaperi 35/2016. THL:n julkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.2.2018

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978952-302-751-0.pdf?sequence=1

Parantainen A. & Soini S. 2011. Riskinarvioinnilla turvallisuutta terveydenhoitoalalle. Tammerprint Oy.

Ruusuvuori J. & Tiittula L. 2005. Haastattelu. Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppälä Pekka. 2011. Uhka Käsitteenä. Maanpuolustuskorkeakoulu, Strategian laitos.

http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74127/StratL3_16w.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E. & Saari S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Tutkimuseettinen neuvottelukunta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL. 2016. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 16.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

THL. 2015. Mielensterveyshäiriöt. Viitattu 22.2.2018
<https://www.thl.fi/fi/web/mielensterveys/mielensterveyshairiot>

THL. 2018. Tilastoraportti. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2016. Viitattu 16.4.2018.
https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Tr06_18.pdf

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Työsuojelurahasto. 2016. EriTurva – Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja leposide-eristyksen aikana (yhteishanke 116157). Viitattu 1.2.2018
<https://www.tsr.fi/valmiit-hankkeet/hanke?h=116181>.

Välimäki M, Holopainen A, Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1. painos. WSOY. Juva.