

AIKUISPSYKIATRISEN POTILAAN ERISTÄMINEN
- Eristämisspätösmittarin kehittäminen ja testaaminen,
pilottitutkimus

Tero Laiho
Pro gradu -tutkielma
Kuopion yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Hoitotiede
Kesäkuu 2009

KUOPION YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos, hoitotyön johtamisen koulutusohjelma

TERO LAIHO: AIKUISPSYKIATRISEN POTILAAN ERISTÄMINEN -
Eristämisspätösmittarin kehittäminen ja testaaminen, pilottitutkimus

Opinnäytetutkielma, 54 sivua, 6 liitettä (14 sivua)

Ohjaajat: TtT Eija Kattainen, FT Jari Kylmä

Kesäkuu 2009

Avainsanat: Psykiatrinen hoitotyö, Päätöksenteko, Potilaan eristäminen, Mittarin kehittäminen, Mittarin testaaminen, Deduktiivinen teorian kehittäminen

Pakon ja eristämisen käyttöä sairaan hoidossa pidetään eettisesti arveluttavana, eikä pakon käytön hyödyistä ole tutkimustietoa. Tästä johtuen on viime vuosina sekä tutkimuksen että lainsäädännön avulla pyritty vähentämään pakon käyttöä. Eristämiseen liittyvää päätöksentekoa tai siihen vaikuttamista ei ole kuitenkaan aikaisemmin tutkittu siitä huolimatta, että eristämiseen liittyvien tilanteiden ymmärtäminen ja tutkiminen mahdollistaa käytännön tarkastelemisen ja fokuoitujen interventtioiden kehittämisen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää eristämisspätöksen syntymistä kuvaava teoria, rakentaa eristyspätösmittari teorian pohjalta, testata mittaria pilottitutkimuksella ja kuvata eristämisspätökseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimus on osa HUS-psykiatrian toimialayksikön ja Helsingin kaupungin terveystieteiden psykiatriaosaston yhteistä Sakura-tutkimus- ja kehittämishanketta. Lisäksi tutkimus on osa Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena – tutkimushanketta.

Pilottitutkimuksen tutkimusaineisto kerättiin kahden uusimaalaisen psykiatrisen sairaalan suljettujen osastojen hoitohenkilökunnalta maaliskuusta huhtikuussa 2009 (N=326). Vastauksia tuli 113 vastausprosentin ollessa 35 %. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 for Windows ohjelmalla. Mittarin luotettavuutta arvioitiin näennäisvaliditeetin ja kriteerivaliditeetin avulla. Mittarin rakennetta tutkittiin faktorianalyysillä. Kriteerimittarina tutkimuksessa käytettiin Hoitotyön päätöksenteko-mittaria. Taustamuuttujien yhteyttä eristämisspätökseen tutkittiin käyttämällä Mann-Whitney U ja Kruskal-Wallis -testiä.

Tutkimuksen perusteella Eristyspätösmittari on sisäisesti johdonmukainen ja sen avulla voidaan kuvata eristämistilanteita ja niihin liittyviä tekijöitä. Tulosten mukaan eristämisspätökseen liittyvät tekijät ovat: Kaaos osastolla, Väkivalta tai sen uhka, Toiset potilaat, Potilaan hallitsematon käytös, Aikaisempi kokemus potilaasta ja Potilaan sopimaton käytös. Käytännön tilanteissa lääkäri päättää harvoin potilaan eristämisestä, siitä huolimatta että lain mukaan päätöksenteko kuuluu lääkärille. Hoitajan iällä ja työkokemuksella on jonkin verran vaikutusta siihen, miten häiritseväksi hän näkee potilaan käyttäytymisen, arvioi muiden keinojen riittävyyden tai käyttää eristämistä potilaan kouluttamiseksi.

Tämä tutkimus tuottaa eristämisspätöstä kuvaavan teorian, jota voidaan hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä ja koulutuksessa. Teoria kehittää myös hoitotieteellistä teoriaperustaa hoitotieteessä tästä näkökulmasta. Eristämisspätösmittaria voidaan käyttää jatkotutkimuksissa.

UNIVERSITY OF KUOPIO: Faculty of Social Sciences
Department of Nursing Science, Nursing Leadership and Management

LAIHO TERO: Using seclusion in adult psychiatry – development and testing of an instrument to measure decision making in using seclusion, a pilot study

Master's thesis, 54 pages, 6 appendices (14 pages)

Advisors: PhD Eija Kattainen, PhD Jari Kylmä

June 2009

Key words: Psychiatric nursing, Decision making, Patient isolation, Restraint mechanical, Instrument development, Instrument development, Deductive theory generation

Use of coercive measures, especially seclusion or restraint, as treatment of ill persons is thought to be ethically doubtful and there is lack of research of benefits of use of coercion. In the recent years national legislation has been changed and interventions developed with focus on reducing the use of seclusion or restraint. The decision process involved in the use of seclusion and restraint has not been researched despite the fact that understanding the decision making process and situational factors might be used to judge situations and to develop focused interventions.

The aim of this study is to develop a theory that describes the decision making process involved in use of seclusion or restraint, to build a EPM-scale for research of decision making, test the scale with a pilot study and to describe elements that are related to the decision to use seclusion or restraints. This study is part of Sakura research and development project that is joint project of HUCS- and City of Helsinki Health Center's psychiatric departments. Study is also part of Kuopio University Department of Nursing Science's Multidisciplinary research on mental health promotion - project.

The data was collected from acute closed psychiatric wards for adult patients of two hospitals in Uusimaa district (N=326). Data collection was done on March – April 2009. Responses were collected 113 and response rate was 35%. Data was analysed with SPSS 16.0 for Windows-statistical program. The validity of scale was analysed with face-validity and criterion validity. The structure of EPM-scale was analysed with factor analysis. The Instrument for nursing decision-making was used as criterion scale for criterion validity. Respondents characteristics and their relation with decision-making was researched with Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests.

As result the EPM-scale is coherent and can be used to describe situations where seclusion or restraint is used and elements that are related to the decision making. The factors that are related to decision making are: Chaos on ward, Violence or threat of violence, Other patients, Uncontrollable behaviour of patient and Inappropriate behaviour of patient. In clinical situations the psychiatrist is seldom involved in decision making, despite the fact that according Mental Health Act the decision is to be made only by psychiatrist. The age and working experience of nurse is related to how disturbing patient's behaviour is seen, how sufficient alternative methods are evaluated in situation and how secluding or restraining is used as education of patient.

This study produces theory that describes decision making process in situations where patient is secluded or restrained. Theory can be used in clinical practice and education. Theory also develops theory base of nursing science from this point. Developed and tested scale can be used in further studies.

SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	4
2 PSYKIATRISEN AIKUISPOTILAAN ERISTÄMISEEN LIITTYVÄ PÄÄTÖKSENTEKO.....	7
2.1 Päätöksenteko terveydenhuollossa	7
2.2 Päätöksenteko kliinisen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena.....	8
2.3 Eristäminen psykiatrisessa hoitotyössä.....	8
3 ERISTÄMISPÄÄTÖSMITTARIN KEHITTÄMINEN	11
3.1 Teoriapohjaisen mittarin kehittämisprosessi	11
3.2 Eristämiseen liittyvä päätöksenteko	13
3.3 Mittarin kehittäminen eristämispäätösteorian pohjalta	19
3.4 Mittarin validointi.....	21
3.4.1 Pilottiaineiston keruu	21
3.4.2 Hoitotyön päätöksentekomittari kriteerimittarina	22
3.5 Tutkimusaineiston analyysit	22
3.6 Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	24
4 EMPIIRISEN AINEISTON TUTKIMUSTULOKSET.....	26
4.1 Vastaaajien ja eristystilanteiden taustatiedot.....	26
4.2 Eristämispäätökseen liittyvät tekijät.....	28
4.3 Eristämispäätöksen tilannetekijöiden väliset yhteydet	30
4.4 Lääkäri eristämispäätöksenteossa	33
4.5 EPM-mittarin käyttökelpoisuus eristämiseen liittyvän päätöksenteon kuvaamiseen	35
5 POHDINTA.....	36
5.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	36
5.2 Empiiriseen aineistoon perustuvien tulosten pohdinta.....	39
5.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys	43
6 PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	44

LÄHTEET

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuushaku

LIITE 2. Eristämispäätösmittarin muuttujaluettelo

LIITE 3. Eristämisspätösmittarin (EPM) faktorianalyysin faktorilataukset

LIITE 4. Faktorien väliset lataukset

LIITE 5. Saatekirje

LIITE 6. Hoitotyön päätöksentekomittarin ja EPM-mittarin väliset korrelaatiot

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Suomessa psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttumiseen on kiinnitetty huomiota Euroopan ihmisoikeussopimukseen liittymisen ja kansalaisten perusoikeusuudistusten myötä. Näiden uudistusten perusteella on tehty muutokset mielenterveyslakiin vuonna 2002, joiden tavoitteena on selkiyttää potilaiden itsemääräämisoikeutta vastentahtoisen hoidon aikana ja tuoda käytäntöön minimi-puuttumisen periaate. (Stoor 2007). Ihmisoikeussopimuksen noudattamista valvoo EU:n kidutuksen vastainen komitea (Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; CPT), joka suorittaa säännöllisesti tarkastuskäyntejä suomalaisissa vankiloissa ja mielisairaaloissa. Edellinen tarkastuskäynti oli keväällä 2008, jolloin delegaatio antoi huomautuksen runsaasta eristyksen käytöstä (CPT 2008a). Suomen vastineen mukaan eristyksen käyttöön psykiatrisen potilaan hoidossa tullaan kiinnittämään huomiota ja mielenterveyslakia muutetaan siten, että eristyksen käyttö haastavien tilanteiden hallitsemiseksi vähenisi (CPT 2008b).

Kansainvälisesti on viime vuosina kiinnitetty huomiota rajoittamiseen – etenkin eristämiseen – liittyviin eettisiin ongelmiin (Lind ym. 2004), sekä siihen että näyttöä eristämisen hoidollisuudesta tai hoidollisista hyödyistä ei ole (Mohr 2007). Useimmiten potilaat eivät ymmärrä eristämisen syitä tai tavoitteita (Meehan ym. 2004), vaan kokevat henkilökunnan käyttävän eristämistä vain vallankäytön ja potilaiden käyttäytymisen hallinnan välineenä (Meehan ym. 2004). Kansainvälisesti on myös kiinnitetty huomiota terveydenhuollossa suoritettujen pakkotoimien aiheuttamiin potilasvahinkoihin ja kuolemiin, sekä sen myötä kyseenalaistettu pakkotoimien oikeutusta ja tarpeellisuutta sairaiden hoidossa (Mohr 2007).

Aikaisemman tutkimuksen perusteella suomalaisessa hoitokulttuurissa käytetään potilaan eristämistä enemmän kuin vertailuissa käytetyissä maissa (Keski-Valkama ym. 2007). Suomalaiset hoitajat pitävät eristämistä vertailumaiden hoitajia hyväksyttävämpänä ongelmakäyttäytymisen hoitokeinona (Bowers ym. 2007).

Laitospaikkojen vähentämisestä huolimatta suhteelliset eristysmäärät eivät ole laskeneet viimeisen viidentoista vuoden aikana. Eristysten kestoajat ovat tänä aikana huone-eristyksen kohdalla lyhentyneet leposide-eristysten keston pysyessä samana. (Keski-Valkama ym. 2007). Myöskään samana ajanjaksona tapahtunut hoitajaksojen keskimääräinen lyheneminen ei ole

vaikuttanut suhteellisiin eristysmääriin (SOTKANet 2008). Eristysten keskimääräiset kestoajat ovat tänä aikana kuitenkin muuttuneet siten, että huone-eristykset ovat pidentyneet ja leposide-eristykset pysyneet ennallaan. Mediaani-ajat eristysten kestolle olivat 335 minuuttia huone-eristyksissä ja 425 minuuttia leposide-eristyksissä vuonna 1990. Vuonna 2004 mediaani-ajat olivat 1025 minuuttia ja 420 minuuttia. (Keski-Valkama ym. 2007).

Viime vuosina eristysten ja pakonkäytön vähentämiseen tähtäävä tutkimus on lisääntynyt. Kansainvälisesti suurimmat tutkimushankkeet liittyvät hoitohenkilökunnan lisäkoulutuksen vaikutuksiin, sekä aggressiivisen käyttäytymisen syiden ja vaikutusten tutkimukseen. Eristämiseen liittyvää päätöksentekoa ei ole tutkittu siitä huolimatta, että loppujen lopuksi kehitettyjen tai käytettyjen interventioiden tavoitteena on vaikuttaa henkilökunnan päätöksentekoon (Gaskin 2007). Suomalaisessa tutkimuksessa on painotettu pakkotoimien määrään ja esiintyvyyteen liittyvään tutkimukseen (Kaltiala-Heino ym. 2000; Ala-aho ym. 2003; Kaltiala-Heino ym. 2003).

Suomessa psykiatriseen hoitotyöhön liittyvää päätöksentekoa on tutkittu jonkin verran (Lauri & Salanterä 2002). Kansainvälisesti eristämiseen liittyvää päätöksentekoa on tutkittu vähän ja tutkimus on erittäin vaihtelevaa sekä metodiikaltaan että tuloksiltaan. Suomessa eristämiseen liittyvää päätöksentekoprosessia ei ole tutkittu lainkaan siitä huolimatta, että suomalaiset hoitajat suhtautuvat eristämiseen myönteisemmin ja käyttävät eristystä enemmän kuin muissa länsimaissa. (Bowers ym. 2007; Keski-Valkama ym. 2007.)

Tutkimukseni on osa Sakura-hanketta, jonka tarkoituksena on tutkia eristämiseen liittyvää päätöksentekoa, eristysenaikaista hoitoa, eristämiskäytäntöjä ja näihin liittyviä kulttuurien välisiä eroja. Tutkimus tapahtuu Suomen ja Japanin välisenä tutkijayhteistyönä. Suomessa tutkimukseen osallistuu HUS-psykiatrian tulosityksikkö ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosasto. Tutkimus liittyy myös Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena - tutkimusprojektiin (Kylmä & Nikkonen 2009).

Suomalaisen hoitokulttuurin ja eristämiskäytäntöjen tutkiminen ja kuvaaminen on potilaan hoidon ja organisaatioiden kehittämisen kannalta erityisen tärkeää. Tähän tarkoitukseen sopivaa mittaria ei löytynyt, joten tutkimustani varten kehitin aikaisemman kirjallisuuden

avulla teorian (Meleis 2006; Fawcett 2009), jonka pohjalta rakensin spesifin mittarin (Nunnally & Bernstein 1994). Tässä tutkimuksessa mittaria testataan ensimmäistä kertaa. Mittarin kehittämisen ja testaamisen lisäksi tutkimus tuottaa uutta tietoa aikuispsykiatrisen potilaan eristämispäätöksen syntymiseen liittyvistä tekijöistä. Tätä tietoa voidaan käyttää sairaanhoidon koulutuksen ja johtamisen kehittämiseen.

Tutkimukseni tarkoituksena on kehittää teoria eristämispäätösmittarin pohjaksi ja testata teorian pohjalta kehitettävä mittari pilottitutkimuksella.

Tarkennetut tutkimustehtävät olivat:

1. Kuvata Eristämispäätösmittarin kehittämistä ja pilotointia
2. Kuvata mitkä tekijät ovat yhteydessä aikuispsykiatrisen potilaan eristämispäätöksen syntymiseen

2 PSYKIATRISEN AIKUISPOTILAAN ERISTÄMISEEN LIITTYVÄ PÄÄTÖKSENTEKO

2.1 Päätöksenteko terveydenhuollossa

Päätöksenteko jaetaan rationaaliseen ja intuitiiviseen sen mukaan, onko päätös tehty huomioimalla kaikki mahdolliset syy-seuraus vaihtoehdot vai aikaisempaan kokemukseen perustuen. Terveydenhuollossa suuri osa päätöksistä perustuu intuitioon, koska rationaalisen päätöksenteon prosessiin ei ole aikaa tai kaikki päätöksen kannalta tärkeät osatekijät eivät ole päätöksentekijän tiedossa. (Lamond & Thompson 2000). Päätöksenteon luonteesta riippumatta prosessit ovat samanlaisia: päätöksen pohjalla on informaatiovihjeitä, jotka painoarvotetaan, ja joiden pohjalta tehdään mahdollisimman hyvä päätös (Dowding & Thompson 2003). Usein puutteellisesta tiedosta johtuen terveydenhuollossa päätöksenteko on epävarmaa ja päätösten seuraukset ovat vain mahdollisesti sitä mitä halutaan (Thompson & Dowding 2001).

Terveydenhuollossa intuitiivista päättelyä ja päätöksentekoa epäselvissä ja nopeissa tilanteissa pidetään tärkeänä osana työkokemuksen myötä kehittyvää asiantuntijuutta. Päätöksenteko ei kuitenkaan kokeneellakaan henkilöllä ole objektiivista tai perustu pelkkään työkokemukseen, vaan päätöksenteon tutkimus osoittaa yksittäisen henkilön arvojen, uskomusten ja mielipiteiden vaikuttavan päätöksiin. Tämä saattaa johtaa autoritaariseen päätöksentekoon, jossa asiakkaan mielipiteet tai tavoitteet jäävät henkilökunnalta huomioimatta. (Lamond & Thompson 2000; Thompson & Dowding 2001)

Terveydenhuollossa hyvän päätöksen seuraukset ovat tavoitteisiin suhteutettuna parhaat mahdolliset. Hyvän päätöksen pitää olla – lopputuloksesta huolimatta – hyvin perusteltu. Hyvää ja hyvin perusteltua päätöstä tehdessä on kartoitettu kaikki mahdolliset päätösvaihtoehdot, niiden aiheuttamien seurausten todennäköiset vaikutukset asiakkaan terveydelle, sekä työntekijän ja asiakkaan arvot ja uskomukset. Näiden osatekijöiden keskinäisen arvioinnin jälkeen tehtyä päätöstä pidetään parhaana mahdollisena. Useimmiten tällaiseen päätöksentekoprosessiin ei kuitenkaan nopeasti muuttuvien tilanteiden tai

puutteellisen tiedon vuoksi päästä, ja käytännössä tehtävät päätökset ovat useimmiten puutteellisia. (Dowding & Thompson 2003)

2.2 Päätöksenteko kliinisen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena

Kliinisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita asiakkaiden/ potilaiden terveydestä, odotuksista hoidolle ja hänen autonomian säilyttämisestä hoidon aikana. Hoitotyön toiminnan tutkimuskohteina ovat interventioiden vaikuttavuus ja päätöksenteko. Vaikka sairaanhoitajien päätöksentekoa on tutkittu paljon eri menetelmillä, vasta 1990-luvun loppupuolella on ymmärrys hoidollisen päätöksenteon luonteesta lisääntynyt. Hoitotyössä päätöksiä ei tehdä rationaaliseen päätöksentekoon perustuvan hoitotyön prosessin perusteella, vaan eri toiminnoissa käytetään erilaisia päätöksentekomalleja (Lauri & Leino-Kilpi 1999).

Tutkimusten mukaan hoitotyön päätöksentekoa voidaan kuvata Hammondin (1996) kehittämän kognitiivisen jatkumon teorian mukaan. Jatkumon ääripäissä ovat rationaalisanalyttinen ja intuitiivinen päätöksentekomalli. Hoidollisessa päätöksenteossa käytetään harvoin ääripään malleja, vaan useimmiten päätöksenteko perustuu jatkumon keskellä oleviin malleihin, joissa on samanaikaisesti analyttistä ja intuitiivista päätöksentekoa. Päätöksenteko riippuu tilanteen kompleksisuudesta, päätöksentekoon käytettävissä olevasta ajasta ja käytettävissä olevan tiedon jäsentyneisyydestä ja selkeydestä (Hammond 1996; Lauri & Leino-Kilpi 1999).

2.3 Eristäminen psykiatrisessa hoitotyössä

Psykiatriassa käytetään pakkoa potilaan kontrolloimiseksi ja ihmisiin tai esineisiin kohdistuvan väkivallan estämiseksi. Pakko voi olla vastentahtoista lääkitsemistä tai potilaan eristämistä tarkoitusta varten luotuun huoneeseen henkilö- tai aineellisten vahinkojen välttämiseksi. (Kaltiala-Heino ym. 2000.) Suomessa hoidettavista potilaista kolmannes joutuu pakkotoimien kohteeksi hoitonsa aikana. Tässä pakkotoimina ei tarkoiteta vastentahtoista hoitoa, vaan muuta hoidon toteuttamiseksi käytettyä pakkoa. Hoidon aikana potilaista eristetään joka kymmenes (Kaltiala-Heino ym. 2000). Laitospaikkojen vähentämisestä huolimatta suhteelliset eristysmäärät eivät ole laskeneet viimeisen viidentoista vuoden aikana.

Eristysten kestoajat ovat tänä aikana huone-eristyksen kohdalla lyhentyneet leposide-eristysten keston pysyessä samana. (Keski-Valkama ym. 2007).

Suomessa potilaan eristämiseksi toisista potilaista käytetään joko huone-eristystä tai leposide-eristystä. Huone-eristyksessä potilas sijoitetaan lukittuun huoneeseen, jossa ei ole huonekaluja tai mitään millä hän voisi vahingoittaa itseään tai huoneessa käyvää henkilökuntaa, ja josta hän ei voi halutessaan poistua. Leposide-eristyksessä potilaan kaikki raajat ja vyötärö sidotaan vuoteeseen kiinni niin, että käsien ja jalkojen liikuttaminen on mahdotonta, eikä potilas voi nousta vuoteesta. Potilaan sitomisen käyttö on sairaala- ja tapauskohtaista.

Potilaan eristämistä ja sitomista ohjataan mielenterveyslailalla (1116/1990). Lain mukaan potilaan saa eristää sellaisissa tilanteissa, joissa hän käyttäytymisen tai uhkaamisen perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään, muita tai omaisuutta merkittävästi. Eristäminen on sallittua myös tilanteessa, jossa potilas vakavasti vaikeuttaa toisten potilaiden hoitoa, tai eristäminen on muuten välttämätöntä painavista hoidollisista syistä. Lain mukaan lepositeisiin sidotulla potilaalla on oltava jatkuva kuulo- ja näköyhteys henkilökunnan kanssa. (Mielenterveyslaki 1116/1990). Lääninhallitusten antamien ohjeiden mukaan lakia sovelletaan siten, että leposide-eristyksessä olevan potilaan kanssa eristyshuoneessa on jatkuvasti vierihoitaja.

Lain mukaan henkilökunta saa aloittaa potilaan eristämisen, jonka jälkeen hoitajien on ilmoitettava tilanteesta lääkärille mahdollisimman pian. Ilmoituksen jälkeen lääkärin on tavattava potilasta ja päätettävä eristyksen jatkamisesta tai lopettamisesta. (Mielenterveyslaki 1116/1990). Käytännössä lääkärit osallistuvat vain harvoin potilaan eristämiseen tai ovat läsnä tilanteessa jossa eristyspäätös tehdään, useimmiten päätös on hoitohenkilökunnan tekemä.

Muissa maissa mekaanisten apuvälineiden käyttö on vaihtelevaa. Angloamerikkalaisissa maissa lepositeiden käyttö on rajattu vain tiettyihin oikeuspsykiatriisiin sairaaloihin, saksaa puhuvissa maissa lepositeiden sijaan käytetään verkkosänkyjä. Myös muissa eurooppalaisissa maissa potilaan sitomista käytetään vain rajoitetusti, huone-eristyksen tai kiinnipidon ollessa käytetyimmät fyysisen rajoittamisen muodot. (Steinert & Lepping 2007).

Henkilökunnan asenteet eristämistä kohtaan vaihtelevat. Tutkimusten perusteella henkilökunta kokee potilaiden eristämisen ja potilaisiin kohdistuvat pakkotoimet eettisesti ongelmallisina, mutta välttämättöminä hoidon toteutumisen kannalta. (Alty 1997; Marangos-Frost & Wells 2000; Lind ym. 2004; Meehan ym. 2004)

Faulkner ja Gibson (2007) ovat tutkineet henkilökunnan asenteita eristämispäätöksen tekemiseen ja eristämiseen itse toimenpiteenä. Tutkimuksen perusteella hoitohenkilökunta jakautuu neljään ryhmään, niihin jotka

- kokevat päätöksenteon ja eristämisen helpoksi
- kokevat päätöksenteon helpoksi, mutta pitävät eristämistä ongelmallisena
- kokevat päätöksenteon ongelmallisena, mutta eristämisen helppona
- kokevat sekä päätöksenteon että eristämisen ongelmallisena.

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä eristäminen kattamaan kaikki potilaan fyysisen rajoittamisen muodot: eristämisen eristyshuoneeseen ja sitomisen lepositeilla.

3 ERISTÄMISPÄÄTÖSMITTARIN KEHITTÄMINEN

3.1 Teoriapohjaisen mittarin kehittämisprosessi

Mittareita voidaan kehittää erilaisilla menetelmillä. Tässä kuvataan teoriapohjaisen mittarin kehittämistä. Mittarin rakentaminen alkaa teorian tietoon perehtymisellä, eli tutustumisella siihen mitä ilmiöstä jo tiedetään aikaisemman tutkimuksen perusteella. Aikaisemman tiedon pohjalta perehdytään tutkittavan ilmiön teoreettisiin lähtökohtiin, eli eri ulottuvuuksiin ja ilmenemismuotoihin. Mittaria rakennettaessa tutkittavan ilmiön teoreettiset lähtökohdat operationalisoidaan mitattavaan muotoon, eli mittarin muuttujiksi. Operationalisoinnissa on kiinnitettävä erityisesti huomiota siihen, että muuttujista tulee ymmärrettäviä ja mahdollisimman yksiselitteisiä. (Nunnally & Bernstein 1994; Metsämuuronen 2002).

Ennen mittausten aloittamista arvioidaan sisällön luotettavuutta asiantuntijoiden avulla. Arvioiminen voidaan toteuttaa näennäisvaliditeetti-arviona tai kvantitatiivisesti sisällönvaliditeetti-indeksin avulla. Arvioinnissa asiantuntijoiden tehtävänä on arvioida kattaako mittari riittävän laajasti tutkittavan ilmiön, ja ovatko yksittäiset muuttujat ymmärrettäviä ja soveltuvia ilmiön tutkimiseen. Arvioinnissa varmistetaan ovatko ilmiöön liittyvät käsitteet ja osa-alueet operationalisoitu oikein. Arvioinnin perusteella mittaria voidaan vielä joutua muuttamaan. (Metsämuuronen 2002; Polit & Beck 2006).

Uuden mittarin luotettavuutta arvioidaan usein kriteerivaliditeetin avulla. Kriteerivaliditeetin arvioinnissa verrataan mittarin antamia tuloksia johonkin arvoon jonka tiedetään aikaisempien tutkimusten perusteella olevan yhteydessä tutkittavaan ilmiöön. Kriteerivaliditeettia voidaan arvioida joko samanaikaisuuden tai ennustavuuden avulla. Samanaikaisuusvaliditeetissa käytetään luodun mittarin ohella aikaisemmissa tutkimuksissa kehitettyjä mittareita tai muita tekijöitä, joiden tiedetään kuvaavan tutkittavaa ilmiötä. Sekä testattavan mittarin että kriteerimittarin tulisi olla mahdollisimman yhdenmukaisia käytettyjen käsitteiden ja mitta-asteikon osalta. Samanaikaisuutta tutkitaan korrelaatioiden avulla. Kriteerivaliditeettia voidaan myös tarkastella ennustevaliditeetin avulla, jolloin mittarin antamia tuloksia verrataan johonkin tulevaisuudessa olevaan kriteeriin. Kriteerivaliditeetin arvioinnissa haastavinta on löytää kriteerit, jotka soveltuvat mitattavaan aiheeseen, mittaamistapaan, tutkimusasetelmaan,

ja ovat aidosti yhteydessä tutkittavaan ilmiöön. (Nunnally & Bernstein 1994; Metsämuuronen 2002; Polit & Beck 2006).

Mittarin luotettavuutta arvioidaan myös rakennevaliditeetin avulla. Rakennevaliditeettia tarkasteltaessa tutkitaan mitä ja minkälaisia rakenteita mittari todellisuudessa mittaa. Rakennevaliditeettia tutkitaan faktorianalyysin avulla, jolloin tuloksena saadaan mittarin muuttujien välisten korrelaatioiden muodostama malli, jolla selittyy suuri osa muuttujien vaihtelusta (Waltz ym. 2005; Polit & Beck 2006). Faktorien määrän arvioimiseksi voi käyttää apuna Scree plot-käyrää, jonka perusteella voi arvioida optimaalisen faktorien määrän. Kuitenkin sopivimman mallin etsimistä manuaalisesti suositellaan, koska teknisesti optimaalinen malli ei aina ole sisällön kannalta paras mahdollinen. Manuaalisessa faktorianalyysien tulkinnassa on huomioitava, että yksittäisen faktorin on sisällettävä kolme tai useampi muuttuja, jottei mallista tule liian yksityiskohtaista ja yleistettävyyttä säilyisi. Lisäksi analyysivaiheessa on hyvä poistaa muuttujat, joiden faktorilataus on heikko ($\leq 0,4$) tai liian voimakas ($\geq 0,9$), tai eivät muuten sovellu malliin. (Gorsuch 1997.)

Faktorianalyysin tulosten ymmärrettävyyden lisäämiseksi ja aineistossa olevien vääristymien poistamiseksi analyysissä käytetään rotaatiota. Rotaatio voi olla suorakulmaista tai vinokulmaista. Ero näissä on siinä, että suorakulmaisessa rotaatiossa muuttujat pakotetaan yhteen faktoriin kun vinokulmarotaatiossa muuttujat saavat vaikuttaa myös muihin faktoreihin. Moniulotteisia ja dynaamisia ilmiöitä tutkittaessa suositellaan käytettäväksi vinokulmarotaatiota, koska se antaa totuudenmukaisemman kuvan tutkittavasta ilmiöstä, joissa ilmiön eri puolet vaikuttaa toisiinsa. Vinokulmarotaation etu on myös siinä, että mikäli faktorit eivät vaikuta toisiinsa, ei menetelmä pakota niitä vaikuttamaan vaan tuloksena on sama malli, minkä suorakulmarotaatio antaisi. (Gorsuch 1997; Waltz ym. 2005.)

Validiteettitestien jälkeen tarkastellaan mittarin ja muuttujien tarkoituksenmukaisuutta ja soveltuvuutta. Luotettavuuden arvioinnin tulosten perusteella mittarissa saattaa olla tarvetta jatkokehittämiseen, jolloin muuttujia voidaan joutua muokkaamaan, poistamaan tai lisäämään.

3.2 Eristämiseen liittyvä päätöksenteko

Tarkoitukseni oli kehittää eristämispäätöksentekoon liittyvän kirjallisuuskatsauksen avulla eristämispäätösteoria mittarin kehittämisen tueksi (Meleis 2006; Fawcett 2009). Kirjallisuuskatsauksen tein keväällä 2008. Tein kirjallisuushaut tietokannoista Cochrane, CINAHL, Medline, PsycINFO, Linda ja Medic (Taulukko 1.). Hakusanoina käytin englanninkielisissä hakukoneissa käsitteitä ”*decision making*” yhdistettynä eristystä englannissa kuvaaviin käsitteisiin ”*restraint*” ja ”*seclusion*”. Asiasanahaku tuotti vain neljä artikkelia, joten tein vapaasanahaun samoilla hakusanoilla.

Suomalaisista hakukoneista suoritin haun yhdistämällä katkaistut hakusanat ”*erist**” ja ”*päätöksent**”, jonka tuloksena ei tullut osumia. Tein uudet haun käyttämällä vain hakusanaa ”*erist**”. Linda-haun tulokset kuuluivat pääasiassa tekniikan ja laboratoriolääketieteen julkaisuihin, joten yhdistin hakuun hakusanaksi ”*psykiat**”, jonka avulla hakutulokset rajautuivat psykiatriaan liittyvään tutkimukseen. Lisäksi rajasin haut arvioituihin tutkimusartikkeleihin. Kieli- tai aikarajasta en tehnyt, koska alustavien hakujen tulosten perusteella aihetta oli tutkittu vähän.

TAULUKKO 1. Kirjallisuushaun tulokset

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Osumat
CINAHL	Asiasanahaku käsitteillä ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>restraint, physical</i> ”. Rajaus arvioituihin tutkimusartikkeleihin.	4
CINAHL	Asiasanahaku käsitteillä ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>seclusion, patient</i> ”.	0
CINAHL	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>restraint</i> ”. Rajaus arvioituihin tutkimusartikkeleihin.	39
CINAHL	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>seclusion</i> ”. Rajaus arvioituihin tutkimuksiin.	6
Cochrane	Haku sanoilla ” <i>seclusion</i> ” ja ” <i>restraint</i> ”	1
Medline (Pubmed)	Asiasanahaku MeSH käsitteillä ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>restraint physical</i> ”. Rajaus arvioituihin tutkimusartikkeleihin, jotka ovat julkaistu viimeisen 10 vuoden kuluessa ja joissa tutkittu yli 18 vuotiaita.	18
Medline (OVID 1996→)	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>restraint</i> ”. Rajaus tutkimusartikkeleihin.	36
Medline (OVID 1996→)	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>seclusion</i> ”. Rajaus tutkimusartikkeleihin.	8
PsycINFO	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>restraint</i> ”. Rajaus arvioituihin artikkeleihin.	47
PsycINFO	Vapaasanahaku sanoilla ” <i>decision making</i> ” ja ” <i>seclusion</i> ”. Rajaus arvioituihin artikkeleihin.	2
Medic	Vapaasanahaku sanalla ” <i>erist*</i> ”.	49
Linda	Asiasanahaku ” <i>erist*</i> ” ja ” <i>psykiat*</i> ”	8

Kirjallisuushakujen perusteella eristämistä on tutkittu Suomessa jonkin verran, mutta tutkimus on keskittynyt historian tutkimukseen tai eristysmäärien mittaamiseen ja vertailemiseen. Eristämiseen liittyvää päätöksentekoa ei Suomessa ole tutkittu lainkaan. Eristämistä/sitomista on tutkittu paljon geriatrisilla ja somaattisilla osastoilla, sekä nuorisopsykiatriassa. Näiden erityisalojen toiminnan sisältö ja potilaan sitomiseen liittyvät tavoitteet eroavat aikuispsykiatriasta kuitenkin niin paljon, että niihin liittyvää tutkimusta ei voi yleistää aikuispsykiatrisen potilaan hoitoon. Hakujen tuloksista rajasin otsikkojen ja tiivistelmien perusteella pois tutkimukset, jotka oli tehty vanhain- tai hoitokodeissa, pitkäaikais- tai nuoriso-osastoilla, tai somaattisilla osastoilla ja päivystyksissä.

Rajausten jälkeen aineisto muodostui 12 tutkimusartikkelista. Näiden artikkeleiden lähdeluetteloiden tarkastaminen tuotti vielä seitsemän aineistoon sopivaa artikkelia, joten lopullinen aineisto koostuu 19 tutkimusartikkelista (artikkelien taulukointi Liite 1.). Kaikki otokseen kuuluvat tutkimukset ovat lääke- tai hoitotieteellisiä. Eristämisspätöksen tekoa on aineiston perusteella tutkittu melko vähän ja tutkimus painottuu 2000-luvulle. Metodiikaltaan tutkimukset ovat vaihtelevia ja monipuolisia. Kaikissa tutkimuksissa kuvattiin hoitajien asenteita tai päätöksentekoa. Lääkäreitä tai muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä ei ole tähän hakuun kuuluvissa tutkimuksissa tutkittu lainkaan. Suurin osa julkaistuista tutkimuksista on tehty englanninkielisissä maissa. Suomalaista tutkimusta eristykseen vaikuttavista tekijöistä tai päätöksenteosta ei ole julkaistu lainkaan.

Kvantitatiiviset tutkimukset

Päätöksentekoprosessia on pyritty kuvaamaan kvantitatiivisen tutkimuksen avulla yhdessä tutkimuksessa. Lisäksi aineistossa on yksi rekisteritutkimus, jossa kirjaamisia tutkimalla on kuvata eristetyn potilaan ominaisuuksia ja käyttäytymistä ennen eristyksen aloittamista. Muiden tutkimusten kohteena on ollut pitkittäistutkimuksen avulla selvittää interventioiden tai henkilökunnan ominaisuuksien vaikutusta eristysten määrään.

Kvalitatiiviset tutkimukset

Kvalitatiivista tutkimusta eristämiseen liittyvästä päätöksenteosta on tehty vähän. Päätöksentekoa kuvaavia tutkimuksia löytyi haun avulla kolme. Tutkimukset on tehty eri

metodeilla, joten ne kuvaavat ilmiötä eri näkökulmista. Muut tutkimukset kuvaavat henkilökunnan eristämiseen liittyviä asenteita ja niiden vaikutusta intervention valintaan kriisitilanteessa. Observointitutkimuksia ei päätöksentekoon liittyen ole tehty lainkaan.

Artikkelien sisällön analysoinnin perusteella eristämispäätöksen tekemiseen liittyy kuusi eri tekijää, jotka vaikuttavat eristämispäätöksen syntymiseen. Nämä ovat: potilas, henkilökunta, toiset potilaat, hoitokulttuuri, hoitoympäristö ja tilannetekijät.

Potilas

Potilaan sukupuolella tai sosioekonomisella taustalla ei ole vaikutusta eristämispäätökseen. Suhteellisesti eniten eristetään aivovaurion tai päihdepsykoosin vuoksi hoidossa olevia. Määrällisesti yleisimmät diagnoosit eristettävillä potilailla ovat skitsofrenia ja mielialahäiriöt. (Kaltiala-Heino ym. 2000.) Yleisin syy eristykseksi on potilaan käyttäytymisen hallinta sellaisissa tilanteissa, jolloin potilas on sekava, agitoitunut tai hänellä on ongelmakäyttäytymistä (Alty, 1997; Evans & FitzGerald 2002; Wynaden ym. 2002; Kaltiala-Heino ym. 2003). Potilaan eristäminen väkivaltaisen käyttäytymisen, väkivallalla uhkaamisen tai itsensä vahingoittamisen vuoksi on harvinaisempaa. Tällaisessa tilanteessa eristäminen tapahtuu potilaan itsensä tai toisten potilaiden suojelemiseksi väkivallalta. (Kaltiala-Heino ym. 2000; Wynaden ym. 2002; Kaltiala-Heino ym. 2003; Foster ym. 2007.) Aikaisempi kokemus potilaan väkivaltaisuudesta ja aikaisemmat eristykset ennakoivat eristyksiä myös myöhemmillä hoitokerroilla (Wynaden ym. 2002). Joissain tapauksissa levoton tai vastusteleva potilas sidotaan vuoteeseen hoitotoimenpiteiden vuoksi, esimerkiksi nenämahaletku-ruokinnan tai suonensisäisen lääkityksen ajaksi (Evans & Fitzgerald 2002).

Henkilökunta

Hoitajien sukupuoli vaikuttaa eristämispäätökseen siten, että nuoret mieshoitajat eristävät potilaan herkemmin kuin muut hoitajat (Busch & Shore 2000; Bowers ym. 2007; Janssen ym. 2007). Vanhemmat mieshoitajat taas suhtautuvat eristämiseen yleensä kielteisesti (Busch & Shore 2000; Bowers ym. 2007). Eristämiseen liittyviin asenteisiin ei sukupuolella ole kuitenkaan vaikutusta (Bowers ym. 2007). Työkokemuksen pituudella on selvä yhteys eristämiseen siten, että kokeneemmat hoitajat eristävät potilaan harvemmin ja suhtautuvat

eristämiseen kriittisemmin kuin kokemattomammat hoitajat (Busch & Shore 2000; Bowers ym. 2007; Janssen ym. 2007). Hoitajien koulutustausta vaikuttaa siten, että, kouluttamattomat ja alemman ammattitutkinnon suorittaneet hoitajat eristävät potilaan herkemmin kuin korkeammin koulutetut hoitajat (Busch & Shore 2000; Janssen ym. 2007). Aikaisemmassa tutkimuksessa on epäilty, että puutteet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen ymmärtämisessä lisäävät henkilökunnan fyysisten interventioiden, kuten eristämisen käyttöä (Foster ym. 2007).

Tutkimustulokset hoitajien jatkokoulutuksen vaikutuksista eristämiseen ovat ristiriitaisia. Väkivallan ehkäisyyn ja uhkaavien tilanteiden turvalliseen hoitoon suunnatun koulutuksen on todettu sekä vähentävän, että lisäävän eristysten määrää. Alkuvaiheessa koulutus vähentää eristysten määrää kymmenesosalla (Forster ym. 1999; Bowers ym. 2006), koulutukseen liittyvät kertauskurssit lisäävät eristysten määrää hetkellisesti koulutuksen jälkeen (Bowers ym. 2006a). Hoitajien asenteisiin ja hoitotaitoihin kohdistuvalla koulutuksella ei ole vaikutusta eristysten määrään, vaikka sen avulla saadaan uhkatilanteiden syntymistä vähennettyä jopa puoleen (Bowers ym. 2006a; 2006b).

Toiset potilaat

Eristämispäätökseen vaikuttaa myös toisten potilaiden turvallisuus. Halutaan estää potilasta vahingoittamasta toisia potilaita ja vähentää heidän pelkoaan (Kaltiala-Heino ym. 2003). Toisaalta halutaan palauttaa osastolle rauha ja järjestys (Evans ym. 2002). Suomen mielenterveyslain ja hoitokäytäntöjen mukaan potilas voidaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista, muttei sitoa lepositeisiin, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa. (Ala-aho ym. 2003).

On arvioitu että puolet psykiatrisilla osastoilla tapahtuvasta väkivallasta kohdistuu toisiin potilaisiin. Potilaiden välillä on myös runsaasti uhkailua, josta henkilökunta ei ole tietoisia. Suurin osa potilaiden välisestä uhkailusta tai väkivallasta ei kuitenkaan välity henkilökunnalle asti, ja henkilökunta eristää potilaan harvemmin niissä tilanteissa, joissa väkivalta on ollut potilaiden välistä kuin henkilökuntaan kohdistuneessa väkivallassa. (Foster ym. 2007)

Hoitokulttuuri

Hoitajien uskomus eristämisestä tehokkaana ja turvallisena tapana hallita potilaan käyttäytymistä ja rauhoittaa kiihtynyt potilas nopeasti vaikuttaa päätöksenteon taustalla (Mason 1997; Wynaden ym. 2002; Schreiner ym. 2004; Bowers ym. 2007). Nämä uskomukset ovat erittäin vahvasti sidoksissa kulttuuriin; Suomessa eristäminen nähdään merkittävästi parempana ja tehokkaampana hoitokeinona kuin useimmissa muissa Euroopan maissa (Bowers ym. 2007). Henkilökunnan näkemystä eristämisestä hyvänä ja toimivana hoitona voidaan tällä hetkellä pitää lähinnä hoitokulttuuriin liittyvänä, koska kontrolloituja tutkimuksia aiheesta ei ole tehty (Sailas & Fenton 2000).

Väkivaltaisen käyttäytymisen hallinnan lisäksi, hoitajat käyttävät eristämistä keinona ”kouluttaa” potilasta käyttäytymään yhteiskunnan sääntöjen mukaisesti (Vatne & Fagermoen 2007). Eristystä käytetään myös rankaisukeinona siitä huolimatta, että eristyksen käyttö on useimmissa maissa rajattu vain väkivaltaisen ja häiritsevän käyttäytymisen hallitsemiseksi, eikä eristämisen käyttö rankaisuna ole eettisesti hyväksyttävää (Alty 1997; Evans & FitzGerald 2002; Wynaden ym. 2002; Vatne & Fagermoen 2007).

Hoitoympäristö

Yhteiskunnallisella laki-ohjauksella ja pakkotoimia koskevien määräysten tiukentumisella ei ole vaikutusta eristysten määrään (Keski-Valkama ym. 2007). Organisaatiotason ohjeilla, hallintohenkilökunnan asenteilla ja eristämiseen liittyvällä runsaalla byrokratialla on kuitenkin eristyksiä vähentäviä vaikutuksia (Mason 1997; Busch & Shore 2000; Wynaden ym. 2002).

Eristämistä käytetään osaston kaoottisen tilanteen hallintakeinona sellaisissa tilanteissa joissa henkilökunta arvioi muut keinot riittämättömiksi (Alty 1997; Marangos-Frost & Wells 2000; Wynaden ym. 2002; Vatne & Fagermoen 2007). Kaoottisten tilanteiden hallinta on erityisen vaikeaa ahtailla osastoilla, jolloin osaston fyysisten tilojen puutteet lisäävät eristysten määriä (Wynaden ym. 2002). Työympäristön aiheuttama pelko ja stressi ovat usein syynä eristämislle (Foster ym. 2007). Joissain tapauksissa potilas eristetään myös työn aikataulutuksessa pysymiseksi sellaisissa tilanteissa, joissa henkilökuntaa ei ole riittävästi

takaamaan potilaan turvallisuutta, koska heidän on samaan aikaan huolehdittava rutiinitehtävien, kuten ruokailujen ja lääkkeiden jaon toteuttamisesta (Evans & FitzGerald 2002).

Vuorossa olevan henkilökunnan sukupuolijakaumalla on vaikutusta siten, että kun vuorossa oli yksi tai useampia mieshoitajia, vähenee eristysten määrä. Samalla tavalla eristykseen vaikuttaa vuorossa olevien kokoneiden hoitajien määrä. (Janssen ym. 2007). Vuorossa olevien hoitajien luottamus toisiinsa siirtää eristyspäätöksen tekoa, ja tilanteissa joissa luottamus on vähäisempää – kuten työskennellessä sijaisten kanssa – eristämispäätös tehdään herkemmin (Wynaden ym. 2002).

Tilannetekijät

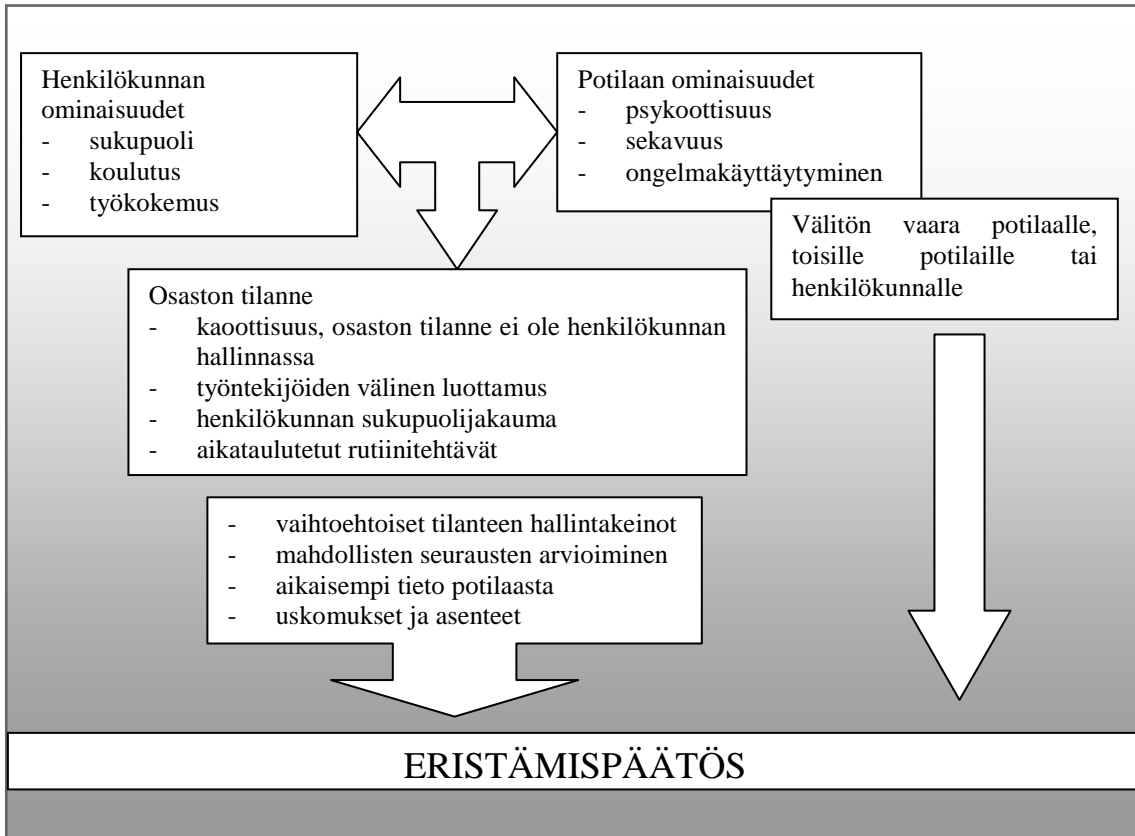
Eristämispäätös tehdään useimmiten tilanteessa, jossa henkilökunnalla on samanaikaisesti ongelmia potilaan käyttäytymisen, osaston kokonaistilanteen ja rutiinitehtävien hoidossa (Marangos-Frost & Wells 2000). Päätös perustuu henkilökunnan arvioon potilaan kliinisestä tilasta (Busch & Shore 2000) ja potentiaalisen riskin vakavuuteen (Marangos-Frost & Wells 2000), sekä tietoon potilaan aikaisemmasta käyttäytymisestä ja muiden hoitokeinojen tehokkuudesta (Wynaden ym. 2002). Joissain tapauksissa henkilökunta eristää potilaan mieluummin kuin pyrkii hoitamaan potentiaalista uhkaa lääkkeillä, useimmiten tällaisissa tilanteissa päätös perustuu aikaisempaan tietoon potilaasta ja häneen parhaiten tehoavasta hoidosta (Wynaden ym. 2002).

Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Kuviossa 1 esitetään teoria eristämispäätöksen tekemisestä psykiatrisessa hoidossa. Päätöksenteon teoriaan kuuluu kolme osa-aluetta jotka ovat: henkilökuntaan ja potilaaseen liittyvät ominaisuudet, sekä osaston yleinen tilanne, jotka vaikuttavat päätöksentekotilanteessa toisiinsa.

Päätöksenteko tapahtuu useimmiten vasta sen jälkeen kun henkilökunta on arvioinut vaihtoehtoisten tilanteen hallintakeinojen vaikuttavuuden kyseiseen potilaaseen, ja ns. puuttumattomuudesta aiheutuvat riskit. Toisaalta päätös saattaa syntyä hyvin nopeasti, jolloin

päätöksentekoon vaikuttaa potilaalle itselleen, toisille potilaille tai henkilökunnalle aiheutuva vaara, sen potentiaalinen vakavuus ja todennäköisyys. Mikäli henkilökunta arvioi riskin riittävän suureksi, tai oman vaikuttamismahdollisuutensa vähäiseksi, eristetään potilas ilman tarkempaa vaihtoehtoisten tilanteen hallintakeinojen arvioimista.



Kuvio 1. Teoria eristämispäätöksen tekemisestä psykiatrisessa hoidossa

Nämä kirjallisuuskatsauksen avulla tunnistetut tekijät muodostavat tässä tutkimuksessa kehitettävän ja testattavan eristyspäätösmittarin teoreettisen rakenteen.

3.3 Mittarin kehittäminen eristämispäätösteorian pohjalta

Eristämispäätösteorian pohjalta rakensin mittarin. Mittarin tarkoituksena on kuvata eristämispäätöstä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Mittari koostuu kahdesta osasta, jotka ovat: 1) päätöksenteon syntymistä ja 2) päätöksentekoon liittyviä tekijöitä kuvaavat osat.

Ensimmäinen versio mittarista sisälsi 22 muuttujaa, joista neljä muuttujaa päätöksenteon syntymis-osassa ja 18 päätöksentekoon liittyvien tekijöiden osassa. Päätöksentekoon liittyviä osa-alueita mittarin ensimmäisessä versiossa oli viisi: potilas (6 muuttujaa), toiset potilaat (2 muuttujaa), asenteet (3 muuttujaa), ympäristö (4 muuttujaa) ja henkilökunta (3 muuttujaa).

Mittarin ensimmäisen version näennäisvaliditeettia arvioi 9 asiantuntijaa marraskuun 2008 ja helmikuun 2009 välisenä aikana. Asiantuntijoina olivat hoitajat ja lääkärit, joilla on pitkä työkokemus psykiatrisilla osastoilla, tai jotka tekevät psykiatrisen potilaan hoitoon liittyvää tutkimusta. Arviointi tapahtui siten, että jokainen asiantuntijoista sai mittarin ensimmäisen version arvioitavakseen. Saadun palautteen jälkeen tein mittariin muutokset, ja asiantuntijat arvioivat mittaria uudelleen.

Näennäisvaliditeetin arvioinnin perusteella muutettiin ohjeistuksen ja kolmen muuttujan sanamuotoa, sekä mittariin lisättiin 7 uutta muuttujaa. Samanaikaisesti näennäisvaliditeetin arvioinnin kanssa tarkastin käytetyn kirjallisuuden vielä kerran. Kirjallisuuden tarkastamisen perusteella lisäsin vielä kolme muuttujaa. Toisella arviointikierröksellä mittariin ei tullut enää muutoksia.

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tarkoituksena oli jättää tutkimuksen ulkopuolelle eristystilanteet, joissa potilas sairasti polydipsiaa, neurologista sairautta (dementia, vaikeat aivovammat), oli kehitysvammainen tai kyseessä oli saman potilaan kolmas tai useampi eristys hoitajakson aikana. Asiantuntijat huomauttivat myös siitä, että vastaajat eivät välttämättä lue ohjeita riittävän huolellisesti, joten poissulkukriteereiden luopumista suositeltiin. Suositusten mukaisesti nämä otettiin mittariin omiksi muuttujikseen.

Lopullisessa mittarissa on 36 Likert-tyyppistä väittämää (Liite 2.), joita arvioidaan asteikolla: 1 = Ei kuvaa tilannetta lainkaan, 2 = Kuvaa tilannetta hyvin vähän, 3 = En osaa sanoa, 4 = Kuvaa tilannetta jonkin verran ja 5 = Kuvaa tilannetta erinomaisesti. Päätöksentekoa kuvaavassa osassa on neljä muuttujaa ja päätöksentekoon liittyvien tilannetekijöiden osassa on 32 muuttujaa. Muuttujat jakautuvat eristämispäätösteorian osa-alueittain seuraavasti: potilas 13 muuttujaa, toiset potilaat 3 muuttujaa, asenteet 4 muuttujaa, tilannetekijät 4 muuttujaa ja henkilökunta 8 muuttujaa.

Lisäksi mittarissa on kaksi avointa kysymystä, joista toiseen vastaajaa pyydetään kuvaamaan eristystä edeltäneet ennakoivat – eristystilanteen välttämiseen tähtäävät – toimet, ja toiseen kuvaamaan eristystilannetta, mikäli vastaaja on kokenut eristystilanteessa olleen jotain erityistä.

3.4 Mittarin validointi

3.4.1 Pilottiaineiston keruu

Tutkimusaineistot kerättiin kahden uusimaalaisen psykiatrisen sairaalan suljetuilta osastoilta hoitohenkilökunnalta strukturoidulla kyselylomakkeella keväällä 2009. Toisessa sairaalassa toimitin lomakkeet henkilökohtaisesti osastojen osastonhoitajille ja annoin tiedon tutkimuksesta suullisesti. Toisessa sairaalassa kävin esittelemässä tutkimusta osastonhoitajien kokouksessa, jossa lomakkeet annettiin osastonhoitajille edelleen jaettavaksi. Tutkimuslomakkeiden palautus tapahtui sairaalan sisäpostissa minulle tai sairaalan yhdyshenkilölle. Vastaamisaikaa lomakkeiden palauttamiseksi annettiin kaksi viikkoa. Tutkimuslomakkeiden yhteydessä oli saatekirje (Liite 5.), jossa kerroin tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, lomakkeiden täyttö- ja palautusohjeet ja sairaalakohtaisen yhdyshenkilön yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Lomakkeet jaoin 17 osastolle ja molempien sairaaloiden sisäisille sijaisille. Osastoista 11 oli yleispsykiatrisia, kolme oikeuspsykiatrisia, kaksi vanhuspsykiatrisia ja yksi ympärivuorokautinen vastaanottoyksikkö. Lomakkeita kokonaismäärä oli 326 kappaletta, mikä on vakituista henkilökuntaa vastaava määrä. Täytettyjä lomakkeita palautui 113. Vastausprosentti oli 35 %. Osastoittaiset vastausprosentit vaihtelivat 0–100 % välillä. Kahdelta osastolta kaikki vakituiseen hoitohenkilökuntaan kuuluneet olivat vastanneet ja kahdelta osastolta ei tullut yhtään täytettyä lomaketta. Keskimäärin osastoilta tuli neljä täytettyä lomaketta.

Tutkittavien ja päätöksentekotilanteiden taustatietoina keräsin seuraavat asiat: työyksikkö, sukupuoli, ikä, ammattinimike, työkokemus psykiatriassa ja työkokemus nykyisellä osastolla, eristämisen alkamis- ja päättymisaika, kuvatus eristyksen ja mittarin täyttämisen välinen aika ja päätöksentekoon osallistuneiden henkilöiden lukumäärä.

3.4.2 Hoitotyön päätöksentekomittari kriteerimittarina

Eristyspäättömittarin kriteerivaliditeetin arvioimiseksi käytin tutkimuksessa tutkijoiden Lauri ja Salanterä kehittämää Hoitotyön päätöksentekomittaria (2002). Tavoitteena mittarin kehittämisessä on ollut tutkia sairaan- ja terveydenhoitajien päätöksentekoa ja kehittää päätöksentekoa kuvaavaa teoriaa. Mittarin taustateorianä on käytetty Hammondin (1996) kognitiivisen jatkumon teoriaa. Alkuperäinen mittari koostui 56 Likert-tyyppisestä väittämästä. Mittarin jatkokehitystyön pohjalta alkuperäistä mittaria kehitettiin edelleen. Tässä tutkimuksessa käytössä oleva mittari koostuu 24 Likert-tyyppisestä väittämästä, joita arvioidaan 5-portaisella asteikolla: 1 = Erittäin harvoin, 2 = Harvoin, 3 = Joskus, 4 = Usein, 5 = Lähes aina.

Mittaria on testattu psykiatrisissa sairaaloissa kolmessa maassa. Tulosten mukaan mittari on luotettava kuvaamaan hoitajien päätöksentekomalleja eri kulttuureissa ja hoitotyön erikoisaloilla. Psykiatrisessa kontekstissa kerätystä aineistosta paras malli muodostui kolmesta faktorista, joista kaksi kuvaa analyyttistä päätöksentekoa ja yksi intuitiivista päätöksentekoa pääpainon ollessa analyyttisessä päätöksenteossa. Faktorien reliabiliteettikertoimet olivat 0.90–0.92. Muista tutkimukseen osallistuneista erikoisaloista psykiatria poikkesi siten, että toisilla erikoisaloilla parhaat selittävät mallit sisälsivät viisi faktoria. (Lauri & Salanterä 2002.)

3.5 Tutkimusaineiston analyysit

Aineiston siirsin analyysiä varten SPSS 16 for Windows tilasto-ohjelmaan. Poistin täytetyistä lomakkeista tässä vaiheessa kaksi, koska niistä oli täytetty vain taustatieto-osa. Molemmissa hylätyissä lomakkeissa vastaaja kertoi edellisestä eristyksestä olevan niin pitkä aika, ettei hän kyennyt antamaan luotettavaa kuvaa tilanteesta. Analysointiin jäi 111 vastausta. Analyysiä varten luokittelin ennakoivia toimia kuvaavat avoimet vastaukset ja laskin niistä prosentit ja frekvenssit. Ennakoivia toimia varten loin tilasto-ohjelmaan omat muuttujat jatkokäsittelyä varten.

Aineiston jatkokäsittelyä varten luokittelin jatkuvaluonteiset muuttujat. Vastajan iästä muodostui neljä luokkaa: 20 – 29 vuotta, 30 – 39 vuotta, 40 – 49 vuotta ja yli 50 vuotta. Työkokemuksesta psykiatriassa ja ko. osastolla muodostui molemmista viisi luokkaa: alle 6 vuotta, 6 – 10 vuotta, 11 – 15 vuotta, 16 – 20 vuotta ja yli 20 vuotta. Tyhjäksi jätetyt ”tilanteen ennakkoinnissa käytetyt keinot” tulkitsin siten, että kyseessä olevissa tilanteissa ei ollut käytetty ennakoivia keinoja.

Molempien mittareiden sisäistä johdonmukaisuutta arvioin Cronbachin alpha kertoimella, Hoitotyön päätöksentekomittari ja EPM-mittari, sekä faktoreittain (EPM-mittari). Hoitotyön päätöksentekomittarin α oli tässä aineistossa .836, EPM-mittarin α oli .818 ja yhdessä mittarien α oli .813. Koska $\alpha \geq .7$, voidaan mittareita pitää sisäisesti johdonmukaisina ja samaa asiaa kuvaavina (Polit & Beck, 2006).

Ristiintaulukoin taustamuuttujat työyksiköittäin. Lisäksi tutkin taustamuuttujien yhteyttä eristämispäätökseen käyttämällä Mann-Whitneyn U ja Kruskal-Wallis -testiä. Päätöksentekoon liittyviä tekijöiden suhdetta toisiinsa tarkastelin Spearmanin korrelaatiolla, joka soveltuu järjestysasteikollisten muuttujien korrelaatioiden tutkimiseen (Polit & Beck 2006). EPM-mittarin kriteerivaliditeettia tutkin tarkastelemalla mittarien muuttujien välisiä korrelaatioita.

EPM-mittarin tilastollisten testien valitsemista varten tutkin vastausten jakautuneisuutta Kolmogorov-Smirnovin testillä (Polit & Beck 2006), jonka mukaan muuttujien jakaumat olivat vinoja ($p \leq 0.05$). Lisäksi tutkin aineiston soveltuvuutta faktorianalyysiin Kaiser-Meyer-Olkinin testillä ja Barlettin testillä. Aineiston K-M-O tunnusluku oli 0.745 ja Barlettin testin $p < .0001$. Aineisto soveltuu faktorointiin, koska K-M-O tunnusluku on > 0.6 ja Barlettin testin $p < .05$.

Koska lopullisessa aineistossa puuttuvien tietojen määrä oli muuttujittain alle 5 %, korvasin puuttuvat tiedot vastauksittaisella keskiarvolla. EPM-mittarin teoreettista rakennetta testasin faktorianalyysillä (Waltz ym. 2005). Analyysimenetelmänä käytin Varimax-rotatiota. Faktorianalyysiä tehdessä huomasin hyvin nopeasti, että päätöksenteko-osion kaikki muuttujat ja tilannetekijöistä kolme muuttujaa (polydipsia, kehitysvammaisuus ja potilaan neurologiset ongelmat) muodostavat faktoroitumisessa yhden muuttujan faktoreita tai eivät lataudu

riittävän voimakkaasti millekään faktorille. Tämän vuoksi poistin ne analyysistä. Analyysyjä jatkoin Varimax-rotatiolla, mutta tämän avulla en päätenyt tyydyttävään ratkaisuun, joten valitsin analyysimenetelmäksi vinokulmaisen Promax-rotatio menetelmän. Tyydyttävään ratkaisuun pääsin pakotetulla kuuden faktorin Promax-rotatiolla. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Faktorianalyysit ja niiden tulokset

Faktorointimenetelmä ja muuttujien määrä	Faktorien määrä	Syy syntyneen mallin hylkäämiseen
Varimax vapaa (36)	12	7 faktorissa vain 1 tai 2 muuttujaa
Varimax pakotettu (36)	11	4 faktorissa vain 1 tai 2 muuttujaa
Varimax pakotettu (36)	10	3 faktorissa vain 1 tai 2 muuttujaa
Varimax pakotettu (36)	9	1 muuttujan faktorilataus < .2 1 faktorissa vain 2 muuttujaa
Varimax pakotettu (36)	8	1 muuttujan faktorilataus < .2
Varimax pakotettu (36)	7	1 muuttujan faktorilataus < .2
Varimax pakotettu (36)	6	2 muuttujan faktorilataus < .2 1 faktori sisällöllisesti epäselvä
Varimax vapaa (30)	9	2 faktorissa vain 1 tai 2 muuttujaa
Varimax pakotettu (30)	8	1 faktorissa ei muuttujia
Varimax pakotettu (30)	7	1 faktorissa ei muuttujia
Varimax pakotettu (30)	6	1 faktori sisällöllisesti epäselvä
Promax vapaa (30)	9	3 faktorissa vain 1 muuttuja 1 muuttujan faktorilataus < .2
Promax pakotettu (30)	8	2 faktorissa vain 1 muuttuja
Promax pakotettu (30)	7	1 faktorissa vain 1 muuttuja
Promax pakotettu (30)	6	hyväksytty

3.6 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimukseni on osa Sakura-tutkimus- ja kehittämishanketta, jolle on saatu HUS Lasten ja nuorten sairaalan eettiseltä toimikunnalta puoltava lausunto. Tutkimusta varten sain tutkimusluvut HUS-organisaatioon ja Helsingin kaupungin terveystieteiden keskukseseen.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, uusintakyselyä ei tehty. Erillistä suostumusta ei tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä pyydetty, koska jokaisella oli mahdollisuus jättää vastaamatta kyselyyn. Tutkimuksessa ei kerätty potilaisiin tai henkilökuntaan liittyviä rekisteri- tai muita tietoja, joten henkilörekisteriä ei syntynyt.

En tiedä vastaajien tai potilaiden henkilöllisyyttä. Yksittäistä vastaajaa, vastaajan toimipistettä ei raportissa voi tunnistaa. Vastaukset toimitettiin minulle nimettöminä suljetuissa kuorissa ja säilytin niitä suljetussa lukitussa tilassa. Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä yksittäinen vastaaja, työyksikkö tai sairaala.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä sääntöjä ja hyviä käytäntöjä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002; Kuula 2006). Tutkimuksen vaiheet ja tulokset esitetään raportissa avoimesti ja totuudenmukaisesti.

4 EMPIIRISEN AINEISTON TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Vastaajien ja eristystilanteiden taustatiedot

Vastaajien (n=111) iät vaihtelivat 20 ja 63 vuoden välillä keski-ikä ollessa 40,9 vuotta (Md. 40.0, sd. 8.7). Miehiä ja naisia oli lähes yhtä paljon. Koulutustaustalta vastaajissa oli jonkin verran enemmän opistotason tutkinnon suorittaneita (sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja) kuin koulutason tutkinnon suorittaneita hoitajia (mielisairaanhoitaja/mielenterveyshoitaja/lähihoitaja). (Taulukko 2.) Keskimääräinen aika vastaukseen kuvatus eristämistilanteen ja mittarin täytön välillä oli 41,3 vuorokautta (Md 20.5, sd 61.99) ajan vaihdellessa alle vuorokaudesta 340 vuorokauteen. 29 vastauksessa ei eristämistilanteesta kulunutta aikaa mainittu.

Vastaajien työkokemus psykiatrian alalla vaihteli viidestä kuukaudesta 41 vuoteen, keskimääräisen työkokemuksen ollessa 14 vuotta (Md. 13.0, sd. 9,3). Ikäjakauma jakaantui tasaisesti koko välille. Työkokemus nykyisellä osastolla vaihteli kuukaudesta 34 vuoteen, keskimääräisen osastolla työskentelyajan ollessa 8 vuotta (Md. 6.5, sd. 7.6). Suurin osa vastaajista oli työskennellyt samalla osastolla alle 10 vuotta.

Taustamuuttajat työntekijän ikä, yleinen kokemus psykiatriassa ja kokemus nykyisellä osastolla jakautuvat aineistossa tasaisesti. Poikkeuksena on vastaanottoyksikkö, jonka vastauksissa on suhteellisesti enemmän yli 50-vuotiaita (50% aineistosta) ja psykiatriassa 11 – 15 vuotta (39%) ja yli 20 vuotta työskennelleitä (56%). Myös käytettyjen ennakoivien keinojen määrä jakaantui osastoittain tasaisesti, lukuun ottamatta vastaanottoyksikköä, jonka vastauksissa korostui ns. ennakoimattomien eristysten määrä suhteessa muiden yksiköiden ennakoimattomiin eristykseen.

Eristyksen alkamisaika oli ilmoitettu yli puolessa vastauksista (n=53, 54 %). 46 kuvauksessa ei eristyksen aloitusaikaa ollut mainittu. Tiedossa olevat eristyksen alkamisajat painottuivat aamupäivän klo 8 ja iltapäivän klo 16 välille. Illan aikana klo 16 ja klo 21 välillä eristämistilanteita oli jonkin verran enemmän kuin yöllä. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 2. Vastaaajien taustatiedot (n, %, ka, sd)

Taustamuuttuja		n	%
Sukupuoli			
	Nainen	57	51,4
	Mies	53	47,7
	Ei tietoa	1	0,9
Ikä (ka 40.9, sd 8.7)			
	20 – 29 vuotta	9	8,1
	30 – 39 vuotta	44	39,6
	40 – 49 vuotta	36	32,4
	Yli 50 vuotta	20	18
	Ei tietoa	2	1,8
Ammattinimike			
	Msh/Mth/Lh	48	43,2
	Esh/Sh	63	56,8
Työkokemus psykiatriassa (ka 14.2, sd 9.3)			
	Alle 6 vuotta	20	18
	6 – 10 vuotta	26	23,4
	11 – 15 vuotta	21	18,9
	16 – 20 vuotta	14	12,4
	Yli 20 vuotta	26	23,4
	Ei tietoa	4	3,6
Työkokemus ko. osastolla (ka 8.3, sd 7.6)			
	Alle 6 vuotta	49	44,1
	6 – 10 vuotta	25	22,5
	11 – 15 vuotta	13	11,7
	16 – 20 vuotta	12	10,8
	Yli 20 vuotta	9	8,1

Eristyspäätöksen tekoon osallistui useampi henkilö, ja yhden tai kahden henkilön tekemät päätökset ovat harvinaisempia. Suurimmassa osassa eristämistilanteita oli päätöstä ollut tekemässä 3 – 5 henkilöä. Huolimatta siitä, että päätöksentekoon osallistuu useampi henkilö, 40 % vastaajista arvioi olleensa eristämisestä päättänyt henkilö.

Eristyksen ennakointia oli kuvattu yli puolessa vastauksia. Vajaa puolet (n=44, 40 %) ei maininnut eristämistilanteen ennakoinniksi käytettyjä interventioita. Yleisimmin ennen eristyspäätökseen päättymistä henkilökunta oli yrittänyt hallita tilannetta 2 – 3 keinolla. Noin puolessa tilanteista oli eristämistä pyritty välttämään keskustelulla. Muita useimmiten käytettyjä keinoja olivat lääkitys, vierihoito, sanallinen rajaaminen ja omaan huoneeseen ohjaaminen.

Kuvatuista eristyksistä seitsemän johtui polydipsiasta (6,3 %) ja 12 tapauksessa potilas oli kehitysvammainen, hänellä oli aivovaurio tai hän sairasti dementiaa (10,9 %). Potilaan väkivaltaista käyttäytymistä kuvattiin 79 vastauksessa (71,1 %) ja sekavuutta 59 vastauksessa (53,1 %).

TAULUKKO 3. Eristystilanteiden taustatiedot (n, %, Md, sd)

Taustamuuttuja	n	%
Eristykset		
Eri eristämistilanteita kuvattu	59	
Ei tietoa	37	
Eristyksen tapahtuma-aika (n=99)		
08:00 – 16:00	24	24,2
16:01 – 21:00	18	18,1
21:01 – 07:59	11	11,1
Ei tietoa	46	46,5
Ennakoivien toimien määrä (Md 2, sd 1.5)		
1	10	9,1
2	28	25,5
3	17	15,5
4 tai enemmän	12	10,8
Ei mainintaa	44	39,6
Eristämissäätöksen tekoon osallistuneiden määrä (mM 4, sd 2.4)		
1	5	4,5
2	11	9,9
3	22	19,8
4	29	26,1
5	21	18,9
6 tai enemmän	12	10,9
Ei mainintaa	11	0,9
Tein päätöksen eristää potilaan		
Kyllä	44	39,6
Ei	57	51,3
Eos	4	3,6
Tieto puuttuu	6	5,4
Ennakoivat toimet		
Keskustelu	53	47,7
Lääkitys	44	39,6
Vierihoido	24	21,6
Sanallinen rajaaminen	20	18,0
Omaan huoneeseen ohjaaminen	11	9,9

4.2 Eristämissäätökseen liittyvät tekijät

Työntekijän sukupuolella on vaikutusta siihen miten lääkäri otetaan mukaan eristämissäätöksentekoon. Miehet päättivät naisia useammin potilaan eristämisestä ennen yhteydenottoa lääkäriin ($p=0.035$) ja naiset saivat puhelimitse miehiä useammin lääkäriltä ohjeen eristää potilas ($p=0.031$). Sukupuolten välillä löytyy myös eroja tarkasteltaessa yhteyksiä tilannetekijöihin. Miehet kuvasivat potilaan sekavan käyttäytymisen vakavammaksi ($p=0.013$) ja naiset omaisuuden rikkomisen ($p=0.023$).

Tarkasteltaessa vastaajien koulutuksen, iän ja työkokemuksen yhteyksiä päätöksentekoon liittyviin muuttujiin ja siihen miten eristystä pyritään ennakoimaan tai miten monta henkilöä osallistui päätöksentekoon, löytyi vain yksi tilastollisesti merkittävä ero. Ero liittyi työntekijän iän ja ennakoivien toimien määrän yhteyteen ($p=0.008$, $\chi^2=11,833$, $df. 3$). Keskiarvojen tarkastelussa korostuu yli 50-vuotiaiden ryhmässä muita ryhmiä vähäisempi ennakoivien keinojen käyttö.

TAULUKKO 4. Hoitajien iän ja tilannetekijöiden väliset yhteydet

Vastaajan ikä	n	Mean rank	χ^2	df	p
<i>Potilas häpäisi tai oli vaarassa häpäistä itsensä käyttäytymisellään</i>			8,245	3	0.041
20 – 29 vuotta	9	74,39			
30 – 39 vuotta	44	46,11			
40 – 49 vuotta	36	59,58			
yli 50 vuotta	20	60,10			
<i>Potilaan toiminta/käyttäytyminen häiritsi toisia potilaita</i>			10,615	3	0.014
20 – 29 vuotta	8	59,69			
30 – 39 vuotta	44	59,48			
40 – 49 vuotta	36	57,93			
yli 50 vuotta	20	35,30			
<i>Eristämisellä osoitettiin potilaalle, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita</i>			9,076	3	0.028
20 – 29 vuotta	9	52,67			
30 – 39 vuotta	43	45,45			
40 – 49 vuotta	36	66,12			
yli 50 vuotta	20	53,85			
<i>Vuorossa olevan henkilökunnan määrä ei riittänyt tilanteen/potilaan oireilun hallitsemiseksi muilla keinoin</i>			9,329	3	0.025
20 – 29 vuotta	9	49,06			
30 – 39 vuotta	44	54,65			
40 – 49 vuotta	36	65,11			
yli 50 vuotta	20	40,25			
<i>Potilas häiritsi henkilökuntaa jatkuvasti</i>			8,136	3	0.043
20 – 29 vuotta	9	80,11			
30 – 39 vuotta	44	54,95			
40 – 49 vuotta	36	54,26			
yli 50 vuotta	20	45,12			

Työntekijän iän ja tilannetekijöiden suhteita tarkasteltaessa löytyi ikäryhmien välillä tilastollisesti merkittäviä eroja (Taulukko 4.). Nuoret hoitajat (20 – 29 vuotta) korostivat potilaan itsensä häpäisemistä ja potilaan käyttäytymisen häiritsevyyttä. 30 – 39 vuotiaat kuvasivat potilaan itsensä häpäisemisen vähäisemmäksi kuin muut, he myös kuvasivat eristämisen ns. koulutuksellisuuden vähäisemmäksi kuin toiset ikäryhmät. 40 – 49 vuotiaat

hoitajat kuvasivat muita enemmän eristämisen koulutuksellisuutta ja kokivat että henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt oireilun hallitsemiseksi muilla keinoin. Yli 50 vuotiaat kuvasivat potilaan häiritsevyyden ja toisille potilaille aiheutuvan häiriön vähäisemmäksi kuin nuoremmat. Lisäksi vanhimmat hoitajat arvioivat, että suuremmalla henkilökuntamäärällä ei olisi voitu välttää eristämistä.

Psykiatrian alan työkokemuksen ja tilannetekijöiden välillä löytyi vain yhdessä kokemusryhmässä tilastollisesti merkittävä eroavaisuus. Yli 20 vuotta alalla työskennelleet arvioivat potilaan toisille potilaille aiheuttaman häiriön vähäisemmäksi kuin kokemattomammat hoitajat ($p=0.044$, $\chi^2=9,800$, df 4). Samalla osastolla pitkään työskennelleet (16 – 20 tai yli 20 vuotta) arvioivat potilaan toisille aiheuttaman häiriön alhaisemmaksi kuin muut ($p=0.025$, $\chi^2= 11,141$, df 4) ja arvioivat potilaan häiritsevän käyttäytymisen aiheuttavan vähemmän häiriötä rutiinitehtävien suorittamiselle ($p=0.050$, $\chi^2=9,507$, df 4) kuin lyhyemmän ajan samalla osastolla työskennelleet hoitajat.

4.3 Eristämisspätöksen tilannetekijöiden väliset yhteydet

Tilannetekijöiden välisiä yhteyksiä tarkastelin faktorianalyysillä (Waltz ym. 2005). Tähän aineistoon sopivin ratkaisu löytyi pakotetusta kuuden faktorin mallista Promax-rotatiolla. Faktoreiksi muodostuivat: Kaaos osastolla, Väkiältä tai sen uhka, Toiset potilaat, Potilaan hallitsematon käytös, Aikaisempi kokemus potilaasta ja Potilaan sopimaton käytös. Faktorien Cronbachin α :t vaihtelivat 0.86 ja 0.50 välillä. Parhaiten eristämisspätöstä selittivät faktorit Kaaos osastolla ja Väkiältä tai sen uhka. Heikoimmat faktorit olivat Potilaan sopimaton käytös ja Potilaan hallitsematon käytös. Muuttujien kommunaliteetit vaihtelivat 0.330 ja 0.849 välillä ja faktorilataukset 0.867 ja 0.414 välillä. Muuttujien kommunaliteetit ja faktorilataukset vaihtelevat siis kohtalaisen ja hyvän välillä, eikä tässä mallissa yksittäisistä muuttujista muodostu liian vahvoja tai heikkoja. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Kuvaus faktorianalyysin tuloksesta

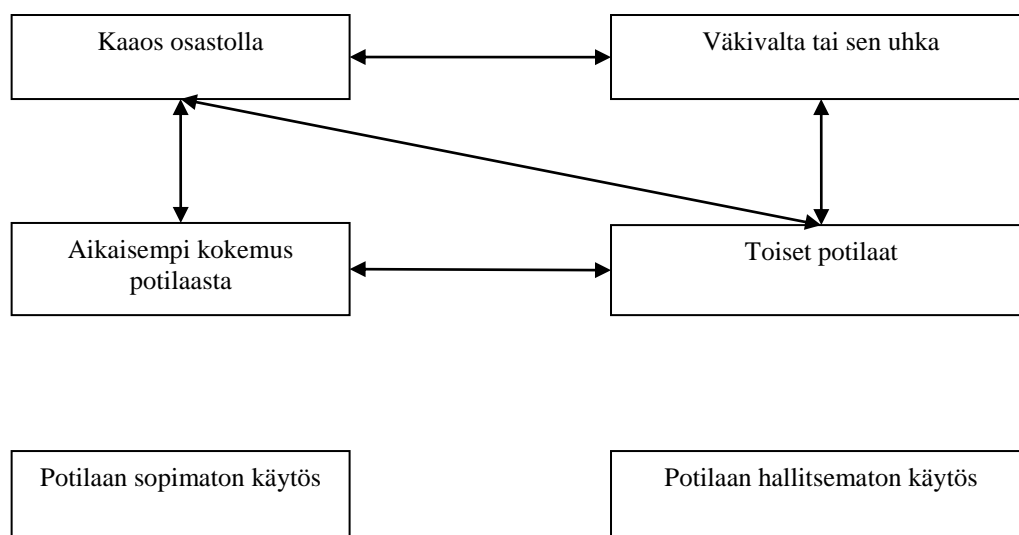
Faktorit	Cronbachin α	Lataus	Kommunaliteetti	Selitysosuus % 57,9
1. Faktori: Kaaos osastolla	.86			23,4
Potilas eristettiin, jotta osaston levoton/kaoottinen tilanne saataisiin rauhoitettua		.760	.687	
Jos vuorossa olisi ollut enemmän mieshoitajia, olisi eristys saatettu välttää		.728	.628	
Jos vuorossa olisi ollut enemmän kokeneita hoitajia, olisi eristys saatettu välttää		.675	.543	
Potilas häiritsi henkilökuntaa jatkuvasti		.671	.520	
Vuorossa olevan henkilökunnan määrä ei riittänyt tilanteen/potilaan oireilun hallitsemiseksi muilla keinoin		.671	.562	
Potilaan oireilu satoi henkilökuntaa niin, että rutiinitehtävien suorittaminen ei onnistunut		.653	.630	
Osaston tilanne oli niin kaoottinen, että henkilökunta ei enää hallinnut sitä		.622	.587	
Seuraavaan vuoroon tulevan henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt potentiaalisen riskin hallitsemiseen		.528	.510	
Mikäli tilanne olisi pahentunut, en olisi voinut luottaa muuhun vuorossa olevaan henkilökuntaan		.522	.330	
2. Faktori: Väkivalta tai sen uhka	.82			9,7
Henkilökunta koki potilaan uhkaavana		.814	.734	
Henkilökunta pelkäsi potilasta		.754	.727	
Potilas uhkasi väkivallalla toisia potilaita, henkilökuntaa tai omaisuutta		.697	.702	
Potilas käyttäytyi väkivaltaisesti		.531	.630	
Henkilökunnalla oli tunne, että jollei tilanteeseen puututa, niin ”kohta tapahtuu”		.529	.406	
3. Faktori: Toiset potilaat	.75			8,3
Toiset potilaat pelkäsivät ko. potilasta		.867	.849	
Toiset potilaat kokivat ko. potilaan uhkaavana		.862	.840	
Potilaan toiminta/käyttäytyminen häiritsi toisia potilaita		.790	.672	
Potilas häpäisi tai oli vaarassa häpäistä itsensä käyttäytymisellään		.414	.369	

Jatkuu

Taulukko 5. Jatkuu.

Faktorit	Cronbachin α	Lataus	Kommunaliteetti	Selitysosuus
4. Faktori: Potilaan hallitsematon käytös	.58			6,2
Potilas ei tullut vuorovaikutukseen/ ollut kontaktissa		.733	.553	
Olen sitä mieltä, että eristäminen oli oikea menettelytapa tässä tilanteessa		.655	.544	
Tällaisessa tilanteessa potilas eristetään aina		.611	.511	
Potilas vaaransi oman/toisten ihmisten turvallisuuden		.592	.444	
Potilaan käyttäytyminen oli sekavaa/deliriöottista		.505	.441	
5. Faktori: Aikaisempi kokemus potilaasta	.71			5,4
Aikaisemman hoitosuhteen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys		.804	.699	
Potilaskertomuksen tietojen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys		.724	.711	
Kyseessä on potilaan kolmas tai useampi eristys hoitojakson aikana		.683	.484	
Sairaskertomuksen tai muiden esitietojen mukaan on potilaalla ollut aikaisemmin väkivaltaista käyttäytymistä		.598	.614	
6. Faktori: Potilaan sopimaton käytös	.50			4,9
Potilas rikkoi omaisuutta		.660	.548	
Potilas eristettiin, koska hän käyttäytyi yhteiskunnan normien vastaisesti (esim. varastelu)		.634	.510	
Eristämisellä osoitettiin potilaalle, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita		.435	.390	

Faktoroinnissa käytetty Promax-rotatio sallii muuttujien korreloimisen faktoreiden välillä (Liite 3.), ja muodostuneiden faktoreiden korreloimisen keskenään (Gorsuch 1997; Waltz ym. 2005). Tämä mahdollistaa faktorien välisten suhteiden tarkastelemisen. Faktoreista neljä korreloi toistensa kanssa ja kaksi oli itsenäisiä. Faktorien väliset yhteydet on esitetty kuviossa 2 ja faktorien välisten suhteiden faktorilatausmatriisi liitetaulukko 4.



Kuvio 2. Faktorien väliset yhteydet

4.4 Lääkäri eristämispäätöksenteossa

Yleisin käytäntö oli, että potilas eristettiin ennen kuin lääkäriin otettiin yhteyttä. Lääkäri päätti eristämisen aloittamisesta puhelimitse 21 tapauksessa (18,9 %) ja tapaamisen perusteella 31 tapauksessa (27,9 %). (Taulukko 6.) Lääkärin osallistumista päätöksentekoon tarkasteltiin tutkimalla päätöksenteon kuvauksen korreloimista tilannetekijöiden kanssa. Tarkastelussa käytettiin Spearmanin korrelaatiota.

TAULUKKO 6. Lääkärin osallistuminen eristämispäätöksentekoon (n, %)

Päätöksenteon kuvaus	n	%
Lääkäri päätti tapaamisen perusteella		
Kyllä	31	27,9
Ei	73	65,8
Ei osaa sanoa	4	3,6
Tieto puuttuu	3	2,7
Lääkäri päätti puhelimitse		
Kyllä	21	18,9
Ei	79	71,2
Ei osaa sanoa	5	4,5
Tieto puuttuu	6	5,4
Eristettiin ennen yhteydenottoa lääkäriin		
Kyllä	62	55,8
Ei	41	36,9
Ei osaa sanoa	3	2,7
Tieto puuttuu	5	4,5

Kun lääkäri teki potilaan tapaamisen perusteella eristämispäätöksen, oli kyseessä potilaalle osoittaminen, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita. Lääkäri ei tavannut potilasta ennen eristämisen alkua silloin, kun eristäminen tapahtui väkivallan, sekavuuden tai osastolla olevien henkilöiden turvallisuuden varmistamiseksi. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Lääkäriin tapaamisen perusteella tekemän eristämispäätöksen korrelaatiot (n, r, p)

Muuttujat	Lääkäri päätti potilaan eristämisestä tapaamisen perusteella	
	korrelaatio	p-arvo
Eristämisellä osoitettiin ettei toimintaa suvaita (n=106)	0.292	0.002
Potilas käyttäytyi väkivaltaisesti (n=107)	-0.200	0.039
Potilaan käyttäytyminen oli sekavaa/deliriöottista (n=106)	-0.304	0.002
Potilas vaaransi oman/toisten ihmisten turvallisuuden (n=106)	-0.204	0.036
Potilas uhkasi väkivallalla toisia potilaita, henkilökuntaa tai omaisuutta (n=107)	-0.284	0.003

Jos lääkäriin teki päätöksen puhelimitse, oli kyseessä polydipsia, tilanne jossa osaston tilanteen hallinta ei ole enää henkilökunnalla, tai työvuoro oli vaihtumassa, jonka jälkeen henkilökuntaa ei olisi ollut enää riittävästi hallitsemaan potilaan käyttäytymistä. Väkivaltatilanteissa lääkäriä ei konsultoitu puhelimitse ennen eristämistä. Lisäksi puhelimitse tehty päätös liittyy tilanteisiin, joissa potilasta ei aina eristetä. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Lääkäriin puhelimitse tekemän eristämispäätöksen korrelaatiot (n, r, p)

Muuttujat	Lääkäri päätti potilaan eristämisestä puhelimitse	
	korrelaatio	p-arvo
Potilas joi vettä hallitsemattomasti (n=102)	0.210	0.034
Osaston tilanne oli niin kaoottinen, että henkilökunta ei enää hallinnut sitä (n=104)	0.327	0.001
Seuraavaan vuoroon tulevan henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt potentiaalisen riskin hallitsemiseen (n=104)	0.329	0.001
Potilas käyttäytyi väkivaltaisesti (n=104)	-0.202	0.040
Tällaisessa tilanteessa potilas eristetään aina (n=103)	-0.269	0.006

Tilanteet joissa potilas eristettiin ennen yhteydenottoa lääkäriin, liittyivät potilaan sekavaan käyttäytymiseen ($r=0,326$, $p=0.001$) ja siihen, että potilas ei ollut kontaktissa hoitavan henkilökunnan kanssa ($r=0,317$, $p=0.001$). Tilanteissa, joissa seuraavan vuoron miehitys

arvioitiin riittämättömäksi tilanteen hallitsemiseksi, jätettiin päätöksenteko lääkärille ($r=-0,197$, $p=0.044$).

4.5 EPM-mittarin käyttökelpoisuus eristämiseen liittyvän päätöksenteon kuvaamiseen

Eristyspäättömittarin ja Hoitotyön päätöksentekomittarin välillä löytyi 50 korrelaatiota. EPM-mittarin muuttujista 20 (66 %) korreloi tilastollisesti merkittävästi ainakin yhden Hoitotyön päätöksentekomittarin muuttujan kanssa. Hoitotyön päätöksentekomittarin muuttujista 17 (71 %) korreloi EPM-mittarin muuttujien kanssa. Molemmissa mittareissa muuttujat, jotka eivät korreloineet lainkaan liittyvät pääasiassa puhtaasti intuitiiviseen (esim.: ”Henkilökunnalla oli tunne, että jollei tilanteeseen puututa, niin ”kohta tapahtuu”, ”Luotan omiin tulkintoihini potilaan tilan määrittämisessä”) tai analyttiseen päätöksentekoon (esim. ”Potilas joi vettä hallitsemattomasti”, ”Toteutan mahdollisimman tarkasti potilaalle laadittua tauti- ja tilannekohtaista hoitosuunnitelmaa”).

Mittarien välisten korrelaatioiden perusteella EPM-mittarista ei ole löydettävissä selviä tilannetekijäryhmiä, jotka osoittaisivat vastaajien käyttävän säännönmukaisesti tiettyä päätöksentekomallia tietyissä tilanteissa. Korrelaatiot eivät ole myöskään vahvoja ja vain kahden korrelaation voimakkuus on $\geq 0,3$. Mittarien väliset yhteydet ovat kuitenkin ymmärrettäviä (Liite 6.)

5 POHDINTA

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa arvioin tutkimuksen luotettavuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Arviointikohteina olivat mittarin, aineistonkeruun, mittauksen ja tulosten luotettavuus. Mittarin luotettavuutta arvioin arvioimalla sisältövaliditeettia, kriteerivaliditeettia ja mittarin reliabiliteettia. (Polit & Beck 2006).

Mittarien luotettavuus

Tutkimuksessa käytetty Hoitotyön päätöksenteko-mittari on todettu luotettavaksi jo aikaisemmissa tutkimuksissa (Lauri & Salanterä 2002). Aineiston keruun aikana muutama tutkimukseen osallistuja otti minuun yhteyttä Hoitotyön päätöksenteko-mittarin kysymyksiin liittyvissä asioissa. Yhteydenottojen syinä oli väittämien vaikeaselkoisuus ja vastaajien tunne siitä että väittämät eivät kuvaa heidän työympäristöään. Kaksi vastaajaa oli kommentoinut kyselylomakkeeseen edellä mainittuja asioita.

Tätä tutkimusta varten kehitetty Eristyspätös-mittari perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Mittarin ensimmäisen version näennäisvaliditeettia arvioi asiantuntijaryhmä. Arvioinnista saadun palautteen perusteella mittaria muutettiin ennen käyttöönottoa. Aineiston keruun aikana ei tullut yhteydenottoja tämän mittarin kysymyksistä. Kaksi vastaajaa oli lisännyt joihinkin väittämiin kuvauksen siitä, mitä eristämistilanteessa oli tapahtunut. Mittarin rakennevaliditeettia arvioitiin tutkimuksessa faktorianalyysillä. Testien perusteella mittarin sisältövaliditeetti ja rakennevaliditeetti ovat hyviä.

Arvioin molempien tutkimuksessa käytettyjen mittarien reliabiliteettia Cronbachin α :n avulla. Tuloksen perusteella mittarit olivat sisäisesti johdonmukaisia ja mittasivat samaa asiaan.

Tutkimuksen analyysivaiheessa huomasin, että potilaan itseään vahingoittavaa ja muita vahingoittavaa toimintaa kysyttiin samassa kysymyksessä. Mittaria kehitettäessä näistä tulee muodostaa omat kysymykset. Lisäksi vastaajat ovat todennäköisesti kuvanneet potilaan sekavuuteen liittyvään kysymykseen myös sellaista käyttäytymistä, jota tässä yhteydessä ei

pidetä sekavuutena. Esimerkiksi yhdessä lomakkeessa oli avoimeen kysymykseen kuvattu potilaan erittäin strukturoitua ja johdonmukaista paranoidia käyttäytymistä, joka oli ko. kysymyksessä merkitty vahvaksi sekavuudeksi. ”Sekavuus” käsitteen selkiinnyttäminen käsiteanalyysillä ja operationalisointi mittaamaan psykiatrian alalla tällä käsitteellä spesifisti tarkoitettua käyttäytymistä on myös mittarin jatkokehittämisessä otettava huomioon (Waltz ym. 2005). Koska sekavuutta käytetään kuvaamaan ”outoa käyttäytymistä” hyvin laajasti sekä käytännössä että tutkimuksissa (esim. Kaltiala-Heino ym. 2003).

Mittarissa käytetty kaaos käsite on myös epäselvä, koska eri henkilöt saattavat kokea kaaoksen tunteen syntyvän eri asioista. Nyt mittarissa kuvattu kaaos on vastaajien suora kuvaus siitä että osaston tilanne on kaoottinen, tarkempaa kuvausta ei nykyisellä versiolla saada. Paremman käytettävyyden ja käytännön kuvaamisen mahdollistamiseksi tulisi myös käsite kaaos operationalisoida mittariin tarkemmin (Waltz ym. 2005).

Aineistonkeruun ja mittauksen luotettavuus

Otoksen valinnassa käytin tarkoituksenmukaisuusperiaatetta, joten tutkimus toteutettiin osastoilla joilla on käytössä eristys. Laajan edustavuuden saamiseksi – ja yksittäisten osastojen erikoisalojen aiheuttamien potentiaalisten vääristymien välttämiseksi – otin tutkimukseen mukaan kahden sairaalan kaikki soveltuvat osastot, jotka eivät osallistu muihin eristämistutkimuksiin.

Tutkimuksen vastausprosentti oli kuitenkin heikko. Vuotta aikaisemmin samoille osastoille toteutetussa kyselyssä vastausprosentti oli yli 50 %. Tämän tutkimuksen heikkoon vastausprosenttiin saattaa vaikuttaa se, että eristystilanteita saattaa osastoilla tapahtua niin harvoin, että vastaajat ovat jättäneet vastaamatta myös sen vuoksi, että he eivät ole kokeneet muistavansa tilannetta riittävän hyvin. Palautuneista lomakkeista kahdessa oli täytetty vain taustatiedot kommentilla, että eristämisestä on niin kauan, että tilanne ei ole enää tarkasti muistissa. Keskimäärin edellisestä eristyksestä oli kulunut kolme viikkoa, jolloin jotkin yksityiskohdat eivät ehkä enää ole muistissa. Pitkä aika tapahtuman ja kyselyyn vastaamisen välillä saattaa myös heikentää aineiston luotettavuutta, koska vastaajalta on saattanut kuluneena aikana unohtua oleellisia tilannetekijöitä ja muistikuva tilanteen kulusta on saattanut vääristyä.

Tutkimuksessa kuvattiin eristämistilanteita noin 60, joten erilaisia tilanteiden variaatioita on runsaasti. Tämän perusteella saatiin käsitys monipuolisesti erilaisista eristämistilanteista, joka mahdollisti mittarin rakenteen tutkimisen käytäntöön peilaten. Otos on pienempi kuin uuden mittarin testaamisen nyökkisääntönä pidetty 3:1 (Gorsuch 1997). Tämän vuoksi aineiston riittävyttä ja soveltuvuutta faktorointiin testattiin KMO-testillä ja Barlettin testillä.

Vastauksissa oli puuttuvia tietoja jonkin verran. Suurin osa puuttuvista vastauksista oli vastaajien taustatiedoissa, joissa useammassa vastauksessa työntekijän ikää, työkokemusta tai eristämisaikaa ei ollut mainittu. Hoitotyön päätöksenteko- ja eristämispäätösmittareihin oli vastattu hyvin ja näistä puuttuvia tietoja oli alle viisi prosenttia.

Tulosten luotettavuus

Aineistossa olevan ikä- ja kokemusvääristymän vuoksi ikä ja kokemusryhmien erojen tuloksista osa jouduttiin hylkäämään, ja muita näihin liittyviä tuloksia voidaan pitää vain suuntaa-antavina. Vääristymän vuoksi tulokset eivät myöskään ole yleistettäviä edes sairaaloiden sisäisesti. Sukupuolen ja koulutustaustan suhteen aineistossa ei ole vääristymää, joten näiden suhteita eristystilanteen muuttujiin voidaan pitää luotettavina ja sairaalatasolla yleistettävinä. Otoksen pienuuden ja alueellisten eristysmäärissä olevien erojen vuoksi tuloksia ei voi yleistää laajemmin.

Poistin EPM-mittarista ennen analyysijä osiot: ”Potilas on kehitysvammainen, hänellä on vakava aivovaurio, tai hän sairastaa dementiaa” ja ”Potilas joi vettä hallitsemattomasti”. Potilaaseen liittyvien väittämien poistamiseen päädyin, koska näiden osuus aineistossa on hyvin pieni. Polydipsiaan liittyvä väittämä poistettiin koska ns. nestelastissa olevan potilaan eristämiseen on useimmissa sairaaloissa omat ohjeet, joiden mukaan ennakkoon määritellyn painorajan ylittyminen johtaa säännönmukaisesti eristämiseen.

Näiden kysymysten poistamisen jälkeen analysoitavaksi jäi 30 muuttujaa sisältävä EPM-mittari. Viimeisin faktorianalyysin tuottama teoreettinen malli on käytäntöä kuvaava ja uskottava. Eristystilanteiden suuren vaihtelevuuden ansiosta mallia voidaan pitää luotettavana ja yleistettävänä ainakin sairaalatasolla. Mallin voidaan ajatella kuvaavan eristämiseen

vaikuttavia taustatekijöitä ja niiden suhteita tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa. Uskottavuutta ja luotettavuutta lisää faktoroinnissa käytetty Promax-rotatio, joka ei pakota muuttujia vain yhteen faktoriin, ja sallii faktoreiden korreloida keskenään. Näin päätöksentekoon liittyvien tilannetekijöiden ja päätöksenteon dynaamisuus tuli esille

Rinnakkaismittarina (kriteerimittarina) käytetty Hoitotyön päätöksentekomittari soveltui hyvin tähän tutkimukseen muutamista edellä kuvatuista ongelmista huolimatta. Tulosten mukaan Hoitotyön päätöksentekomittarin ja Eristämispäätösmittarin muuttujat korreloivat keskenään riittävän hyvin jotta voidaan todeta, että yleisellä hoitotyön päätöksenteolla on yhteyttä myös erityistilanteissa – kuten eristäminen – tehtävään päätöksentekoon (Metsämuuronen 2002). Korrelaatiot ovat kuitenkin kohtalaisen heikkoja, joten mittarin väliset yhteydet ovat suuntaa-antavia. Hoitotyön päätöksentekomittarin käyttöä kriteerimittarina heikentää se, että henkilökunta ei yleisessä päätöksenteossaan – jota kommittari kuvaa – käytä puhtaasti intuitiivista tai analyttistä päätöksentekomallia. Kuitenkin kliinisessä päätöksenteossa tulee tilanteita, joissa päätöksenteko tapahtuu joko puhtaan intuitiivisesti tai analyttisesti. Lisäksi tulosten perusteella EPM-mittarin muuttujia ei voida luokitella samalla tavalla Hammondin teorian (1996) mukaisesti kuten Hoitotyön päätöksentekomittarilla. Tämän mittaaminen saattaa tosin olla eristämispäätöksen dynaamisuuden vuoksi jopa mahdotonta.

5.2 Empiiriseen aineistoon perustuvien tulosten pohdinta

Taustatekijät ja päätöksenteko

Eristämispäätös on useimmiten työryhmän kollektiivinen päätös. Aikaisemmin on todettu, että eristämispäätöstä pohtiessa henkilökunta miettii yhdessä päätöstä, mutta jokaisessa tilanteessa on yksi työntekijä joka tekee konkreettisen päätöksen (Schreiner ym. 2004). Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhtäläisiä. Huomioitavaa on kuitenkin se, että mielenterveyslain mukaan (1116/1990) lääkärin tulisi ensisijaisesti päättää potilaan eristämisestä, mutta tulosten perusteella lääkäri on tekemässä päätöstä käytännössä hyvin harvoin. Virka-ajan ulkopuolella tapahtuvissa eristämistilanteissa lääkärin poissaolo tilanteesta on ymmärrettävää, mutta virka-aikana lääkärin voisi olettaa olevan tilanteessa käytettävissä.

Lääkäriin mukaanotto – tai ottamattomuus – on tulosten perusteella myös sukupuoleen sidottua. Mieshoitajat eristävät potilaan useimmiten ilman yhteydenottoa lääkäriin, kun naiset taas soittavat lääkärille, ja saavat ohjeen eristää potilaan puhelimitse. Mieshoitajat eivät kuvanneet naisia useammin väkivaltaa tai muuta erittäin nopeaa reagointia vaativaa, joten tulos saattaa kuvastaa mieshoitajien autonomista toimimista. Väkivallan sijaan miehet kuvasivat naisia useammin sekavuutta eristämisen perusteena.

Eristämistilanteissa naiset kuvasivat miehiä useammin tavaroiden hajottamista. Tämä saattaa johtua joko siitä, että potilaat pyrkivät ottamaan vallan osastolla naishoitajilta. Tutkimuksessa ei kerätty tietoa osaston vuorossa olevien mies/naishoitajien suhteesta, joten tulosten perusteella ei voi arvioida johtuuko väkivaltaan viittaava käyttäytyminen mieshoitajien vähyydestä (Janssen ym. 2007) vai jostain muusta syystä.

Tutkimuksen tulokset tuovat uuden näkökulman henkilökunnan eristämistilanteessa tekemään päätöksentekoon. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu työntekijän iän, kokemuksen ja koulutuksen vaikuttavan asenteisiin ja päätöksentekoon (Bowers ym. 2007; Janssen ym. 2007), mutta tarkempaa tietoa syistä ei ole ollut käytössä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan nuoremmat ja kokemattomammat hoitajat näkevät potilaan käyttäytymisen häiritsevämpänä kuin vanhemmat, ja potilaan eristämällä myös kokevat suojelevansa potilasta ”kasvojen menettämiseltä” huomattavasti useammin kuin vanhemmat hoitajat. Reagoiminen potilaan häiritsevään käyttäytymiseen kuvastaa todennäköisesti nuorten ja kokemattomien hoitajien tottumattomuutta kaoottisiin ja stressaaviin tilanteisiin jolloin heidän reagoitokyky on alhaisempi kuin vanhemmilla hoitajilla (Vatne & Fagermoen 2007). Ikäryhmien käyttämissä ennakoivien keinojen määrissä ei ollut eroja, joten nuoret hoitajat käyttävät ennakoivia keinoja yhtä paljon kuin vanhemmat. Tämän perusteella ero selittyisi vain erolla henkilökunnan häiriön ja kaaoksen sietokynnyksessä.

Eristämisen käyttöä potilaan ”kasvojen menettämisen” estämiseksi ei ole aikaisemmissa tutkimuksissa todettu. Yhtäältä tämä tulos saattaa osoittaa nuorien ja uusien hoitajien suojelevan potilasta itsensä häpäisemiseltä herkemmin, toisaalta tulokseen saattaa vaikuttaa myös tottumattomuus. Se onko kyseessä sukupolvien välinen kulttuuriero vai liittyykö ilmiö esim. uran myötä syntyvään kynnistymiseen jää epäselväksi.

Keski-ikäisten (40 – 49-vuotiaat) vastaajien muita ryhmiä vahvempi kokemus siitä, että osaston tilanne tai potilaan käyttäytyminen ei ole enää henkilökunnan hallinnassa saattaa liittyä tämän ikäryhmän asemaan vuorossa olevassa työryhmässä. Todennäköisesti ikäluokan edustajat ovat usein työvuoron vanhimpia ja kokeneimpia hoitajia, ja ovat vastuussa – tai ainakin kokevat olevansa vastuussa – toiminnan sujumisesta sekä osaston tilanteesta. Keski-ikäisten hoitajien korostunut kokemus siitä, että eristämisen käytöllä koulutetaan potilasta, on työyksiköstä riippumaton ja saattaa myös viitata joko sukupolvieroon tai kyynistymiseen. Tulos tukee ajatusta siitä, että vanhemmat hoitajat pitävät eristämistä myönteisempänä kuin nuoret.

Ikäryhmien 30 – 39 ja yli 50-vuotiaat muista ikäryhmistä poikkeaviin tuloksiin vaikuttaa voimakkaasti se, että näistä ikäryhmistä suuri osa työskentelee vastaanottoyksikössä. Yksikön toimintamalli ja miehitys poikkeavat muista tutkimukseen osallistuneista yksiköistä niin paljon, että näissä ikäryhmissä olevia eroja ei tarkastella sen suuremmin.

Faktorianalyysin avulla luotu malli

Aineiston faktorianalyysin perusteella eristämispäätös on erittäin dynaaminen tapahtuma, jossa päätös on useiden tilannetekijöiden ”summa”. Faktorianalyysissä mallin muodostivat luokat: Kaaos osastolla, Väkivalta ja sen uhka, Toiset potilaat, Potilaan hallitsematon käytös, Aikaisempi kokemus potilaasta ja Potilaan sopimaton käytös.

Faktori Kaaos osastolla kuvaa osaston tilannetta, jossa henkilökunta kokee osaston tilanteen yleisen hallinnan kadonneen heiltä. Tilanteessa myös potilaan oirehdinta häiritsee henkilökunnan työntekoa niin voimakkaasti, että rutiinitehtävien ja toisten potilaiden hoito häiriintyy. Henkilökunta kokee kuitenkin tilanteen sellaiseksi, että mikäli tilanteessa olisi enemmän hoitajia, olisi tilanne mahdollisesti hallittavissa muilla keinoin, eikä potilasta silloin tarvitsisi eristää.

Väkivalta tai sen uhka -faktori kuvaa tilannetta, jossa väkivaltaa on joko tapahtunut tai väkivallan uhka on ilmassa. Vahvasti vaikuttaa myös henkilökunnan aikaisempi tieto potilaan väkivaltaisesta käyttäytymisestä. Aineistonkeruussa käytetyssä mittarissa ei ollut eroteltu

potilaaseen itseensä kohdistuvaa väkivaltaa henkilökuntaan tai toisiin potilaisiin kohdistuvasta väkivallasta, joten näihin tilanteisiin liittyviä eroja ei tässä tutkimuksessa voida vertailla.

Toiset potilaat -faktori kuvastaa lähinnä potilaan toisia häiritsevää käyttäytymistä. Häiritsevän ja uhkaavaksi koetun käyttäytymisen lisäksi tilanteisiin liittyy jonkin verran epäsoviva käyttäytyminen, kuten esimerkiksi varastelu.

Faktori Potilaan hallitsematon käyttäytyminen kuvaa tilanteita joissa henkilökunta ei kykene hallitsemaan potilaan käyttäytymistä joko sekavuuden tai erittäin vaikeasti toimintaan vaikuttavan psykoottisuuden vuoksi. Tilanteisiin vaikuttaa myös jonkin verran potilaan väkivaltaisuus, aikaisempi kokemus muiden keinojen riittämättömyydestä saman potilaan kohdalla ja henkilökunnan intuitiivinen tunne siitä, että tilanne pahenee, jollei siihen puututa heti. Henkilökunnan mukaan näissä tilanteissa potilas eristetään aina, ja päätöstä pidetään oikeana.

Faktori Aikaisempi kokemus potilaasta ei sisällä selkeää potilaan toiminnan tai oireilun kuvausta. Luokkaan kuuluvat tapaukset, joissa henkilökunta tuntee potilaan, ja heillä on kokemus siitä, että potilaan käyttäytymistä ei kyetä hallitsemaan millään muulla keinolla kuin eristämällä. Jonkin verran päätöksenteon taustalla on myös ajatus siitä, että eristäminen on myös keino kouluttaa potilasta.

Potilaan sopimaton käytös -faktori kuvaa tilannetta jossa potilas varastelee ja rikkoo osaston irtaimistoa. Melko merkittävästi tilanteessa vaikuttaa myös potilaan väkivaltainen käyttäytyminen ja jonkin verran uhkailu. Näissä tilanteissa päätökseen vaikuttaa myös potilaan osaston tilanteeseen aiheuttama kaaos.

Malli kuvaa hyvin käytäntöä ja vahvistaa aikaisempaa tutkimustietoa siitä, että henkilökunta eristää usein juuri kaottisissa tilanteissa ”tilanteen pakottamana” (Alty 1997; Marangos-Frost & Wells 2000), suojatakseen toisia potilaita (Evans & FitzGerald 2002) tai perustelemalla eristämistä sillä, että se on kyseisen potilaan kohdalla paras keino hallita käyttäytymistä (Wynaden ym. 2002). Potilaan väkivaltaisuus omana luokkana on myös aikaisemman tutkimuksen mukainen (Foster ym. 2007), ja tämän tutkimuksen tuloksissa väkivallan määrä

eristämisen syynä on samansuuntainen, kuin aiemmassa suomalaisessa tutkimuksessa (Kaltiala-Heino ym. 2003).

Analyysin dynaamisuutta tarkasteltaessa mallissa on tunnistettavissa perustekijä, joka kulkee muiden – enemmän tilannesidonnaisten – tekijöiden mukana. Perustekijänä tässä mallissa toimii kaoottinen tilanne osastolla ja tilannetekijöinä muut potilaat, toiset potilaat ja aikaisempi kokemus potilaasta. Täysin itsenäisinä tekijöinä mallissa on potilaan hallitsematon käytös ja potilaan sopimaton käytös. Mallin mukaan kaoottiseen yleistilanteeseen liittyy tiiviisti henkilökunnan tarve suojata toisia potilaita vaaralta ja häiriöltä, sekä aikaisempi kokemus siitä että potilaan käyttäytymistä ei muilla keinoilla kyetä hallitsemaan. Myös väkivalta tai sen uhka on sidoksissa kaoottiseen tilanteeseen. Mallissa korostuu kaaoksen hallinnan lisäksi myös toisten potilaiden suojaaminen sekä väkivallalta että häiriöltä.

5.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Tämä tutkimus tuottaa eristämispäätöstä kuvaavan teorian, jota voidaan hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä ja koulutuksessa. Teoria kehittää myös hoitotieteellistä teoriaperustaa hoitotieteessä tästä näkökulmasta. Kehitettyä ja testattua mittaria voidaan käyttää jatkotutkimuksissa.

Tutkimuksessa kehitettyä EPM-mittaria voi käyttää eristämistilanteiden analysointiin ja työyksiköiden toimintaan sekä tilanteisiin liittyvien ongelmakohtien tunnistamiseen. Analyysin avulla voidaan todennäköisesti tunnistaa sellaisia kohtia työyksikön toiminnassa, jotka huomioimalla saadaan vähennettyä eristyksiä.

6 PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Päätelmät

Tulosten perusteella lääkäri ei osallistu päätöksentekoon niin usein mitä lain mukaan tulisi. Tähän pitäisi kiinnittää huomiota osastojen toiminnassa ja sairaaloiden ohjeissa.

Tuloksissa näkyy myös nuorten hoitajien ”herkkyys” kaoottisille ja stressaaville tilanteille. Tähän tulisi kiinnittää huomiota osastojen työvuorolistojen suunnittelussa siten, että vuorossa olisi aina sekä nuorempia että kokeneempia hoitajia. Lisäksi esimerkiksi mentoroinnin aloittamisella osastoilla saattaisi olla suotuisa vaikutus. Perinteisesti psykiatriassa mentorointia on toteutettu työnohjauksella, mutta nykyisessä resurssitilanteessa henkilökohtaisesta työnohjauksesta ollaan siirtymässä ryhmätyönohjaukseen, mikä ei aja samaa asiaa. Lisäksi työnohjauksen huono puoli on harvajaksoisuus, jolloin ohjaus ei välttämättä ole oikea-aikaista.

Päätös eristää potilas on hyvin tilannesidonnaista, ja sen tutkiminen on mahdollista vain kliinistä työtä tutkimalla. Eristämispäätös on dynaaminen, ja syntyy useimmiten kaoottisissa tilanteissa joissa potilaan käyttäytyminen tai osaston yleinen tilanne ei ole henkilökunnan hallinnassa. Eristämisellä henkilökunta myös suojelee toisia potilaita häiriöltä ja väkivallalta.

Nuorten hoitajien matalampi kynnyksen eristää potilas saattaa liittyä kokemattomuuteen ja tottumattomuuteen liittyvällä alhaisemmalla häiriöherkkyydellä. Eri ikäryhmien päätöksenteon taustalla saattaa olla myös sukupolvien väliset arvo- ja asenne-erot.

Jatkotutkimusaiheet

1. Mittarissa havaittujen virheiden korjaamisen jälkeen tulisi suorittaa pitkittäistutkimus, johon osallistuisi toiminnaltaan samantyyppiset osastot.
2. Sekavuus-käsitettä tulisi tutkia tarkemmin esimerkiksi käsiteanalyysin avulla, jotta sen operationalisointi yksiselitteisesti ymmärrettäväksi olisi mahdollista.

3. Henkilökunnan kokemusta osaston kaaottisuudesta tulisi myös tutkia lisää ja kaaoksen kokemukseen liittyvät tekijät tulisi operationalisoida mittariin.
4. Faktorianalyysin avulla luotu malli tulisi testata konfirmatorisella faktorianalyysillä.
5. Eristämispäätöksentekoon liittyen tulisi vielä suorittaa haastattelututkimus, joka huomioisi koulutukseen, sukupuoleen ja sukupolviin liittyviä eroja.
6. EPM-mittarin käyttämistä interventiona ja toiminnan kehittämisen apuvälineenä tulisi tutkia.

LÄHTEET

Ala-aho S, Hakko H, Saarento O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Duodecim* 119, 1969–1975.

Alty A. 1997. Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 786–793.

Bowers L, Brennan G, Flood C, Lipang M & Oladapo P. 2006. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 165–172.

Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J & Turner L. 2006. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022–1026.

Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T & Alexander J. 2007. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 357–364.

Busch AB & Shore MF. 2000. Seclusion and restraint: A review of recent literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(5), 261–270.

Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 2008a. Preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Finland. <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2008-19-inf-eng.htm> [Katsottu 30.9.2008].

Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 2008b. Response of the Finnish Government to the preliminary observations made by the delegation of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Finland. <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2008-24-inf-eng.htm> [Katsottu 30.9.2008].

Dowding D & Thompson C. 2003. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 49–57.

Evans D & FitzGerald M. 2002. Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 735–743.

Fawcett J. 2009. *The relationship of theory and research*. 3rd edition. FA Davis Company. Philadelphia.

Forster PF, Cavness C & Phelps MA. 1999. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(5), 269–271.

Foster C, Bowers L & Nijman H. 2007. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140–149.

Gaskin CJ, Elsom SJ & Happel B. 2007. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *British Journal of Psychiatry* 191(4), 298–303. Saatavilla: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/191/4/298> [katsottu 5.6.2009]

Gorsuch RL. 1997. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 532–560.

Hammond KR. 1996. *Human judgement and social policy. Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice*. Oxford University Press, New York.

Holzworth RJ & Wills CE. 1999. Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: A social judgment analysis. *Research in Nursing & Health*, 22(3), 189–201.

Janssen W, Noorthoorn E, van Linge R & Lendemeijer B. 2007. The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(2), 118–126.

Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, Tuori T & Lehtinen V. 2000. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15(3), 213–219.

Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Tuohimäki C & Korkeila J. 2003. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139–149.

Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A, Lönnqvist J & Kaltiala-Heino R. 2007. A 15-year national follow-up: Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 747–752.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta Vastapaino. Jyväskylä.

Kylmä J & Nikkonen M. 2009. Mielenterveyden edistäminen monitieteisen terveystutkimuksen haasteena -hanke.

Lamond D & Thompson C. 2000. Intuition and analysis in decision making and choice. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 411–414.

Lauri S & Leino-Kilpi H. 1999. Kliininen hoitotieteellinen tutkimus. *Hoitotiede* 6(11), 346–357.

Lauri S & Salanterä S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 14(4), 158–166.

- Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2004. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 379–385.
- Magarey JM. 2001. Elements of a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 376–382.
- Marangos-Frost S & Wells D. 2000. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: A decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362–369.
- Mason T. 1997. An ethnomethodological analysis of the use of seclusion. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 780–789.
- Meehan T, Bergen H & Fjeldsoe K. 2004. Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33–38.
- Meleis AI. 2006. *Theoretical nursing: Development and progress*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Metsämuuronen J. (2002). *Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet*. 2. uudistettu painos. International Methelp ky. Helsinki.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> [katsottu 5.6.2009]
- Nunnally JC & Bernstein IH. 1994. *Psychometric theory*. 3rd edition. McGraw-Hill. USA.
- Polit DF & Beck CT. 2006. *Essentials of nursing research. Methods, Appraisal, and Utilization*. 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Sailas E & Fenton M. 2007. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Schreiner GM, Crafton CG & Sevin JA. 2004. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(6), 449–463.

SOTKANet. 2008. Indikaattoripankki. Saatavilla: <http://uusi.sotkanet.fi>

Stoor H. 2007. Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen ja pakkotoimet laillisuusvalvonnan näkökulmasta. STAKES Pakkoseminaari 2007. Saatavilla http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/1_Stoor_H%C3%A5kan.pdf [katsottu 5.6.2009]

Thompson C & Dowding D. 2001. Responding to uncertainty in nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 609–615.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf> [katsottu 28.5.2009]

Vatne S & Fagermoen MS. 2007. To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 41–48.

Waltz CF, Strickland OL & Lenz ER. 2005. *Measurement in Nursing and Health Care Research*. 3rd Edition. Springer Publishing Company. New York.

Wynaden D, Chapman R, McGowan S, Holmes C, Ash P & Boschman A. 2002. Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260–268.

Julkaisemattomat lähteet:

Faulkner, L., Gibson, R.E., 2007. “Tell me what to do!” How to change from old habits to new. Esitys: 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam 26.8.2007.

Mohr WK. 2007. The use of physical restraint within the context of the ethical standards of psychiatric professionals. Esitys: 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam 27.8.2008.

Steinert T. & Lepping P. 2007. Legislation and practice of coercive measures during in-patient treatment in 15 European countries: Result of a case vignette study. Esitys: 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam 27.8.2009.

LIITE 1. Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston kuvaus

1(6)

Kirjoittajat	Maa	Asetelma (n)	Tavoite	Tulokset ja suositukset
Alty 1997 Journal of Advanced nursing	UK	Kvalitatiivinen (n=64), sisälsi kvantitatiivisen osion, jossa tutkittiin koulutuksessa käymistä.	Eristämiseen liittyvän tutkimustiedon saaminen, kokemukset ja niiden vaikutus asenteeseen eristämistä kohtaan.	Suurin osa osallistujista ei ollut uransa aikana osallistunut koulutukseen tai lukenut eristämiseen liittyviä artikkeleita. Potilaan eristämiseen liittyy rooliristiriitaa, eikä sitä nähdä hoidollisena toimenpiteenä. Kuitenkin eristyksellä on arvo potilaiden käyttäytymisen ja osaston kaaottisen tilan hallinnassa, sekä potilaan suojelemisessa itseltään. Joissain tapauksissa eristystä käytetään väärin. Eristyshuoneen olemassaolo lisää henkilökunnan turvallisuudentunnetta.
Busch & Shore 2000 Harvard review of psychiatry	USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eristämistä koskeviin tutkimuksiin 1994–1998.	Selvittää mitä tiedetään eristysten määrään vaikuttavista tekijöistä.	Tietoa on eristysten määrään vaikuttavista organisaatioon ja henkilökunnan ominaisuuksiin liittyvistä tekijöistä. Päätöksenteosta tietoa on vain vähän; päätös tehdään kliinisen kuvan perusteella ja arviot eroavat huomattavasti toisistaan. Eristämissä päätöksiin vaikuttaa vahvasti työkokemus, sukupuoli, koulutus ja organisaation määräykset.
Bowers, Brennan, Flood, Lipang & Oladapo 2006 Journal of psychiatric and mental health nursing	UK	Kvalitatiivinen tutkimus, jossa on toimintatutkimuksen elementtejä. Mittaukset tehty tutkimuksen alku- ja lopputilanteessa. Kaksi osastoa, joille molemmilla aloittanut muutosagentti ja systemaattinen koulutus.	Hoitajien koulutuksen vaikutus konfliktien ja eristysten määrään. Koulutuksen tarkoitus vaikuttaa hoitajien uskomuksiin, asenteisiin ja käytäntöihin.	Koulutuksen avulla konfliktitilanteiden määrä väheni n. puoleen. Pakkotoimien/eristysten määrään koulutuksella ei ollut vaikutusta.

Bowers, van der Werf, Vokkolainen, Muir-Cochrane, Allan & Alexander 2007 International journal of nursing studies	Monikansallinen tutkimus. Osallistujama at UK, Hollanti, Suomi ja Australia	Kvantitatiivinen tutkimus. Otos moniammatillinen ja otokset toisistaan eroavia. Mittarina käytetty kolmessa ensimmäisessä mittauksessa ACMQ:ta, Australian otokseen mittaria on muokattu paremmin tutkimuskysymyksiä vastaavaksi. UK: opiskelijoita (n=114) Hollanti: hoitajia jotka ovat jatkokoulutuksessa (n=146) Suomi: moniammatillinen vankimielisairaalan henkilökunta (n=304) Australia: lisäkoulutuksessa olevat psykiatriset hoitajat (n=280)	Vertailla pakkotoimiin liittyviä kulttuurien välisiä eroja ja selvittää mitkä tekijät liittyvät pakkotoimien runsaampaan käyttöön.	Yleinen asenne pakkotoimia kohtaan vaihtelee huomattavasti maiden välillä. Sukupuolien välillä ei asenteissa ole eroja. Aikaisemmista tutkimuksista poiketen yli 50 vuotiaat mieshoitajat suhtautuvat pakkotoimiin myönteisesti. Pakkotoimien valinta ja käyttö perustuu henkilökunnan ajatukseen ja uskemukseen tehokkaasta keinosta, joka on potilaalle turvallinen. Tavoitteena on toisten potilaiden fyysisen turvallisuuden takaaminen ja potilaan nopea rauhoittaminen.
Bowers, Nijman, Allan, Simpson, Warren & Turner 2006 Psychiatric Services	UK	Kvantitatiivinen pitkittäistutkimus, jonka seuranta-aika oli n. 2½ vuotta. Tutkimuksen otokseen kuului 14 akuuttiosastoa kolmesta sairaalasta. Väkivaltatilanteet (n=684) ja henkilökunnan väkivallanhallintakoulutukseen osallistuminen.	Selvittää vähentääkö väkivallan hallintakoulutukseen osallistuminen osastoilla tapahtuvien väkivaltatilanteiden määrää.	Koulutukseen osallistuminen jopa lisää väkivaltatilanteiden määrää n. viikon ajaksi koulutuspäivien jälkeen, tämän jälkeen tilanteiden määrä vähenee edeltäneelle tasolle.
Evans & FitzGerald 2002 International journal of nursing studies	USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja metasysteesi. 23 tutkimusta.	Määritellä miksi potilaita rajoitetaan fyysisesti.	Selittävät tekijät liittyvät potilaaseen, henkilökuntaan, toisiin potilaisiin tai hoidon toteutumisen onnistumiseen liittyviä. <u>Potilas:</u> turvallisuuden takaaminen, agitoituneisuus, ongelmakäyttäytymisen kontrollointi, vaeltelun hillitseminen ja ”jalattoman” potilaan tukeminen. <u>Henkilökunta:</u> riittämätön miehitys, eristämisen käyttö rankaisuna ja työn aikataulutus. <u>Toiset potilaat:</u> muiden turvallisuuden ja rauhan takaaminen. <u>Hoidon toteutuminen,</u> eli sitominen toimenpiteen ajaksi esim. i.v. tippa, nenämahaletku tai happi.

Foster, Cavness & Phelps 1999 Archives of Psychiatric Nursing	USA	Kvantitatiivinen pitkittäistutkimus, intervention vaikutus. Vertailuaineistona yhden sairaalan eristystilastot vuotta ennen ja vuosi koulutuksen jälkeen.	Selvittää onko väkivaltaisen potilaan kohtaamiskoulutuksella vaikutusta eristysten määrään.	Koulutuksen jälkeen eristysten määrä väheni 13.8% ja eristysten keskimääräinen kesto lyheni 54.6%. Myös eristystilanteessa syntyvien työtapaturmien määrä väheni merkittävästi.
Foster, Bowers & Nijman 2007 Journal of advanced nursing	UK	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen (n=254). Seuranta-aikana henkilökunta täytti SOAS-R mittarin jokaisen väkivalta ja uhkatilanteen jälkeen.	Tutkia väkivaltatilanteiden luonnetta, esiintymistiheyttä ja niiden hoitoa.	Puolet potilaista alle 35v miehiä, jotka ovat hoidossa psykoottisen häiriön vuoksi. Puolet väkivaltatilanteista sisältävät vain verbaalista aggressiota. Suuri osa fyysisestä väkivallasta kohdistuu toisiin potilaisiin. Puolet uhkatilanteista kohdistuvat henkilökuntaan. Yleisimmät aggressiivisuuden laukaisevat liittyivät potilaan rajaamiseen. Suurelle osalle väkivaltatilanteita ei löytynyt selkeätä syytä. Väkivaltatilanteissa henkilökunta ja toiset potilaat pelkäävät. 50% väkivaltatilanteista hoidettiin keskustelemalla potilaan kanssa, 30%:ssa tilanteissa potilas eristettiin.
Holzworth & Wills 1999 Research in nursing and health	USA	Kvantitatiivinen (n=9). Hoitajille esitetty potilastapauksia joiden perusteella heiltä kysyttiin hoitamissuosituksia.	Tutkia kliinistä päätöksentekoa. Selvittää miten usein eristystä suositellaan. Tarkastella suositusten yhteneväisyyttä ja kliinisen päätöksenteon perusteluja, sekä työntekijöiden insihtiä omiin päätöksentekotapoihin.	Mitä rajoittavampi toimenpide, sitä vähemmän sitä suositellaan. Hoitajien esittämät tilanteenhoitomallit olivat harvoin yhteneväisiä. Päätöksenteon kontekstisidonnaisuutta ja dynaamisuutta on tutkittava lisää.
Janssen, Noorthoorn, van Linge & Lendemeijer 2007 International Journal of Law and Psychiatry	Hollanti	Kvantitatiivinen tutkimus, aineistona tilastot vuorossa olleesta henkilökunnasta ja tapahtuneista eristyksistä. Tutkimus tehtiin retrospektiivisesti neljässä sairaalassa, joissa tarkasteltiin vuosien 1997–1999 tapahtumia ja mitoituksia.	Mikä vaikutus henkilöstön määrällä ja ominaisuuksilla on eristysten määrään.	Vuorossa olevan henkilöstön pätevyys, sukupuolijakauma ja työkokemus ovat yhteydessä eristysten määrään. Mieshoitajien määrä korreloi negatiivisesti, lyhyt työkokemus ja vähäinen koulutus korreloivat positiivisesti.

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston kuvaus (jatkuu...)

4(6)

Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimäki, Tuori & Lehtinen 2000 European Psychiatry	Suomi	Kvantitatiivinen tutkimus, otoksena käytetty viiden sairaalan kaikkia sisäänkirjoitettuja potilaita (n=1543).	Miten paljon pakkoa ja eristämistä käytetään. Minkälaisia potilaita eristetään.	32.3% potilaista joutuu hoidon aikana jonkin pakkotoimen kohteeksi. 9.2% eristettiin hoidon aikana ainakin kerran. Eristämistä käytettiin eniten aivo-organisten tai päihdepsykoosipotilaiden kohdalla. Potilaan sukupuolella tai sosioekonomisella statuksella ei ollut vaikutusta käytettyihin pakkotoimiin.
Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila & Lehtinen 2003 International Journal of Law and Psychiatry	Suomi	Kvantitatiivinen tutkimus kirjausten perusteella. Viiden sairaalan kaikki eristystilanteet analysoitiin (n=482)	Selvittää syyt eristämiseksi.	Suurin osa eristyksistä johtui potilaan sekavuudesta ja agitoituneisuudesta. Tapahtuneesta väkivallasta, väkivallalla uhkaamisesta tai itsensä vahingoittamisesta johtuvat eristykset olivat vähemmistössä, siitä huolimatta että lain mukaan nämä ovat ensisijaiset syyt eristämiseksi.
Keski-Valkama, Sailas, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino 2007 Social Psychiatry and PSychiatric Epidemiology	Suomi	Kvantitatiivinen pitkittäistutkimus. Kaikki suomen psykiatriset sairaalat ilmoittivat eristysmäärät yhden viikon ajalta. Aineistokeräys vuosina -90, -91, -94, -98 ja -04.	Selvittää vähenevätkö eristysten määrät eristystä koskevien lakien kiristymisen myötä.	Potilaiden ja eristysten kokonaismäärän vähenemisestä huolimatta pysyi eristysten suhteellinen määrä samana koko seuranta-ajan. Huone-eristysten keskimääräinen kesto-aika lyheni seuranta-aikana, leposide-eristysten kesto-aika pysyi samana.
Marangos-Frost & Wells 2000 Journal of advanced nursing	USA	Kvalitatiivinen etnografinen haastattelututkimus. (n=6). Otoksesta kaikki naisia.	Eristämiseen liittyvät tunteet ja niiden vaikutus päätöksentekoon.	Eristämisspätökseen vaikuttavat: potentiaalisen riskin vakavuus, muiden keinojen riittämättömyys ja osaston yleinen tilanne. Haastatellut kokivat ristiriitaa eristämisen etiikan, keinojen riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteen vuoksi.
Mason 1997 Journal of advanced nursing	UK	Kvalitatiivinen, etnometodologia. Puolistrukturoitu haastattelu caseja käyttämällä. (n=25).	Ymmärtää päätöksentekoprosessia ja päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä.	Hoitokulttuuri ja toiminnan viitekehys vaikuttavat päätöksentekoon, työntekijöiden toimintaan kohdistuu odotuksia hallinnon, lääkäreiden ja lain edustajien toimesta. Päätös perustuu mekanistiseen päättelyketjuun ja tulevan ennakkointiin. Eristäminen nähdään turvallisimpana vaihtoehtona potilaan oman ja toisten potilaiden turvallisuuden takaamiseksi.

Sailas & Fenton 2000 Cochrane Database of Systematic Reviews		Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (n=18).	Arvioida eristyksen vaikutuksia väkivaltaisten ja vaarallisten ihmisten hoidossa, verrattuna vaihtoehtoihin hoitotapoihin. Arvioida eristämisen vähentämiseen tähtäävien strategioiden vaikuttavuutta.	Satunnaistettuja kvantitatiivisia tutkimuksia aiheesta ei ole. Vaihtoehtoisia toimintatapoja väkivaltaisen tai agitoituneen potilaan hoitamiseksi ei ole tutkittu. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa kuvataan jonkin verran haittatapahtumia, näitä tulisi tutkia enemmän satunnaistettujen kvantitatiivisten tutkimusten avulla.
Schreiner ym. 2004 Administration and policy in mental health	USA	Kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia elementtejä sisältävä toimintatutkimus.	Eristysten vähentäminen neuropsykiatrisella osastolla.	Eristämisspätökseen liittyy ”myyttejä” ja vakiintuneita toimintamalleja, jotka ohjaavat henkilökunnan toimintaa. Työyhteisössä toimii päätöksentekijöitä (”key decision makers”), joiden tekemien päätösten perusteella henkilökunta toimii.
Vatne & Fagermoen 2007 Journal of psychiatric and mental health nursing	Norja	Kvalitatiivinen ”monilähteinen” tutkimus. Haastattelut, essee ja observointi. (n=11)	Minkälaisia keinoja hoitajat käyttävät rajatessaan potilasta. Miten hoitajat perustelevat valitsemiaan rajaamiskeinoja. Terapeuttisen rajaamismallin kehittäminen.	Vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitajat dominoivat tilannetta. Hoitajat näkevät tehtäväkseen ”realiteettiterapian” antamisen ja potilaiden ”oikaisemisen” ja ”yhteiskunnan normeihin muokkaamisen”. Keinoina käytetään suoraa ja epäsuoraa pakottamista. Pakkoa rajaamisen keinona käytetään tilanteissa joissa hoitajien valta ja tilanteen hallinta uhkaa kadota.

Liitetaulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston kuvaus (jatkuu...)

6(6)

<p>Wynaden ym. 2002 International journal of mental health nursing</p>	<p>Australia</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelu. (n=8)</p>	<p>Tunnistaa päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä ja kuvata ammattilaisen näkökulmasta päätöksen terapeuttisia tuloksia.</p>	<p>Päätökseen vaikuttavat ympäristö ja muut työntekijät, potilaan uhkaava käytös, muiden keinojen riittämättömyys ja aikaisempi tieto potilaasta. Joissain tapauksissa potilas ennemmin eristetään kuin lääkitään. Eristämisen tavoitteena on käyttäytymisen hallinta ja potilaan ”koulutus”, eristäminen tukee henkilökunnan mielestä potilasta kontrolloimaan käyttäytymistään. Tätä pyrkimystä tukeakseen keskustelee henkilökunta potilaan kanssa eristyksen syistä eristyksen aikana, sitä lopetettaessa ja sen päätyttyä. Eristäminen nähdään osana hoitoa; ”tilanteen hallinta pakottaa”.</p>
--	------------------	---	---	--

Liitetaulukko 2. Eristyspäättösmittarin (EPM) muuttujaluettelo

Kyselylomakkeen muuttuja	Muuttujan perustana olevat tutkimukset
Lääkäri päätti potilaan eristämisestä tapaamisen perusteella	Mielenterveyslaki 1116/1990
Lääkäri päätti potilaan eristämisestä <u>puhelimitse</u>	Mielenterveyslaki 1116/1990
Henkilökunta eristi potilaan ennen yhteydenottoa lääkäriin	Mielenterveyslaki 1116/1990
Tein päätöksen eristää potilaan	Schreiner ym. 2004
Kyseessä on potilaan kolmas tai useampi eristys hoitajakson aikana	Wynaden ym. 2002
Potilas käyttäytyi väkivaltaisesti	Foster ym. 2007; Kaltiala-Heino ym. 2003
Potilas joi vettä hallitsemattomasti	Asiantuntijat
Potilas on kehitysvammainen, hänellä on vakava aivovaurio, tai hän sairastaa dementiaa	Kaltiala-Heino ym. 2000
Potilaan käyttäytyminen oli sekavaa/deliriöottista	Kaltiala-Heino ym. 2003
Potilas vaaransi oman/toisten ihmisten turvallisuuden	Kaltiala-Heino ym. 2003; Evans & FitzGerald 2002
Potilas rikkoi omaisuutta	Foster ym. 2007; Kaltiala-Heino ym. 2003
Potilas ei tullut vuorovaikutukseen/ollut kontaktissa	Asiantuntijat
Aikaisemman hoitosuhteen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	Wynaden ym. 2002
Potilaskertomuksen tietojen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	Wynaden ym. 2002
Potilas häpäisi tai oli vaarassa häpäistä itsensä käyttäytymisellään	Asiantuntijat
Toiset potilaat kokivat ko. potilaan uhkaavana	Foster ym. 2007; Evans & FitzGerald 2002
Toiset potilaat pelkäsivät ko. potilasta	Bowers ym. 2007; Foster ym. 2007; Evans & FitzGerald 2002
Potilaan toiminta/käyttäytyminen häiritsi toisia potilaita	Asiantuntijat; Evans & FitzGerald 2002
Potilas uhkasi väkivallalla toisia potilaita, henkilökuntaa tai omaisuutta	Foster ym. 2007
Potilas eristettiin, koska hän käyttäytyi yhteiskunnan normien vastaisesti (esim. varastelu)	Vatne & Fagermoen 2007; Evans & FitzGerald 2002
Sairaskertomuksen tai muiden esitietojen mukaan on potilaalla ollut aikaisemmin väkivaltaista käyttäytymistä	Wynaden ym. 2002
Eristämisellä osoitettiin potilaalle, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita	Vatne & Fagermoen 2007
Olen sitä mieltä, että eristämispäätös oli oikea menettelytapa tässä tilanteessa	Asiantuntijat
Tällaisessa tilanteessa potilas eristetään aina	Schreiner ym. 2004

Liitetaulukko2. Eristyspäättösmittarin muuttujaluettelo (jatkuu...)

2 (2)

Osaston tilanne oli niin kaoottinen, että henkilökunta ei enää hallinnut sitä	Vatne & Fagermoen 2007; Wynaden ym. 2002; Marangos-Frost & Wells, 2000; Alty 1997
Potilas eristettiin, jotta osaston levoton/kaoottinen tilanne saataisiin rauhoitettua	Wynaden ym. 2002; Alty 1997
Jos vuorossa olisi ollut enemmän mieshoitajia, olisi eristys saatettu välttää	Asiantuntijat
Jos vuorossa olisi ollut enemmän kokeneita hoitajia, olisi eristys saatettu välttää	Asiantuntijat
Vuorossa olevan henkilökunnan määrä ei riittänyt tilanteen/potilaan oireilun hallitsemiseksi muilla keinoin	Janssen ym. 2007
Potilaan oireilu sitoi henkilökuntaa niin, että rutiinitehtävien suorittaminen ei onnistunut	Evans & FitzGerald 2002; Marangos-Frost & Wells 2000
Henkilökunta koki potilaan uhkaavana	Foster ym. 2007
Henkilökunta pelkäsi potilasta	Foster ym. 2007
Potilas häiritsi henkilökuntaa jatkuvasti	Asiantuntijat
Henkilökunnalla oli tunne, että jollei tilanteeseen puututa, niin ”kohta tapahtuu”	Marangos-Frost & Wells 2000
Mikäli tilanne olisi pahentunut, en olisi voinut luottaa muuhun vuorossa olevaan henkilökuntaan	Marangos-Frost & Wells 2000
Seuraavaan vuoroon tulevan henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt potentiaalisen riskin hallitsemiseen	Marangos-Frost & Wells 2000

Liitetaulukko 3. Eristämisspätösmitarin faktorilataukset

	Kaaos osastolla	Väkivalta tai sen uhka	Toiset potilaat	Potilaan hallitsematon käytös	Aikaisempi kokemus potilaasta	Potilaan sopimaton käytös
1 Faktori: Kaaos osastolla						
Potilas eristettiin, jotta osaston levoton/kaioottinen tilanne saataisiin rauhoitettua	,760	-,001	-,072	-,091	-,002	,273
Jos vuorossa olisi ollut enemmän mieshoitajia, olisi eristys saatettu välttää	,728	,232	-,019	-,136	-,057	-,031
Jos vuorossa olisi ollut enemmän kokeneita hoitajia, olisi eristys saatettu välttää	,675	,072	,080	-,182	-,077	,012
Potilas häiritsi henkilökuntaa jatkuvasti	,671	,033	,032	,079	,079	-,006
Vuorossa olevan henkilökunnan määrä ei riittänyt tilanteen/potilaan oireilun hallitsemiseksi muilla keinoin	,671	,158	,093	-,049	-,038	-,053
Potilaan oireilu satoi henkilökuntaa niin, että rutiinitehtävien suorittaminen ei onnistunut	,653	-,072	,099	,219	,194	-,081
Osaston tilanne oli niin kaoottinen, että henkilökunta ei enää hallinnut sitä	,622	-,012	-,131	-,134	-,015	,392
Seuraavaan vuoroon tulevan henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt potentiaalisen riskin hallitsemiseen	,528	,060	,022	,050	,263	-,340
Mikäli tilanne olisi pahentunut, en olisi voinut luottaa muuhun vuorossa olevaan henkilökuntaan	,522	-,098	,109	-,068	,030	,038
2 Faktori. Väkiualta tai sen uhka						
Henkilökunta koki potilaan uhkaavana	,000	,814	,006	,153	-,117	,141
Henkilökunta pelkäsi potilasta	,241	,754	,104	-,061	-,080	-,129
Potilas uhkasi väkivallalla toisia potilaita, henkilökuntaa tai omaisuutta	,039	,697	,134	,002	-,174	,284
Potilas käyttäytyi väkivaltaisesti	,058	,531	-,163	,341	,013	,429
Henkilökunnalla oli tunne, että jollei tilanteeseen puututa, niin ”kohta tapahtuu”	,136	,529	,054	,218	-,016	-,120

	Kaaos osastolla	Väkivalta tai sen uhka	Toiset potilaat	Potilaan hallitsematon käytös	Aikaisempi kokemus potilaasta	Potilaan sopimaton käytös
3 Faktori. Toiset potilaat						
Toiset potilaat pelkäsivät ko. potilasta	,043	,124	,867	,006	-,061	,078
Toiset potilaat kokivat ko. potilaan uhkaavana	,098	,036	,862	-,045	-,014	,064
Potilaan toiminta/käyttäytyminen häiritsi toisia potilaita	,076	-,053	,790	,024	,010	,053
Potilas häpäisi tai oli vaarassa häpäistä itsensä käyttäytymisellään	,071	-,522	,414	,156	-,082	,203
4 Faktori. Potilaan hallitsematon käytös						
Potilas ei tullut vuorovaikutukseen/ollut kontaktissa	,126	-,109	-,147	,733	-,017	,132
Olen sitä mieltä, että eristäminen oli oikea menettelytapa tässä tilanteessa	-,157	,179	,070	,655	,111	-,088
Tällaisessa tilanteessa potilas eristetään aina	-,240	,144	,241	,611	-,003	-,062
Potilas vaaransi oman/toisten ihmisten turvallisuuden	-,149	,195	-,057	,592	,136	,135
Potilaan käyttäytyminen oli sekavaa/deliriööttistä	,094	-,280	-,077	,505	-,351	,008
5. Faktori: Aikaisempi kokemus potilaasta						
Aikaisemman hoitosuhteen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	,103	-,102	,006	,094	,804	,062
Potilaskertomuksen tietojen perusteella potilaan eristäminen on parempi vaihtoehto tilanteen hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	,234	-,158	,006	,213	,724	-,051
Kyseessä on potilaan kolmas tai useampi eristys hoitojakson aikana	-,057	-,176	-,128	-,042	,683	,325
Sairaskertomuksen tai muiden esitietojen mukaan on potilaalla ollut aikaisemmin väkivaltaista käyttäytymistä	-,182	,452	,009	-,136	,598	,091
6 Faktori: Potilaan sopimaton käytös						
Potilas rikkoi omaisuutta	,065	,189	-,088	,076	,174	,660
Potilas eristettiin, koska hän käyttäytyi yhteiskunnan normien vastaisesti (esim. varastelu)	-,005	-,080	,318	,063	,056	,634
Eristämisellä osoitettiin potilaalle, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita	-,116	-,073	,261	-,174	,348	,435

Liitetaulukko 4. Faktorien väliset lataukset

	Kaaos osastolla	Väkivalta tai sen uhka	Toiset potilaat	Potilaan hallitsematon käytös	Aikaisempi kokemus potilaasta	Potilaan sopimaton käytös
Kaaos osastolla		,211	,405	,021	,207	,163
Väkivalta tai sen uhka			,302	,054	,164	,151
Toiset potilaat				,101	,337	,049
Potilaan hallitsematon käytös					,119	-,058
Aikaisempi kokemus potilaasta						-,044
Potilaan sopimaton käytös						

Saatekirje

Eristämispäätökseen liittyvä tutkimus.

Arvoisa tutkimukseen vastaaja!

Ohessa on kysely, jolla selvitetään hoitotyöntekijän päätöksentekoa eristämistä edeltävässä tilanteessa. Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata eristämiseen liittyvää päätöksentekoa ja päätöksentekoon yhteydessä olevia tekijöitä. Tämän vuoksi kyselylomakkeessa on kysymyksiä jotka liittyvät eristämistilanteessa tapahtuvaan päätöksentekoon ja yleiseen päätöksentekoon.

Tutkimus kuuluu Kuopion yliopistoon tehtävään pro gradu –tutkielmaan, ja on lisäksi osa sairaalassa meneillään olevaa Sakura-hanketta. Tutkimusta varten olen saanut tutkimusluvut sekä Helsingin Kaupungin Terveyskeskukseen että HUS psykiatrian toimialayksikköön. Tutkimuksen ohjaajina toimivat Kuopion yliopistossa lehtorit Eija Kattainen ja Jari Kylmä.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja kaikki tutkimuksessa saadut tiedot ovat luottamuksellisia. Raportti kirjoitetaan niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa vastauksista.

Sinun tietosi tästä asiasta on erittäin arvokasta, joten toivon Sinun vastaavan kyselyyn.

Kuvaa lomakkeisiin edellistä eristystilannetta jossa olit läsnä. Jotkin väittämistä eivät välttämättä sovellu tilanteeseen, mutta pyri siitä huolimatta vastaamaan kaikkiin väittämiin. Väittämissä mainitulla päätöksellä tarkoitetaan sitä päätöstä, jonka seurauksena potilas viedään eristykseen.

Täytetyt lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa sisäisessä postissa allekirjoittaneelle, tai sairaalakohtaiselle yhteyshenkilölle. Toivon kaikkien vastaavan kyselyyn kahden viikon kuluessa.

Yhteistyöterveisin

Tero Laiho
Apulaisosastonhoitaja, TtM-opiskelija
Auroran sairaala, osasto 15-3A, PL 6800
puh. (09) 310

Yhteyshenkilöt:
Yh Päivi Soininen, Kellokosken sairaala

Liitetaulukko 6. Hoitotyön päätöksenteko ja EPM-mittareiden muuttujien väliset korrelaatiot

1(2)

Muuttujat	korrelaatio	p-arvo
	Lääkäri päätti potilaan eristämisestä puhelimitse	
Yritän etsiä perusteluja omille havainnoilleni potilaan tilan muutoksista (n=103)	0,202	0.041
	Kyseessä on potilaan kolmas tai useampi eristys hoitajakson aikana	
Käytän hoitosuunnitelman laatimisen perustana yleisiä ohjeita potilaan taudin hoidosta (n=109)	-0,189	0.049
Muutan joustavasti toimintaani potilaan tilanteesta saamani palautteen pohjalta (n=110)	-0,220	0.021
	Aikaisemman hoitosuhteen eristäminen on parempi hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	
Käytän hoitosuunnitelman laatimisen perustana yleisiä ohjeita sairauden hoidosta (n=109)	-0,275	0.004
	Potilaskertomuksen tietojen eristäminen on parempi hallitsemiseksi kuin esim. lääkitys	
Teen olettamuksia tulevista hoitotyön ongelmista jo ensikontaktissa potilaan kanssa (n=110)	0,208	0.029
Tarkennan muodostamaani ennakkokäsitystä etsimällä potilaasta sitä tukevia selkeitä oireita (n=108)	0,241	0.012
Vertailen potilaasta saamiani tietoja tutkimustietoon hoitotyön toiminnoista ja niiden vaikuttavuudesta (n= 109)	0,204	0.033
Käytän hoitosuunnitelman laatimisen perustana yleisiä ohjeita sairauden hoidosta (n=109)	-0,189	0.049
	Toiset potilaat kokivat ko. potilaan uhkaavana	
Erotan helposti oleellisen tiedon epäoleellisesta määrittäessäni potilaan tilaa ja vointia (n=108)	0,194	0.044
Vertailen potilaasta saamiani tietoja omiin käytännön työssä saamiini kokemuksiin (n=107)	0,234	0.015
Arvioin etukäteen hoitotyön toimintojen vaikutuksia potilaaseen (n=109)	0,252	0.008
	Toiset potilaat pelkäsivät ko. potilasta	
Erotan helposti oleellisen tiedon epäoleellisesta määrittäessäni potilaan tilaa ja vointia (n=108)	0,219	0.023
Vertailen potilaasta saamiani tietoja omiin käytännön työssä saamiini kokemuksiin (n=107)	0,242	0.012

Liitetaulukko 6. Hoitotyön päätöksenteko ja EPM-mittareiden muuttujien väliset korrelaatiot

2(2)

	Potilaan toiminta/käyttäytyminen häiritsi toisia potilaita	
Arvioin etukäteen hoitotyön toimintojen vaikutuksia potilaaseen (n=109)	0,226	0.019
	Potilas eristettiin, koska hän käyttäytyi yhteiskunnan normien vastaisesti (esim. varastelu)	
Muutan joustavasti toimintaani potilaan tilanteesta saamani palautteen pohjalta(n=107)	-0,252	0.009
	Eristämisellä osoitettiin potilaalle, että eristämistä edeltänyttä käyttäytymistä/toimintaa ei suvaita	
Hankin etukäteen mahdollisimman paljon tietoa potilaan asiakirjoista (n=109)	-0,217	0.023
Käytän hoitosuunnitelman laatimisen perustana omia näkemyksiäni hoitotyöstä ja/tai potilaan näkemyksiä omasta hoidostaan (n=109)	0,225	0.019
	Osaston tilanne oli niin kaoottinen, että henkilökunta ei enää hallinnut sitä	
Tarkennan muodostamaani ennakkokäsitystä etsimällä potilaasta sitä tukevia selkeitä oireita	0,198	0.040
	Henkilökunnalla oli tunne, että jollei tilanteeseen puututa, niin ”kohta tapahtuu”	
Tarkennan muodostamaani ennakkokäsitystä etsimällä potilaasta sitä tukevia selkeitä oireita (n= 108)	0,201	0.037
Vertailen potilaasta saamiani tietoja omiin käytännön työssä saamiini kokemuksiin (n=107)	0,227	0.019
Muutan joustavasti toimintaani potilaan tilanteesta saamani palautteen pohjalta(n=110)	0,215	0.024
	Seuraavaan vuoroon tulevan henkilökunnan määrä ei olisi riittänyt potentiaalisen riskin hallitsemiseen	
Teen olettamuksia tulevista hoitotyön ongelmista jo ensikontaktissa potilaan kanssa (n=110)	0,204	0.033
Vertailen potilaasta saamiani tietoja tutkimustietoon hoitotyön toiminnoista ja niiden vaikuttavuudesta (n= 109)	0,221	0.021
Yritän etsiä perusteluja omille havainnoilleni potilaan tilan muutoksista (n=109)	0,199	0.038