

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2017

Sari Haahtinen, Sami Rustari & Riku Saari

# POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISEN POTILAAN ERISTÄMISESSÄ

– EriTurva-hanke

Sari Haahtinen, Sami Rustari & Riku Saari

# POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISEN POTILAAN ERISTÄMISESSÄ

- EriTurva-hanke

Suomessa on arvioitu olevan kansainvälisesti verrattuna paljon pakon käyttöä. Erilaisia hankkeita onkin aloitettu pakon käytön vähentämiseksi. Pakon käytön vähentäminen nähdään muun muassa tärkeänä potilasturvallisuuskysymyksenä.

Opinnäytetyö on osa EriTurva-hanketta. Hanke tutkii hoitajien työturvallisuutta psykiatrisissa sairaaloissa eristämistilanteiden aikana. Opinnäytetyö keskittyy tutkimaan potilaaseen kohdistuvia riskejä eristystilanteissa. Työ on toteutettu sovellettuna systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja tutkimusaineistona on käytetty sekä suomalaisia että ulkomaalaisia tutkimuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaaseen kohdistuvia turvallisuusriskejä, potilasturvallisuuden toteutumista ja sen vaarantumista sekä esittää keinoja, joilla potilasturvallisuutta voidaan parantaa psykiatrisen potilaan eristystilanteissa.

Tuloksissa nousi esiin eristyspotilaan vähäinen mahdollisuus vaikuttaa häneen itseensä kohdistuviin riskeihin. Riskit lähtevät lähes aina hoitajasta tai hoitavasta organisaatiosta. Aineiston perusteella puutteellinen vuorovaikutus ja vähäinen virikkeiden määrä lisää eristystilanteita ja eristystilanteisiin liittyviä potilasturvallisuusriskejä. Tämän perusteella osana EriTurva-hanketta kehitettävä ohjeistus hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta huone- ja leposide-eristyksen aikana tulee parantamaan myös potilasturvallisuutta. Eristystilanteiden ja niissä esiintyvien potilasturvallisuusriskien ennaltaehkäisyssä korostui jatkuva riskien arviointi ja eristyksen läpikäyminen keskustelemalla potilaan kanssa eristystilanteen jälkeen.

Eristämisen potilasturvallisuuteen keskittyviä tutkimuksia on Suomessa ja kansainvälisesti tehty vähän. Tämä opinnäytetyö tuo esille epäkohtia hoitotyössä sekä toimintamalleissa. Näitä pitäisi pystyä jatkossa kehittämään ja tutkimaan lisää, jotta eristystilanteiden potilasturvallisuutta saadaan parannettua. Hoitotyötä ja hoitokulttuuria tulisi Suomessa kehittää yhtenäisemmäksi, jolloin pakon käyttöä pystyttäisiin vähentämään.

## ASIASANAT:

potilasturvallisuus, eristäminen, psykiatria, riski

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2017 | 44 pages

Sari Haahtinen, Sami Rustari & Riku Saari

# PSYCHIATRIC PATIENTS' SAFETY DURING SECLUSION AND RESTRAINT INCIDENTS

- EriTurva-project

It has been estimated that the use of coercive means is common in Finland on the international level. Reducing the use of coercive means is seen as an important question of patient safety.

This thesis is a part of the Finnish EriTurva-project. The project explores the work safety of nurses in psychiatric hospitals during seclusion and restraint incidents. The thesis is focused on studying the risks which patients experience during seclusion and restraint. The thesis was carried out as an applied systematic review of literature and both Finnish and foreign studies were used as research material.

The purpose of this study is to describe the risks met by patients during incidents of seclusion and restraint. Further it explores the actualization and compromises of patient safety and goes on to suggest means to enhance the safety of psychiatric patients during seclusion and restraint.

The results revealed that the patients have little chance to affect the risks they experience. Most of the risks emerge from the nurses and the nursing organization. According to the data poor communication and the lack of activities adds to the number of seclusion and restraint incidents and leads to impaired patient safety. Based on this a deduction can be made that the instructions being developed by EriTurva for communication between a nurse and a patient during restraint and seclusion incidents will also improve the patients' safety. It was found that the use of coercive means and the risks related to them can be best prevented by continuous risk assessment and a post seclusion or restraint debriefing.

Not many studies focus primarily on the patients' safety during seclusion and restraint incidents. This thesis uncovers shortcomings in nursing practices and procedures. These should be researched and developed further in order to enhance the patient safety. Consistent standards should be implemented into nursing practices and care culture in order to reduce the use of coercive means.

## KEYWORDS:

patient safety, seclusion, restraint, psychiatry, risk

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b>	<b>7</b>
2.1 Potilasturvallisuus	7
2.2 Eristäminen hoitotyössä	9
2.3 Eristämiseen ja potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö	14
2.3.1 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	14
2.3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	15
2.3.3 Mielensterveyslaki	16
2.4 Eristämisen eteneminen	17
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>19</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>20</b>
<b>5 TULOKSET</b>	<b>22</b>
5.1 Potilasturvallisuuden vaarantuminen eristämistilanteessa	22
5.1.1 Potilaslähtöiset riskit	22
5.1.2 Hoitajalähtöiset riskit	23
5.1.3 Hoitoympäristölähtöiset riskit	27
5.2 Potilasturvallisuuden parantaminen potilaan eristämisessä	28
5.2.1 Pakon käytön ja turvallisuusriskien ennaltaehkäisy	28
5.2.2 Kehittämiskohteet	30
<b>6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS</b>	<b>32</b>
<b>7 POHDINTA</b>	<b>35</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>38</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Tiedonhakutaulukko.
- Liite 2. Tutkimustaulukko.
- Liite 3. Sisällönanalyysitaulukko.

## TAULUKOT

- Taulukko 1. Fyysisten riskien arviointityökalu (Hollins 2010, 375). 24

## KUVAT

- Kuva 1. Eristyshuone, Kupittaa psykiatrinen sairaala, osasto A1 (Saari 2017). 10  
Kuva 2. Eristyshuoneen vieressä erillinen WC, Kupittaa psykiatrinen sairaala, osasto A1 (Saari 2017). 11  
Kuva 3. Leposidesänky, Kupittaa psykiatrinen sairaala, osasto A1 (Saari 2017). 12

## KUVIOT

- Kuvio 1. Potilasturvallisuus ja vaaratapahtumat (Kinnunen ym. 2009). 8  
Kuvio 2. Pakkotoimien käyttö Suomessa vuosina 2005–2014, ko. kalenterivuonna vuodeosastohoitoon tulleet potilaat (THL 2015). 13

# 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö kuuluu Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin EriTurva- yhteishankkeeseen, joka on Työsuojelurahaston rahoittama ja päättyy elokuussa vuonna 2018. Hanke tutkii ja kehittää hoitajien työturvallisuutta psykiatrisen potilaan huone- ja leposide-eristyksen aikana kohti inhimillisempää asiakaslähtöisempää ja turvallisempaa hoitotyötä. EriTurva:n kaltaista hanketta ei ole toteutettu aikaisemmin Suomessa. (Työsuojelurahasto 2016.)

Hoidollista vuorovaikutusta tutkitaan videoimalla eristystilanteita sairaaloiden psykiatri-silla akuuttiosastoilla ja analysoimalla potilaan ja hoitohenkilöstön välistä vuorovaiku-tusta. EriTurva-hankkeen tarkoitus on kehittää näyttöön perustuva ohjeistus hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta huone- ja leposide-eristyksen aikana. (Työsuoje-lurahasto 2016.) Tämä opinnäytetyö keskittyy potilasturvallisuuteen ja potilaaseen koh-distuviin turvallisuusriskeihin eristämistilanteessa.

Suomessa on arvioitu olevan kansainvälisesti verrattuna paljon pakon käyttöä, vaikka-kin kansainvälistä vertailua vaikeuttaa vertailukelpoisen seurantatiedon puuttuminen (Tuohimäki 2007, 81). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan psykiatrisessa hoidossa käytetyn pakon määrissä on niin suurta alueellista vaihtelevuutta, että on syy-tä huomioida mahdolliset erot hoitoyksiköiden välisissä hoitokulttuureissa tai hallinnois-sa. Suunnitelmassa esitetään toteutettavaksi pakon käytön vähentämiseen tähtäävä ohjelma psykiatrisessa hoidossa ja tavoitteeksi asetettiin pakon käytön vähentyminen 40 prosentilla. (Partanen ym. 2015, 321.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisussa ”Pakon käytön vähentäminen ja turval-lisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa” pakon käytön vähentämisen todetaan olevan muun muassa tärkeä potilasturvallisuuskysymys (Makkonen ym. 2016, 41–42). Pakon käyttöä ja sen vähentämistä on käsitelty useissa tilaisuuksissa eri puolilla Suo-meä. Kärkihankkeen aikana on myös käynnistynyt Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi. (Partanen ym. 2015, 321.)

## 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

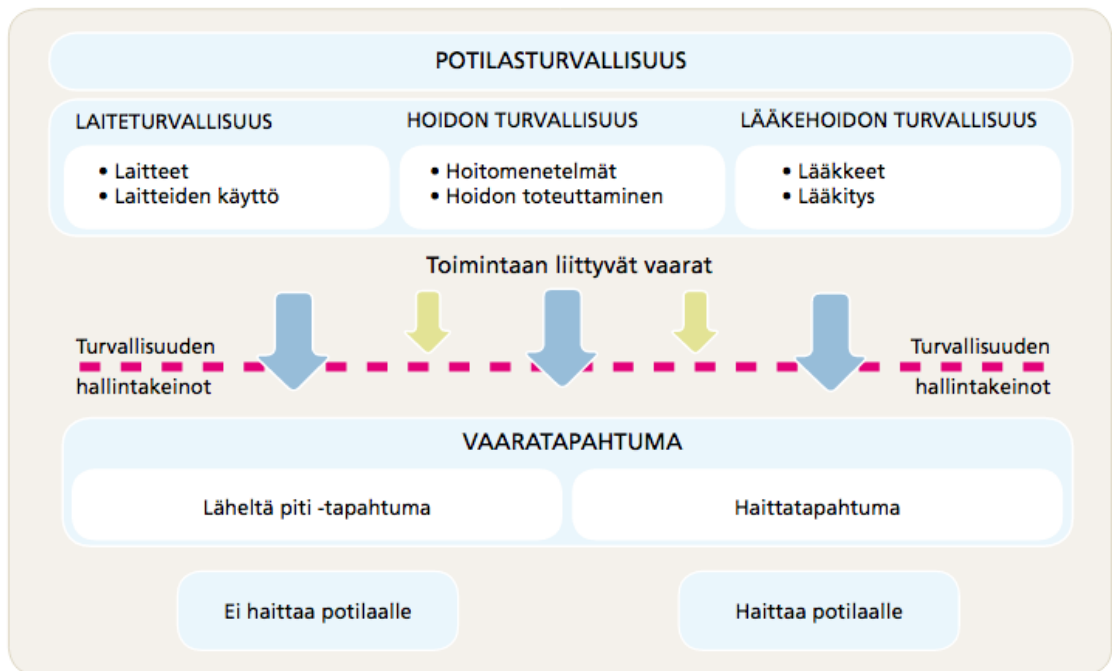
Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rajattiin käsittelemään potilasturvallisuutta ja eristämistä psykiatrisessa hoitotyössä. Lisäksi teoreettiseen viitekehykseen sisällytettiin eristämistä ja potilasturvallisuutta säätelevä lainsäädäntö ja eristämisen eteneminen käytännön hoitotyössä.

### 2.1 Potilasturvallisuus

Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan tässä henkilöä, jolla on ainakin yksi ammattihoitoa vaativa mielenterveyden häiriö. Mielenterveyden häiriö toimii yleisnimikkeenä erilaisille psykiatrisille häiriöille. Häiriöt ovat oireyhtymiä, joissa esiintyy kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Psykiatrisissa häiriöissä ongelma voi olla aivojen biologisessa rakenteessa, mutta usein ongelman ydin on erilaisissa muistikuvissa tai opituissa reaktiomalleissa (Huttunen 2015). Opinnäytetyössä keskitytään osastohoitoa vaativiin aikuispsykiatrian potilaisiin. Oikeuspsykiatriset potilaat on rajattu pois, jotta opinnäytetyöstä ei tule liian laaja.

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän fyysistä tai psyykkistä haittaa. Hoidon tulee olla mahdollisimman laadukasta. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa oikeaan aikaan saatua oikeanlaista hoitoa. Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden toimintatapoja ja periaatteita, joilla terveydenhuollon toimijat varmistavat potilaan turvallisuuden. (THL 2017.) Potilasturvallisuuden toteuttamista ohjaavat terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Mielenterveyspotilaan hoidon turvallisesta toteuttamisesta säädetään lisäksi mielenterveyslaissa (1116/1990).

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen kategoriaan, jotka ovat hoidon, lääkehoidon ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus (Kuvio 1).



Kuvio 1. Potilasturvallisuus ja vaaratapahtumat (Kinnunen ym. 2009).

Tilanteet, joissa potilasturvallisuus vaarantuu, ovat vaaratapahtumia (Kuvio 1) ja ne voidaan jaotella haittatapahtumiin sekä läheltä piti -tapahtumiin sen mukaan, aiheutuko potilaalle todellista haittaa vai ei (THL 2014). Läheltä piti -tapahtumissa potilaan turvallisuus vaarantuu, mutta haitalta vältytään sattumalta tai koska vaaratilanne havaittiin ajoissa ja voitiin siten estää. Haittatapahtumassa potilaalle aiheutuu joko tilapäistä tai pysyvää haittaa. Suojaukset eli turvallisuuden hallintakeinot (Kuvio 1) ovat terveydenhuollon toimintaan sisältyviä rakenteita ja toimintatapoja, joilla ehkäistään vaaratapahtumia. Suojausten pettäessä tai laiminlyönnin seurauksena syntyy poikkeama, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. (Kinnunen ym. 2009.) Suojauskäytäntöjen toteutumista valvoo Suomessa aluehallintovirasto (AVI 2014). Opinnäytetyössä riskillä tarkoitetaan mahdollisia potilaaseen kohdistuvia läheltä piti- ja haittatapahtumia.

Potilasturvallisuutta varmistetaan riskien hallinnalla ja systemaattisilla menettelytavoilla. Näiden avulla voidaan minimoida riskien sekä inhimillisten tekijöiden vaikutusta potilaiden turvallisuuteen. Psykiatrisessa hoidossa toistuvat samat potilasturvallisuuden periaatteet kuin terveydenhuollossa yleisesti. Yleisiä potilasturvallisuuteen liittyviä ohjeistuksia on täydennetty psykiatrialle soveltuvilla esimerkeillä Iso-Britanniassa. Psykiatrieseenkin hoitoon soveltuva ohjeistus seitsemästä potilasturvallisuuden askeleesta (7 steps for patient safety) korostaa sekä organisaation toimintakulttuurin merkitystä että



potilasturvallisuuskulttuurin muutosta ja ylläpitämistä käytännön työssä. (Makkonen ym. 2016, 41.)

”7 steps for patient safety” -ohjeistus korostaa johdon roolia ja esimerkkiä avoimen, keskustelevan ja syyllistämättömän turvallisuuskulttuurin luomisessa. Ohjeistuksen mukaan johdon on tuettava kaikilla organisaatitasoilla potilasturvallisuuden toteutumista ja potilasturvallisuus on läsnä kaikessa toiminnassa. Riskien tunnistaminen, arviointi ja niihin reagointi tehdään mahdolliseksi ottamalla käytäntöön riskien hallinnan menettelytavat. Henkilöstöä kannustetaan vaaratapahtumien raportointiin ja niistä opitaan sekä turvallisuusosaamista jaetaan. Turvallisuutta varmistavien menettelytapojen jalkauttaminen saadaan osaksi päivittäistä toimintaa. Yhteistyö potilaiden ja hoitoyhteisön välillä on osa hoitotyötä. (Makkonen ym. 2016, 42.)

## 2.2 Eristäminen hoitotyössä

Pakkotoimilla tarkoitetaan mielenterveyslaissa säädettyjä potilaan tahdosta riippumatta suoritettuja hoito- tai tutkimustoimenpiteitä. Psykiatrisia pakkotoimia ovat tahdosta riippumaton hoito, huone-eristäminen, lepositeiden käyttö, tahdonvastaisen injektio- ja lääkeyhdistelmien käyttö sekä fyysinen kiinnipitäminen. (THL 2016.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään huone-eristämiseen, leposide-eristämiseen ja fyysiseen kiinnipitämiseen.

Eristäminen on hoitajien näkökulmasta äärimmäinen keino ennaltaehkäistä väkivaltaa, mikä on ainoa vaihtoehto silloin, kun potilaan käyttäytyminen on hallitsematonta ja aggressiivista (Kinnunen 2013, 83). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään pakon käytön vähentämistavoitteeksi 40 prosenttia psykiatrisessa hoidossa (Partanen ym. 2015, 321). Eristämisten vähentämiseksi ongelmatilanteita voidaan ennakoida väkivaltariskejä arvioimalla. Hoitohenkilöstön subjektiivinen tilanteiden arviointi vähenee, kun luodaan systemaattisia käytäntöjä väkivaltariskeiden arviointiin. (Kinnunen 2013, 83.)

Yleisesti eristämällä tarkoitetaan henkilön eristämistä muista ihmisistä. Huone-eristämässä potilas suljetaan yksin eristyshuoneeseen, jonka saa avattua vain ulkopuolelta. (Makkonen ym. 2016, 15–16.) Ovi voidaan joskus harkinnan mukaan jättää myös lukitsematta, jolloin potilas saa olla huoneessa yksin, mutta pääsee halutessaan myös ulos. Joskus potilas itse pyytää päästä eristykseen, tällöin on kyse vapaaehtoisesta huone-eristyksestä. (Kinnunen 2013, 21.) Leposide-eristyksessä potilaan liikku-

mista rajoitetaan sitomalla hänet niin, ettei hän kykene lähtemään liikkeelle omin päin (Makkonen ym. 2016, 15–16).

Eristyshuoneessa ei saa olla mitään, millä potilas voisi vahingoittaa itseään (Kuva 1). Eristyshuoneesta tulee olla jatkuva näkö- ja kuuloyhteys ulkopuolelle, jotta hoitohenkilökunta voi tarkkailla potilasta ja potilas voi tarvittaessa saada yhteyden henkilökuntaan. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi huoneeseen asennettavalla videokameralla (Kuva 1), jota valvotaan ulkopuolelta. Huone-eristyksessä oleva potilas voi olla lisäksi sidottuna liikkumista rajoittavilla lepositeillä. (Makkonen ym. 2016, 15–16.)



Kuva 1. Eristyshuone, Kupittaaan psykiatrisen sairaala, osasto A1 (Saari 2017).

Potilaan ja hoitajien välistä vuorovaikutusta voidaan lisätä eristystilaan sijoitetulla kutsukellolla, jonka avulla potilas voi ilmaista tarpeensa esimerkiksi pääsystä wc-tilaan. Huone-eristyksessä olevalla potilaalla pitää olla mahdollisuus wc- ja suihkukäynteihin eristystilan ulkopuolella. Potilas voi käyttää eristyshuoneen ulkopuolella olevaa wc-tilaa (Kuva 2) vointinsa mukaan riittävän hoitajamäärän saattamana. (Makkonen ym. 2016, 16.)



Kuva 2. Eristyshuoneen vieressä erillinen WC, Kupittaaan psykiatrinen sairaala, osasto A1 (Saari 2017).

Lepositeet on mekaaninen, liikkumista rajoittava väline. Yleisimpiä käytössä olevia liikkumista estäviä välineitä ovat erilaiset turvavyöt, turvaliivit, magneettivyöt ja raajasiteet, joilla potilas pidetään paikoillaan esimerkiksi vuoteessa (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2015). Siteet voivat olla esimerkiksi nahkaa ja niissä tulee olla pehmusteet. Tavallisesti potilas sidotaan lepositeilla kiinni nilkoista, ranteista ja keskivartalon kohdalta ja vyöt kiinnitetään erilaisten solkien tai magneettien avulla (Kuva 3). Lepositeissa oleva potilas voi olla lisäksi huone-eristyksessä. (Makkonen ym. 2016, 15–16.) Lepositeita käytetään vakavasti väkivaltaisen potilaan rauhoittamiseksi sekä poti-

laan että muiden turvallisuuden varmistamiseksi. Usein tilanteissa, joissa lepositeitä joudutaan käyttämään, potilas ei kykene tekemään minkäänlaista yhteistyötä henkilökunnan kanssa. (Kinnunen 2013, 22.)

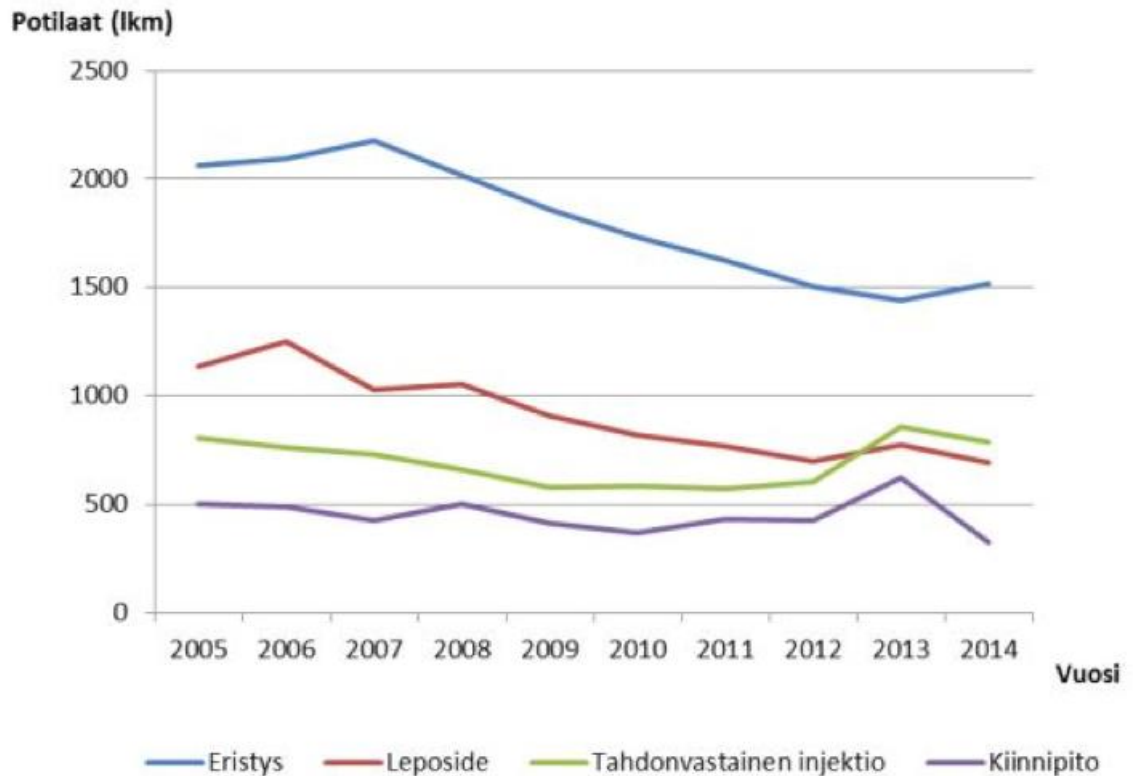


Kuva 3. Leposidesänky, Kupittaaan psykiatrinen sairaala, osasto A1 (Saari 2017).

Kiinnipitäminen on hoitotoimenpide, joka ei ole varsinaista eristämistä, mutta sitä voidaan joutua käyttämään esimerkiksi potilaan saamiseksi eristyshuoneeseen tai lepositeisiin (Makkonen ym. 2016, 24). Mielenterveyslaki (1116/1990) antaa hoitohenkilökunnalle oikeuden välttämättömien voimakeinojen, kuten kiinnipitämisen käyttämiseen, silloin kun ne ovat perusteltavissa. Kiinnipitämisessä tulee olla mukana riittävästi hoitohenkilökuntaa, jotta voidaan taata potilaan ja henkilökunnan turvallisuus (Makkonen ym. 2016, 15).

Vuonna 2014 psykiatrisen vuodeosaston potilaita on tilastoitu 23665, joista 3329 potilaaseen käytettiin pakkotoimia (Kuvio 2). Yleisin pakkotoimi oli huone-eristys (46 %) ja toiseksi yleisin oli tahdonvastainen injektio- ja lääkehoito (24 %). Lepositeitä käytettiin 21 %:iin ja fyysistä kiinnipittoa 10 %:iin potilaista. Huone-eristettyjen potilaiden määrä pie-

nentyi 27 % ja leposide-eristettyjen potilaiden määrä pieneni 44 % vuodesta 2006 vuoteen 2014. Fyysisesti kiinnipidettyjen ja tahdonvastaisesti injektio­lääkitystä saaneiden potilaiden määrä vaihteli vain hieman vuodesta toiseen. (THL 2016.)



Kuvio 2. Pakkotoimien käyttö Suomessa vuosina 2005–2014, ko. kalenterivuonna vuodeosastohoitoon tulleet potilaat (THL 2015).

Suomessa yleisin syy psykiatrisen potilaan eristämiseksi on levottomuus ja sekavuus (Keski-Valkama 2010, 40; Tuohimäki 2007, 72). Ajatuksena on, että tällöin eristämislä ennalta ehkäistään väkivaltaa. Kansallisen kyselytutkimuksen mukaan levottomuus ja sekavuus on syynä 43,2 %:ssa eristämistilanteista, kun taas toteutunut väkivalta on toiseksi yleisin syy (26,0 %). Tapauksista 12,4 %:ssa eristämisen syy oli muu ja 9,5 %:ssa väkivallalla uhkaaminen. Muita, vähemmän yleisiä syitä eristämiseksi ovat vielä aggressiivisuus ja vaarallisuus (4,7 %) sekä omaisuuden vahingoittaminen (4,1 %). (Keski-Valkama 2010, 40–42.)

Tuohimäen (2007) tutkimuksessa, levottomuus ja sekavuus olivat syynä 43,6 %:ssa eristämistä. Tutkimuksessa 25,1 %:ssa eristämisen syynä oli väkivallalla uhkaaminen ja 11,2 %:ssa toteutunut väkivalta. Tapauksista 2,1 %:ssa syynä oli omaisuuden vahingoittaminen ja 0,6 %:ssa omaisuuden vahingoittamisella uhkaaminen. Tapauksista 5,9

%,:ssa syy oli muu ja 12,2 %,ssa syy oli jätetty kokonaan ilmoittamatta. (Tuohimäki 2007, 72–73.)

### 2.3 Eristämiseen ja potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö

Suomen perustuslain mukaan kaikilla Suomen kansalaisilla on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Henkilökohtaista koskemattomuutta ei saa loukata eikä vapautta riistää ilman laissa säädettyä perustetta. (Suomen perustuslaki 731/1999.)

Tilanteissa, joissa joudutaan rajoittamaan kansalaisen perusoikeuksia, hoitohenkilöstöä ohjaavat lait terveydenhuollon ammattihenkilöistä, potilaan asemasta ja oikeuksista sekä mielenterveyslaki. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sisältää terveydenhuollon palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden edistämisen sekä terveydenhuollon ammattihenkilöön kohdistuvaa tietoa, velvollisuuksia ja oikeuksia. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää tietoa potilaan oikeudesta päästä hoitoon, ja siitä miten ja millaista hoitoa hänellä on oikeus saada. Mielenterveyslaki säätelee potilaan perusoikeuksien rajoittamista tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Mielenterveyslaki 1116/1990.)

#### 2.3.1 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Lain tarkoitus on edistää terveydenhuollon palvelujen laatua sekä potilasturvallisuutta varmistamalla, että terveydenhuollon ammatti-ihmistä koskevat vaatimukset ja heihin kohdistuva valvonta toteutuvat. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisesti perusteltu yhteistyö sekä tarkoituksenmukaisen käytön helpottaminen edistävät lain tarkoituksen toteutumista. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Terveydenhuollon ammatti-ihmisellä tarkoitetaan henkilöä, joka on lain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden tai ammatinharjoittamisluvan ja jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, pätevyys ja valmiudet. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Ammattihenkilön päämääränä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen sekä sairauksien ennaltaehkäiseminen. Ammattihenkilön tulee toimissaan käyttää hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Toimiessaan terveydenhuollon tehtävissä ammattihenkilön tulee ottaa tasapuolisesti huomioon potilaalle koituvat hyödyt sekä mahdolliset haitat. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Laillistettua toimijaa sitoo salassapitovelvollisuus eli ammatinharjoittaja ei saa kertoa sivullisille ilman lupaa mitään, mikä liittyy hoidosta saatuihin tietoihin. Salassapitovelvollisuus jatkuu myös ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen kehittämään ja ylläpitämään ammatti-toiminnan edellyttämiä taitoja ja tietoja. Työnantajan tulee seurata työntekijän ammatilista kehittymistä ja varmistaa tämä luomalla edellytykset sille, että työntekijä voi osallistua erilaisiin koulutuksiin voidakseen harjoittaa ammattiaan asianmukaisesti ja turvallisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

### 2.3.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Kaikilla Suomessa pysyvästi asuvilla henkilöillä on oikeus päästä hoitoon terveyden- ja sairaanhoidon voimavarojen rajoissa. Potilaille tulee järjestää laadultaan hyvä hoito ja se on järjestettävä niin, ettei ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä loukata. Mahdollisuuksien mukaan myös yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri otetaan huomioon. Kunnilla ja kuntayhtymillä on kuitenkin velvollisuus järjestää palveluja myös toisella kotimaisella kielellä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on oikeus tietää hoitoon pääsyn ajankohta. Mikäli ilmoitettu aika muuttuu, pitää potilaalle informoida välittömästi uusi aika ja muutoksen syy. Potilaan on oikeus saada tietää terveydentilansa, hoidon merkitys sekä eri hoitovaihtoehdot sekä niihin liittyvistä vaikutuksista. Selvitystä ei anneta, mikäli siitä aiheutuisi haittaa potilaan hengelle tai terveydelle. Potilas voi itse tarkistaa Kanta- palvelusta itseään koskevat potilasasiakirjat. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on itsemääräämisoikeus, jolloin hän voi kieltäytyä saamastaan hoidosta. Mahdollisuuksien mukaan potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä vaihtoehtoisella lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Täysi-ikäinen potilas, joka ei itse pysty päät-



tämään hoidostaan esimerkiksi mielenterveyshäiriön tai kehitysvammaisuuden vuoksi hoidetaan edunvalvojan päättämällä tavalla tai tavalla jota voitaisiin pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Henkeä uhkaavissa tilanteissa potilaille tulee antaa tarvittava hoito, vaikka potilaan tahdosta ei saada tietoa. Poikkeuksena on kuitenkin, jos potilas on aikaisemmin tehnyt lääkärin kanssa hoitoaan koskevan linjauksen, esimerkiksi päätöksen elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

### 2.3.3 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaki säätelee potilaan perusoikeuksien rajoittamista tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Laki säätelee eristämistä neljännen luvun 22e §:ssä. Sen mukaan potilas voidaan eristää tahdostaan riippumatta muista potilaista, jos hän uhkauksen tai käyttäytymisensä perusteella todennäköisesti vahingoittaisi muita tai itseään, vaikeuttaa häiritsevästi käyttäytymisellään muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa omaa turvallisuuttaan. Eristämiseen voidaan päätyä myös silloin, kun potilas todennäköisesti vahingoittaisi merkittävästi omaisuutta, tai jostain muusta raskauttavasta hoidollisesta syystä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Aggressiivinen potilas, joka käyttäytymisellään saattaisi vahingoittaa muita tai itseään, voidaan myös sitoa lepositeillä, jos muut toimenpiteet eivät ole riittäviä. Eristämisestä ja lepositeiden käytöstä päättää aina potilasta hoitava lääkäri. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta saa kuitenkin sitoa tai eristää potilaan väliaikaisesti ilman lääkärin lupaa. Eristämisestä on kuitenkin ilmoitettava lääkärille viipymättä. Hoitohenkilökunta saa käyttää eristämistilanteessa välttämättömiä voimakeinoja potilaan kiinnipitämiseksi. Hoitohenkilökunnan tulee myös antaa potilaalle eristykseen soveltuva vaatetus. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Hoitajilla pitää olla jatkuva näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. Eristystilanteessa tulee käyttää seurantalomaketta ja sen lisäksi eristyksen aikana hoitajan tulee myös käydä fyysisesti toteamassa potilaan vointi 15 minuutin välein. Eristysmääräyksen jälkeen potilaalle tulee määrätä vastuuhoidtaja, joka huolehtii, että potilas saa eristyksen aikana riittävän hoidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)



Kiinnipito, huone-eristys tai sidottuna pitäminen tulee lopettaa heti kun siihen ei enää ole indikaatiota. Lääkäri päättää eristyksen jatkumisesta tai päättämisestä arvioimalla potilaan terveydentilaa. Jos potilaan eristys jatkuu yli 12 tuntia tai sitominen yli 8 tuntia, siitä tulee ilmoittaa potilaan edunvalvojalle tai laillistetulle edustajalle. Pitkissä eristystilanteissa tulee toimittaa ilmoitus eristämisestä ja sitomisesta kahden viikon välein aluehallintovirastolle. Ilmoituksessa tulee mainita tiedot ja syyt toimenpiteistä, potilaan tunnistetiedot sekä eristyksen tai sitomisen määränneen lääkärin nimi. Aluehallintovirasto säilyttää dokumentteja kaksi vuotta, jonka jälkeen ne hävitetään. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

#### 2.4 Eristämisen eteneminen

Eristäminen alkaa joko suunnitellusti tai yllättäen, äkillisessä tilanteessa. Suunniteltu eristäminen sisältää neljä eri vaihetta, jotka ovat päätöksenteko eristämisestä, valmistautuminen eristystilanteeseen, potilaan eristäminen ja eristykseen liittyvän kirjaamisen aloitus. Äkillisissä tilanteissa eristys etenee muutoin samalla tavalla, mutta päätöksenteon tekevät yleensä hoitajat akuutista tilanteesta johtuen, ja lääkäri kutsutaan paikalle tilanteen rauhoituttua. Hätätilanteissa myös valmistautuminen jää kokonaan pois, jolloin eristystilanteessa tarvittava hoitohenkilökunta hankitaan puhelimella toisilta osastoilta tai turvanappia painamalla, jolloin muiden osastojen hoitajat tulevat paikalle. (Kinnunen 2013, 19–21).

Kun suunnitelma on tehty, alkaa varsinainen potilaan eristäminen, jolloin potilaalle mennään kertomaan eristämispäätöksestä. Päätöksen kertomisen jälkeen potilas ohjataan eristyshuoneeseen ensisijaisesti vuorovaikutuksen avulla, pakon- ja voimankäyttöä sekä fyysistä kontaktia mahdollisuuksien mukaan välttäen. Lepositeisiin sitominen onnistuu harvoin yhteistyössä, minkä vuoksi se hoidetaan usean hoitajan kiinnipidon avulla. (Kinnunen 2013, 31–32.)

Potilasta informoidaan vielä lopuksi, miksi eristykseen on päädytty, mikä on eristyksen arvioitu kesto ja milloin lääkäri tulee tekemään seuraavan arvion. Kun potilas on ymmärtänyt hoitajien kertomat tiedot ja on rauhoittunut, hänet voidaan jättää huoneeseen. Mikäli potilas ei rauhoitu ja käyttäytyy edelleen aggressiivisesti tai uhkaavasti, viimeiseksi vaihtoehdoksi jää lepositeisiin sitominen. (Kinnunen 2013, 34.)

Potilaan jäätyä huoneeseen hoitokertomukseen kirjataan eristämistilanne, siihen johtaneet tapahtumat, keinot, joilla eristäminen yritettiin välttää, eristämisen tavoite sekä eristämisessä mukana olleiden hoitajien tiedot. Nämä tiedot kirjataan myös eristys- ja tutkimuskaavakkeisiin sekä lääninhallitukselle toimitettaviin lomakkeisiin. (Kinnunen 2013, 35.) Eristyksen aikainen huolellinen kirjaaminen on hoitajan velvollisuus ja se toimii sekä potilaan että henkilökunnan oikeusturvan takaajana. Potilastietojärjestelmään kirjataan havaintoja potilaan voinnista, hänen kanssaan käydyt keskustelut ja hänen saamansa hoito. Myös wc- ja suihkukäynnit sekä tietoja ruokailutilanteiden sujumisesta että tietoja mahdollisista osastoharjoittelusta kirjataan. (Kinnunen 2013, 64.)

Potilaan eristyksen lopettamista suunniteltaessa arvioidaan ensin potilaan kanssa keskustelemalla, onko hänen psyykinen vointinsa kohentunut ja ymmärtääkö hän eristämisen syyt sekä sitoutuuko hän noudattamaan osaston sääntöjä. Jos keskustelun lopputulos on tyydyttävä, lääkäri lopettaa eristyksen todettuaan potilaan voinnin ja keskusteltuaan työryhmän kanssa. Lupa eristyksen purkamiseen voidaan saada lääkäriltä myös puhelimitse hoitajien näkemyksen perusteella. (Kinnunen 2013, 66–69.)

Eristyksen lopettamisen jälkeen potilas ohjataan huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan. Potilaalle annetaan omat vaatteet sekä tavarat säilytyksestä takaisin. Uusille potilaille esitellään myös yhteiset tilat. Potilaalta voidaan myös tiedustella tämän tarpeista ja mahdollisuuksien mukaan hankkia hänelle esimerkiksi tupakkaa. (Kinnunen 2013, 70.)

Potilaan kertomukseen kirjataan lopuksi arvio potilaan voinnista ja tiedot sovituista asioista ja hoitolinjoista. Kaikkiin asiakirjoihin, joihin on kirjattu merkinnät eristämisen aloittamisesta ja sen syistä, hoitajan on kirjattava eristämisen lopettamiseen liittyvät tiedot. Tarvittavien tietojen kirjaamisen jälkeen eristämiseen liittyvä kirjaus päätetään. (Kinnunen 2013, 71–72.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaaseen kohdistuvia turvallisuusriskejä, potilasturvallisuuden toteutumista ja sen vaarantumista sekä esittää keinoja, joilla potilasturvallisuutta voidaan parantaa psykiatrisen potilaan eristystilanteissa. Tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa toteuttamaan mahdollisimman turvallista psykiatrisen potilaan eristämistä ja tuottaa EriTurva-hankkeelle tietoa potilasturvallisuuden vaarantumisesta eristystilanteessa.

Kirjallisuuskatsauksena toteutettavan opinnäytetyön ohjaaviksi kysymyksiksi valittiin seuraavat kysymykset:

1. Miten potilasturvallisuus vaarantuu eristämistilanteessa?
2. Millä keinoilla potilasturvallisuutta voidaan parantaa psykiatrisen potilaan eristämisessä?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin sovellettuna systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, joka on tieteellinen tutkimusmenetelmä ja jossa esitellään tutkimusaiheen kannalta keskeinen kirjallisuus ja tutkimusten otannat. Kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta, arvioi tiedon laatua sekä tuloksia kattavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97.) Kirjallisuuskatsausta laadittaessa tulee olla kriittinen jo olemassa olevaa kirjallisuutta kohtaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92).

Kirjallisuuskatsaus aloitetaan valitsemalla ja rajaamalla tutkimusaihe. Kun aihe on saatu rajattua, selvitetään aiheesta olemassa olevaa teoretietoa, joka muodostaa tutkimuksen teoreettisen viitekehysten. Seuraavassa vaiheessa kerätään varsinainen tutkimusaineisto aiemmista julkaisuista ja se analysoidaan esimerkiksi sisällönanalyysillä. Tulokset tulkitaan ja niistä vedetään johtopäätökset. Viimeinen vaihe on tulosten raportointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97–98.)

Tiedonhakuprosessissa käytettiin apuna Turun ammattikorkeakoulun Finnahakupalvelua, jonka avulla etsimme lähdemateriaalia seuraavista tietokannoista: Medic, Pubmed ja Cinahl. Hakuihin liittyvät tiedot ovat luettavissa erillisestä tiedonhaku- taulukosta (Liite 1). Lähteitä haettiin myös kirjaston lehtivalikoimista ja manuaalisella haulla Google-hakukonetta käyttäen. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi seuraavia sanoja: seclusion, restraint, patient safety, psychiatric, mental health, eristäminen, lepositeet, huone-eristys ja potilasturvallisuus. Tutkimusten sisäänottokriteerinä oli, että niiden tuli olla julkaistu aikavälillä 2007–2017 ja, että tutkimukset olivat suomen- tai englanninkielisiä. Poissulkukriteereitä olivat lapset, nuoriso-, vanhus- ja oikeuspsykiatriset potilaat. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset ovat luettavissa tutkimustaulukosta (Liite 2).

Sisällönanalyysi on tutkimuksen perusmenetelmä, jonka avulla aineisto pyritään tiivistämään ja järjestämään johtopäätöksiä varten. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi. Prosessiin kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103, 108.)

Sisällönanalyysi (Liite 3) tehtiin, jotta tieto saatiin helpommin jäsennellyksi ryhmittelyä varten. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit täyttävät lähteet käytiin läpi etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiin liittyvää tietoa kerättiin ja kirjattiin muisti-

lapuille, joita ryhmiteltiin aiheen mukaisesti eri alaluokkiin. Alaluokat yhdisteltiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysitaulukkoa hyödyntäen tulokset kirjoitettiin samassa järjestyksessä kuin tieto on ryhmiteltynä taulukkoon. Sisällönanalyysi on liitteenä, jotta lukija pystyy helposti varmistamaan tiedon oikeellisuuden käytetystä lähteestä ja on näin lukijaystävällinen.

Työ kirjoitettiin Turun ammattikorkeakoulun määrittelemiä kirjoitusohjeita noudattaen. Koska opinnäytetyö toteutettiin sovellettuna systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, tutkimuslupia ei ollut tarpeen hakea. Kaikki käyttämämme lähteet ovat vapaasti saatavilla eri tietokannoista.

Opinnäytetyötä havainnollistettiin tekijöiden itse ottamilla valokuvilla. Kuvat otettiin Kupittaa psykiatrisen sairaalan akuutilla suljetulla osastolla A1. Kuvien sijoittelussa huomioitiin kuvien yhteys tekstiin asettamalla ne mahdollisimman lähelle niihin liittyvää tekstiä. Kuvatekstit ovat kuvien alapuolella ja tekstissä on viittaukset kuviin.

## 5 TULOKSET

Tuloksiin on koottu kaikki se keskeinen sisältö, joka vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tuloksia käsitellään kysymysten mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisessä osiossa tarkastellaan, millaisia potilasturvallisuuden kohdistuvia riskejä eristämistilanteissa esiintyy. Toiseen osioon on koottu ehdotuksia, millä keinoilla riskejä voidaan ennaltaehkäistä ja potilasturvallisuutta parantaa eristystilanteessa. Tiivistetyt, tutkimuskohtaiset tulokset on esitetty myös tutkimustaulukossa (Liite 2).

### 5.1 Potilasturvallisuuden vaarantuminen eristämistilanteessa

Potilaan turvallisuuden eristämistilanteessa liittyy useita asioita, jotka on tässä jaettu potilaasta, hoitohenkilöstöstä tai hoitoympäristöstä lähtöisin oleviin tekijöihin. Tutkimukset osoittavat, että valtaosa tekijöistä, joihin voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuden lisäämiseksi, ovat hoitajalähtöisiä. Potilasturvallisuudessa huomioidaan niin eristettävä potilas kuin osaston muutkin potilaat.

#### 5.1.1 Potilaslähtöiset riskit

Leposide-eristettävän potilaan itsetuhoisella käyttäytymisellä, päihteiden väärinkäytöllä tai aseiden käytöllä oli merkittävä yhteys potilaaseen kohdistuviin vammoihin, kun taas leposide-eristyksen asento ei ollut tilastollisesti merkittävä tekijä vammojen syntymisessä (Lancaster ym. 2008, 310). Laitettaessa potilasta lepositeisiin, riuhtominen lisää potilaan riskiä saada mustelmia, ruhjeita tai murtumia. Samanaikainen raajoista kiinni pitäminen lisää loukkaantumisriskiä. (Hollins 2010, 373.)

Whitecrossin ym. (2013, 520) tutkimuksen mukaan lähes puolella tutkituista potilaista raportoitiin olevan traumaperäiseen stressihäiriöön sopivia oireita eristyksen jälkeen. Brophyn (2016, 4–5) tutkimukseen osallistuneiden potilaiden mukaan huone- ja leposide-eristyksestä seurasi traumoja ja potilaiden aikaisemmin kokemat traumat nousivat uudelleen esiin. Traumojen koettiin haittaavan toipumista ja hoitosuhdetta (Brophy 2016, 5).

### 5.1.2 Hoitajalähtöiset riskit

Leposide-eristyksessä runsas sedaatioaineiden käyttö, eristyksen pitkä kesto, pienempi antipsykoottinen lääkeannos ja laitostuminen lisäsivät merkittävästi syvälaskimotukosriskiä. Leposide-eristetyillä potilailla esiintyi syviä laskimotukoksia profylaktisesta lääkehoidosta huolimatta. Ennaltaehkäisyn kannalta tarkkailu, huolellinen riskin arviointi sekä potilaan mobilisointi on tärkeää. (Ishida ym. 2014, 69–71.) Myös Kinnunen (2013, 50–51) toteaa tutkimuksessaan potilaan mobilisoinnin vähentävän veritulppariskiä. Vaikka tutkimuksia leposide-eristyksen ja laskimoveritulpan välisestä yhteydestä on vähän, riskiä ei pidä jättää huomioimatta (De Hert ym. 2010, 11).

Eristysmuotoa valittaessa tulee huomioida eristämisen vaikutukset potilaan peruselintoimintoihin. Potilaan pitäminen vatsallaan lepositeissa tai lepositeiden liiallinen kireys voivat heikentää verenkiertoa ja vaikeuttaa hengittämistä, mistä voi seurata hapenpuutetta tai jopa potilaan tukehtuminen. Rintakehälle tai vitaalielimiin kohdistuva paine voi johtaa vitaalielintoimintojen vaarantumiseen ja kireät lepositeet tai potilaan kiinnipitäminen voivat vahingoittaa pehmytkudoksia. (Moylan 2009, 44; Hollins 2010, 374.) Hollinsin (2010, 373) mukaan kiinnipitäminen ja lepositeiden käyttö voivat vaurioittaa potilaan lihaksia ja niveliä. Myös Stewart, ym. (2009, 754) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan, että vatsalleen eristäminen voi johtaa potilaan tukehtumiseen. Lancasterin, ym. (2008, 310) tutkimuksessa kuitenkin leposide-eristyksen asennolla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä potilaiden loukkaantumisiin.

Tukehtumisvaara liittyy kaikkiin asentoihin leposide-eristetyillä, mutta merkittävin riski liittyy potilaisiin, jotka ovat joutuneet eristetyiksi vatsalleen. Tukehtumisvaaran riski tiedostetaan hyvin ja siihen keskitytään jopa liikaa. Liiallinen keskittyminen potilaan hampensaantiin heikentää muiden asioiden huomioimista, kuten pehmytkudosvaurioiden ehkäisemistä ja raajojen liiallisen venytyksen välttämistä. (Hollins 2010, 373.)

Potilaan fyysisen turvallisuuden takaamiseksi peruselintoimintoja tulee tarkkailla ja arvioida säännöllisesti. Tarvittaessa potilaalle tehdään fysiologisia mittauksia ja hoitotoimenpiteitä. (Kinnunen 2013.) Hollins (2010, 375) ehdottaa dynaamisen riskin arvioinnin työkalun käyttämistä potilaan fyysisen tilan arvioimiseksi. Olemme suomentaneet vapaasti tämän mallin opinnäytetyöhömme (Taulukko 1).

Taulukko 1. Fyysisten riskien arviointityökalu (Hollins 2010, 375).

<b>Ilmatiet?</b>	<b>Onnistuuko sisäänhengittäminen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohdistuuko niskaan/kaulaan painetta?</li> <li>• Tukkiiko jokin vierasesine ilmatiet?</li> <li>• Onko nielussa tai suussa oksennusta?</li> <li>• Onko merkkejä esteestä ilmatiessä, kuten hengen haukkominen, vaikeus puhua?</li> </ul>
<b>Hengitys?</b>	<b>Onnistuuko hengittäminen?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liikkuuko rintakehä normaalisti?</li> <li>• Kohdistuuko vatsaan painetta?</li> <li>• Onko merkkejä hengityksen vaikeutumisesta, kuten työläs hengittäminen tai lisääntynyt ahdistus?</li> </ul>
<b>Verenkierto?</b>	<b>Pääseekö veri kiertämään normaalisti?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kohdistuuko raajoihin painetta?</li> <li>• Onko merkkejä kudosten hapenpuutteesta, kuten kalpea, harmaa tai sinertävä iho huulilla, korvaledillä tai kynsien alla?</li> <li>• Onko oireita lihasaitiosyndroomasta, kuten kipu, pistely, pulssittomuus tai halvausoireet?</li> </ul>
<b>Epämuodostumat?</b>	<b>Kohdistuuko raajoihin, niveliin, lihaksiin tai luustoon vammautumisariskia?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onko selkäranka normaalissa asennossa?</li> <li>• Kohdistuuko ylä- ja alaraajojen niveliin liikaa venytystä?</li> <li>• Kertooko potilas epämukavuudesta tai kivusta jossain päin kehoa?</li> </ul>
<b>Nykyinen terveydentila tai vammat?</b>	<b>Onko potilaan sairaushistoriassa jotain, joka voi aiheuttaa riskin?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hengityselinsairaus?</li> <li>• Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus?</li> <li>• Muita merkittäviä sairauksia tai vammoja?</li> </ul>



Pakkotoimia voidaan toteuttaa inhimillisemmin ja vähentää niihin liittyviä kielteisiä tuntemuksia varmistamalla, että virikkeitä tarjotaan riittävästi ja potilailla on mahdollisuus huolehtia paremmin hygieniastaan. Eristyksessä olevien potilaiden mahdollisuus huolehtia fyysisistä perustarpeistaan on puutteellista: mahdollisuus peseytymiseen, vessassa käymiseen, syömiseen ja juomiseen on riittämätöntä. (Keski-Valkama 2010, 58; Kontio 2011, 40.)

Hoitajien huolellinen valmistautuminen eristystilanteeseen lisää turvallisuutta ja tehokkuutta. Valmistautuminen tarkoittaa hoitajaresurssien arviointia, työnjakoa sekä hoitajien psyykkistä valmistautumista. (Moylan 2009, 44; Kinnunen 2013, 26–29.) Hoitajien valmistautumiseen kuuluu myös eristystilanteiden harjoittelua sekä koulutusta turvallisen ja tehokkaan eristämisen läpiviemiseksi (Moylan 2009, 44).

Potilaan eristämiseen tulee varata riittävästi hoitajia, jotta tilanne pysyy turvallisena ja hoitajien hallinnassa (Kinnunen 2013, 26; Brophy 2016, 7). Sairaalan muilta osastoilta kutsutaan tarvittaessa hoitajia varmistamaan eristämistilanteen turvallisuus, kun potilas käyttäytyy uhkaavasti, potilasta ei tunneta tai kun potilas on fyysisesti isokokoinen. Lisäapua tulee pyytää myös silloin, kun työvuorossa on vain naishoitajia, koska eristäminen ilman mieshoitajien ylivoimaa on turvallisuusriski. Hoitajien työnjaosta käydään keskustelua työryhmässä ennen eristämistä tai ohjautuminen eri vastuutehtäviin tapahtuu automaattisesti hoitajan ammattitaidon tai koulutustaustan mukaan, joskus myös sukupuolen mukaan. Eristämisen tulee olla tiimityötä, jossa kukin hoitaja huolehtii omasta vastuutehtävästään yhteisesti sovittujen toimintaperiaatteiden mukaisesti. Hoitajat valmistautuvat psyykkisesti eristystilanteeseen lisäämällä tarkkaavaisuutta ja keskittymistä sekä tiedostamalla omia pelkoja ja mahdollisia aggressioitaan. (Kinnunen 2013, 26–29.)

Eristystilanteessa myös muiden osastolla olevien potilaiden turvallisuus voi vaarantua (Moylan 2009, 44; Kinnunen 2013, 48). Ennen eristystilannetta työnjaossa sovitaan, ketkä huolehtivat muista osaston potilaista. On tärkeää huomioida myös muut potilaat, koska eristämisen näkeminen saattaa vaikuttaa heidän psyykkiseen vointiinsa, jolloin he voivat esimerkiksi ahdistua tai hämmentyä. Potilaat tuleekin ohjata pois eristystilanteesta muihin tiloihin myös fyysisen turvallisuuden vuoksi. Osaston muiden potilaiden poisohjaamisella on tarkoitus myös rauhoittaa eristettävää potilasta, mikä voi vähentää tämän tarvetta käyttää fyysistä voimaa ja näyttää muille olevansa tilanteen hallitsija. (Kinnunen 2013, 28.)

Usein eristyksessä oleva potilas vaikuttaa osaston ilmapiiriin suoraan tai välillisesti. Eristyspotilas sitoo runsaasti hoitajaresursseja, jolloin muut potilaat voivat joutua odottamaan hoitajien huolenpitoa ja apua. Toisaalta eristyspotilaskin voi joutua odottamaan apua, kun hoitajat ovat auttamassa muita potilaita. Odottaminen voi lisätä potilaiden tyytymättömyyttä, pelkoa ja turhautumista, sekä lisätä aggressiivisia purkauksia osastolla. Eristetty potilas voi myös provosoida muita potilaita, mikä aiheuttaa levottomuutta, ja väkivallan mahdollisuus kasvaa osastolla. (Kinnunen 2013, 48.)

Eristystilanteessa tarpeeton kommentointi ja keskustelu voivat provosoida potilasta käyttäytymään uhkaavasti tai väkivaltaisesti. Hoitajien tulisikin kiinnittää huomiota, että potilasta rauhoitellaan. Potilaalle tulee myös vakuuttaa, että hän on turvassa. (Moylan 2009, 45; Kontio 2011, 40; Kinnunen 2013, 61.) Potilaiden ja hoitajien vuorovaikutus on pääosin riittämätöntä ja huomiota voidaan hakea esimerkiksi aggressiivisella käyttäytymisellä. Myös hoitajien myötätunnon ja empatian puute mielletään negatiiviseksi kokemukseksi. (Kontio 2011, 40; Brophy 2016, 6.) Soinisen (2014, 37) tutkimuksessa potilaat toteavat myös, että heidän mielipiteitään ei oteta tarpeeksi huomioon, eikä yhteistyö ja hoidon suunnittelu toimi hyvin.

Potilaiden mielestä hyviä vaihtoehtoisia asioita eristykselle ovat empaattinen potilas-hoitaja- suhde, mielekäs ja merkityksellinen aktiviteetti, terapeuttinen ympäristö ja tehokas biologinen hoito. Potilas-hoitajasuhteessa painotetaan aktiivista kommunikointia, ymmärrystä, empaattista kuuntelemista ja huomioon ottamista. Aktiviteetteihin tulisi panostaa lisää, joilla saadaan potilaiden ajatukset pois tylsästä, suljetusta osastosta. Terapeuttisella ympäristöllä tarkoitetaan sitä, että ilmapiiri on turvallinen. Vaikuttavan lääkityksen lisäksi muunlaiset hoidot, kuten sähköshokki- ja magneettistimulaatiohoito, voivat olla vaihtoehtoja eristämiseksi. (Kontio 2011, 42.)

Eristyshuoneessa potilaan tavarat ja vaatteet tulee tarkistaa, ettei niissä ole mukana mitään, jolla hän voisi eristyksen aikana vahingoittaa itseään. Turvallisuussyistä potilaalla tulee olla yleensä sairaalan vaatteet. Vaatteiden vaihtoa on pyrittävä välttämään tai lykkäämään vastentahtoisen potilaan kohdalla loukkaantumisriskin vuoksi. Lopuksi potilasta tulee turvatoimenpiteenä pyytää istumaan lattialle, jolloin potilaan on vaikeampi hyökätä nopeasti. Tällä pyritään ennaltaehkäisemään väkivaltatilanteita. (Kinnunen 2013, 33–34.)

Potilaan turvallinen siirtyminen osastolta eristyshuoneeseen tulee tapahtua muutaman hoitajan saattamana. Yhteistyökyvytön potilas, joka ei suostu siirtymään vapaaehtoi-

sesti, voidaan taluttaa huoneeseen. Potilaan reagoiessa fyysiseen kontaktiin väkivaltaisesti tulee käyttää hoidollista kiinnipitoa, jossa potilaan on turvallista purkaa aggressiotaan niin, ettei kukaan loukkaannu. Potilas pyritään rauhoittamaan kiinnipidon ja keskustelun avulla. Kiihtyneessä tilassa olevaa potilasta ei pidä kuljettaa eristykseen potilaan ja hoitajien loukkaantumisriskin vuoksi. (Kinnunen 2013, 32.)

Kinnunen (2013, 38) ja Brophy ym. (2016, 6) toteavat, että hoitajat turvautuvat eristystilanteissa ajoittain liialliseen voimankäyttöön. Tämä voi johtaa esimerkiksi potilaan traumatisoitumiseen tai aiheuttaa hänelle muuta haittaa. Kinnunen (2013, 38) mukaan hoitajat käyttävät liiallista voimaa ja turhaa fyysistä rajoittamista etenkin tilanteissa, jotka he kokevat pelottavina ja uhkaavina, kun heidän omien tunnereaktioidensa hallinta pettää. Kieltäminen ja rajoittaminen voivat provosoida potilasta ja saada hänet aggressiiviseksi ja levottomaksi, vaikka hän ennen rajoittamistoimia olisikin ollut rauhallinen (Kinnunen 2013, 22). Myös Fosterin ym. (2007, 144) mukaan henkilökunnan asettamat rajoitukset ja kiellot provosoivat potilasta aggressiiviseen käyttäytymiseen.

Eristyksen aikana potilaaseen pitää olla jatkuva näkö- ja puheyhteys, jotta potilas ei pysty vahingoittamaan itseään tai hänen terveytensä ei vaarannu muulla tavoin. Eristyshuoneessa tulee käydä vähintään 15 minuutin välein ja tarvittaessa hoitaja jää myös huoneeseen seuraamaan potilaan vointia. Potilaan oikeusturvasta pidetään huolta huolellisella kirjaamisella, jota tulee tehdä vähintään 15 minuutin välein. (Kinnunen 2013, 44.)

### 5.1.3 Hoitoympäristölähtöiset riskit

Tarkoituksenmukaisten aktiviteettien tarjonta, kuten mahdollisuus lukea kirjoja ja lehtiä, kuunnella musiikkia tai harrastaa liikuntaa, tulee olla riittävää, jotta potilas saa vaihtelua päivän kulkuun ja eristettynä olemiseen liittyvä ahdistus helpottuu (Moylan 2009, 45; Kontio ym. 2012, 22–23; Kinnunen 2013, 63). Eristyshuoneen soveltumaton kalustus lisää potilaan mahdollisuuksia vahingoittaa itseään. Suomen sairaaloiden psykiatrisilla osastoilla tulisi kokeilla mukavammin ja turvallisemmin kalustettuja eristys- ja leposidehuoneita. (Kontio 2011, 51; Kontio ym. 2012 23.) Osastojen tilojen suunnittelun koettiin haittaavan hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta sekä hoitosuhdetta (Brophy 2016, 7). Potilaille tulisi tarjota lisää yksityishuoneita, joilla on rauhoittava ja terapeuttinen vaikutus, ja tämän lisäksi eristämisen tarve saattaa vähentyä (Kontio 2011, 42).

Tila, jossa eristämispäätös kerrotaan potilaalle, tulee olla rauhallinen ja sen tulee soveltua turvalliseen fyysiseen rajoittamiseen yksityisyyden suojaa unohtamatta. Kulkuväylä eristyshuoneeseen tulee olla esteetön, jotta mahdollinen fyysinen rajoittaminen ei aiheuta vaaratilanteita ja lisää potilaan loukkaantumisriskiä. (Kinnunen 2013, 29–32.)

## 5.2 Potilasturvallisuuden parantaminen potilaan eristämisessä

Potilasturvallisuuden parantaminen potilaan eristämisessä on jaettu kahteen alaluokkaan, ennaltaehkäisyyn ja kehittämiskohteisiin. Tuloksissa käydään läpi sekä pakon käytön että turvallisuusriskien ennaltaehkäisyä, koska näillä on selvä yhteys toisiinsa. Kehittämiskohteissa tuodaan esille tuloksia, joiden pohjalta potilaan turvallisuutta voidaan tulevaisuudessa parantaa psykiatrisessa hoitotyössä.

### 5.2.1 Pakon käytön ja turvallisuusriskien ennaltaehkäisy

Jälkipuinnilla ehkäistään uusia eristämiseen johtavia tilanteita. Jälkipuinti tulisi järjestää potilaan voinnista riippuen mahdollisimman pian eristämisen päättymisen jälkeen. Keskustelussa kerrataan eristämiseen johtaneet tapahtumat ja koko eristämisprosessi. Potilas saa kertoa myös omista kokemuksistaan. Potilaalta kysytään omaa mielipidettä eristämisestä ja miten tilanteen olisi voinut välttää. (Kinnunen 2013, 71.) Jokaisella potilaalla, joka on kokenut eristämisen negatiivisena, tulisi olla oikeus eristämisen jälkeiseen keskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi potilaalle tulisi järjestää mahdollisuus keskustella myöhemmin hoitohenkilökunnan ja ulkopuolisen arvioitsijan kanssa. (Kontio ym. 2012, 23.)

Keski-Valkaman (2010, 44–45) tutkimuksessa potilaista n. 80 % ilmoittaa, että eristyksen jälkeistä keskustelua ei käyty lainkaan. Heistä n. 78 % raportoi, että he olisivat tarvinneet jälkipuintia. Yksilöllinen jälkipuinti potilaan henkisen voinnin ja kognitiivisen kapasiteetin mukaisesti on yksi tärkeimmistä eristämisen jälkeen tehtävistä asioista. Parhaimmillaan jälkipuinti toimii ehkäisytyökaluna uusille eristämisille. Jälkipuintia voi käyttää lisäksi työkaluna jatkuvaan ja systemaattiseen arviointiin, jotta uusilta eristyksiltä vältyttäisiin. (Keski-Valkama 2010, 63.) ja Whitecrossin ym. (2013, 519) tutkimuksen mukaan jälkipuintia ei aina pystytä järjestämään potilaiden voinnin takia. Tutkimuksissa tulee myös ilmi, että osa potilaista ei ole halukkaita jälkipuintiin.

Psykiatrisilla osastoilla väkivalta- ja eristystilanteiden syntyä ehkäistään tarkkailemalla potilaita ja tunnistamalla ajoissa uhkaavia ennusmerkkejä. Potilaan voinnin ja osaston ilmapiirin muutoksiin puututaan välittömästi. (Kinnunen 2013, 19.) Myös Soininen (2014, 38) ja Van de Sande (2011, 476) toteavat, että riskien arvioinnin käytön on havaittu vähentävän väkivaltatilanteita ja siten myös potilaisiin kohdistuvia turvallisuusriskejä. Van de Sanden (2011, 476) tutkimuksen mukaan riskien arvioinnin rutiininomainen käyttö vähensi myös eristyksen kokonaiskestoa. Keski-Valkama (2010, 63) ehdottaa jatkuvan riskien arvioinnin ja interventiostrategioiden käyttöön ottamista entistä laajemmin psykiatrisissa hoitoyksiköissä eskalaatioiden ja eristystilanteiden vähentämiseksi.

Jokaisessa työvuorossa on vastuuhoitaja, joka johtaa eristyspotilaan hoitoa ja koordinoi tarvittavia resursseja. Vastuuhoitajalla on työvuorossaan päävastuu potilaan hoidosta, johon kuuluu potilaan voinnin seuranta, keskustelukontaktin ylläpitäminen, tarvittavien hoitotoimenpiteiden järjestäminen ja hoidon kirjaaminen. (Kinnunen 2013, 42.) Vastuuhoitajan tulee valvoa tiimin työskentelyä ja varmistaa, että tiimin jäsenet eivät käytä potilaaseen liiallista voimaa eristämistilanteessa. Vastuuhoitajan tehtävänä on myös varmistaa, että eristämisessä seurataan aina tiettyä proseduuria. (Moylan 2009, 45.) Vastuuhoitajan on huomioitava osaston muiden potilaiden turvallisuuden säilyminen tehtävänjakoa tehdessä (Kinnunen 2013, 42).

Turvallisimmasta eristysmuodosta tulee tehdä jatkuvaa arviointia koko eristämisen ajan ja tarvittaessa sitä voidaan vaihtaa missä tahansa eristämisen vaiheessa potilaan voinnin mukaan (Hollins 2010, 374; Kinnunen 2013, 20). Vaikka eristysmuotoa valitessa pyritään rajoittamaan potilaan vapautta mahdollisimman vähän, suoraan lepositeisiin eristäminen voi olla joskus akuuttitilanteessa turvallisin vaihtoehto. Sairaalan ohjeet eristämisestä eivät ole aina riittävän yksityiskohtaisia ja perusteltuja, jotta niistä olisi apua eristysmuodon valinnassa. (Kinnunen 2013, 20, 23–24.)

Kun eristetty potilas otetaan osastoharjoitteluun, mahdollisimman tarkka suunnittelu harjoittelun toteuttamisesta on tärkeää turvallisuuden takaamiseksi. Harjoittelun ajankohta on hyvä ajoittaa osaston päiväohjelman toimintojen mukaan, jolloin rauhallinen potilas voidaan ohjata suoraan esimerkiksi ruokailemaan osaston muiden potilaiden seuraan. Jos potilas käyttäytyy arvaamattomasti, häntä ei ohjata ensimmäisillä harjoittelukerroilla muiden potilaiden seuraan. (Kinnunen 2013, 54.)

Vaikka potilaan vointi mahdollistaisi eristyksen lopettamisen, sitä voidaan siirtää, jos osastolla on jotakin sellaista, joka on uhka potilaan turvallisuudelle, esimerkiksi levoton ilmapiiri. Osastolla tulisi olla mahdollisimman vakaat olosuhteet, jotta eristyksestä osastolle siirtyvälle potilaalle voidaan taata rauhallinen hoitoympäristö. Eristyksen purkamista ei ole turvallista tehdä silloin, kun potilas on sedatoituna tai hän nukkuu, koska silloin ei pystytä arvioimaan potilaan vointia luotettavasti. Sitä pitäisikin aina välttää, ellei eristysruonetta ole välttämätöntä saada muuhun käyttöön. Eristyksestä osastolle siirtyvää potilasta tulee seurata normaalia tarkemmin havainnoiden hänen sopeutumistaan osastolle muiden potilaiden joukkoon. (Kinnunen 2013, 68–70.)

### 5.2.2 Kehittämiskohteet

Hoitohenkilökunnan tulee laatia hoitosuunnitelma yhteistyössä potilaan kanssa. Suunnitelmaan kirjataan esimerkiksi miten potilas haluaa tulla kohdelluksi, kun hänen vointinsa muuttuu ja häneen joudutaan kohdistamaan eristämistoimia. (Soininen 2014, 39.) Potilaan tuntemisesta on apua sopivan eristysmuodon valinnassa (Kinnunen 2013, 23). Kontion ym. (2012, 23) mukaan etukäteen laadittu hoitosuunnitelma ja potilaan toiveiden huomioon ottaminen saattavat vähentää eristämisen tarvetta. Vastuu hoitosuunnitelman laatimisesta on vastuuhoitajalla (Kinnunen 2013, 42). Soinisen (2014, 37) tutkimuksen mukaan potilaat kokevat, että yhteistyö henkilökunnan kanssa tavoitteita laadittaessa toimii huonosti, eikä heidän mielipiteitään kuunnella riittävästi.

Tulevaisuuden haasteena on löytää ja kuvata parhaimpia toimintamalleja eristämisen ehkäisemiseksi. Ennaltaehkäisyn malleja, kuten riskien arviointia ja strategioita konfliktien ehkäisemiseksi tulisi esitellä enemmän ja monipuolisemmin osastoilla. Malleja tulisi kehittää erityisesti potilaille, joilla on suurentunut riski joutua eristykseen. Myös hoitohenkilökunnan eristämiskulttuuria tulisi kehittää ja tutkia. Tutkimuksilla tulisi kehittää hoitokulttuuria mahdollisimman johdonmukaiseksi ja inhimilliseksi. (Keski-Valkama 2010, 63.)

Eristämistä käytetään usein ensimmäisenä keinona eikä viimeisenä vaihtoehtona. Hoitokulttuuri osastoilla hyväksyy eristämisen, jolloin harjoittelu, vaihtoehtoisten strategioiden ja konfliktitilannemallien kehittäminen jää vähäiseksi. Resurssien ja hoitajien vähäisyydellä sekä hoitohenkilökunnan peloilla on osoitettu myös olevan yhteys eristämiseen. Yksityishuoneiden puute ja tilojen suunnittelu pakottaa toisinaan käyttämään

eristyshuonetta, jonne ahdistunut potilas voi mennä rauhoittumaan oman tilan puutteen vuoksi. (Brophy 2016, 7–8.)

Hoitajien intensiivinen ja täsmällinen koulutus sekä käytännön harjoittelu ovat yhteydessä turvalliseen, tarkoituksenmukaiseen ja terapeuttiseen fyysiseen rajoittamiseen. Koulutusta ja harjoittelua lisäämällä väkivaltaiselle potilaalle voidaan tarjota turvallista ja myötätuntoista hoitoa tinkimättä potilaiden ja hoitajien turvallisuudesta. (Moylan 2009, 47.) Hoitajille tulee järjestää koulutusta, jossa he voivat harjoitella eristämistilanteita keinotekoisesti luotujen kohtausten ja rooliharjoitusten avulla. Fyysisen rajoittamisen ja siitä johtuvan lisääntyneen loukkaantumisriskin välinen yhteys voi paljastua tämän kaltaisten harjoitusten myötä ja siten rohkaisee hoitajia pakon käytön vähentämiseen. (Lancaster ym. 2008, 312.)

Kinnusen (2013, 38–39) mukaan käytännön harjoittelua työryhmän ja eri osastojen henkilökunnan kesken on liian vähän. Tilanteiden harjoittelu parantaa suunnitelmallista toimintaa, viestintää ja tunnereaktioiden hallintaa eristämistilanteissa, myös hätätilanteissa. Eristämistilanteessa hoitajien koulutustausta määrittelee missä tehtävissä kukin toimii työryhmässä. Eristämistilanteissa toimivat erityisesti ne hoitajat, jotka ovat saaneet väkivaltatilanteisiin liittyvää koulutusta, kuten VETH- (Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito) sekä MAPA- (Management of Actual or Potential Aggression) koulutukset. (Kinnunen 2013, 27.)

## 6 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä. Lähdemateriaalia valitessa lähdekriittisyys lisää työn luotettavuutta. Käytetyn kirjallisuuden kattavuudella ja lähdemateriaalin tutkimusten otoskoollla sekä otoksien hankintatavalla on yhteys tutkimuksen luotettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2009, 112–113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93.) Luotettavan tutkimuksen tulee olla validi, eli sen tulee tutkia sitä, mitä on tarkoitus ja reliaabeli, eli tulosten tulee olla toistettavissa. Lisäksi tutkimus tulee olla eettisesti oikein toteutettu. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 231.)

Käytetyn lähteen ikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska useilla aloilla tutkimustieto muuttuu nopeasti ja aiemmin tutkittu tieto kumuloituu uudempiin tutkimustuloksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 113). Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden luotettavuutta tulee arvioida, koska terveydenhuolto ja sen käyttämä tekniikka kehittyvät nopeasti vaikuttaen myös hoitotyön käytäntöön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93).

Alkuperäislähteiden käyttäminen lähdemateriaalina lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska sillä poistetaan virheellisten siteerausten käyttämisen mahdollisuus. Jos tutkija käyttää työssään toisen käden lähteitä, joissa on siteerattu virheellisesti alkuperäistutkimusta, virhe toistuu tutkijan omassa työssä. Opiskeluvaiheen alkuaikoina käytettävät oppikirjat eivät sovellu yleensä lähteiksi, koska niissä esitettävä tieto on kulkenut usean käden kautta. (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93.)

Lähdekriittisyys lisää laadukkaiden tutkimusraporttien käyttöä lähdemateriaalina. Kirjallisuuskatsaukseen tulee valita mahdollisimman tasokkaita tieteellisiä julkaisuja ja siksi opinnäytetyöt ja ammatilliset julkaisut rajataan ulkopuolelle. Pro gradu -töitä tulee käyttää harkiten lähdemateriaalina, koska ne ovat usein tekijänsä ensimmäisiä tieteellisiä raportteja, joiden tieteellinen taso ei ole välttämättä riittävän hyvä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93.)

Kun käytettyjen lähteiden määrä on kattava, voidaan arvioida, onko tutkimusilmiötä tutkittu monesta eri näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytetty tutkimusten määrä vaikuttaa työn luotettavuuteen, koska pienellä otoksella koottu aineisto ei ole välttämättä yleistettävissä perusjoukkoon. Myös otosjoukon hankintatapa vaikuttaa luotettavuuteen, sillä kaikki kansainväliset tutkimustulokset eivät ole käyttökelpoisia Suomessa eri



maiden väestön terveydentilan ja terveydenhuollon palvelujen eroavaisuuksien vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92–93.)

Tieteellisen tutkimuksen tulee noudattaa tutkimuseettisiä periaatteita, jotka Suomen tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on määritellyt. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, ja sen tulokset ovat uskottavia, kun tutkimuksen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä ja huolellisuutta kaikissa sen vaiheissa. Ennen opinnäytetyön aloittamista laadittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toimeksiantosopimus, jossa osapuolet sopivat keskinäisistä oikeuksista, periaatteista, vastuista ja velvollisuuksista. (TENK 2012, 6.)

Muiden tutkijoiden tekemä työ ja heidän ansaitsemansa arvostus huomioitiin viittaamalla alkuperäisjulkaisuihin asianmukaisilla lähdeviiteillä, sekä esittämällä tulokset niin, ettei niiden tieto muutu. Opinnäytetyön suunnitelman laatimisessa, tutkimustulosten etsimisessä ja analysoinnissa sekä tulosten tallettamisessa ja esittämisessä noudatettiin eettisyyden takaamiseksi rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (TENK 2012, 6.)

Tutkimuksen validius ja reliabiliteetti ovat ehtona tutkimuksen luotettavuudelle. Tutkimus on validi, kun se tutkii sitä ilmiötä, jota on tarkoitus tutkia. Tämän toteutumiseksi tulee tutkittavan aiheen, tutkimusmenetelmän ja tutkimuskysymysten olla keskenään yhteensopivia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta, eli tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston valintaan kiinnitettiin paljon huomiota validiteetin takaamiseksi. Tutkimusongelmat rajattiin tarkkaan ja selkeästi vastaamaan sitä, mitä haluttiin tutkia. Näiden tutkimuskysymysten pohjalta muodostettiin hakutermejä ja avainkäsitteitä, joita käytettiin aineiston keräämisessä. Sisältövaliditeetin takaamiseksi löydetyt tulokset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Opinnäytetyön reliabiliteetti eli toistettavuus tulee tutkimusaineistokeräilyn ja muiden tutkimuksen vaiheiden tarkastusta kuvailusta. Käytetyt tietokannat ja hakusanat on listattu erilliseen tiedonhaku-aulukoon (Liite 1).

Luotettavan ja monipuolisen lähdemateriaalin löytämiseksi käytettiin luotettavia haku-tietokantoja kuten Medic, Pubmed ja Cinahl sekä ajantasaista kirjallisuutta. Luotettavuutta lisäämään pyrittiin käyttämään vuoden 2007 aikana tai sen jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Luotettavuuden lisäämiseksi tehtiin systemaattisia tiedonhakuja. Opinnäy-

tetyössä huomioitiin kansainvälisyys ja siten lähteiksi hyväksyttiin sekä suomen- että englanninkielisiä artikkeleita. Työn luotettavuus perustuu myös kirjallisuuskatsauksen kattavuuteen ja lähdekritiikkiin. Työssä pyrittiin käyttämään alkuperäisiä ja luotettavia lähteitä. Lähteisiin viitattiin tietoa vääristelemättä, mutta kuitenkin omin sanoin referoiden.

Suomessa valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on julkaissut eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalan toiminnalle. Yleisellä tasolla eettinen toiminta on pyrkimystä toimia oikein ja vastuullisesti. Keskeisiä suosituksia sosiaali- ja terveysalalle ovat asiakkaiden ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittaminen, potilaan edun ajaminen, hyvä vuorovaikutus, ammattihenkilön vastuu työn laadusta sekä vastuullinen päätöksenteko ja toimintakulttuuri. (ETENE 2012, 4–6.) Tahdosta riippumattomaan eristämiseen liittyy useita eettisiä ongelmia, kuten ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittaminen, kun itsemääräämisoikeuteen joudutaan puuttumaan. Hyvän vuorovaikutuksen toteutuminen voidaan myös kyseenalaistaa, kun potilas eristetään eroon muista ihmisistä.

Tämän opinnäytetyön aiheessa esiintyy eettinen ongelma, koska työ käsittelee eristämisen turvallisuutta potilaiden kannalta, mutta ei hoitohenkilökunnan. Toisaalta, koska EriTurva-hanke keskittyy muuten nimenomaan sairaanhoitajien turvallisuuteen, potilaiden näkökulman esiin tuominen koettiin eettisesti perusteltuna. Käsiteltäessä arkaluontoista tutkimusmateriaalia, kuten potilastietoja, potilaan yksityisyys tulee aina suojata (ETENE 2012, 6). Koska opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, tällaisia arkaluontoisia tutkimusmateriaaleja ei ollut tarvetta käsitellä.

Opinnäytetyön tekijöiden kielitaidon vuoksi sisäänottokriteeriksi muotoutui, että työhön voitiin ottaa mukaan vain englannin- ja suomenkielisiä tutkimuksia. On mahdollista, että käyttökelpoisia tutkimuksia olisi löytynyt enemmänkin, mikäli mukaan olisi voitu ottaa esimerkiksi muilla pohjoismaisilla kielillä toteutettuja tutkimuksia. Englanninkielistä aineistoa valittaessa huomioitiin kuitenkin, että mukaan otettiin tutkimuksia vain teollisuusmaista. Näin aineisto on mahdollisimman vertailukelpoista Suomessa toteutettuihin tutkimuksiin verrattaessa.

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilaaseen kohdistuvia riskejä eristystilanteessa, potilasturvallisuuden toteutumista ja vaarantumista. Lisäksi tarkoituksena oli esittää keinoja, miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa psykiatrisen potilaan eristystilanteessa. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa havaittiin tulosten olevan suurelta osin yhteneväisiä. Poikkeuksena Lancaster (2008, 310) toteaa tutkimuksessaan, että leposide-eristysasennolla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä potilaan loukkaantumiseen, kun taas Hollinsin (2010, 373) ja Stewartin ym. (2009, 754) tutkimuksen mukaan leposide-eristysasennolla oli yhteys potilaan tukehtumisriskiin.

Tulosten perusteella potilas ei useinkaan pysty vaikuttamaan riskitekijöihin eristystilanteessa, vaan turvallisuusriskit lähtevät useimmiten hoitajista ja hoitavasta organisaatiosta. Useasta tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajien ja potilaiden välinen puutteellinen vuorovaikutus saattaa lisätä eristystilanteita ja vaarantaa potilasturvallisuuden eristystilanteissa (Moylan 2009, 45; Keski-Valkama 2010, 46; Kontio 2011, 40; Kinnunen 2013, 61; Soininen 2014, 37; Brophy 2016, 6). Tämä osoittaa, että EriTurva-hankkeen kehittämä ohjeistus hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta huone- ja leposide-eristyksen aikana tulee parantamaan myös potilasturvallisuutta. Tuloksista nousi esille myös vähäinen virikkeiden määrä eristämisen aikana, jonka katsottiin vaikuttavan heikentävästi potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin (Moylan 2009, 45; Kontio 2011, 40; Kontio ym. 2012, 22–23; Kinnunen 2013, 63; Brophy 2016, 7).

Tulokset osoittavat, että eristystilanteita ja niihin liittyviä riskejä voidaan ennaltaehkäistä parhaiten riskien jatkuvan arvioinnin (Keski-Valkama 2010, 63; Van de Sande ym. 2011, 476; Kinnunen 2013, 19; Soininen 2014, 38) ja eristyksen jälkeisen läpikäynnin (Keski-Valkama 2010, 44–45; Kontio ym. 2012, 23; Kinnunen 2013, 71; Whitecross ym. 2013, 519) avulla sekä ottamalla potilas mukaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa laadittaessa (Van de Sande ym. 2011, 477; Kontio ym. 2012, 23; Kinnunen 2013, 42; Soininen 2014, 39). Keskeistä ennaltaehkäisyssä on myös hoitajien kouluttaminen ja eristystilanteiden harjoittelu etukäteen (Lancaster ym. 2008, 312; Moylan 2009, 47; Kinnunen 2013, 27, 38–39).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaille oikeuden laadultaan hyvään hoitoon, ihmisarvoiseen kohteluun ja yksityisyyden kunnioittamiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tämä ei tulosten perusteella aina toteudu niin hyvin

kuin olisi mahdollista. Potilaiden mahdollisuus huolehtia yksilöllisesti perustarpeistaan ei aina täytä lain asettamia vaatimuksia. Omien harjoittelujaksojen ja työkokemusten perusteella potilaiden yksityisyyttä ei pystytä aina takaamaan psykiatrisilla osastoilla ja eristystilanteissa. Tulostenkin perusteella voidaan todeta, että potilaat kaipaavat enemmän yksityishuoneita osastolle.

Mielenterveyslaki säätelee eristämistilanteessa tapahtuvaa voimankäyttöä siten, että vain välttämättömät voimakeinot sallitaan (Mielenterveyslaki 1116/1990). Potilaisiin kuitenkin kohdistetaan joissakin tilanteissa, esimerkiksi hätäeristystilanteessa, tarpeetonta fyysistä voimaa. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunnan koulutuksella ja harjoituksilla pystytään parantamaan eristämistilanteiden turvallista läpiviemistä.

Opinnäytetyötä tehdessä havaittiin, että tutkimuksia, jotka keskittyvät ensisijaisesti potilasturvallisuuden eristystilanteessa, ei ole tehty. Aihetta on kuitenkin sivuttu tutkimuksissa, jotka käsittelevät psykiatrisen potilaan hoitotyötä. Työn teki mielenkiintoisemmaksi, että se oli osa EriTurva -tutkimushanketta, jollaista ei ole toteutettu ennen Suomessa (Työsuojelurahasto 2016).

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuudessaan haastava prosessi, jossa onnistuttiin soveltamaan ja kehittämään aiemmin opittuja tietoja ja taitoja. Työn alkuvaiheessa tieteellisten tekstien kriittinen lukeminen ja oleellisen tiedon poimiminen niistä oli haasteellista, mutta taito kehittyi prosessin aikana. Opinnäytetyössä käsitelty teoretieto ja tulokset toivat uusia näkökulmia psykiatrisen potilaan käytännön hoitotyöhön sekä vahvistivat omaa eettistä toimintaa hoitotyössä. Olemassa olevia käytäntöjä onnistuttiin arvioimaan suhteessa lain asettamiin vaatimuksiin ja esiin nousi joitakin ristiriitoja.

Keskinäinen yhteistyö sujui luontevasti koko opinnäytetyöprosessin ajan ja työn tekeminen kolmen hengen ryhmässä koettiin toimivaksi vaihtoehdoksi. Ryhmän jäsenet osallistuivat tasapuolisesti kaikkiin työn vaiheisiin ja kaikkia opinnäytetyöraportin osia kirjoitettiin yhdessä. Kirjoitusprosessi ja ryhmänä tehty työ lisäsi yhteistyötaitoja, jotka ovat hyödyksi sairaanhoitajan ammatissa toimimisessa. Henkilökohtaiset vahvuudet ja kompetenssit pystyttiin hyödyntämään siten, että ne täydensivät ryhmän keskinäistä työskentelyä.

Potilasturvallisuuden psykiatrisissa eristystilanteissa keskittyvien tutkimusten vähäinen määrä vähensi osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta. Tarkka aiheen ja tutkimuskysymysten rajaaminen auttoi kuitenkin poimimaan löytyneestä materiaalista oleelliset tulokset.

Kielitaito rajasi osaltaan käyttökelpoisten tutkimusten käyttämistä. Oman haasteensa toi, että työ on tekijöidensä ensimmäinen varsinainen tutkimus.

Tutkimuksista onnistuttiin keräämään luotettavaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Eri-Turva-hankkeessa ja psykiatrisen hoitotyön kehittämisessä Suomessa. Tulevissa tutkimuksissa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota opinnäytetyön tuloksissa esiin nousseisiin epäkohtiin, jotta potilasturvallisuutta pystytään parantamaan.

Psykiatrisen hoitotyön potilasturvallisuuden tutkiminen jatkossa koettiin tärkeänä, koska aihetta on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti vain vähän. Psykiatriseen hoitotyöhön tulee kehittää yhtenäisemmäksi luomalla valtakunnallinen ohjeistus, joka koskee hoitokulttuuria ja hallintoa. Ohjeistuksen puuttuminen tulee ilmi esimerkiksi pakon käytön suurista alueellisista vaihteluista (Partanen ym. 2015, 321).

## LÄHTEET

AVI 2014. Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 13.3.2017 [www.avi.fi](http://www.avi.fi) > Aiheet > Terveys > Laatu ja potilasturvallisuus.

Brophy, L. M.; Roper, C.; Hamilton, B.; Tellez, J. J. & McSherry, B. M. 2016. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems* Vol. 10, No 6.

De Hert, M.; Einfinger, G.; Scherpenberg, E.; Wampers, M. & Peuskens, J. 2010. The prevention of deep venous thrombosis in physically restrained patients with schizophrenia. *The International Journal of Clinical Practice*.

ETENE 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35. Viitattu 3.5.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225250>.

Foster, C.; Bowers, L. & Nijman, H. 2007. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 58, No 2.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hollins, L. 2010. Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol. 17.

Huttunen, M.O. 2015. Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa *Lääkkeet mielen hoidossa*. Viitattu 10.3.2016 Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ishida, T.; Katagiri, T.; Uchida, H.; Takeuchi, H.; Sakurai, H.; Watanabe, K. & Mimura, M. 2014. Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *The academy of psychosomatic medicine*. Elsevier Inc.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry, A Persistent Challenge over Time. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Kinnunen, M.; Keistinen, T.; Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Potilasturvallisuus. Opas 4, Vaaratapahtumien raportointimenetelmä, Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.4.2017 <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Potilaiden eristämisen- ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa – Kohti näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 3.4.2017 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>.

Kontio, R.; Joffe, G.; Putkonen, H.; Kuosmanen, L.; Hane, K.; Holi, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 48.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 01.03.1993. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 01.07.1994. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lancaster, G. A.; Whittington, R.; Lane, S.; Riley, D. & Meehan, C. 2008. Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of psychiatric and mental health nursing*.

Makkonen, P.; Putkonen, A.; Korhonen, J.; Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpaperi 35/2016. THL:n julkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.3.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116).

Moylan, L. B. 2009. Physical Restraint in Acute Care Psychiatry. *Journal of psychosocial nursing* Vol. 47, No. 3.

Partanen, A.; Moring, J.; Bergman, V.; Karjalainen, J.; Kesänen, M.; Markkula, J.; Marttunen, M.; Mustalampi, S.; Nordling, E.; Partonen, T.; Santalahti, P.; Solin, P.; Tuulos, T. & Wuorio, S. (toim.) 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 - Miten tästä eteenpäin? Työpaperi. THL:n julkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.3.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226856>.

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turun Yliopiston julkaisu. Turku: Turun Yliopisto.

Stewart, D.; Bowers, L.; Simpson, A.; Ryan, C. & Tziggili, M. 2009. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P9>.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.2.2017 [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

THL 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 12.3.2017 [www.thl.fi](http://www.thl.fi) > Aiheet > Laatu ja potilasturvallisuus > Potilasturvallisuus > Mitä on potilasturvallisuus?

THL 2015. Mielenterveyshäiriöt 2015. Viitattu 6.3.2017 [www.thl.fi](http://www.thl.fi) > Aiheet > Mielenterveys > Mielenterveyshäiriöt.

THL 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. Viitattu 27.2.2017 [www.thl.fi](http://www.thl.fi) > Tilastot > Tilastot aiheittain > Erikoissairaanhoidon palvelut > Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014.

THL 2017. Potilasturvallisuus. Viitattu 8.5.2017 [www.thl.fi](http://www.thl.fi) > Aiheet > Sote-uudistus > Palvelujen tuottaminen > Potilasturvallisuus.

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. Väitöskirja. Oulun yliopisto: Oulu. Psykiatrian laitos. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 940. Viitattu 27.2.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514285424.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Työsuojelurahasto 2016. EriTurva - Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone - ja leposide-eristyksen aikana. Viitattu 18.2.2017 [www.tsr.fi/valmiit-hankkeet/hanke?h=116181](http://www.tsr.fi/valmiit-hankkeet/hanke?h=116181).

Van de Sande, R.; Nijman, L. I.; Noorthoo, A. I.; Wierdsma, E.; Hellendoorn, C.; Van der Staak, C. & Mulder, C. L. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*.

Whitecross, F.; Seeary, A. & Lee, S. 2013. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 22, No 6.



## Liite 1. Tiedonhakupöytäkirja

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat/ valitut
Medic	coerc* AND qualit*	2007–2017, vain kokoteksti	2/1
	secl* AND restr*	2007–2017, vain kokoteksti	4/2
	psykiat* AND erist*	2007–2017, vain kokoteksti	15/1
Pubmed	aggression AND seclusion AND risk	2007–2017, vain kokoteksti	41/1
	restr* AND psy* AND injur* AND position*	2007–2017, vain kokoteksti	7/2
	seclusion AND harm AND mental health	2007–2017, vain kokoteksti	19/1
	impacts of seclusion	2007–2017, vain kokoteksti	6/1
	manual restraint AND inpatient	2007–2017, vain kokoteksti	13/1
	thrombos* AND physical* AND restraint	2007–2017, vain kokoteksti	24/2
	seclus* AND inpatient* AND psy*	2007–2017, vain kokoteksti	33/1
	Cinahl	aggressive behaviour AND psych* AND ward*	2007–2017
physical AND restr* AND acute AND psych		2007–2017, vain kokoteksti	33/1

## Liite 2. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Tutkimustulokset
Brophy, L.; Roper, C.; Hamilton, B.; Tellez, J. & McSherry, B. 2016. Australia.	Kartoittaa eristyspotilaiden ja heidän tukihenkilöidensä kokemuksia eristyksestä.	Ryhmähaastattelututkimus: potilaat, n = 30 ja tukihenkilöt, n = 36.	Eristämistilanteet voivat haitata potilaan toipumista sekä aiheuttaa traumoja, jotka voivat säilyä pitkään eristämisen päättymisen jälkeen. Vuorovaikutus eristämisen aikana on puutteellista.
De Hert, M.; Einfinger, G.; Scherpenberg, E.; Wampers, M. & Peuskens, J. 2010. Belgia.	Arvioida, onko huone- ja leposide-eristettyjen, antipsykoottisia lääkkeitä saavien psykoosipotilaiden hoidossa otettu huomioon laskimoveritulpan riski ja käytetty ennaltaehkäiseviä keinoja.	Potilastietojärjestelmän kirjauksista tehty tilastointi ja tilastollinen analyysi, n = 170.	Leposide-eristyksessä on suurempi riski saada laskimoveritulppa kuin huone-eristyksessä. Laskimoveritulppien ehkäisemiseksi tulisi käyttää veren hyytymistä hidastavaa antikoagulanttilääkehoitoa.
Foster, C.; Bowers, L.; Nijman, H. 2007. Iso-Britannia.	Tutkii akuuttien psykiatristen osastojen potilaiden aggressiivista käytöstä. Selvittää itse-tuhoisen potilaan hoitokeinoja.	Seurantatutkimus n = 149	Yleisimmin potilaiden käytös muuttui aggressiiviseksi henkilökunnan asettaessa kieltoja, kuten esimerkiksi liikkumisen rajoittaminen.
Hollins, L. 2010. Iso-Britannia.	Ehdottaa luopumista perinteisestä fyysisen kiinnipidon tekniikasta ja esittelee uuden tekniikan, jossa hallintatekniikka valitaan tilanteen mukaan. Esittelee kiinnipito- ja leposide-eristämiseen liittyviä riskejä sekä uuden työkalun näiden arviointiin.	Tutkimusartikkeli, n = 20	Eristysasentoon, jossa potilas on ääriasennossa vatsallaan lattialla, liittyy tukehtumisen vaara. Liian kireät siteet voivat myös vaurioittaa potilaan pehmytkudoksia. Kiinnipito ja lepositeet voivat vaarantaa potilaan peruselintoiminnot, joten potilasta tulisi tarkkailla ja eristystekniikkaan liittyviä riskejä arvioida heti eristämistapahtuman alusta lähtien.
Ishida, T. ym. 2014, Japani	Selvittää syvän laskimotukoksen yhteyttä leposide-eristykseen potilailla, jotka saivat antikoagulanttia profylaksisesti, sekä syvän laskimotukoksen riskitekijöitä.	Seurantatutkimus n = 181	Syviä laskimotukoksia esiintyi leposide-eristetyillä potilailla antikoagulanttisesta profylaktisesta hoidosta huolimatta. Suurimpia riskitekijöitä olivat potilaan pitkä eristys, runsas sedaatioainesten käyttö, vähäinen antipsykoottisten lääkkeiden annos ja äskettäinen sairaalahoito. Tärkeintä laskimotukoksen ehkäisyssä on jatkuva tarkkailu ja arviointi.
Keski-Valkama, A. 2010. Suomi.	Lisää tietoa huone- ja leposide-eristyksen käytöstä kansallisella ja kansainvälisellä tasolla, selvittää tyypillisen eristyspotilaan tunnusmerkit, sekä tuo esiin potilaiden eristämiskokemuksia.	Kyselytutkimus, n = 671, meta-analyysi, n = 6 sekä laadullinen haastattelututkimus, n = 106.	Potilaiden näkökulmasta huone-eristyksen fyysiset ja psykologiset puutteet ovat puutteelliset. Vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa oli liian vähän. Jälkipuintia ei järjestetty suurimmalle osalle potilaista, vaikka nämä kertoivat tarvitseensa sitä. Nykyiset ohjeet eristämisestä ja vaihtoehtoisten käytäntöjen suosimisesta ovat puutteellisia, eikä kansallisen tason ohjeita ole.

Tutkimuksen tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Tutkimustulokset
Kinnunen, M. 2013, Suomi	Kuvaa huone-eristetyin potilaan hoitotyötä psykiatrisella osastolla.	Laadullinen haastattelututkimus, psykiatrisia hoitajia osallistui tutkimukseen n = 32	Hoitajien puutteellinen valmistautuminen, riittämätön resurssointi sekä turvaton ympäristö eristystilanteessa lisää loukkaantumisriskiä. Eristystilanteessa myös muiden potilaiden turvallisuus tulee huomioida. Veritulpan riski pienenee, kun potilas eristetään huone-eristykseen. Peruselintoimintoja tarkkaillaan eristyksen aikana, sekä vaaralliset esineet ja vaatteet poistetaan, jolla taataan potilaan turvallisuus. Jatkuva puhe- ja näköyhteys potilaaseen ehkäisevät vaaratilanteiden syntymistä. Eristykseen liittyvä kirjaus tehdään tarkasti oikeusturvan takaamiseksi. Vuorovaikutus eristystilanteessa ja kiihtyneen potilaan rauhoittaminen ennaltaehkäisee konflikteja. Liiallista rajoittamista ja fyysistä voimankäyttöä vältetään riskien minimoimiseksi. Psykkinen hyvinvointi taataan virikkeiden avulla eristyksessä. Jotta eristystilanteeseen ei jouduta uudestaan, käytetään jälkipuintia, sekä potilasta seurataan tiiviisti osastolla eristyksen jälkeen. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa, jolla taataan potilaan ymmärrys osaston säännöistä. Hoitajien koulutusta eristämisestä tulee lisätä hoitajien ja potilaiden turvallisuuden takaamiseksi.
Kontio, R. 2011. Suomi.	Tutkii potilaiden kokemuksia eristämisestä. Tutkii hoitajien ja lääkärin kehittämisehdotuksia eristämiskäytännöistä.	Haastattelututkimus Potilaat, n = 30 Hoitohenkilöstö, n = 27	Potilaat kertoivat saavansa eristämisen aikana vähän huomiota. Potilaiden esittämät kehittämisehdotukset eristämiskäytäntöihin sekä vaihtoehdot eristämiseksi eivät toteutuneet käytännössä. Hoitohenkilöstö kuvasi myös, että potilaat saivat eristämistilanteissa vähän huomiota ja ehdottivat vaihtoehtoja eristämiseksi.
Kontio, R.; Joffe, G.; Putkonen, H.; Kuosmanen, L.; Hane, K.; Holli, M.; Välimäki, M. 2012. Suomi.	Tutkii psykiatristen potilaiden kokemuksia eristämisestä sekä heidän ehdotuksiaan eristämiskäytäntöjen parantamisesta ja vaihtoehtoisten tapojen käyttämisestä.	Haastattelututkimus n = 30	Potilaiden ehdottamia parannuksia inhimillisestä kohtelusta ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttämisestä eristämisen sijaan ei ole omaksuttu laajasti hoitokäytäntöiksi.

Tutkimuksen tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen toteutus	Tutkimustulokset
Lancaster, G.A. ym. 2008, Iso-Britannia	Tutkii potilaiden ja henkilökunnan loukkaantumiseriskiä leposide-eristuksen aikana, sekä vaikuttaako eristettävän potilaan asento riskiin loukkaantua.	Monitasoinen regressio-analyysi, johon sisältyi 680 eristystapausta ja (n = 260) potilasta.	Eristystilanteiden ehkäisemiseksi ja hallitsemiseksi hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa lisää. Eristystilanteessa eristysasennolla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä potilaan loukkaantumiseen. Tilastollisesti merkittäviä asioita, jotka olivat yhteydessä potilaan loukkaantumiseen olivat potilaan itsetuhoisuus, turhautuneisuus, aseenkäyttö ja päihteiden väärinkäyttö.
Moylan, L. B. 2009. Yhdysvallat.	Tutkii psykiatrisen potilaan eristämiseen käytettävää inhimillisempää hoitoa.	Tutkimusartikkeli	Eristämisellä voidaan saavuttaa terapeuttisia tuloksia, kun huolehditaan muiden turvallisuudesta ja hoito on inhimillistä ja ymmärtäväistä.
Soininen, P. 2013. Suomi.	1. vaihe: Kehittää ja validoi työkalun eristyspotilaiden kokemusten arviointiin ja kuvaamiseen. 2. vaihe: Vertaa eristyspotilaiden elämänlaatua ja kokemuksia niiden potilaiden elämänlaatuun ja kokemuksiin, jotka eivät kokeneet eristystä. 3. Tutkii aiempien eristyspotilaiden kokemuksia selvittäneiden tutkimusten toteuttamisen eettisiä haasteita.	1. vaihe: Kyselytutkimus n = 90 2. vaihe: Kyselytutkimus n = 264 3. vaihe: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus n = 32	Potilaat kokivat, etteivät he saaneet riittävästi mahdollisuuksia kommunikoida henkilökunnan kanssa, eikä heidän toiveitaan huomioitu. Potilaan toiveet tulisi ottaa huomioon hoitosuunnitelmaa ja eristystä suunniteltaessa, jotta hoito voidaan toteuttaa mahdollisimman inhimillisesti ja eettisesti. Riskien jatkuvalla arvioinnilla huone-eristuksen kesto voidaan pitää mahdollisimman lyhyenä ja pitkäkestoisen eristuksen haitoilta vältytään.
Stewart, D. ym. 2009, Iso-Britannia	Selvittää eristämisen yleisyyttä aikuispsykiatrian osastoilla.	Kirjallisuuskatsaus n = 45	Potilaisiin liittyy tukehtumisvaaran riski, kun heidät hoidollisen kiinnipidon avulla eristetään lattialle vatsalleen.
Van de Sande, R.; Nijman, L. I.; Noorthoom, A. I.; Wierdsma, E.; Hellendoorn, C.; Van der Staak, C.; Mulder, C. L. 2011. Hollanti.	Arvioi riskin arvioinnin vaikutusta aggressioiden esiintyvyyteen ja huone-eristuksen keston.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus n = 597	Osastoilla, joilla käytettiin riskin arviointia, esiintyi vähemmän aggressiivisuutta ja huone-eristuksen kesto lyheni.
Whitecross, F.; Seeary, M. & Lee, S. 2013. Australia.	Arvioida huone-eristuksen vaikutuksia potilaaseen ja mitata jälkipuinnin tehokkuutta eristyskokemuksen aiheuttamien traumojen lieventämisessä.	Haastattelututkimus n = 31	Huone-eristykseen joutuvalla potilaalla on merkittävä riski traumatisoitua. Jälkipuinnin tulisi käyttää nostamaan esille tarve eristämisessä vietetyn ajan minimoimiseksi.

## Liite 3. Sisällönanalyysitaulukko

Tekijä, vuosi	Tiivistetyt tulokset	Alaluokka	Kysymys
Lancaster ym. 2008	Potilaan itsetuhoisuudella, päihteiden väärinkäytöllä on merkittävä yhteys tapaturman syntymiseen.	Potilaslähtöiset	Millä keinoilla potilasturvallisuutta voidaan parantaa psykiatrisen potilaan eristämässä?
Hollins 2010	Riuhtovaa potilasta laitettaessa lepositeisiin tapaturman riski lisääntyy.		
Whitecross ym. 2013; Brophy ym. 2016	Potilaat kokevat eristämisen traumaattisena, mikä hidastaa toipumista.		
De Hert ym. 2010; Kinnunen 2013; Ishida ym.2014	Veritulppariski on suurempi leposide-eristyksessä kuin huone-eristyksessä.	Hoitajalähtöiset	
Stewart ym. 2009; Hollins 2010	Tukehtumisvaara on mahdollinen potilaan ollessa makuulla lattialla hoidollisessa kiinnipidossa.		
Moylan 2009; Hollins 2010	Lepositeiden liiallinen kireys voi vaurioittaa pehmytkudoksia.		
Hollins 2010; Kinnunen 2013	Peruselintoiminnot voivat vaarantua, jos potilaan tarkkailua laiminlyödään.		
Keski-Valkama 2010; Kontio 2011; Kontio ym.2012	Hoitajat eivät huolehdi riittävästi potilaiden perustarpeista.		
Moylan 2009; Kinnunen 2013	Hoitajien puutteellinen valmistautuminen ja yhteistyö vaarantavat potilasturvallisuutta.		
Kinnunen 2013; Brophy 2016	Henkilökunnan riittämätön resurssointi vaarantaa potilasturvallisuuden.		
Foster 2007; Moylan 2009; Kinnunen 2013	Osaston muiden potilaiden turvallisuus voi vaarantua eristämistilanteen aikana.		
Moylan 2009; Keski-Valkama 2010; Kontio 2011; Kinnunen 2013; Soininen 2014; Brophy 2016	Puutteellinen vuorovaikutus aiheuttaa riskin potilaan turvallisuudelle eristystilanteessa.		
Kinnunen 2013	Puutteellisen tarkistamisen takia potilaalle voi jäädä vahingoittamiseen sopivia välineitä.		
Kinnunen 2013	Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos kiihtynyttä potilasta ei rauhoiteta ennen eristämistä.		
Kinnunen 2013; Brophy 2016	Liiallinen voimankäyttö ja turha fyysinen rajoittaminen vaarantavat potilasturvallisuutta.		
Kinnunen 2013	Jatkuvan puhe- ja näköyhteyden puuttuminen ja puutteellinen kirjaaminen vaarantavat potilasturvallisuutta.		
Foster ym. 2007; Kinnunen 2013	Liiallinen kieltäminen ja rajoittaminen voivat provosoida potilasta.		
Moylan 2009; Kontio 2011; Kontio ym. 2012; Kinnunen 2013; Brophy 2016	Laitosmainen ja virikkeeton hoitoympäristö vaarantaa potilaan psyykkisen terveyden.	Hoitoympäristölähtöiset	
Kontio 2011; Kontio ym. 2012	Eristyshuoneen soveltumaton kalustus lisää potilaan mahdollisuuksia vahingoittaa itseään.		
Kinnunen 2013	Jos eristämispäätös kerrotaan potilaalle siihen soveltumattomassa tilassa, fyysinen rajoittaminen voi aiheuttaa vaaratilanteen ja lisätä potilaan loukkaantumiseriskiä.		
Keski-Valkama 2010; Kontio ym. 2012; Kinnunen 2013; Whitecross ym. 2013	Eristämisen jälkipuintia tulee järjestää riittävästi, sen pitää perustua näyttöön ja sitä voisi käyttää ennaltaehkäisevänä työkaluna, jotta uusilta eristystilanteilta vältyttäisiin.	Ennaltaehkäisy	
Keski-Valkama 2010; Van de Sande ym. 2011; Kinnunen 2013; Soininen 2014	Jatkuvalla riskien arvioinnilla tunnistetaan uhkaavia ennusmerkkejä, jolla ehkäistään eristämiseen johtavia vaaratilanteita ja pystytään lyhentämään huone-eristyksen kestoa.		
Moylan 2009; Kinnunen 2013	Tehtävänjakoa tehdessä on huomioitava osaston muiden potilaiden turvallisuuden säilyminen ja tiimi toteuttaa eristämistä turvallisesti vastuuhoitajan johdolla.		
Hollins 2010; Kinnunen 2013	Potilasturvallisuutta voidaan parantaa tekemällä jatkuvaa arviointia turvallisimmasta eristysmuodosta.		
Kinnunen 2013	Potilasta seurataan tiiviisti osastolla eristyksen jälkeen, jotta uusilta eristykseen johtavilta tilanteilta vältytään.		
Kontio ym. 2012; Kinnunen 2013; Soininen 2014; Van de Sande ym. 2011	Yksilöllinen hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa.	Kehittämiskohdet	
Keski-Valkama 2010; Brophy 2016	Kehitetään vaihtoehtoisia interventioita fyysisen rajoittamisen rinnalle tai tilalle.		
Lancaster ym. 2008; Moylan 2009; Kinnunen 2013	Hoitajien kouluttautumista ja tilanteiden harjoittelemista tulee lisätä.		