



Heidi Liljestrand ja Sari Ojansivu

# Psykiatristen potilaiden näkemyksiä eristystiloja parantavista ominai- suuksista

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

29.5.2022

Tekijät	Heidi Liljestrand ja Sari Ojansivu
Otsikko	Psykiatristen potilaiden näkemyksiä eristystiloja parantavista ominaisuuksista: kuvaileva kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä	23 sivua + 1 liite
Aika	29.5.2022
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Tiia Saastamoinen Lehtori Hanna Repo Jamal
<p>Suomessa vuonna 2020 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä noin 203 000 potilasta ja näistä vuodeosastolla noin 24 000. Pakkotoimia käytettiin yhteensä noin 5000 hoitajakson aikana. Eristämistä muista potilaista pakkotoimena käytettiin yhteensä 766 kertaa. Psykiatriset eristystilat ovat usein hyvin pelkistettyjä ja suurimmasta osasta puuttuu esimerkiksi WC- ja hygieniatilat. Vähävirikkeisyys ei ole itse tarkoitus, mutta psykiatriset eristystilat ovat usein hyvin pelkistettyjä ja potilaat ovatkin kritisoineet tätä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatristen potilaiden näkökulmia eristystilojen parantavista ominaisuuksista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa eristystiloja parantavista ominaisuuksista Laakson yhteissairaalalle.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoksi valikoitu seitsemän kansainvälistä artikkelia, jotka olivat julkaistu vuosina 2012–2022. Aineisto kerättiin systemaattisesti kansainvälisistä Cinahl ja Pubmed-tietokannoista. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Sisällönanalyysin pohjalta muodostui kolme pääluokkaa: potilaiden mahdollisuus käyttää virikkeitä, eristystilan ominaisuudet ja potilaan oikeus perustarpeiden toteuttamiseen. Tuloksissa kävi ilmi, että psykiatriset eristystilat suunnitellaan pahimpia skenaarioita varten, hyvin laajaa asiakasryhmää silmällä pitäen. Tämä näkemys ei tee psykiatrisesta eristyshoidosta yksilöllistä, sairauden eri vaiheissa olevia asiakkaita huomioivaa. Tulokset osoittivat myös, että potilaiden oikeus perustarpeiden toteutumiseen on tehty mahdottomaksi, koska tiloissa ei ole välttämättä muuta kuin patja lattialla. Niinkään psykiatrisella eristystilalla ei ole merkitystä, vaan sillä minkälainen eristyskokemus on kokonaisuudessaan.</p> <p>Tuloksia voi hyödyntää suunniteltaessa uusia, psykiatrisia potilaita huomioivia eristystiloja. Uusia tutkimuksia tarvitaan sekä psykiatristen potilaiden näkökulmasta, että eristystilojen hoitavista vaikutuksista huomioiden eristyskokemus kokonaisuudessa. Sairaanhoitajien vastuun ja roolin ollessa erittäin laaja psykiatrisissa eristystilanteissa, tulisi koulutusta lisätä nimenomaan siitä, miten kokonaisuudesta saisi parantavan ja hoitavan potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden.</p>	
Avainsanat	potilaan rajoittaminen, psykiatriset eristystilat, kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Authors	Heidi Liljestrand and Sari Ojansivu
Title	Psychiatric Patient's Perspective on how to Improve Seclusion Facilities: A Descriptive Literature Review
Number of Pages	23 pages + 1 appendix
Date	29 May 2022
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing
Instructors	Tiia Saastamoinen, Senior Lecturer Hanna Repo Jamal, Senior Lecturer
<p>In Finland in 2020, a total of approximately 203,000 patients were treated in specialised psychiatric care and around 24,000 of them were treated in an inpatient ward. Coercive measures were used during a total of approximately 5,000 treatment cycles. Isolation from other patients was used a total of 766 times as a coercive measure. Psychiatric isolation facilities are often very simple and most lack toilet and hygiene facilities, for example. Low alertness is not the intention itself, but psychiatric isolation facilities are often very simplistic, and patients have criticised this.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe the perspectives of psychiatric patients on the healing properties of isolation facilities. The aim was to produce information on the properties that improve the isolation facilities for Laakso's Joint hospital, Helsinki, Finland. The thesis was carried out as a descriptive literature review. Seven international articles selected as material, which had been published in 2012–2022. The data was systematically collected from the international Cinahl and Pubmed databases. The data was analysed by inductive content analysis.</p> <p>Based on the content analysis, three main categories were formed: patients' access to stimuli, the characteristics of the isolation room and the patient's right to meet basic needs. The results showed that psychiatric isolation facilities are designed for worst-case scenarios, with a very large group of clients in mind. This view does not make psychiatric isolation treatment individual, considering clients at different stages of the disease. The results also showed that patients' right to basic needs has been made impossible because the premises may have nothing more than a mattress on the floor. It is not so much the psychiatric isolation that matters, but what kind of isolation experience it is as a whole.</p> <p>The results can be used to design new isolation facilities that take psychiatric patients into account. New studies are needed both from the point of view of psychiatric patients and from the point of view of the therapeutic effects of isolation facilities, taking into account the isolation experience as a whole. In psychiatric isolation situations, the responsibility and role of nurses in psychiatric isolation situations should be increased precisely in terms of how to make the whole a healing and treating patient, taking into account the individual needs of the patient.</p>	
Keywords	patient seclusion, seclusion room, descriptive literature review

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tausta	2
2.1	Mielenterveyslaki	2
2.2	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	3
2.3	Mielenterveyden häiriö	4
2.4	Potilaan rajoittaminen	5
2.5	Pakon käytön vähentäminen	6
2.6	Sairaanhoidajan tehtävät huone-eristyksessä	8
2.7	Potilaiden kokemuksia eristyshoidosta	9
2.8	Psykiatriset eristystilat	10
3	Tarkoitus, tavoitteet ja ohjaava kysymys	11
4	Menetelmät	11
4.1	Kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Aineiston haku ja valinta	12
4.3	Aineiston analyysi	14
5	Tulokset	16
5.1	Potilaan mahdollisuus käyttää virikkeitä	16
5.2	Eristystilan ominaisuudet	17
5.3	Potilaan oikeus perustarpeiden toteuttamiseen	17
6	Pohdinta	18
6.1	Tulosten tarkastelu	18
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	19
6.3	Johtopäätökset	19
	Lähteet	21

## Liitteet

Liite 1. Artikkelitaulukko

# 1 Johdanto

Tahdonvastaisissa hoitotilanteissa huomioidaan yhä paremmin potilaan oikeudet ja osallisuus. Hoito toteutetaan aikaisempaa paremmin yhteistyössä potilaan kanssa ja kokemusasiantuntijat auttavat ymmärtämään potilaan näkökulmaa. Psykiatrisessa hoidossa pakon käyttöä tullaan kuitenkin aina jossain määrin tarvitsemaan. Jos potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista tarvitaan, sitä tulee käyttää mahdollisimman laadukkaasti ja turvallisesti. (Makkonen & Putkonen & Korhonen & Kuosmanen & Kärkkäinen 2016: 44.)

Suomessa vuonna 2020 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä noin 203 000 potilasta ja näistä vuodeosastolla noin 24 000. Pakkotoimia käytettiin yhteensä noin 5000 hoitajakson aikana. Eristämistä muista potilaista pakkotoimena käytettiin yhteensä 766 kertaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021a.) Kun taas vuonna 2019 päättyneistä psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitajaksoista pakkotoimia käytettiin yhteensä noin 6000 hoitajakson aikana. Eristämistä muista potilaista pakkotoimena käytettiin vuonna 2019 yhteensä 1443 kertaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Psykiatriset eristystilat ovat usein hyvin pelkistettyjä. Osa eristyshuoneista on pieniä ja virikkeettömiä. Kaikissa ei ole WC- tai peseytymistilaa edes eristystilan välittömässä läheisyydessä. (Laukkanen & Väänänen & Stenberg & Suvisaari & Kuosmanen 2021: 1–3.) Makkonen ym. (2016: 16) mukaan vähävirikkeisyys ei ole eristystoimenpiteen lähtökohta, vaan potilaalla tulisi olla mahdollisuus käyttää erilaisia virikkeitä, kuten radio, televisio, maisemakuva, liitutaulu, lukemista tai musiikinkuuntelulaite.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykiatristen potilaiden näkökulmia eristystilojen parantavista ominaisuuksista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa eristystiloja parantavista ominaisuuksista Laakson yhteissairaalahankkeelle. Tässä opinnäytetyössä vastataan kysymykseen mitkä tekijät parantavat psykiatrisia eristystiloja potilaan näkökulmasta.

## 2 Tausta

Helsingin kaupunki ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) toteuttavat yhteishankkeena psykiatrisen ja somaattisen sairaalan. Tarkoitus on keskittää vaativa psykiatrisen ja somaattinen sairaanhoito yhteen paikkaan ja varmistaa sairaalaan sijoitettavien palvelujen hyvä laatu ja saatavuus sekä järjestää potilaille asianmukaiset ja viranomaismääräykset täyttävät tilat ja hoito-olosuhteet. (Helsingin kaupunki – HUS 2020: 6–10.)

### 2.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaissa (1990/1116) säädetään mielenterveystyö ja sen viranomaisvalvojat sekä niiden tehtävät, mielenterveyspalvelujen järjestäjät sekä ammattihenkilöt, psykiatrisen sairaalahoito ja mielentilatutkimukset, tahdosta riippumaton hoito rajoittamiseksi, kansainväliset sopimukset ja ammattihenkilöiden esteellisyydet. Opinnäytetyösämme tarkastelemme mielenterveyslain näkökulmasta eritoten aikuispotilaiden tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa ja perusoikeuksien rajoittamista, hoitoon määräämisen edellytyksiä sekä hoidon etenemistä.

Hoitoon määräämisen kolme edellytystä tulee täytyä, jotta ihminen voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdosta riippumatta mielenterveyslain nojalla. Nämä edellytykset ovat: todetaan mielisairaus, ihmisen hoitoon toimittamatta jättäminen vaarantaisi hänen tai muiden terveyden tai turvallisuuden tai pahentaisi potilaan sairauden tilaa, sekä muiden ensisijaisten mielenterveyspalveluiden soveltumattomuus ja riittämättömyys. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 8.) Hoitoon ottamisesta päättää virkasuhteinen lääkäri, joka laatii tarvittaessa tarkkailulähetteen ja lähettää potilaan tutkittavaksi sairaalaan (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 9a). Jos potilas päätetään ottaa tutkimusten perusteella sisään psykiatriseen hoitolaitokseen, viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailulähetteen laadinnasta on lääkärin tehtävä kirjallinen tarkkailulausunto, jossa otetaan kantaa, onko potilaalla vielä tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. Jos ei ole, tarkkailusta on luovuttava heti ja potilas on poistettava sairaalasta tai potilas voi päättää jäävänsä hoitoon vapaaehtoisesti. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 10.)

Potilasta voidaan pitää hoidossa tahdosta riippumatta enintään kolme kuukautta. Jos hoito on välttämätöntä vielä tämänkin jälkeen, pitää lääkärin laatia uusi tarkkailulausunto, jolla voidaan jatkaa hoitoa aina kuuteen kuukauteen asti, jos hoitoon määräämisen edellytykset ovat vielä voimassa. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 12.) Potilaalla on

oikeus tämän lain nojalla ulkopuoliseen arvioon sekä itse valitsemaansa ulkopuoliseen lääkäriin. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ulkopuolisesta arviosta. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 12a, b, c.)

Mielenterveyslain nojalla potilaan perus- ja itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain sen verran kuin tilanne sitä vaatii. Rajoitustoimenpiteet on tehtävä ihmisarvoa kunnioittaen ja turvallisesti sekä mitoitettava oikein. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 22.) Tahdosta riippumattomista psyykkisistä sekä ruumiillisista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää aina hoitava lääkäri. Niitä annetaan vain, jos hoitamatta jättäminen vaarantaa potilaan tai muiden terveyttä ja henkeä tai turvallisuutta. Hoidosta on tehtävä hoitosuunnitelma. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 12b, c.) Mielenterveyslaissa on säädetty perus- ja itsemääräämisoikeuden rajoittamisista sekä niiden seurannasta ja valvonnasta (1990/1116 § 22k).

## 2.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Kunnan ja valtion velvollisuus on järjestää terveydenhuollon palvelut sekä Suomessa pysyvästi asuville, että Suomessa tilapäisesti oleskeleville henkilöille. Potilaiden hoito on oltava ihmisarvoa, vakaumusta sekä yksityisyyttä kunnioittavaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 3.)

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy välttämättömistä hoidoista, häntä tulee hoitaa lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla, tarvittaessa mielenterveyslaissa säädettyjen rajoitustoimenpiteiden mukaan. Potilasta on hoidettava hänen etujensa mukaisesti, jos hänellä ei ole erillistä hoitotahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 6.)

Potilaalla on tiedonsaantioikeus omasta terveydentilasta ja hoitoon liittyvistä asioista, ellei tietojen antaminen aiheuta vaaraa potilaan terveydelle ja hengelle. Kaikki tieto tulee antaa siten, että henkilö riittävästi ymmärtää sen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 5.) Potilasasiakirjojen tiedot ovat salassa pidettäviä. Laissa on erikseen määritelty tilanteet, joissa tietoja saa antaa toiselle terveydenhuollon yksikölle tai ammattihenkilölle tai lähiomaiselle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 13.) Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoidon kannalta tarpeelliset tiedot potilaan hoitopolun mukaisesti. Näitä ovat mm. hoidon järjestäminen, suunnittelu ja toteuttaminen sekä hoidon seuraaminen. Potilaalla on oikeus ilmaista tyytymättömyytensä hoitoon tai

kohteluun tekemällä muistutus tai kantelu toimintayksiköstä vastaavalle johtajalle. Jos asianomainen ei itse sitä pysty tekemään tilastansa johtuen, voi sen tehdä hänen laillinen edustajansa. Henkilö voi käyttää myös potilasasiamiestä, jonka yhtenä tehtävänä on toimia potilaan oikeuksien edistäjänä ja toteuttajana. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 10, 10a, 11.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan tehtävänä on käsitellä potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä ja antaa niistä suosituksia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 2a).

### 2.3 Mielenterveyden häiriö

Suomalaisista joka viides sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä (Huttunen 2017). Mielenterveyden häiriöt eli erilaiset psykiatriset häiriöt ovat oireyhtymiä, joissa on kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöstä voidaan puhua, kun oireet aiheuttavat kärsimystä tai lamaannuttavat täysin. Häiriöissä on kyse useiden tekijöiden summasta ja usein jokin stressitekijä laukaisee häiriön. Masennus on yleisin mielenterveyden häiriö Suomessa. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2021b.)

Mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy todellisuudentajun häiriintyminen eli psykoosi. Tällaisina häiriöinä voidaan pitää sekavuustiloja, skitsofreniaa, harhaluuloisuushäiriötä, psykoottisia ja vakava-asteisia masennustiloja, vakava-asteisia kaksisuuntaisia mielialahäiriöiden sairaustiloja, dementian vaikea-asteisia ilmenemistiloja sekä muita psykoottisia tiloja. (Huttunen 2018.)

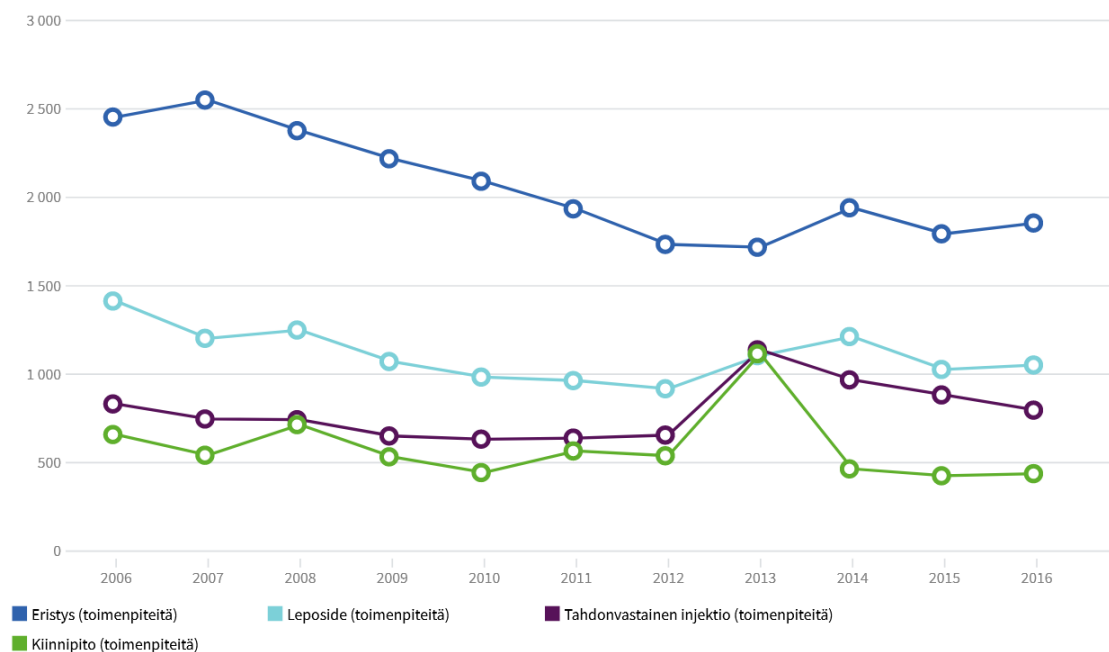
Suomessa diagnosoinnissa käytetään Maailman terveysjärjestön kehittämää ICD-tautiluokitusjärjestelmää. Diagnoosin tarkoitus on hyödyntää tietoa potilaan hoidossa ja oireiden lievittämisessä. (Hämäläinen & Kanerva & Kuhanen & Schubert & Seuri 2021: 226.)

Mielenterveyden häiriöiden hoitomuotoja ovat biologiset ja psykososiaaliset hoitomuodot (Mielenterveystalo a). Lääkehoito jaotellaan biologisiin hoitomuotoihin. Psykelaakkeet ovat psykoterapeuttisten hoitomenetelmien ohella tärkeä keino hoitaa erilaisia psykiatrisia sairaustiloja. Lääkehoidolla voidaan lievittää toimintakykyä lamaavia oireita, lyhentää sairausjaksoja sekä estää toistuvia sairaustiloja. Psykoosien ja vakavien mielialahäiriöiden hoidossa lääkehoito on usein välttämätöntä. (Huttunen 2017.) Muita biologisia hoitoja ovat valohoito, aivojen sähköhoito sekä aivojen magneettistimulaatio (Mielenterveystalo b). Psykososiaalisia hoitoja ovat yksilöpsykoterapia, erilaiset yksilö-, ryhmä ja perheinterventiot ja psykoedukaatio. Psykososiaalisten hoitojen tavoitteena

on elämänlaadun parantaminen, sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, ihmissuhteiden ylläpitäminen, sairauden uusiutumiskausien ehkäisy sekä helpottaa potilasta ja omaisia sopeutumaan sairauteen. (Mielenterveystalo c.)

## 2.4 Potilaan rajoittaminen

Suomessa on lainmukaista rajoittaa liikkumisvapautta ja yhteydenpitoa sekä eristää ja sitoa. Suomessa voidaan myös ottaa omaisuus haltuun, tarkastaa omaisuutta ja läheyyksiä, sekä tehdä henkilöntarkastuksia ja -katsastuksia. Rajoitteista päättää aina lääkäri. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 22.) Yleisimpiä potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia välineitä ovat turvavyöt, turvaliivit, sängyn laidat, tuoliin kiinnitettävät pöydät, magneettivyöt ja raajasidokset (Valvira 2021). Esimerkiksi rajoittavien vaatekappaleiden käyttö saattaa mahdollistaa potilaan osallistumisen yhteisön toimintaan. Kiinnittäminen ja sitominen on sallittua vain, jos se on hoidon kannalta välttämätöntä eikä eristäminen yhdessä muiden toimenpiteiden kanssa riitä. Lepositeitä ei saa käyttää ainoana vaihtoehtona. Eristäminen ei tarkoita sitä, että potilas eristetään hoitajista, vaan annetaan potilaalle tavallista herkemmin huomiota ja apua. Pakkolääkintää käytetään Suomessa osana tahdonvastaista hoitoa ja yksittäisinä pakonkäyttötilanteina. (Repo-Tiihonen ym. 2012.) Kuvassa 1 on kuvattu pakkotoimien käyttöä vuosina 2006–2016.



Kuva 1. Pakkotoimien käyttö vuosina 2006–2016 (Pakkotoimien käyttö. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2018).

Liikkumisvapautta saadaan rajoittaa niin, että potilasta veloitetaan pysymään psykiatrisessa hoitoyksikössä. Liikkumisvapauden rajoittamista koskeva päätös voidaan tehdä potilaan terveydentilan sitä edellyttäessä. Ulkoilu mahdollistetaan, jos se ei vaaranna potilaan terveyttä. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

Potilas voidaan eristää vastoin tahtoaan muista potilaista, jos hän todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, tai jos hän käyttäytymisellään tai uhkauksellaan vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaa oman turvallisuutensa tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 22e.)

## 2.5 Pakon käytön vähentäminen

Suomessa toimii Pohjoismaisen ministerineuvoston vuonna 2011 perustama pakon käytön vähentämisen verkosto. Verkoston tavoitteena on pakon käytön vähentäminen laajasti sekä vaihtoehtoisten keinojen kehittäminen Pohjoismaissa kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden avulla. Verkosto tukee mitattavissa olevien tavoitteiden asettamista ja käyttöön ottamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021c.)

Mielenterveyspalveluiden järjestämistä vastuu on Mielenterveyslain (1990/1116) §1 momentin mukaan kunnalla tai kuntayhtymällä. Palvelut tulisi lähtökohtaisesti järjestää avohoitona, joten palveluiden järjestäjän tehtävänä on huolehtia, että mielenterveyspalveluita on riittävästi saatavilla. Sairaalahoidon ja pakon käytön tarve vähenee, jos apua on saatavana oikea aikaisesti ja ennakoitavasti. Mielenterveyshäiriöiden ja -sairauksien ennakkomerkit ovat yleensä havaittavissa jo ennen akuuttihoitoon hakeutumista. Esimerkiksi psykoosin esioireet voidaan havaita noin 2–4 viikkoa ennen. Riittävällä avohoidon palveluilla voidaan hoito aloittaa niin, että pakottavaan sairaalahoitoon ei välttämättä tarvitse tukeutua. Vaikka ensisijaisesti hoito tulee järjestää avohoidon palveluina, on myös tilanteita, joissa ne ei riitä ja on turvauduttava mielenterveyslain mukaiseen tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. (Makkonen ym. 2016: 28.)

Kaikkein vakavimmat pakon käytön muodot ovat potilaan eristäminen ja sitominen, näitä tulee välttää kaikin keinoin keksimällä psykiatrisille osastoille vaihtoehtoisia keinoja. Pakon käytön vähentämisen toimintamalleja, joita Suomessa on käytössä:

- Omahoitajamalli, jossa potilaasta saadaan enemmän tietoa, antaa lisää aikaa rauhoittavalle viestinnälle ja kuuntelemiselle.
- Annetaan riittävästi ennakoivaa lääkitystä, joka auttaa potilasta rauhoittumaan.
- Osaston tilat pidetään rauhallisina, minimoidaan turhat ärsykkeet.

- Käytetään ahdistuksenhallintakeinoja ja ohjataan potilas reagoimaan ennakoivasti sekä vakauttamaan olotilansa itsenäisesti.
- Käytetään vierihoitajia, joko vapaaehtoisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa tai tahdosta riippumatta lääkärin määräyksellä. Vierihoitaja on ainoastaan tiettyä potilasta varten ja läsnä koko ajan, tavoitteena turvallisuuden tunteen lisääntyminen ja rauhoittuminen.
- Hoidollinen kiinnipitäminen, jonka toteuttaa siihen koulutetut hoitajat, rauhoittaa väkivaltaisesta tai itsetuhoisesta käyttäytyvää potilasta.
- Ohjataan potilasta toiminnallisuuteen, ajatuksena ajatusten suuntaaminen pois aggressiivisista tilanteista.
- Ohjataan potilas rauhalliseen tilaan. Jos osastolla ei ole yksilöhuoneita, voi rauhoittumistila olla esimerkiksi eristystila, jossa ovi jätetään auki ja sinne meneminen perustuu vapaaehtoisuuteen.
- Keskitetään eristys- ja sitomistoimenpiteet yhdelle osastolle. Pakkotoimenpiteiden käytön keskittäminen antaa mahdollisuuden toisille osastoille kehittää vaihtoehtoisia toimintamalleja ja käyttää niitä ensisijaisesti. Vuosina 2008–2013 Jyväskylässä pakkotoimenpiteiden kertamäärät laskivat 95 % keskittämällä osastoja.
- Aikalisän ottaminen pakkotoimenpiteen aikana antaa mahdollisuuden potilaalle välttää eristys tai sitominen. Potilas voi itse omalla toiminnallaan vaikuttaa prosessin etenemiseen.
- Psykiatrisen hoitotahdon käyttäminen tuo potilaan äänen kuuluviin tilanteissa, joissa mahdollisesti joudutaan käyttämään pakkotoimenpiteitä. Jos potilaalla on jo avohoidossa täytetty hoitotahto, lisää tämä itsemääräämisoikeuden toteutumista huomattavasti.
- Pyritään toteuttamaan potilaan toiveita mahdollisuuksien mukaan, tavoitteena että potilaan aggressiiviset tekijät eivät provosoidu, esimerkiksi osaston säännöistä voidaan joustaa.
- Pakon käytön vähentämisessä käytetään toimintamallia, joka etenee vähemmän pakottavasta kohti pakottavampaa toimenpidettä. Esimerkkinä Auroran ja Halikon sairaalan käyttämä prosessi, lääkitys, vierihoido, kiinnipito, huone-eristys, sitominen. (Makkonen ym. 2016: 23–25.)

Putkonen ym. (2013: 850) ovat tutkimuksessaan todenneet, että kehittämällä useita alueita samanaikaisesti voidaan tehokkaimmin ennaltaehkäistä pakon käyttöä ja kriisitilanteita. Tutkimukseen osallistui Suomessa 13 psykiatrista osastoa, joissa hoidetaan miehiä, joilla on psykoottisia sairauksia. Tutkimuksessa käytettiin kuutta ydinstrategiaa, jotka oli rekisteröity Yhdysvalloissa käypä hoito -suositukseksi. Kuuden ydinstrategian toimintamallin käyttäminen johti mm. eristystoimenpiteiden käytön ja ajan puolittumiseen sekä väkivallan tekojen vähentymiseen noin kolmanneksella. Kuuden ydinstrategian toimintamalli on seuraavanlainen (Makkonen ym. 2016: 18–19):

1. Ylemmän johdon jatkuva osallistuminen pakon vähennykseen, tulosten ja pakkokeinotapahtumien seurantaan.
2. Tilastotiedon kerääminen, analysointi, soveltaminen ja seuranta ennaltaehkäisee pakon käyttöä. Tuloksien perusteella saadaan tietoa pakon käytön tilanteista ja voidaan luoda tavoitteita.

3. Henkilöstön kouluttaminen ja kehittäminen niin, että pystytään tarjoamaan potilaalle vaihtoehtoja eristämistoimenpiteiden tilalle.
4. Ennaltaehkäisytyökalut ja -arvioinnit juurrutetaan osastojen toimintaan ja potilaan hoitosuunnitelmaan.
5. Potilaiden ja heidän lähimmäisten roolin korostaminen hoitoprosessissa.
6. Pakkokeinon, väkivaltatapahtuman ja läheltä piti -tapahtuman läpikäyminen heti tapahtuman jälkeen asianosaisten ja ammattilaisten kesken, ennaltaehkäisee tapahtuman toistumista tehokkaasti.

## 2.6 Sairaanhoidajan tehtävät huone-eristyksessä

Lääkäriltä pyydetään arvio potilaan voinnista ennen eristämistä, sillä lääkäri tekee päätöksen, eristetäänkö potilas. Huone-eristys voi tapahtua äkillisesti tai huolellisen valmistelun ja suunnittelun seurauksena. Huolellisella valmistautumisella varmistetaan hoitajien tehokas yhteistyö sekä eristystilanteen sujuminen mahdollisimman turvallisesti niin potilaan kuin henkilökunnankin kannalta. (Kinnunen 2013: 74.)

Ennen eristämistä työntekijät sopivat, ketkä eristävät potilaan, tarvittaessa rajoittavat potilasta hoidollisen kiinnipidon avulla ja saattavat hänet eristyshuoneeseen sekä kuka kertoo eristämispäätöksestä potilaalle. Potilaan eristämistä ei koskaan tehdä yksin, sillä tilanteen tulee pysyä turvallisena ja hoitajien hallinnassa. Jos työvuorossa on vain naishoitajia, kutsutaan lisäapua muilta osastoilta, sillä hoitajien mukaan eristäminen ilman mieshoitajien fyysistä voimaa on riski turvallisuudelle. Naishoitajalla voi tutkimuksen mukaan olla potilaan väkivaltaista käyttäytymistä hillitsevä vaikutus, joten työryhmässä voidaan sopia, että naishoitaja kertoo eristämispäätöksestä potilaalle. Tavoitteena kuitenkin on, että eristystilanteessa potilaan kanssa keskustelelee potilaan turvalliseksi kokema henkilö, kuten potilaan omahoitaja tai lääkäri. (Kinnunen 2013: 27–28.)

Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, tulee hänelle määrätä vastuuhoitaja, joka huolehtii, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon. Hoitohenkilökunnalla tulee olla näkö- ja kuuloyhteys eristettyyn potilaaseen jatkuvasti. (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 22.) Potilaan hoitokertomukseen kirjataan 15 minuutin välein potilaan voinnista tehdyt havainnot, keskustelut, lääkitys, ruoka- ja nestemäärät sekä WC- ja suihkukäynnit. Hoitokertomukseen kirjataan potilaan mahdolliset poistumiset eristystilasta, esimerkiksi osastoharjoittelu, jolloin potilas saa oleskella vapaasti yleisissä tiloissa. (Kinnunen 2013: 64). Eristyksen jatkuessa yli 12 tuntia tai potilaan sitomisen jatkuessa yli kahdeksan tuntia, on siitä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle (Mielenterveyslaki 1990/1116 § 22).

Potilaan fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista huolehditaan eristyksen aikana huolehtimalla potilaan perustarpeista, keskustelukontaktista, lääkehoidosta sekä tarjoamalla toiminnallisia virikkeitä. Potilaalle järjestetään tarvittaessa mahdollisuus keskustella tilanteestaan ulkopuolisen asiantuntijan kanssa. (Kinnunen 2013: 58.) Eristyksen tarvetta ja potilaan vointia arvioidaan jatkuvasti. Eristys pyritään pitämään mahdollisimman lyhyenä. (Kinnunen 2013: 74.)

Eristämisen lopettamispäätös syntyy hoitajien ja lääkärin tekemän arvioinnin perusteella, eristämisen lopettamisesta päättää lääkäri. Jotta eristyksen voi purkaa, tulisi potilaan pystyä arvioimaan vointiaan, keskustelemaan eristämiseen johtaneista tapahtumista sekä sitoutua osaston sääntöihin. Eristämisen päättyessä potilasta seurataan tiiviisti osastolla. Potilaan kanssa käydään läpi eristämistilanne ja siihen johtaneet syyt. (Kinnunen 2013: 75.) Potilaiden eristämistä ja sitomisista on tehtävä ilmoitus aluehallintovirastolle kahden viikon välein. Ilmoitukseen kirjataan potilaan tunnistetiedot, eristämisen tai sitomisen tiedot ja syy sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. (Mielen-terveyslaki 1990/1116 § 22.)

## 2.7 Potilaiden kokemuksia eristyshoidosta

Pääosin kokemukset eristyshoidosta ovat negatiivisia ja ne koetaan rangaistuksena. Eristyshoito alkaa jo ennen varsinaista eristystä. Eristyskokemukseen kuuluu tapahtumat ennen eristystä, sen aikana ja eristyksen purkamisen sekä läpikäyminen. Monet potilaat kokivat, että heille ei annettu riittävästi tietoa tilanteista mitkä johtivat eristykseen, esim. suullinen ja kirjallinen suunnitelma koko prosessista sekä suunnitelmista jäi monelta saamatta. Suunnitelman puuttuminen tai läpikäyminen potilaan kanssa johtaa huonoon kokemukseen ja tuloksiin eristyshoidossa. Potilas kokee, että hän ei itse voi osallistua hoitoonsa. (Kontio & Joffe & Putkonen & Kuosmanen & Hane & Holi & Välimäki 2012.)

Negatiiviset kokemukset liittyvät sekä huonoon kohteluun, että fyysisiin tiloihin. Hoitajien ammattitaitoa ei kyseenalaistettu, mutta välinpitämättömyys, voimankäyttö, epäyhtävällisyys ja vallankäyttö nousivat kokemuksissa esiin. Koska tiloissa ei ole istuimia, käydään keskustelut hoitajien ja psykiatrien kanssa lattialla istuen, se koetaan alentavana. Tiloissa isoina ongelmina koettiin perustarpeiden täyttämiseen vaadittavat fasilitetit sekä aktiviteettien puute. Esimerkiksi hygienianhoito on täysin hoitajien varassa. Aktiviteettien puute johtaa tylsistymiseen ja turhautumiseen. Yöaikana useimmat potilaat kertoivat, että omien ajatusten kanssa painiminen johti pelkotiloihin ja ahdistumiseen eikä unta saanut, koska valot olivat päällä eikä hoitohenkilökuntaa ollut tarpeeksi

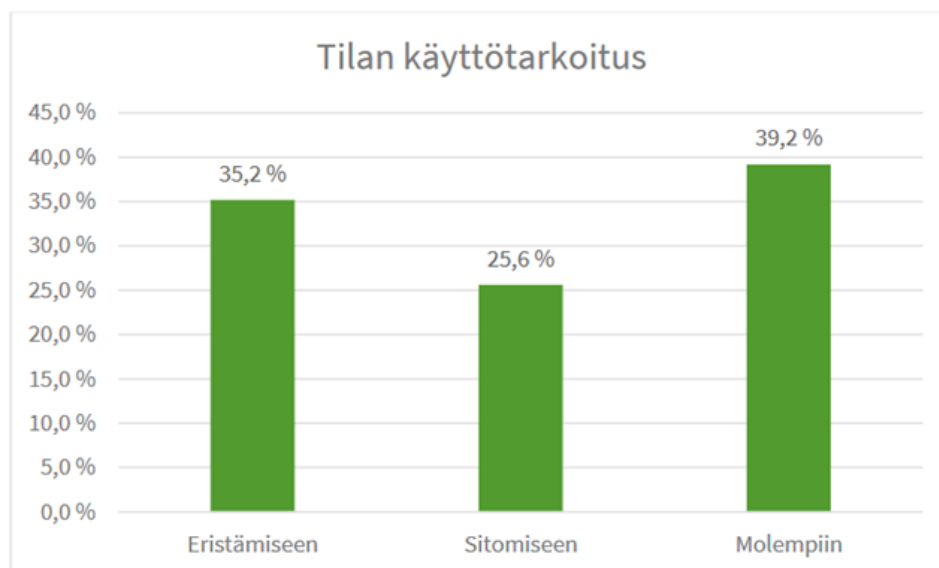
esim. keskustelemaan potilaiden kanssa. Potilaat tuntevat eristyksessä vihaa, pelkoa, yksinäisyyttä, mutta myös turvallisuutta. (Kontio ym. 2012.)

Positiivisia kokemuksia saatiin etenkin sellaisissa paikoissa, missä oli mahdollisuus rauhalliseen ja suunnitelmalliseen eristykseen. Kokemus vierihoidajista olivat erittäin hyvät. Potilaat mainitsivat, että eristykseen johtavat tapahtumat voitaisi vähentää, jos olisi ihminen, jonka kanssa puhua, pelkkä toisen ihmisen läsnäolokin rauhoitti. Vierihoidaja oli yhden kokemuksen mukaan vain lukenut lehteä potilaan vieressä. Tiloja, jotka mahdollistavat ihmisen läsnäolon, ei pelkkää kameravalvontaa, tulisi suosia. Jotkut potilaat kertoivat, että vierihoidaja voisi olla, vaikka hoitohenkilökuntaan kuulumaton ihminen. Potilaiden kokemusten mukaan osastot, joissa on yksittäiset potilashuoneet, antavat potilaalle rauhan esimerkiksi kunnan yöuniin. Potilaat kuvailivat, että lääkityksen saatuun oli turvallista mennä nukkumaan omaan huoneeseen. Jotkut potilaat kokivat eristystilat rauhoittavana. Tiloissa, joissa ei ollut mitään stimuloivaa, rauhallinen sisustus ja joka oli äänetön, auttoi potilasta rauhoittumaan. Rauhoittavat värit, ikkuna, kello, musiikki olivat myös rauhoittavia tekijöitä. (Kontio ym. 2012.)

## 2.8 Psykiatriset eristystilat

Psykiatriisiin eristystiloihin tulee olla jatkuva näkö- ja kuuloyhteys. Eristystilan tulee olla turvallinen ja se tulisi kalustaa pehmustetuilla huonekaluilla, lattialla ja seinillä. (Makkonen ym. 2016: 15–16.) Eristystilassa tulee olla sänkymäinen patja. Pöytä ja sohvuoli tulisi olla sellaiset, että ne mahdollistavat ruokailun pöydän ääressä eikä lattialla istuen. Eristystilassa pitää olla kello ja kalenteri, jotta potilas voi seurata ajankulua. (Makkonen ym. 2016: 34.) Tilassa tulisi olla erilaisia virikkeitä, kuten radio, televisio, maisemakuva tai liitutaulu (Makkonen ym. 2016: 15–16).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyönä vuonna 2021 tehdyssä selvityksessä kerättiin tiedot 176 eristystilan käyttötarkoituksesta sekä niiden varustelusta. Eristystiloista 62 käytettiin eristämiseen, 45 sitomiseen ja 69 molempiin tarkoituksiin. (kuva 2). Eristystiloissa 170 oli käytössä tyyny ja 161 peitto. Korkea patja oli 94 ja matala patja 83 huoneessa. Pöytänä tai istuimena käytettävä kuutio oli 107 huoneessa. Nojatuoli oli 40 huoneessa. Mahdollisuus kuunnella radiota oli 80 huoneessa ja televisiota pystyi katsella 29 huoneessa. Kellonaika oli näkyvillä 170 huoneessa ja kalenteri 22 huoneessa. (Laukanen & Väänänen & Stenberg & Suvisaari & Kuosmanen 2021.)



Kuva 2. Eristystilojen käyttötarkoitus (Laukkanen ym. 2021).

### 3 Tarkoitus, tavoitteet ja ohjaava kysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykiatristen potilaiden näkökulmia eristystilojen parantavista ominaisuuksista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa eristystiloja parantavista ominaisuuksista Laakson yhteissairaalahankkeelle tilasuunnittelun tueksi.

Opinnäytetyössä etsitään vastausta kysymykseen:

- Mitkä tekijät parantavat psykiatrisia eristystiloja potilaan näkökulmasta?

### 4 Menetelmät

#### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen menetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena ja pyrkimyksenä on kuvata aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia. Katsaustyyppin kysymyksenasettelu on yleensä laaja, mutta voi olla laajuudeltaan hyvin erilainen, ja voi sisältää erilaisia rajoituksia. Tyypillisesti katsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, ja keskittyy erityisesti vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten tarkasteluun. (Suhonen & Axelin & Stolt 2016: 7–9.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi (Suhonen ym. 2016: 23). Katsaus on tärkeä toteuttaa tieteen periaatteita, läpinäkyvyyttä ja toistettavuutta noudattaen (Suhonen ym. 2016: 33).

## 4.2 Aineiston haku ja valinta

Kirjallisuuskatsaus tehtiin tiedonhaun avulla kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista sekä käyttäen apuna manuaalista hakua (Kylmä & Juvakka 2012: 47–48). Tiedonhaku tehtiin aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerien (taulukko 1) mukaisesti Medic, CINAHL ja PubMed –tietokannoista. Aineiston haku rajattiin vuosiin 2012–2022. Haimme suomen ja englanninkielisiä tutkimuksia, joiden tutkimuskohteena olivat aikuiset potilaat. Hausta jätimme pois lapset ja geriatriset potilasryhmät. Suomenkielisiä hakusanoja olivat ”potilaan eristäminen” AND psykia\*. Englanninkielisiä hakusanoja olivat ”patient seclusion” OR ”patient isolation” AND psychia\* AND experience AND seclusion room. Hakuja tehtiin näillä hakusanoilla ja näitä eri tavalla yhdistellen ja varioiden (taulukko 2).

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu 2012–2022	Julkaistu ennen vuotta 2012
Suomen tai englanninkielinen	Joku muu kieli
Vastaa määrittelemäämme kysymykseen - Valitsemme tutkimuksia, joista käy ilmi potilaan näkökulma eristystiloista	Ei vastaa määrittelemäämme kysymykseen Tutkimuksesta ei tule ilmi potilaan näkökulma
Vertaisarvioitu	Ei vertaisarvioitu
Tutkimusryhmänä aikuiset psykiatriset potilaat	Tutkimusryhmänä lapset tai geriatriset potilaat

Taulukko 2. Aineiston haku.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl	"patient seclusion" OR seclusion room AND psyychia*	2012–2022 English Language Peer Reviewed	192	9	7	3
PubMed	"patient seclusion" OR "patient isolation" AND psyychia*	2012–2022 Abstract English Language	225	17	3	2
Medic	"potilaan rajoittaminen" AND psyychia*	2012–2022	16	0	0	0
Manuaalinen haku		2012–2022	5	5	0	2

Tutkimusaineisto muodostui seitsemästä artikkelista, jotka olivat alkuperäistutkimuksia. Tutkimukset olivat englanninkielisiä ja julkaistu aikavälillä 2012–2021. Tutkimuksista kaksi on tehty Iso-Britanniassa, yksi Hollannissa, yksi Sveitsissä, yksi Suomessa ja kaksi Kanadassa. Menetelminä tutkimuksissa käytettiin kyselyitä ja haastatteluita.

Kuvailevan sisällönanalyysin tuloksena syntyi kolme pääluokkaa; potilaan mahdollisuus käyttää virikkeitä, eristyshuoneen ominaisuudet sekä potilaan oikeus perustarpeiden toteuttamiseen.

### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto puretaan osiin ja samankaltaiset osat yhdistetään, minkä jälkeen aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi (Kylmä & Juvakka 2012: 112–113).

Sisällönanalyysin tarkoitus on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2012: 112). Tavoitteena on esittää tutkittava ilmiö laajasti mutta tiiviisti, jolloin tuloksena syntyy käsiteluokituksia- ja järjestelmiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 166).

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, jossa aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja ja karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely, jossa aineiston pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi. Viimeinen vaihe on aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa alaluokat luokitellaan ylä- ja pääluokkaan ja lopuksi yhdistävään luokkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123–126.)

Aineistosta etsittiin opinnäytetyön kysymykseen vastaavat alkuperäisilmaisut, jonka jälkeen ne käännettiin suomen kielelle ja pelkistettiin. Pelkistettyjä ilmaisuja syntyi yhteensä 43. Taulukossa 3 esitetään esimerkki aineiston analyysistä.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäisilmaus	Suomennos	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
1. "a screen to watch television on [would make you] feel less alone and help the time pass faster"	Ruutu josta voisi katsoa televisiota (voisi tehdä sinut) tuntemaan vähemmän yksinäiseksi ja auttaa aikaa kulumaan nopeammin.	Television katselu saa ajan kulumaan nopeammin.	Ajan kuluminen
1. "a radio to listen to the news to know what was going on in the world [would make] the time pass quicker"	Uutisten kuuntelu radiosta saa ajan kulumaan nopeammin sekä tietää mitä maailmalla tapahtuu.	Uutisten kuuntelu radiosta saa ajan kulumaan nopeammin.	Ajan kuluminen

1. "Many explained that the music had had a calming and soothing effect."	Moni kertoi, että musiikilla oli rauhoittava ja tyyntävä vaikutus.	Musiikilla on rauhoittava vaikutus.	Musiikin kuuntelu
---	--	-------------------------------------	-------------------

Alaluokat ryhmiteltiin yläluokkiin ja edelleen pääluokkiin. Taulukossa 4 kuvataan esimerkki ylä- ja pääluokkien synnystä.

Taulukko 4.

Esimerkki pääluokan synnystä

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ajan kuluminen	Virikkeet	Potilaan mahdollisuus käyttää virikkeitä
Ajanviete		
Musiikin kuuntelu		
Kalusteet	Eristystila	Eristystilan ominaisuudet
Valaistus		
Eristyshuone		
WC- ja suihkutila		
Perustarpeet	Perustarpeiden toteuttaminen	Potilaan oikeus perustarpeiden toteuttamiseen
Nukkuminen		

## 5 Tulokset

### 5.1 Potilaan mahdollisuus käyttää virikkeitä

Kontio ym. (2012: 20) tutkimuksessa potilaat kokivat eristyshuoneen tylsäksi ja ahdistavaksi, sillä heillä ollut mitään tekemistä. Potilaat ilmoittivat, että heiltä puuttui merkityksellisiä toimintoja kuten lukeminen, musiikin kuuntelu tai fyysinen harjoittelu. Potilaat ehdottivat eristyshuoneeseen televisiota, radiota, aikakauslehtiä tai nyrkkeilyssäkkiä. Van der Venne & Van Meijel & Deen & Olf & Mulder (2021: 8) tutkimuksessa potilaan mielestä television katselu saisi ajan kulumaan nopeammin ja tuntemaan olonsa vähemmän yksinäisemmäksi.

Van der Venne ym. (2021: 3–8) tutkimuksessa vertailtiin kahden potilasryhmän kokemuksia eristyshuoneessa olemisesta. Toinen ryhmä oli eristettynä tavallisessa eristyshuoneessa ja toinen ryhmä parantavan ympäristön periaatteiden mukaan varustellussa eristyshuoneessa. Potilaat, jotka olivat eristettynä tavallisessa eristyshuoneessa, olivat sitä mieltä, että virikkeet kuten televisio, kirjat, lehdet, pelit ja musiikki, olisivat merkittävä parannus, sillä se auttaisi lievittämään yksinäisyyttä ja saisi ajan kulumaan nopeammin. Potilaat, jotka olivat olleet parantavan ympäristön mukaan varustellussa eristyshuoneessa, kokivat että virikkeiden tarjoaminen oli merkittävä parannus tavalliseen eristyshuoneeseen verrattuna. Potilas, joka oli eristettynä virikkeellisessä eristyshuoneessa, tunsi olonsa vähemmän lukiaksi, koska virikkeet veivät ajatukset pois ongelmista mitä oli tullut esiin. Potilaat ehdottivat virikkeiden laajentamista lisäämällä musiikkityylejä, haastavampia pelejä ja kirjoja tai äänikirjoja.

Musiikin kuuntelu nousi esille viidessä seitsemästä tutkimuksessa. Potilaat kokivat, että musiikilla oli rauhoittava vaikutus (van der Venne ym. 2021: 8). Güsewell ym. (2019: 6–11) tutkimuksessa eristystilaan oli asennettu musiikin kuuntelulaite, johon potilailla oli käyttöoikeus seinään asennetun kosketuspaneelin kautta. Potilaille annetusta vapaudesta huolimatta, kukaan potilaista ei yrittänyt vahingoittaa laitetta, sillä he kokivat, ettei ollut järkeä hajottaa ainoata heille kuuluvaa esinettä.

Allikmets & Marshall & Murad & Gupta (2020: 727) tutkimuksessa potilas ehdotti, että potilailla voisi olla mahdollisuus lainata esimerkiksi MP3-soitinta. Toinen tutkimukseen osallistunut potilas ehdotti, että seinässä voisi olla painikkeita, joita painamalla voisi kuunnella sensorisia ääniä tai musiikkia. Van der Ven tutkimuksessa (2021: 8) potilas koki eristyshuoneen metsäteeman ja sensoriset lintujen äänet rauhoittavana.

Potilaat ehdottivat eristäytymisen aikana tunteiden hallintatekniikoiden sallimista, jota he käyttävät normaalisti, kuten elokuvan katsomista, musiikin kuuntelua, kirjoittamista tai suosikkikirjan lukemista. Tällä olisi myös se etu, että potilaat saisivat vaikutelman, että henkilökunta ajattelee heitä. (Larue & Dumais & Boyer & Goulet & Bonin & Baba 2013: 322.)

## 5.2 Eristystilan ominaisuudet

Van der Venne ym. (2021: 8) tutkimuksessa todetaan, että eristys on negatiivinen kokemus eristyshuoneen suunnittelusta riippumatta, tämä käy ilmi myös muista tutkimuksista sekä aineistosta. Mutta, erilaiset ominaisuudet, kuten huoneen varustelu ja ajanviete voi tehdä kokemuksesta siedettävämmän. Potilaiden kokemus eristyksestä oli stressaavaa, olipa eristyshuone millainen tahansa. Potilaat kertovat, että lukittuna oleminen sekä muista ihmisistä eristettynä oleminen ei paranna kokemusta, vaikka huoneessa olisi tietokone.

Holmes & Murray & Knack (2015: 211) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että ihminen fyysisenä olentona pitää ottaa huomioon eristystilassa, eristetyt ihmiset eivät ole eristystilan esineitä. Holmes ym. (2015: 204) tutkimuksessa potilaat kuvailevat, että huoneessa on jo valmiiksi lannistava tunnelma. Siellä on edellisten ihmisten hajut, tila on ahdas ja karu. Tilan karuutta, ahtautta ja epämukavuutta kuvataan useassa tutkimuksessa. Kolmessa tutkimuksessa seitsemästä potilaat sekä henkilökunta toivoivat, että huoneita sisustettaisiin mukavimmiksi, esimerkiksi maalaamalla seiniä rauhoittavilla väreillä, mukavimmilla ja terapeuttisimmilla kalusteilla sekä koristeilla ja laittamalla kello näkyville.

## 5.3 Potilaan oikeus perustarpeiden toteuttamiseen

Kolmessa tutkimuksessa kuvataan WC-, ja suihkutiloja puutteelliseksi tai jopa olemattomiksi. Van der Venne ym. (2021: 8) tutkimuksessa, eristystiloissa oli pahvista tehdyt käymälät, jotta potilaat eivät pystyisi vahingoittamaan itseään tai muita. Kontio ym. (2012: 19) tutkimuksessa potilaat kertovat, että koska ovet ovat lukossa, ei heillä ole pääsyä WC:hen eikä suihkuun. Potilaiden pitää pahimmassa tapauksessa tehdä tarpeensa lattiakaivoon, kun heitä ei päästetä eristystilan ulkopuoliseen käymälään. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että potilaat pääsevät pesulle tai heidät pestään todella harvoin, noin kerran viikossa, hampaiden pesua ei ollut järjestetty eristyksen aikana ollenkaan. Myös Holmes ym. (2015: 205) tutkimuksessa potilaat kertovat, että suihkuun pääsi vain noin kerran viikossa.

Van der Venne ym. (2021: 8) tutkimuksessa potilaat kuvailivat kokemusta vähätteleväksi, esimerkiksi sen takia, että pitää maata lattialla ja käyttää tietynlaisia vaatteita. Kontio ym. (2012: 19) tutkimuksessa todetaan, että potilaan näkökulmaa ei oteta huomioon. Potilas kertoo, että hän joutuu istumaan lattialla, kun puhuu lääkärin kanssa, joka on nöyryyttävää. Holmes ym. (2015: 206) tutkimuksessa potilaat kuvailevat lattialla nukkumista epämukavaksi, varsinkin kun patjat ovat ohuita ja huoneessa on kylmää. Kaikilla potilailla ei ole myöskään tyynyjä eikä peittoja turvallisuus syistä. Holmes ym. (2015: 206) tutkimuksessa potilaat kertovat valaistuksen olevan todella ongelmallinen ja häiritsevää eritoten nukkumisen kannalta. Valot ovat päällä koko ajan ja usein ne ovat liian kirkkaat. Potilaat eivät voi vaikuttaa itse valojen säätöön.

Fish (2018: 321) tutkimuksessa potilaat kokivat positiivisempaa perustarpeisiin vastaamisen sekä fyysisen ympäristön kuin eristyksen aikaisen tuen ja jälkiarvioinnin.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatristen potilaiden näkemyksiä eristystiloja parantavista ominaisuuksista. Aiempaa tutkimustietoa potilaiden kokemuksista eristystilasta löytyi vähän ja nekin olivat liian vanhoja, joten ne eivät täyttäneet sisäänottokriteereitämme. Tosin, meidän valitsema tutkimusaineisto pohjautui suurilta osin vanhoihin tutkimuksiin. Ainoastaan yksi valitsemamme tutkimus liittyi pelkästään eristyshuoneeseen ja sen ominaisuuksiin. Kaikissa tutkimuksissa tuli esille, että potilaat pitivät eristystilaa negatiivisena asiana.

Opinnäytetyön teoriataustasta käy ilmi, että kaikkein vakavimmat pakon käytön muodot ovat potilaan eristäminen ja sitominen, ja näitä tulisi välttää keksimällä psykiatrisille osastoille vaihtoehtoisia keinoja. Esimerkiksi ohjata potilasta käyttämään ahdistuksenhallintakeinoja vakauttamaan olotilansa itsenäisesti sekä ohjaamalla potilas rauhalliseen tilaan. Jos osastolla ei ole yksilöhuoneita, voi rauhoittumistila olla esimerkiksi eristystila, jossa ovi jätetään auki ja sinne meneminen perustuu vapaaehtoisuuteen. (Makkonen ym. 2016: 23–24.)

Potilaan joutuessa psykiatriseen eristystilaan tulee hänen hyvinvoinnistaan, perustarpeista ja lääkehoidosta huolehtia. Hänelle tulee tarjota keskustelua sekä toiminnallisia virikkeitä. (Kinnunen 2013: 58.) Eristystilan pitää olla turvallinen ja se tulisi kalustaa

pehmustetuilla huonekaluilla (Makkonen ym. 2016: 15–16). Eristystilassa pitää olla kello ja kalenteri, jotta potilas voi seurata ajankulua (Makkonen ym. 2016: 34).

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Toimintatavat ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Lähteet ja viitteet sekä aineiston hakulausekkeet dokumentoitiin, joka lisäsi työn läpinäkyvyyttä ja rehellisyyttä. Lisäksi valmis opinnäytetyö tarkistettiin ennen julkaisua Turnitissa plagiointin ehkäisemiseksi.

Hakuaineisto oli vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia mikä lisäsi kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Hakuprosessi kirjattiin, jotta se on lukijan toistettavissa. Valittujen tutkimusten arviointi oli osa tutkimusten valintaprosessia. Arvioinnin tarkoitus oli selvittää, kuinka olennaista tutkimusten tieto on asettamamme opinnäytetyön kysymyksen kannalta sekä tarkastella tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta. Arviointia tehdään myös siksi, jotta välttyttäisiin tulosten virheellisiltä päätelmiltä. (Niela-Vilen & Hamari 2016: 25–29.)

Valitun aineiston esittely lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Aineiston havainnollistamiseksi ja kokonaiskuvan luomiseksi valikoidut alkuperäisartikkelit taulukoitiin, kirjattiin niiden julkaisutiedot sekä käytettyjen menetelmien tiedot. Taulukointi ja esittely mahdollistaa alkuperäistutkimusten vertaamisen keskenään. (Kangasniemi & Pölkki 2016: 83–84.) Luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi (Niela-Vilen & Hamari 2016: 28).

Opinnäytetyön luotettavuutta voi laskea se, että tutkimukset olivat englanninkielisiä eli käänöksissä on voinut sattua virheitä. Tämä on ensimmäinen opinnäytetyömme, joten meillä ei ole aiempaa kokemusta opinnäytetyöprosessista.

## 6.3 Johtopäätökset

Aihetta tulisi tutkia enemmän potilaan näkökulmasta. Tutkimuksia aiheesta tulisi tehdä enemmän. Eristyskokemuksesta löytyy tutkimuksia, mutta eristystiloista ei. Aineistosta käy ilmi, että eristystilalla ei ole niinkään merkitystä, jos kokemus eristykseen johtavasta tapahtumasta on huono. Eristystilat on suunniteltu pahinta skenaariota silmällä pitäen, niin ne eivät sovellu laajalle psykiatriselle asiakasryhmälle. Eristystiloja tulisi olla

erilaisiin tarpeisiin esimerkiksi rauhoittumishuoneita, aistihuoneita ja eristyshuoneita avoimin ovin. Tämä mahdollistaisi sen, että potilaat kohdattaisiin yksilöinä sairauden eri vaiheissa. Aineistoissa tuli esille, että sairaanhoitajat tekevät eristyskokemuksesta joko negatiivisen tai positiivisen, koska potilaat ovat täysin hoitohenkilökunnan toimien varassa.

Opinnäytetyöprosessin edetessä tieto psykiatrisesta osastohoidosta sekä eristyshoidosta lisääntyi. Sairaanhoitajan rooli ja vastuu psykiatrisessa hoidossa on laaja. Sairaanhoitajan tulisi kouluttaa itseään säännöllisesti, jotta hän pysyy ajan tasalla psykiatriseen eristykseen liittyvissä asioissa. Aineistosta sai tietoa potilaan turvallisesta ja lainmukaisesta eristyshoidosta. Eristyshoito psykiatristen potilaiden näkökulmasta kävi ilmi tutkimuksista. Sitä tulee miettiä koko ajan sairaanhoitajan työssä ja etsiä siitä tietoa tutkimuksista, mutta myös potilailta itseltään. Opinnäytetyöprosessi opetti etsimään tietoa luotettavista lähteistä ja löytämään niistä oleellisen tiedon.

## Lähteet

Helsingin kaupunki – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS 2020. Laakson yhteissairaala hankesuunnitelma. 12.2.2020. 6–9. Saatavilla sähköisesti: <<https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/f7/f7c018a97e87fff186c29b25c80e86796347ae1f.pdf>>. Luettu 26.8.2021.

Huttunen, Matti 1992. Väkivaltainen potilas. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo20054>> Viitattu 29.8.2021.

Huttunen, Matti 2017. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>> Viitattu 2.11.2021.

Huttunen, Matti 2018. Tahdosta riippumaton psykiatrinen hoito. Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>> Viitattu 29.8.2021.

Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja 2021. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 226.

Kangasniemi, Mari & Pölkki, Tarja 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 83–84.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 167–168.

Kinnunen, Maarit 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. 27–75.

Kontio, Raija & Joffe, Grigori & Putkonen, Hanna & Kuosmanen, Lauri & Hane, Kimmo & Holli, Matti & Välimäki, Maritta 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48. 16–24.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy. 47–113.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L1P2a>> Viitattu 7.11.2021.

Laukkanen, Emilia & Väänänen, Anetta & Stenberg, Tina & Suvisaari, Jaana & Kuosmanen, Lauri 2021. Suomen psykiatriset eristystilat. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2021. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/142632>> Viitattu 3.5.2022.

Lemetti, Terhi & Ylönen, Minna 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 67–68.

Makkonen, Pekka & Putkonen, Anu & Korhonen, Jukka & Kuosmanen, Lauri & Kärkäinen, Jukka 2016. Pakonkäytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpaperi 35/2016. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1)> Viitattu 29.8.2021.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>> Viitattu 7.11.2021.

Mielenterveystalo a. Hoitomuotoja. <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx>> Viitattu 11.11.2021.

Mielenterveystalo b. Biologiset hoidot. <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Biologisethoidot.aspx>> Viitattu 11.11.2021.

Mielenterveystalo c. Psykososiaaliset hoidot. <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx>> Viitattu 11.11.2021.

Niela-Vilen, Hannakaisa & Halmari, Lotta 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 23–28.

Pakkotoimien käyttö 2018. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <[https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria6j/summary\\_psykiatria61?mittarit\\_0=171980&mittarit\\_0=171982&mittarit\\_0=171977&mittarit\\_0=171975#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria6j/summary_psykiatria61?mittarit_0=171980&mittarit_0=171982&mittarit_0=171977&mittarit_0=171975#)> Viitattu 20.11.2021.

Putkonen, Anu & Kuivalainen, Satu & Louheranta, Olavi & Repo-Tiihonen, Eila & Ryytänen, Olli-Pekka & Kautiainen, Hannu & Tiihonen, Jari 2013. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men with Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 64. (9). 850.

Repo-Tiihonen, Eila & Putkonen, Anu & Tuppurainen, Heli 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketeiteellinen aikakauskirja Duodecim*. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo10637>> Viitattu 29.8.2021.

Suhonen, Riitta & Axelin, Anna & Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 7–23.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020. Tilastoraportti 53/2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR\\_53\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR_53_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 27.8.2021.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021a. Tilastoraportti 44/2021. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44\\_Psykiatrinen\\_erikoissairaanhoito\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44_Psykiatrinen_erikoissairaanhoito_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Viitattu 5.5.2022.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b. Mielensterveydenhäiriöt. <<https://thl.fi/fi/web/mielensterveys/mielensterveyshairiot>> Viitattu 29.8.2021.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021c. Pakon käytön vähentämisen verkosto. Päivitetty 9.8.2021. <<https://thl.fi/fi/web/mielensterveys/mielensterveysverkostot/pakon-kayton-vahentamisen-verkosto>>. Viitattu 25.11.2021.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 123–160.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. < [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/fi-les/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/fi-les/HTK_ohje_2012.pdf)> Viitattu 27.8.2021.

Valvira 2021. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Päivitetty 9.7.2021. <[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvavälineiden\\_kaytto](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto)> Viitattu 26.8.2021.

## Artikkelitaulukko

Tutkimus	Menetelmä	Aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
<p>Van der Venne, Cornelia G. J. M. &amp; van Meijel, Berno &amp; Deen, Mathijs &amp; Olf Miranda &amp; Mulder, Cornelis L. 2021 Seclusion in an enriched environment versus seclusion as usual: A quasi-experimental study using mixed methods PLOS ONE The Netherlands</p>	Näennäiskoe, potilaskysely	Näennäiskokeeseen ja kyselyyn osallistui 53 potilasta. Vastanneista 26 potilasta oli eristyshuoneessa, joka oli suunniteltu parantavan ympäristön mukaan ja 27 potilasta oli tavallisessa eristyshuoneessa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla eristyshuoneen varustelun vaikutusta potilaiden kokemukseen eristyksestä.	Eristys on negatiivinen kokemus eristyshuoneen suunnittelusta riippumatta, mutta eristyshuoneen varustelu voi tehdä kokemuksesta siedettävämmän.
<p>Güsewell, Angelika &amp; Bovet, Emilie &amp; Bornand, Cédric &amp; Stanzos, Alexia &amp; Bangerter, Gilles 2019 Music in Seclusion Rooms—Development, Implementation, and Initial Testing of a Music Listening Device. Issues in Mental Health Nursing</p>	Haastattelu	Haastatteluun osallistui kuusi sairaanhoitajaa, jotka hoitivat potilaita eristyshuoneessa.	Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää, toteuttaa ja testata musiikin kuuntelulaitetta, joka olisi täysin potilaiden käytettävissä eristyshuoneessa.	12 viikon jakso osoitti, että musiikinkuuntelu laite lisäsi potilaiden autonomiaa ja itseluottamusta sekä potilaiden ja hoitajien vuorovaikutusta.

Switzerland				
<p>Allikmets, Silvia &amp; Marshall, Caryl &amp; Murad, Omar &amp; Gupta, Kamal 2020 Seclusion: A Patient Perspective Issues in Mental Health Nursing United Kingdom</p>	<p>Laadullinen tutkimus, haastattelu käyttäen kyselylomaketta</p>	<p>Haastatteluun osallistui 10 potilasta.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida psykiatristen potilaiden näkökulmaa ennen eristystilannetta, eristyksessä ja eristyksen jälkeen.</p>	<p>Keskeisenä teemana oli kommunikoinnin puute potilas-ammattilais-suhteessa, joka ilmeni kolmena laajana teemana: hoitohenkilökunnan fyysinen aggressiivisuus potilaita kohtaan, sosiaalisen ja psykologisen tuen puute sekä tarve parantaa eristämiskäytäntöä tai korvata se.</p>
<p>Kontio, Raija &amp; Joffe, Grigori &amp; Putkonen, Hanna &amp; Kuosmanen, Lauri &amp; Hane, Kimmo &amp; Holi, Matti &amp; Välimäki, Marriitta 2012 Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives Perspectives in Psychiatric Care Finland</p>	<p>Kohdistettu haastattelu</p>	<p>31 potilasta, jotka täyttivät asetetut tutkimuskriteerit.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää psykiatristen potilaiden kokemuksia ja heidän ehdotuksiaan eristyksen tai rajoittamisen parantamiseksi sekä vaihtoehtoja niiden käytölle Suomessa.</p>	<p>Potilaan näkökulmaa ei oteta huomioon</p>

<p>Holmes, Dave &amp; Murray, Stuart &amp; Knack, Natasha 2015</p> <p>Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study</p> <p>Journal of forensic nursing Canada</p>	<p>Fenomenologinen tutkimus, teema-haastattelu</p>	<p>26 haastateltavaa, 13 potilasta ja 13 hoitajaa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten oikeuslääketieteelliset potilaat sekä hoitajat kokevat erityksen psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>"Paikan rakenteella" on merkitystä sekä eristetyille potilaille että hoitohenkilökunnalle. Eristetyt potilaat eivät ole vain "esineitä".</p>
<p>Larue, Caroline &amp; Dumais, Alexandre &amp; Boyer, Richard &amp; Goulet, Marie-Hélène &amp; Bonin, Jean-Pierre &amp; Baba, Nathalie 2013</p> <p>The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients</p> <p>Issues in Mental Health Nursing Canada</p>	<p>Kuvaileva tutkimus, strukturoitu kyselylomake ja haastattelu</p>	<p>Haastatteluun osallistui 50 potilasta.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata potilaiden käsityksiä huone-eristys-protokollan soveltamisesta Montrealin psykiatrisessa sairaalassa.</p>	<p>Tuloksissa on vaihtelevuutta, jotkut potilaista kokivat eristyshuoneen hyödyllisenä ja jotkut eivät. Tulokset ovat ristiriidassa aikaisempiin tutkimuksiin, joista on saatu tuloksiksi pelkästään negatiivisia kokemuksia.</p>
<p>Fish, Rebecca 2018</p> <p>'Behind This Wall' – Experiences of Seclusion on Locked Wards for Women</p>	<p>Etnografinen tutkimus, tarkkailu ja haastattelu</p>	<p>16 potilasta ja 10 henkilökunnan jäsentä.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ymmärtää eristyskokemusta naisten suljetulla osastolla.</p>	<p>Eristys koettiin hämmentävänä, ahdistavana ja yksityisyyttä loukkaavana.</p>

Scandinavian Journal of Disability Research United Kingdom				
---	--	--	--	--