

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2014

Tiia Tuomi & Heidi Rinne

# HUONE-ERISTÄMINEN

– Potilaan näkökulma



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiia Tuomi & Heidi Rinne

## HUONE – ERISTÄMINEN, POTILAAN NÄKÖKULMA

Pakkotoimet ja vapauden rajoittamiset ovat harvinaisia toimenpiteitä potilaiden hoidossa. Rajoittamisia voidaan ainoastaan käyttää sairaaloissa, etenkin psykiatrian toimialueella (Tuori & Kiikkala 2004, 3411, 3413). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli vuonna 2012 tahdosta riippumattomassa hoidossa 8211 potilasta. Potilaista 6,2% koki huone-eristämisen, leposide-eristykseen koki 2,9%, tahdonvastainen injektio-eristys annettiin 2,2%:lle ja fyysisesti kiinni pidettiin 1,7% potilaista (THL 2014a). Suomessa pakkotoimien käyttöä säätelee mielenterveyslaki.

Yleisimmät kirjatuut syyt eristämiseen ovat olleet kiihtyneisyys, sekavuus, väkivaltaisuus tai väkivallalla uhkaaminen, omaisuuden vahingoittaminen, arvio potilaan vaarallisuudesta tai aggressiivisuudesta (Taipale 1999, 107). Potilaan eristäminen on poikkeuksellinen turvallisuustoimenpide, johon päädytään vain mikäli muut keinot esimerkiksi lääkehoito, vierihoido, keskustelu tai kiinnipitäminen eivät auta potilasta rauhoittumaan.

Tutkimusten perusteella potilaiden kokemukset huone-eristyksestä ovat pääsääntöisesti negatiivisia. Eristyskokemukseen liittyy ahdistusta, pelkoa, yksinäisyyttä, epäoikeudenmukaisuuden tunnetta sekä puutetta tiedonsaannissa. Eristyshuone tilana on potilaiden mielestä pelkistetty ja virikkeetön.

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää haastattelun avulla potilaan omia kokemuksia huone-eristyksestä. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan käyttää tulevaisuudessa psykiatrisessa hoitotyössä hoidon laadun parantamiseksi.

Tutkimustulokset osoittavat, että eristyskokemus on ollut negatiivinen kokemus, johon liittyy ahdistusta, pelkoa, häpeää ja epätodellista oloa. Kokemus on vaikuttanut myös tutkitun elämänlaatuun negatiivisesti. Eristyskokemus vaikutti tutkitun luottamuksen vähentymiseen hoitohenkilökuntaa kohtaan. Huone-eristyskokemus oli tutkittavalla niin traumaattinen, että kynnys hakeutua hoitoon jatkossa nousi.

Potilaiden omia kokemuksia on tutkittu Suomessa vähän, joten jatkotutkimus ehdotuksena voidaan pitää tutkimusten tekemistä huone-eristyskokemuksista sekä tutkimuksia hoitohenkilökunnan valmiuksista muuttaa toimintatapojaan pakonkäytön vähentämiseksi.

ASIASANAT: Psykiatria, potilas, huone-eristäminen, kokemus, pakonkäyttö, jälkipuinti

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

2014 | 33

Tarja Bergfors & Irmeli Leino

Tiia Tuomi & Heidi Rinne

## ROOM - ISOLATION, PATIENT'S PERSPECTIVE

Constraints and restraint of freedom are rare measures in patient's treatment. Restrain actions can only be used in hospitals, especially in the domain of psychiatry (Tuorilainen & Kiikkala 2004, 3411.3413). In 2012 8211 patients were given involuntary treatments during psychiatric specialized health care. 6.2% of the patients experienced room isolation, 2,9% limb restraint isolation, 2,2% received an injection medication against their will and 1,7% of the patients experienced physical restraining (THL 2014a). In Finland, using of constraining methods is governed by the Mental Health Act.

Most common grounds for seclusion have been agitation, confusion, violence or threat of violence, damaging property, evaluation of the patient being dangerous or aggressive (Taipale 1999, 107). Seclusion of the patient is an exceptional safety measure, which is used only if other methods such as medical treatment, rooming-in care, conversation or physical restraining do not help patient to calm down.

According to research, the patients' experience of room isolation were mainly negative. Patients' experiences of isolation were associated with anxiety, fear, loneliness, feeling of injustice as well as lack of receiving information. Patients think that isolation rooms are plain and lack incentives.

In the thesis, a patient was interviewed based on the experience of being in an isolation room. The goal was to get information that can be used in the future in psychiatric nursing care to improve the quality of the treatment.

The results show that isolation was considered as a negative experience, which is associated with anxiety, fear, shame, and surreal feeling. The experience has also affected the patient's quality of life in a negative way. Isolation experience has also affected patient's trust towards the medical personnel. The isolation experience was so traumatic that the patient was afraid to seek treatment again in future.

The experiences of the patients have not been studied much in Finland. A further study could focus on the patients that have experienced room isolation as well as new research of the personnel's preparedness in changing their approach to reducing the use of constraints.

**KEYWORDS:** psychiatry, patient, seclusion, experience, coercive measures, debriefing

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN ERISTÄMISEN KÄYTTÖ</b>	<b>6</b>
2.1 Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa	6
2.2 Tahdosta riippumaton eristäminen	9
2.3 Pakonkäytön vähentäminen	11
<b>3 POTILAIEN KOKEMUKSIA ERISTYSTILANTEISSA</b>	<b>13</b>
<b>4 JÄLKIPUINTI JA SEN KÄYTTÖ ERISTYSTAPAHTUMAN JÄLKEEN</b>	<b>16</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>18</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>19</b>
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>21</b>
7.1 Huone-eristys kokemus	21
7.2 Eristyksen vaikutus hoitoon	23
7.3 Jälkipuinti	24
7.4 Erityskokemuksen vaikutukset elämänlaatuun	25
7.5 Haastateltavan omia ajatuksia eristystilanteesta ja eristyksestä	25
<b>8 POHDINTA</b>	<b>27</b>
8.1 Tutkimustulosten yhteenveto	27
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	29
8.3 Hoidon laadun kehittäminen	31
<b>LÄHTEET</b>	<b>32</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Eristystilanteen arviointikaavake
- Liite 2. Toimeksiantosopimus
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Teemahaastattelun runko

# 1 JOHDANTO

Pakkotoimet ja vapauden rajoittamiset ovat harvinaisia toimenpiteitä potilaiden hoidossa. Rajoittamisia voidaan ainoastaan käyttää sairaaloissa, etenkin psykiatrian toimialueella. Pakkotoimet psykiatrisissa sairaaloissa ovat fyysinen kiinnipitäminen, tahdonvastainen injektio­lääkitys, lepositeisiin asettaminen ja eristäminen. Psykiatrisen hoidon rajoitustoimenpiteitä säätelee mielenterveyslaki. Pakkotoimilla puututaan voimakkaasti potilaan itsemääräämisoikeuteen ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. (Tuori & Kiikkala 2004, 3411,3413. Finlex, 2014a).

Yleisin syy potilaan eristämiseen on potilaan aggressiivinen käytös, toiseksi yleisin syy on potilaan sekavuus ja harhaisuus (Heikkinen & Tiri 2004, 18). Useat potilaat kokevat eristämisen epäoikeudenmukaisena, epämiellyttävänä sekä nöyryyttävänä toimenpiteenä. Potilaat saattavat tuntea eristämisen olevan hoitohenkilökunnan vallankäyttöä potilasta kohtaan (Kinnunen 2013, 4-5.) Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli vuonna 2012 tahdosta riippumattomassa hoidossa 8211 potilasta. Potilaista 6,2% koki huone-eristämisen, leposide-eristykseen koki 2,9%, tahdonvastainen injektio­lääkitys annettiin 2,2%:lle ja fyysisesti kiinni pidettiin 1,7% potilaista (THL 2014a.)

Potilaiden omia kokemuksia eristystilanteista on tutkittu melko vähän. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää haastattelun avulla potilaan omia kokemuksia huone-eristyksestä. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan käyttää tulevaisuudessa psykiatrisessa hoitotyössä hoidon laadun parantamiseksi.

Tutkimus suoritettiin yhteistyössä ITU ry:n kanssa, jonka kautta tutkimuksen haastateltava saatiin. Tutkimuksessa haastateltiin huone-eristykseen kokenutta potilasta.

## 2 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAN ERISTÄMISEN KÄYTTÖ

### 2.1 Psykiatristen potilaiden eristämisen historiaa

Ranskalainen Philippe Pinel oli humanin mielisairaanhoidon uranuurtaja 1700-luvun loppupuolella. Vuonna 1793 hän alkoi vapauttaa mielisairaita kahleista Bicêtren sairaalassa. Tämän jälkeen Pinelin oppipoika Jean-Étienne Esquirol osittain onnistuen siirsi mielisairaas heille tarkoitettuihin laitoksiin. Englannissa vuonna 1839 John Conolly poisti kaikki pakkopaidat sekä käsi- ja jalkaraudat Hanwellin mielisairaalassa. John Conolly halusi mielisairaita kohdeltavan inhimillisesti ja ihmisarvon mukaisesti. Monessa muussakin maassa pakkokeinoista luovuttiin. 1800-luvun puolivälin jälkeen pakkokeinot otettiin uudelleen käyttöön. Pakkokeinoton kokeilu osoitti, etteivät mielisairaas kuitenkaan olleet niin vaarallisia kuin oli ajateltu. Epäinhimillinen kohtelu oli saanut potilaas tuntemaan katkeruutta ja vihaa, joka oli johtanut aggressiiviseen käytökseen. Pakkokeinoton hoitotapa alkoi vuoden 1880 paikkeilla levitä Saksassa laajemmin, josta uusi hoitotapa levisi myös Suomeen ja Pohjoismaihin. (Hirvonen 2014, 215.)

Ensimmäisen kerran Suomessa puututtiin mielisairaiden huonoon kohteluun 1809 Seilin hospitaalissa. Pakkokeinoja käytettiin huolimatta siitä, että epäinhimilliseen kohteluun oli kiinnitetty huomiota useissa Euroopan maissa. Hoitohenkilökunta ei pystynyt ilman pakkokeinoja pitämään potilaita rauhallisina. Suomalaiset lääkärit näkivät vasta 1900-luvun alussa ulkomailta sairaalaosastoja, joissa oli käytössä vain poikkeustapauksissa eristys ja sellihoito. Vuoden 1903 Kraepelin psykiatrian oppikirjan painoksessa painotettiin eristyksen olevan viimeinen keino hoidettaessa mielisairaita. (Hirvonen 2014, 215 - 216.)

Psykiatrisia potilaita on Suomessa eristetty yhtä kauan kuin heitä on hoidettu-kin. Elomaa ja Taipale toteavat 1996 julkaistussa kirjassaan, että eristämistä on tutkittu siihen mennessä vähän ja koulutusta eristykseen on ollut niukasti tarjolla. Suomessa lääkintöylihallituksen sihteeri Karl Grönlund esitti moderneja aja-

tuksia psykiatristen potilaiden hoidosta. Pakkokeinojen hylkäämistä Grönlund vaati väitöskirjassaan *Dissertatio Academica de Monomania 1828*. Vaihtoehtoisesti hoitona Grönlund tarjosi liikuntaa, musiikkia, kevyttä työtä, vahvoja ulostuslääkkeitä, kylmiä kylpyjä, matkustelua, suoneniskentää ja rakkuloita nostattavia ulkoisia lääkkeitä. (Elomaa & Taipale 1996, 81 - 82.)

Suomessa vuonna 1619 perustettu Seilin hospitaali toimi 1785 -1840 pahamaineisena mielisairaalana. Seilin hospitaalin lisäksi toimivat myöhemmin perustetut Niuvanniemen keskuslaitos (1885), Pitkäniemen keskuslaitos (1900) ja Lapinlahden sairaala (1941) sekä näitä sairaaloita seuranneet piirimielisairaalat. (Elomaa & Taipale 1996, 82–84.) Vuonna 1897 Salossa kaavailtiin houruinhuoneen tarpeellisuutta. Halikon sairaalaan ensimmäinen potilas otettiin hoitoon vuonna 1926. (Tuovinen 1986, 21,41.)

Piirimielisairaalat käyttivät paljon sitomista, eristämistä ja fyysistä rajoittamista. Kellokosken piirimielisairaalassa 1930-luvulla erästä potilasta jouduttiin pitämään alastomana eristyshuoneessa pitkiä aikoja. (Elomaa & Taipale 1996, 82–84). Potilaan saamaan kohteluun vaikutti hoitohenkilökunnan usko potilaan paranemismahdollisuuksiin. Hoitohenkilökunnan epäusko potilaan parantumisesta johti useasti vielä potilaan eristämiseen ja julmaan kohteluun. (Hyvönen 2008, 201.) Hiljalleen alkoi syntyä muitakin hoitokeinoja potilaita sitovien hoitokeinojen tilalle. Eristyksen sijasta potilasta alettiin kuntouttaa eläinaiheisen kuvitetun aapisen, kumipallon ja vierihoidon avulla. (Elomaa & Taipale 1996, 82–84.) Psykiatrinen Halikon sairaalassa vuosina 1947–1951 toiminut Lauri Saarnio arvosti potilaiden kanssa keskustelua. Keskustelua ei enää pidetty merkinä hoitohenkilökunnan laiskuudesta, vaan sitä pidettiin uutena hoitomuotona. (Tuovinen 1986, 71.) Uutta oli myös eristyshuoneiden rakentaminen osastoille. Eristyshuoneiden rakentaminen vähensi merkittävästi pysyvästi vuoteisiin sidottujen potilaiden määrää. Eristyshuoneiden määrä pyrittiin pitämään mahdollisimman pienenä jo sairaaloiden suunnitteluvaiheessa. Päätös eristyshoitojen vähentämisestä liitettiin usein erityisiin tapahtumiin tai vaikuttaviin henkilöihin. (Elomaa & Taipale 1996, 82–84.)

Lääkintöhallitus antoi eristämistä kaksi ohjetta vuosina 1975 ja 1981. Lääkintöhallitus ohjeisti psykiatrisen potilaan eristämisen määräämisen kuuluvan lääkärille. Lääkäri tulisi kutsua paikalle arvioimaan potilaan tilanne ennen eristämispäätöstä. Jos potilas jouduttiin eristämään äkillisesti ilman lääkärin läsnäoloa, tuli tästä ilmoittaa välittömästi joko hoitavalle tai päivystävälle lääkärille. Lääkintöhallitus ohjasi leposide-eristysten kohdalla pidättyvyyteen. Eristystapahtumien luonne, kesto ja arvio sen vaikutuksesta potilaaseen piti kirjata asianmukaisesti sairaskertomuksiin. Alkoi käytäntö, jossa eristystapahtumat kirjattiin osastolla olevaan erilliseen vihkoon ja jokaiselle sairaalalle määräytyi omanlainen käytäntö asiasta. Potilaita piti myös valvoa säännöllisesti eristysten aikana. Minihepariinihoito otettiin hoitokäytännöksi leposide-eristysten embolia-kuolemien ehkäisemiseksi. Eduskunnan oikeusasiamies teki 1980-luvulla tarkastuskäyntejä psykiatrisiin sairaaloihin. Tarkoituksena oli tarkastaa sairaaloiden eristystiloja. (Elomaa & Taipale 1996, 84–85.)

Lait, jotka määräävät Suomen mielisairaanhoidon eivät sisältäneet yksityiskohdaisia ohjeita potilaiden pakkohoitotoimenpiteitä varten. Nykyisessä laissa (1991) todetaan, että potilaiden eristäminen voidaan tehdä mielisairaalassa vain kun sairauden hoito tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä tämän vaatii. (Elomaa & Taipale 1996, 84.) Erikoissairaanhoidolaki astui voimaan samaan aikaan uudistetun mielenterveyslain kanssa vuonna 1991. Tämä teki psykiatrian erikoisalan tasavertaiseksi muiden erikoisalojen kanssa. Suomessa 1990-luku sisälsi suuria muutoksia psykiatrisen hoitojärjestelmän kehityksessä. Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon erillisuus päättyi ja siirryttiin entistä enemmän avohoito painotteiseen mielenterveystyöhön. Samaan aikaan lääkitöhallitus lakkasi olemasta. (Hyvönen 2008, 131, 253.)

## 2.2 Tahdosta riippumaton eristäminen

Mielenterveyslain mukaan potilas voidaan tahdosta riippumatta eristään, mikäli hänen käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, hänen käyttäytymisensä vakavasti vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaisi potilaan omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaisi omaisuutta merkittävästi tai potilaan eristäminen olisi välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. (Finlex 2014a.)

Mielenterveyslain mukaan päätöksen eristämisestä tekee potilasta hoitava lääkäri tekemänsä tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tilanteissa hoitava henkilökunta voi tilapäisesti eristää potilaan, jonka jälkeen lääkäriä on välittömästi informoitava. Lepositeisiin asetettua potilasta on tarkkailtava siten, että hoitohenkilökunnalla on jatkuvasti näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. (Finlex 2014b.)

Yleisimmät kirjatut syyt eristämislle ovat olleet kiihtyneisyys, sekavuus, väkivaltaisuus tai väkivallalla uhkaaminen, omaisuuden vahingoittaminen, arvio potilaan vaarallisuudesta tai aggressiivisuudesta (Taipale 1999, 107). Hoitohenkilökunnan tulee pyrkiä ennakoimaan mahdollinen eristystilanne, jotta tilanteeseen saadaan riittävä määrä henkilökuntaa. Potilaan eristäminen on poikkeuksellinen turvallisuustoimenpide, johon päädytään vain mikäli muut keinot esimerkiksi lääkehoito, vierihoito, keskustelu tai kiinnipitäminen eivät auta potilasta rauhoittamaan. (Kinnunen 2013, 2-3.)

Eristystilanteeseen nimetään vastuuhoitaja, joka johtaa tilannetta. Vastuuhoitajaksi tulisi valita potilaan omahoitaja tai hänet parhaiten tunteva hoitaja. Vastuuhoitaja huolehtii potilaan informoisesta eristystilanteen aikana ja keskustelussa vältetään provosoimasta potilasta (VSSHPS psykiatria 2014, 40). Potilaalle tulee kertoa eristämisen syyt, mutta hänen kanssaan ei neuvotella päätöksestä. Potilaan ohjaaminen eristyshuoneeseen pyritään käymään keskustelemalla, jolloin potilas itse kävelee huoneeseen, voimakkeinoja käytetään vain viimeisenä vaihtoehtona. Potilaalle annetaan eristyshuoneeseen turvalliset potilas- ja vuodevaatteet ja potilaalta otetaan pois kaikki esineet, joilla potilas voisi itseään

vahingoittaa. (Kinnunen 2013, 3-4.) Mahdollisuuksien mukaan potilaalta ei viedä normaalia vaatetusta, puhelinta tai lukemista (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, 2340).

Eristyshuone on kalustamaton, äänieristetty tila, josta potilas ei itse pääse ulos. Eristettyä potilasta seurataan tasaisin väliajoin ja lääkäri käy arvioimassa potilaan vointia vähintään kaksi kertaa päivässä tai niin usein, kun se on potilaan voinnin kannalta tarpeellista. Eristyksessä olevan potilaan kanssa tulee keskustella, kertoa mitä tehdään ja pitää potilaan orientaatiosta huolta, vaikka potilas ei itse kykenisi kommunikoimaan. (Kinnunen 2013, 2-4.) Eristyksen kestäessä yli kahdeksan tuntia tulee lääkärin arvioida eristyksen tarpeellisuus uudelleen (Kontio ym. 2010). Erityistä seurantaa vaativat somaattisesti sairaat potilaat, joilla on esim. sydän- ja verisuonisairauksia sekä itsetuhoiset potilaat. Eristyksessäkin olevalla potilaalla on oikeus vointinsa salliessa päästä hoitajan läsnä ollessa ulkoilemaan (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2340). Lepositeissä olevaa potilasta tulee henkilökunnan seurata jatkuvasti niin, että potilaaseen on näkö- ja kuuloyhteys. Leposide-eristyksessä olevaa potilasta tulee mahdollisuuksien mukaan kävelyttää minimoidakseen veritulpan riski (Kinnunen 2013, 2-4). Henkilökunnan tulee huolehtia eristyksen aikana potilaan riittävästä ravitsemuksesta, nesteytyksestä, eritystoiminnasta ja hygieniasta. Eristyshuoneen lämpötilaa tulee seurata jatkuvasti, mikäli potilas ei voi pitää yllään normaalia vaatetusta (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2340).

Eristys on lopetettava heti, kun se on potilaan voinnin kannalta mahdollista. Päätöksen eristämisen lopettamisesta tekee hoitohenkilökunta. Eristämisen jälkeen käydään potilaan kanssa purkukeskustelu. Keskustelussa käydään läpi eristykseen johtaneet syyt, potilaan kokemukset sekä oma palaute eristystilanteesta (Kontio, Laaksonen, Paavilainen, Sailas & Soininen 2010). Moran ym. tutkivat pakkokeinojen hyväksyttävyyttä hoitokeinona tekemällä kvalitatiivisen ryhmähaastattelun. Haastateltavat saivat kuvailla tunteitaan ja kokemuksiaan, jolloin he saivat perustella asenteitaan ja motiivejaan pakkokeinojen käyttöön. Tutkimuksessa kävi ilmi, että eristäminen vaikuttaa myös negatiivisesti hoitaja-

potilas suhteeseen. (Moran, Cocoman, Scott, Matthews, Staniulieve & Valimaki 2009, 599–605.)

### 2.3 Pakonkäytön vähentäminen

Suomessa on viime vuosina panostettu paljon pakonkäytön vähentämiseen psykiatrisissa sairaaloissa. Tarkoituksena on vähentää pakonkäyttöä 40 % vuoteen 2015 mennessä (Soininen, Putkonen, Joffe, Korkeila, Puukka, Pitkänen & Välimäki 2013, 7:28). Pohjoismaiden verkosto pakonkäytön vähentämiseksi ehdottaa sairaaloiden aloittavan kehittämishankkeita uusien hoitomallien luomiseksi itsetuhoisten ja erittäin väkivaltaisten potilaiden rauhoittamiseksi ilman sitomista. Potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen hallitsemiseksi ovat monet tutkijat ja kokemusasiantuntijat 2000-luvulla suosittelleet vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä esimerkiksi sitomiselle. Huone-eristys on hieman lievempi vaihtoehto kuin leposide-eristys. (THL 2012b.)

Ala-Ahon ym. Oulun akuuttipsykiatrian osastolla teettämässä artikkelissa tarkasteltiin tahdonvastaiseen leposide-eristykseen liittyviä tekijöitä ja tarkoituksena oli kehittämistyön kautta vähentää leposide-eristysten määrää vuosina 1999-2000. Tutkimustulokset osoittivat, että ehkäisevinä toimenpiteinä käytetyt hoitajan läsnäolo, keskustelut ja lääkehoito vähensivät leposide-eristysten määrää. (Ala-Aho ym. 2003, 1970,1974.) Eristyshuoneita tulisi muuttaa potilaille turvallisemmiksi, jotta huone-eristys olisi todellinen vaihtoehto sitomiselle. Eristyshuoneet olisi pehmustettava niin, ettei potilas vahingoittaisi itseään. Putkamainen sisustus eristys-huoneessa tulisi muuttaa inhimillisemmäksi ja hoidollisemmaksi. Potilaan ja häntä valvovan henkilökunnan välillä tulisi olla jatkuva yhteys, joka esimerkiksi läpinäkyvän seinän avulla olisi mahdollista. Olisi tärkeää kehittää täysin uudenlaisia ja potilasta vähemmän loukkaavia hoitomuotoja liittyen potilaan koskemattomuuteen. (THL 2012b.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on laatinut henkilöstölle toimintaohjeen potilaan väkivaltaisuuden ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen, kohtaamiseen ja hallitsemiseen. Vuorovaikutuksellisiin keinoihin on lueteltu esimerkiksi omahoita-

juuden tärkeys, potilaan mahdollisuus osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin, palautteen antaminen käyttäytymisen muutoksista ja potilaan kanssa tehtävä suullinen/kirjallinen sopimus, josta käy ilmi seuraamukset väkivaltaisesta käytöksestä. Osastoon ja sen ympäristöön vaikuttaviin tekijöihin ennaltaehkäisevästi pitäisi kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin: potilaalle tulisi järjestää mahdollisuus rauhaan ja yksityisyyteen, potilaalle tulisi tarjota mielekästä toimintaa osaston viikko-ohjelman mukaisesti, huonekalu- ja potilashuonesijoittelu luodaan turvalliseksi sekä osastolla pitää olla toimiva hälytysjärjestelmä. (VSSHHP psykiatria 2014, 39.)

Ammattitaitoinen henkilökunta kykenee tunnistamaan ja kohtaamaan aggressiivisia potilaita ja arvioimaan mahdollisia riskejä, sekä ennakoimaan tilanteita, jotka voisivat johtaa väkivaltatilanteisiin. Lääkäri kutsutaan paikalle tapaamaan potilasta hyvissä ajoin. Potilaan peruslääkitystä, tarvittavaa lääkitystä sekä lisähenkilökunnan tarvetta voidaan myös ennakoivasti arvioida. Tilanteissa henkilökunnan työnjako on selkeä ja yhteistyötä tehdään muiden viranomaisten kanssa. Potilaan ollessa kiihtynyt järjestetään hänelle rauhallinen erillinen tila, jossa otetaan kontakti keskustelemalla. Potilaille voidaan tilanteen rauhoittamiseksi järjestää vierihoidtaja. Potilasta voidaan rauhoitella edellä mainittujen keinojen lisäksi turvallisesti kiinnipitomenettelyllä niin kauan kunnes tilanne on rauhoittunut tai päädytään huone-eristykseen. Leposide-eristys toteutetaan vain jos huone-eristys ei ole riittävä. (VSSHHP psykiatria 2014, 39–40.)

### 3 POTILAIDEN KOKEMUKSIA ERISTYSTILANTEISSA

Putkonen ym. kuvaavat toimittamassaan kirjassa erään potilaan kokemusta pakkohoidosta. Potilas kertoo hoitonsa alkaneen suoraan eristykseen joutumisella. Sitä ennen hänet oli lääkitty vahvasti. Potilaan olotila tilanteessa oli hämmentynyt ja epäluuloinen. Potilas kuvaa eristyshuonetta vaatimattomaksi paikaksi, jossa oli ainoastaan patja nukkumista varten, lattiassa reikä asioimista varten ja huoneessa oli jatkuvasti valaistus päällä. Potilaalle ei kukaan kertonut syytä eristykseen joutumiselle. Eristäminen oli potilaalle erittäin traumaattinen kokemus ja vielä pitkien aikojen kuluttua tapahtumien jälkeen hän näki painajaisia mielisairaalasta ja pakkohoidosta. (Putkonen, Tenhovirta & Huttunen 2010, 141.)

Soinisen ym. tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia eristyksen ja pakkokeinojen vaikutusta potilaiden elämänlaatuun. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena johon osallistui 669 potilasta, jotka olivat olleet keskimäärin hoidon aikana 2-3 päivää eristettyinä. Tulokset osoittivat, että eristettyjen potilaiden elämänlaatu oli hetkellisesti parempaa kuin ei-eristettyjen. Tutkimuksen havainnot viittaavat siihen, ettei pakkokeinojen käyttö merkittävästi vaikuttanut potilaiden elämänlaatuun pidemmällä aikavälillä. (Soininen ym. 2013, 7:28.)

Ryan & Happell:n kvalitatiivinen tutkimus toteutettiin strukturoidun haastattelun avulla. Tutkimuksessa haastateltiin seitsemää pitkään psyykkistä sairautta sairastavaa potilasta. Suurimmalla osalla eristyskokemukset olivat negatiivisia, mutta ne potilaat, joiden eristyskokemuksesta oli jo enemmän aikaa, löysivät siitä myös positiivisia asioita. Tämän tutkimuksen perusteella annettiin suositukseksi antaa potilaalle enemmän itsemääräämisoikeutta pakkotilanteissa, yrittää säilyttää luottamus, yrittää puhua ja osoittaa aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan eristyksen aikana sekä keskustella eristystilanteesta jälkikäteen ja ottaa huomioon potilaan yksityisyys sekä valinnan vapaus. Tutkimuksen tarkoituksena oli oppia paremmin ymmärtämään eristyshuonekokemusta ja sen vaikutusta potilaan suhteeseen hoitohenkilökuntaan. (Ryan & Happell 2009, 100 -107.)

Hämäläisen tekemän tapaustutkimuksesta käy myös ilmi, että eristykseen liittyy paljon negatiivisia tunteita. Mielenterveyskuntoutuja kuvasi vuorovaikutuksen olleen vähäistä hoitohenkilökunnan kanssa eristyksen aikana. Eristyskokemus oli ollut hänelle traumaattinen kokemus, ja hän otti useasti esille oman oudon käyttäytymisensä eristyksen aikana, minkä hän oli kokenut pelottavana. Ajanta-jun kuntoutuja kertoi kadottaneensa ja hän pelkäsi menettävänsä kontrollin. Hämäläisen tapaustutkimus kertoi mielenterveyskuntoutujan eristyskokemuksista ja ehdotuksista purkukeskustelun toteuttamiseen. (Hämäläinen 2014, 33.)

Taipaleen kokoamassa kirjassa kerrotaan Brownin ja Tooken tekemästä tutkimuksesta, jossa kerrotaan potilaiden kokeneen eristystilanteissa hämmennystä, pelkoa, kiukkua ja toivottomuutta. Valtaosa koki eristyksen rangaistuksena ja masentavana. Potilaiden tunteita kuvattiin niin ikään negatiivisina eristystilannetta kohtaan. Solidayn tutkimuksessa lisäksi potilaat kokivat nöyryytyksen ja rangaistuksi tulemisen tunteita, pelottavien äänien kuulemista, itsetuhoisten ajatusten lisääntymistä ja miellyttäviä hallusinaatioita. Pääsääntöisesti potilaat kokivat eristyksen aiheuttavan ikäviä tuntemuksia. (Taipale 1999, 111.)

Kontion tutkimus sitomis- ja eristyskäytännöistä psykiatrisissa sairaaloissa toteutettiin kolmessa vaiheessa vuosina 2007–2009. Tutkimukseen kerättiin aineistoa potilailta (30), henkilökunnalta (27) ja verkkokurssin avulla (158). Kontio toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että potilaiden eristämisen ja sitomiskokemukset ovat pääsääntöisesti kielteisiä. Potilaat ovat kokeneet ahdistusta, pelkoa ja yksinäisyyttä. Potilaat eivät myöskään saaneet tarpeeksi tietoa hoidostaan, tilanteestaan ja suunnitelmista eikä siitä, mitä seuraavaksi tapahtuisi ja miksi he ylipäätään olivat joutuneet eristykseen. Osa potilasta koki eristämisen ja sitomisen rauhoittavana ja turvallisuutta tuovana hoitomuotona. (Kontio 2011, 40.)

Keski-Valkaman tekemässä tutkimuksessa vertailtiin pakkotoimien käyttöä 12 eri maan välillä. Aineisto kerättiin vertailemalla tutkimushankkeita pakkotoimiin liittyen, kyselylomakkeilla (671), haastatteluilla (106) ja rekisteriaineistojen (28064) avulla vuosien 1990-2008 välisenä aikana. Keski-Valkaman väitöstutkimuksen mukaan niin ikään potilaat kokivat puutteita tiedonsaannissa, perustarpeiden hoitamisessa sekä henkilökunnan huomioinnin ja vuorovaikutuksen

määrässä. Pääosin potilaat kokivat eristämisen kielteisenä kokemuksena vielä puolen vuoden jälkeen tapahtuneesta. Oikeuspsykiatrisessa sairaalassa olleet potilaat kokivat eristämisen useammin rangaistuksena. (Keski-Valkama 2010, 36.)

## 4 JÄLKIPUINTI JA SEN KÄYTTÖ ERISTYSTAPAHTUMAN JÄLKEEN

Jälkipuinnin tarkoituksena on vähentää ja ehkäistä post-traumaattisen stressireaktion syntymistä. Post-traumaattinen stressireaktio voi syntyä traumaattisen tapahtuman seurauksena ja aiheuttaa traumaattisen kokemuksen uudelleen kokemista, painajaisia sekä ahdistavia muistoja. Jälkipuinnissa voidaan tunnistaa sellaiset henkilöt, jotka tarvitsevat pidempää tukea traumaattisen kokemuksen läpikäyntiin. Jälkipuinnissa potilas saa kertoa tuntemuksistaan suoraan. (Hämäläinen 2014, 10–11.)

Tutkimusten mukaan jälkipuintia ei tarjota automaattisesti kaikille. Needhamin ym. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa ilmenee, että jälkipuintia tarjottiin noin joka toiselle potilaalle ja naisille yleisemmin kuin miehille (Needham 2009, 222,225). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan jälkipuintiin osallistui alle viidesosa, mutta 77 % potilaista olisi toivonut jälkipuintia (Keski-Valkama 2010, 46).

Hoekstran ym. tutkimuksessa käytiin läpi jälkipuinnin tärkeyttä potilaiden negatiivisten tuntemusten vähentämiseksi. Tarkoituksena oli kartoittaa yksikön nykyistä käytäntöä jälkipuinnissa ja etsiä siihen uusia käytäntöjä potilaiden kertomusten ja kokemusten perusteella. Tutkimuksessa saatiin selville, että hoitohenkilöstön pitäisi enemmän kuunnella potilaiden näkökantoja tilanteiden kulkuun ja syihin, jotka johtivat pakkokeinojen käyttöön. Jälkipuinnin käyttöä tulisi lisätä ja sitä kautta pyrkiä vähentämään tilanteita, jotka johtavat pakkokeinojen käyttöön. (Hoekstra, Lendemeije & Jansen 2004, 273–283.)

Jälkipuinti tulisi järjestää potilaan kanssa mahdollisimman pian eristämisen päätyttyä, potilaan voinnin salliessa. Jälkipuintiin osallistuu potilaan lisäksi lääkäri ja eristystilanteessa toimineet hoitajat. Jokainen potilas kokee eristämisen omalla tavalla ja jälkipuinnissa potilaan kanssa käydään läpi eristyksen kulku ja siihen johtaneet syyt. Potilaalla on oikeus kertoa negatiiviset tunteensa ja mielipiteen-

sä siitä, miten tilanne olisi voitu välttää ja näin päästä niiden yli. (Needham 2010, 222-223.) Eristämiseen liittyvä jälkipuinti pidetään kerran potilaan kanssa, mutta puhumista eristyskokemuksesta jatketaan potilaan kanssa hoidon aikana omahoitajakeskusteluissa (Kinnunen 2013, 71).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella on käytössä eristystilanteisiin tarkoitettu arviointikaavake. Kaavake sisältää tiedot potilaasta, eristystilanteessa mukana olleesta henkilökunnasta, kuvauksen kokonaisuudessaan eristystilanteen kulusta, eristyksen aloitus- sekä lopetusajat. Eristystilanne käydään läpi potilaan kanssa kaavaketta apuna käyttäen. Kaavakkeeseen kirjoitetaan myös potilaan näkemys eristystilanteesta. (Liite 1)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää haastattelun avulla potilaan omia kokemuksia huone-eristyksestä.

Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan käyttää tulevaisuudessa psykiatrisessa hoitotyössä hoidon laadun parantamiseksi.

Tutkimusongelmat:

1. Millainen eristyskokemus on ollut?
2. Miten eristys on vaikuttanut hoitoon?
3. Miten eristystilanne käytiin läpi eristyksen jälkeen?
4. Miten eristyskokemus on vaikuttanut potilaan elämään?

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus suoritettiin yhteistyössä mielenterveysseura ITU ry:n kanssa (liite 2). ITU ry on järjestö, jossa psyykkisesti sairastuneet saavat toisiltaan vertaistukea. Toiminta-ajatuksena yhdistyksellä on psyykkisesti sairaiden suvaitseminen ja heidän aseman edistäminen yhteiskunnassa (ITU).

Tiedonhakuprosessissa käytettiin apuna erilaisia tietokantoja esimerkiksi Cinahl. Hakusanoina käytettiin potilaiden eristyskokemuksiin liittyviä sanoja, kuten patient, seclusion ja experience. Osa artikkeleista ja väitöskirjoista löytyi Googlen kautta. Artikkeleita löytyi myös alan tieteellisistä lehtijulkaisuista.

Tapaustutkimus on tutkimusmenetelmä, jota käytetään esimerkiksi silloin kun tutkitaan yksittäistä tapahtumaa, tilannetta. Tapaustutkimus suoritetaan tutkimalla tapahtumaa pääsääntöisesti miten ja miksi – kysymyksiä käyttäen. Tutkimukseen valikoituu yksi tapahtuma tai ilmiö, jota tutkitaan yksityiskohtaisesti. Tutkittavaa ilmiötä tutkitaan systemaattisesti, tarkasti ja totuudenmukaisesti eikä tapaustutkimuksessa pyritä tekemään ennusteita tai selittelemään ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Tapaustutkimuksella pyritään lisäämään ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Tapaustutkimus voidaan valita menetelmäksi silloin kun tapauksesta tahdotaan saada syvällistä tietoa ja huomioida tapaukseen liittyvät olosuhteet ja taustat. Tapaustutkimuksen tuloksia voidaan pohtia laajasti esimerkiksi siten, kuinka tutkittua tietoa voidaan soveltaa muuhun tai muualle. Yksittäinen tapaustutkimus ja sen tulokset voivat olla tulevaisuudessa hyödyksi laajempaa tutkimusta suunniteltaessa. (KvaliMOTV 2014a.)

Tutkimus on kvalitatiivinen, jossa aineistoa kerättiin toteuttamalla teemahaastattelu. Teemahaastattelussa ei edetä tarkasti ennalta laadittujen kysymysten pohjalta vaan ennalta tutkittujen tutkimusten perusteella valitaan aihepiirit ja teemat haastattelulle. Teemahaastattelu on sopiva aineistonkeruumenetelmä silloin kun tutkitaan vähemmän tutkittua ilmiötä. (Kvalimotv 2014b) Tämä mahdollistaa haastateltavan vastauksien luovan tulkinnan. Haastattelussa haastateltava saa

mahdollisuuden kertoa vapaasti itseään koskevista asioista. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–205.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla, haastatellen yhtä huoneeristyksen kokenutta henkilöä. Haastateltavan kanssa sovittiin henkilökohtaisesti haastatteluajankohta. Haastattelupaikka valittiin potilaan yksityisyyttä kunnioittaen. Haastattelu nauhoitettiin ja auki kirjoitettiin ja analysoitiin vaihe vaiheelta. Tutkimuksessa ei paljasteta haastateltavan henkilöllisyyttä, ja hänelle annettiin saatekirje luettavaksi. (Liite 3)

Tutkimuksen analysointi suoritetaan tässä tutkimuksessa litteroimalla haastattelu auki. Litteroimisella tarkoitetaan nauhoitetun haastattelun auki kirjoittamista tekstin käsittelyohjelmalle. Litteroinnissa kirjoitetaan haastattelusta pieni osio kerrallaan, jonka jälkeen tekstin oikeellisuus tarkistetaan kelaamalla nauhaa taaksepäin. Tärkeää on saada ylös tarkasti kaikki puhutut lauseet. Auki kirjoituksen jälkeen haastattelu kuunnellaan uudelleen pidemmissä pätkissä varmistaen vielä kertaalleen tekstin oikeellisuus. (KvaliMOTV 2014c.)

Teemahaastattelun kysymykset valittiin tähän tutkimukseen selkeillä aihealueilla, jotta saataisiin tarkka ja laaja kuvaus potilaan huoneeristys kokemuksesta. Teemahaastattelun runko (Liite 4) lähetettiin potilaalle etukäteen luettavaksi. Haastattelun edetessä potilaalle esitettiin tarkentavia lisäkysymyksiä. Aineistoa lähdettiin analysoimaan litteroimalla auki haastattelu sanasta sanaan tekstinkäsittelyohjelmalle. Auki kirjoittaminen suoritettiin heti haastattelun jälkeen.

Tutkimusaineisto jaoteltiin litteroinnin jälkeen teemojen mukaan. Analysoinnin helpottamiseksi haastattelu tulostettiin paperiversioksi ja aihealueet merkittiin värikoodeilla. Haastattelua analysoitiin yksi aihealue kerrallaan. Tutkimusanalyysin valmistuttua tuloksia verrattiin jo tehtyjen tutkimusten tuloksiin.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Haastateltava oli kokenut huone-eristyksen 2000-luvun puolessa välissä. Eristyskokemuksia haastateltavalla oli ainoastaan yksi, josta hän kertoi haastattelussa. Eristyskokemus kesti noin kaksi vuorokautta.

### 7.1 Huone-eristys kokemus

Haastateltava kertoi oman eristyskokemuksen tapahtuneen vuorokauden sisällä sairaalaan joutumisesta. Hänen muistikuviansa mukaan hän olisi joutunut ennen eristämistä jonkinlaiseen erimielisyyteen toisen potilaan kanssa. Eristystä oli kokeiltu ensin avoimin ovin, mutta potilas muistelee oman käytöksensä muuttuneen niin, että henkilökunta arvioi hänen tai muiden potilaiden turvallisuuden olleen vaarassa. Haastateltava kertoi, että hänen kanssaan juteltiin kansliassa, jonka jälkeen hänet vietiin eristyshuoneeseen.

*”Mut vietiin sil taval et oisko ollu kaks hoitajaa, mä en muista, mun mielest ne oli mieshoitajii. Kaks hoitajaa tarttus käsivarsista kiinni ja vei sinne. Et mä en kyl siin kohtaa niinku laittanu mitenkään vastaan, et mä vaan menin siin mukana, et olin sen verran sekasin.”*

Haastateltava kertoi eristyshuoneessa olleen paljon hoitajia sekä lääkäri. Kaikki ihmiset pienessä tilassa puhuivat samanaikaisesti, jolloin tilanne oli ollut haastateltavan mielestä sekava. Tilanteessa haastateltava oli kokenut joutuneensa paniikkiin ja hän oli kieltäytynyt ottamasta lääkettä. Haastateltava ei pitkän suostuttelunkaan jälkeen suostunut ottamaan lääkettä suun kautta, joten hänelle päädyttiin antamaan tahdonvastainen pakkoinjektio. Pakkoinjektion antamisen haastateltava kuvaa alistavaksi ja nöyryyttäväksi kokemukseksi. Lääkityksen antamisen jälkeen hoitajat poistuivat eristyshuoneesta laittaen oven kiinni. Haastateltava koki hoitajien käytöksen häntä kohtaan epäkunnioittavana.

*”Sitä oli niinku aika sellases paniikissa, et mitäs tapahtuu ja se viel, et mä olin psykoosissa.”*

*”Se oli ihan niin et tavallaan ku mä en ottanut sitä lääkettä ni sitten jossain kohtaan mut vaan painettiin lattiaan ja sitten housut alas ja piikki takapuoleen. Semmonen alistava kokemus ja nöyryyttävä, mut jälkeinpäin se on korostunut viel enemmän.”*

Eristyshuoneen oven sulkeuduttua haastateltava mietti, onko tilanne edes mahdollinen, että hän on suljetussa tilassa, jossa on vain patja lattialla. Ajatuksiin nousi myös epätietoisuus eristyksen kestosta. Haastateltava kertoo ajantajun hävinneen kokonaan. Eristyshuoneessa ei ollut kelloa, joten tieto ajankulusta oli hoitajilta saadun tiedon varassa. Eristyksen aikana haastateltava kertoi käytöksensä muuttuneen pelottavaksi ja olonsa epätodelliseksi, mikä järkytti haastateltavaa itseäänkin. Käytöksen muuttumiseen vaikutti se, ettei eristyshuoneessa ollut mitään virikkeitä. Haastateltava alkoi itse keksiä itselleen tekemistä.

*”Ehkä pahimmat tuntemukset siellä eristyksessä ni oli varmaan sitä, et olis halunnu niinku tietää, et koska pääsee pois tai koska se loppuu tai mitä nyt tapahtuu?”*

*”Ei ollu niinku mitään tekemistä, ku se on niin pelkistetty se huone, ni tavallaan alko tota keksimään väkisin jotain tekemistä, ku oli niinku tarve tehdä jotain.”*

*”En mä oo koskaan niinku kiertäny ympyrää tai repiny hiuksia tai betonii tai jotain tämmöst, niin tavallaan sitä just pelästys”*

Eristyksen aikana haastateltava koki pelkoa ja ahdistusta, koska ei ollut tietoinen mitä tämän tyyppinen hoito on. Haastateltava pelkäsi myös jatkuuko eristäminen loputtomiin. Hoitohenkilökunta kävi katsomassa vointia ikkunan kautta. Vessaan ei aina päässyt kun olisi ollut tarve. Ruoka toimitettiin eristyshuoneeseen ja kerran haastateltava muistaa päässeensä syömään eristyshuoneen ulkopuolelle, minkä jälkeen hänet vietiin takaisin eristyshuoneeseen. Hoitohenkilökuntaan sai yhteyden vain koputtamalla ovea, mutta aina potilas ei kuitenkaan saanut vastauksia kysymyksiin, ja joskus hoitohenkilöstö vain sulki eristyshuoneen ulommankin oven.

*”En tienny mitään eristämisen ni ei niinku ymmärtäny siitä ni varmaan se pelko et se niinku jatkuu loputtomasti.”*

*”Piti koputtaa sitä ikkunaa, ikävä tosi asia, et välillä suljettiin se ulompikin ovi.”*

## 7.2 Eristyksen vaikutus hoitoon

Haastateltava kertoi, että luottamus hoitohenkilökuntaan eristämisen jälkeen vähentyi. Muistiin piirtyivät hyvin ne hoitajat, jotka osallistuivat eristys tilanteeseen, jotka kävivät katsomassa ikkunasta eristyksen aikana ja jotka veivät vessaan. Haastateltava pelkäsi näiden hoitajien toimesta joutuvansa uudelleen eristetyksi. Eristyksen jälkeen oli vaikea puhua luottamuksellisesti hoitajille esimerkiksi omahoitaja keskusteluissa.

*”Niinku semmonen luottamus oli paljon heikompi niihin hoitajiin ja sit pelkäs sitä, et se ehkä toistuis niitten hoitajien toimesta.”*

*”Oli vähän vaikee jossain omahoitaja keskusteluissa puhuu luottamuksellisia asioita.”*

Haastateltava ei osannut kertoa varsinaisia hyötyjä eristyksestä. Hän kokee kuitenkin, että osaston puolella harhaisuus olisi ollut ehkä voimakkaampaa liiallisten ärsykkeiden johdosta. Eristäminen saattoi myös ennaltaehkäistä sitä, ettei hänelle tai muille tapahtunut mitään hänen toimintansa vuoksi. Eristyksen jälkeen haastateltava kertoi edelleen olleensa lääkkeitä vastaan, mutta otti lääkkeet suun kautta, koska ei halunnut kokea enää uudelleen pakkoinjektion alistavaa ja nöyryyttävää kokemusta. Haastateltava myöntyi hoitoon ja jatkohoitoon koska ei halunnut kokea huone-eristystä uudelleen.

*”Tietääkseni ei ollu mistään semmosest kuitenkaan ihan kysymys, et olis itelle tehny mitään tai jollekkin muulle, mut et niin varmaan olis voinu käydä.”*

*”Pakon edessä sit sitä niinku nöyrtyy siihen tekemään niinku hoitohenkilökunta käskee.”*

### 7.3 Jälkipuinti

Haastateltavan kanssa ei pidetty jälkipuintikeskustelua ollenkaan. Hän koki huone-eristyksen jälkeen olleensa lukossa eikä olisi pystynyt keskustelemaan asiasta. Huone-eristyksestä puhuminen tapahtui osastolla muiden eristyksen kokeneiden potilaiden kanssa. Huone-eristämistä ei otettu esille myöskään omahoitajakeskusteluissa eikä hoitoneuvotteluissa. Huone-eristys kokemusta haastateltava joutui paljon miettimään yksin.

*”Ei ainakaan simmotti, et mä muistaisin, et olis kysytty tai käyty läpi sitä tilannetta.”*

*”Mä puhuin siit muitten potilaitten kans, se oli jotenki helpompaa et sai puhuu semmosen ihmisen kanssa, joka on kokenu eristämisen.”*

Jälkipuinnin pitäminen olisi auttanut rakentamaan johdonmukaisemman muistikuvan tilanteesta. Haastateltava kokee, että omat muistikuvat olivat yksittäisten asioiden varassa. Haastateltava kertoi, että olisi ollut valmis puhumaan eristystilanteesta myöhemmässä vaiheessa hoitohenkilökunnan kanssa. Luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan olisi voinut siten lisääntyä. Haastateltava kokee, että jos eristystilanne olisi käyty läpi osastolla, siitä olisi ollut helpompi puhua läheisten ja avohoidon työntekijöiden kanssa. Tämä olisi hänen mielestään voinut vaikuttaa siihen, ettei asia vaivaisi häntä näin pitkään.

*”Jos sitä olis käyty läpi, niin varmaan sitten ois jotenki luottanu siihen hoitohenkilökuntaan paremmin.”*

*”Mä ainakin uskon näin, et jos ois käyty läpi se tilanne ni ei se vaivais mua niinku edelleen näin paljon.”*

#### 7.4 Eristyskokemuksen vaikutukset elämänlaatuun

Haastateltava koki monta vuotta eristyskokemuksen jälkeen häpeää ja koko tapahtuma oli hänelle traumaattinen. Kokemuksestaan hän pystyi puhumaan vasta 4-5 vuoden kuluttua tapahtuneesta. Oman käyttäytymisen pelko eristysajan aikana jätti pitkäksi aikaa epävarmuuden ja turvattomuuden tunteen. Pelko joutua uudelleen eristykseen nosti kynnyistä hakeutua sairaalahoitoon. Haastateltava ei myöskään pystynyt kertomaan avoimesti asioistaan avohoidossa. Eristyskokemuksesta kertominen tuntui niin pahalta, ettei haastateltava pystynyt ottamaan esille asiaa vuosiin. Psykoosista huolimatta muistot pakkoinjektion annosta, eristyskokemuksesta ja eristyksen aikaisesta käytöksestä ovat haastateltavan mielessä edelleen. Erityisesti haastateltava toi esille negatiivisia tunteita liittyen pakkoinjektion antamiseen joka piirtynyt hänen mieleensä vahvasti.

*”Ei siit pystynyt puhumaan kenenkään kanssa ja sit tavallaan se miten oli käyttäytynyt siel eristykses ni sitä jotenki pelkäs itseään.”*

*”Se jätti pitkäks aikaa sellasen epävarmuuden ja semmosen turvattomuuden tunteen.”*

*”Ehkä ne liittyy just tähän pakkoinjektion antamiseen ja just siihe et mitä kokemuksii siel eristykses on ollu tai käyttäytymist.”*

#### 7.5 Haastateltavan omia ajatuksia eristystilanteesta ja eristyksestä

Haastateltava kertoi, että hänelle tarjottiin tarvittavaa lääkitystä vasta eristystilanteessa. Lääkityksen tarjoaminen aikaisemmin olisi mahdollisesti voinut vaikuttaa hänen mielestään lääkkeenottoon myöntymiseen sekä eristystilanteen välttämiseen. Haastateltava olisi myös halunnut hoitohenkilökunnan kertovan hänelle mitä lääkettä ja miksi annetaan.

*”Mä luulen et varmaan se et jos sitä lääkettä olis tarjottu jossain muussa yhteydessä kun monen ihmisen ympäröimänä siel eristys-huoneessa, ni se olis voinu auttaa sitä asiaa et mä olisin ottanut ne lääkkeet.”*

*”Tai*

*sit semmonen et silloinki, kun mulle tarjottiin sitä lääkettä ni mulle ois kerrottu et mitä ne on tai mihin ne vaikuttaa.”*

Eristyshuoneen haastateltava koki pelkistetyksi ja virikkeettömäksi. Haastateltavan mielestä jonkinlainen tekeminen olisi ehkäissyt turhautumista jolloin keksitty tekeminen ei olisi silloin kohdistunut häneen itseensä. Kello eristyshuoneessa olisi auttanut ajantajun säilyttämiseen. Haastateltava olisi halunnut keskustella enemmän hoitohenkilökunnan kanssa. Erityisesti hän olisi kaivannut keskustelua pakkoinjektion antamisen jälkeen.

*”No mun mielest olis ainakin pitäny olla ehkä siel eristyksessä jotain semmosta tekemistä, ettei olis ollu semmosta turhautumista, koska se kohdistu sit itteen.”*

*”Ehdottomasti mä olisin halunnut et jonkun kans vois jutella ja sit sitä et olis toivonut jotain tekemistä, ku et pelkkä tyhjä huone tai pelkkä patja siel. Se on niinku hirveen kolkko ympäristö.”*

*”Siin kohtaa ku pakkoinjektio annettiin ainakin ois pitäny keskustella jonkun kanssa. Kaikki vaan lähti pois sieltä huoneesta ja ovi lyötiin kiinni. Mä koin sen niin sellaseks traumaattiseks.”*

Haastateltava itse ei olisi pystynyt puhumaan eristystilanteesta heti sen jälkeen hoitohenkilökunnan kanssa, mutta olisi ollut halukas keskustelemaan asiasta myöhemmin. Asian läpikäyminen olisi voinut vaikuttaa hänen luottamuksensa kasvuun hoitohenkilökuntaa kohtaan ja parantanut hoitomyönteisyyttä. Haastateltava olisi toivonut eristyskokemustiedon siirtymistä avohoitoon, jolloin asia olisi ollut helpompi ottaa siellä puheeksi.

*”Vaiks on jälkipuintii ja kaikkee ni varmaan se asia ottaa jokasella oman aikansa ennen ku siit pystyy puhumaan.”*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimus tuloksista käy ilmi **eristyksen** olleen kaiken kaikkiaan traumaattinen ja negatiivinen **kokemus**. Ryan & Happell:n tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla eristyskokemukset olivat myös negatiivisia (Ryan & Happell 2009, 100 -107). Hämäläisen tekemän tapaustutkimuksesta käy myös ilmi, että eristykseen liittyy paljon negatiivisia tunteita. Hämäläisen tutkimuksen mielenterveyskuntoutujan kokemus oli tähän tutkimukseen verraten myös traumaattinen (Hämäläinen 2014, 33). Eristystilanne oli ollut sekava ja haastateltava koki paniikin omaista tunnetta. Eristys-huoneen oven sulkeuduttua hän koki olonsa muuttuneen epä-todelliseksi. Ajantajun haastateltava kertoi hävinneen kokonaan. Pelkistetty ja virikkeetön tila muutti haastateltavan käytöstä. Käytöksen muutos sai aikaan pelon ja ahdistuksen tunteita. Ahdistuksen ja pelon tunteita potilaat tunsivat myös Kontion väitöstutkimuksessa (Kontio 2011, 40). Eristyksen aikana saadun tahdonvastaisen pakkoinjektion hän koki alistavaksi ja nöyryyttäväksi kokemukseksi. Mielenterveyskuntoutuja otti Hämäläisen tutkimuksessa useasti esille oman oudon käyttäytymisensä eristyksen aikana, minkä hän oli kokenut pelottavana. Ajantajun kuntoutuja kertoi kadottaneensa ja hän pelkäsi menettävänsä kontrollin. (Hämäläinen 2014, 33).

**Hoitoon** sitoutumiseen vaikutti henkilökunnan käytös eristystilanteessa haastateltavaa kohtaan. Hän koki hoitohenkilökunnan kohdelleen häntä epäkunnioittavasti. Luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan myös kärsi tämän vuoksi. Haastateltava ei esimerkiksi päässyt WC:hen silloin kuin tarve olisi ollut. Haastateltava ei saanut henkilökunnan puolelta tarpeeksi informaatiota eristyksen aikana. Hämäläisen tutkimuksen mukaan myös mielenterveyskuntoutuja kuvasi vuorovaikutuksen olleen vähäistä hoitohenkilökunnan kanssa eristyksen aikana (Hämäläinen 2014, 33). Kontion väitöstutkimuksessa potilaat eivät myöskään saaneet tarpeeksi tietoa hoidostaan, tilanteestaan ja suunnitelmista eikä siitä mitä

seuraavaksi tapahtuisi ja miksi he ylipäättään olivat joutuneet eristykseen (Kontio 2011, 40). Keski-Valkaman väitöstutkimuksen mukaan niin ikään potilaat kokivat puutteita tiedonsaannissa, perustarpeiden hoitamisessa sekä henkilökunnan huomioinnin ja vuorovaikutuksen määrässä. Varsinaisia hyötyjä eristyksestä haastateltava ei osannut kertoa. Eristys kuitenkin saattoi ennaltaehkäistä sitä, ettei hänelle tai muille osastolla olleille tapahtunut mitään hänen toimintansa vuoksi. Haastateltava myös myöntyi hoitoon, koska ei halunnut kokea huone-eristystä uudelleen.

**Jälkipuinti** keskustelua ei haastateltavan kanssa käyty lainkaan. Kokemuksen läpi käyminen jäi omien ajatusten ja vertaistuen varaan. Needhamin ym. Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessakin selviää, ettei jälkipuinti tarjota automaattisesti kaikille potilaille. Tämän tutkimuksen mukaan jälkipuintia tarjottiin noin joka toiselle potilaalle (Needham, ym 2009, 222,225). Jälkipuinnin toteuttaminen osastohoidon aikana olisi haastateltavan mielestä voinut lisätä luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Jälkipuinti olisi myös voinut auttaa haastateltavaa rakentamaan johdonmukaisempaa muistikuvaa eristyskokemuksesta. Eristyskokemuksesta olisi ollut asian läpi käymisen jälkeen helpompi puhua läheisille ja avohoidon työntekijöille. Asia ei myöskään välttämättä vaivaisi haastateltavaa näin pitkään. Keski-Valkaman Suomessa tehdyssä tutkimuksesta alle viidennes osallistui jälkipuintiin, mutta 77% potilasta olisi toivonut jälkipuintia (Keski-Valkama 2010, 46). Jälkipuinnin käyttöä tulisi lisätä ja sitä kautta pyrkiä vähentämään tilanteita, jotka johtavat pakkokeinojen käyttöön. (Hoekstra ym. 2004, 273–283.)

**Elämänlaatuun eristyskokemus** oli vaikuttanut negatiivisesti. Ryan & Happell:n tutkimuksessa ne potilaat, joiden eristyskokemuksesta oli jo enemmän aikaa, löysivät siitä myös positiivisia asioita (Ryan & Happell 2009, 100 -107). Tässä tutkimuksesta haastateltava ei tuonut esiin vielä vuosienkaan jälkeen positiivisia asioita. Haastateltava koki useita vuosia eristyskokemuksen jälkeenkin häpeän tunteita. Eristyskokemuksesta haastateltava ei pystynyt puhumaan kenenkään kanssa myöskään vuosiin. Oman käytöksen muutos eristyksen aikana jätti pitkäksi aikaa epävarmuuden ja turvattomuuden tunteen. Pelko joutua

eristys-huoneeseen uudelleen lisää kynnystä hakeutua sairaalahoitoon tulevaisuudessa. Muistot eristyksen aikaisista tapahtumista ja tuntemuksista ovat haastateltavan mielessä vielä tänäkin päivänä. Tästä tutkimuksesta poiketen Soinisen ym. tutkimuksen havainnot viittaavat siihen, ettei pakkokeinojen käyttö merkittävästi vaikuttanut potilaiden elämänlaatuun pidemmällä aikavälillä. (Soininen ym. 2013, 7:28.) Ryan & Happell:n tutkimuksen perusteella annettiin suositukseksi antaa potilaalle enemmän itsemääräämisoikeutta pakkotilanteissa, yrittää säilyttää luottamus, yrittää puhua ja osoittaa aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan eristyksen aikana sekä keskustella eristystilanteesta jälkikäteen ja ottaa huomioon potilaan yksityisyys sekä valinnan vapaus (Ryan & Happell 2009, 100 -107).

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen ensimmäinen eettinen päätös on tutkimuksen aiheen valinta. Tutkija miettii tutkimuksen yhteiskunnallista merkitystä ja hyötyjä. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa usein herää tutkimukseen osallistuvilla negatiivisia tunteita, jotka tutkijan on otettava huomioon tutkimusta suunnitellessa. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus itsemääräämisoikeuteen. Tutkimukseen osallistuminen on oltava vapaaehtoista ja siitä on mahdollisuus kieltäytyä. Tutkimukseen osallistuminen on osallistuvalla tietoinen päätös. Osallistuvan tulee tietää tutkimuksen luonne, joka selvitetään tarkasti esimerkiksi saatekirjeessä. Saatekirjeen luettuun voi tutkimukseen osallistuva antaa kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen. Tutkimuksessa on keskeistä huomioida tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti. Tutkimus materiaalia käsittelee ainoastaan tutkimuksen tekijät, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimus materiaalia säilytetään asianmukaisesti lukitussa paikassa tai tietokoneessa salasanalla suojattuna. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–221.)

Tutkimuksen aiheen valinta oli tutkijoiden eettinen ratkaisu. Tutkimustuloksista ei pystytä tunnistamaan haastateltavan henkilöllisyyttä. Haastattelu pidettiin rauhallisessa yksityisessä tilassa ja haastateltava sai lukea saatekirjeen ennen

haastattelun alkua. Hän myös allekirjoitti suostumuksen haastattelua varten. Haastateltava sai teemahaastattelu rungon luettavaksi ennen haastattelua, jolloin hän sai valmistautua aihepiireihin. Haastattelu materiaalia on käsitelleet ainoastaan tutkijat, eikä sitä ole paljastettu ulkopuolisille. Tutkijat ovat ottaneet huomioon haastateltavan toiveet liittyen haastattelu paikkaan ja valmiin työn esittämiseen toimeksiantajalle.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä. Tutkimuksessa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tapaustudkimuksessa tutkitaan ihmiseen tai kulttuuriin liittyviä asioita, jolloin perinteiset arvioinnit eivät onnistu. Luotettavuutta tulee jollakin tavalla arvioida esimerkiksi tutkijan tarkalla selostuksella tutkimuksen toteuttamisen vaiheista. Haastattelututkimuksessa kerrotaan tarkasti ja totuudenmukaisesti haastattelu-paikasta, ajasta, häiriötekijöistä ja olosuhteista. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 1997, 216-218.)

Haastattelu paikka valittiin yhdessä haastateltavan kanssa. Haastattelu paikka oli rauhallinen eikä keskeytyksiä haastattelun aikana tullut. Haastattelu kesti ajallisesti kokonaisuudessaan tunnin. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan osoittaa haastattelun tarkalla litteroinnilla. Haastattelu kuunneltiin useaan kertaan ja auki kirjoitettiin sanasta sanaan. Luotettavuutta lisää se, että tutkimustuloksia on analysoinut kaksi tutkijaa. Tutkimus on tehty kokonaisuudessaan tutkijoiden yhteistyöllä. Tutkijat ovat perehtyneet kirjallisuuskatsauksessa aiemmin tehtyihin tieteellisiin tutkimuksiin. Tieteelliset tutkimukset ovat laadukkaita ja melko uusia. Luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi vieraskielisten tutkimusten käyttö. Luotettavuutta vähentää myös, ettei tutkimustulosta voida pitää yleistettävänä, koska samankaltaisia tutkimuksia on tehty vähän.

### 8.3 Hoidon laadun kehittäminen

Tutkimus tulosten ja työssä käytettyjen muiden tutkimusten perusteella käy ilmi, että eristyskokemukset ovat pääasiassa negatiivisia. Tutkimusten perusteella eristyskokemukset tuottavat eristetyille ahdistusta, pelkoa sekä tunnetta epäoikeudenmukaisesta kohtelusta. Haastateltavan eristyskokemus on tapahtunut 2000-luvun puolessa välissä, jonka jälkeen on enemmän alettu kiinnittämään huomiota potilaan itsemääräämisoikeuteen. Suomessa on viime vuosina panostettu paljon pakonkäytön vähentämiseen psykiatrisissa sairaaloissa. Tarkoituksena on vähentää pakonkäyttöä 40 % vuoteen 2015 mennessä. (Soininen ym. 2013, 7:28.)

Haastateltava toi esille omia ajatuksia, jotka voisivat parantaa hoidon laatua. Haastateltava toivoisi eristystilanteessa enemmän keskusteluja ja informaatiota eristyksen aikana. Ennakoivasti tarjottu lääkitys olisi haastateltavan mukaan voinut ennaltaehkäistä eristyksen toteutumista. Pelkistetty ja virikkeetön huone muutti haastateltavan käytöstä entisestään ja hän olisi toivonut, että eristyshuone olisi ollut viihtyisämpi ja virikkeellisempi. Pakonkäytön vähentämisen myötä näihin asioihin on jo tullut muutoksia. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on laatinut henkilöstölleen toimintaohjeen väkivaltaisten tilanteiden ennaltaehkäisemiseksi (VSSHP psykiatria 2014, 39–40).

Hoidon laatuun on kiinnitetty huomiota pakonkäytön vähentämisen myötä ja moni asia on jo muuttunut parempaan suuntaan. Vielä olisi kiinnitettävä huomiota hoitohenkilökunnan perehtymiseen vaihtoehtoisiin menetelmiin eristämisen sijasta sekä vaadittaisiin muutosta henkilökunnan asenteisiin. Potilaiden omia eristyskokemuksia on tutkittu vähän, joten lisätutkimuksia kokemuksista olisi tärkeää tehdä. Potilaiden omat kokemukset auttavat hoitohenkilökuntaa ymmärtämään eristämisen vaikutukset ihmisessä.

Jatkotutkimus ehdotuksena voidaan pitää tutkimusten tekemistä huone-eristyskokemuksista sekä tutkimuksia hoitohenkilökunnan valmiuksista muuttaa toimintatapojaan pakonkäytön vähentämiseksi.

## LÄHTEET

- Ala-Aho, S.; Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. Viitattu 27.10.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93847.pdf>.
- Finlex. 2014a. Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Viitattu 29.9.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Finlex. 2014b. Erityiset rajoitukset. Mielenterveyslaki. 21.12.2001/1423. Viitattu 12.10.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L4aP22e>.
- Elomaa, E. & Taipale, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ja Printway Oy.
- Heikkinen, A. & Tiri, H. 2004. Potilaan eristäminen psykiatrisella osastolla. Tutkiva hoitotyö. Vol.2 (2), 16-21.
- Hirvonen, H. 2014. Suomalaisen psykiatria tieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Joensuu.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus
- Hoekstra, T.; Lendemeije, H. H. G. M. & Jansen M. G. M. J. 2004. Seclusion: the inside story. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 11/2004, 276–283.
- Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopionyliopisto. Viitattu 27.10.2014. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1057-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1057-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1057-7/urn_isbn_978-951-27-1057-7.pdf).
- Hämäläinen, K. 2014. Tapaustutkimus mielenterveyskuntoutujan eristyskokemuksista ja ehdoituksista purkukeskustelun toteuttamiseen. Opinnäytetyö. ylempi amk. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- ITU ry. 2014. Viitattu 10.9.2014. <http://www.itu.fi/itu/>.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry, A Persistent Challenge over Time. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 945. Viitattu 12.10.2014 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66581/978-951-44-8025-6.pdf?sequence=1>.
- Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu. Terveystieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Kontio, R. 2011. Potilaiden eristämisen- ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa kohti näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto. Turku. Viitattu 12.10.2014 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2>.
- Kontio, R., Laaksonen, T., Paavilainen, E., Sailas, E., Soininen, P. & Syvärinen, S. 2010. Käsikirja mielenterveyslain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisuja. 1/2010.

- KvaliMOTV. 2014a. Tapaustutkimus. Viitattu 31.10.2014.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_5.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html).
- KvaliMOTV. 2014b. Teemahaastattelu. Viitattu 31.10.2014.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html).
- KvaliMOTV. 2014c. Litterointi. Viitattu 3.11.2014.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_2\\_1.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html).
- Moran, A.; Cocoman A.; Scott, P. A.; Matthews, A.; Staniulieve, V. & Valimaki M. 2009. Restraint and seclusion: a distressing treatment option. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16/2009, 599–605.
- Needham, H.; Dip, G. & Sands, N. 2010. Post-Seclusional Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care* 46, 221-233.
- Putkonen, H.; Tenhoviirta, K. & Huttunen, M 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Tallinna. Paino Printon Trukikoda AS.
- Repo-Tiihonen, E.; Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaanhoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*. 2012;128(22):2336-43.
- Ryan, R. & Happell, B. 2009. Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing* 18/2009, 100–107.
- Soininen, P.; Putkonen, H.; Joffe, G ; Korkeila, J.; Puukka, P.; Pitkänen, A. & Välimäki, M. 2013. Does experience seclusion or restraint affect psychiatric patients` subjective quality of life at discharge. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:28.
- Taipale, I. 1999. *Mielen valtaa*. Vantaa: Printway Oy.
- THL. 2012a. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2012. Tilastoraportti. Viitattu 12.10.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05\\_14.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=4).
- THL. 2012b. Halikko Statement psykiatristen potilaiden sitomisen lopettamiseksi 13.12.2014. Viitattu 13.10.2014.  
<http://www.thl.fi/documents/10531/621873/Halikko+Statement.pdf/66587c63-c738-4a7f-9335-66c2b6c39c59>.
- Tuori, T. & Kiikkala, I. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen lääkärilehti*. 37/2004, 3411-3414.
- Tuovinen, S. 1986. Halikon sairaala 1926-1986. Varsinais-Suomen mielisairaanhuoltoapiiri. Serioffset: Turku.
- VSSHP psykiatria. 2014. Raportti pakkotoimien ja rajoitteiden ennaltaehkäisystä VSSHP:n psykiatrian tulosalueella. Viitattu 3.11.2014. [http://santra.vsshp.fi/yksikot/psykiatrian-tulosalue/lomakkeita/Documents/VSSHP\\_Raportti\\_pakkotoimien\\_ja\\_rajoitusten\\_ehkaisy.doc](http://santra.vsshp.fi/yksikot/psykiatrian-tulosalue/lomakkeita/Documents/VSSHP_Raportti_pakkotoimien_ja_rajoitusten_ehkaisy.doc).

**ERISTYSTILANTEEN ARVIOINTIKAAVAKE**

(Täytetään heti eristystilanteen jälkeen kaikkien tilanteessa olleiden hoitajien ja lääkärin kesken)

Potilaan nimi: \_\_\_\_\_

Järjestysnumero: \_\_\_\_/ 20\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_/\_\_\_\_ alkoi klo. \_\_\_\_\_ päättyi klo. \_\_\_\_\_

Osasto: \_\_\_\_\_ Eristyksen/leposidehoidon vastuulääkäri: \_\_\_\_\_

Eristystilanteessa mukana olleet kaikki hoitajat: (ammattinimike, nimi, osasto):

**Mitkä ennaltaehkäisevät ja vaihtoehtoiset toiminnot otettiin huomioon ennen tilannetta:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Potilaalla nimetty omahoitaja   | <input type="checkbox"/> Lääkäri tullut paikalle jo ennen tilannetta                                    |
| <input type="checkbox"/> Selvitetty potilaan kanssa, miten hän haluaisi tulla hoidetuksi mahdollisissa väkivalta tilanteissa     | <input type="checkbox"/> Henkilökunta sopinut ennalta miten toimitaan tilanteessa ja tehtävät jaettu    |
| <input type="checkbox"/> Keskusteltu oireiden hallinnasta potilaan kanssa  | <input type="checkbox"/> Henkilökunta sopinut ennalta vaihtoehtoisista toiminnoista                     |
| <input type="checkbox"/> Kartoitettu potilaan itsehillinnän keinot   | <input type="checkbox"/> Tehostettu potilaan valvontaa etukäteen  |
| <input type="checkbox"/> Potilas mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa  | <input type="checkbox"/> Karsittu vapauksia asteittain jo etukäteen                                     |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu potilaan mahdolliset toiveet   | <input type="checkbox"/> Tehostettu potilaan peruslääkitystä  |
| <input type="checkbox"/> Informoitu potilaan käytöksen muutoksesta potilasta/henkilökuntaa                                       | <input type="checkbox"/> Otettu kontakti potilaaseen ja siirrytty erilliseen tilaan keskustelemaan      |
| <input type="checkbox"/> Tehty suullinen sopimus potilaan kanssa   | <input type="checkbox"/> Ohjattu potilas omaan huoneeseen ja sovittu aika, jonka viettää rauhoittumassa |
| <input type="checkbox"/> Tehty kirjallinen sopimus potilaan kanssa   | <input type="checkbox"/> Käytetty "vierihoitajaa" työvuorossa   |
| <input type="checkbox"/> Potilaalla oli mahdollisuus rauhaan/yksityisyyteen  | <input type="checkbox"/> Toteutettu huone-eristys avoimin ovin  |
| <input type="checkbox"/> Informoitu potilasta osaston toiminnasta/hoidosta   | <input type="checkbox"/> Käytetty ensin kiinnipitotekniikkaa  |
| <input type="checkbox"/> Ohjattu potilas toiminnallisuuteen ennen eristystä  | <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle "aikalisää"  |
| <input type="checkbox"/> Hälytysjärjestelmä toimiva ja testattu  | <input type="checkbox"/> Saatua lisätyövoimaa sijaisen avulla   |
| <input type="checkbox"/> Potilaalle luotu toiminnallinen viikko-ohjelma  | <input type="checkbox"/> Siirretty toiselta osastolta työntekijä  |
| <input type="checkbox"/> Huomioitu huonejärjestelyt jo tulotilanteessa   | <input type="checkbox"/> Sovittu (hoitaja/lääkäri) työnjaosta   |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu huonesiirto  | <input type="checkbox"/> Koulutettu henkilökunta kohtaamaan väkivaltatilanteita                         |
| <input type="checkbox"/> Toteutettu osastosiirto   | <input type="checkbox"/> Vältetty suunnitelmallisesti aggressioon johtavia tilanteita                   |
| <input type="checkbox"/> Selvitetty potilaan aggressiivinen käyttäytyminen (potilastiedot, haastattelu, riskienarviointimittari) |   |
| <input type="checkbox"/> Huomioitu tiedonkulku työvuoron vaihdossa   |   |

**Toiminta eristys/leposidetilanteessa:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soitettu ennalta lisää henkilökuntaa tilanteeseen                                    | <input type="checkbox"/> Vastuuhoitaja ohjannut toimintaa                   |
| <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle tarvittavaa lääkitystä   | <input type="checkbox"/> Turvattu eristystilanne usean hoitajan läsnäololla |
| <input type="checkbox"/> Tarjottu potilaalle vaihtoehtoja, miten eristystilanne voidaan välttää               | <input type="checkbox"/> Jokaisella hoitajalla ollut selkeä tehtävä         |
| <input type="checkbox"/> Otettu huomioon muut potilaat ja ohjattu heitä ennen/tilanteen aikana                | <input type="checkbox"/> Käyttäytytty kunnioittavasti tilanteessa           |
| <input type="checkbox"/> Tilanteen ottanut haltuun potilaan omahoitaja tai potilaan parhaiten tuntema hoitaja | <input type="checkbox"/> Informoitu potilasta jatkuvasti tilanteesta        |
| <input type="checkbox"/> Tehty hätähälytys  | <input type="checkbox"/> Tehty tarvittava dokumentointi                     |
|   | <input type="checkbox"/> Päätös lopettamisesta tehty yhteistyössä           |
|   | <input type="checkbox"/> Lääkärin lupa                                      |

**Millä toiminnoilla eristystilanne olisi voitu vielä välttää:**

---

---

---

---

**Tilanteeseen liittyvä lääkitys ja kellonaika (tilannetta ennen ja aikana):**

---

---

**Avoin kuvaus eristystilanteesta: (tilanteeseen johtanut syy + tilanteen kuvaus)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Miten eristystilanne sujui:**

**Asiat, jotka toteutettiin onnistuneesti tilanteessa:**

---

---

---

---

**Asiat, joita tulisi kehittää seuraavaa tilannetta varten:**

---

---

---

---

**Eristystilanne käyty potilaan kanssa läpi:**  Kyllä  Ei

**Potilaan näkemys eristystilanteeseen:**

---

---

---

---

---

## OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Tiia Tuomi ja Heidi Rinne  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 Puhelin koti 050 3036757 (Heidi) Puhelin työ 0445340741 (Tiia)  
 Sähköposti heidi.rinne@students.turkuamk.fi  
 Koulutusohjelma hoitotyön sv, saircaanhoitaja

## OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Huone-eristäminen pohlaiden  
näkökulmasta

Aikataulu 1.9.2014-16.12.2014

## TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio ITU.Ry  
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Jarmo Pulli  
 Osoite Hämeenkatu 28 20700 Turku  
 Puhelin 02-2778778 Sähköposti toimisto@itu.fi

## OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Tarja Bergfors, Irmeli Leino  
 Puhelin 044-9075497 Sähköposti Tarja.Bergfors@turkuamk.fi  
(Tarja)



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

### OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT\*

#### OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineisto sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

#### OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

#### TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

#### TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

Henkilökohtaisia ja tunnistettavia tietoja.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisien toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

### OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

21.9.2014

15.9.2014

Huuhkainen, Antti

Opiskelija

Ilona Selkä

Toimeksiantaja

### LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

\* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Turun ammattikorkeakoulu  
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku  
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791  
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

## SAATEKIRJE

SALO 2.9.2014

## ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme käsittelee potilaiden omia kokemuksia huone-eristyksestä. Teemme yhteistyötä Turun ITU ry:n kanssa. Opinnäytetyömme tutkimus toteutetaan teema haastattelun avulla. Tarkoituksena on saada tärkeää tietoa käytännön hoitotyön kehittämistä varten.

Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseemme osallistumalla avoimeen haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa. Haastateltavan henkilötietoja ei julkaista tutkimuksen missään vaiheessa vaan haastateltavat esiintyvät tutkimuksessa nimettöminä. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tietoja ei myöskään luovuteta toisille haastateltaville. Haastattelun aikana kertomat asiaanne käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti.

Haastattelu ajankohta sekä paikka sovitaan yhdessä haastateltavan kanssa. Haastattelut nauhoitetaan.

Opinnäytetyömme ohjaajina toimivat Tarja Bergfors ja Irmeli Leino Turun ammattikorkeakoulusta. Työmme julkaistaan joulukuussa 2014 Turun ammattikorkeakoulun Salon yksikössä sekä internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi). Tulomme esittelemään tutkimustulokset ITU ry:lle.

Ystävällisin terveisin

Tiia Tuomi & Heidi Rinne

[tiia-titta.tuomi@students.turkuamk.fi](mailto:tiia-titta.tuomi@students.turkuamk.fi), [heidi.rinne@students.turkuamk.fi](mailto:heidi.rinne@students.turkuamk.fi)

## TEEMA-HAASTATTELU RUNKO

### 1) Huone-eristys kokemukset

- Mitkä asiat johtivat eristys päätökseen?
- Miten eristäminen suoritettiin?
- Selvitettiinkö syyt eristämiseen?
- Tunteet eristyksen aikana (fyysiset, psyykkiset)
- Kauanko eristäminen kesti

### 2) Eristyksen vaikutus hoitoon

- Hoitomyöntyvyys
- Asenne eristämisen jälkeen henkilökuntaa kohtaan
- Eristyksen hyödyt ja haitat

### 3) Eristystilanteiden jälkipuinti

- Toteutuiko jälkipuinti?
- Mitä asioita käytiin läpi?
- Millainen vaikutus jälkipuinnilla oli? (hyödyt)

### 4) Eristyskokemusten vaikutukset elämään

- Onko eristyskokemus vaikuttanut elämään?
- Vaikutus mahdollisiin hoitjaksoihin