



**Psykiatrian osastolla toteutetun turvasolupilotin  
vaikutus rajoitustoimenpiteisiin  
-Tarkastelun kohteena huone- ja leposide-eristys**

Kiia Uotila

OPINNÄYTETYÖ  
Helmikuu 2025

Kliininen hoitotyön asiantuntijuus-  
Mielenterveys- ja päihdetyö

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
	3.1 Tiedonhaku .....	8
	3.2 Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet.....	10
	3.3 Huone-eristys ja leposide-eristys .....	11
	3.4 Pakkokeinojen esiintyvyys .....	13
	3.5 Pakonkäytön vähentämisen keinot.....	14
	3.6 Pakonkäyttöön johtavat tunnistetut ennustekijät .....	18
	3.7 Turvasoluyksikön käyttö.....	19
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET .....	23
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	24
	5.1 Määrällinen tutkimus .....	24
	5.2 Aineiston keruu .....	24
	5.3 Aineiston analysointi .....	26
6	TULOKSET .....	29
	6.1 Vuoden 2022 aineiston tarkastelu .....	29
	6.2 Vuoden 2023 aineiston tarkastelu .....	30
	6.3 Turvasolun käyttöön johtaneet ennustavat tekijät .....	31
	6.4 Tulosten yhteenveto.....	34
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	36
8	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	39
	LÄHTEET.....	43
	Liite 1 BVC.....	49
	Liite 2. Safeword- menetelmä .....	51
	Liite 3. Diagnoosien ryhmittely .....	52
	Liite 4. Tutkimustaulukko .....	53

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijuuden koulutus, mielenterveys- ja päihdetyö

KIIA UOTILA

Psykiarian osastolla toteutetun turvasolupilotin vaikutus rajoitustoimenpiteisiin

– Tarkastelun kohteena huone- ja leposide-eristys

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 12 sivua

Helmikuu 2025

---

Vähäistä pakonkäyttöä pidetään tärkeänä psykiatrisen sairaalahoidon laatumittarina. Pakonkäytön vähentämiseen on pyritty Suomessa viime vuosina mm. Sosiaali ja terveysministeriön julkaiseman mielenterveysstrategian avulla. Pakonkäytön ilmenemisen määriin voidaan vaikuttaa kehittämällä hoitomalleja ja käytäntöjä laitos- ja yksikkökohtaisesti. Yksi tällainen hoitomalli on ulkomailta Suomeen rantautunut turvasolumalli, jossa tarkoituksena on tarjota psykiatrisille akuuttipotilaille intensiivihoidoa ja vaihtoehtoja perinteisille rajoitustoimille, kuten huone- ja leposide-eristykselle.

Tämä ylempään ammattikorkeakoulun opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistona oli toimeksiantajan pakkotoimien seuranta ja rekisteröintiä varten luoma valmis aineisto, jota tutkimalla selvitettiin turvasoluyksikön toiminnan vaikutusta huone- ja leposide-eristystoimenpiteiden esiintyvyyden määrään ja ajalliseen keston aikuispsykiatrialla. Lisäksi pyrittiin tunnistamaan turvasoluyksikön käyttöön johtavia ennusmerkkejä. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen SPSS-ohjelmistoa.

Turvasoluyksikössä toteutetun hoidon ansiosta rajoitustoimenpiteiden määrä ja ajallinen kesto vähenivät. Lisäksi pystyttiin tunnistamaan aiempien tutkimusten kanssa yhteneväisiä ennustavia tekijöitä turvasolua käyttäneiden potilaiden kesken. Tutkimus antaa näyttöä siitä, että turvasoluyksikön avulla voidaan vähentää pakkotoimia aikuispsykiatrisessa osastohoidossa ja johtopäätöksenä todettiin, että turvasoluyksikön toimintaa tai turvasolumallin kaltaisesti toteutettua hoitoa on kannattavaa aikuispsykiatriassa jatkaa pakon käytön vähentämiseksi.

Asiasanat: turvasoluyksikkö, psykiatrisen osastohoito, kvantitatiivinen tutkimus, pakonkäytön vähentäminen

**ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Expertise  
Mental Health and Substance Abuse Care

UOTILA, KIIA:

The Impact of a Safety Cell Pilot on Restrictive Measures in a Psychiatric Ward:  
Focus on Room and Restraint Seclusion

Master`s thesis 60 pages, appendices 12 pages  
February 2025

---

Reducing coercive measures is considered an important quality indicator in psychiatric care. Efforts to reduce coercive measures have been made in Finland in recent years. The prevalence of coercive measures can be influenced by developing treatment models and practices tailored to each facility and unit. One such model is the safety cell model, which aims to provide an alternative to traditional restrictive practices.

The thesis was a quantitative study. The data were collected from two different studies. In addition, an effort was made to identify signs of leading to the use of the safety cell unit. The data were analyzed using SPSS statistical software.

The results show that the care implemented in the safety cell unit reduced the duration and frequency of restrictive measures. Additionally, it was possible to identify predictive factors consistent with previous studies among patients who used the safety cell. The study provides evidence that the safety cell unit can be used to reduce coercive measures in adult psychiatric wards. In conclusion, it is recommended that the operation of the safety cell unit or similar care models continue to reduce the use of coercive measures.

Key words: intensive care unit, psychiatric ward, quantitative study, reduction coercive measure

## 1 JOHDANTO

Vähäistä pakonkäyttöä pidetään hyvän psykiatrisen osastohoidon edellytyksenä ja tärkeänä psykiatrisen sairaalahoidon laatumittarina (Kuosmanen & Laukkanen 2019). Vuonna 2016 huone-eristyksiä psykiatrisessa osastohoidossa Suomessa oli 1855 kappaletta ja leposide-eristyksiä 1052 kappaletta (Thl 2018). Pakonkäytön kansainvälinen vertailu on haastavaa, koska tilastointimenetelmät (Kuosmanen & Laukkanen 2019) ja kliiniset käytänteet vaihtelevat paljon (Fernández-Costa, Gómez-Salgado, Fagundo-Rivera, Martin-Pereira, Prieto-Callejero & Garcia-Iglesias 2020). Suomen on kuitenkin arvioitu sijoittuvan keskimääräistä enemmän pakkoa käyttäviin maihin tarkasteltaessa leposide-eristys ja huone-eristys tilastoja (Kuosmanen & Laukkanen 2019).

Joka viidennen akuuttiosaston potilaan on todettu syyllistyvän fyysiseen väkivaltaan sairaalahoidon aikana. (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin, Maguire & European violence in psychiatry research group. 2017). Ennustavina tekijöinä potilaan eristämiseen muista onkin tutkimuksissa tunnistettu mm. fyysinen tai sanallinen aggressiivisuus (Lozzino ym. 2015) ja fyysisen väkivallan yritys tai toteutus (Cullen ym. 2016). Potilasta rajoitettaessa, rajoitetaan itsemääräämisoikeutta ja puututaan henkilön perusoikeuksiin. Rajoitustoimenpiteitä tulee tämän vuoksi käyttää ainoastaan silloin, kun se on välttämätöntä hoidon turvaamiseksi. (Valvira n.d.)

Pakonkäytön ilmenemisen määriin voidaan vaikuttaa kehittämällä hoitomalleja ja käytäntöjä laitos- ja yksikkökohtaisesti. Väkivallan ja pakon ennaltaehkäisyssä sekä hoitokulttuurin ja asenteiden kehittymisessä tehokkainta on henkilöstön jatkuva kouluttaminen, käytäntöjen kehittäminen ja potilaiden sekä heidän omaisten aktiivinen osallistaminen hoitoon. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuormanen & Kärkkäinen 2016.) Potilaan rajoittamistilanteen syntyyn eristämisen tai sitomisen keinoin vaikuttaa moninainen kokonaisuus. Rajoitustoimenpiteen käyttöä ja sen kestoa voidaankin vähentää tunnistamalla toimenpiteeseen johtaneita syitä yksilö- ja ympäristötasolla. (Laukkanen ym. 2022.) Väkivaltaisuuden mittaaminen ja yksittäisten väkivaltakohtausten taustatekijöiden tunnistaminen ovat tärkeässä osassa väkivaltaisilta teoilta suojelevien toimintamallien suunnittelussa. (Lozzino ym. 2015.)

Yksi pakonkäytön vähentämiseen tähtäävä toimintamalli on turvasoluyksikkö. Turvasoluyksiköllä tarkoitetaan osastomoduaalia, johon on keskitetty haastavasti oireilevien potilaiden hoito (Korte 2020, 8). Turvasolumalli on muotoutunut Alankomaissa ja Yhdysvalloissa käytettävien psykiatrista tehohoitoa tarjoavien hoitomallien viitekehyksen mallia mukaillen. (Van Melle, Van der Ham, Widdershoven & Voskes 2021. Voskes, Melle, Widdershoven, Mierlo, Bovenberg & Mulder 2021. Cullen ym. 2016.) Turvasoluyksikön tavoitteena on vähentää pakkokeinojen käyttöä vaihtoehtoisten hoitokeinojen avulla ja tarjota näin inhimillisempää sekä turvallisempaa hoitoa sairauden akuutissa vaiheessa (Korte 2020. 42).

Tässä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää, minkälainen vaikutus turvasoluhoitomallilla on eristys- ja leposidehoidon määrään ja kestoon tarkastelujakson aikana aikuispsykiatrisessa osastohoidossa ja minkälaisia ennustavia tekijöitä pystytään tunnistamaan turvasolua tarvitsevien potilaiden kohdalla. Tutkimus toteutetaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikössä, jossa hoidetaan aikuispotilaita neljällä erillisellä, mutta toistensa yhteydessä toimivalla suljetulla osastolla.

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Opinnäytetyön toimeksiantajana on keskussairaالاتasoinen yksikkö, jonka psykiatrian osastot ovat siirtymässä uusiin tiloihin. Uusissa tiloissa osastorakenne on suunniteltu vastaamaan hoitotyön ajankohtaisiin tarpeisiin ja tilat mahdollistavat paremmin pakonkäyttöä vähentävien hoitomallien toteuttamisen. Nykyiset keskussairaalan tilat ovat vanhat, eikä rakennusta ole alunperin suunniteltu psykiatriseksi sairaalaksi. Nämä elementit asettavat haasteita pakonkäyttöä vähentävien hoitomallien toteuttamiseen ympäristöön liittyvien tekijöiden osalta. Nykyisissä tiloissa käytössä on ollut osastokohtaiset eristystilat ja hoitohenkilöstöä on koulutettu väkivaltatilanteiden hallintaan MAPA-menetelmällä (Management of Actual or Potential Aggression) sekä osastoilla on ollut käytössä safewards- menetelmä, jolla pyritään vähentämään pakonkäyttöä ja konfliktitilanteiden syntyä osastoympäristöissä.

Uudessa sairaalassa tulee olemaan turvasoluyksikkö, johon on kohdistettu ”psykiatrinen tehohoito”, eli haastavasti oireilevat potilaat on mahdollisuus siirtää suljetumpaan ja rauhallisempaan ympäristöön. Turvasolutila mahdollistaa hoitohenkilökunnan läsnäolon lisäämisen, avoeristyksen, huone-eristyksen, leposide-eristyksen, turvahuoneen käytön sekä vähävirikkeisemmän hoitoympäristön. Tarpeen mukaan tilaa voidaan käyttää myös päivystyspotilaan tulohaastatteluun ja tilanteen arviointiin. Turvasolutilan myötä osastokohtaiset eristystilat poistuvat.

Uutta toimintaa pilotoitiin nykyisen sairaalan tiloissa, jotta toimintaa saataisiin vietyä käytäntöön ja suunniteltua mahdollisimman hyvin jo ennen uusiin tiloihin siirtymistä. Pilotointi toteutettiin yhdeksän viikon mittaisena kokeiluna vuonna 2023. Turvasolupilotin toivotaan vähentävän pakonkäyttöä, rauhoittavan aikuisosastojen toipumisympäristöä ja muodostavan toimintamallin haastavasti käyttäytyvien potilaiden kohtaamiseen ja hoitoon. Turvasolussa toteutettavan hoidon tavoitellaan olevan tehokasta ja turvallista niin potilaalle, kuin hoitohenkilökunnallekin. Turvasolupilottiin osallistuva henkilökunta koulutettiin olemassa olevien pakonkäyttöä vähentävien mallien lisäksi käyttämään potilaiden psyykkisen tilan ja väkivaltariskin arviointiin käytettävää brøset Violence Checklist arviointityökalua (BVC) (Liite 1.). (Elämän tähden 2012).

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Tiedonhaku

Keskeisiä käsitteitä tässä työssä ovat pakonkäyttö, pakonkäytön vähentäminen, rajoitustoimenpiteet, huone-eristys, leposide-eristys, turvasoluyksikkö ja psykiatrinen osasto.

Opinnäytetyöhön haettiin tietoa kansainvälisistä tietokannoista PsycINFO, Pubmed, CINAHL complete (EBSCO) ja EBSCOhost. Mukana oli myös yksi kotimainen tietokanta Medic. Hakulausekkeita muodostettiin opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä ja hakuja joilla saatiin tuloksia olivat adult psychiatry AND seclusion AND effectiveness, adult psychiatry AND PICU, psychiatry AND PICU, psychiatry AND seclusion OR PICU, psychiatric unit AND seclusion sekä suomalaisella hakulausekkeella psykiatrinen osastohoito AND pakonkäyttö AND eristys. Lisäksi hakua täydennettiin keskeisillä käsitteillä tehdyn manuaalisen haun ja helmenkalastuksen avulla. Kirjallisessa osuudessa huomioitiin mielenterveyslain asetukset pakonkäytöstä psykiatrisessa sairaalahoidossa ja toimintaympäristön kuvauksessa hyödynnettiin toimeksiantajan materiaaleja turvasolumallin suunnitteluun ja toteutukseen liittyen.

Opinnäytetyöhön valittiin 16 tutkimusta, joista kolme oli toteutettu Suomessa ja muut ulkomailla. Tietokantahaulla löydettiin 10 tutkimusta ja manuaalisella haulla kuusi tutkimusta. Lisäksi tietokantahaun avulla löydettiin suomalaisesta Medic tietokannasta kirjallisuutta, jota hyödynnettiin työn teoreettisessa taustassa. Tiedonhaku on esitetty taulukossa 1.

Tietokanta	Hakusana	Rajaus	Hakutulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu abstraktin ja koko tekstin perusteella
Pubmed	Adult psychiatry AND seclusion AND effectiveness	2014-2024, Free full text, Adults 19+, english	16	1	4
	Adult psychiatry AND PICU	2014-2024, Free full text, Adults 19+,english	7	0	1
EBSCOhost	Psychiatry AND PICU	2014-2024, Full text	0	0	0
	Adult psychiatry AND seclusion		0	0	0
PSsyncinfo	Psychiatry AND seclusion OR PICU	2014-2024, Full text, peer reviewed	106	0	3
	Psychiatric unit AND seclusion		11	0	1
CINAHL complete (EBSCO)	Psychiatry AND seclusion	2014-2024, Full text, peer reviewed, All adult.	1	0	1
Medic	Psykiatrinen osastohoito AND pakon käyttö AND eristys	2014-2024, vain kokotekstit	2	2	0
Manuaalinen haku			7	2	6

Tiedonhaku rajattiin koskemaan vuosia 2014-2024. Huomioon otettiin tutkimukset, jotka käsittelivät aikuispsykiatrissa osastohoitoa ja liittyivät pakonkäytön vähentämiseen tähtääviin toimiin tai sen tarkasteluun tai pakonkäytön esiintymiseen ja sen tarkasteluun tai vaikutuksiin. Lisäksi haku rajattiin koskemaan tutkimuksia, joista oli saatavilla luettavaksi kokoversio ja tutkimusten laadun varmistamiseksi olivat vertaisarvioituja. Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit näkyvät taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston sisäänottokriteerit	Aineiston poissulkukriteerit
Käsittelee aikuispsykiatrilla esiintyvää hoidollista pakonkäyttöä	Ei käsittele aikuispsykiatrialla esiintyvää hoidollista pakonkäyttöä
Julkaisuajankohta vuosina 2014-2024	Julkaistu ennen vuotta 2014
On vertaisarvioitu	Ei ole vertaisarvioitu
Saatavilla koko teksti	Koko teksti ei saatavilla

### 3.2 Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet

Mielenterveystyötä toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa (Vorma 2024). Mielenterveislain mukaista tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan ainoastaan erikoissairaanhoidossa ja hoidon järjestämisestä on vastuu hyvinvointialueella (Mielenterveyslaki 1990/1116 §3). Mielenterveyslaissa säädetään, että täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hän on mielisairas, hänen hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttä tai turvallisuutta tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäviksi. (Mielenterveyslaki 1990/1116 §8.)

Mielenterveislain mukaisesti tarkkailuun asetettuun tai tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaan potilaaseen voidaan kohdistaa hoitojakson aikana pakkotoimia siinä määrin, kun sairauden hoito, hänen tai toisen henkilön turvallisuuden takaaminen tai potilaan edun turvaamisen toteutuminen vaatii. (Mielenterveyslaki 1990/1116 §22a.) Pakkotoimien käytön tavoitteena on pyrkiä

suojelemaan potilasta ja turvaamaan hoidon toteutuminen esimerkiksi aggressiivisuudesta, hoitokielteisyydestä tai hoidon vastustamisesta huolimatta. (Kuosmanen & Laukkanen 2019.) Pakkotoimista puhutaan laissa termillä rajoitus (Mielenterveyslaki 1990/1116 §22a).

Mielenterveyslaissa rajoituksiksi, määritellään yhteydenpidon rajoittaminen, henkilötarkastus ja henkilönkatsastus, liikkumisvapauden rajoittaminen, tahdonvastainen hoitotoimenpide tai tutkimus, hoidollinen kiinnipito, omaisuuden haltuunotto tai omaisuuden tarkastaminen, eristäminen muista potilaista ja sitominen lepositeilla. (Mielenterveyslaki 1990/1116 §22d-22h.)

Tässä työssä pakkotoimista, eli rajoituksista tarkastellaan huone-eristystä ja leposide-eristystä.

### **3.3 Huone-eristys ja leposide-eristys**

Huone- tai leposide-eristyksen käyttö katsotaan erityiseksi rajoitustoimenpiteeksi, jonka toteuttamisen perusteena tulee olla mielenterveyslaissa määrätyt kriteerit. Eristys muista potilaista tulee kyseeseen, mikäli henkilö käyttäytymisellään todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, mikäli hänen käyttäytyminen vakavasti vaikeuttaa muiden hoitoa, vaarantaa oman tai muiden turvallisuuden tai todennäköisesti aiheuttaisi merkittäviä vahinkoja omaisuudelle ja silloin, jos eristäminen on erittäin painavasta hoidollisesta syystä välttämätöntä. (Mielenterveyslaki 1990/1116 §22e.)

Huone-eristyksellä tarkoitetaan potilaan eristämistä muista potilaista turvalliseen tilaan. Eristystilassa tulee olla jatkuva näkö- ja kuuloyhteys hoitohenkilökuntaan ja wc- sekä suihkukäynnit tulee mahdollistaa eristystilan ulkopuolella. Lähtökohtaisesti eristystilat on kalustettu niukasti, esimerkiksi pehmustetuilla huonekaluilla. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen. 2016. 15-16.) Suomalaisten eristystilojen yleisimmät turvallisuuteen liittyvät varustelut olivat kameravalvonta, valvontaikkuna ovesa, hoitajan kutsunappi sekä kaksisuuntainen yhteys kansliaan (Laukkanen, Väänänen, Stenberg, Suvisaari & Kuosmanen 2021. 1-3). Tavoitteena on luoda potilaalle mahdollisimman vähän vaaraa aiheuttava ympäristö. Potilaan ja hoitajan välisen

hoitosuhteen on tarkoitus jatkua tiiviinä läpi huone-eristyksen. Hoitohenkilökunnan tehtävä on huone-eristyksen aikana etsiä aktiivisesti potilaan kanssa keinoja tilanteen rauhoittamiseksi. Potilaan huone-eristäminen ei ole koskaan rangaistus, vaan toimenpide, jolle on selkeä syy, tavoite ja tarkoitus. (Makkonen ym. 2016. 15-16 & 35.)

Leposide-eristyksellä tarkoitetaan sitä, että henkilö sidotaan tähän tarkoitukseen erityisesti valmistetuilla leposidevöillä sänkyyn. Leposide-eristyksen tulee aina olla viimeinen käytettävä rajoitustoimenpide ja lievempiä rajoituksia on kokeiltava ensisijaisena toimena. Potilaan ollessa sidottuna, tulee tällä olla jatkuva ja välitön näkö- ja kuuloyhteys hoitohenkilökuntaan, joka tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitajan tulee olla jatkuvasti sidotun potilaan vierellä. Riittävästä hoidon ja huolenpidon turvaamisesta vastaa potilaalle nimetty vastuuhoidtaja. Wc- ja suihkukäynnit sekä ruokailu on mahdollistettava ilman siteitä. (Makkonen ym. 2016. 16.)

Saksassa eristyshuoneen määritelmä on verrattavissa suomalaiseen eristyshuoneeseen; lukittava huone, jossa lähtökohtaisesti patja lattialla ja mahdollisesti wc. Myös kaikenlainen fyysinen rajoittaminen ja vapautta rajoittavat laitteet, kuten vuoteissa olevat vyöt, sängyissä oleva laidat tai tuolin eteen kiinnitetyt pöydät katsotaan pakkotoimeksi. (Steinert ym. 2020.) Laukkanen ym. (2022) tuovat esiin tutkimuksessaan, että Australiassa ja USA:ssakin potilaan eristämiseen psykiatrisessa sairaalahoidossa liittyvät käytänteet ovat hyvin samankaltaisia kuin Suomessa. Kaikissa maissa potilaan rajoittaminen sitomalla ei ole lain mukaan sallittu toimenpide, vaan se on korvattu kiinnipidolla. (Laukkanen, Marin, Holopainen, Kuosmanen 2022.)

Potilaan näkökulmaa eristämistilanteissa on tutkittu ja useimmiten eristäminen ja sitominen liitettiin negatiivisiin tunteisiin, kuten rangaistuksen ja ahdistuksen tunteeseen. Potilaiden subjektiivisilla käsityksillä eristystoimenpiteisiin on suuri yksilöllinen vaihtelu. Huone-eristys kuitenkin koetaan yleisesti hyväksyttävämmäksi kuin sitominen. Mikä selittyy osaltaan toimenpiteen vähemmän kajoavan luonteen vuoksi. (Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi. 2019.)

### 3.4 Pakkokeinojen esiintyvyys

Suomessa toteutetussa rekisterianalyysissä selvitettiin pakkokeinojen esiintyvyyttä psykiatrisessa osastohoidossa aikuispotilaiden keskuudessa viimeisen 20 vuoden ajalta. Tutkimusajankohta sijoittui vuosille 1995-2014 ja tarkoitus oli selvittää valtakunnallisesta potilastietorekisteristä poimittujen tietojen avulla pakkokeinojen käytön yleisyyden suuntausta tutkimusaikavälillä ja vaihteluja eri hoidon tarjoajien sekä alueiden välillä. Tutkimusaineisto oli laaja ja sisälsi 226 984 potilasta, joiden lopullinen pakkotoimien rekisteröity määrä oli 49 731 havaintoa. Hoidontarjoajia oli 92. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka yleinen trendi on tukenut pakkokeinojen vähentämiseen psykiatrisessa sairaalahoidossa, ei todellisuudessa pakkokeinojen käytön esiintyvyys ole juurikaan laskenut. Eniten käytetty pakkotoimi läpi tutkimusajanjakson oli potilaan eristäminen muista. Pakkoinjektion ja fyysisen rajoittamisen esiintyvyydessä oli vaihtelua, mutta esiintyvyys lisääntyi tarkastelujakson loppua kohden. Potilaan sitominen oli ainoa pakkotoimi, jonka esiintyvyys oli laskusuuntainen läpi tarkastelujakson. Suurin esiintyvyys pakkokeinojen yleisessä käytössä sijoittui Itä-Suomeen (11,3-11,7%), Etelä- ja Länsi-Suomen esiintyvyys oli lähes samanlainen (10% ja 9,9%) ja Pohjois-Suomen sekä Ahvenanmaan esiintyvyydet pienimmät (7,2-7,6% ja 4,7-6,5%). ( Välimäki, Yang ,Lantta , Pekurinen ,Anttila & Normand 2019.)

Saksassa toteutettiin rekisterianalyysitutkimus, jonka tavoitteena oli tutkia muuttuiko pakkokeinojen käyttö 15 vuoden tarkasteluajanjaksolla (N=1038239) ja oliko orgaanista häiriöitä sairastavien ja muiden potilasryhmien välillä eroa pakkokeinojen esiintyvyydessä. Tuloksista kävi ilmi, että orgaanisista häiriöistä kärsivien, eli vanhuspsykiatrian puolella pakkokeinojen käytön kohteena olevien tapausten määrä laski 28,4 prosentista 10,5 prosenttiin. Yleispsykiatrian puolella pakkokeinojen lasku oli vain 7,0 prosentista 5,2 prosenttiin. Pakkokeinojen kumulatiivisen keston havaittiin myös laskevan vanhuspsykiatriassa huomattavasti (96,6h -> 79,6 h) ja yleispsykiatriassa se puolestaan nousi tarkastelujakson aikana (32h -> 43,5h). Tutkimuksesta oli havaittavissa myös selkeä trendi vanhuspsykiatrialla käytettyjen pakkokeinojen kohteena olevien tapausten jatkuvasta laskusta. Yleispsykiatrian osastolla pakkokeinojen käytön yleisyys pysyi melko samana. Tuloksia analysoidessa on otettava huomioon, että Saksassa on vasta vuonna 2015 määrätty laki, joka velvoittaa ilmoittamaan

kaikista eristäytymisistä, potilaan sitomisesta, hätälääkityksestä sekä tahdosta riippumattomasta lääkityksestä keskusrekisteriin. Tätä ennen tietojen seuranta ja merkintä on ollut sairaalakohtaista, eikä kaikki ole järjestelmällisesti tietoja kerännyt. Näinollen ennen vuotta 2015 kerätyt tiedot voivat olla vajavaisia, mutta tutkimuksessa oli kuitenkin arvioitu, että otokset ovat riittävän edustavia muutoin, paitsi pakkolääkityksen osalta, joka jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, koska sen raportoinnissa oli eniten puutteita tai sitä ei raportoitu lainkaan. Tutkimukseen osallistuneiden sairaaloiden pakkokeinojen määritelmät olivat kuitenkin samat yleispsykiatrialla ja vanhuspsykiatrialla. (Steinert, Hirsch, Goebel, Snellgrove & Flammer 2020.)

### **3.5 Pakonkäytön vähentämisen keinot**

Joka viides akuuttiosaston potilas syyllistyy fyysiseen väkivaltaan sairaalahoidon aikana (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin & Maguire. 2017). Väkivaltaisuuden mittaaminen ja yksittäisten väkivaltakohtausten taustatekijöiden ymmärtäminen ovat tärkeässä osassa henkilökunnan ja potilaiden väkivaltaisilta teoilta suojelevien toimintamallien suunnittelussa (Lozzino ym. 2015).

Henkilöstön koulutus ja verbaliset de-eskalaatiotekniikat ovat yhteydessä pakonkäytön vähäiseen käyttöön (Fernández-Costa ym. 2020). Suurimmassa osassa suomalaisista sairaanhoitopiireistä on käytössä jokin väkivaltatilanteiden hallintakoulutus henkilökunnalle. Tällaisia ovat mm. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression), AVEKKI (Aggression ja Väkivallan Ennakointia sekä hallintaa ja toimintatapamalli sisältää Kouluttamista, Kehittämistä sekä yhteiskuntaan Integrointia) , HTFR (Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen) ja AHHA (Aggression Hoidollinen Hallinta). Väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksien elementtejä ovat moniammatillisuus, henkilökunnan ja potilaiden osallisuus, johdon tuki ja hyväksyntä, asenteiden muutokset, ennaltaehkäisy, vähemmän rajoittavat vaihtoehdot sekä jatkuvan arvioinnin ja palautteen kulttuuri. Väkivallan hallintakoulutukset muodostavat linjan, jossa ensisijaisina keinoina käytetään vuorovaikutusta, ennakointia ja mahdollisimman vähäistä rajoittamista ja viimeisinä vaihtoehtoina fyysisiä keinoja. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016.)

Eristämistilanteen syntyyn ja sen kestoon voidaan vaikuttaa yksilöllisellä hoidon suunnitellulla, joka tarkoittaa yksilöllisen hoitosuunnitelman tekoa ja eristystilanteisiin johtavien laukaisevien tekijöiden tunnistamista (Laukkanen ym. 2022). Varhainen puuttuminen potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen valikoitujen mittareiden sekä objektiivisen riskinarvioinnin avulla on tärkeää, jotta voidaan käyttää ei-kajoavia toimenpiteitä (Fernández-Costa, Gómez-Salgado, Fagundo-Rivera, Martín-Pereira, Prieto-Callejero & García-Iglesias 2020). Eristämiseen liittyvien riskien potilaskohtaisen arvioinnin on todettu myös vähentävän eristystilanteiden johtavia tilanteita. Tässä apuna voi toimia päivittäisen havainnoinnin lisäksi erilaiset haasteellista käyttäytymistä mittaavat arviointityökalut, kuten brøset Violence Checklist (BVC), (Laukkanen ym. 2022.) Joka on standardoitu työkalu jota käytetään aggressiivisen käyttäytymisen riskin arviointiin ja mittaamiseen (Fernández-Costa ym. 2020).

Kuvailevan kyselytutkimuksen avulla kerättiin tietoja Euroopan 17 eri maasta. Tulokset osoittivat eniten käytetyiksi interventioiksi väkivaltaisen potilaan hoidossa fyysisen rajoittamisen, eristämisen muista potilaista sekä lääkeshoidon. (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin, Maguire & European violence in psychiatry research group. 2017.)

Fernández-Costa ym. (2020) tuo esiin, että BVC:n käyttö vähensi väkivallan riskiä sekä mekaanisen rajoittamisen eli sitomisen ja huone-eristyksen käyttöä järjestelmällisessä tarkastelussa (Fernández-Costa ym. 2020). BVC:n tuloksellisuutta tutkittaessa on todettu, että sen standardoidun käytön avulla suhteellinen pakottamisenriski pieneni 27% verrattuna kontrolliryhmään ja eristystapausten kesto lyheni 45%. (Hirsch & Steinert 2019.)

Yksi aggressiotilanteita ja osasto-olosuhteissa tapahtuvia konflikteja vähentävä Englannissa kehitelty ja sieltä Suomeen rantautunut malli on safewards. Safewards- malli pitää sisällään konkreettisia keinoja ja välineitä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Mallissa on kuusi pääkohtaa, joiden on koettu vaikuttavan pakkotoimenpiteiden käyttöön ja aggressiivisuuden syntyyn osastolla ja näiden kuuden kohdan perusteella on luotu 10 erilaista konkreettista toimenpidettä, jotka sopivat erityisesti osasto-olosuhteissa toteutettavaksi.

Näiden de-eskalaatiomenetelmien avulla pystytään vähentämään konfliktien ja aggression syntymistä. Kuusi keskeisintä konfliktien syntyyn ja pakkokeinojen käyttöön johtavaa tekijää ja 10 konkreettista toimenpidettä on esitetty liitteessä 2. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 26-27.) Safewards-intervention todettiin vähentävän konfliktitapahtumien määrää 15% ja eristämistapahtumien määrää 26,4% satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa Lontoossa. (Bowers, James, Quirk, Simpson, Sokeri, Atewart & Hodsoll 2015. 14-16.)

Ympäristöön liittyviä ennaltaehkäiseviä tekijöitä ovat riittävä työntekijöiden määrä, osastopaikkojen riittävyys, yhden hengen potilashuoneen mahdollisuus, henkilökunnan turvajärjestelmien toimivuus ja kulttuurispesifististen palveluiden mahdollistaminen (Laukkanen ym. 2022).

Huone-eristykseen ja tämän kestoon ennaltaehkäisevästi vaikuttavia tekijöitä on tunnistettu olevan potilaiden osallistaminen omaan hoitoon, hoitokeskeinen ilmapiiri, osastoympäristön kiireettömyyden tuntu ja tunne, ettei osasto ole liian täynnä sekä aistimodulaatiomenetelmien eli aistiärsykkeiden hyödyntäminen osana hoitoa. Tällaisia voivat olla esimerkiksi painopeitto, palapeli, musiikki tai terapiapallot. Aistimodulaatiomenetelmien käyttöä tulisi suunnitella yhdessä potilaiden kanssa ja arvioida niiden hyötyä. Aistiärsykkeiden käyttöä varten tulisi olla rauhallinen, huolella suunniteltu aistimodulaatiohuone. (Laukkanen ym. 2022.)

Leposide-eristyksen kestoon vaikuttavat säädösten tunteminen, kuten lepositeiden oikeaoppinen laitto ja käyttö, sitomiseen liittyvien ohjeistuksien arvioiminen ja debriefing tapaamiset eli purkukeskustelut henkilökunnan kesken sitomistilanteen jälkeen ja potilaan kanssa leposide-eristyksen päätyttyä. (Laukkanen ym. 2022.)

Suomessa on viime vuosina pyritty vaikuttamaan pakonkäytön ilmenemisen vähentämiseen psykiatrisessa sairaalahoidossa mm. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2020 julkaiseman mielenterveysstrategian avulla. Strategian yksi viidestä pääpainoalueesta on mielenterveysoikeuksien lisääminen. (Vorma&Ridanpää 2024.) Hankkeen käytännön toimeenpanosta ja

hankkeiden tuesta vastaa terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (Linnanranta 2024). Suomessa toteutettavan mielenterveystyön kehittämiseksi on nähty tarve väestötason mallille mielenterveyden edistämiseksi ja kattava tietopohja joka pitää sisällään informaatiota mielenterveystyön saatavuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta. (Linnanranta 2024.) Osana hanketyötä on perustettu ERA-verkosto (eettisyys itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa). Perustehtävänä verkostolla on pakon vähentäminen tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa. Pakonkäytön vähentäminen on yksi keskeinen toimenpide mielenterveystyön vahvistamisessa. (Björkqvist, Korte, Tammentie-Saren 2024.)

ERA-verkosto koostuu psykiatrisen hoidon moniammatillisesta asiantuntijatiimistä, joiden tavoitteena on jalkauttaa näyttöön perustuvaa tietoa käytäntöön. Verkosto on julkaissut marraskuussa 2024 käsikirjan eristämisen ja sitomisen kansallisista laatuksenteereistä. (Björkqvist ym. 2024.) Käsikirjan tarkoituksena on muodostaa yhtenevät kansalliset kriteerit sitomisen ja eristämisen käytänteisiin sekä tuoda esiin ja jäsentää ammattilaisilta vaadittavia taitoja sekä rakenteisiin liittyviä edellytyksiä sitomisen ja eristämisen ennaltaehkäisemiseksi. Käsikirja painottaa myös laadukkuutta ja turvallisuutta rajoitustoimien toteuttamisessa. (Björkqvist ym. 2024.)

Useissa muissakin maissa on viime vuosikymmenien aikana pyritty tekemään linjauksia pakonkäyttöä vähentävien toimenpiteiden ja pakkotoimien linjauksien ja säännöksiin suhteen. Fernández-Costa ym. (2020) ja Chieze ym. (2019) tuovat tutkimuksissaan esille, että tarve pakkotoimien käyttöä ohjaaville linjauksille on nähty myös kansainvälisesti. Tähän on pyritty vaikuttamaan mm. EUNOMIA-hankkeella, jonka tavoitteena oli muodostaa eurooppalaiset suuntaviivat pakkokeinojen käytön interventio-, täytäntöönpano- ja valvontatoimenpiteille. (Fernández-Costa ym. 2020. Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi. 2019.) Tanskassa puolestaan on kehitetty HIC-malli, jonka tavoitteena on paitsi pakon käytön vähentäminen, myös hoitotyön laadun parantaminen (Melle, Ham, Widdershoven & Voskes 2021). Saksassa, jossa viimeisen kymmenen vuoden aikana on julkaistu sekä näyttöön perustuva pakkokeinojen ehkäisemistä koskeva ohjeistus (2018), että sähköinen potilastietojärjestelmä, johon on määrätty pakollisena kerättäväksi tieto pakkokeinojen, mekaanisen

rajoittamisen ja eristyksen käytöstä 2015 vuodesta alkaen. Tämä mahdollistaa vertailun pakkokeinojen esiintyvyydessä ja käytössä. (Steinert, Hirsch, Goebel, Snellgrove & Flammer 2020.)

Myös Cowman ym. (2017) tuovat esiin tutkimuksensa johtopäätöksenä, ettei Euroopan maissa ole väkivallan hallintaan liittyvissä menettelytavoissa tai politiikassa selkeää linjausta ja käytännöt ovat hajanaisia.

### **3.6 Pakonkäyttöön johtavat tunnistetut ennustekijät**

Potilaan eristämiseen johtaviksi ennustekijöiksi on tutkimuksissa pystytty tunnistamaan kiihtynyt käyttäytyminen, sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus, (Fernández-Costa ym. 2020. Cullen ym. 2016) fyysisen väkivallan yritys tai toteutus, päällekkarkaus, itsehillinnän puutos ja muille suunnattu huutaminen (Cullen ym. 2016). Ennustavaksi tekijäksi todettiin myös miessukupuoli kahdessa tutkimuksessa (Fernández-Costa ym. 2020. Lozzino, Ferrari, Suuri, Nielssen & De Gimoraldi 2015.) ja yhdessä tutkimuksessa päinvastaisesti naissukupuoli. Tässä samaisessa tutkimuksessa kuitenkin PICU:n käytön ennusmerkiksi pystyttiin tunnistamaan miessukupuoli. (Cullen ym. 2016.) Lisäksi ennustekijöiksi nousi nuori ikä (alle 45 vuotta), ensimmäiset seitsemän osastohoito päivää (Cullen ym. 2016), skitsofreniadiagnoosi ja historiassa esiintynyt itsetuhoisuus tai aggressiivisuus (Lozzino, Ferrari, Suuri, Nielssen & De Gimoraldi 2015).

Väkivallan esiintymistä raportoitiin enemmän osastoilla, joissa valtaosa potilaista oli miehiä, tahdosta riippumattomassa hoidossa ja heillä oli alkoholiriippuvuus (Lozzino, Ferrari, Suuri, Nielssen & De Gimoraldi 2015).

Psykiatrisen intensiivihoidon ( psychiatric intensive care unit PICU ja turvatila) yksikön käytön ennusmerkeiksi on tunnistettu miessukupuoli ja alle 38 vuoden ikä (Cullen ym. 2016. Lahti, Berg, Vainila, Korte, Toikka, Makkonen, Varvikko, Lindroos & Mishina. 2022. 62). Diagnooseista on pystytty tunnistamaan ennustavaksi tekijäksi kaksisuuntainen mielialahäiriö (Cullen ym. 2016) ja eielimellinen psykoottinen häiriö (Lahti ym. 2022. 62). PICU:un siirtymisen todennäköisyys laski merkittävästi ensimmäisten seitsemän hoitopäivän jälkeen. Potilaan käyttäytymiseen liittyviä tunnusmerkkejä ennen siirtoa olivat

aggressiivisuus (sanallinen tai fyysinen), omaisuuden tuhoaminen tai esineen heittäminen muita kohti, karkaaminen tai karkausyritys, fyysinen väkivaltaisuus muita kohtaan ja sanallinen uhkaus. (Cullen ym. 2016.)

### 3.7 Turvasoluyksikön käyttö

Turvasolulla tarkoitetaan psykiatristen osastojen välittömässä yhteydessä olevaa erillistä tai eriytettyä osastomoduaalia, johon on keskitetty haastavasti oireilevien tai käyttäytyvien potilaiden hoito (Korte 2020, 8). Turvasolussa on enemmän henkilökuntaa potilasta kohden verrattuna tavanomaiseen osastoympäristöön ja henkilökunta on koulutettu erityisesti haastavasti ja väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaiden hoidon ja voinnin arviointiin (Cullen, Bowers, Khondoker, Pettit, Achilla, Koeser, Moylan, Baker, Quirk, Sethi, Stewart, McCrone & Tulloch 2016). Turvasolutilassa on mahdollisuus lisätä hoitajan jatkuvaa läsnäoloa, taata rauhallisempi ja vähävirikkeisempi ympäristö, mahdollistaa yksityishuone ja tarvittaessa huone- eristää tai leposide- eristää potilas. Tavoitteena on vähentää pakkokeinojen käyttöä vaihtoehtoisilla hoitokeinoilla ja tarjota näin inhimillisempää hoitoa. Hoito on myös turvallisempaa sairauden akuutissa vaiheessa sekä potilaalle, että hoitohenkilökunnalle. (Korte 2020, 42.)

Toikan (2023) tekemässä pro gradu -tutkielmassa haastateltiin hoitohenkilökuntaa psykiatrisen intensiivihoidon haitoista ja hyödyistä. Hoitohenkilökunta toi esiin, että potilaan saamat hyödyt liittyvät hoitajan jatkuvaan läsnäoloon, joka mahdollistaa keskustelun ja potilaan valvomisen tavalla, joka on mahdollisesti vähemmän ahdistava kuin pakkokeinojen yhteydessä suoritettu valvonta. (Toikka 2023, 36.) Tämä kävi ilmi myös potilaan näkökulmaa tutkineessa turvasiipi-hankkeessa, jossa turvasolutilaa käyttäneet potilaat toivat hyvänä asiana esiin mahdollisuuden olla yksin, mutta samaan aikaan hoitajan kanssa. Hoitajan läsnäolon koettiin lisäävän turvallisuuden ja tilanteen hallinnan tunnetta. (Lahti ym. 2022. 63-64.) Myös hoitohenkilökunta arvioi hoitajan toiminnan olevan potilaalle näkyvämpää ja potilaan olon katsottiin olevan turvallisempi (Toikka 2023, 36). Kommunikointi hoitajan kanssa turvatilahoidon aikana koettiin tärkeäksi. Potilaat mainitsivat erikseen, että hoitajien esittäytyminen turvatilaan tullessa oli merkityksellinen asia. Hoitajat myös pitivät turvatilassa annettavaa hoitoa inhimillisenä vaihtoehtona, sillä

keskusteluyhteys ei katkea potilaaseen samalla tavalla, kun esimerkiksi huoneeristyksen aikana. Turvasiiven käyttöajat sijoituivat 45 min ja 3pv 20h 30min väliselle haitarille. (Lahti ym. 2022. 62-65.)

Vaikka turvasiipi-hankkeen otos oli pieni (N=7), kävi ilmi, että potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Oman rauhan mahdollistaminen onnistui intensiivitulassa. Tilojen koettiin mahdollistavan sopivan etäisyyden ja yksityisyyden ylläpitoa. Turvatilan kautta osastolle saapuminen tai eristyksen päättäminen turvatilan kautta oli potilaiden mielestä hyvä ja hoidon etenemistä sekä hoidollisuutta tukeva asia. (Lahti ym. 2022. 63-64.)

Kehitysideoiksi potilaat toivat esiin aktiviteetin puutteen. Tilaan toivottiin kodinomaisia virikkeitä, kuten lautapelejä, tietokonetta tai mahdollisuus katsoa tv:tä tai kuunnella radiota. Turvatilaan toivottiin myös ikkunaa ja vapaata kulkua pihalle tai parvekkeelle. Yhteyden ulkomaailmaan koettiin ylläpitävän toivoa. (Lahti ym. 2022. 63-64) Potilaat myös toivoivat turvatilaan kuvallista aikajanaa, josta voisi hahmottaa hoidon kulkua paremmin. (Lahti ym. 2022. 71.)

Hoitotyön kannalta turvatilan hyödyiksi nähtiin potilaan psyykkisen tilan ja levottomuuden arvioinnin helppous ja potilaan ja hoitajan välisen kuilun kapeutumisen kasvokkain tapahtuvan havainnoinnin johdosta. Välillisiä hyötyä olivat muiden osastoympäristöjen rauhoittaminen ja yleisen työturvallisuuden parantuminen. (Toikka 2023, 36.) Turvatilahoidon hyöty verrattuna eristyshoitoon on potilaan jatkuva näköyhteys hoitajaan. Pelkkä hoitajan läsnäolo rauhoittaa potilasta. (Lahti ym. 2022. 82.)

Turvasolumalli on rantautunut Suomeen ulkomailta. Hollannissa kehitetty vastaava hoitomalli tunnetaan nimellä high and intensive care (HIC), jossa päätavoitteena mielenterveyshoidon akuuttivaiheen laadun parantaminen ja pakon vähentäminen kuusiportaisen hoitomallin avulla joka ulottuu osin myös yhteistyöhön avohoidon kanssa. (Melle, Ham, Widdershoven & Voskes 2021. Voskes, Melle, Widdershoven, Mierlo, Bovenberg & Mulder 2021.) Viiden vuoden seurannassa 25 laitoksen osalta todettiin, että HIC- mallia systemaattisesti käyttäneillä osastoilla pakonkäyttö oli vähentynyt (Melle, Gerritsen, Zomer,

Noorthoon, Mulder, Widdershoven & Voskes 2021). Myös kolmen vuoden tarkastelujaksolle sijoittuvassa tutkimuksessa Hollannissa on HIC- mallin todettu vähentävän pakkokeinojen määrää 42 prosenttia ja potilaiden suhtautuminen hoitoon oli myönteistä (bierboom, Lorenz-Artz & Bongers. 2017). Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa vastaava psykiatrinen tehohoito tunnetaan nimellä PICU. (Cullen ym. 2016.)

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa kartoitettiin osastorakenteen ja henkilökunnan asenteiden sekä kokemusten merkitystä toimintatavoille tilanteissa, joissa potilas tarvitsee rajoitustoimia. Tutkimuksessa haastateltiin 207 henkilökunnan jäsentä 18 eri sairaalasta luoteis-Englannista ja Lontoosta. Sairaalaosastot oli valittu niin, että osalla osastoista oli välitön pääsy sekä huone-eristykseen, että PICU- yksikköön (psychiatric intensive care units) ja osassa nämä ei ollut saatavilla, vaan niihin potilaan siirtäminen vaati esimerkiksi erillisen lähetteen tai kuljetuksen. Tutkimuksessa kartoitettiin kyselylomakkeiden sekä videomateriaalin avulla hoitajien taustatietoja, altistumista aiemmille väkivaltatilanteilla ja päätöksentekoa suhteessa aggressiivisen potilaan hillitsemistoimien aloittamisen tarpeeseen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että osastoilla, joissa potilas oli mahdollista huone-eristää, katsottiin se hyväksyttävämpänä toimenpiteenä potilaan käyttäytymisen hillitsemiseksi. Osastot, joissa eristysmahdollisuutta ei ollut, käyttivät he enemmän ”avoimen alueen eristystä”, eli siirtymistä potilaan kanssa rauhallisempaan tilaan hoitajan ollessa läsnä ja apuna potilaan rauhoittumisessa. PICU:n sijainti osaston välittömässä läheisyydessä poisti avoimen eristyksen tarpeen osastolla, koska potilas pystyttiin siirtämään tehohoitoyksikköön. Hoitajien päätöksenteko aggressiivisen potilaan hillitsemisen aloittamiseksi suhteessa osaston rajoitusmahdollisuuksiin näyttäytyi siten, että osastoilla joissa ei ollut välitöntä yhteyttä eristyshuoneen tai PICU:N käyttöön, reagoitiin tilanteiden eskaloitumiseen suuremmalla viiveellä, kun osastoilla joissa PICU:un tai huone-eristykseen siirto oli mahdollista. (Pettit, Bowers, Tulloch, Cullen, Biggin Moylan, Sethi, McCrone, Baker, Quirk & Stewart 2017.)

Turvasolun käyttöön liittyvää aiempaa tutkimustietoa Suomesta on tarjolla niukasti. Aiemmat tutkimukset keskittyvät lähinnä turvasolutilan käytön kehittämiseen ja käyttöönoton tarkasteluun (Korte, 2020. Toikka, 2023) sekä

hoitohenkilökunnan kokemusten (Lahti ym. 2022. Karvinen, Laasonen. 2022) ja johtamisen tarkasteluun (Karvinen, Laasonen. 2022). Osana turvasiipi-hanketta on tutkittu pienellä otannalla potilaiden ominaisuuksia sekä kokemuksia turvatilahoidosta (Lahti ym. 2022). Ulkomailla intensiivihoidon hyötyjä on tutkittu enemmän ja näyttöä intensiivihoidon pakonkäyttöä vähentävästä vaikutuksesta on enemmän (Melle ym. 2021. Bierboom, Lorenz-Artz & Bongers. 2017).

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää turvasoluhoitomallin vaikutuksia eristys- ja leposidehoidon määrään ja keston aikuispsykiatrisessa osastohoidossa sekä tunnistaa potilaskohtaisia turvasoluhoitomallin käyttöön johtavia ennustavia tekijöitä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa lisää tietoa turvasoluyksikön tuloksellisuudesta pakonkäytön vähentämisen keinona ja auttaa ymmärtämään ennusmerkkejä, jotka johtavat turvasolumallin käyttöön. Ennusmerkkien ymmärtäminen ja tunnistaminen on tärkeässä asemassa pakonkäytön vähentämisen keinojen tunnistamisessa ja kehittämisessä. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa voidaan hyödyntää mielenterveyshoitotyön kehittämisessä ympäristöissä, joissa tarjotaan psykiatrista osastohoitoa.

Tutkimuskysymykset:

-Minkälainen vaikutus turvasoluhoitomallilla oli huone- ja leposide-eristyksen määrään ja keston tarkastelujakson aikana aikuispsykiatrisessa osastohoidossa?

-Minkälaisia ennustavia tekijöitä pystytään tunnistamaan turvasolumallia käyttäneiden potilaiden kohdalla?

## 5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1 Määrällinen tutkimus

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena, eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisen tutkimuksen kuvataan kohdentuvan muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Tutkimuksen tarkoitus voi olla kuvaileva, selvittävä, vertaileva tai ennustava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 55-60.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen tarkoitus on selvittävä ja vertaileva. Tutkimusasetelmana on pitkäikäistutkimus, jossa aineisto kerättiin kahtena eri ajankohtana. Pitkäikäistutkimukselle tyypillistä on, että aineisto kerätään useammin kuin kerran ja tutkimusilmiö säilyy samana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 56.) Määrällinen tutkimus, jossa tutkimusasetelmana on pitkäikäistutkimus vastaa tässä opinnäytetyössä esitettyyn tutkimuskysymykseen parhaiten, sillä pitkäikäistutkimuksella voidaan tuottaa tietoa ja ymmärrystä, joka auttaa kehittämään palvelujärjestelmää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 57.)

### 5.2 Aineiston keruu

Aineistona käytettiin kahta valmista luonnollista aineistoa. Luonnollisella aineistolla tarkoitetaan sellaisia aineistoja, jotka ovat olemassa tutkimuksesta riippumatta (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2020,108). Tässä opinnäytetyössä aineistot ovat osa aikuispsykiatrian osastojen aluehallintovirastolle tekemää pakkotoimien käytön seurantaa, sekä osin sairaalasuunnittelua ja hoitotyön kehittämistä varten tehtyä tilastointia uuden hoitomallin käyttöasteesta. Lopullisen koko aineiston laajuus huomioiden (yhteensä 92 havaintoyksikköä) toteutettiin opinnäytetyö kokonaistutkimuksena, jossa jokainen tehty havainto rekisteröidään lopulliseen tilastointiin. Kokonaistutkimus on yleensä järkevää tehdä, kun kyseessä on pieni, esimerkiksi alle 100 havaintoyksikköä kattava populaatio tai se on muutoin olemassa olevan järjestelmän avulla tehtävissä (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2019, 27).

Ensimmäinen aineistoista (N=47) on Word- tiedosto vuoden 2022 eristysseurantatilastoinneista kertynyttä dataa, joka luovutetaan opinnäytetyön

tekijän käyttöön anonymisoituna. Aineisto kattaa 9 viikon ajanjaksolta kerätyn seurannan, joka pyrittiin keräämään ajallisesti mahdollisimman samalta aikaväliltä, kun toinen aineisto. Toinen aineisto (N=45) on vuoden 2023 turvasolupilotoinnin 9 viikon ajanjaksolta kerättyä dataa. Aineisto luovutettiin opinnäytetyön tekijälle EXCEL-muodossa, sellaisenaan kun työntekijät ovat sen pilotoinnin ajalta kirjanneet. Myös tämä aineisto on valmiiksi anonymisoitu, eikä yksittäisiä henkilöitä ole sen perusteella mahdollista tunnistaa.

Ensimmäisen aineiston keruuajana osastojen eristystoimia toteutettiin siten, että aineistonkeruuseen osallistuneista neljästä osastosta kolmella oli käytössä osastoyhteydessä oleva huone-eristys sekä leposide-eristys. Osastolla, jossa näitä ei ollut välittömässä yhteydessä käytettiin muiden aikuisosastojen eristystiloja tarpeen mukaan. Jälkimmäisen aineiston aikaan neljän aikuisosaston eristystoimet oli keskitetty erilliseen turvasolutilaan, joka sijaitsi vastaanotto-osastona toimivan osaston välittömässä yhteydessä. Turvasolutila oli muodostettu eriyttämällä lasiovin vastaanotto-osaston tilat kahteen osaan. Turvasolutilassa oli yksi huone-eristys sekä yksi leposide-eristys ja lisäksi turvatilahuone ja tarkkailuhuone, jotka mahdollistivat hoitajan jatkuvan läsnäolon potilaan luona. Turvasolun käytössä oli myös yksi eristys, joka ei rakennusteknisistä syistä sijainnut turvasolun välittömässä yhteydessä, mutta oli käytössä tarvittaessa lähimmällä aikuisosastolla.

Työelämäyhteistyökumppanin kanssa on sovittu, että aineistot luovutetaan opinnäytetyön tekijän käyttöön organisaation turvasähköpostin välityksellä tutkimuksen tekemisen ajaksi ja tutkimuksen valmistuttua opinnäytetyön tekijä hävittää aineistot jotka on saanut käyttöönsä.

Alkuperäiset aineistot säilyvät toimeksiantajaorganisaatiolla ja opinnäytetyöntekijälle toimitetut kopiot säilytetään opinnäytetyöntekijän salasanalla suojatulla tietokoneella sekä varmuuskopioidaan Tampereen ammattikorkeakoulun OneDrive- pilvipalveluun, johon kirjautuminen vaatii kaksivaiheisen tunnistautumisen. Aineiston jäsentelyn tukena käytetyt paperiversiot säilytetään opinnäytetyön tekijän työpaikalla (toimeksiantajaorganisaatio) lukitussa kaapissa, johon ainoastaan

opinnäytetyöntekijällä on avain. Aineistonhallintasuunnitelma opinnäytetyölle on tehty Dmp- tuuli ohjelmiston avulla (DMPTuuli. N.d.).

### 5.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta kahden aineiston pohjalta. Tuloksia avatessa puhutaan ensimmäisestä aineistosta, joka on vuoden 2022 aineisto ja toisesta aineistosta, joka on turvasolupilotoinnin ajanjakson aineisto vuodelta 2023. Lopullisten aineistojen laajuus oli ensimmäisen aineiston kohdalla N=47 ja toisen aineiston kohdalla N=45.

Ensimmäisessä aineistossa tarkasteltavina muuttujina olivat potilaan eristyshoidon laatu (leposide- eristys vai huone-eristys) sekä käytössä olleen eristystoimen ajallinen kesto. Aineistosta rajattiin ennen käsittelyä pois nuoriso-osaston eristyshoitoa käyttäneet potilaat.

Toinen aineisto oli kattavampi ja piti sisällään eristyshoidon laadun ja ajallisen keston lisäksi tiedot potilaan sukupuolesta, iästä, muista käytetyistä pakkotoimista ja diagnoosista/diagnooseista. Lisäksi aineistosta kävi ilmi, kuinka kauan potilas vietti aikaa turvasoluhoidossa.

Aineistot muokattiin yhtenäiseen muotoon tehden molemmista aineistoista EXCEL- tiedostot. Tässä vaiheessa aineistot yhtenäistettiin niin, että jäljelle jäivät muuttujat, joita opinnäytetyön tutkimuskysymyksen selvittämisen kannalta olivat olennaisia. Tarkasteltavia muuttujia olivat huone-eristys, leposide-eristys ja turvasoluhoido. Muuttujien tarkasteltavina ominaisuuksina olivat ajalliset kestot sekä havaintojen määrät.

Lisäksi toisesta aineistosta tutkittiin muuttujia, joita olivat ikä, sukupuoli ja diagnoosi. Näitä muuttujia verrattiin tarpeeseen käyttää huone-eristystä tai leposide-eristystä ja näin muodostettiin käsitys eristystoimiin johtavista ennustekijöistä.

Aineiston analyysi tehtiin SPSS -ohjelmistolla. Tilastolliset ohjelmistot sopivat parhaiten kvantitatiivisten tutkimusaineistojen käsittelyyn ja analysointiin, sillä ne ovat juuri tilastoaineistojen analysointiin kehitettyjä ohjelmistoja. (Heikkilä 2014, 118.) SPSS -ohjelmistoon muodostettiin kummastakin aineistosta omat havaintomatriisit. Havaintomatriisilla tarkoitetaan muuttujista luotua taulukkoa (Heikkilä 2014, 120.). Havaintomatriisi toimii tilastollisen analyysin lähtökohtana (Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen. 2019. 38.). Taulukon muuttujat koostuivat käytetystä rajoitetoimenpiteestä ja sen ajallisesta kestosta sekä turvasolun käytöstä ja ajallisesta kestosta. Nämä muuttujat yhdessä loivat havintosarjan. Havintosarja muuttujineen määriteltiin juoksevalla numeroinnilla ja tarvittu eristystoimenpide merkitsemällä rajoitekoodi 400 (huone-eristys) tai 500 (leposide-eristys). Rajoitetoimenpidekoodit perustuvat mielenterveyslakiin sekä sosiaali- ja terveysministeriön viralliseen ohjeeseen pakkotoimien merkitsemisestä psykiatrisessa hoidossa. (STM N.D., Mielenterveyslaki 22k §4) ja turvasoluhoidon kyllä vastauksen kohdalle merkittiin toteutuneen toimenpiteen ajallinen kesto. Esimerkki havaintomatriisista taulukko 3.

Taulukko 3.

Nimi	Rajoite 1.	aika	Rajoite 2.	aika	Turvasolu	aika
1.	400	22:11	-	-	Kyllä	29:00
2.	400	3:30	500	30:40	Kyllä	253:00
3.	-	-	-	-	Kyllä	5:20

Toisen aineiston diagnoosit luokiteltiin selkeyden vuoksi ICD-10 (THL, 2011) tautiluokituksen mukaisesti seitsemään eri pääluokkaan, jonka alle havainnoissa esiintyvät diagnoosit sijoitettiin. (Liite 3.) Lisäksi potilaiden ikähavainnoista muodostettiin kuusi tasavälistä luokkaa.

SPSS -ohjelmiston avulla pystyttiin aineistosta luomaan frekvenssitaulukoita, joiden avulla pystyttiin taulukoimaan kategoriset muuttujat eli laskemaan esimerkiksi eristystoimenpiteiden lukumäärät eli frekvenssit. (Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen. 2019. 42.) Jatkuvista muuttujista eli iästä ja diagnooseista tehtiin luokat ja luokittelu pyrittiin toteuttamaan siten, että frekvenssijakauma muuttujien kohdalla saadaan esitettyä selkeimmällä mahdollisella tavalla. Huomioon otettiin myös aineiston luokittelua koskeva ohjeistus, jonka mukaan

luokkia olisi hyvä olla 4-10 ja luokkavälit tulisi olla tasavälisiä. (Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen. 2019. 41-42.)

Ristiintaulukoinnin avulla selvitettiin aineistojen muuttujien välistä suhdetta toisiinsa ja histogrammien avulla pystyttiin kuvaamaan jatkuvien luokiteltujen muuttujien jakaumia (Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen. 2019. 43, 50).

Eri muuttujien välisiä suhteita tarkasteltiin tutkimuskysymyksen mukaisesti. Lopullinen yhteenveto tuloksista tehtiin osin myös päättelämällä ja tilastoinnit aukikirjoitettiin sekä muokattiin työhön lukijaystävälliseen ja ymmärrettävään muotoon.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Vuoden 2022 aineiston tarkastelu

Ensimmäisestä aineistosta kävi ilmi, että eristyshoitoa tarvitsi yhteensä 47 potilasta. Ristiintaulukoinnista voidaan nähdä (taulukko 4), että huone-eristystä käytti 41 henkilöä ja leposide-eristystä 6 henkilöä.

Taulukko 4. Potilaan eristyshoidon laatu 2022

		Tarvitsiko potilas huone-eristystä		Yht.
		Ei	Kyllä	
Tarvitsiko potilas leposide-eristystä	Ei	0	41	41
	Kyllä	6	0	6
Potilaita / Kpl (%)		6 (13)	41 (87)	47 (100)

Keskimäärin huone-eristyksen kesto oli 38h50min. Tuloksia analysoidessa on huomioitava, että eristysseurannasta ilmi tullut yksittäinen havainto eristyksen pitkäaikaisesta käytöstä (262h 40min) voi nostaa tulosta (taulukko 5.).

Taulukko 5. Huone-eristyksen kesto 2022

	Potilaita /kpl	Minimiaika	Maksimi-aika	Keskiarvo
Huone-eristyksen kesto	41	2h5min	262h40min	38h50min

Leposide-eristyksen keskimääräinen kesto oli 5h25min (Taulukko 6.).

Taulukko 6. Leposide-eristyksen kesto 2022.

	Potilaita /kpl	Minimiaika	Maksimi-aika	Keskiarvo
Leposide-eristyksen kesto	6	20min	18h50min	5h25min

## 6.2 Vuoden 2023 aineiston tarkastelu

Toisen aineiston ajanjaksolla turvasolua käytti yhteensä 45 potilasta.

Eristyshoidosta turvasolussa olleista potilaista oli havaintoyksikköjä 20 kappaletta. Heistä 17 henkilöä oli huone-eristyksessä ja leposide-eristystä huone-eristyksen lisäksi tarvitsi 3 henkilöä (Taulukko 7).

Taulukko 7. Potilaan eristyshoidon laatu 2023

		Tarvitsiko potilas huone-eristystä		Yht.
		Ei	Kyllä	
Tarvitsiko potilas leposide-eristystä	Ei	28	17	45
	Kyllä	0	3	3
Yht.		28	20	48
(%)		(58)	(42)	(100)

Huone-eristyksen keskimääräinen kesto oli 25h17min (Taulukko 7).

Taulukko 8. Huone-eristyksen kesto taulukoituna 2023.

	Potilaita/kpl	Minimikesto	Maksimikesto	Keskiarvo
Huone-eristyksen kesto	17	1h30min	122h	25h17min

Leposide-eristyksen keskimääräinen kesto oli 16h 26min (Taulukko 9).

Taulukko 9. Leposide-eristyksen kesto taulukoituna 2023.

	Potilaita/kpl	Minimiaika	Maksimiaika	keskiarvo
Leposide-eristyksen kesto	3	4h	30h40min	16h26min

Turvasolussa vietettiin aikaa keskimäärin 56h9min (taulukko 10). Turvasolun keskimääräisen käyttöajan tuloksessa on huomioitava, että havaintojen merkitsemisessä alkuperäiseen tilastoon on ollut käyttäjäkohtaista eroa ja yksi potilas on merkitty turvatilan huone-eristystä käyttäneeksi, mutta ei kuitenkaan

turvasoluun sisään kirjatuksi samassa havaintorivissä, kuten muissa kirjatuissa havainnoissa on toimittu. Opinnäytetyön tekijä ei kuitenkaan anonymisoidun aineiston perusteella pysty sanomaan, onko samainen potilas kirjattu turvasoluun toiselle havaintoriville ja näinollen havainto kirjattiin havaintomatriisiin sellaisenaan, kun se oli aineistossa esitetty. Tätä yksittäistä poikkeamaa lukuunottamatta aineiston muut havainnot olivat linjassa keskenään.

Taulukko10. Turvasoluhoidon kesto taulukoituna

	Potilaita/kpl	Minimialiaika	Maksimialiaika	Keskiarvo
Turvasoluhoidon kesto	45	0h*	445h30min	56h9min

\*Tulos 0h ; Potilas saapunut suoraan huone-eristykseen ja tämän jälkeen hänet on siirretty eristyksen päättymisen jälkeen suoraan hoitavalle osastolle.

### 6.3 Turvasolun käyttöön johtaneet ennustavat tekijät

Toinen opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä oli turvasolun käyttöön johtaneiden ennustavien tekijöiden tunnistaminen.

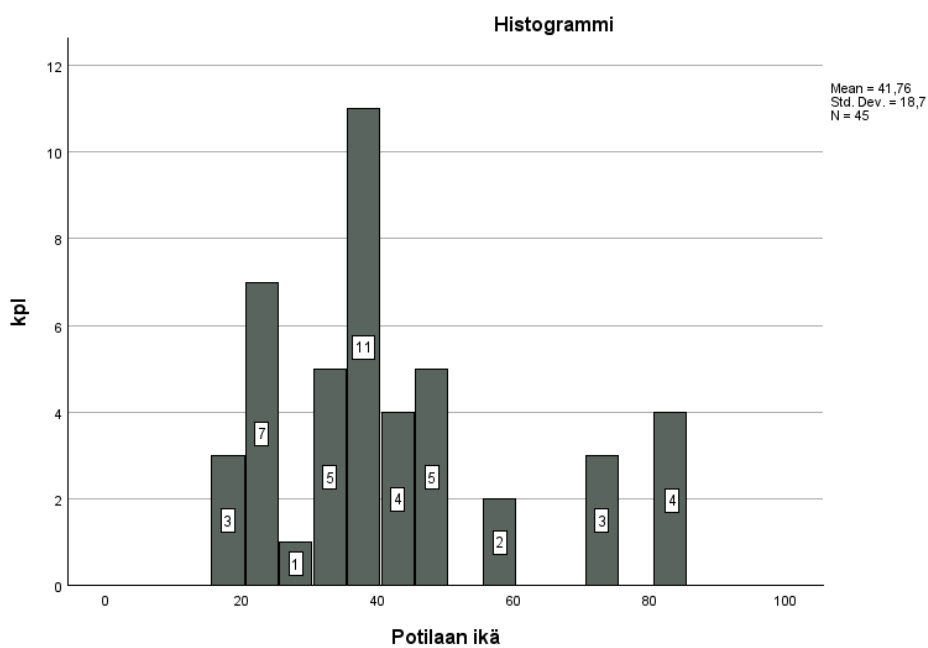
Ennustavien tekijöiden tunnistaminen rajattiin toiseen aineistoon ja koskemaan turvasolutilan käyttöä. Rajaus määräytyi aineistojen mukaisesti. Ensimmäinen aineisto oli sisällöltään niukka, eikä näinollen eristystoimiin johtaneita ennustekijöitä ollut mahdollista tunnistaa.

Vuoden 2023 aineistosta pystyttiin tunnistamaan turvasolutilan käytön ennustavaksi tekijäksi miessukupuoli, sillä turvasolua käyttäneistä 45 potilaasta 28, eli 62% oli miehiä (Taulukko. 11). Muita ennustavia tekijöitä oli alle 44 vuoden ikä ja uusiutuva sairaalajakso. Histogrammissa on esitetty turvasolua käyttäneiden potilaiden ikäjakauma ilman luokittelua, jokainen yksittäinen havainto huomioiden (Kuvio 1.)

Taulukko. 11

		Potilaan sukupuoli		Yhteensä
		Mies	Nainen	
Tarvitsiko potilas eristyshoitoa (leposide tai huone- eristystä)	Ei	14	11	25
	Kyllä	14	6	20
Yhteensä		28	17	45

Kuvio 1. Histogrammi potilaiden ikäjakaumasta



Taulukossa 12. on tarkasteltu potilaan ikää luokiteltuna suhteessa eristystoimen käyttöön.

Taulukko 12. Potilaan ikä suhteessa eristyshoidon tarpeeseen

		Tarvitsiko potilas eristyshoitoa		Total
		Ei	Kyllä	
ikä luokiteltuna	18-24	7	2	9
	25-34	1	6	7
	35-44	10	5	15
	45-54	2	3	5
	55-64	2	0	2
	65 tai yli	3	4	7
Yht.		28	17	45

Turvasolua käyttäneistä potilaista 12 oli ensimmäisellä osastojaksolla ja 30 kohdalla osastojakso oli uusiutuva. 3 potilaan kohdalla tieto puuttui (Taulukko 13).

Taulukko 13. Oliko sairaalajakso ensimmäinen vai uusiutuva.

	kpl	%
Ensimmäinen	12	26,7%
Uusiutuva	30	66,7%
<b>yhteensä</b>	42	93,3%
Tieto puuttuu	3	6,7%
<b>Yhteensä</b>	45	100,0%

Turvasolua käyttäneiden potilaiden diagnoosit ryhmiteltiin ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti seitsemään eri pääluokkaan (liite 3.). Osalla potilaista

oli kaksoisdiagnoosi, joka huomioitiin havaintomatriisia luodessa siten, että jokainen määritetty diagnoosi listattiin omana havaintona joko ensisijaisena tai toissijaisena diagnoosina. Lopullinen diagnoosien määrä oli 53kpl. Luokan 1 (skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö) diagnooseja esiintyi turvasolun käyttäjillä eniten, yhteensä 19 kpl. Toiseksi eniten (10kpl) esiintyi luokan 2 (mielialahäiriöt) diagnooseja.

Skitsofreniaa, skitsotyyppistä häiriötä tai harhaluuloisuushäiriötä sairastavat potilaan käyttivät huone-eristystä eniten (7 potilasta). Elimellistä aivo-oireyhtymää, kuten alzheimerin tautia tai dementiaa sairastavia potilaita oli neljä. Leposide-eristys potilaita oli aikaisemman tutkitun tiedon mukaisesti 3 potilasta. Heistä kahden diagnoosi on ollut skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö, yhdellä potilaalla on diagnoosina ollut elimellinen aivo-oireyhtymä, kuten alzheimerin tauti tai dementia ja yhdellä on ollut jonkin edellisen lisäksi toisena diagnoosina persoonallisuuden häiriö tai muutos.

Huone-eristys ja leposide-eristykseen johtavaksi ennustavaksi tekijäksi pystyttiin nimeämään luokan 1 diagnoosit. (skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö), tähän luokkaan sijoittui huone-eristyksistä 7 potilasta ja leposide-eristyksistä 2 potilasta.

#### **6.4 Tulosten yhteenveto**

Molemmilla aineistojen keruuajanjaksoilla haastavasti oireilevien potilaiden määrä oli lähes sama N=47 ja N=45. Tämä antaa aineistojen vertaamiselle tasaväkisen lähtökohdan.

Ensimmäisen aineiston kohdalla eristyshoitoa tarvitsi yhteensä 47 potilasta. Huone-eristystä käytti 41 henkilöä ja leposide-eristystä 6 henkilöä. Aineistosta ei ollut nähtävissä, käyttikö sama potilas sekä huone-eristystä, että leposide-eristystä.

Toisen aineiston kohdalla turvasolua käytti yhteensä 45 potilasta. Heistä huone-eristystä tarvitsi yhteensä 17 potilasta ja leposide-eristystä huone-eristyksen lisäksi 3 potilasta. Eristystoimenpidettä turvasoluhoidon aikana tarvitsi 17

potilasta, ja eristysajanjaksoja (joko huone-eristys tai leposide-eristys) heillä oli yhteensä 20 kpl.

Taulukossa 14. kuvataan ajallisesti eristystoimien kesto molemmista aineistoista. Turvasoluhoidomalli lyhensi huone-eristyksen kestoja (2022, 38h50min vrt. 2023, 25h17min). Leposide-eristyksen keskimääräinen kesto näyttäytyy pidempänä vuonna 2023 (16h26min.) kuin vuonna 2022 (5h25min), mutta leposide-eristysten määrä on puolet vähäisempi (2022, 6 potilasta vrt. 2023, 3 potilasta.) (Taulukko 6 ja taulukko 9).

Taulukko 14. Vertailutaulukointi ajallisten keskiarvojen välillä

	Keskimääräinen aika	
	2022	2023
Leposide-eristys	5h 25min	16h26min
Huone-eristys	38h 50min	25h17min
Turvasoluhoido		56h9min

Turvasolussa potilas vietti keskimäärin 56 tuntia 9 minuuttia. 45 turvasolua käyttäneestä potilaasta tuona aikana 17 potilasta tarvitsi eristystä ja 28 potilaan psyykinen vointi saatiin tasaantumaan turvasoluhoidomallin keinoin, eikä pakkotoimena käytettävää huone- tai leposide-eristystä tarvittu. Tuloksista voi tehdä päätelmän siitä, että turvasoluhoidomalli vähensi tarkasteluajanjaksolla huone- sekä leposide-eristyshoidon määrää.

Turvasolun käytön ennustaviksi tekijöiksi pystyttiin tunnistamaan miessukupuoli, alle 44 vuoden ikä, uusiutuva sairaalajakso sekä pääluokan 1 (skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö) ja pääluokan 2 (mialialahäiriöt) alle kuuluvat diagnoosit.

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) määrittää ohjeessaan, että tutkimusta tehdessä tulee varmistaa, ettei tieteellisestä toiminnasta aiheudu vaaraa tutkijan tai tutkittavien terveydelle tai turvallisuudelle. Aineistojen anonymisointi toteutettiin jo ennen aineistojen opinnäytetyöntekijälle toimittamista ja siten, ettei missään vaiheessa käynyt ilmi henkilötietoja tai muuta henkilön tunnistamiseen liittyvää informaatiota. Yksittäisiä henkilöitä ei näinollen voi aineiston perusteella tunnistaa. Opinnäytetyöhön valittiin myös aiheen sensitiivisyys huomioon ottaen esitettäväksi aineiston keruun ajanjaksot vain ajanjakson kesto viikkoina ilmoittaen, eikä esimerkiksi tarkkoja päivämääriä tai vuodenaikana. Näin pystytään varmistamaan, ettei opinnäytetyön tutkimuskysymyksen selvittämisestä aiheudu haittaa kenellekään alkuperäisen aineiston muodostumiseen osallisella olleelle henkilölle. Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteiden mukaisesti. (TENK 2023.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitettiin huomiota tutkimuksen validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteettia tarkasteltaessa arvioitiin miten hyvin on onnistuttu mittaamaan sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoitus mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018. 189-190,194-195.) Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata rajoitustoimenpiteiden määrää ja ajallista kestoa sekä tunnistaa ennustavia tekijöitä jotka johtavat turvasoluhoidon käyttöön hoitajakson aikana. Aineistojen muuttujat ja aineiston muodostumisen lähtökohdaksi olleet ilmiöt vastasivat hyvin tämän työn tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin, sillä aineistot olivat juuri näitä ilmiöitä ja niiden seuranta varten luotuja. Tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä sellaisinaan laajempaan joukkoon, sillä tutkimuksen otos oli pieni ja tutkimusta toistettaessa uudella vastaavanlaisista havainnoista koostuvalla aineistolla, oli aineiston muodostumisen lähtökohdat sen hetkisten potilaiden tarpeiden määrittelemät ja näinollen tulokset voisivat olla erilaisia. Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia tarkastelemalla voidaan kuitenkin tehdä päätelmiä ja löytää yhteneväisyyksiä aikaisempien tutkimuksien kanssa.

Reliabiliteettia arvioidessa arvioidaan mittaria, jota tutkimuksessa käytettiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018. 194-195.) Tässä tutkimuksessa

SPSS ohjelmistoon luodut havaintomatriisit ja erilaiset taulukoinnit, joiden avulla pyrittiin löytämään vastaus tutkimuskysymyksiin toimivat tutkimuksen mittareina. Mittarin luotettavuuteen vaikuttivat aineistojen muodostuminen, havaintomatriisien luominen ja näihin vaikuttaneet taustatekijät sekä tutkimuksen tekijän tarkkuus tietoja siirrettäessä.

Aineistojen muodostumiseen ovat vaikuttaneet mittausajanjaksojen potilaat ja heidän sattumanvaraisuus, aineistojen sisältö muodostui siis sen hetkisten potilaiden ja heidän hoidollisten tarpeiden määrittelemänä. Lisäksi aineiston muodostumiseen liittyvä tekijä on rajoitustoimenpiteiden dokumentointi. Dokumentointiin vaikuttaa toimeksiantajaorganisaation ohjeistukset sekä käytänteet rajoitustoimenpiteiden merkitsemisestä. Ohjeistukset ja toimintamallit pakkotoimenpiteisiin ryhtymiseen sekä kirjaamiseen ovat olleet samat molempina aineiston keruuajoina, eikä lakiin tai säädöksiin ole tullut niiltä osin muutoksia. Näinollen aineistojen muodostumisen lähtökohdat voidaan ajatella olleen samat. Alkuperäiset aineistot on poimittu suoraan sairaalan sähköisestä tietokannasta, joka on luotettava ja muuttumaton lähde. Toisessa aineistossa oli huomattavasti enemmän muuttujia, koska aineisto on kerätty pilottiajanjaksolta ja pilotointiprojektin vuoksi tietoja oli kerätty enemmän, jotta voidaan arvioida uuden toimintamallin hyötyjä ja toimintaa on mahdollista kehittää jatkossa. Aineiston muodostumiseen oli myös osallisena useampi hoitaja sekä aineiston kirjaamiseen oli luotu sen hetkisiä tarkoituksia palvelevat ohjeistukset, joiden toteuttamisesta ja tulkinnasta vastuussa oli kukin merkitsijä. Aineistojen siirtovaiheessa, kun on luotu yhteneväiset tiedostot sekä havaintomatriisit, on olemassa mahdollisuus inhimillisiin virheisiin. Tietoja siirrettäessä on pyritty kuitenkin parhaaseen mahdolliseen huolellisuuteen ja tiedot on tarkastettu useaan kertaan opinnäytetyöntekijän toimesta, jotta ne olisivat yhtenäiset alkuperäisten tietojen kanssa.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimuksen toistettavuuden näkökulmasta. Toistettavuutta voidaan arvioida monella eri tavalla, mutta yksinkertaisimmillaan sen voi tehdä arvioimalla analyysien virheettömyyttä ja toistettavuutta. (Nummenmaa 2021. 39-40.) Tässä tutkimuksessa tehdyt analyysit ovat toistettavissa käyttäen samaa aineistoa ja samoja kokeita sekä samaa tilastollista ohjelmistoa. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi

opinnäytetyöntekijä on tehnyt työssä esitetyt analyysit kahteen kertaan ja näin varmistunut, ettei kokeissa ole mukana virheellisiä tai huolimattomasti tehtyjä tuloksia.

Koska tulosten analyysissä käytettiin ristiintaulukointia, olisi tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voitu käyttää myös muuttujien välisien riippuvuuksien arviointiin tarkoitettua khi-neliö- testiä, eli laskea p- arvo ja tämän avulla testata onko otoksessa havaitun riippuvuuden voimakkuus sellaista, ettei sitä voida pitää sattuman aiheuttamana, vaan todisteena perusjoukossa ilmenevästä riippuvuudesta (SPSS tilasto-ohjelman perustoiminnot n.d.). Testin käyttöedellytykset eivät kuitenkaan tässä tutkimuksessa täyty, sillä testissä yksikään havainto ei saa olla 0. (SPSS tilasto-ohjelman perustoiminnot n.d.) Tutkimuksessa turvasolun käyttöajan osalta on yksittäinen 0 merkintä aikahavainnoissa. Lisäksi maksimissaan 20% solufrekvenssin havainnoista voi olla pienempiä kuin 5, jotta testi voidaan tehdä (SPSS tilasto-ohjelman perustoiminnot n.d.).

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa otettiin yhtenä seikkana huomioon se, että opinnäytetyön tekijä työskentelee yhdellä tutkimukseen osallistuneista aikuisosastoista ja siten voi syntyä olettamus, että opinnäytetyöntekijä on voinut vaikuttaa alkuperäisten aineistojen syntyyn. Opinnäytetyöntekijä ei kuitenkaan ole työn luonteen (vuorotyö) johdosta läsnä kaikissa osastolla tapahtuvissa tilanteissa, joissa potilaan psyykkisen tilan heiketessä tulee tehdä arviota toimintamalleista. Lisäksi työskentely tapahtuu osana työryhmää ja päätökset potilaan hoitolinjoihin liittyen tehdään vuorossa olevien hoitajien sekä lääkärin kanssa yhteistyössä. Rajoitustoimet raportoidaan yhteisen, mielenterveyslaissa määritellyn linjauksen mukaisesti ja toteutuneita rajoitustoimenpiteitä valvoo aluehallintovirasto (Mielenterveyslaki. luku 4 momentti 22f).

## 8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella turvasoluhoidomallin vaikutusta huone- ja leposide-eristysmääriin ja niiden ajalliseen keston, sekä pyrkiä tunnistamaan turvasolun käyttöön johtaneita ennustavia tekijöitä. Tutkimustietoa aiheesta oli saatavilla niukasti samankaltaisessa kontekstissa, kuin tämän tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. Tutkimus kuitenkin antoi lisätietoa aiheesta ja osassa tutkimustuloksista pystyttiin löytämään yhteneväisyyksiä tai niihin rinnastettavia havaintoja aiempien tutkimusten kanssa.

Tässä tutkimuksessa pystyttiin toteamaan, että huone-eristysten määrä väheni yli puolella (2022 41kpl -> 2023 17kpl) ja ajallisessa kestossa oli myös huomattava ero (2022, 38h50min -> 2023, 25h17min). Leposide-eristysten määrä puolittui (2022, 6kpl -> 2023, 3kpl), mutta ajallinen kesto nousi (5h25min->16h23min) Tämä voisi selittyä osaltaan leposide-eristyksen käytön tarpeen muuttumisella. Aineistoja tarkasteltaessa käy ilmi, että ensimmäisen aineiston aikaan leposide-eristyksen kesto lyhyimmillään on ollut 20minuuttia ja alle 1h30min leposide eristyksiä oli havainnoista 4/6. Vaikuttaa, että ennen turvasolumallia leposide-eristystä on käytetty eskaloituneen tilanteen rauhoittamiseksi tai ”katkaisemiseksi”, kun taas turvasolumallin aikaan lyhyin leposide-eristyshoito on ollut kestoltaan 4h. Turvasoluhoidomalli näyttää poistaneen lyhyiden, tilanteen ”katkaisuun” käytettyjen leposide-eristysten tarpeen kokonaan. Toki tämä perustuu olettamukseen, sillä on otettava huomioon, ettei aineistojen havainnot koostu samoista potilaista ja potilaiden tarpeet rajoitustoimenpiteiden suhteen ovat voineet olla erilaisia. Kokonaisuudessaan eristystoimenpiteiden määrä mukaanluettuna leposide- ja huone-eristykset, väheni 53,5%. Turvasolun keskimääräinen käyttöaika oli 56h9min. Jonkinlaisena vertailukohtana voidaan tarkastella Turussa toteutettua turvasolun tutkimusta (N=7) jossa on todettu turvasolun käyttöaika sijoittuvan 45min ja 3pv20h30minuutin väliselle haarukalle (Lahti ym. 2022. 62-65).

Turvasolun käytön ennustaviksi tekijöiksi tässä tutkimuksessa pystyttiin tunnistamaan miessukupuoli (62% turvasolun käyttäjistä) ja alle 45 vuoden ikä. Miessukupuoli ja alle 38 vuoden ikä on tunnistettu ennustaviksi tekijöiksi psykiatrisen intensiivihoidon ja turvasolun käyttöön myös kahdessa muussa

tutkimuksessa (Cullen ym. 2016. Lahti ym. 2022. 62). Lisäksi ennustaviksi tekijöiksi potilaan eristämiseen muista on tutkimuksissa todettu miessukupuoli kahdessa tutkimuksessa (Fernández-Costa ym. 2020. Lozzino ym. 2015.) ja yhdessä tutkimuksessa päinvastaisesti naissukupuoli. Samaisessa tutkimuksessa kuitenkin PICU:n käytön ennusmerkiksi pystyttiin tunnistamaan miessukupuoli. (Cullen ym. 2016.) Tutkimuksissa muista eristämisen ennustaviksi tekijöiksi on tunnistettu myös kiihtynyt käyttäytyminen ja sanallinen tai fyysinen aggressiivisuus, väkivalta tai sen yritys sekä itsehillinnän puutos (Fernández-Costa ym. 2020. Cullen ym. 2016).

Lozzino ym. (2015) on todennut väkivaltaa esiintyvän enemmän osastoilla, jossa valtaosa potilaista on miehiä (Lozzino ym. 2015). Edeltävien tutkimusten tietojen valossa voisi tehdä oletuksen, että miehet ovat enemmän alttiita väkivaltaiselle tai uhkaavalle käyttäytymiselle sairaalahoidon aikana ja näin ollen ajautuvat herkemmin tilanteeseen, jossa tarvitsevat rajoitustoimia tai intensiivihoidoa. Eritoten jos otetaan huomioon Cowmanin ym. (2017) tekemä tutkimus, jossa todetaan eniten käytetyksi interventioksi väkivaltaisen potilaan hoidossa fyysisen rajoittamisen ja eristämisen muista potilaista (Cowman ym. 2017). sekä Lozzino ym. (2015) jotka ovat tunnistaneet ennustaviksi tekijöiksi potilaan eristämiseen muista fyysisen tai sanallisen aggressiivisuuden (Lozzino ym. 2015)

Ennustaviksi tekijöiksi tunnistettiin tässä tutkimuksessa skitsofrenia tai skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö diagnoosi sekä mielialahäiriödiagnoosi. Ulkomaalaisissa tutkimuksissa muista eristämisen ja intensiivihoidon ennustaviksi tekijöiksi on tunnistettu myös skitsofreniadiagnoosi (Lozzino ym. 2015) ja kaksisuuntainen mieliajahäiriö (Cullen ym. 2016) sekä suomalaisessa turvasiipitutkimuksessa ei-elimellinen psykoottinen häiriö (Lahti ym. 2022. 62).

Tässä tutkimuksessa ennustaviksi tekijöiksi tunnistettiin myös uusiutuva sairaalajakso. Aiemmistä tutkimuksista ei löytynyt vastaavaa tietoa. Uusiutuva sairaalajakso ennusmerkkinä voisi selittyä ennustaviksi tekijöiksi tunnistetuilla diagnooseilla, joita olivat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö. Näiden diagnoosiryhmien on lääkehoitoon sitoutuminen ja uusien psykoosijaksojen

välttämisen. Usein hankalassa taudinkuvassa tai sairauden alkuvaiheessa oireilu vaihtelee ja hoitotasapainon saavuttaminen kestää aikaa. Sairastumisikä on myös tyypillisesti nuorena aikuisuudessa. Sairauksille tyypillistä oireilua on erilaiset harhaluulot, harha-aistimukset, pelot ja vauhdikkuus. Ne voivat altistaa potilaan käyttäytymään siten, että he ovat vaaraksi itselleen tai muille tai vaikeuttavat muiden potilaiden hoitoa. Nämä edellä mainitut ominaisuudet altistavat potilaat uusiutuville sairaalajaksoille. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri. 254-255. 280.)

Tämän tutkimuksen mukaan turvasolumalli vähensi rajoitustoimenpiteiden käyttöä aikuispsykiatrisessa osastohoidossa. Turvasolumallin tehokkuutta pohdittaessa, selittyi se mallin rakenteella, joka muodostuu useista eri näyttöön perustuvista keinoista vähentää pakkokeinojen käyttöä osastoympäristössä. Turvasolumalli koostuu paitsi ulkoisesti potilaan vointia tukevan ympäristön lisäksi safewards menetelmästä, jonka on todettu tutkimuksessa vähentävän konflikti- ja eristämistapahtumien määrää osastoympäristössä jopa 26,4 prosentilla. (Bowers, James, Quirk, Simpson, Sokeri, Atewart & Hodsoll 2015. 1416.)

Lisäksi osa turvasoluhoidomallikonaisuutta on BVC mittari, joka on potilaskohtainen lyhyen aikavälin väkivaltariskin arviointityökalu. Potilaskohtaisten eristämiseen liittyvien riskien arvioinnin on todettu vähentävän eristyshoitoon johtavia tilanteita (Laukkanen ym. 2022). BVC:n systemaattisen käytön on todettu tutkimuksissa myös vähentävän väkivallan riskiä sekä rajoitustoimenpiteiden käyttöä (Fernández-Costa ym. 2020) ja suhteellinen pakottamisen riski pieneni 27% sekä eristystapausten kesto lyheni 45%. (Hirsch & Steinert 2019.)

Lisäksi tämän tutkimuksen turvasolun henkilökunta on koulutettu käyttämään MAPA menetelmää. Henkilöstön koulutus ja verbaliset de-eskalaatiotekniikat ovat yhteydessä pakonkäytön vähäisyyteen (Fernández-Costa ym. 2020).

Tutkimuksen taustalla ollut hanke turvasolupilotoinnin toteuttamisesta jatkuu, sillä turvasolutoimintaa tullaan jatkamaan syksyllä 2025. Näin toimintaa ja toimintatapoja saadaan vakiinnutettua osaksi hoitotyötä ja toiminnan jatkuva

kehittäminen ja arvioiminen on mahdollista. Tässä tutkimuksessa saadun tiedon valossa voidaan todeta, että turvasolumallin jatkaminen on myös kannattavaa pakon vähentämisen näkökulmasta.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tulevaisuudessa turvasolutoiminnan tuloksellisuuden tarkastelua pidemmällä aikavälillä tai verrattuna pilotointijaksoon. Tällöin pystyttäisiin aineistoja tutkimalla tekemään laajempaa tarkastelua eristysseuranta-aineistojen yhtenäisyyksistä ja eroavaisuuksista ja eristystoimenpiteisiin johtaneista ennusmerkeistä. Lisäksi aiempaan aineistoon verraten mahdollistuisi myös muiden kuin tässä työssä tarkasteltujen rajoitustoimien tutkiminen, kuten esimerkiksi pakkolääkityksen käyttöiheys.

Turvasolumallin kehittämisen näkökulmasta jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan opinnäytetyön tekijän toimesta myös aistihuoneen merkityksen tarkastelua potilaan rauhoittumisessa silloin, kun aistihuoneen sijainti on turvasolun yhteydessä tai välittömässä läheisyydessä. Aistimodulaatiomenetelmien eli aistiärsykkeiden hyödyntäminen osana hoitoa on tutkittu ennaltaehkäisevän huone-eristykseen joutumista ja vähentävän sen kestoa. Aistimodulaatiomenetelmien käyttöä varten tulisi olla rauhallinen aistimodulaatiohuone. (Laukkanen ym. 2022.)

Luotettavien tai yleistettävien tulosten tekemiseksi mittausajanjakson tulisi olla pidempi. Tulokset antavat kuitenkin viitettä siitä, että turvasoluhoidomallin kokonaisuuden, koulutetun henkilökunnan, tehostetun läsnäolon, rauhoitetun hoitoympäristön, ennakoinnin, potilaan psyykkisen tilanteen systemaattisen arvioinnin ja oman tilan mahdollistamisen avulla pystytään vähentämään merkittävästi eristämiseen tai sitomiseen johtavia tilanteita.

## LÄHTEET

Bierbooms, J.J.P.A., Lorenz-Artz, C.A.G., Pols, E. & Bongers, I.M.B. 2017. High and intensive care three years later; an evaluation of the experiences of patients and employees and the effect on coercive measures in psychiatry. Verkkojulkaisu. Luettu 8.2.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28703263/>.

Björkvist, M., Korte, M. & Tammentie-Sarén, T. 2024. Eristämisen ja sitomisen kansalliset laatukriteerit. Käsikirja. Thl. Viitattu 10.11.2024. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/149952/URN\\_ISBN\\_978-952-408-419-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/149952/URN_ISBN_978-952-408-419-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Sokeri, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. 2015. Reducing conflict and isolation rates in acute psychiatric wards: a randomized controlled trial of the Safewards cluster. *International Journal of Nursing Studies* 52, 1412-1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. 2019. The effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. Osa 10-2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>. Viitattu 10.12.2024

Cullen, A.E., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. & Tulloch, A.D. 2016. Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. 27(1):51–61. doi: 10.1017/S2045796016000731.

Cullen, A.E., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. & Tulloch, A.D. 2018. Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. 27(1):51-61. doi: 10.1017/S2045796016000731.

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & European violence in psychiatry research group. 2017. A descriptive survey on violence management and priorities of psychiatric staff in mental health services in seventeen European countries. *BMC* 19;17(1):59. doi: 10.1186/s12913-017-1988-7.

DMPTuuli. n.d. Tampere University of Applied Sciences. Viitattu 8.12.2024. <https://www.dmptuuli.fi>

Elämän tähden. 2012. Lyhyen aikavälin väkivaltariski-arvio BVC. Viitattu 17.1.2025. <https://www.risk-assessment.no/files/bvc-versions/Finnish%20BVC.pdf>

Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J-J. 2020. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *Journal of clinical medicine*. (9), 2791; <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki; Edita publishing OY.

Hirsch, S. & Steinert, T. 2019. Measures to avoid coercive measures in psychiatry and their effectiveness. *Deutsches ärzteblatt* 116(19):336–343. doi: 10.3238/arztebl.2019.0336

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2019. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Karvinen, T. & Laasonen, M. 2022. Turvasolun käytön kehittäminen käyttökokemusten ja johtamisen näkökulmasta. Karelia. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. opinnäytetyö. Viitattu 9.2.2025

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/747922/Karvinen\\_Laasonen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/747922/Karvinen_Laasonen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Kersting, X., Hirsch, S. & Steinert, T. 2019. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry* 11:10:400.doi: 10.3389/fpsy.2019.00400. Viitattu 10.12.2024

Korte, M. 2020. Turvatilamallin kehittäminen ja käyttöönotto. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Turku AMK. Opinnäytetyö. Viitattu 8.12.2024.

Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. 2019. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoitotyössä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 135(10):925-31.

Lahti, M., Berg, Johanna., Vainila, V., Korte, M., Toikka, P., Makkonen, P., Varvikko, K., Lindroos, A. & Mishina, K. 2022. Hoitajien työturvallisuus ja työn hallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-216-811-5>

Laukkanen, E., Marin, K., Holopainen, A. & Kuosmanen, L. 2022. Millainen on hoitotyöntekijöiden asenne mielenterveyspotilaiden fyysistä rajoittamista kohtaan ja miten rajoitusten käyttöä voidaan vähentää? *Hotus näyttövinkki*. Verkkojulkaisu 3.9.2022. Hotus. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/nv-3-2022.pdf>.

Laukkanen, E., Väänänen, A., Stenberg, T., Suvisaari, J. & Kuosmanen, L. 2021. Suomen psykiatriset eristystilat. *Thl. Tutkimuksesta tiiviisti* 31/2021(1-3.)

Linnanranta, O. 2024. Kansallinen mielenterveysstrategia 2020-2030. THL. Viitattu 26.10.2024. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia>.

Lozzino, L., Ferrari, C., Suuri, M., Nielssen, O. & De Girolamo, G. 2015. Prevalence and risk factors of violence in psychiatric acute care patients: a systematic

review and meta-analysis. Plos one 10(6):e0128536. doi: 10.1371/journal.pone.0128536. eCollection 2015.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen työpäperi 35/2016. Helsinki. Verkkojulkaisu. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0> Viitattu 8.12.2024.

Melle, A L., Gerritsen, S, Zomer L J C., Noorthoorn, E., Mulder, L., Widdershoven, G. & Voskes, Y. 2021. [High and intensive care as the next step in reducing coercion]. *Psychiatric Quarterly* 63(5):351-357.

Melle, A L., Ham, A J., Widdershoven, G. & Voskes, Y. 2021 Introducing High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: a process evaluation. 92(4):1327–1339. doi: 10.1007/s11126-021-09906-x

Mielenterveyslaki 14.12.1990/116. Viitattu 2.11.2024.  
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nummenmaa, L. 2019. Tilastotieteen käsikirja. Tammi.

Nummenmaa, L. Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2019. Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Pettit, S., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A., Biggin Moylan, L., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A. & Stewart, D. 2017. The acceptability and use of coercive methods in different service settings with and without isolation and/or psychiatric intensive care units. *Journal of advanced nursing* 23;73(4):966–976. doi: 10.1111/jan.13197.

Ronkainen, S. Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2020. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki; Sanoma Pro Oy.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. ICD-10 tautiluokitus. Suomalainen 3. uudistettu painos. Verkkojulkaisu. Luettu 9.2.2025. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.

Sosiaali ja terveysministeriö. N.d. Luettelo mielenterveyslain 4A luvun rajoituksista. [https://stm.fi/documents/1271139/4940005/Luettelo+mielenterveyslain+4+A+luvun+rajoituksista\\_fi.pdf/1f6fa67c-c5ab-4bfd-83fe-352134a2178c](https://stm.fi/documents/1271139/4940005/Luettelo+mielenterveyslain+4+A+luvun+rajoituksista_fi.pdf/1f6fa67c-c5ab-4bfd-83fe-352134a2178c). Viitattu 18.12.2024.

SPSS tlasto-ohjelman perustoiminnot. N.d. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät-vaikuttavuustutkimus kurssimateriaalit. Moodle. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.2.2025.

Steinert, T., Hirsch, S., Goebel, R., Snellgrove, B. & Flammer, E. 2020. Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004-2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. *European psychiatry* 20;63(1):e102. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33213539/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK- ohje. Verkkosivu. Viitattu 26.10.2024. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2024. Psykiatrisen erkoissairaanhoidon potilaiden määrä. Viitattu 26.10.2024. [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria3j/summary\\_psykiatria31](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria3j/summary_psykiatria31)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018. Pakkotoimien käyttö. Viitattu 26.10.2024. [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria6j/summary\\_psykiatria61](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/psykiatria6j/summary_psykiatria61)

Toikka, P. 2023. "Kaksteränen miekkahan se on" – Psykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro Gradu- tutkielma. Viitattu 17.12.2024. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023050240275>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. N.d. Viitattu 28.10.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/itsemaaramisoikeuden-rajoittaminen>

Vorma H. 2024. STM. Sosiaali ja terveysministeriö. Mielen terveyden hoito. Viitattu 28.10.2024 <https://stm.fi/mielen-terveyspalvelut>

Vorma, H. & Ridanpää, S. 2024. STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen mielen terveysstrategia 2020-2030. Viitattu 26.10.2024 <https://stm.fi/mielen-terveysstrategia>

Voskes, Y. Melle, A., Widdershoven, K., Mierlo, AFMM, Bovenberg, F. & Mulder, C. 2021. High and Intensive Care in Psychiatry: A New Model for Acute Inpatient Care. *Psychiatric service* 1;72(4):475-477. doi: 10.1176/appi.ps.201800440.

Välimäki, M., Yang, M., Lantta, T., Pekurinen, V., Anttila, M. & Normand, S-L. 2019. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC psychiatry* 19(1):230. doi: 10.1186/s12888-019-2200-x.

## Liite 1 BVC

Esimerkki lyhyen aikavälin väkivaltariskiarviosta. BVC.

1/2

<p><b>Lyhyen aikavälin väkivaltariskiarvio BVC</b> (The Brøset Violence Checklist)</p> <p>Arvioi potilas sovittuun aikaan jokaisessa työvuorossa. Jos arvioitavaa käyttäytymistä ei esiinny, annetaan arvo 0. Jos arvioitavaa käyttäytymistä esiintyy, annetaan 1 piste. Maksimipistemäärä (summa) arviointikertaa kohti on 6. Jos arvioitava käyttäytyminen on tutulle potilaalle tyypillistä, vain arvioitavan käyttäytymisen lisääntyminen merkitään arvolla 1. Esimerkiksi jos tuttu potilas on yleensä sekava (on ollut sellainen jo pitkään), annetaan sekavuudesta arvo 0. Jos sekavuuden havaitaan lisääntyneen, annetaan siitä arvo 1.</p>	Potilas
---	---------

Maanantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Tiistai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Keskiviikko / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Torstai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Perjantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Lauantai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

Sunnuntai / /	Päivä	Ilta	Yö
Sekava			
Ärtynyt			
Riehakas, äänekkäästi levoton			
Sanallisesti uhkaava			
Fyysisesti uhkaava			
Esineisiin kohd. aggressio			
YHTEENSÄ			

**Lyhyen aikavälin väkivaltariskiarvio BVC**  
(The Brøset Violence Checklist)

**Tulkinta ja käyttö**

**Pisteytyksen tulkitseminen:**

Arviointikerran yhteispisteet = 0	Väkivallan riski on pieni
Arviointikerran yhteispisteet = 1-2	Väkivallan riski on kohtalainen. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin.
Arviointikerran yhteispisteet > 2	Väkivallan riski on erittäin suuri. On ryhdyttävä ennaltaehkäiseviin toimiin. Lisäksi tulee tehdä suunnitelma mahdollisen väkivaltatilanteen hallitsemiseksi.

**Käyttäytymistä koskevien asioiden yksityiskohtainen kuvaaminen:**

Sekava	Vaikuttaa selvästi sekavalta ja desorientoituneelta. Saattaa olla epätietoinen ajasta, paikasta ja henkilöstä.
Ärtynyt	Ärttyy ja suuttuu helposti. Ei kestä muiden läsnäoloa.
Äänekkäästi levoton	Käytös on avoimen äänekkästä ja meluavaa. Esimerkiksi paiskoo ovia, puhuu huutamalla jne.
Sanallisesti uhkaava	Sanallinen purkaus, joka on enemmän kuin äänen korottamista ja jossa on selkeänä aikomuksena pelotella tai uhata toista henkilöä. Esimerkiksi sanallinen hyökkäys, solvaaminen, nimittely tai neutraalien kommenttien ilmaiseminen ärähtäen aggressiivisella tavalla.
Fyysisesti uhkaava	Selvä fyysisellä väkivallalla uhkaaminen. Esimerkiksi aggressiivisen asennon ottaminen, toisen henkilön vaatteisiin kiinni käyminen, käden tai jalan kohottaminen, käsien nyrkkiin puristaminen tai yritys pukata toista päällään.
Esineisiin kohdistuva aggressio	Hyökkäys kohdistuu esineisiin, ei henkilöihin. Esimerkiksi umpimähkäinen esineen heittäminen, ikkunoiden lyöminen tai hajottaminen, esineiden potkiminen, esineiden lyöminen tai niiden päällä iskeminen tai huonekalujen hajottaminen.

## Liite 2. Safeward- menetelmä

Safeward- menetelmä (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 26).

### **Kuusi keskeistä konfliktien syntyyn ja pakkokeinojen käyttöön johtavaa tekijää psykiatrisessa osastohoidossa**

1. Potilaiden muodosama yhteisö
2. Potilaiden erityispiirteet ja tausta
3. Osaston säännöt ja rajoitukset sekä niiden asettaminen
4. Henkilökunta ja sen toiminta
5. Osaston fyysinen ympäristö
6. Sairaalan ulkopuolinen ympäristö

### **10. toimenpidettä, joilla toteuttaa Safewards- mallia osastolla**

1. Yhteiset odotukset ; Määritellään potilaiden ja henkilökunnan odotukset siitä, miten osastolla käyttäydytään ja toimitaan
2. Puheella rauhoittaminen: Henkilökunta puhuu kunnioittavasti ja lempeästi myös rajaamistilanteissa
3. Pehmeät sanat: Tiimin de-eskalaatitaitojen vahvistaminen ja systemaattinen käyttö yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti.
4. Positiiviset sanat: Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus. Opitaan tunnistamaan ja jakamaan potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia.
5. Huonojen uutisten kertominen: Kerrotaan huonot uutiset potilaalle niin, että hän voi varautua etukäteen ja saa tukea ne kuultuaan.
6. Tunnetaan toisemme: Henkilökunnan ja mahdollisesti potilaiden esittely esimerkiksi kuvallisen taulun tai kansion avulla.
7. Avun antaminen: Potilaiden kannustaminen pienin asioin auttamaan ja tukemaan toisiaan.
8. Rauhoittumismenetelmät: Esineitä, tavaroita ja keinoja, joilla potilas voi opetella hallitsemaan levotonta ja aggressiivista oloa.
9. Turvallisuuden palauttaminen: Henkilökunnan tietoisuuden lisääminen mahdollisista levottomuutta, ahdistusta ai aggressiota aiheuttavista tapahtumista osastolla.
10. Kotiutusviesti: Potilaat jättävät muille lähtiessään toivoa ja rohkaisua herättäviä viestilappuja esimerkiksi ennalta sovittuun kohtaan osastolla.

### Liite 3. Diagnoosien ryhmittely

ICD-10 tautiluokituksen mukainen diagnoosien ryhmittely 7 eri pääluokkaan

#### **Luokka 1.**

##### **F20-F29 - Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt**

- F29 Määrittämätön ei elimellinen psykoottinen häiriö
- F22.8 - Muu pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö
- F20.30 - Erileistumaton skitsofrenia jatkuva
- F20.6 - Erytisosatekijätön skitsofrenia
- F25.0 - Skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto

#### **Luokka 2.**

##### **F30-F39 - Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]**

- F31.2 - Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso
- F32.3 - Vaikea-asteinen, psykoottinen masennustila
- F31.4 - Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita

#### **Luokka 3.**

##### **F40-F48 - Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt**

- F43.1 - Traumaperäinen stressihäiriö
- F42.0 - Pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö

#### **Luokka 4.**

##### **F10-F19 - Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt**

- F10.24 - Alkoholiriippuvuus tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
- F10.39 - Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet määrittämättömät
- F16.56 - Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö sekamuotoinen
- F19.1 - Useiden lääkeaineiden tai muun psyykkisiin toimintoihin vaikuttavan aineen haitallinen käyttö

#### **Luokka 5.**

##### **F00-F09 - Elimelliset aivo-oireyhtymät**

- F00.11\* - Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta
- F03 - Määrittämätön dementia
- F00.23\* - Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyypinen dementia muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita
- F05.9 - Määrittämätön sekavuustila (delirium)

#### **Luokka 6.**

##### **F60-F62 - Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset**

- F60.9 - Määrittämätön persoonallisuushäiriö

#### **Luokka 7.**

##### **F90.0 - Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö**

- F90.9 - Määrittämätön hyperkineettinen häiriö

## Liite 4. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen nimi ja tekijät	Tavoite/ Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Steinert, T., Hirsch, S., Goebel, R., Snellgrove, B. & Flammer, E. 2020. Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004-2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. SAKSA	Tavoitteena tutkia muuttuiko pakkokeinojen käyttö saksassa 15 vuoden tarkasteluajanjaksolla ja oliko organisaatiohäiriöistä kärvisien ja muiden potilasryhmien välillä eroa pakkokeinojen esiintyvyydessä	Rekisterianalyysi N= 1038239	Vanhuspsykiatrilla havaittiin tuloksellisesti merkittävä lasku sekä pakkokeinojen käytössä, että ajallisessa kestossa. Yleispsykiatrian puolella tulokset eivät olleet merkittäviä ja pakkotoimien ajallinen kesto jopa nouseva.
Melle, A L., Gerritsen, S, Zomer L J C., Noorthoorn, E., Mulder, L., Widderhoven, G. & Voskes, Y. 2021. [High and intensive care as the next step in reducing HOLLANTI	Tavoitteena tutkia miten HIC- malli on toteutettu vuosina 2014-2028 ja miten mallin käyttöönotto liittyy pakkokeinoihin	Kvantitatiivinen tutkimus	HIC- Mallin käytössä on edistytty ja mallian pidempään/ järjestelmällisemmin toteuttaneet yksiköt käyttivät vähemmän pakkoa.
Bierbooms, J.J.P.A., Lorenz-Artz, C.A.G., Pols, E. & Bongers, I.M.B. 2017. High and intensive care three years later; an evaluation of the experiences of patients and employees and the effect on coercive measures in psychiatry. HOLLANTI	Tutkia Hollannissa toteutettua HIC-mallia kolmen vuoden seuranta-ajalla ja selvittää, vähentyikö pakkokeinojen käyttö ko. aikana	Rekisteritutkimus	Pakkokeinojen käyttö vähentyi 42% ja HIC-malli todettiin toimivaksi menetelmäksi pakonkäytön vähentämisessä. Sekä potilaat, että henkilökunta suhtautui hoitomalliin myönteisesti.

<p>Lahti, M., Berg, Johanna., Vainila, V., Korte, M., Toikka, P., Makkonen, P., Varvikko, K., Lindroos, A. &amp; Mishina, K. 2022. Hoitajien työturvallisuus ja työn hallinta haastavan potilaan hoidossa psykiatrisessa sairaalassa. SUOMI</p>	<p>Tavoitteena turvatilan avulla kehittää hoitajien työturvallisuutta ja työnhallintaa ja luoda ohjeistus turvatilan käytöstä haastavien potilaiden hoidon tueksi</p>	<p>Kvalitatiivinen, kvantitatiivinen ja kvasikokeellinen koe-kontrolli ryhmäasetelma</p>	<p>-Turvatila on haastava ympäristö sekä potilaille, että hoitajille - Potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä turvatilahoitoon ja hoitajat pitivät sitä käyttökelpoisena vaihtoehtona pakkotoimenpiteille. - Vaaratapahtumien ennaltaehkäisyyn tunnistettiin tekijöitä</p>
<p>Välimäki, M., Yang, M., Lantta, T., Pekurinen, V., Anttila, M. &amp; Normand, S-L. 2019. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. SUOMI</p>	<p>Psykiatrisissa yksiköissä 20 vuoden tarkasteluvälillä pakkokeinoja hoidossaan kohdanneiden potilaiden pakkokeinojen yleisyyden ja suuntauksen tutkiminen suhteessa hoidon tarjoajiin ja alueisiin.</p>	<p>Rekisterianalyysi N=226948</p>	<p>Tarkasteluvälillä esiintyvien pakkotoimien käytön kokonaisvähennys on ollut pientä ja painottunut tarkastelujakson viimeisen neljän vuoden ajalle. Ainoastaan potilaan kiinnitys sitomalla on ollut koko tarkastelujakson laskusuuntaista.</p>
<p>Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. &amp; Sentissi, O. 2019. The effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. SVEITSI</p>	<p>Tarkoitus tutkia eristämisen ja sitomisen vaikutuksia psykiatriin potilaisiin.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus N=35</p>	<p>Kirjallisuus viittaa vahvasti siihen, että eristämellä ja sitomisella on potilaalle haitallisia psyykkisiä ja fysisiä seurauksia. PTSD:tä esiintyy jälkeenpäin 25%-47% eristetyistä tai sidotuista potilaista.</p>

<p>Pettit, S., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A., Biggin Moylan, L., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A. &amp; Stewart, D. 2017. The acceptability and use of coercive methods in different service settings with and without isolation and/or psychiatric intensive care units ENGLANTI</p>	<p>Tavoitteena selvittää onko eristysuoneen ja PICU (psykiatrisen tehohoitoyksikkö) yksikön sijainnilla välittömässä osastoyhteydessä vaikutusta eristystoimien käyttöön ja asenteisiin eristystoimia kohtaan verrattuna yksikköihin, joissa eristys ja PICU eivät ole välittömässä läheisyydessä.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus N=207</p>	<p>Eristysuoneen ja PICU- yksikön käyttö oli hyväksyttävämpää ja niillä osastoilla, joissa se sijaitti osaston välittömässä yhteydessä. Osastoilla, joilla eristysuoneeseen ei ollut suoraa pääsyä, siedettiin potilaan riskikäyttäytymistä pidempään ennen rajoitustoimien aloitusta.</p>
<p>Toikka, P. 2023. "kaksteränen miekkahan se on"- Psykiatrisen osaston hoitohenkilökunnan näkemykset psykiatrisesta intensiivihoidosta. SUOMI</p>	<p>Tavoitteena tuottaa tietoa puolistrukturoitujen haastattelujen avulla psykiatristen sairaaloiden intensiivihoidon kehittämiseen, toteutukseen ja koulutukseen</p>	<p>Laadullinen kuvaileva tutkimus N=19</p>	<p>Intensiivihoido; Laajoja hyötyjä hoitotyölle ja potilaille. Eettisen toiminnan lisääntyminen. Haasteita resursointi, työturvallisuus ja tilavaatimukset.</p>

<p>Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. &amp; García-Iglesias, J-J. 2020. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review ESPANJA</p>	<p>Tavoitteena arvioida vaihtoehtoisten toimintapojen vaikutuksia kiihtyneiden potilaiden pakkokeinojen käytön rajoittamiseksi ja ehkäisemiseksi.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus N=21</p>	<p>Henkilöstön koulutus ja verbaariset de-eskalaatiotekniikat olivat yhteydessä vähentyneeseen riskiin mekaaniselle rajoittamiselle, kuten potilaan sitomiselle.</p> <p>Varhainen puuttuminen potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen valikoitujen mittareiden sekä objektiivisen riskinarvioinnin avulla oli tärkeää, jotta voidaan käyttää ei kajoavia toimenpiteitä.</p> <p>Keinoja reagoida potilaan aggressiiviseen käyttäytymiseen muutoin, kuin pakkokeinoilla; Ennaltaehkäisevinä toimenpiteinä psykoterapioiden käyttö, aistiärsykemodulaatio, potilaan aktiivinen osallistaminen omaan hoitoon, jälkipuinti yhdessä potilaan kanssa eskaloituneiden tilanteiden jälkeen.</p> <p>Eri keinojen yhteiskäyttö.</p>
--	---	--	---

<p>Kersting, X., Hirsch, S. &amp; Steinert, T. 2019. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. SAKSA</p>	<p>Pyrittä tunnistamaan ilmoitetut fyysiset haitat psykiatriin potilaisiin kohdistuvien pakkokeinojen käytön johdosta ja arvioimaan haittataphtumien esiintymistiheyttä.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus N=67</p>	<p>Fyysinen rajoittaminen sitomalla voi johtaa jopa kuolemaan, etenkin rajoittamisen tapahtuessa makuuasennossa. Muita merkittäviä haittoja olivat laskimotromboembolia, sydämen ja maksan toiminnan muutokset, lisääntynyt kaatumisriski, ruhjeet, murtumat, mustelmat ja päävammat. Esiintyvyys fyysiseen rajoittamiseen liittyen hankala tehdä, arvio 1:100 – 1:25.</p>
<p>Lozzino, L., Ferrari, C., Suuri, M., Nielsens, O. &amp; De Girolamo, G. 2015. Prevalence and risk factors of violence in psychiatric acute care patients: a systematic review and meta-analysis. MUKANA 12 ERI "KORKEAN TULOTASON" MAAKSI MÄÄRITELTYÄ MAATA.</p>	<p>Tutkia 20 vuoden tarkastelujakson aikana julkaistujen väkivallasta akuuttien psykiatristen sairaaloiden osastoilla ilmoittavien tutkimusten avulla väkivallan määrän ilmenemistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.</p>	<p>Systemaattinen meta-analyysi N=35</p>	<p>Joka viides akuuttiosaston potilas syyllistyy fyysiseen väkivaltaan sairaalahoidon aikana. Osastot, joilla hoidettiin tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita, alkoholiriippuvaisia sekä jos osastot, joissa potilaista valtaosa oli miehiä, raportoitiin väkivallan esiintymistä enemmän.</p>

<p>Cullen, A E., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. &amp; Tulloch, AD. 2018. Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. ENGLANTI</p>	<p>PICU ja eristyshoidon käyttöön liittyvien ennustavien tekijöiden tutkiminen.</p>	<p>Tilastollinen tutkimus, Neljä verrokkiryhmää. PICU-ryhmä N= 986 ja N=994 Eristys- ryhmä N= 990 ja N=1032</p>	<p>PICU yksikön käyttöä ennustavat tekijät: Nuori ikä, bibolaarihäiriö, fyysinen aggressio, miessukupuoli, pakoyritykset. Eristyshoitoa ennustavat tekijät: Nuori ikä, Naissukupuoli etenkin tulotilanteeseen yhdistettynä, aggressiivisuus, uhkaava käyttäytyminen, sanallinen hermostuminen.</p>
<p>Hirsch, S. &amp; Steiner, T. 2019. Measures to avoid coercive measures in psychiatry and their effectiveness. SAKSA</p>	<p>Yleiskatsaus pakkokeinojen välttämiseksi käytettyjen toimepiteiden tehokkudesta</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, Narratiivinen synteesi N= 84</p>	<p>Interventiot luokiteltiin seitsemään sisältötyyppiin; organisaatio, henkilöstön koulutus, ympäristö, riskinarviointi, psykoterapia, ennakko-ohjeet ja selvitys. Tehokkaimpia interventio-ohjelmia pakonkäytön vähentämiseksi olivat sellaiset, jotka pitivät sisällään elementtejä useammasta kuin yhdestä seitsemästä sisältötyypistä.</p>

<p>Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. &amp; European violence in psychiatry research group. 2017. A descriptive survey on violence management and priorities of psychiatric staff in mental health services in seventeen European countries 17 ERI EU-MAATA</p>	<p>Tavoitteena oli määrittää väkivallan hallintakäytäntöjä ja niiden tutkimus ja koulustuprioriteetteja 17 eri euroopan maassa.</p>	<p>Kuvaileva kyselytutkimus N=2809</p>	<p>Eniten käytetyt interventiot väkivaltaisten potilaiden hoidossa olivat fyysinen rajoittaminen, eristäminen muista potilaista ja lääkehoito. Väkivallan hallintakoulutusta ei ollut saanu lainkaan 19,5% vastaajista.</p>
<p>Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Sokeri, Atewart, D. &amp; Hodsoll, J. 2015. Reducing conflict and isolation rates in acute psychiatric wards: a randomized controlled trial of the Safewards cluster. ENGLANTI</p>	<p>Tavoitteena arvioida safewords intervention tehokkuutta konfliktien ja eristämisen vähentämiseksi akuuttipsykiatrian osastoilla</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu klusteri tutkimus</p>	<p>Safewards interventio vähensi konfliktitapahtumien määrää 15% suhteessa verrokkiryhmään. Eristämistapahtumien määrä väheni 26,4%.</p>
<p>Melle, A L.,Ham, A J., Widdershoven, G. &amp; Voskes, Y. 2021 Introducing High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: a process evaluation. TANSKA</p>	<p>Tavoitteena tunnistaa muutosajurit, jotka motivoivat ammattilaisia ja johtoa ottamaan käyttöön HIC- mallin ja tunnistamaan käyttöönottoprosessin edistäjiä ja esteitä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, puolistrukturoidut yksilö- ja ryhmähaastattelut</p>	<p>HIC yhdistää olemassa olevat interventiot yhdeksi kokonaisvaltaiseksi lähestymistavaksi pakon vähentämisessä, HIC on toipumisorientoituneen hoidon mukainen, HIC keskittyy kontakteihin ja yhteistyöhön</p>

