



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Laura Hentunen

# Rauhoittumistilat ja rauhoittumismenetelmät psykiatrisissa sairaaloissa – kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-  
ohjelma sosiaali - ja terveysalalla  
YAMK  
Opinnäytetyö  
27.09.2019

Tekijä Otsikko	Laura Hentunen Rauhoittumistilat ja rauhoittumismenetelmät psykiatrisissa sairaaloissa
Sivumäärä Aika	56 sivua + 2 liitettä 27.09.2019
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntijuus
Ohjaaja	Lehtori, TtT Ly Kalam-Salminen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumistilojen ja -menetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa.</p> <p>Tutkimusaineiston alkuperäisartikkelit valittiin Cinahl ja Medic-tietokannoista. Tiedonhaun perusteella analysoitavaksi jäi yhteensä seitsemän sisäänottokriteerit täyttävää tutkimusta tai tutkimusartikkelia. Tiedonhaku täydennettiin manuaalisella haulilla, jolloin löydettiin vielä neljä verkossa julkaistua tutkimusartikkelia, joten analysoitavaksi lopulta jäi yksitoista tutkimusartikkelia (n=11). Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Tulosten perusteella rauhoittumistilat ja rauhoittumismenetelmät toimivat menetelminä, joiden avulla voidaan vähentää pakon käyttöä sekä edistää potilaslähtöistä ja toipumisorientaatioon suuntaavaa hoitotyötä. Rauhoittumistilat on koettu viihtyvyyttä lisääviksi psykiatrisissa sairaaloissa. Osaston ympäristön muokkaamisella viihtyvämmäksi ja esteettisemmäksi voidaan vähentää hoitojaksoihin liittyvää frustraatiota, ärtyneisyyttä ja aggressiivisuutta sekä siten mahdollisesti myös vähentää pakon käyttöä.</p> <p>Rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien käyttöä voidaan pitää hyvin lupaavana, toipumisorientaatiota tukevana ja potilaslähtöisenä interventiona pakon käytön vähentämisessä psykiatrisissa sairaaloissa.</p>	
Avainsanat	psykiatrinen hoitotyö, pakon käytön vähentäminen, rauhoittumistila, rauhoittumismenetelmät

Author Title	Laura Hentunen Sensory rooms and sensory-based interventions in acute psychiatric inpatient ward
Number of Pages Date	56 pages + 2 appendices 27.09.2019
Degree	Master of Social Service and Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice
Instructor	Lecturer, PhD, Ly Kalam-Salminen
<p>The use of sensory rooms and sensory-based interventions in psychiatric inpatient care is becoming increasingly common worldwide. In sensory rooms, patients can choose different sensory stimulating items that may help with decreasing distress and enhance well-being. The sensory rooms and sensory-based interventions offer visual, auditory, tactile and olfactory stimulation. Sensory stimulating items may promote the ability to regulate emotional distress and reduce patients' aggression. Outcomes are often measured as effects on patients' self-rated distress and rates of seclusion, restraint and other coercive methods, such as involuntary medication. Sensory rooms are supported as an evidenced-based prevention practice in reduction the use of seclusion and restraint.</p> <p>The research methods used were a descriptive review of literature and a qualitative content analysis. The articles included in the research data (n=11) were selected from the Cinahl and Ovid Medline databases. The inclusion criteria for data was available in full text, peer reviewed academic research articles published in the years 2000-2019.</p> <p>The results of this descriptive literature review showed that the use of sensory rooms and sensory based interventions has a positive influence on psychiatric patients' well-being and supports the use of sensory rooms as part of person-centered care and provide several components of patient de-escalation. Sensory modulation has been identified as a strategy to reduce patients' aggressive behavior and improve consumer experiences when in psychiatric crisis.</p>	
Keywords	Sensory room, comfort room, sensory-based interventions, minimizing the use of coercion, psychiatric nursing

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen tausta	2
2.1	Potilaan aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen psykiatrisessa sairaalassa	2
2.2	Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalassa	4
2.2.1	Liikkumisvapauden rajoittaminen	5
2.2.2	Omaisuuuden haltuunotto	5
2.2.3	Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen	6
2.2.4	Henkilöntarkastus ja – katsaus	6
2.2.5	Yhteydenpidon rajoittaminen	6
2.2.6	Eistäminen	7
2.2.7	Sitominen	7
2.3	Pakon käytön vähentäminen ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa sairaalassa	8
2.4	Vaihtoehtoiset menetelmät potilaan eristämiseksi ja sitomiseksi	11
3	Opinnäytetyön toimintaympäristö	13
3.1	Auroran sairaalan toimintaohjeet eristämisen ja sidonnan vaihtoehtoisille menetelmille	14
3.1.1	Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen	14
3.1.2	Riittävä lääkitys	15
3.1.3	Ympäristöön vaikuttaminen	15
3.1.4	Vakauttaminen	15
3.1.5	Vierihoidtaminen	15
3.1.6	Hoidollinen kiinnipittäminen	16
3.1.7	Ohjaaminen toiminnallisuuteen	16
3.1.8	Rauhallisen tilan hyödyntäminen, erillinen rauhoittumishuone	16
3.1.9	Potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen/sitomisen keskittäminen)	16
3.1.10	Prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen	17
3.1.11	Potilaan hoitotahdon huomioiminen	17
3.1.12	Potilaan mahdollisten toiveiden toteuttaminen	17
3.1.13	Pakkokeinojen prosessimalli	17
3.2	Safewards-malli	17
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	23

5	Opinnäytetyön tutkimukselliset menetelmät	23
5.1	Laadullinen tutkimus	24
5.2	Kirjallisuuskatsaus	24
5.3	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	25
5.4	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet	26
5.5	Sisällönanalyysi	31
6	Tulokset	35
6.1	Potilaiden ja henkilökunnan kokemat hyödyt rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa	35
6.1.1	Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen	35
6.1.2	Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen	36
6.1.3	Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen	37
6.1.4	Pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti	38
6.1.5	Emotionaalisen vakauden vahvistaminen	40
6.1.6	Fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääminen	41
6.2	Rauhoittumismenetelmien käytön hyödyt psykiatrisissa sairaaloissa	42
6.2.1	Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen	42
6.2.2	Oireiden hallinnan vahvistaminen	43
7	Pohdinta	44
7.1	Tulosten tarkastelu	44
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	49
7.3	Jatkotutkimusehdotuksia	52
	Lähteet	53
	Liitteet	
	Liite 1. Sisällönanalyysi tutkimuskysymys 1	
	Liite 2. Sisällönanalyysi tutkimuskysymys 2	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää vaihtoehtoisia - ja potilaslähtöisiä toimintamalleja pakon käytön vähentämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä.

Potilaiden kokema pakko heikentää merkittävästi hoitomyöntyvyyttä ja sitoutumista omaan hoitoon. Tästä syystä vaihtoehtoisten toimintamallien tutkiminen, kehittäminen ja käyttöönotto ovat yhteiskunnallisesti tärkeitä ja ajankohtainen haaste (Heikkinen - Pylkänen – Lönnqvist 2007: 694 – 696).

Rauhoittumistilan ja lääkkeettömien rauhoittumismenetelmien tarkoituksena on edistää psykiatrisen potilaan itserauhoittumiskeinoja, lisätä hoitomyöntyvyyttä, vähentää potilaiden kokemaa stressiä, ahdistusta ja aggressiointunteita suljetussa osastohoidossa, sekä vähentää potilaisiin kohdistuvia pakkokeinoja. Rauhoittumistilat ja – menetelmät toimivat toipumisorientaatiota tukevana sekä potilaslähtöisenä interventiona. Vaihtoehtoisilla menetelmillä voidaan parantaa potilaan asemaa, antamalla potilaille enemmän valinnanvapautta sekä vastuuta oman hoitonsa suhteen.

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on tärkeä ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys. Potilaslain mukaisesti psykiatrisen hoidon tulee toteutua ensisijaisesti yhteistyössä potilaan kanssa ja vapaaehtoisesti. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet velvoittavat systemaattiseen pakon vähentämiseen. Myös Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean tarkastusraporteissa korostetaan pakon käytön vähentämisen tärkeyttä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Laki potilaan asemasta- ja oikeuksista 17.8.1992/785 3 §; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos: 2016.) Myös näyttöön perustuvan hoidon näkökulmasta, pakon käytön vähentäminen on tärkeää. Vaihtoehtoisia tapoja ja toimintamalleja tulisi kartoittaa ja ottaa käyttöön (Kuosmanen - Laukkanen 2019: 135).

Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimii Helsingissä sijaitseva psykoosilinjan suljettu osasto, joka on profiloitunut hoitamaan vaikeahoitoisia, aikuisia psykoosipotilaita, joilla

psykiatrisen sairauden oireidenkuvaa värittää aggressiivisuus, aiemmat väkivaltaiset teot tai vakavalla väkivallalla uhkailu.

## 2 Teoreettinen tausta

### 2.1 Potilaan aggressio ja aggressiivinen käyttäytyminen psykiatrisessa sairaalassa

Aggressiolla tarkoitetaan tunnetta tai tunnetilaa, joka ilmenee vihan kokemisenä, -ajatuksina, suuttumuksena tai pelkona. Aggressio voi purkautua loukkaavalla kielenkäytönä, huutamisena, vihamielisyytenä tai häiritsevällä käyttäytymisellä. Aggressiivinen toiminta voi olla luonteeltaan impulsiivista tai suunnitelmallista ja se voi kohdistua potilaaseen itseensä, muihin henkilöihin tai esineisiin. Aggressio itsessään ei aina johda suoraan väkivaltaan. Aggressiivisuus on ihmiselle luontainen tapa reagoida itselle negatiivisiin tapahtumiin tai asioihin ja taustalla ovat ihmisen sillä hetkellä kokemat tunteet. Negatiivinen tapahtuma voi olla esimerkiksi näkemysero hoitoryhmän ja potilaan välillä tai potilaan pettymyksen tunne suhteessa hoitoon tai hoitohenkilökuntaan. Aggressiivinen potilas on usein vihainen ja impulsiivinen, mutta väkivaltaisuutta saattaa lisätä myös häpeä, syyllisyys, ahdistus tai pelko (Viemerö 2006: 18; Kiviniemi 2007: 125; Lehestö ym. 2004: 87).

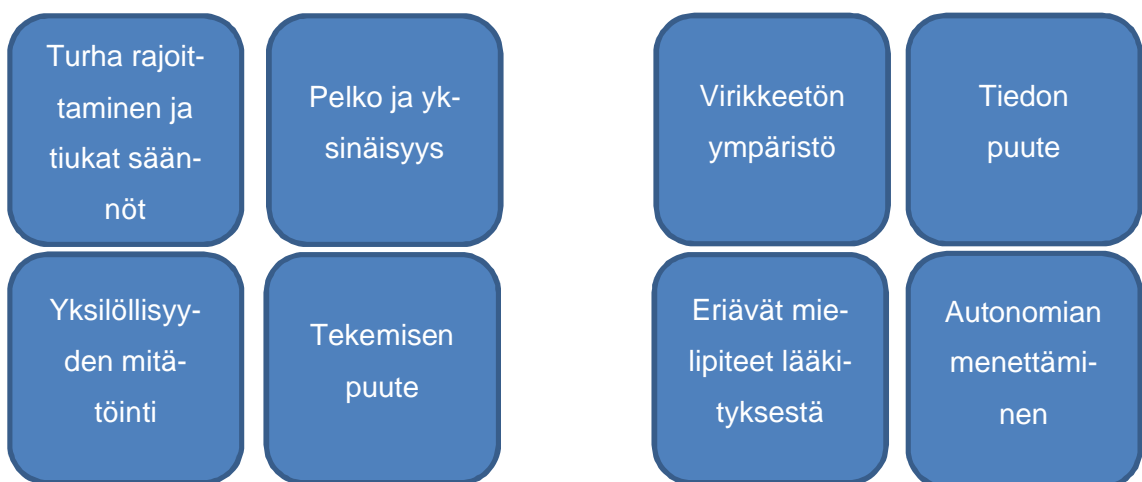
Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan väkivalta on vallan tai voiman käyttöä tai niillä uhkailua. Väkivalta kohdistuu joko itseensä tai toisiin ja aiheuttaa tai altistaa niin fyysisille kuin psyykkisillekin vammoille, kehityksen häiriintymiselle tai kuolemalle (WHO: 2015).

Hoitohenkilökuntaan kohdistuva aggressio ja väkivalta ovat yleinen huolenaihe suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa. Potilaiden kohdistama aggressio vaikuttaa negatiivisesti hoitohenkilökunnan fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja hoitohenkilökunnan kokema pelko vaikeuttaa potilaan hoitoa ja kohtaamista. Potilaat, jotka ovat aiemmin hoitohistoriassaan käyttäytyneet aggressiivisesti, kohdistetaan todennäköisemmin enemmän pakkokeinoja, kuten eristämistä ja sitomista, vaikkakin äärimmäisen pakon käyttäminen voi lisätä jännitystä osastolla. Psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevillä hoitajilla on suurentunut riski joutua väkivallan uhriksi. Vaikka suurin osa vammoista on

nopeasti parantuvia, väkivallan uhriksi tai väkivallan todistajaksi joutunut voi saada pitkäkestoisia psyykkisiä oireita, jotka voivat heikentää elämän laatua, hoitohenkilökunnan työssä jaksamista sekä työmotivaatiota (Kaunomäki – Jokela – Kontio 2017: 1-2).

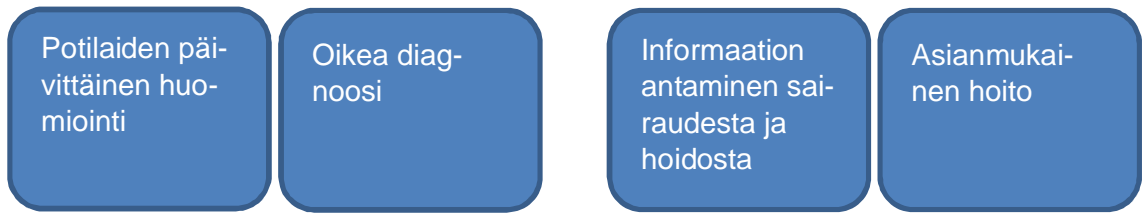
Kontion (2013) ym. mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden näkemykset aggressiivisuudesta psykiatrisessa sairaalassa ovat hyvinkin eriävät. Hoitohenkilökunta kokee, että pääsyy potilaan aggressiiviselle käyttäytymiselle löytyy potilaan psyykkisestä sairaudesta. Potilaat ovat tuoneet taas esille, että syitä aggressiivisen käytöksen takana ovat olleen henkilökunnan autoritääriinen asenne, liiallinen rajoittaminen, virikkeetön ympäristö, turhautuminen tekemättömyyteen, eriävät mielipiteet lääkityksen suhteen ja kokemus oman autonomian ja vapauden menettämisestä. Myös konfliktit muiden potilaiden kanssa voi aiheuttaa aggressiivisuutta potilaissa (Kontio – Anttila – Lantta 2013: 271–272).

Alla olevissa kuvioissa on esitelty potilaiden näkemyksiä potilaiden aggressiivisen käytöksen syistä ja potilaiden ehdotuksia siitä kuinka aggressiivista käytöstä voitaisiin vähentää psykiatrisissa sairaaloissa (kuvio 1 ja kuvio 2).



Kuvio 1. Potilaiden näkemyksiä potilaiden aggressiivisen käytöksen syistä. Mukaillen: Kontio ym. 2013





Kuvio 2. Potilaiden ehdotuksia siitä, kuinka aggressiivista käytöstä voitaisiin vähentää psykiatrisissa sairaaloissa. Mukailten: Kontio ym. 2013

## 2.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalassa

Potilaalla tarkoitetaan psykiatriseen sairaalaan otettua, tai tutkimukseen ja hoitoon määrättyä henkilöä. Jokaisella potilaalla on oikeus korkealaatuiseen hoitoon ja psykiatrinen hoito tulee järjestää niin, että potilaan ihmisarvoa ei alenneta. Psykiatrisen hoidon laadun mittarina voidaankin pitää vähäistä pakon käyttöä (Kuosmanen – Laukkanen 2019.) Psykkisesti sairastunutta potilasta on pyrittävä hoitamaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoidon tulisi perustua yksilölliseen ja kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, myös vaikeahoitoisten ja sairautentunnettomien potilaiden kanssa. Psykiatrian ammattihenkilön on jatkuvasti arvioitava ja kyseenalaistettava omaa vallankäyttöään suhteessa potilaisiin. Hoitohenkilökunnan vastuuna ovat elämän-, kunnian-, koskemattomuuden-, yksityisyyden- ja terveyden suojeleminen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista esiintyy psykiatrisissa sairaaloissa ja niille toimenpiteille löytyvät lailliset perusteet. Mielenterveyslain (4a-luku 22a §) mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia voidaan rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus sitä välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Toimenpiteet perustuvat eettiseen velvoitteeseen suojata toisen ihmisen etuja, silloin kun henkilö ei sairautensa vuoksi siihen itse kykene tai ei ymmärrä toimia etunsa mukaisesti. Perusoikeuksien rajoituksissa on aina noudatettava mielenterveyslain säännöksiä. Näitä perusoikeuksien rajoituksia voidaan soveltaa vain potilaaseen, joka on mielenterveyslain 2-4 luvuissa säädetyllä tavalla otettu tarkkailuun tai määrätty tutkimukseen tai hoitoon. Jos potilas on otettu sairaalaan omasta tahdostaan, hänen ei voi kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Vapaaehtoisessa hoidossa olevan potilaan

itsemääräämisoikeutta voidaan rajata vain pakottavan vaaratilanteen torjumiseksi, jolloin kyseessä on rikoslain mukainen pakkotila (Mielenterveyslaki 22a§).

Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista mielenterveyslain mukaan voivat olla tahdosta riippumattoman hoidon ja tarkkailun lisäksi: liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus ja -katsaus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen ja sitominen.

Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan hoidon aikana rajoittamaan tai käyttämään tahdosta riippumattomia toimenpiteitä, on näille toimenpiteille kirjattava tavoitteet. Tahdosta riippumaton toimenpide tulee valita niin, että se rajoittaa mahdollisimman vähän henkilön vapautta ja koskemattomuutta. Rajoitustoimenpiteet perustuvat lakiin ja niitä tulee käyttää, vasta kun muut hoitotoimenpiteet eivät ole auttaneet tai ne ovat olleet riittämättömiä (Mielenterveyslain rajoitesäännösten soveltamisohjeet Auran sairaalassa. 2017 osa 1: 1-27; osa 2: 1-26).

### 2.2.1 Liikkumisvapauden rajoittaminen

Psykiatrian käytännössä liikkumisvapauden rajoittaminen pyritään sopimaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Painostusta tai suostuttelua ei tule käyttää. Jos potilaan kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen liikkumisvapaudesta tai potilaan suostumus jää epäselväksi, lääkäri tekee päätöksen liikkumisvapauden rajoittamisesta ja perustelee sen potilaalle. Lähtökohtaisesti kaikilla potilailla on oikeus ulkoilla ja vain perustellusti tätä oikeutta voidaan rajoittaa. Tarkkailuajana ja tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilas voi liikkua osaston ulkopuolella, ellei psyykinen vointi tai muu seikka oikeuta tämän rajoittamista (Mielenterveyslaki 4 a luku § 22).

### 2.2.2 Omaisuuden haltuunotto

Toimintayksikön haltuun voidaan ottaa vaarallisia esineitä tai aineita, jotka vaarantavat potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Myös rahat tai maksuvälineet voidaan ottaa haltuun, jos potilas sairautentilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi rahansa tai tekisi päätöksiä, jotka vaarantaisivat hänen taloutensa. Yleistä järjestystä haittaavat aineet tai esineet voidaan ottaa henkilökunnan haltuun. Hoidon päätyttyä haltuun otettu omaisuus palautetaan potilaalle, jos omaisuuden palauttamisesta tai hävittämi-

sestä muussa laissa toisin säädetä. Terä- ja ampuma-aseet luovutetaan poliisille. Huumausaineista ilmoitetaan poliisille nimettömänä laitoslöytönä. Jos omaisuuden haltuunotosta ei päästä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen, apulaisyli lääkäri tai päivystysaikana päivystyslääkäri tekee päätöksen omaisuuden haltuunotosta. Potilaalla on oikeus hakea muutosta omaisuuden haltuunotossa (Mielenterveyslaki 4 a luku § 22).

### 2.2.3 Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen

Potilaan omaisuus ja lähetykset voidaan tarkistaa, jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on hallussaan tai hänelle osoitetussa lähetyksessä on hoitoa tai turvallisuutta uhkaavia aineita tai esineitä, kuten päihteitä tai aseita. Lähetykset tarkistetaan kirjesalaisuutta kunnioittaen, eli potilaalle osoitettua luottamuksellista viestiä ei lueta. Omaisuus tarkistetaan kahden henkilökunnan jäsenen toimesta. Päätöksen tahdosta riippumattomasta omaisuuden tarkistamisesta tekee lääkäri ja siitä tehdään asianmukaiset kirjaukset potilastietojärjestelmään (Mielenterveyslaki luku 4a § 22).

### 2.2.4 Henkilöntarkastus ja – katsaus

Henkilöntarkastus voidaan tehdä, jos herää perusteltu epäily siitä, että potilaalla on turvallisuutta tai hoitoa vaarantavia esineitä yllään. Jos on todennäköisiä syitä epäillä, että potilaalla on kehossaan hoitoa tai turvallisuutta vaarantavia esineitä tai aineita, hänelle saadaan tehdä henkilönkatsaus. Lääkäri tekee päätöksen tahdonvastaisesti henkilöntarkastuksesta ja -katsauksesta ja rajoitetoimi kirjataan asianmukaisesti (Mielenterveyslaki luku 4a § 22).

### 2.2.5 Yhteydenpidon rajoittaminen

Potilaan perusoikeuksiin kuuluu luottamuksellinen ja yksityinen yhteydenpito sairaalan ulkopuolelle. Mikäli yhteydenpito haittaa vakavasti potilaan hoitoa tai turvallisuutta tai muun henkilön yksityiselämän turvallisuutta, voidaan potilaan yhteydenpitoa apulaisyli lääkärin tai päivystävän lääkärin päätöksestä rajata. Rajaamista koskeva päätös voi kestää enintään 30 vuorokautta ja potilaalle tulee antaa mahdollisuus tulla kuuluksi päätöksessä. Potilaalla on oikeus hakea muutospäätöstä. Yhteydenpitoa potilasasiamieheen, potilaan asianajajaan/oikeusavustajaan tai ihmisoikeuselimiin ei tule rajata. Päihtynyttä tai häiritsevästi käyttäytyvää vierailijaa ei tarvitse päästää osastolle (Mielenterveyslaki luku 4a § 22i).

### 2.2.6 Eristäminen

Mielenterveyslaki (luku 4 a §:t 22e ja 22f) antaa oikeuden potilaan sidonnalle ja eristämiseksi, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, käyttäytymisellään vaikeuttaa omaa turvallisuutta tai muiden potilaiden hoitoa tai jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muista painavista syistä.

Potilaan eristämällä tarkoitetaan potilaan eristämistä sitä tarkoitusta varten varattuun huoneeseen. Eristäminen on aina psykiatrista tehohoitoa, jolloin henkilökunnalla on erityinen vastuu potilaasta. Kun päätös eristämisestä tehdään, se toteutetaan turvallisesti ja määrätietoisesti. Potilaalle kerrotaan tilanteen aikana mitä tapahtuu, miksi ja miten. Eristykselle asetetaan aina selkeä syy ja tavoite. Potilas pyritään saamaan puhumalla itse siirtymään eristyshuoneeseen, riittävän henkilökunnan turvin. Eristetylle potilaalle nimetään vastuuhoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta kokonaisen työvuoron ajan. Eristyksessä olevan potilaan luona käydään vähintään neljästi tunnissa. Pelkkä monitoriseurausta ei ole riittävää. Päätöksen eristyshoidon aloittamisesta tekee aina potilasta hoitava lääkäri tai virka-ajan ulkopuolella sairaalan päivystävä lääkäri (Mielenterveyslain rajoitesäännösten sovellusohjeet Auroran sairaalassa osa 2, 8 - 14, 2017).

### 2.2.7 Sitominen

Mielenterveyslaki (luku 4 a §:t 22e ja 22f) antaa oikeuden potilaan sidonnalle, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, käyttäytymisellään vaikeuttaa omaa turvallisuutta tai muiden potilaiden hoitoa tai jos potilaan sitominen on välttämätöntä muista painavista syistä. Potilaan eristäminen on aina ensisijainen, mielenterveyslaki antaa rajatut edellytykset potilaan sitomiselle. Sidontaa tulee käyttää vain siinä tapauksessa, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella tahallisesti tai tahattomasti todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita.

Sitomisella tarkoitetaan potilaan kiinnittämistä sidontaan tarkoitettuun sänkyyn. Sitominen tapahtuu siihen tarkoitettuun huoneeseen. Sitominen tapahtuu lepositeilla, eli vuoteen reunaan kiinnitetyillä hihnoilla. Potilaan sidonta on psykiatrian pakon käytön vakavin

ja äärimmäisin muoto. Sidonnan tulee olla viimeinen vaihtoehto rauhoittaa potilas ja ennen sidonnan aloittamista tulisi käyttää kaikkia muita vaihtoehtoisia keinoja. Kuitenkin väkivaltainen, hallitsematon käytös tai väkivallalla uhkaaminen vaativat selkeitä toimenpiteitä käytöksen lopettamiseksi. Sidonnan aloittaminen pyritään ennakoimaan siten, että lääkäri on mukana päätöksenteossa. Jos sidontaan päädytään äkillisessä tilanteessa, lääkäriä on välittömästi informoitava toimenpiteestä. Mikäli sidonta kestää yli kahdeksan tuntia, lääkärin on arvioitava sidonnan tarvetta vähintään kolmesti vuorokaudessa (Mielenterveyslain rajoitesäännösten sovellusohjeet Auroran sairaalassa osa 2, 8 - 14, 2017).

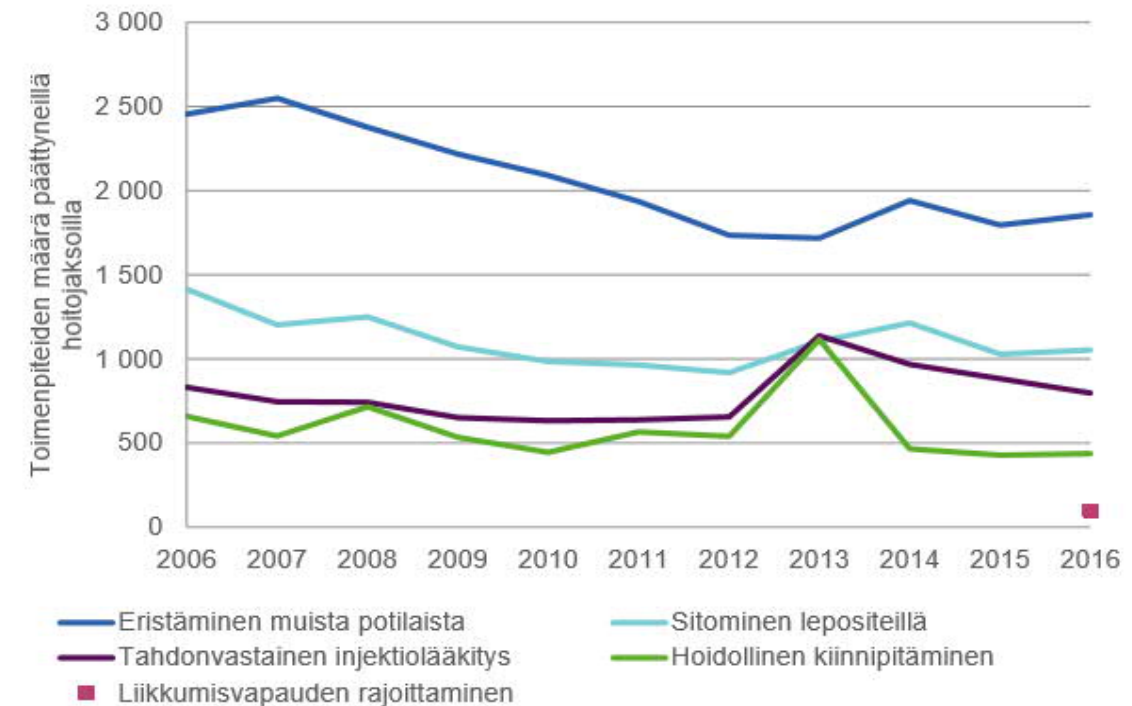
### 2.3 Pakon käytön vähentäminen ja ennaltaehkäisy psykiatrisessa sairaalassa

Potilaisiin kohdistuva pakon käyttö aiheuttaa monimuotoisia eettisiä ristiriitoja psykiatrisessa hoitotyössä. Jokaisella ihmisellä on oikeus autonomiaan ja fyysiseen koskemattomuuteen, mutta tietyissä tilanteissa potilaiden ihmisoikeuksiin joudutaan kajoamaan psykiatrisessa hoitotyössä. Pakon käytön vähentämiseksi on annettu monia kansallisia ja kansainvälisiä konsensuslauselmia ja vaihtoehtoisten toimintamallien käyttäminen pakon käytön vähentämiseksi on saanut vahvaa tutkimusnäyttöä. Pakon käytön vähentämistä on kuitenkin oleellisesti vaikeuttanut epätietoisuus siitä, miten pakon käyttöä voi vähentää ilman väkivallan riskin lisääntymistä. Lisäksi näytön implementointi käytännön tasolle on ollut vajavaista. Vaikka pakon käytön vähentämistä on tutkittu laajasti, on olemassa selkeä tarve hoitokulttuurin muuttumisesta inhimillisemmäksi ja potilaslähtoisemmäksi. (Kontio - Välimäki 2010: 14–19).

Pakon käytön vähentäminen ja vaihtoehtoisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto sekä potilaan aseman vahvistaminen ja omaan hoitoon osallistaminen ovat kehittämistavoitteita psykiatrisessa hoitotyössä Suomessa ja Pohjoismaissa. Mieli 2009; kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman työryhmä asetti tavoitteeksi pakon käytön vähentymisen psykiatrisessa sairaalahoidossa 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016.) Tämän esityksen pohjalta Terveiden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi psykiatristen sairaaloiden edustajat *Pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisääminen* -työryhmäksi. Työryhmä pakon käytön vähentämiseksi hoidossa perustettiin vuonna 2011. Työryhmän tavoitteena on edistää pakon käytön- ja tahdosta riippumattoman hoidon vähentämistä, ehkäistä potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä, edesauttaa psykiatrista hoitoa potilaslähtoisempään suuntaan sekä vaihtoehtoisten menetelmien kehittämistä eri Pohjoismaissa. Työryhmässä on aktiivisesti mukana

kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita kaikilla tasoilla (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015; Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriön nimitämä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä (2009–2015) teki ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020, huomioiden suunnitelman toimeenpanoon liittyneen oman arviointinsa, mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ulkoisen arvioinnin suositukset sekä WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman. Myönteistä kehitystä todettiin erityisesti seuraavissa asioissa: kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otettiin mukaan toimintaan, psykiatrinen tahdosta riippumaton hoito vähentyi, mielenterveys- ja päihdetyön strategioita sisällytettiin kuntastrategioihin ja työkyvyn sekä työhön paluun tukeminen työterveyshuollossa vahvistuivat. Ulkoisen loppuarvioinnin mukaan suunnitelmalla oli myönteinen vaikutus erityisesti tietoisuuden lisääntymiseen asiakkaan aseman vahvistamisen, edistävän ja ehkäisevän työn sekä palvelujärjestelmän kehittämisen tarpeista. Kaikkia tavoitteita ei saavutettu osin koordinaation ja toimeenpanon resurssien vähäisyyden vuoksi. Ohjausryhmä esittää, että vuoteen 2020 saakka asiakkaan asemaa vahvistetaan monipuolistamalla palveluja, ottamalla käyttöön yhdenvertaisuutta tukevia keinoja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisessa, vakiinnuttamalla kokemusasiantuntijoita, omaisia ja läheisiä huomioivia työmuotoja ja ottamalla käyttöön kuntoutumista ja työhön pääsyä tukevia toimenpiteitä. Edistävää ja ehkäisevää työtä lisätään ja toteutetaan eri hallinnonaloilla.

Pakon käytön systemaattinen vähentäminen vaatii johdon tukea ja sitoutumista muutokseen. Keinoja, joilla voi pakon käyttöä vähentää ovat pakon vähentämisen systemaattinen tutkiminen ja toiminnan ylläpitäminen sekä pakkotoimien keston jatkuva seuranta ja raportointi. Pakkotoimien käyttöön liittyvän tiedon kerääminen ja pakkotoimitapahtumien arviointi henkilökunnan kanssa on tärkeässä asemassa, kun tähdätään pakkoa vähentäviin toimintamalleihin (Kuosmanen, L. – Laukkanen, E. 2019).



Kuvio 3. Pakkotoimien käyttö koko maassa vuosina 2006 – 2016 (THL: 2018)

Ylläolevasta kuviosta voi päätellä, että psykiatrisessa sairaalahoidossa eristäminen, sitominen ja potilaan hoidollinen kiinnipitäminen on laskenut vuodesta 2006 vuoteen 2015. Yleisin pakkotoimi on ollut potilaan eristäminen muista.

Pakkotoimien käyttöä tarkasteltaessa on todettavissa, että eristystä, sitomista ja kiinnipitoa kokeneiden potilaiden määrä on laskenut Suomessa vuosien 2006–2007 ja vuoden 2013 välisenä aikana. Vuonna 2006 pakkotoimia kohdistettiin koko maassa yhteensä 2535 potilaaseen, kun vuonna 2013 määrä oli 1631. Tahdosta riippumattoman injektion saaneiden määrän lasku sen sijaan kääntyi nousuun vuonna 2013 (Rainio - Rätty 2015: 3.) Alueelliset erot pakon käytössä ovat edelleen Suomessa suuria, eikä tämä ole aikaisempien tutkimusten valossa selittynyt yksinomaan mielisairauksien ja vakavien mielen-terveyshäiriöiden esiintyvyyden eroilla, vaikka sairaaloiden välinen työnjako esimerkiksi vaikeahoidoisten potilaiden osalta vaikuttaa pakon käyttöön. Alueellisiin eroihin pakon käytössä vaikuttanevat edelleen eniten hoitoyksiköiden paikalliset, hallinnolliset ja organisaatioihin liittyvät seikat (Rovasalo - Jüriloo 2011: 5-7).

Vuonna 2015 pakkotoimia käytettiin yhteensä 4 741 kertaa. Yleisin pakkotoimi oli eristys muista potilaista (2 044 kertaa.) Sidontaa käytettiin 1 110 kertaa, tahdonvastaisia injektioita annettiin 1 084 kertaa ja fyysistä kiinnipitämistä käytettiin 503 kertaa (THL: 2017).

Pakkotoimien käyttö vähentyi vuodesta 2009 vuoteen 2015 15 prosentilla. Pakon käytössä on vielä paljon alueellisia eroja, vaihtelu on suurta eri sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden välillä. Pakon käytön alueelliseen vaihteluun vaikuttavat muun muassa vallitseva hoitokulttuuri, riittämätön osaaminen ja puutteellinen ammatillinen koulutus aggressiivisen potilaan kohtaamiseen. Vaikka laki sääteleeekin pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa, psykiatrisen hoitokulttuuri tarvitsee uudistuksia sisältäpäin. (THL 2016; Pylkkänen 2010: 3337).

#### 2.4 Vaihtoehtoiset menetelmät potilaan eristämiseksi ja sitomiselle

Mielenterveyslaki (luku 4 a §:t 22e ja 22f) antaa oikeuden potilaan sidonnalle ja eristämiseksi, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, käyttäytymisellään vaikeuttaa omaa turvallisuutta tai muiden potilaiden hoitoa tai jos potilaan eristäminen tai sitominen on välttämätöntä muista painavista syistä. Potilaan eristäminen on aina ensisijainen, mielenterveyslaki antaa rajatut edellytykset potilaan sitomiselle. Sidontaa tulee käyttää vain siinä tapauksessa, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella tahallisesti tai tahattomasti todennäköisesti vahingoittaisi itseään.

Väkivaltainen käytös tai väkivallalla uhkailu ovat perusteltuja syitä potilaan eristämiseksi tai sidonnalle. Kuitenkin on raportoitu, että yleinen syy potilaan eristämiseksi tai sidonnalle on potilaan psykoottinen käyttäytyminen, ilman merkkejä potentiaalisesta väkivallasta. Usein sidontaa tai eristystä käytetään keinona sekavien ja kiihtyneiden potilaiden hoidossa (Kontio – Joffe – Putkonen 2010: 16–17; Keski-Valkama 2010: 523).

Sitomisen hyödyistä aggression vähentämisessä ei ole selkeää tutkimusnäyttöä ja sidonnan tiedetään aiheuttavan potilaalle niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin haittoja (Kontio - Välimäki 2010: 14–19.) Eristäminen ja sitominen aiheuttavat niin potilaissa kuin hoitohenkilökunnassa pääsääntöisesti negatiivisia tunteita. Tutkijat ja kokemusasiantuntijat ovat 2000-luvun alusta lähtien suosittelleet sidonnalle vaihtoehtoisia menetelmiä. Ennakointi on avainasemassa sidonnan välttämiseksi. Eristyshuoneet tulisi sisustaa turvallisiksi ja inhimillisiksi nykyisten ”putkamaisten” eristyshuoneiden sijaan. Eristyshuoneet



tulisi olla pehmenneittäjä, jolloin sekava potilas ei satuttaisi itseään kaatuessaan. Myös Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen toimikunta on antanut lausuntoja, että eristyshuoneissa tulisi järjestää potilaalle mielekkäitä aktiviteettejä, kuten lehtien lukemista tai television katsomista. Potilaalla tulisi olla oikeus päättää vaatetuksestaan ja oikeus huolehtia henkilökohtaisesta hygieniastaan (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2002; European committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment 2009).

Niin potilaat kuin hoitajatkin kokevat potilaan sidonnan ja eristämisen aiheuttavan pääosin negatiivisia tuntemuksia. Potilaiden kokemukset sidonnasta tai eristämisestä ovat pääasiallisesti negatiivisia. Sidonta ja eristys koetaan haitalliseksi ja jopa traumatisoivaksi. Monet potilaat ovat raportoineet, etteivät ole tietäneet syytä eristykselleen ja ovat kokeneet eristyksen rangaistuksena ja itsemääräämisoikeuden loukkauksena. Sidonnan ja eristysten aikana potilaat ovat kuvanneet kokeneensa yksinäisyyttä, vihaa, avuttomuutta ja nöyryytystä. Potilaat ovat kuvanneet, että he eivät ole saaneet tarpeeksi vuorovaikutusta hoitajien kanssa ollessaan eristyksessä ja vuorovaikutuksen puute on lisännyt yllä mainittuja negatiivisia tunteita. Osa potilaista on kuitenkin kuvannut eristyksen lisänneen omaa turvallisuuden tunnettaan ja hyväksyneet sen omaksi osaksi hoitoaan. Potilaat toivovat, että eristyksen aikana heidän autonomiaansa kunnioitettaisiin mahdollisuuksien mukaan. Potilaat ovat muun muassa toivoneet, että voisivat huolehtia vapaammin hygieniastaan, tupakoida, käydä vapaasti wc:ssä. Eristyshuoneita on kuvattu kolkoiksi, vähävirikkeisiksi ja epämukaviksi. Potilaat toivovat, että eristyshuoneessa voisi olla esimerkiksi mukavammat vuodevaatteet ja enemmän huonekaluja (Kontio – Joffe 2010: 16–24).

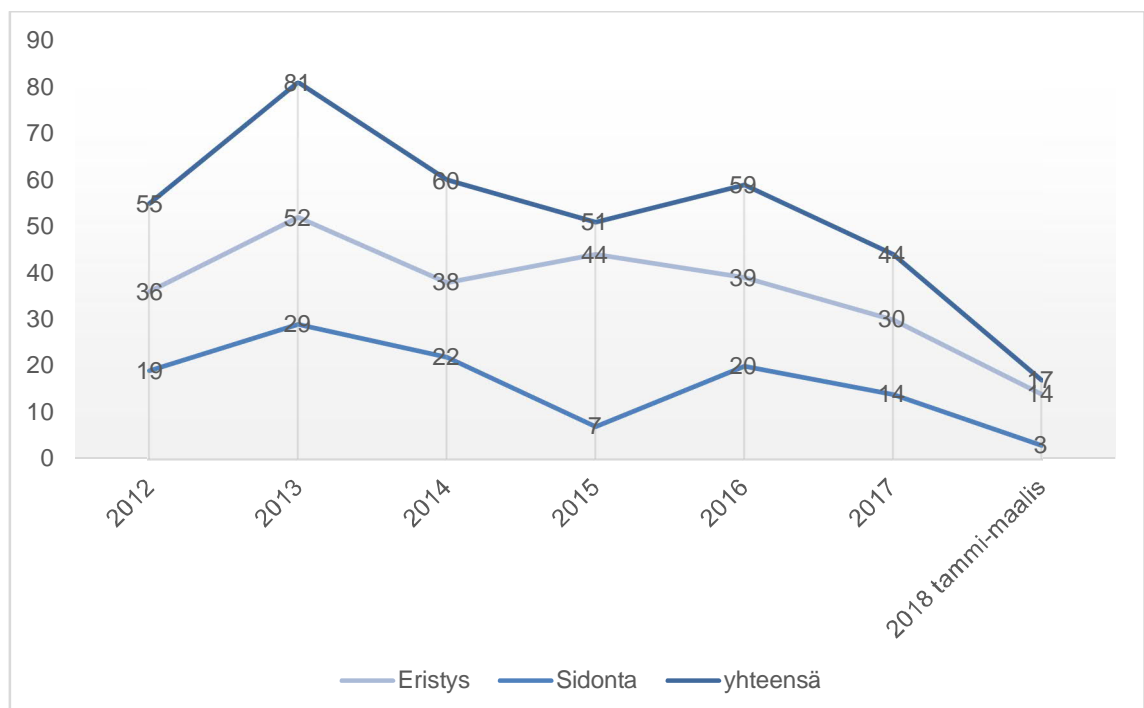
Potilaan sidonta ja eristäminen muista ovat psykiatrian pakon käytön vakavampia muotoja. Sidonnan ja eristäminen tulee olla viimeinen keino rauhoittaa potilas ja ennen sidonnan tai eristämisen aloittamista tulee käyttää kaikkia muita vaihtoehtoisia keinoja. Pakkokeinojen prosessimalli tulee edetä vähiten rajoittavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa toimenpidettä. Toimintaympäristön kuvauksessa on esitelty Auroran sairaalan toimintaohjeet eristämisen ja sidonnan vaihtoehtoisille menetelmille ja Englannissa kehitetty Safewards-menetelmä, jota sovelletaan myös opinnäytetyön toimintaympäristöön liittyvällä osastolla (Mielenterveyslain rajoitesäännösten sovellusohjeet Auroran sairaalassa osa 2, 3 - 6, 2017).

### 3 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimii Auroran sairaalassa sijaitseva psykoosilinjan suljettu osasto, joka on profiloitunut hoitamaan vaikeahoitoisia, aikuisia psykoosipotilaita, joilla psykiatrisen sairauden oireidenkuvaa värittää aggressiivisuus, arvaamattomuus, aiemmat väkivaltaiset teot tai vakavalla väkivallalla uhkailu. Osaston henkilökunta on koulutettu väkivaltariskin hallintaan. Hoidon laatua ja toimintaa arvioidaan säännöllisesti.

Osaston fyysisessä ympäristössä ja tilojen suunnittelussa on huomioitu haastavasti käyttäytyvien potilaiden akuutille sairaalahoidolle asettamat tarpeet. Ruokailutilat, osaston käytävät ja ryhmähuone on suunniteltu avariksi ja värien käyttö on suunniteltu huolellisesti. Erillinen ryhmähuone toimii monikäyttöisenä tilana, josta löytyy muun muassa lautapelejä, piirustustarvikkeita, pelikonsoleita, kirjoja, elokuvia ja musiikkia. Osaston yleisissä tiloissa on valvontakamerat. Potilashuoneet ovat joko yhden tai kahden hengen huoneita.

Osaston potilaisiin kohdistuvia rajoite- ja pakkotoimia seurataan vuosittaisella tasolla. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 4) on esitelty osastolla tapahtuneet eristykset ja sidonnat vuosina 2012–2018.



Kuvio 4. Eristykset ja sidonnat psykoosilinjan osastolla vuosina 2012–2018. Mukailten: Kanner, H. 2018

Ylläolevasta kuviosta voi päätellä, että potilaiden eristäminen ja sitominen ovat olleet laskussa vuosien 2012–2013 korkean nousun jälkeen. Yleisin pakkotoimi on ollut eristäminen muista potilaista.

Seuraavien otsikkojen alla on esitelty Auroran sairaalan toimintaohjeet eristämisen ja sidonnan vaihtoehtoisille menetelmille sekä Englannissa kehitetty Safewards-menetelmä, jota sovelletaan myös opinnäytetyön toimintaympäristöön liittyvällä osastolla.

### 3.1 Auroran sairaalan toimintaohjeet eristämisen ja sidonnan vaihtoehtoisille menetelmille

Auroran sairaalassa on kehitelty toimintaohjeet eristämisen ja sidonnan vaihtoehtoisille menetelmille. Pakkokeinojen prosessimalli tulee edetä vähiten rajoittavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa toimenpidettä (Mielenterveyslain rajoitesäännösten sovel-lusohjeet Auroran sairaalassa osa 2, 3 - 6, 2017.) Nämä vaihtoehtoiset menetelmät ovat:

1. Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen
2. Riittävä lääkitys
3. Ympäristöön vaikuttaminen
4. Vakauttaminen
5. Vierihoido
6. Hoidollinen kiinnipitäminen
7. Ohjaaminen toiminnallisuuteen
8. Rauhallisen tilan hyödyntäminen
9. Potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen ja sitomisen keskittäminen)
10. Prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen
11. Potilaan hoitotahdon huomioiminen
12. Potilaan mahdollisten toiveiden toteuttaminen
13. Pakkokeinojen prosessimalli

#### 3.1.1 Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen

Hoidollista läsnäoloa ja vuorovaikutusta potilaan kanssa lisätään. Rauhoittavalla viestinnällä luodaan edellytykset puhumalla rauhoittumiseen. Kuunteleminen on hoitajan aktiivista toimintaa, jolloin hän keskittyy kuulemaan ja selvittämään, mitä potilas todella sanoo. Potilaan ajatusten, tunteiden ja pelkojen kuuleminen lisää henkilökunnan tietoa potilaasta. Tämä vaatii hoitajalta kiireettömyyttä ja pysähtymistä potilaan luokse.

### 3.1.2 Riittävä lääkitys

Riittävää lääkitystä käytetään ennakoivasti. Tehostettu lääkehoito ja lääkehoidon tarpeen ja vaikutuksen arviointi edistävät potilaan rauhoittumista.

### 3.1.3 Ympäristöön vaikuttaminen

Osastolla pyritään ylläpitämään rauhallinen yleistunnelma ja ilmapiiri. Vältetään äkillisiä muutoksia. Levoton potilas ohjataan pois ristiriitatilanteesta, jolloin muutetaan hoitoympäristöä minimoimalla turhat ärsykkeet.

### 3.1.4 Vakauttaminen

Vakauttamiskeinojen avulla pyritään potilaan orientaation palauttamiseen ja itsenäisyyden tukemiseen. Hoitaja ohjaa potilasta käyttämään vakauttamiskeinoja. Vakauttaminen on osa ahdistuksenhallintakeinoja. Aluksi arvioidaan potilaan ruumiillisten oireiden esiintyminen, kuten kohonnut sydämen syke tai hengitystaajuus. Vakauttamisen tavoitteena on näiden oireiden lievittäminen esim. hengitystä tasaamalla, lihaksia jännittämällä ja rentouttamalla.

### 3.1.5 Vierihoidaminen

Vierihoidossa yksi hoitaja keskittyy kyseisen potilaan hoitamiseen ja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskustelemalla ja läsnä olemisellä. Vierihoidon tavoitteena on saavuttaa potilaan turvallisuuden tunne ja rauhallisena pysyminen. Samalla voidaan arvioida

myös potilaan itsemurhariskiä. Vierihoitaja sovitaan työvuorossa olevista hoitajista ja vierihoitajaa vaihdetaan vuorotellen potilaalle tuttujen hoitajien kesken. Vapaaehtoisuuteen ja yhteistyöhön perustuvaa vierihoitoa toteutetaan potilaan ja hoitajan ja/ tai lääkärin sopimuksen mukaisesti. Mikäli kyseessä on vierihoito potilaan tahdosta riippumatta, se toteutetaan lääkärin määräyksen mukaisesti. Aggressiiviselle tai arvaamattomalle potilaalle vierihoidon toteuttaminen ei sovellu.

### 3.1.6 Hoidollinen kiinnipitäminen

Potilaan hoidollinen kiinnipitäminen on hoitotoimenpide, jolla henkilökunta rauhoittaa väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti käyttäytyvää potilasta hyödyntäen työpaikkakoulutuksessa (Management of Actual or Potential Aggression) oppimiaan väkivaltaisen käyttäytymisen hallintakeinoja.

### 3.1.7 Ohjaaminen toiminnallisuuteen

Potilasta ohjataan mielekkääseen tekemiseen ja toiminnan pariin. Esimerkiksi liikunta tai lempimusiikin kuuntelu voi vähentää potilaan aggressiivisia tunteita.

### 3.1.8 Rauhallisen tilan hyödyntäminen, erillinen rauhoittumishuone

Rauhallisena tilana voidaan käyttää esimerkiksi potilaan omaa huonetta tai muuta siihen soveltuvaa tilaa. Potilas voidaan ohjata myös eristyshuoneeseen avoimin ovin rauhoittumaan. Rauhallisen tilan käyttäminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen. Rauhallisessa tilassa otetaan käyttöön rauhoittumiseen käytettävät interventiot kuten musiikin kuuntelu, painopeiton käyttö, pelaaminen tai piirtäminen.

### 3.1.9 Potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen/sitomisen keskittäminen)

Eristämisen ja sidonnan keskittäminen parantaa toiminnan kehittämistä. Potilas voidaan siirtää tarvittaessa osastolle, jossa on paremmat resurssit tehostettuun hoitoon.

### 3.1.10 Prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen

Ennen eristämisen tai sidonnan aloittamista potilaalle annetaan mahdollisuus aikalisälle. Potilas saa mahdollisuuden poistua ristiriitatilanteesta ja potilaalle kerrotaan, miten hänen käytöksensä tulee muuttua, jotta voidaan luopua mahdollisista rajoitetoimien käyttöönotosta.

### 3.1.11 Potilaan hoitotahdon huomioiminen

Potilaan tekemä psykiatrinen hoitotahto otetaan potilaan hoidossa huomioon. Hoitotahdossa potilas voi esittää henkilökohtaisia toiveita siitä, miten toivoo itseään hoidettavan, jotta eristäminen ja sitominen akuutissa tilanteessa voitaisiin välttää.

### 3.1.12 Potilaan mahdollisten toiveiden toteuttaminen

Potilaan esittämiä toiveita kuunnellaan ja pyritään toteuttamaan ja täten pyritään välttämään aggressiivisuutta lisääviä tekijöitä.

### 3.1.13 Pakkokeinojen prosessimalli

Pakkokeinojen prosessimalli tulee edetä vähiten rajoittavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa toimenpidettä. Rajoitetoimien käyttöönotto aloitetaan vähemmän pakottavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa toimenpidettä.

## 3.2 Safewards-malli

Safewards-malli on tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli, jonka tavoitteena on vähentää konflikteja, aggressiotilanteita sekä pakkokeinoja psykiatrisilla osastoilla. Mallin kehittämisestä ja implementoinnista vastaa englantilaisen Institute of Psychiatry tutkimuskeskuksen professori Len Bowers. Safewards-malli on kehitetty Isossa-Britanniassa systemaattisen tutkimustyön avulla. Safewards-malli pitää sisällään kymmenen interventiota, joilla voidaan vaikuttaa psykiatristen osastojen toimintaan niin, että estetään laukaisevia tekijöitä konflikteille ja aggressiiviselle käyttäytymiselle. Interventiot ovat hyvin konkreettisia ja käytännönläheisiä ja niistä voidaan valita osaston käyttöön yksi tai useampi (Bowers 2014: 36–37).

Opinnäytetyön toimintaympäristöön sijoittuvalla psykoosilinjan osastolla on otettu käyttöön Safewards-mallin kymmenen interventiota, jotka ovat esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Safewards-mallin kymmenen interventiota psykoosilinjan osastolla

Interventio	Kuvaus
Clear Mutual Expectations  Yhteiset odotukset	Potilaiden kanssa käydään läpi hoitotuloa edeltävät vaiheet, huomioiden potilaan vointi. Potilaalle kerrotaan alkuvaiheessa mitä hoito pitää sisällään, esitellään osaston toiminta- ja hoitokulttuuri ja kuullaan potilaan oma käsitys ja odotukset hoitoonsa liittyen. Hoidon alkuvaiheessa tutustutaan potilaan kanssa yhdessä hoitotahtoon tai potilaan kanssa laaditaan hoitotahto.
Soft Words  Pehmeät sanat	Osastolla on periaatteena, että potilaita kuullaan ja kunnioitetaan. Toisin sanoen potilaita ei vähätellä, loukata ja vaikeatkin asiat perustellaan potilaille.

<p>Talk Down</p> <p>Puheella rauhoittaminen</p>	<p>Koko hoitohenkilökunnan MAPA-koulutuksesta huolehditaan vuosittain, sillä sen katsotaan edesauttavan vakauttavaa otetta potilaiden hoitamisessa. Osaston toimintakulttuuri perustuu aina ennakoiivaan arviointiin, hoidon suunnitelmallisuuteen ja vaihtoehtoja etsiviin hoitoratkaisuihin. Rajoitetoimia käytetään perustellusti; haastavat hoitotilanteet pyritään hoitamaan läsnäololla, tarvittavalla lääkähoidolla ja rauhoittumistilan käytöllä. Keskeisessä roolissa on asioista keskusteleminen potilaiden kanssa. Haastavasti käyttäytyvien potilaiden kanssa käydään aktiivisesti läpi, minkälainen käytös ei ole osastolla suotavaa ja etsitään yhdessä potilaan kanssa vaihtoehtoisia keinoja aggression tai ahdistuksen purkamiseen turvallisesti. Jos potilas joudutaan eristämään tai sitomaan, potilaan kanssa käydään eristyksen purkukeskustelu mahdollisimman pian eristyksen/sidonnan päätyttyä.</p>
<p>Positive Words</p> <p>Positiiviset sanat</p>	<p>Potilaista pyritään keräämään mahdollisimman kattava taustahistoria, jotta jokaiselle potilaalle voitaisiin laatia henkilökohtainen ja tavoitteellinen hoitosuunnitelma. Hoitosuhdetyöskentelyssä havaitaan helpommin muutos voinnissa ja potilasta voidaan tukea kannustamalla ja hänen voimavarojaan huomioimalla.</p>
<p>Bad News Mitigation</p>	<p>Huonoja uutisia, kuten liikkumisvapauden rajoittamisen jatkaminen tai vastentahtoisen hoidon jatkuminen, kertoo potilaalle</p>



<p>Huonojen uutisten kertominen</p>	<p>se hoitaja(t), joihin potilaalla on syntynyt luottamus. Joskus erityisen sairautentuntomien ja uhkaavien potilaiden kohdalla varaudutaan mahdollisen tilanteen eskaloitumisen vuoksi riittävällä henkilökuntamäärällä, jolla voi jo itsessään olla rauhoittava vaikutus. Huonot uutiset kerrotaan potilaalle perustellen ja korostaen ymmärrystä potilaan pettymystä kohtaan rauhallisessa tilassa, kuten osaston ryhmähuoneessa tai lääkärin kansliassa, jolloin potilaalla on mahdollisuus keskustella asiasta henkilökunnan kanssa yksityisesti.</p>
<p>Know Each Other</p> <p>Tunnetaan toisemme</p>	<p>Jokaisella potilaalla on kaksi nimettyä vastuuhoitajaa. Jokaisen potilaan vastuuhoitajat esittäytyvät potilaille jokaisen vuoron alussa. Vastuuhoitajat pysyvät samoina mahdollisimman pitkään, työvuo- rosta toiseen.</p> <p>Osastolla ei ole käytössä esittelykansiota. Potilaiden kanssa pyritään viettämään paljon aikaa muun muassa päiväsalissa ja ryhmähuoneessa. Usein potilaat kysyvät henkilökunnalta henkilökohtaisia asioita ja yleisesti pidetään hyviin tapoihin kuuluvana, että ollaan rajallisesti avoimia. ts. voidaan kertoa potilaalla mm. omista harrastuksista tai kiinnostuksen kohteista. Jos potilaalle annetaan valittua tietoa hoitajista, potilaat voivat löytää yhteisiä kiinnostuksen kohteita ja keskustelunaiheita. Molemmiin puoleinen tuttuus ja jaettu tieto</p>

	voivat nopeuttaa hoitosuhteen muodostumista.
Mutual Help Meeting Avun antaminen	Potilaiden tiedetään rauhoittelevan toisia potilaita aika-ajoin. Potilaat kertovat toisilleen esimerkiksi osaston rutineista.
Calm Down Methods Rauhoittumismenetelmät	Osastolla on potilaita varten ns. ryhmähuone, missä on mahdollisuus pelata konsoleilla, piirtää, pelata lautapelejä, katsoa elokuvia tai kuunnella musiikkia. Ryhmähuoneessa on myös kuntopyörä. Levottomille potilaille voidaan järjestää myös yhden hengen huoneita. Potilaille on käytössä kaksi eri painoista painopeittoa ahdistuksen hallintaan. Levoton potilas voi halutessaan mennä eristyshuoneeseen ”avoimin ovin” rauhoittumaan. Potilaiden kanssa käydään osastolta käsin aktiivisesti sairaalan kuntosalilla, sekä musahuoneessa soittamassa instrumenttejä tai laulamassa/räppäämässä. Ulkoliikuntaa ja – liikuntavälineitä käytetään mahdollisuuksien mukaan.
Reassurance Turvallisuuden palauttaminen	Työryhmän jäsenet arvioivat potilaiden vointia, voinnin vaihtelua ja erityisiä tapahtumia säännöllisesti. Aina kun jotain tavallisuudesta poikkeavaa on tapahtunut, henkilökunta keskustelelee tapahtumista heti tapahtuneen jälkeen, tapahtumat käydään usein osastonhoitajan ohjaamana. Erityiset tapahtumat, kuten osastolla tapahtunut väkivalta, voidaan läpikäydä myös potilaiden kanssa. Työ-

	<p>ryhmä vastaa potilaita askarruttaviin kysymyksiin niin avoimesti kuin kullinkin on mahdollista. HaiPro- ja työsuojelupakki-ilmoituksia tehdään yhteistyössä.</p> <p>Levottomasti tai arvaamattomasti käyttäytyvä potilas voi aiheuttaa muissa potilaissa ahdistusta, vihaa tai pelkoa. Tällaisiin tilanteisiin puututaan matalalla kynnyksellä ja keskustellaan asiasta potilaiden kanssa. Kun osastolla on levoton potilas, henkilökunta lisää läsnäoloaan olemalla enemmän osaston yhteisissä tiloissa.</p>
--	--

Potilaiden huomioiminen, kuunteleminen ja kiinnostuksen osoittaminen potilaiden asioita kohtaa sekä oireiden tunnistaminen ajoissa ovat avainasemassa mallia toteuttaessa. Potilaille tulisi myös tarjota keinoja ahdistavien, aggressiivisten sekä muiden tunteiden käsittelyyn, ennen kuin ne konkretisoituvat. Tämän lisäksi hoitajien keskinäiseen kommunikointiin tulisi kiinnittää huomiota, ja raporttia annettaessa olisi suotavaa, ettei keskityttäisi ainoastaan potilaiden erikoiseen ja negatiiviseen käytökseen, vaan myös positiivisiin asioihin. Potilaan oirehdinnalle olisi myös hyvä pyrkiä löytämään selitys. Osastoilla tulisi olla selkeät ohjeistukset sekä hoitajille että potilaille, mikä on sallittua ja mikä taas ei, se osaltaan vähentää mahdollisia konflikteja osastolla. Kaikilla osastoilla on säännöllisesti tilanteita, jossa potilaalta tulisi esimerkiksi kieltää jotakin hoitoon perustuen. Tämä on siis ennalta tiedetty potentiaalinen negatiivisen vastareaktion herättäjä, tällaisissa tilanteissa hoitajien tulisi ensisijaisesti käyttää arvostelukykyään ja miettiä mahdollisten pakkotoimien hyödyllisyyttä suhteessa niistä aiheutuvaan jatko haittaan. Pakkotoimia ei tulisi mallin mukaan käyttää aina silloin, kun on riski, että jotakin saattaa tapahtua. Hoitajan vastareaktiolla sekä asenteella on suuri merkitys siinä, mihin tilanne voi eskaloitua mahdollisesti psykoottisen ja/tai ahdistuneen potilaan kanssa (Bowers 2014: 499–508).

Mieli 2009-työryhmä suosittelee Safewards-mallin käyttöön ottoa myös suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa. Työryhmä on asettanut tavoitteeksi pakon käytön vähentämisen ja tarve kehittää uusia ja näyttöön perustuvia menetelmiä on merkittävä. Mallin käyttöönotto edistäisi myös potilaslähtöistä hoitokulttuuria. Safewards-malli on suomennettu vuonna 2015 ja mallia on lähdetty kokeilemaan ja arvioimaan useilla psykiatrisilla osastoilla vuodesta 2015 lähtien (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja 2015: 7-9).

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää vaihtoehtoisia - ja potilaslähtöisiä toimintamalleja pakon käytön vähentämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat:

1. Minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa?
2. Minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumismenetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa?

#### **5 Opinnäytetyön tutkimukselliset menetelmät**

## 5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on laadullinen, eli kvalitatiivinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja kuvaamaan tiettyä ilmiötä tai tapahtumaa, sekä ymmärtämään ja tulkitsemaan tiettyä toimintaa tai ilmiötä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85 – 86).

Laadullisen tutkimuksen etuina ovat strukturoimattomuus, spontaanisuus, luovuus sekä joustavuus. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä aineiston keruu luonnollisista ja todellisista tilanteista, sekä tiedonkeruun kokonaisvaltaisuus. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvailemaan ja ymmärtämään ihmistä ja ilmiötä ihmisen luontaisessa ympäristössä (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 164.) Tutkimuskysymyksinä laadullisessa tutkimuksessa toimivat mitä ja miksi jotakin tapahtuu sekä tutkittavaan ilmiöön vaikuttavat asiayhteydet. Laadullisella tutkimuksella selvitetään parhaiten sellaisia tutkimuskysymyksiä, joista on saatavilla vain vähän tietoa. Laadullisen tutkimuksen menetelmät soveltuvat selvittämään esimerkiksi asenteiden, uskomusten ja käyttäytymisen syitä. Sisällönanalyysiä käytetään kaikessa laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen aineistossa kuvataan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tarkoitus on muodostaa tutkittavasta ilmiöstä selkeä kuvaus (Tuomi – Sarajärvi 2009: 107–108).

## 5.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksellinen menetelmä, jonka avulla voidaan syventää, arvioida ja koota jo olemassa olevia ja julkaistua tutkimustietoa ja -aineistoa. Kirjallisuuskatsaus perustuu systemaattisuuteen ja toistettavuuteen (Tuomi - Sarajärvi 2009: 123.) Finkin (2005: 3) määritelmän mukaan kirjallisuuskatsaus on tutkimuskirjallisuuteen perustuva systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva tutkimusmenetelmä, jolla arvioidaan, tunnistetaan ja tiivistetään valmiina olevaa ja julkaistua tutkimusaineistoa. Kirjallisuuskatsaukset sisältävät alkuperäisaineistojen kriittistä tarkastelua ja arviointia. Kirjallisuuskatsaustyyppit voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvaileviin katsauksiin, systemaattisiin katsauksiin sekä määrällisiin ja laadulliseen meta-analyysiin (Kuvio 5). Eri katsaustyyppit sisältävät samat vaiheet: kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty analyysi ja synteesi.



Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksien tyypittely

Opinnäytetyön aihepiirin kokonaisuutta hahmotetaan kirjallisuuskatsauksen avulla. Katsauksen avulla kerätään tietoa siitä, kuinka paljon tutkittua tietoa on jo julkaistu, millä menetelmin ja mistä näkökulmasta aihetta on tutkittu (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 121).

### 5.3 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimpiä kirjallisuuskatsauksien perustyypeistä. Kuvailtavaa kirjallisuuskatsausta voidaan kutsua myös yleiskatsaukseksi, ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuvailtavat katsaukset jaetaan narratiiviseen ja integroivaan muotoon. Tässä opinnäytetyössä on käytetty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista muotoa. Narratiivisen katsauksen tarkoituksena on antaa laaja kuvaus käsiteltävästä aiheesta, tehdä tiivistelmää aiemmin toteutetuista tutkimuksista sekä ajankohtaistaa tutkittua tietoa sekä löytää vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään. Metodisesti tarkastellen narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kevyin kirjallisuuskatsauksien muodoista. Narratiivinen katsaus on aineistolähtöinen ja sen avulla pyritään kuvaamaan eri ilmiöitä ja ilmiöiden ymmärtämistä (Green - Johnson 2006: 101–117).

Aineiston riittävyyden määrää tutkimuskysymysten laajuus. Aineiston hakuja ohjaa tutkimuskysymys, mutta poiketen systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, valikoitunut aineisto ei perustu vain tiukasti rajattuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajauksiin, vaan näistä voidaan poiketa prosessin aikana, jos se on merkityksellistä tutkimuskysymyksen vastaamisen kannalta. Tämä tukee aineiston valinnan jatkuvaa ja vastavuoroista

keskustelua ja tarkastelua suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin sekä tutkimuskysymys että siihen vastaamaan valittu aineisto tarkentuvat läpi prosessin (Kangasniemi ym. 2013: 294–296; Axelin ym. 2016: 9).

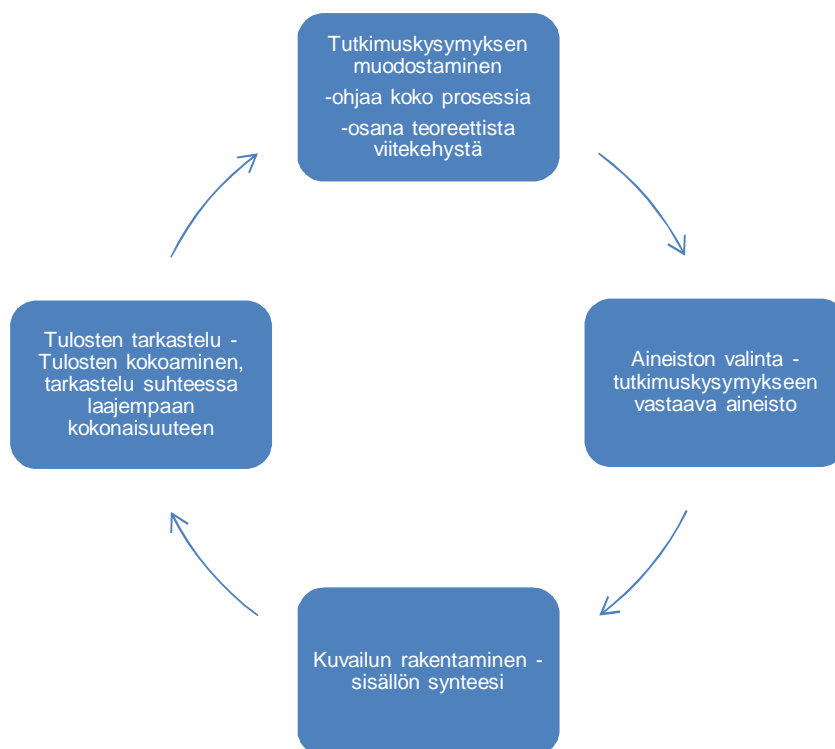
Menetelmällä voidaan myös tutkia, minkälaista on ilmiöstä käytävä vallitseva keskustelu ja millaisia kehityssuuntia tai teorioita tiedosta löytyy. Tutkivan kirjallisuuskatsauksen avulla ilmiöön voidaan löytää uusia ja erilaisiakin näkökulmia sekä luoda uusia lähtökoh-  
tia jatkotutkimuksille aiempien tulosten perusteella. (Kangasniemi ym. 2013, 292–293; Salminen 2011: 4).

#### 5.4 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan tutkimuskysymys, joka ohjaa koko kirjallisuuskatsauksen prosessia ja aineistonvalintaa. Onnistunut tutkimuskysymys on riittävän täsmällinen ja rajattu. Toisaalta väljempi tutkimuskysymys mahdollistaa ilmiön tarkastelun useammasta eri näkökulmasta (Kangasniemi ym. 2013: 294 – 295.) Aineistoa valittaessa aineistoa analysoidaan jo samalla suhteessa tutkimuskysymykseen. Valikoituneen aineiston tulee vastata tutkimuskysymykseen tutkimusprosessissa (Kangasniemi ym. 2013: 295–296).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käsittelyosan tavoitteena on tutkimuskysymykseen vastaaminen laadullisena kuvailuna sekä uusien johtopäätösten tekemisenä, valitun aineiston perusteella. Tutkimusaineistosta saatua tietoa yhdistellään ja analysoidaan. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella pyritään vertailemaan aineiston sisältöjä, tutkimaan aineistojen vahvuuksia, heikkouksia ja laatua sekä tehdä aineistosta laajempia päätelmiä ja yhteenvetoja. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa, tulosten tarkastelussa kootaan yhteen ja tiivistetään tutkimuksen keskeiset tulokset. Tässä vaiheessa tapahtuu myös tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi sekä heränneiden jatkokysymysten esittäminen. (Kangasniemi ym. 2013: 294–299).

Alla olevassa kuviossa on esitelty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Kuvio 6).



Kuvio 6. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet. (Mukaillen Kangasniemi ym. 2013, 294)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus käynnistyi määrittelemällä tutkimuskysymykset, keskeiset käsitteet, sekä aiheen rajaukset. Kirjallisuuskatsauksen aineisto haettiin sähköisistä tietokannoista. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden julkaisujen haku- ja sisäänottokriteereinä toimivat: julkaisu koskee aikuispsykiatriaa, julkaisu vastaa tutkimuskysymyksiin, julkaisukielenä suomi tai englanti ja julkaisut ovat kokonaisuudessaan luettavissa sähköisesti.

Valikoituneen aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 2).



Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisukieli: suomi tai englanti	Julkaisukieli: jokin muu kuin suomi tai englanti
Julkaisu vastaa tutkimuskysymyksiin	Julkaisu ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Julkaisu liittyy aikuispsykiatriaan	Julkaisu ei liity aikuispsykiatriaan
Julkaisu on luettavissa kokonaisuudessaan sähköisesti, maksutta	Julkaisusta saatavilla vain abstrakti tai julkaisu on maksullinen

Sopivien hakusanojen löytymisessä käytettiin apuna Finton yleistä suomalaista asiasanastoa, jonka avulla hahmoteltiin hakusanat sekä suomen- että englanninkielelle. Kaikissa tietokannoissa hakusanojen yhdistely tapahtui Boolean logiikalla, eli hakusanoja yhdistelevät JA, TAI, EI ja englanniksi AND, OR, NOT. Aineistonhakuun valittiin lopulta tietokannoiksi CINAHL Complete ja Ovid (Elomaa – Mikkola 2010: 38).

Suomenkielisiä hakukriteerejä täyttäneitä julkaisuja ei kuitenkaan löytynyt hakujen perusteella, joten lopulta tiedonhaku tehtiin pelkästään englanniksi ja näin ollen alkuperäisaineisto koostui englanninkielisistä tutkimusartikkeleista.

Seuraavassa taulukossa on esitelty (Taulukko 3) lopullinen tiedonhaku tietokannoittain.

Taulukko 3. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat tietokannoittain

Tietokanta	Hakuasetukset	Hakusanat	Tuloksia
Ovid	Vuosi: 2000–2019	” Sensory room OR comfort room AND psych*	10
Cinahl		” Sensory room OR comfort room”	95

Tiedonhaun jälkeen tulokset käytiin systemaattisesti läpi, aloittaen otsikkotasolta ja edeten abstraktien kautta koko tekstin arviointiin. Aineiston valinnan apuna käytettiin ennalta määrättyjä hakustrategioita. Alla olevassa taulukossa (taulukko 4) on esitelty aineistonvalinnan prosessi tietokannoittain.

Taulukko 4. Aineistonvalinnan prosessi tietokannoittain

Tietokanta	Hakutulokset	Otsikko	Abstrakti	Kokoteksti
Cinahl	95	20	10	7
Ovid	10	5	5	5
Manuaalinen haku				4
Yhteensä				11
(Päällekkäisyyksien huomioimisen jälkeen)				

Tiedonhaun perusteella analysoitavaksi jäi yhteensä seitsemän sisäänottokriteerit täyttävää tutkimusta tai tutkimusartikkelia. Tiedonhakuja täydennettiin manuaalisella haulla, jolloin löydettiin vielä neljä verkossa julkaistua tutkimusartikkelia, joten analysoitavaksi lopulta jäi yksitoista tutkimusartikkelia. Valittu aineisto on esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Valikoituneen aineiston esittely

Tekijä(t)	Julkaisu	Otsikko
Smith, S.- Clare-Jones, J.	Journal of psychosocial nursing and mental health Services 2013	Use of a sensory room on an intensive care unit.
Cummings, K. – Grandfield, S.- Coldwell, C.	Journal of psychosocial nursing 2010	Caring with comfort rooms- Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities.
Novak, T. – Newton-Scanlan, J. Mccaul, D.	Australian Psychiatry 2012	Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit
Wiglesworth, S.- Farnworth, L.	Occupational therapy international 2016:23 255–264	An exploration of the use of a sensory room in a forensic mental health setting: staff and patient perspectives
Knight, M. – Adkison, L. – Stack-Kovach, J.	Journal of psychosocial nursing 2010: vol 48 (1)	A comparison of multisensory and traditional interventions on inpatient psychiatry and geriatric neuropsychiatry units
Champagne, T. – Stromberg, N.	Journal of psychosocial nursing 2004: vol. 42 (9) 35-42	Sensory approaches in inpatient psychiatric settings-innovative alternatives to seclusion and restraint

Björkdahl, A. – Perseius, K. – Samuelsson, M. ym	International journal of mental health nursing 2016	Sensory rooms in psychiatric inpatient care: staff experiences
Sutton, D. – Wilson, M. -	International journal of mental health nursing. 2013, 22, 500-511	Optimizing arousal to manage aggression: A pilot study of sensory modulation
Newton Scanlan, J. – Novak, T.	Australian Occupational therapy Journal. 2015 62, 277–285	Sensory approaches in mental health: A scoping review
Lindberg, M. - Samuelson, M. - Perseius, K-I. - Björkdahl, A.	International Journal of mental health nursing. 2019	The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care
Adams-Leask, K. - Varona, L. - Dua, C. - Baldock, M. - Gerace, A. - Muir-Cochrane, E.	Australasian Psychiatry 2018 vol 26(5) 514–519	The Benefits of sensory modulation on levels of distress for consumers in a mental health emergency setting

## 5.5 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tutkimuksellinen menetelmä, joka pyrkii päätelmiin sanallisesta, kuvallisesta tai vuorovaikutuksellisesta datasta. Sisällönanalyysin tavoitteena on kuvata kerättyä aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesta näkökulmasta. Dokumentteja voivat olla tieteelliset artikkelit, kirjeet, haastattelut, puhe, keskustelu, kirjat ja kirjalliseen muotoon muutetut raportit. Sisällönanalyysiä käyttäen tutkittavasta aiheesta saadaan tarkka kuvaus tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysin voi toteuttaa aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi on toteutettu aineistolähtöisesti. Aineistolähtöinen, eli induktiivinen, aineiston analyysi voidaan pilkkoa

kolmeen eri osaan. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan, eli pelkistetään. Seuraavaksi aineisto klusteroidaan, eli ryhmitellään. Viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoidaan, eli luodaan aineistolle teoreettiset käsitteet (Tuomi ym. 2009: 103–123).

Alla olevassa kuviossa on esitelty induktiivisen analyysin kolme vaihetta (Kuvio 7).



Kuvio 7. Induktiivisen analyysin kolme vaihetta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–109).

Induktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisenä tehtävänä on analyysiyksikön määrittäminen, joka voi olla sana tai lause. Määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävät ja aineiston laatu. (Elo – Kyngäs 2008.) Tämän opinnäytetyön analyysiyksiköiksi valittiin tutkimuskysymyksiin vastaavat lauseet ja sanat.

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin tarkoitus on luoda tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. Laadullisen aineiston sisällönanalyysi koostuu hajanaista aineistoa ja luo siitä selkeää informaatiota, jonka avulla aineistosta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä (Tuomi ym. 2009: 108.)

Opinnäytetyössä sisällönanalyysi käynnistyi lukemalla kaikki tiedonhaun kautta saadut aineistot. Seuraavaksi alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavat kohdat valitusta aineistoista. Tämän jälkeen aineistojen alkuperäisilmaukset koottiin yhteen ja niistä tehtiin pelkistykset. Pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin alaluokiksi, jonka jälkeen alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläluokat. Yläluokkien pohjalta muodostuivat tulososion teemat. Esimerkki alkuperäisilmauksista, pelkistyksistä, ala- ja yläkategorioista ovat nähtävissä taulukossa 6. Sisällön analyysi on taulukoitu alkuperäisilmauksineen tutkimuskysymyksittäin liitteeseen 1.

Tämän opinnäytetyön aineiston analyysistä on kuvattu esimerkki taulukossa 6. Pelkistämällä tässä työssä tarkoitetaan sitä, että aineistosta kerätyistä alkuperäisilmauksista

saadusta informaatiosta poistetaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois ja siitä muodostetaan pelkistetty ilmaisu. Pelkistämisellä tarkoitetaan informaation tiivistämistä ja pilkkomista osiin. Pelkistämisessä pyritään käyttämään mahdollisimman tarkkaan samoja ilmaisuja kuin alkuperäisessä aineistossa (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Seuraavaksi pelkistetyt ilmaisut kerättiin luetteloiksi. Luettelointi on luokkien muodostamisen ensimmäinen vaihe. Seuraavassa vaiheessa ilmaisut järjestellään ryhmiksi, jolloin pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Samankaltaisille ilmaisuille annetaan kuvaava nimitys, joista muodostuvat alakategoriat. Viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoidaan, eli käsitteellistään. Sisällönanalyysiä jatketaan yhdistelemällä samankaltaiset alaluokat toisiinsa, jolloin niistä muodostuvat yläkategoriat. Yläkategoriat nimetään kerättyjen alaluokkien mukaan mahdollisimman kuvaavasti. Abstrahointia voidaan jatkaa niin pitkälle, kuin se on tarkoituksenmukaista työn sisällön kannalta (Elo – Kyngäs 2008).

Taulukko 6. Esimerkki alkuperäisilmauksien ryhmittelystä ja luokittelusta

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Participants brought up different positive aspects of patient empowerment in relation to their use of sensory rooms on the wards.	Rauhoittumistilan käyttö edistää potilaiden voimaantumista	Voimaantuminen	Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen	Potilaiden ja henkilökunnan kokemia hyötyjä rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa
Participants felt validated as persons capable of making decisions, which had a positive impact on their self-esteem and self-determination.	Potilaat kokivat itsensä kykeneviksi tekemään päätöksiä	Päätöksenteon lisääntyminen	Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen	

## 6 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset koostuvat 11:sta kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimusartikkeleista, joista etsittiin vastauksia esitettyihin tutkimuskysymyksiin potilaiden ja henkilökunnan kokemuksiin hyötyihin rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa. Sisällönanalyysin perusteella tutkimuskysymykseen 1 kuvaaviksi tekijöiksi muodostuivat yläkategoriat **potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen, potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen, hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen, pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti, emotionaalisen vakauden vahvistaminen ja fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääntyminen.**

### 6.1 Potilaiden ja henkilökunnan kokemat hyödyt rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa

#### 6.1.1 Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen

Mahdollisuus käyttää rauhoittumistilaa vahvisti potilaiden voimaantumisen tunnetta. Rauhoittumistilan saatavuuden koettiin lisäävän potilaiden vaihtoehtoja muun muassa ahdistuksenhallinnassa sekä vahvistivat potilaiden osallisuutta ja autonomiaa päätöksenteossa oman hoitonsa suhteen. Potilaat kokivat, että henkilökunnan jäsenet näkivät heidät kyvykkäinä tekemään päätöksiä hoitoonsa liittyen, jolla oli voimaannuttava ja positiivinen vaikutus siihen, miten potilaat kokivat itsensä ja oman roolinsa hoitosuhteessa (Björkdahl ym. 2019).



Rauhoittumistilan integrointi potilaiden hoitotyöhön helpottaa hoitohenkilökunnan työtä ja hoitohenkilökunnan on koettu kehittyneen ammatillisesti, henkilökunnan ammattiympäryys oli lisääntynyt ja henkilökunnan jäsenet kykenivät aiempaa paremmin auttamaan potilaita oireiden hallinnassa (Björkdahl ym. 2016).

Taulukko 7. Yläkategoria: Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Rauhoittumistilan käyttö edistää potilaiden voimaantumista	voimaantumisen edistäminen	Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen
Rauhoittumistilan käyttäminen helpottanut henkilökunnan työtä ja lisännyt ammattiympäryyttä	Henkilökunnan ammattiympäryyden lisääntyminen	

### 6.1.2 Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen

Rauhoittumistilan saatavuus vahvensi potilaiden asemaa oman hoitonsa suhteen sekä potilaiden itseluottamuksen ja kiinnostuksen omaa hoitoaan kohtaan raportointiin lisääntyneen (Björkdahl ym. 2016; Novak ym. 2012).

Taulukko 8. Yläluokka: Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen

Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
Potilaat kokivat itsensä kykeneviksi tekemään päätöksiä	Potilaiden päätöksenteon lisääntyminen	Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen
Potilaiden kasvanut rooli päätöksenteossa vahvistaa potilaiden itseluottamusta ja lisää vastuunottoa omassa hoidossaan	Potilaiden osallisuuden lisääntyminen	
Henkilökunta kykenee luottamaan potilaisiin päätöksenteon suhteen	Henkilökunta luottaa vastuuta potilaille	

Rauhoittumistilan koettiin vaikuttavan myös siihen, että hoitotyön fokus keskittyi enemmälti potilaiden itsehallintakeinojen kehittämiseen. Rauhoittumistilan hyödyntäminen ja mahdollistaminen potilaiden hoidossa lisäsivät myös potilaiden hoitomyöntyvyyttä sekä kiinnostusta omaa hoitoaan kohtaan sekä henkilökunnan luottamus potilaiden kyvykkyyteen tekemään päätöksiä edistivät potilaiden päätöksentekoa, asemaa sekä itsemääräämisoikeutta (Björkdahl ym. 2019; Novak ym. 2012).

### 6.1.3 Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen

Alkuperäisaineiston mukaan rauhoittumistiloilla on positiivinen vaikutus potilaiden ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen ja kanssakäymiseen. Tutkimusten perusteella

hoidollinen vuorovaikutus on vahvistunut osastoilla, joissa on otettu rauhoittumistila käyttöön. Sutton ym. (2013) raportoivat, että kanssakäymisen ja vuorovaikutuksen lisääntyminen johti siihen, että henkilökunta havaitsi aiemmin negatiiviset muutokset potilaan psyykkisessä tilassa, jolloin pakottaviin toimenpiteisiin ei tarvittu välttämättä turvautua. Hoitaja saattoi mennä levottoman tai ahdistuneen potilaan kanssa rauhoittumistilaan, jolloin pyrittiin ylläpitämään vuorovaikutusta ja rakentamaan edelleen hoitosuhdetta potilaan kanssa turvallisessa, rauhoittavassa ympäristössä.

Taulukko 9. Yläluokka: Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen

Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
Edistävät ja lisäävät luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumista	Edistää hoidollista ja luottamuksellista vuorovaikutusta	Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen
Edistää potilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutusta		

Henkilökunta koki rauhoittumishuoneen toipumista tukevana ympäristönä ja rauhoittumishuoneen käyttöön oton jälkeen henkilökunta raportoi potilaiden ja henkilökunnan sekä potilaiden välisen vuorovaikutuksen sekä yhteisöllisyyden tunteen parantuneen (Björkdahl ym. 2019)

Rauhoittumistilojen todettiin myös toimivan turvallisena tilana, jossa henkilökunta voi opettaa potilaille rentoutumiskeinoja sekä rauhoittumiskeinoja potilaan tuntiessa vihaa tai suuttumista ja samalla rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta (Wiglesworth ym. 2016; Clare-Jones: 2013).

#### 6.1.4 Pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti

Tutkijat Champagne ja Stromberg (2004) ovat suositelleet rauhoittumistilojen käyttämistä psykiatrisilla osastoilla osana pakon käytön vähentämistä ja heidän vuoden 2004 tutkimuksessaan pakon käyttö vähentyi jopa 54 %:lla seuranta-aikana. Kuitenkaan muissa tutkimuksissa pakon käytön vähentäminen rauhoittumistilan avulla, ei ole pysytty

johdonmukaisesti toistamaan. Kirjallisuuskatsauksen tuloksien perusteella voidaan kuitenkin kuvata, että pakon käytön vähentämisessä on onnistuttu, kun rauhoittumistilan lisäksi on ollut käytössä myös jokin muu pakon käytön vähentämisen strategia (Chalmers. ym 2012; Novak ym 2012). Kuitenkin rauhoittumistilojen on todettu toimivan ympäristönä, jossa potilaille voidaan opettaa aggressionhallintaa sekä toteuttaa potilaslähtöistä de-eskalaatiota, jolla voi olla positiivinen vaikutus pakon käytön vähentymiseen (Clare-Jones ym. 2013).

Taulukko 10. Yläluokka: Pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria
Rauhoittumistilat toimivat ennaltaehkäisevänä ja ahdistuneisuutta lieventävänä ympäristönä	Pakon käytön ennakkoehkäisy	Pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti
Rauhoittumistilat edesauttavat potilaiden de-eskalaatiossa ja rauhoittumisessa	De-eskalaation mahdollistaminen	

Novak ym. (2012) tutkivat rauhoittumistilan käyttöön oton vaikutusta pakon käyttöön ja potilaiden sekä hoitohenkilökunnan kokemien oireiden vakavuuteen akuutilla suljetulla psykiatrisella osastolla Australiassa. Aineisto koostui 75 raportoidusta rauhoittumishuoneen käyttökerrasta. Potilaat ja henkilökunta raportoivat tutkijoille potilaiden kokemasta ahdistuksesta, rauhottomuuden tunteesta, vainoharhaisuuden tunteesta ja/tai maani-suudesta ennen ja jälkeen rauhoittumishuoneen käytön. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että rauhoittumistilan käytöllä oli vaikutusta edellä mainittuihin häiritseviin oireisiin, vähentämällä potilaiden oireistoa. Potilaat myös oppivat rauhoittumistilassa itsehallintakeinoja ahdistuksen- tai aggressiivisuuden tunteiden hallinnassa.

Clare-Jones (2013) tutki rauhoittumishuoneen vaikutusta pakon käyttöön psykiatrisella vastaanotto-osastolla (PICU) Isossa-Britanniassa. Seurannan aikana pakon käyttö kyseisellä osastolla lisääntyi, mutta tilastoja tarkisteltaessa havaittiin, että suurin osa tapahtuneista eristyksistä ja sidonnoista oli käytetty yhden tietyn vaikeahoitoisen potilaan

kohdalla. Jos kyseinen potilas olisi poistettu tilastoinnista, eristyksen ja sidonnat olisivat vähentyneet seuranta-aikana. Vaikka eristyksen ja sidonnat seuranta-aikana lisääntyivätkin, henkilökunta koki niiden vähentyneen.

#### 6.1.5 Emotionaalisen vakauden vahvistaminen

Potilaat ilmaisivat, että ajan viettäminen rauhoittumistilassa vähensi heidän kokemaansa psyykkistä ahdinkoa ja vahvisti emotionaalista vakauden tunnetta. Potilaiden kuvauksien perusteella rauhoittumistilan koettiin paikkana, jonne voi paeta sekä epämiellyttäviä, pelottavia sisäisiä ajatuksia että itse osastoympäristöä, joka usein koetaan rauhattomana ja stressiä lisäävänä tekijänä (Björkdahl ym. 2016).

Toinen merkittävä kirjallisuuskatsauksen tulos oli se, että potilaat ryhtyivät käyttämään rauhoittumistilaa sekä rauhoittaakseen itseään kokiessaan ahdistusta, että ennaltaehkäisevänä keinona, ennen kuin potilaat kokivat merkittävää ahdistuneisuutta tai levottomuutta (Björkdahl 2016).

Taulukko 11. Yläluokka: Emotionaalisen vakauden vahvistaminen

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria
Rauhoittumistilat edistävät potilaiden itsehallintakeinoja ahdistuksenhallinnassa	Itsehallintakeinojen lisääntyminen	Emotionaalisen vakauden vahvistaminen
Rauhoittumistilat edistävät potilaiden hyvinvointia ja vähentävät emotionaalista kuormitusta	Hyvinvoinnin edistäminen Emotionaalisen kuormituksen vähentäminen	

Wiglesworth ym. (2016) tutkimuksen tulokset osoittivat, että rauhoittumistilasta oli muodostunut monikäyttöinen tila, joka toimi eräänlaisena pakopaikkana ja rauhoittavana ympäristönä. Rauhoittumistilassa myös ohjattiin potilaita ahdistuksenhallinnassa. Kuten aiemmissakin tutkimustuloksissa, tutkimustulokset osoittivat, että rauhoittumishuoneella oli positiivinen vaikutus potilaiden ahdistuneisuuden lievittämisessä.

#### 6.1.6 Fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääminen

Rauhoittumistiloilla on selkeä vaikutus siihen, miten muu osaston ympäristö kuvautuu. Rauhoittumistilojen käyttöönoton jälkeen osastot ovat muuttuneet fyysiseltä ympäristöltään rauhallisemmiksi ja osastot ovat koettu aiempaa turvallisemmiksi (Björkdahl ym. 2016.)

Taulukko 12. Yläluokka Fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääntyminen

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria
Rauhoittumistilat toimivat paikkana, jonne voi vetäytyä stressiä lisäävästä osastoympäristöstä	Mahdollistaa vetäytymisen rauhalliseen tilaan	Fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääminen
Mahdollistaa rentoutumisen ja tunteiden ilmaisun turvallisessa ympäristössä	Rentoutuminen ja tunteiden ilmaisu turvallisessa ympäristössä	

Ahdistuneisuuden ja levottomuuden vähentyminen johti tutkimusten perusteella siihen, että osaston muu ympäristö oli levollisempi ja turvallisempi, jolloin potilaat kokivat osaston ympäristön tukevan enemmän toipumista ja hyvinvointia (Novak ym. 2012; Clare-Jones 2013).

## 6.2 Rauhoittumismenetelmien käytön hyödyt psykiatrisissa sairaaloissa

Sisällönanalyysin perusteella tutkimuskysymykseen 2 kuvaaviksi tekijöiksi muodostuivat yläkategoriat **hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistuminen ja oireiden hallinnan vahvistuminen**

### 6.2.1 Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen

Rauhoittumismenetelmien käyttö näyttäisi edistävän myös hoitohenkilökunnan ja potilaiden välistä hoidollisen vuorovaikutussuhteen laatua. Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistamisella on merkittävä vaikutus aggressionhallinnassa ja kirjallisuuskatsauksen perusteella rauhoittumismenetelmien harjoittelu tai läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa lisäsivät hoidollista luottamusta ja vuorovaikutussuhdetta hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä (Sutton ym. 2013.)

Taulukko 13. Yläluokka: hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria
Toimii työkaluna joka edistää potilaiden ja henkilökunnan välistä mielekästä ja tarkoituksenmukaista vuorovaikutusta	Hoitajien ja potilaiden välisen vuorovaikutuksen vahvistuminen	Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen
Mahdollistaa henkilökunnan ja potilaiden välisen hoitosuhdetyöskentelyn, parantaen kommunikatiota	Hoitosuhdetyöskentelyn mahdollistaminen	

## 6.2.2 Oireiden hallinnan vahvistaminen

Rauhoittumismenetelmien avulla potilaat voivat saavuttaa lisääntyntä itsetietoisuutta oireiden hallintaan sekä oireiden itsehallintaa. Rauhoittumismenetelmiä käyttämällä potilaan psykiatrinen oirehdinta, kuten kiihtyneisyys, rauhattomuus, aggressiivisuus, motorinen levottomuus sekä unettomuus on saatu kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella vähennettyä. Hoitohenkilökunnan tukemana potilaat voivat havaita itsessään laukaisevia tekijöitä psykiatriseen oirehdintaan ja näin ollen kehittää yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti oireiden hallintaan tähtääviä de-eskalaatiomenetelmiä sekä ottaa vastuuta omasta hoidostaan enemmässä määrin (Sutton ym. 2013.)

Taulukko 14. Yläluokka: Oireiden hallinnan vahvistaminen

Pelkistykset	Alakategoria	Yläkategoria
Edistää nykyhetkeen orientoitumista, vähentää häiritsevää psykiatrista oirehdintaa	vahvistaa ja edistää potilaiden psykiatristen oireiden hallitsemista ja de-eskalaatiota	Oireiden hallinnan vahvistaminen
Rauhoittumismenetelmiä käyttämällä voidaan kiinnittää huomiota muuhun toimintaan ja edistetään oireiden hallintaa	Huomion kiinnittäminen toisaalle	

Rauhoittumismenetelmien on koettu tutkimusten perusteella vähentävän kiihtyneisyyttä sekä aikaansaavan emotionaalisesti vakaampaa olotilaa. Rauhoittumismenetelmien avulla voidaan hyödyntää psyykkisen ahdingon ja ahdistuneisuuden de-eskalaatiomenetelmänä, sekä avustaa hajanaisten ajatusten kokoamisessa (Wiglesworth ym. 2016; Adams- Leask ym. 2018).



## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen tuloksina voidaan pitää rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien käyttöä hyvin lupaavana, toipumisorientaatiota tukevana ja potilaslähtöisenä interventiona psykiatrisissa sairaaloissa. Merkittävänä tuloksena voidaan myös pitää sitä, että pakon käyttöä on mahdollista vähentää lisäämällä osaston ympäristön viihtyvyyttä ja terapeuttisuutta. Rauhoittumistilat on koettu viihtyvyyttä lisääviksi psykiatrisissa sairaaloissa. Osaston ympäristön muokkaamisella viihtyvemmäksi ja esteettisemmäksi voidaan vähentää hoitajaksoihin liittyvää frustraatiota, ärtyneisyyttä ja aggressiivisuutta sekä siten mahdollisesti voitaisiin myös vähentää pakon käyttöä.

Erilaisia rauhoittumistiloja on kehitetty jo vuodesta 1975 alkaen. Perinteisiä multisensorisia huoneita on hyödynnetty muun muassa muistisairaiden, kehitysvammaisten tai oppimishäiriöiden kuntouttamisen tukena. Psykiatriin sairaaloihin erilaiset rauhoittumistilat ovat rantautuneet 2000-luvun alkupuolesta lähtien. Rauhoittumistilojen ja rauhoittumismenetelmien uskotaan vakauttavan psykoottisen ihmisen kiihdyksissä olevaa hermostoa, vähentävän potilaiden kokemaa ahdistusta, vihan tunteita, stressiä ja/tai psyykkistä kuormittuneisuutta suljetussa ympäristössä ja täten tarjoavat potilaille valinnanvapautta oman hoitonsa suhteen sekä vaihtoehtoisia keinoja hallita ahdistusta tai vihaisuutta. Potilaat voivat itsenäisesti valita mitä aistitoimintoihin liittyviä välineitä potilas käyttää rauhoittumistilassa.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella rauhoittumistilan ja -menetelmien hyödyntäminen potilaan de-eskalaatiossa voi olla tehokkaampaa, kuin perinteiset rauhoittumismenetelmät, jotka perustuvat muun muassa tarvittavaan lääkehoitoon ja verbaaliseen de-eskalaatioon. Kiihdyksissä olevan, rauhattoman tai aggressiivisesti latautuneen potilaan hermosto käy ikään kuin ylikierroksilla, jolloin potilaan kyky ongelmanratkaisuun, vastaanottaa tai ymmärtää puhetta ja ohjeistusta on alentunut. Tällöin potilas voitaisiin ohjata rauhoittumistilaan ja rauhoittumismenetelmien pariin, joilla on todettu olevan vaikutusta potilaan hermostuneisuuteen, ahdistukseen ja rauhattomuuteen. Rauhoittumistilaa ei pidetä vaihtoehtona eristys- tai sidontahuoneelle, vaan sen käyttäminen toimii ikään kuin ennaltaehkäisevä työvälineenä, joka voi vähentää eristys- tai sidontahuoneen

käyttämisen tarvetta (Champagne – Edward 2002: 2-4; Cummings – Grandfield 2010: 27; Seckman ym. 2017: 90–93; Knight 2010: 31).

Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että rauhoittumistila ja rauhoittumismenetelmät voivat vähentää potilaiden kokemaa psyykkistä ahdinkoa ja ahdistuneisuutta, sekä vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia eristyksiä ja sidontoja, mahdollistamalla potilaslähtöisen de-eskalaation turvallisessa ympäristössä. Perinteiset eristyshuoneet eivät tarjoa potilaille mahdollisuutta palauttaa itsekontrollia positiivisessa ympäristössä (Cummings ym. 2010: 26–30).

Sairaalahoidossa olevan psykiatrisen potilaan oirekuvaan voi liittyä oireita, kuten rauhattomuus, levottomuus, tiuskiminen, äänen korottaminen, psykomotorinen levottomuus tai vetäytyneisyys, joita psykiatrisessa hoitotyössä on hoidettu perinteisesti lääkehoidoilla. Lääkityksen tarjoaminen rauhattomasti käyttäytyvälle potilaalle on siis hyvin perinteinen toimintamalli, mutta erilaiset lääkkeettömät rauhoittumiskeinot voivat tarjota potilaalle ja henkilökunnalle vaihtoehtoisen toimintatavan, joka tukee potilaan omia voimavaroja ja normaaleja sopeutumismekanismeja rauhoittumiskeinoina. Lääkkeettömät rauhoittumiskeinot ovat ei-pakottavia, tukevat potilaiden itseohjautuvuutta ja voimaantumista, sekä voivat olla osana tukemassa pakon käytön vähentämistä (Adams-Leask – Varona - Dua 2018:515–218).

Lääkkeettömiä rauhoittumiskeinoja on opinnäytetyön tulosten perusteella lukuisia, joista potilas voi henkilökunnan ohjauksella löytää itsellensä sopivat keinot, joilla potilas voi yrittää sairaalahoidon aikana rauhoittaa itseään.

Sutton ym. (2013) totesi tutkimuksessaan, että rauhoittumismenetelmien käytön harjoittelu voi muuttaa yksilön kognitiivisia käytösmalleja, jolloin yksilö kykenee aiempaa paremmin ottamaan vastuuta hallitakseen omaa ahdistuneisuuttaan

Tutkijat Björkdahl ym. (2019), Adams-Leask ym. (2018) Novak (2012), Champagne, Strömberg (2004) ja Sutton (2013) totesivat tutkimuksissaan, että painopeiton käyttämisellä rauhoittamistilassa olevan positiivinen vaikutus potilaiden kokemaan ahdistuneisuuteen ja levottomuuteen. Painopeiton käyttämisellä on todettu olevan vaikutusta potilaiden rentoutumiseen ja ”maadoittamisen” tunteeseen, sekä lisää turvallisuuden tunnetta ja vähentää motorista levottomuutta.

Alla olevassa taulukossa on esitelty, minkälaisilla erilaisilla aististimulaatioilla voidaan vaikuttaa potilaan psyykkiseen oirehdintaan, kuten levottomuuteen tai ahdistuksen tunteeseen (Taulukko 10)

Taulukko 15. Rauhoittumiskeinoja eri aistien kautta. Mukailten Newton (2015) ja Adam-Leask ym. (2018)

Eri aistit	Menetelmä	Toteutus
Näköaisti	Maisemakuvat, erilaiset valaistukset, luonnonvalolamput, mahdollisuus säädellä valon määrää	Potilas keskittyy tarkkailemaan ympäristöön liittyviä yksityiskohtia
Hajuaisti	Eteeriset öljyt, tuoreet yrtit	Potilas keskittyy hajuaistin avulla mieluisiin tuoksuihin
Tuntoaisti	Sorminäppäryyslelut, kylmäpussit, painopeitto, piikkimatot tai piikkipallot, kuplamuovi	Potilas keskittyy sorminäppäryyttä vaativiin esineisiin, kylmätunteeseen tai piikkimaton tai painopeiton alle asettumisen aiheuttamaan tunteeseen keholaan
Makuaisti	Makukarkit, purkat, pastillit (suolainen, hapana, makea)	Potilas keskittyy makuaistin kautta makeisen tai purkan avulla. Esim. chilikarkit
Kuuloaisti	Musiikki, luonnonäänet, rentoutusmusiikki	Potilas rauhoittuu kuuntelemaan tai soittamaan itse mieluisaa musiikkia

Asentoaisti	Keinutuoli	Keinutuolin liike rentouttaa ja vähentää ahdistuneisuutta
-------------	------------	---

Tiedonhaun perusteella kansainvälisesti rauhoittumistiloja ja rauhoittumismenetelmiä on tutkittu ja otettu käyttöön osana pakon vähentämistä ainakin Australiassa, Ruotsissa, Uudessa-Seelannissa, Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa (Newton- Scanlan, J. – Novak, T. 2015.) Psykiatrinen hoitokulttuuri on muutosvaiheessa kansainvälisellä tasolla. Hoitokulttuuri on muuttumassa vahvasti toipumisorientaation suuntaan, joka tarkoittaa sitä, että terveydenhoidon ammattilaisten tulee kohdata potilaat tasavertaisemmin ja hoitomenetelmien tulee olla mahdollisimman vähän potilaan oikeuksia rajaavaa (Makkonen, P. ym. 2016). Rauhoittumistilat ja -menetelmät voivat toimia yhtenä keinona vahvistaessa potilaan asemaa sekä kehittäessä potilaslähtöisiä de-eskalaatiomenetelmiä. Rauhoittumistilat ja -menetelmät ovat humaani, ei pakottava ja tehokas menetelmä potilaan itsehallintakeinojen tukemiseen ja oppimiseen. Rauhoittumistilat ja erilaisten rauhoittumismenetelmien käytöllä voidaan edistää luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista sekä tunneperäisten ilmausten sallimista ja niiden normalisointia hoitosuhteessa ja vuorovaikutustyössä.

Tutkimuksia rauhoittumishuoneiden ja -menetelmien käytöstä on toteutettu hyvin erilaisissa yksiköissä aina oikeuspsykiatriisiin osastoihin asti ja tulosten perusteella sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstö, että potilaat ovat suhtautuneet rauhoittumistiloihin ja -menetelmiin positiivisesti. Vaihtoehtoisten menetelmien kehittäminen ja tutkiminen tukevat toipumisorientoivaa hoitomallia, yksilölähtöistä hoitotyötä, lisäävät potilaiden itsehoitovalmiuksia, sekä lisäävät potilaan asemaa antamalla potilaille enemmän valinnanvapautta ja vastuuta oman hoitonsa suhteen. Henkilökunnan asenteilla ja uskomuksilla näyttäisi olevan merkittävä vaikutus rauhoittumistilan ja -menetelmien tuloksiin ja vaikuttavuuteen (Newton-Scanlan, J. – Novak, T. 2015).

Alla olevassa taulukossa on vielä esitelty keskeisimmät kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseet koetut hyödyt rauhoittumistilojen käyttöönotosta psykiatrisissa sairaaloissa. (Taulukko 17).

Taulukko 16. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemukset rauhoittumistilojen hyödyistä osana potilaiden hoitoa

Ympäristö edistää toipumista ja hyvinvointia	Osaston muu ympäristö on rauhoittunut	Henkilökunnan ammattilypeys on lisääntynyt
Potilaan psykiatrinen oirehdinta on vähentynyt	Hoitajien ja potilaiden välinen vuorovaikutus on vahvistunut	Hoito fokusoituu toipumiseen
Potilaan asema on vahvistunut	Potilaslähtöinen hoitotyö on lisääntynyt	Potilaan autonomia ja päätöksenteko on vahvistunut

Henkilökunta on tuonut huolta esiin muun muassa turvallisuustekijöistä ja koulutuksen puutteesta. Huolellisella implementoinnilla, henkilökunnan kouluttamisella ja käyttöön oton suunnittelulla on merkittävä rooli, kun tietyille psykiatriselle osastolle suunnitellaan rauhoittumistilan ja -menetelmien käyttöönottoa. Rauhoittumistilan ja -menetelmien käyttöönotto tulisi implementoida osaksi pakon käytön vähentämisen ohjelmia, sillä pelkkä menetelmien tuominen psykiatriseen hoitotyöhön ja hoitokulttuuriin ei pysty yksinään muuttamaan psykiatrista hoitokulttuuria, johon edelleenkin yhdistetään vahvasti pakon käyttö, eristäminen ja sidonta. Kulttuurin muutos on haastava prosessi, sillä kulttuurin koetaan hallitsevan ihmistä enemmän kuin ihminen hallitsee kulttuuria. Kulttuurin muutos voidaan kokea uhkaavana, sillä ennalta arvattavat ja tutut toimintatavat tuovat yksilöille turvallisuuden tunnetta, ennustettavuutta ja normalisoitumista. Kulttuurinmuutokset voivat aiheuttaa ahdistusta ja vastarintaa. Yksittäisen organisaation kulttuuri muovautuu organisaation toimijoiden vuorovaikutuksesta, yhdessä tekemisestä ja yhteisistä kokemuksista. Voitaisiin sanoa, että kulttuuri on yhteinen ajattelutapa ja yleisesti ottaen vallitsevaa kulttuuria on vaikea muuttaa, sillä vallitseva kulttuuri edistää sitä mitä työryhmä on yhdessä aikaansaanut. Vallitsevan kulttuurin muuttuminen ja kehittyminen edellyttävät kaikkien organisaation tasojen huomioimista. Muutos ei tapahdu ”ylhäältä alaspäin” käyttämällä, vaan vakiintuneiden toimintatapojen muuttuminen edellyttää myös ryhmä- sekä yksilötason sitoutumista muutostyöhön. (Aula, P. 2000 – Schein, E. H. 2009).

On myös huomioitava ja merkittävä tekijä, että pelkkä näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ei ole riittävää muuttuvassa sosiaali- ja terveysalassa. Huolellinen implementointi, henkilökunnan osallistaminen ja kouluttaminen uutta käytäntöä käyttöönottaessa on äärimmäisen tärkeä tekijä. Hoitotieteen tutkimussäätiö (HOTUS: 2016) raportoi, että suuri osa sairaanhoitajista, hoitotyön johtajista ja asiantuntijoista kertoivat, että tieto näyttöön perustuvista toimintamalleista ei leviä organisaatioissa käytännön tasolle. Hoitotyön johtajien ja asiantuntijoiden mukaan eri organisaatioissa ei ole sovittuja menettelytapoja, miten tietoa näyttöön perustuvista toimintamalleista jaetaan. Organisaatioissa tarvitaan toimivia käytäntöjä näyttöön perustuvien toimintamallien levittämiseen ja implementointiin.

## 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsausta koskevat eettiset kysymykset liittyvät tutkimuskysymyksen muodostamiseen ja hyvän tutkimusetiikan noudattamiseen kaikissa prosessin eri vaiheissa. Kirjallisuuskatsauksessa eri prosessien tarkka kuvaaminen toimii katsauksen eettisyyden arvioinnin keskeisenä välineenä. Luotettavuutta arvioidessa keskitytään tutkimuskysymyksiin, käytetyn aineiston valinnan perusteluihin, prosessin johdonmukaisuuteen sekä kuvauksen argumentoinnin vaikuttavuuteen (Kangasniemi ym. 2013: 292).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, eli reliabiliteettia, lisää se, että tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Myös ymmärrettävyys ja selkeä kuvaus tutkimuksen eri vaiheista, prosesseista ja tuloksista lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Hakuprosessin tulee olla tarkasti kirjattua ja hakutulosten tulee olla toistettavissa, hakutulosten tulisi siis olla täysin samat riippumatta tutkijasta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden mittareina voidaan käyttää esimerkiksi tutkimuksen kohdetta ja -tarkoitusta, aineiston keruuta ja analysointia, sekä tutkijan omaa motivaatiota tutkimusta kohtaan. Luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin; aineiston keräämiseen, analysointiin ja tulosten johdonmukaiseen raportointiin (Tuomi 2009: 134 - 135).

Tässä opinnäytetyössä tiedonhaussa on pyritty läpinäkyvyyteen; tiedonhaussa käytetyt tietokannat, hakusanat ja tulokset ovat esitelty taulukoissa (taulukot 3 ja 4). Toisaalta opinnäytetyön tekijän vähäinen kokemus tiedonhausta ja katsauksien kirjoittamisesta on omiaan heikentämään tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaun

prosessi on kuvattu ja sisäänotto- sekä poissulkukriteerit on esitetty kuvauksen yhteydessä. Taulukoissa 5 ja 6 on kuvattu kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto ja keskeiset tulokset sekä mistä tietokannoista valittu aineisto on haettu.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetyt kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198). Analyysiprosessin ja tulosten kuvaamisen uskottavuutta vahvistavat se, että ne ovat tehty niin tarkasti, että lukija ymmärtää kaikki työn kaikki vaiheet sekä vahvuuksineen että heikkouksineen. Sisällönanalyysin toteuttaminen ja analyysin vaiheiden esittäminen totuudenmukaisesti lisäävät tutkimuksen uskottavuutta. Uskottavuutta tukee myös se, että tutkimuksen tekijä pyrkii mahdollisimman objektiiviseen kerätyn aineiston analysointiin (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198.) Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta on pyritty vahvistamaan tekemällä ja kuvaamalla tehty analyysi mahdollisimman objektiivisesti. Läpinäkyvyyttä on pyritty lisäämään havainnollistavilla esimerkeillä analyysin teon prosessista (taulukko 8), jotta lukija saisi selkeän kuvan prosessista pelkistyksineen ja niiden luokitteluun ala- ja yläluokiksi.

Siirrettävyys on tutkimusasetelman siirtämistä ja hyödyntämistä toisessa tutkimusympäristössä. Siirrettävyyttä tukee tarkka kuvaus tutkimusprosessin eri vaiheista, toimintaympäristöstä, tutkimuksen taustasta ja analyysin kuvauksesta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197—198).

Riippuvuudella tarkoitetaan tutkimuksen toteuttamista tieteellisen tutkimuksen ohjeita ja periaatteita noudattaen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217.) Tutkimuksen vahvistettavuus näkyy tehtyjen ratkaisuiden tarkassa ja yksityiskohtaisessa raportoinnissa, jolloin lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen tekijän päättelyä (Tuomi – Sarajärvi 2009, 138–139.) Tässä opinnäytetyössä sekä riippuvuuden että vahvistettavuuden kriteerejä on pyritty lisäämään ja vahvistamaan noudattamalla tieteellisen tutkimuksen ohjaavia periaatteita. Tulosten raportointi on pyritty rakentamaan niin, että lukija kykenee muodostamaan kuvan siitä, miten saadut tutkimustulokset ovat muodostuneet.

Laadullista tutkimusta arvioidaan myös valittujen tutkimusmenetelmien soveltuvuuden, kuvauksen elävyyden sekä analyttisen täsmällisyyden kautta. Opinnäytetyön tekijä on perehtynyt valittuihin tutkimusmenetelmiin, joka tukee tutkimusmenetelmän sopivuutta. Kuvauksen elävyyttä tässä opinnäytetyössä tukee tutkijan tekemä tarkka kuvaus. Ana-

lyyttinen täsmällisyys näkyy tässä opinnäytetyössä pyrkimyksellä löytää vastuksia tutkimuskysymyksiin sisällönanalyysin avulla. Teoreettista loogisuutta tukee käytetyn aineiston muodostama looginen ja perusteltu käsitteellinen kokonaisuus. Tässä opinnäytetyössä loogisuutta tukee sisällönanalyysistä saadut yläluokat, joista on saatu vastaukset muodostettuihin tutkimuskysymyksiin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 199–200).

Opinnäytetyönlähteinä käytettiin jo julkaistuja, vertaisarvioituja tutkimuksia sekä artikkeleita aiheesta. Kirjallisuuskatsausta tehdessä aineisto on valittu huolellisesti ja huomioon on otettu jo olemassa olevan tutkimusaineiston laajuus, tuoreus ja luotettavuus. Aineistoa kerättiin, kunnes saavutettiin aineiston saturaatio, eli tulokset alkoivat toistaa itseään. Opinnäytetyön valintakriteerit aineiston tuoreudelle oli 10 vuotta, mutta mukaan valikoitui myös vanhempia julkaisuja, niiden ollessa edelleen ajankohtaisia. Tämä kirjallisuuskatsaus on yhden henkilön toteuttamatta, jolloin olemassa on mahdollisuus vääristymään aineiston valinnassa sekä tulkinnessa.

Opinnäytetyössä on pyritty mahdollisimman tarkkaan käännökseen, jotta katsauksen tulokset olisivat luotettavia ja josta tutkimustieto välittyisi sellaisenaan kadottamatta tai vääristämättä esiin nousseiden sanojen ja käsitteiden erilaisia erityispiirteitä kääntäessä niitä englannista suomeksi. Opinnäytetyön alkuperäisaineistoon valikoitui ainoastaan englanninkielisiä tutkimuksia, sillä suomenkielistä tutkimusta ei löytynyt tiedonhaun kautta. Vieraskielistä tekstiä tulkittaessa, tutkijan alkuperäinen ilmaus saattaa osittain muuttua, joka voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen negatiivisesti.

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimus tulee tehdä hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, jolloin tutkijan on oltava työssään rehellinen ja huolellinen. Tutkimustyötä tehtäessä tulee noudattaa tarkkuutta tuloksia esittäessä ja arvioidessa. Tiedonhankinnassa, tutkimustyössä ja tulosten arvioinnissa on noudatettava eettisesti kestäviä kriteerejä. Tutkimustulosten julkaisun on tapahduttava avoimesti ja vastuullisesti. Muiden tutkijoiden julkaisuja käytettäessä, viitataan niihin asianmukaisella tavalla, kunnioittaen tutkijan saavuttamaa tutkimustyötä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012.)

Opinnäytetyössä noudatettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja (TENK: 2012.) Eettiset periaatteet ohjaavat koko opinnäytetyön prosessia. Eettisiin periaatteisiin kuuluvat ihmisoikeuksien kunnioittaminen, haitan välttäminen, huolellisuus, oikeudenmukaisuus, rehellisyys ja



kunnioitus. Muiden tutkijoiden töille ja saavutuksille on annettu heille kuuluva arvostus ja merkitys pyrkimällä huolellisuuteen lähdeviittauksissa ja – tiedoissa (Kylmä - Juvakka 2007: 137).

Opinnäytetyön teossa on pyritty rehellisyyteen, huolellisuuteen sekä tarkkuuteen koko prosessin ajan. Tiedonhaussa, tutkimusmenetelmien käytössä ja opinnäytetyön tulosten arvioinnissa on pyritty avoimuuteen. Muiden tutkimusten käyttö on tuotu julki asianmukaisilla viite- ja lähdemerkinnöillä. Opinnäytetyössä on pyritty asianmukaiseen lähdeviitteiden käyttöön. Valmista tekstiä lainattaessa, lähdeviitteet ovat mainittu ja listattu nämä lähdeluetteloon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 224 – 225.)

Koko opinnäytetyöprosessin ajan tekijä on noudattanut eettisyyden periaatteita ja hyvän kirjallisuuskatsauksen tekotapaa. Tekijä on noudattanut totuudenmukaisuutta ja pyrkinyt objektiivisuuteen opinnäytetyön prosessin kaikissa vaiheissa.

### 7.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Suomenkielistä tutkimusta rauhoittumistilojen ja –menetelmien käytön hyödyistä ei löytynyt, vaikka kansainvälisellä tasolla aihetta on tutkittu useissa eri maan osissa. Useat tutkijat ovat suositelleet rauhoittumistilojen ja –menetelmien implementointia osaksi pakon käytön vähentämisen strategioita. Erityisesti Suomessa, jossa pakon käyttö psykiatrisessa hoitotyössä on edelleen arkipäiväistä ja verraten yleistä, erilaisten vaihtoehtoisten mallien tutkiminen, kehittäminen ja implementointi ovat tärkeitä. Pakon käyttöön liittyy monia tekijöitä yksittäisistä potilaista ammattilaisiin, sekä yhteiskunnalliset että palvelujärjestelmään liittyvät monisyiset tekijät.

Aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta, jotta se voisi olla osana näyttöön perustuvaa toimintaa, vahvistamassa usein heikommassa asemassa olevaa psykiatrisen potilaan asemaa ja oikeuksia psykiatrisessa hoidossa. Validit- ja luotettavat mittarit puuttuvat toistaiseksi, jotta voitaisiin luotettavasti tutkia, voidaanko rauhoittumistilalla ja -menetelmillä ehkäistä pakon käyttöä ja erityisesti eristämistä ja sidontaa psykiatrisessa hoitotyössä.

Ehdotus jatkotutkimusaiheeksi voisi olla myös potilaiden kokemusten kartoittaminen siitä minkälainen osastoympäristö edistäisi rauhoittumista ja parantaisi hoitomyöntyvyyttä.

## Lähteet

Aula, Pekka. 2000 Johtamisen kaaoksen vai kaaoksen johtaminen? Porvoo. Wsoy. 19-25.

Bowers, Len. A model of de-escalation 2014. *Mental Health Practice* 17 (9). 36-37.

Bowers, Len. 2014 Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21. 499-508.

Bowers, Len - Alexander, J. - Bilgin, H. 2014. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21. 499-508.

Bowers, Len 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies* 52 (9). 1412-1422.

Brophy, Lisa – Roper, Catherine. – Hamilton, Bridget. – Tellez, Juan 2016. Consumers' and their supporters' perspectives on barriers and strategies to reducing seclusion and restraint in mental health settings. *Australian Health review* 40. 599-604

Schein, Edgar 2009. Yrityskulttuuri – selviytymisopas. Tietoja ja luuloja kulttuurimuutoksesta. Helsinki. Suomen laatu keskus Oy.

Duodecim 2012. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Verkkodokumentti.

< <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/3/duo92766> >

Duodecim 1992. Väkivaltainen potilas. Verkkodokumentti.

< <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/1992/3/duo20054>>

Elo, Satu – Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1). 107–115.

Elomaa, Leena – Mikkola, Hannele. Näytön jäljillä-tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12

Heikkinen, Maria - Pylkkänen, Kari - Lönnqvist, Jouko 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyöntyvyys ja tahdosta riippumaton hoito. 680–689.

Helsingin kaupunki, sosiaali ja terveysvirasto. Mielenterveyslain rajoitesäännösten sovellusohjeet Auroran sairaalassa 2017. Osat 1 ja 2.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 121; 161-164.

Kangasniemi, Mari - Utriainen, Kati - Ahonen, Sanna-Mari - Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri - Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25. 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. *SanomaPro*. 197-225.

Kaunomäki, Jenni – Jokela, Markus – Kontio, Raija – Laiho, Tero. – Sailas, Eila – Lindberg, Nina 2017. Intervention following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health Services Research*. 2-8

Kontio, Raija -Joffe, Grigori – Putkonen, Hanna – Kuosmanen, Lauri – Hane, Kimmo – Holi, Matti. – Välimäki, Maritta 2010. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in psychiatric care* 48 (1). 16-24.

Kontio, Raija - Välimäki, Maritta - Putkonen, Hanna - Kuosmanen, Lauri 2010. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*. 2010 (1). 66-74.

Kuosmanen, Lauri - Laukkanen, Eero. 2019 Pakon käytön vähentäminen psykiatriassa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (10). 925-31.

Kiviniemi, Liisa. - Läksy, Marja-Liisa - Matinlauri, Timo - Nevalainen, Kaija - Ruotsalainen, Kari - Seppänen, Ulla-Maija. - Vuokila-Oikkonen, Päivi. 2007. Minä mielenterveys-työn tekijänä. 2. uudistettu painos. Helsinki. Edita. 125.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehestö, Mika - Koivunen, Olli - Jaakkola, Heikki. 2004. Hoitajan turva. Helsinki. Edita. 87.

Lim, E. – Wynaden, D. – Heslop, K.2017. Recovery-focussed care: how it can be utilized to reduce aggression in the acute mental health setting. *International journal of mental health nursing* (26). 445-460.

Masters, Kim 2014. Seclusion and restraint: the voice of a patient. *The Canadian journal of psychiatry. Perspectives in psychiatric care* 50. 271-279.

Makkonen, Pekka – Putkonen, Anu – Korhonen, Jukka – Kuosmanen, Lauri – Kärkäinen, Jukka 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatriassa hoidossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi* 35. 3-44.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa. Halikko Statement 2012. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/documents/10531/621873/Halikko+Statement.pdf/66587c63-c738-4a7f-9335-66c2b6c39c59>>

Putkonen, Anu – Kuivalainen, Satu – Louheranta, O. -Repo-Tiihonen, E. – Ryytänen, O. – Kautiainen, H. -Tiihonen, Jari 2013. Cluster randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric services* (64). 850-855.

Salminen, Ari 2001. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Verkkodokumentti.

<[https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)>

Soininen, Päivi. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. *Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto*. 1-47.

Stolt, Minna. - Axelin, Anna – Suhonen, Riitta(toim.) 2016 Turku: Turun yliopisto Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 7-11.

Viemerö, Vappu 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteellisten seurojen valtuuskunta. Tieteessä tapahtuu 3. 18-19.

Välimäki, Maritta - Lantta Tella. - Anttila M. - Pekurinen, V. - Alhonkoski M. - Suvanne T. - Laine A. – Kannisto, K. – Kontio, Raija 2013. Hoitajien työnhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteessa. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja Sarja A66. 14-19

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Pylkkänen, Kari. – Eskola, Jarkko. – Hemmi, Antti 2010. Pakon käyttö psykiatriassa-lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? *Lääkärilehti* 41. 3332-3337

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2015. Tilastoraportti 2/2015. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Verkkodokumentti. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/134729>>

Rovasalo, Aki. – Jüriloo, Alo 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim* 127 (23). 5-7.

Safewards 2015 verkkodokumentti. <http://www.safewards.net/>

Seckman, A. – Paun, O. – Heipp, B. –VanStee, M. – Keels-Lowe, V. – Beel, F. – Spoon, C. – Fogg, L. – Delaney, K. 2017. Evaluation of the use of a sensory room on

an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention. *Journal of adolescent psychiatric nursing* 30. 90–97

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016. Psykiatrinen erikoissairaanhoito. Tilastoraportti. Verkkodokumentti <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>>

Tuohimäki Carita 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514285424.pdf>>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2013. Verkkodokumentti. <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>

World Health Organization 2015. Violence. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/topics/violence/e>>

**Liite. 1 Tutkimuskysymys 1: Minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa**

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Participants brought up different positive aspects of patient empowerment in relation to their use of sensory rooms on the wards.	Rauhoittumistilan käyttö edistää potilaiden voimaantumista	Voimaantumisen edistäminen		<b>Potilaiden ja henkilökunnan kokemaa hyötyä rauhoittumistilojen käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa</b>
Staff described how the sensory room had become an integrated part of care and treatment offered on the wards and this new alternative had made their job easier; it had increased their confidence as staff and made them feel proud of the ward	Rauhoittumistilan käyttäminen helpottanut henkilökunnan työtä ja lisänneet ammattitilpeyttä	Henkilökunnan ammattitilpeyden lisääntyminen	<b>Potilaiden ja henkilökunnan voimaantumisen edistäminen</b>	

<p>Participants felt validated as persons capable of making decisions, which had a positive impact on their self-esteem and self-determination.</p>	<p>Potilaat kokivat itsensä kykeneviksi tekemään päätöksiä</p>	<p>Potilaiden päätöksenteon lisääntyminen</p>	<p><b>Potilaan päätöksenteon, aseman ja autonomian vahvistaminen</b></p>	
<p>Staff expressed that the patients' independence from staff appeared to strengthen the patients' self-esteem, leading to an increased confidence and interest in getting more involved in their own care and treatment</p>	<p>Potilaiden kasvanut rooli päätöksenteossa vahvistaa potilaiden itsetuottamusta ja lisää vastuunottoa omassa hoidossaan</p>	<p>Potilaiden osallisuuden lisääntyminen</p>		
<p>Staff expressed how the introduction of sensory rooms on the wards meant that they needed to hand over control to the patients, to let them try and choose their preferred emotional self-care components and strategies and to trust the patients when they were left unaccompanied and unsupervised</p>	<p>Henkilökunta kykenee luottamaan potilaisiin päätöksenteon suhteen</p>	<p>Henkilökunta luovuttaa vastuuta potilaille</p>		

<p>Several participants specifically commented on the positive attitudes of staff towards the sensory room and the orientation that it provided for patient autonomy</p>				
<p>The participants' accounts suggested that institutional restrictions and distressing symptoms resulted in a loss of control over their bodies, minds, and environment and the sensory intervention supported service users to regain agency over these factors</p>	<p>Rauhoittumistilat lisäävät potilaiden autonomiaa</p>	<p>Potilaiden autonomia vahvistuu</p>		
<p>The majority of consumers who used the room reported a decrease in distress. Effectively reducing distress has far reaching implications for empowering consumers to improve their emotional self-</p>	<p>Rauhoittumistilat edistävät potilaiden itsehallintakeinoja ahdistuksenhallinnassa</p>	<p>Itsehallintakeinojen lisääntyminen</p>	<p><b>Emotionaalisen vakauden vahvistaminen</b></p>	



management and reduce the trauma of hospitalization				
Use of the room was associated with significant improvements in self-rated distress, pacing, loudness, irritability, intrusiveness, elevation, anxiousness and withdrawn behavior. Novak, T. ym. 2012	Vähentävä vaikutus psyykkiseen ahdinkoon, ärtyneisyyteen, ahdistukseen ja vetäytymään käytökseen	Vähentää psykiatrista oireidintaa		
The staff and patients spoke positively about the introduction of the sensory room. Positive experiences reported by the patients included; relaxation, relieving stress, a space to listen their own music, inducing sleep, space to reflect, meditation, for individual use and being a part of a group. Clare-Jones, J. 2013	Edistää emotionaalista vakautta, kuten rentoutumista, stressin tunteen vähentymistä, unen tuloa ja tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa itseään ja kuulua osaksi ryhmää	Edistää emotionaalista hyvinvointia		
The perceived sensation of deep physical relaxation was described by some	Rauhoittumistilassa vietetty aika	Psykomotorinen rauhan tunne		

<p>participants as a state resembling sleep but not actually being asleep. In this state, things occurring outside the room felt less important. For several participants, this was described as a rather new experience since they otherwise would often wander the ward corridor back and forth due to restlessness, anxiety, and muscle tension</p>	<p>edistää psykomotorista rauhallisuutta</p>			
<p>Participants expressed that using the room could have a positive impact on muscle tension, often perceived by participants as a manifestation of anxiety problems. Several participants said that muscle relaxation could eventually make them fall asleep in the sensory room</p>	<p>Rauhoittumistilat edistävät potilaiden hyvinvointia ja vähentävät emotionaalista kuormitusta</p>	<p>Emotionaalisen kuormituksen vähentäminen</p>		
<p>The opportunity to release tension and express emotion</p>	<p>Mahdollistaa rentoutumisen ja tunteiden ilmaisun</p>	<p>Mahdollistaa rentoutumisen</p>		

within the safe confines of the room was cathartic for some participants	turvallisessa ympäristössä	ja tunteiden ilmaisun	
One of the most prominent experiences by the respondents after implementing the sensory rooms was that the patients used it both as a tool for their emotional self-care when already feeling upset and as a preventive strategy when they felt there was a risk of increased stress and anxiety.	Rauhoittumistilat toimivat ennaltaehkäisevänä ja ahdistuneisuutta lieventävänä ympäristönä	Mahdollistaa ennaltaehkäisyä	<b>Pakon käytön vähentäminen potilaslähtöisesti</b>
These environments also provide an opportunity to learn how to use a "time out" to reduce aggression or anger, receive crisis intervention in a safe environment learn stress management techniques and learn stress management techniques	Rauhoittumistilat antavat mahdollisuuden opetella aggressionhallintaa ja vihantunteiden hallintaa turvallisessa ympäristössä	Mahdollistaa aggressionhallinnan	
Staff and patients reported that the sen-	Rauhoittumistilat edesauttavat poti-	Mahdollistaa de-eskalaation	

<p>sory room had impacted positively on the PICU environment. They felt that the sensory room provided a space to help aid calming and de-escalation, somewhere to relax, increase communication and enjoy music and the sensory equipment</p>	<p>laiden de-eskalatiossa ja rauhoittumisessa</p>				
<p>The Sensory room was reported to serve the purpose of an escape space and an alternative calming environment that allows patients to relax and de-escalate</p>	<p>Rauhoittumistila toimii pakopaikana ja vaihtoehtoisena ympäristönä</p>	<p>Rauhoittava ja turvallinen ympäristö</p>	<p><b>Fyysisen ympäristön turvallisuuden lisääminen</b></p>		
<p>For many participants, the sensory room provided a space to withdraw to</p>	<p>Rauhallinen ympäristö</p>				
<p>The sensory room was acknowledged as a safe and calm place, and although the purpose of the room was to provide sensory stimulation, participants viewed the room as a place with fewer stimuli</p>	<p>Rauhallinen ja turvallinen ympäristö Jossa vähemmän virikkeitä, verraten muuhun osaston ympäristöön</p>				

than outside on the ward				
Participants described the sensory room as a place to rest emotionally from both unpleasant and fearful inner thoughts and feelings and from the rest of the occasionally stressful environment of the psychiatric ward itself	Rauhoittumistilat toimivat paikkana, jonne voi vetäytyä stressiä lisäävästä osastoympäristöstä	Mahdollistaa vetäytymisen rauhalliseen tilaan		
Social relationships are a significant factor in managing aggression and the findings suggested that the sensory room and equipment enhanced interpersonal interaction by facilitating the rapid building of rapport and trust	Edistävät ja lisäävät luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumista		<b>Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen</b>	
The majority of staff reported they felt that the sensory room has had a positive impact on their communication and engagement with patients. Staff reported they felt that patients were more relaxed	Edistää potilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutusta, potilaat emotionaalisesta tasaisempia, vuorovaikutus sujuvoituu	Edistää hoidollista vuorovaikutusta		

and therefore more accessible to discuss their mental state				
The sensory room evoked a sense of community on the PICU between peers, as patients met and communicated more in the sensory room	Rauhoittumistila paransi potilaiden välistä yhteisöllisyyttä ja kommunikatiota			

**Liite 2. Tutkimuskysymys 2. Minkälaista hyötyä potilaat ja henkilökunta ovat kokeneet rauhoittumismenetelmien käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa**

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Sensory modulation was also experienced as calming with the intervention assisting consumers to manage thoughts and feelings associated with agitation and anxiety	Rauhoittumismenetelmät tukevat ahdistuksenhallinnassa	Ahdistuksen hallintaa tukevat keinot	<b>Oireiden hallinnan vahvistaminen</b>	<b>Rauhoittumismenetelmien käytön hyödyt psykiatrisissa sairaaloissa</b>
Sensory modulation was seen as being helpful as it provided a distraction, was calming and promoted strategies for self-management of distress	Rauhoittumismenetelmiä käyttämällä voidaan kiinnittää huomiota muuhun toimintaan ja edistetään oireiden hallintaa	Huomion kiinnittäminen muualle		
A smaller number of participants suggested sensory modulation use provided them with	Menetelmät loivat uusia strategioita itsenäisessä ahdistuksenhallintakeinoissa, menetelmien käyttö jatkuu kotiutumisenkin jälkeen	Uusien ahdistuksenhallintakeinojen oppiminen		

<p>new strategies to promote self-management of distress and would assist to cope in their daily life since they returned home</p>				
<p>Sensory modulation has been identified as a strategy to reduce behavioral disturbance and improve consumer experiences when in psychiatric crisis</p>	<p>Rauhoittumismenetelmät vähentävät käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä ja edistävät potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon</p>	<p>Käytöshäiriöiden lieventyminen</p>		
<p>The sensory modulation approach also enhanced service user self-awareness and capacity for self-management</p>	<p>Lisäävät oireiden itsehallintakeinoja ja lisäävät itsetietoisuutta</p>	<p>Oireiden itsehallintakeinojen vahvistaminen</p>		
<p>Sensory modulation intervention supported de-escalation of arousal or regulation of emotion in the majority of</p>	<p>Kiihtyneisyyden de-escalation mahdollistaminen, soveliaiden tunteilmausten ilmaiseminen</p>	<p>De-escalation mahdollistuminen</p>		



people who used it.				
Distraction through sensory input was a significant factor in reducing agitation, if it allowed enough time for individuals physiological and emotional arousal to subside	Huomion kiinnittäminen rauhoittumismenetelmään vähentää kiihtyneisyyttä ja antaa mahdollisuuden tunnekuohujen tasaantumiseen	Huomion kiinnittäminen muualle		
Sustained feedback through internal and musculoskeletal sensation helped service users to ground themselves in their body and to be attuned to the present. Participants who had experienced psychosis, elevated mood, dissociation, and overwhelming anxiety all reported that this aspect of the intervention was a	Edistää nykyhetkeen orientoitumista, vähentää häiritsevää psykiatrista oirehdintaa	vahvistaa ja edistää potilaiden psykiatristen oireiden hallitsemista ja de-eskalaatiota		

significant factor in assisting their de-escalation, helping them to feel secure and oriented in space and time				
Another significant subtheme was the increased sense of control created through the use of the sensory tools. Service users found that through the soothing and stabilizing effect of the sensory intervention they were able to think more clearly, regulate their emotions, influence their immediate environment, as well as control destructive behaviours	Lisääntynyt hallinnan tunne, rauhoittumismenetelmien avulla ajattelun selkeys lisääntyi, emootioiden säätely helpottui, haitallisen käytöksen kontrolloiminen lisääntyi	Käytöksen säätelyn edistyminen		
sensory modulation broadened the focus of de-	Rauhoittumismenettimet laajensivat de-escalatiomenetelmien fokusta	Jaettu vastuunotto,		

escalation practices and encouraged shared responsibility	ja rohkaisivat jaettuun vastuunottoon	De-eskalointimenetelmien fokuksen laajentuminen		
Some consumers identified specific items that helped them to relax, slow their thought processes and alter their mood	Tietyt menetelmät auttavat rentoutumaan, hidastavat ajatuksenrientoa ja tasaavat mielialoja	Emotionaalisen tyyneyden edistäminen		
Some participants recalled that they had actively picked sensory stimulation items in the room associated with positive memories and joyful activities that would often make them feel emotionally calm	Menetelmien käyttö tuo esiin positiivisia ajatuksia ja edistää emootioiden tyyneyttä	Emootioiden tyyneys		
There was agreement amongst the participants that the sensory intervention reduced arousal and induced a	Rauhoittumismenetelmien käyttö vähentää potilaiden kiihtyneisyyttä sekä edesauttaa rauhallisen mielentilan saavuttamisessa.	Rauhallisen mielentilan saavuttaminen		

calm state in the majority of the people who used it.				
Sensory modulation was perceived as a tool for developing meaningful connection between staff and service users	Toimii työkaluna joka edistää potilaiden ja henkilökunnan välistä mielekästä ja tarkoituksenmukaista vuorovaikutusta	Hoitajien ja potilaiden välisen vuorovaikutuksen vahvistuminen	<b>Hoidollisen vuorovaikutuksen vahvistaminen</b>	
A number of staff participants also described how the application of sensory modulation created an opportunity for developing trust and relationship. Trialing and accessing the sensory approach and tools with service users was perceived as a means to rapidly build rapport and share meaningful experiences, even in the absence	Rauhoittumismenetelmien avulla voidaan edistää hoidollista ja luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta	Edistää hoidollista ja luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta		

of verbal communication				
Sensory modulation not only induced a relaxed atmosphere, but also allowed staff members to get alongside to work in close proximity with service users. The approach encouraged staff to tune in and talk with service users about their sensory and emotional experi-	Mahdollistaa henkilökunnan ja potilaiden välisen hoitosuhdetyöskentelyn, parantaen kommunikaatiota	Hoitosuhdetyöskentelyn mahdollistaminen		

ences, while engaging in simple and practical strategies for managing their own arousal				
---	--	--	--	--



