

Mari Lahti, Johanna Berg, Jaakko Varpula, Essi Lipponen,
Tella Lantta, Aku Äärinen, Päivi Soininen, Eila Sailas,
Raija Kontio & Maritta Välimäki

Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana

Mari Lahti, Johanna Berg, Jaakko Varpula, Essi Lipponen,
Aku Äärinen, Tella Lantta, Päivi Soininen, Eila Sailas,
Raija Kontio & Maritta Välimäki

Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana

Johanna Berg, lehtori, TtT, Turun ammattikorkeakoulu
Raija Kontio, TtT, Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja
Mari Lahti, yliopettaja, TtT, Postdoc, Turun ammattikorkeakoulu
Tella Lantta, TtT, tutkija, Turun yliopisto
Essi Lipponen, TtK, Turun yliopisto
Eila Sailas, tulosityksikön johtaja, ylilääkäri, HUS Kellokosken sairaala
Päivi Soininen, TtT, ylihoitaja, HUS, HYKS Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja
Jaakko Varpula, TtM, Turun yliopisto
Maritta Välimäki, professori, Hong Kong Polytechnic University
Aku Äärinen, TtK, Turun yliopisto

**Turun ammattikorkeakoulun
raportteja 248**

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2018

ISBN 978-952-216-684-5 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2018

ISBN 978-952-216-685-2 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
Jakelu: <http://loki.turkuamk.fi>

Sisältö

Esipuhe	6
Tiivistelmä	8
Summary	12
1 Johdanto	14
2 Tutkimuksen tehtävät, vaiheet ja menetelmät	20
2.1 Tutkimuksen tehtävät ja vaiheet	
2.2 Tutkimuksen menetelmät	
3 Mielenterveystyö ja psykiatrinen hoitotyö	25
3.1 Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalassa	
3.2 Pakkotoimien vähentäminen psykiatriassa	
4 Työturvallisuus psykiatrisessa sairaalassa	37
4.1 Työturvallisuuden määritelmiä ja työnantajan velvollisuuksia	
4.2 Työturvallisuuteen liittyviä säännöksiä Suomessa	
4.3 Työturvallisuuden näkökulma EriTurva-hankkeessa	
5 Työturvallisuus potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana	41
5.1 Potilaan huone- ja sidontaeristys	
5.2 Hoitajien kokemuksia potilaan huone- ja sidontaeristyksestä	
6. Työturvallisuutta edistäviä tekijöitä	45
7 Terapeuttinen vuorovaikutus potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana	48
7.1 Terapeuttisen vuorovaikutuksen määritelmiä	
7.2 Terapeuttisen vuorovaikutuksen menetelmiä	
7.3 Terapeuttinen vuorovaikutus hoitajan kokemana	

8	Hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä kirjallisuuskatsauksen ja hoitajahaastatteluiden perusteella	54
9	Potilaan ja hoitajan toiminta eristyshuoneessa videotallenteiden ja hoitajahaastatteluiden perusteella	60
	9.1 Eristyksien tuntimääriä	
	9.2 Hoitajan toiminta eristyshuoneessa	
	9.2 Potilaan toiminta eristyshuoneessa	
10	Huone- ja sidontaeristykseen liittyviä kehittämissuhteita	72
11	Tulosten yhteenveto	75
12	Hyvä potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus huone- ja sidontaeristuksen aikana	77
13	Pohdinta	80
	13.1. Riskitekijät työturvallisuudelle huone- ja sidontaeristuksen aikana	
	13.2. Hoitajan ja potilaan toiminta huone- ja sidontaeristuksen aikana	
	13.3. Hoitajien ehdotukset huone- ja sidontaeristuksen kehittämiseksi	
14	Tulosten soveltaminen ja hyödyntäminen	89
	Lähteet	92

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimuksia liittyen potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja sen hallintaan.

Taulukko 2. Työturvallisuutta edistäviä tekijöitä kirjallisuuden perusteella.

Taulukko 3. Syitä hoitohenkilökunnan vammautumiseen huone- ja sidontaeristuksen aikana.

Taulukko 4. Riskitekijät huone- ja sidontaeristuksen aikana fokusryhmähaastatteluiden perusteella.

Taulukko 5. Hoitajan toimintoja eristyshuoneessa huone- ja sidontaeristuksen aikana.

Taulukko 6. Hoitajan toimenpiteitä eristämisen aikana.

Kuviot

- Kuvio 1. Tutkimushankkeen vaiheet ja tavoitteet.
- Kuvio 2. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt 18 vuotta täyttäneet / 1 000 vastaavan ikäistä.
- Kuvio 3. Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa: eristys, lepositeen käyttö, tahdonvastainen injektio-lääkitys ja fyysinen kiinnipitäminen potilaan rauhoittamiseksi, toimenpiteiden määrät vuosittain eri ikäryhmissä.
- Kuvio 4. Pakkotoimien käyttö vuosina 2006–2016, päättyneet psykiatriset hoitajaksot.
- Kuvio 5. Hoitajaksojen osuus, joilla on käytetty pakkotoimea vuosina 2006–2016, päättyneet hoitajaksot.
- Kuvio 6. Potilaan toiminta eristysuoneessa.
- Kuvio 7. Yhden potilaan toiminta kronologisesti esitettynä.

Lyhenteet

CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CRPD	Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus
EU	Euroopan Unioni
HIV	HI-virus
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Mieli 2009	Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
TVBH	Twin Valley Behavioral Healthcare
WHO	World Health Organization

Esipuhe

On olemassa vielä vähän tieteellistä näyttöä siitä, millaisia riskitekijöitä liittyy potilaan huone- ja sidontaeristyksen hoitamiseen hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja miten vuorovaikutusta eristyksen aikana voidaan parantaa. Nämä haasteet on silti tunnistettava, jotta psykiatrinen hoitotyö olisi mahdollisimman turvallista ja laadukasta. Tässä julkaisussa pyritään kehittämään ratkaisuja edellä mainittuihin haasteisiin liittyen huone- ja sidontaeristysten hoitamiseen ja terapeuttiseen vuorovaikutukseen. Tästä mahdollisuudesta haluamme kiittää Työsuojelurahastoa.

Julkaisussa kuvataan Työsuojelurahaston rahoittaman Eriturva – hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana -hankkeen (2016–2018) toteutusta ja tuloksia. Kuvaamme psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa huone- ja sidonta-eristyksen aikaista potilaan ja hoitajan toimintaa ja hoitohenkilökunnan tuottamia eristämiseen liittyviä kehittämiskohteita. Hankkeen osavaiheiden tuloksia raportoidaan tarkemmin kansainvälisissä vertaisarvioituissa tieteellisissä artikkeleissa. Pyrimme myös julkaisemaan ja tiedottamaan hankkeen tuloksista laajemmin ammattiyhteisölle. Toivomme, että näin hankkeen tulokset, hyödyt ja toimintaohjeen käyttö leviävät mahdollisimman laajalle mielenterveystyön kentällä.

EriTurva-hankkeen päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta haastavan huone- ja sidontaeristyksen aikana kehittämällä tilanteen tueksi hyvän terapeuttisen vuorovaikutuksen toimintaohjeen. Hankkeessa tuotettiin näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä ja hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä.

Hanketta on toteutettu kolmen organisaation konsortiohankkeena. Mukana ovat olleet Turun ammattikorkeakoulu, Turun yliopisto sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Kellokosken sairaala. Erityinen kiitos kuuluu hankkeessa mukana olleille osastoille, joilla hoidetaan päivittäin psykiatrisia potilaita akuutti- ja vastaanotto-osastoilla, mielialahäiriöosastoilla, oikeuspsykiatrisilla osastoilla ja vanhuspsykiatrisella osastolla. Osastojen henkilökunta ja esimiehet osoittivat suurta sitoutumista hankkeeseen ja auttoivat haasteellisen eristyshuoneturvakameratallenteiden aineistonkeruussa sekä osallistuivat itse hankkeen aineistonkeruuseen ja yhteistoi-
minnalliseen osuuteen. Lämmin kiitos näiden osastojen henkilökunnalle.

Lisäksi kiitämme myös hankkeessa toimineita opiskelijoita, jotka ovat osaltaan edesauttaneet hankkeen etenemistä ja tulosten syntymistä. Kiitoksen saavat Turun AMK:n sairaanhoitajaopiskelijat Emmi Bogdanoff, Pauliina Erkkilä, Sari Haahtinen, Sami Rustari, Riku Saari, Linnea Laurila, Sini Koponen, Iida Johansson, Aino Koisti, Saara Suvala, Jonna Hakanen, Jenni Hurmalainen, Jonna Ismäkä, Reetta Laulaja, Ada Merikukka, Ilari Lahtonen, Rustam Mantaev ja Mikael Malmisalo.

Kirjoittajien puolesta,

Mari Lahti

ylöpöittäjä, Turun ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Kirjoittajat: Mari Lahti, Johanna Berg, Jaakko Varpula, Essi Lipponen, Aku Äärinen, Tella Lantta, Päivi Soininen, Eila Sailas, Raija Kontio & Maritta Välimäki

Terveystieteiden ja psykiatrisessa hoitotyössä työntekijöille on taattava mahdollisuus turvalliseen työympäristöön. Kuitenkin terveydenhuollossa erityisesti mielen-terveys- ja päihdehoitotyössä hoitajiin kohdistuu eri tilanteissa riskitekijöitä, kuten riski joutua aggressiivisen käyttäytymisen kohteeksi. Psykiatrisilla sairaalaosastoilla hoitajien työturvallisuus saattaa vaarantua huone- ja sidontaeristysten aikana potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi.

Väkivaltaisen potilaan hoidossa käytetään edelleen pakkotoimia, kuten huone-eristystä, sidontaeristystä, tahdonvastaista lääkitystä ja kiinnipitämistä. Näin on siitä huolimatta, että esimerkiksi huone-eristyksen vaikuttavuutta hoitomuotona ei ole todistettu. Huone- ja sidontaeristämistä tulisi käyttää ainoastaan viimeisinä tehohoitokeinoina väkivaltatilanteessa, jos muut hoitokeinot eivät ole auttaneet. Radikaalien hoitotoimenpiteiden, kuten huone- ja sidontaeristämisen, sijaan tulisi käyttää ensi sijassa vuorovaikutuksellisia ja dialogiin perustuvia auttamismenetelmiä, kuten terapeutista vuorovaikutusta. Hoitajien työturvallisuuden takaaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta hoitajilla on mahdollisuus toimia ammatillisesti ja eettisesti korkeatasoisesti haastavissa hoitotilanteissa, kuten huone- ja sidontaeristystilanteissa.

Tutkimuksen päätavoitteena on tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta kehittämällä hyvän terapeutin vuorovaikutuksen toimintaohje.

Tutkimus koostuu neljästä eri vaiheesta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä. Toisessa vaiheessa

tavoitteena oli kuvata psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa huone- ja sidontaeristykseen aikaista potilaan ja hoitajan toimintaa eristyshuoneen turvakameratallenteiden avulla. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena oli kuvata psykiatrisessa sairaalassa hoitohenkilökunnan tuottamia kehittämisehdotuksia liittyen eristämistilanteeseen sekä kuvata hoitajiin kohdistuneita riskejä eristyksen aikana toteuttamalla neljä fokusryhmähaastattelua hoitajien keskuudessa. Lopuksi tarkoituksena oli kehittää toimintaohje huone- ja sidontaeristykseen liittyvään terapeuttiseen vuorovaikutukseen työturvallisuuden näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että eristyksen aikaisesta hoitajaan kohdistuvasta väkivallasta löytyy hyvin vähän tutkimusta. Tutkimusten mukaan nousi esille kolme pääteemaa liittyen eristyksen aikaiseen väkivaltaan: 1) potilaan aggression hallinta eristyksen aikana, 2) hoitajaan kohdistuneet vammat eristyksen aikana ja 3) aggression ennaltaehkäisy. Myös hoitotyöntekijät tunnistivat lukuisia työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä huone- ja sidontaeristyksen aikana. Eristyshuoneen turvakameratallenteiden perusteella potilaat ovat valtaosan aikaa itsekseen ja heidän käyttäytymistään voidaan jaotella rauhalliseen ja levottomaan toimintaan sekä hoitohenkilökunnan kanssa kontaktissa olemiseen. Hoitajan toiminta eristyshuoneessa taas on monipuolista, ja hoitajat toimivat usein pareittain tai tiiminä. Hoitajien vastuulla on toteuttaa perushoitoa, lääkehoitoa, ravitsemuksesta huolehtimista, eristyksen turvallisuudesta huolehtimista, potilaan kanssa keskustelua, eristyshuoneen siivoamista sekä valvoa potilaan liikkumista eristyshuoneeseen ja pois eristyshuoneesta. Hoitajat esittivät useita työturvallisuuteen liittyviä kehittämisehdotuksia huone- ja sidontaeristykseen liittyen. Nämä voitiin jakaa neljään pääteemaan: työperäiseen, fyysiseen, psykologiseen ja ympäristölliseen. Hoitajat mainitsivat useita ehdotuksia eristyshuoneen fyysisten tilojen ja eristämiskäytäntöjen kehittämiseksi, kuten kommunikaation parantamista, lääkäreiden suurempaa osallisuutta eristystilanteen ennakkointiin ja valvontakameroiden lisäämistä. Toisaalta hoitajat myös esittivät eristyshuoneen käytöstä luopumista ja muunneltavien tilojen käyttöönottoa.

EriTurva-hankkeen tuloksia voidaan hyödyntää tuottamaan uutta jatkotietoa vähän tutkituista eristyshuonehoidon ja sidontaeristykseen aikaisista tapahtumista. Tämä on tärkeää, jotta tunnistamme mahdolliset hoitajan työturvallisuuden kohdistuvat riskit. Tuloksia voidaan hyödyntää suomalaisessa työelämässä kehitettäessä psykiatrista hoitoa sekä hoitajien työtä ja työturvallisuutta psykiatrisissa sairaaloissa. Erityisesti tuloksia voidaan käyttää hyväksi suunniteltaessa hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutusta liittyen eristyskäytäntöihin.

Avain- ja asiasanat: Työturvallisuus, psykiatrinen hoitotyö, terapeutin vuorovai-
kutukset, huone-eristys, sidontaeristys, terveydenhuolto

Summary

Authors: Mari Lahti, Johanna Berg, Jaakko Varpula, Essi Lipponen, Aku Äärinen, Tella Lantta, Päivi Soininen, Eila Sailas, Raija Kontio & Maritta Välimäki

The staff members working in public health services and in psychiatric/mental health nursing must have the possibility for safe working environment. However, particularly in mental health nursing various risk factors, such as patient aggressive behavior, are directed towards nurses. In psychiatric in-patient units, the occupational safety of nurses may be endangered due to aggressive behavior of a patient who is managed by coercive measures, e.g. seclusion or mechanical restraints. Patient aggressive behavior is still managed by coercive measures, like seclusion, mechanical restraints, forced medication and physical restraint. However, there is no research evidence of the effectiveness of these management methods. Seclusion and mechanical restraints should be used as the last options to manage aggressive situations, after non-coercive alternatives have been used. When managing aggressive behavior, methods like therapeutic communication and dialogic skills should be used primarily. It is highly important to guarantee the occupational safety of nurses and thus give nurses the opportunity to act professionally and ethically in challenging nursing care situations, such as seclusion and mechanical restraints.

The main objective of this project is to promote the occupational safety of nurses working in psychiatric in-patient units. This is done by developing guidelines for therapeutic communication for nurses.

The project includes four phases. In the first phase, the aim of the literature review was to produce evidence based data related to risk factors affecting the occupational safety of nurses in seclusion room situations. In the second phase, the aim was to describe nurse and patient actions during seclusion by analyzing security camera videotapes. In the third phase, the aim was to describe nurses' ideas for developing nursing care during seclusion and to describe risk factors related to seclusion. Four

focus group interviews of nurses were carried out. In the fourth phase, the aim was to develop guidelines for therapeutic communication for nurses in order to promote their occupational safety in seclusion room situations.

Based on the literature review, there are only few studies related to patient aggressive behavior towards nurses during seclusion. However, three main themes were identified: 1) management of patient aggression during seclusion, 2) nurses injuries, and 3) prevention of patient aggressive behavior. Nurses recognized various risk factors related to occupational safety during seclusion. Based on the security camera videotape data, patients were mostly alone in the seclusion room. During seclusion, patients acted either calmly or restlessly. In addition, they had contact with nurses. Nurses' actions in seclusion room were versatile and they often acted two by two. Nurses offered patients basic care, medical treatment, and nutritional care. They also took care of the safety of the seclusion room, discussed with the patient, cleaned up in seclusion room and monitored the patient when he or she left the seclusion room. Nurses gave various suggestions for developing the occupational safety in a seclusion room situation. They mentioned improving the physical layout of the seclusion room and developing seclusion practices, like patient-staff communication. Nurses also expected that physicians would anticipate situations leading to seclusion more often and they wanted more security cameras in seclusion rooms. However, nurses also suggested putting an end to using seclusion and proposed rooms that could be modified according to patients' needs.

Results of the EriTurva project can be used to produce further knowledge related to seclusion room situations. This is important in order to recognize possible occupational risk factors for nurses. Results can be used in working life in Finland when developing mental health nursing practices and the occupational safety of nurses in psychiatric in-patient units. In particular, results can be of use when planning further training for nurses related to seclusion practices.

Key words: Occupational safety, mental health nursing, therapeutic communication, seclusion, mechanical restraints, public health services

1. Johdanto

Työturvallisuudesta ja sen edistämisestä säädetään Suomessa työturvallisuuslaissa. Työturvallisuuslain tavoitteena on ennaltaehkäistä työstä johtuvia sairauksia, tapaturmia ja henkistä rasitusta. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Työperäiset sairaudet ja tapaturmat aiheuttavat yhteiskunnalle suuria rahallisia menetyksiä (STM 2016a). Jo yksinään tällä perusteella voidaan perustella työturvallisuuden tärkeyttä. Hoitajien työturvallisuus on tärkeä seikka työhyvinvoinnin ylläpitämiseksi. Suomessa vuonna 2014 julkisella puolella työskenteli terveystalveissa yhteensä 132 387 henkilöä. Sairaanhoidajia heistä oli 46 446 ja lähihoitajia 55 841. (THL 2015a.)

Työntekijöille on taattava mahdollisuus turvalliseen työympäristöön ja ilmapiiriin (Työturvallisuuslaki 738/2002). Psykiatrisessa hoitotyössä on tunnustettu väkivallan olevan uhka työturvallisuudelle (Gournay 2001, Anderson & West 2011, Moylan & Cullinan 2011, Kuivalainen ym. 2014, Arnetz ym. 2015, Iennaco ym. 2017). Eri-tyisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyössä hoitajiin kohdistuu eri tilanteissa psykososiaalisia riskitekijöitä, kuten riski joutua aggressiivisen käyttäytymisen kohteeksi, jotka heikentävät työturvallisuutta (Parantainen & Laine 2010, de Jong ym. 2013).

Psykiatrisilla osastoilla hoitajien työturvallisuus saattaa vaarantua potilaan huone- ja sidonta-eristyksen aikana. Hoitajien työturvallisuuden takaaminen on tärkeää, jotta hoitajilla on mahdollisuus toimia ammatillisesti ja eettisesti korkeatasoisesti haastavissa hoitotilanteissa, kuten huone- ja sidontaeristyksiä hoitaessa. Hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä eristyksen aikana ovat hoitajan ammatillisuus ja asenteet, potilaiden sen hetkinen kunto ja toiminta, eristystilanteen inhimillisuus, kommunikaatioyhteys ja osaston yleinen tilanne (Recupero ym. 2011). Potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen vaarantaa aina hoitajien työturvallisuuden sekä muiden potilaiden turvallisuuden ja aiheuttaa aggression kohteeksi joutuvalla fyysisiä ja psyykkisiä haittoja (Maguire & Ryan 2007), jotka saattavat vaikuttaa hoitajan työkykyä alentavasti (de Jong ym. 2013).

Väkivallan uhka on työturvallisuutta heikentävä tekijä psykiatrisessa hoitotyössä (Gournay 2001, Anderson & West 2011, Moylan & Cullinan 2011, Kuivalainen

ym. 2014, Arnezt ym. 2016, Iennaco ym. 2017). Hoitomuotona psykiatrisen potilaan eristäminen ja sitominen ovat herättäneet keskustelua, ja tutkimukset ovat osoittaneet, että eristämisestä saatava hyöty on kiistanalaista (Sailas & Fenton 2000, Mohr 2010, Hulatt 2014). Suomessa aloitettiin vuonna 2016 tahdonvastaisia hoitopakkoja 23 242 kappaletta. Tahdonvastaisessa hoidossa oleville potilaille jouduttiin käyttämään pakkotoimia, kuten eristämistä, sitomista, tahdonvastaista lääkeinjektiota tai fyysistä kiinnipitämistä. Eristettävän potilaan tulee aina olla tahdonvastaisessa hoidossa (Mielenterveyslaki 1116/1990). Eristäminen ja sitominen olivat yleisimmät pakkotoimet. Potilaita joille käytettiin eristämistä tai sitomista, oli vuonna 2016 yhteensä 2779. (THL 2018.)

Vuonna 2016 psykiatristen hoidon piirissä oli naisia 57 % ja miehiä 43 %. Työikäisten osuus oli suurin ja yli 65-vuotiaita oli 16 %. Psykiatrisessa vuodeosastohoidossa miehiä on enemmän kuin naisia, mikä johtunee miesten suuremmasta sairastavuudesta vaikeisiin psykoottisiin häiriöihin, jotka ovat yleinen vuodeosastohoidon syy. Huomionarvoista on myös nuorten naisten masennus ja ahdistuneisuushäiriöt, jotka myös olivat usein psykiatrisen vuodeosastohoidon syynä vuonna 2016. (THL 2018.)

Pakkotoimia käytettiin väkivaltaisen potilaan hoidossa yhteensä 4 245 kertaa vuonna 2016, mikä on 4 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Vuonna 2016 potilaista 1855 oli eristetty, sidonta-eristystä oli käytetty 1052 kertaa, tahdoinvastainen injektio oli annettu 797 potilaalle ja kiinnipitämistä oli käytetty 438 potilaan kohdalla. (THL 2018.) Näin tapahtui siitä huolimatta, että esimerkiksi huone-eristykseen vaikuttavuutta hoitomuotona ei ole todistettu (Sailas & Fenton 2000). Huone- ja sidontaeristämistä tulisi käyttää ainoastaan viimeisinä tehohoitokeinoina väkivaltatilanteessa, jos muut hoitokeinot eivät ole auttaneet. Jos näihin pakkokeinoihin joudutaan turvautumaan, tulee eristämisen kestää vain niin kauan kuin se on välttämätöntä (Mielenterveyslaki 1116/1990). Huone- ja sidontaeristämisen sijaan tulisi käyttää ensisijaisesti vuorovaikutuksellisia ja dialogiin perustuvia auttamismenetelmiä. Näillä tarkoitetaan esimerkiksi keskustelua, kuuntelemista, läsnäoloa ja havainnointia (Kuhanen ym. 2010).

Suomessa on asetettu tavoitteeksi vähentää pakkotoimia (THL 2012). Suomessa oli käynnissä vuosina 2009–2015 Mieli-ohjelma. Sen yhtenä tavoitteena oli pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa. THL laati mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka tehtävänä oli tuoda käytäntöön Mieli-ohjelman tavoitteet. Ohjel-

man yhdeksi tavoitteeksi oli asetettu pakkotoimien vähentämisen 40 %:lla. Jo ennen hankkeen toimeenpanovaihetta potilaiden huone- ja sidonta-eristysten määrä alkoi kääntyä laskuun. Eristysten määrä on jatkanut laskua myös hankkeen toimeenpanovaiheen aikana. (Partanen ym. 2015.)

Hoitajien työturvallisuuteen ja potilaan eristämistapahtumaan liittyy eri tekijöitä, jotka voivat ilmetä ennen eristystä, eristyksen aikana ja eristyksen jälkeen (Marangos-Frost & Wells 2000, Bonner ym. 2002, Lee ym. 2003, Lancaster ym. 2008, VanDerNagel ym. 2009). Ennen eristystä työturvallisuutta voivat uhata potilaiden aggressiivinen käytös tai fyysinen väkivalta (Lancaster ym. 2008, Moyo & Robinson 2012). Eristämisen aikana hoitohenkilökunta saattaa altistua fyysisille vammoille. Fyysistä vammoista kärsii arviolta noin 21,6–80 % hoitohenkilökunnasta (Lee ym. 2003, Moyo & Robinson 2012, Wu ym. 2012). Hoitohenkilökunta saattaa kokea myös ahdistusta, pelkoa, tuskaa, epämukavuutta, turhautumista, syyllisyyden tunteita ja jopa itsesyytöksiä sekä vihaa (Bonner ym. 2002, Bigwood & Crowe 2008, Van Der Nagel ym. 2009). Eristämisen jälkeen hoitohenkilökunta saattaa kokea voimakkaita tunteita (Bigwood & Crowe 2008, VanDerNagel ym. 2009). Tunteiden kokemiseen vaikutti se, miten eristäminen oli sujunut. Huonosti sujunut eristäminen nostatti voimakkaampia negatiivisia tunteita (Bonner ym. 2002). Eristämisen jälkeen hoitohenkilökuntaa ei testata säännöllisesti tartuntatautien varalta, huolimatta siitä, että osalla eristetyistä potilaista on erilaisia tartuntatauteja (Silvana ym. 2012).

Huone- ja sidontaeristyksen aikana tapahtuva vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä tulee olla laadukasta, korkeatasoista ja tilanteen turvallisuutta edistävää. Turvallisen hoitotilanteen aikaansaamisessa yksi keino on turvakameravalvonta, jolla pyritään valvomaan osaston tiloja, ylläpitämään turvallisuutta ja puuttumaan uhkaaviin tilanteisiin. Turvakameravalvonnan avulla pyritään siis varmistamaan potilaiden ja hoitajien turvallisuus osastoilla. Toisaalta valvonta saattaa paljastaa potilaan epäasiallisen kohtelun (Stolovy ym. 2015) tai hoitovirheen (Makary ym. 2015). Turvakameravalvonta tukee täten hoidon laatua ja eettisyyttä (Makary ym. 2015). Turvakameravalvontaa on kuitenkin arvosteltu, koska sen ajatellaan loukkaavan potilaiden yksityisyyttä, vähentävän luottamuksellisuutta (Nolan & Volavka 2006) ja korostavan paternalistista hoitokulttuuria (Stolovy ym. 2015). Toisaalta videoninn avulla voidaan tutkia haasteellisia tilanteita, kuten vaikka non-verbaalista vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä (Caris-Verhallen ym. 1999).

Turvakameravalvonnan avulla voidaan myös yhtenäistää aggressiivisten tilanteiden tunnistamista ja raportointia. Osa aggressiivisista tilanteista jää raportoimatta, koska hoitajat kokevat sen harmittomiksi (esim. sanallinen aggressiivisuus), osana potilaan tavanomaista oireilua tai jopa osana hoitotyötä (Farrell ym. 2010). Toisaalta hoitajat määrittävät aggression myös yksilöllisesti, jolloin aggressiiviselle käyttäytymiselle annetaan eri merkityksiä, jotka vaikuttavat uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen ja joka puolestaan johtaa raportoinnin epäyhtenäisyyteen. (Nolan & Volavka 2006.) Turvakameroiden videotallenteiden käyttö tutkimusmateriaalina auttaa kuitenkin kehittämään eettisesti sensitiivisimpiä hoito-ohjeita ja -käytäntöjä (Schen 2012), joiden avulla voidaan tarkastella potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta huone- ja sidontaeristämisen aikana ja kehittää toimintaohje hyvään potilaan vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen.

Terapeuttinen vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä on keskeistä psykiatrisessa hoitotyössä, mutta silti aiheesta löytyy edelleen vain vähän tutkittua tietoa (Johansson & Eklund 2003, Roche ym. 2011, Berry ym. 2015, Wyder ym. 2015, Shattell ym. 2017). Hyvä terapeuttinen vuorovaikutussuhde on välttämätöntä laadukkaalle mielenterveyden hoitamiselle (Papageorgiou ym. 2015) ja sisältää useita eri elementtejä, joita hoitajan tulisi sisäistää (Cleary ym. 2012). Terapeuttisella vuorovaikutuksella voidaan myötävaikuttaa potilaan tilanteeseen siten, että potilas toimii terveystään edistään.

Terapeuttisen vuorovaikutuksen tavoitteena on hoitoon sitoutuminen, terveyden edistäminen sekä hoitajan ja potilaan yhteinen päätöksenteko. Terapeuttisella vuorovaikutuksella voidaankin katsoa olevan sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia. (Annoni & Miller 2016.) Terapeuttinen vuorovaikutus ei ole kuitenkaan itsestään selvä asia, ja siinä esiintyy useita haasteita. Potilaiden ongelmat ovat usein monialaisia, ja potilaan ja hoitajan terapeuttista suhdetta voivat häiritä erilaiset viestintävaikeudet. (Brownie ym. 2016.) Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että terapeuttinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa mielenterveys-hoitotyötä ja saattaa vaikuttaa myös positiivisesti potilaan jatkohoitoon ja vähentää sairaalaan joutumista kotiutumisen jälkeen (Fakhoury ym. 2007). Silti se näyttää yleisesti suhteellisen laiminlyödyltä psykiatrisessa tutkimuksessa (Johansson & Eklund 2003).

Eristämistilanteessa hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa ilmi tulevia seikkoja ja tilanteen riskitekijöitä liittyen työturvallisuuteen on tutkittu vähän. Potilaat toivovat vuorovaikutuksen hoitajan kanssa jatkuvan myös eristämisen aikana (Kontio ym. 2012, van der Merwe ym. 2013) ja toisaalta kokevat vuorovaikutuksen riittämättömäksi eristyksessä ollessaan (Keski-Valkama 2010, Soininen ym. 2013). Siksi onkin tärkeää saada uutta tutkimuksellista, näyttöön perustuvaa tietoa eristyshuoneessa olevan potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta ja työturvallisuuteen liittyvistä riskitekijöistä. Tämä tieto auttaa kehittämään hoitajien terveyttä ja työoloja turvallisemmaksi. Lisäksi tutkimustieto auttaa kehittämään näiden erikoistilanteiden käytäntöjä sekä mahdollisesti auttaa lyhentämään eristyksen kestoa ja tätä kautta parantaa hoidon laatua ja varmistaa hoitotyön korkean eettisen tason.

Tutkimukset potilaan ja hoitajan toiminnasta eristystilanteen aikana ovat puutteelliset. Radcliffe ja Smith (2007) osoittivat psykiatrisella akuuttiosastolla tekemässään tutkimuksessa, että osastolla ollessaan potilaat ovat hyvin vähän kontaktissa kenenkään kanssa ja vain 4 % potilaan päivittäisestä ajasta käytettiin sosiaaliseen toimintaan. Potilaat toivovat enemmän yhteistä aikaa hoitajan kanssa ja kokevat, että hoitajat ovat liian kiireisiä ollakseen potilaiden kanssa terapeuttisessa vuorovaikutuksessa (Stenhouse 2011, McAllister & McCrae 2017). EriTurva-hankkeen tutkimuksessa pyrittiin ensimmäistä kertaa tarkastelemaan potilaan ja hoitajan välistä terapeutista vuorovaikutusta huone- ja sidontaeristyksen aikana.

EriTurva-hankkeen tavoitteena oli kehittää vuorovaikutukseen liittyvä ohjeistus väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen huone- ja sidontaeristyksen aikana. Hankkeessa kehitetään psykiatristen osastojen toimintaa tutkimukseen perustuen siten, että hoitajien työturvallisuus kohenee eristämistilanteissa psykiatrisilla osastoilla. Hankkeessa parannetaan hoitajien työturvallisuutta havainnoimalla eristämistilanteisiin liittyviä riskitekijöitä, jotka kuormittavat työntekijää ja jotka mahdollisesti johtavat työn hallinnan ja työturvallisuuden heikkenemiseen. Tunnistamalla tapaturma- ja terveystriskit voidaan välttää sairauspoissaoloista johtuvia henkilöstökustannuksia.

Hoitajat kokevat eristämistilanteet pääosin stressaavina, negatiivisina ja eettisesti haastavina (van der Merwe ym. 2009, Kontio ym. 2010, Merineau-Cote & Morin 2014, Bregar ym. 2018). Tämä saattaa kuormittaa työyhteisöä, vaikuttaa negatiivi-

sesti työilmapiiriin ja työyhteisön toimivuuteen sekä alentaa hoitajien työkykyä ja työssä jaksamista (Parantainen & Laine 2010). Hankkeen tuottaman tiedon avulla pyritään edistämään psykiatristen osastojen työoloja ja työhyvinvointia (Työturvallisuuslaki 2002) sekä lisäämään tuottavuutta ja työelämän vetovoimaa tulevaisuudessa (Työelämän kehittämisstrategia 2016).

EriTurva-hankkeessa tuotettu ohjeistus potilaan ja hoitajan välisestä terapeuttisesta vuorovaikutuksesta huone- ja sidontaeristyksen aikana pyrkii vahvistamaan hoitajien osaamista. Pyrkimyksenä on, että hoitajat tunnistavat tilanteeseen liittyvät riskitekijät siten, että työturvallisuus paranee ja hoitajan työkyky säilyy. Työssä tapahtuva osaamisen kehittäminen ja sen tukeminen sekä uusien taitojen omaksuminen työuran aikana korostuvat nykyajan työelämässä (Työelämän kehittämisstrategia 2016).

Tässä julkaisussa kuvaamme ensin EriTurva-hankkeen tavoitteita ja tutkimusmenetelmällisiä vaiheita. Seuraavaksi kuvaamme mielenterveystyötä sekä pakkotoimien ja pakon käytön vähentämistä. Pyrimme tuomaan esille perusteluita, miksi tämä teema on tärkeä ja nostamaan esille pakon käytön vähentämiseen liittyvää tutkimusta. Kuvaamme keskeisiä psykiatriseen hoitoon ja työturvallisuuteen liittyviä säädöksiä ja ohjeita ja sitä, miten teemaa on käsitelty EriTurva-hankkeessa. Kuvaamme kirjallisuuden pohjalta työturvallisuutta ja hoitajien siihen liittyviä kokemuksia sekä esittelemme menetelmiä työturvallisuuden parantamiseksi.

Kuvaamme EriTurva-hankkeen tuloksia: hoitajaan kohdistuvia riskitekijöitä huone- ja sidontaeristyksen aikana, hoitajan ja potilaan toimia eristämistilanteen aikana sekä hoitohenkilökunnan kehittämisohjelmia eristämistilanteessa toimimiseen. Pureudumme myös terapeuttiseen vuorovaikutukseen ja hoitajien kokemuksiin siitä. Vedämme tulokset lyhyesti yhteen ja esittelemme hankkeessa tehdyn toimintaohjeen eristämistilanteeseen. Lopuksi pohdimme hankkeen tulosten laajempaa hyödynnettävyyttä ja soveltuvuutta psykiatrisen hoitotyön alalla.

2. Tutkimuksen tehtävät, vaiheet ja menetelmät

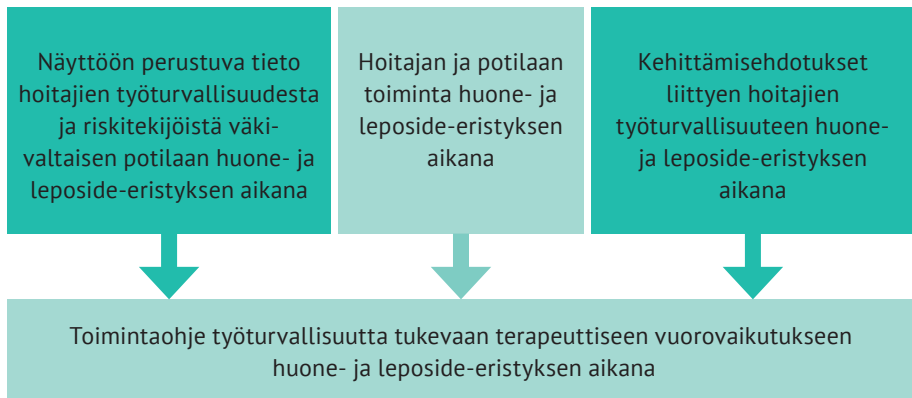
2.1 Tutkimuksen tehtävät ja vaiheet

Tämän raportin tarkoituksena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta. Raportti perustuu Työsuojelurahaston rahoittamaan EriTurva-hankkeeseen (2016-2018). Raportissa kootaan yhteen hoitajan työturvallisuutta tukevia ohjeistoja ja tutkimustietoa väkivaltaisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä.

Raportissa esitetään myös eristyshuoneen turvakameratallenteiden perusteella analysoitua potilaan ja hoitajan toimintaa huone- ja sidontaeristyksen aikana. Lisäksi kuvataan sairaalahenkilökunnan esittämiä ehdotuksia potilaan eristämistilanteiden laadun kehittämiseksi psykiatrisilla sairaalastoilla. Näiden perusteella tuotetaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen liittyvät toimintaehdotukset väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen eristyshuoneessa, (ks. kuvio 1).

Tässä raportissa kuvatun tutkimuksen osatehtävät ovat:

1. tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä
2. kuvata psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa huone- ja sidontaeristyksen aikaista potilaan ja hoitajan toimintaa
3. kuvata psykiatrisessa sairaalassa hoitohenkilökunnan tuottamia kehittämissuhteita liittyen huone- ja sidontaeristykseen
4. kehittää toimintaohje huone- ja sidontaeristykseen liittyvään terapeutiseen vuorovaikutukseen työturvallisuuden näkökulmasta.



KUVIO 1. Tutkimushankkeen vaiheet ja tavoitteet.

2.2 Tutkimuksen menetelmät

Osatehtävä 1: Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajien kokemasta väkivallasta huone- ja sidontaeristyksen aikana. Tietoa tuotettiin integratiivisen, kuvaillevan kirjallisuuskatsauksen avulla (Whittemore & Knafel 2005). Kirjallisuuskatsauksen perustaksi suoritettiin systemaattinen kirjallisuushaku, jotta saataisiin käsitys aikaisemmasta aiheeseen liittyvästä tutkimuksesta.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa potilaan väkivaltaisen käyttäytymisen hallinnasta ja väkivaltaisen käyttäytymisen aiheuttamista vammoista hoitajille huone- ja sidontaeristyksen aikana (Cronin ym. 2008, Grant & Booth 2009, Moher ym. 2009, Rhodes 2011). Väkivallalla tarkoitettiin tässä potilaan hoitajaan kohdistamaa verbaalista tai fyysistä väkivaltaa. Katsaukseen otettiin mukaan tutkimuksia, joissa oli tutkittu hoitajia psykiatrisella, oikeuspsykiatrisella tai geropsykiatrisella osastolla. Mukaan otettiin tutkimuksia, jotka kuvasivat potilaan aggressiivista käyttäytymistä huone- tai sidontaeristyksen aikana. Tutkimuksen tuli olla kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen ja julkaistu vertaisarvioidussa, tieteellisessä hoitotieteen alan lehdessä. Ulosjättökriteerit olivat seuraavat:

- tutkimus kohdistui muihin kuin hoitajiin
- tutkimus toteutettiin lasten tai nuorisopsykiatrian tai somatiikan osastoilla
- julkaisu oli muu kuin tieteellinen artikkeli.

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen tutkimusten systemaattinen haku toteutettiin tutkimusryhmän tutkijoiden toimesta. Haku tehtiin neljästä elektronisesta tietokannasta: CINAHL, PsychINFO, PubMed ja Medline. Haku tuotti 567 viitettä, ja päällekkäisten tutkimusten poistamisen jälkeen jäljelle jäi 385 tutkimusta. Tutkimuksista luettiin aluksi otsikot ja sitten abstraktit, joiden perusteella arvioitiin sisäänottokriteereiden täyttymistä. Lopulta tarkastelun kohteeksi jäi 17 tutkimusta. Näistä kahta ei saatu käsiin, ja 12 tutkimusta ei kaikilta osin täyttänyt sisäänottokriteereitä. Näin ollen katsaukseen hyväksyttiin analysoitavaksi kolme tutkimusta.

Seuraavaksi tutkimukset kuvattiin yleisellä tasolla (tutkimuksen tavoite, tutkimusmenetelmät, tutkimuksen konteksti ja tutkittavien demografiset tiedot). Tämän jälkeen tutkimukset luettiin huolellisesti läpi, ja niistä tunnistettiin ja haettiin väkivaltaisen käyttäytymisen hallintamenetelmiä ja hoitajiin kohdistuvia vammoja huone- tai sidontaeristyksen aikana. Mukaan otettujen tutkimusten laatua arvioitiin tarkoitukseen kehitetyn kriteeristön avulla (Mixed Methods Appraisal Tool, Pluye ym. 2011). Tutkimukset analysoitiin käyttämällä temaattista analyysyä, jonka perusteella tehtiin aineiston narratiivinen synteesi (Whittemore & Knafel 2011).

Osatehtävä 2: Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitajan ja potilaan toiminnasta ja heidän välisestään vuorovaikutuksesta huone- ja sidontaeristyksen aikana. Eristyshoidolla tarkoitetaan huone-eristystä ja sidontaeristystä. Huone-eristyksessä potilas suljetaan yksin patjalliseen, muutoin kalustamattomaan huoneeseen, josta hän ei pääse pois omin avuin. Sidontaeristys tarkoittaa potilaan kiinnittämistä vöillä vuoteeseen siten, ettei hän itse pääse nousemaan ylös.

Menetelmänä käytettiin eristyshuoneiden turvakameroiden videotallenteiden analyysyä (Latvala ym. 2000, Hesse-Bieber 2011). Aineisto muodostui eristyshuoneiden turvakameroiden videotallenteista (n=37). Videotallenne-aineisto kerättiin yhden psykiatrisen sairaalan kuudelta aikuispsykiatrian osastolta (yksi psykogeriatrinen osasto, kaksi oikeuspsykiatrian osastoa, kaksi vastaanotto- ja hoito-osastoa, yksi psykoosien kuntoutus- ja hoito-osasto). Mukaan valittiin videotallenteet, joissa kyseessä oli huone- tai sidontaeristys ja joiden käyttöön tutkimusaineistona oli saatu vapaaehtoinen ja tietoinen suostumus kirjallisena sekä potilaalta että eristämistilanteessa olevilta hoitajilta (Amer 2013). Mikäli vapaaehtoista ja kirjallista suostumusta ei saatu potilaalta tai hoitajalta, videotallenne jätettiin pois aineistosta.

Tutkimusosastojen eristyshuoneiden videotallenteista saatava aineisto analysoitiin deduktiivisella lähestymistavalla (Derry ym. 2010). Aineiston analyysi aloitettiin katsomalla videotallenteet ja litteroimalla ne tekstimuotoon. Seuraavaksi aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymysten ohjaamana. Aineiston analyysi jatkui aineiston kvantifoimisena, jolloin laskettiin kunkin tapahtuman kesto minuuteissa. Kokonaisminuuttimäärät laskettiin, ja ne ilmoitettiin frekvensseinä ja prosentteina. (Bottorff 1994, Burns & Grove 2009, Polit & Beck 2014.)

Osatehtävä 3: Tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tuottamia kehittämisehdotuksia huone- ja sidontaeristystilanteisiin psykiatrisessa sairaalassa. Aineisto muodostui hoitajien fokusryhmähaastatteluista ja hoitajien yhteistoiminnallisesta ryhmätyötilanteesta. Hoitajien fokusryhmähaastattelun aineisto kerättiin saman sairaalan viideltä aikuispsykiatrian osastolta.

Neljässä fokusryhmähaastattelussa (Tuomi & Sarajärvi 2009, Whitley & Crawford 2005) tutkimusjoukkona oli osastojen hoitohenkilökunta (n=32). Hoitajilta kerättiin taustatietoja (ikä, sukupuoli, ammatillinen koulutus, täydennyskoulutus liittyen pakkotoimiin, työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä). Haastatteluteemat olivat seuraavat: hoitajien käsitykset liittyen hoitohenkilökunnan toimiin eristyshuoneessa, käsitys hyvästä/huonosta vuorovaikutuksesta ja vuorovaikutuksen kehittämiskohteista eristyshoidon aikana, eristyshoidon kehittämiskohteet ja työturvallisuuden riskitekijät eristyshoidon aikana. Ryhmähaastatteluihin otettiin mukaan henkilöt, joilla oli hoitajan tutkinto, jotka olivat suomen kielen taitoisia ja vapaaehtoisia osallistumaan tutkimukseen ja vähintään 18-vuotiaita. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin lyhytaikaiset sijaiset (alle 3 kk) tai varahenkilöstöön kuuluvat hoitajat. Tutkimukseen ei myöskään otettu mukaan hoitotyön opiskelijoita. Fokusryhmähaastatteluiden analyysi suoritettiin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla (Graneheim & Lundman 2004).

Hoitajien yhteistoiminnallisessa ryhmätyötilanteessa (Hyppönen & Linden 2009) tarkoituksena oli syventää eristyshuoneen työturvallisuuteen ja riskitekijöihin sekä hoidolliseen vuorovaikutukseen liittyviä teemoja. Nämä teemat olivat nousseet esille aiemmin toteutetuissa fokusryhmähaastatteluissa. Hoitajille näytettiin viisi kuva-kaappausta eristyshuoneiden videotallenteista, joihin oli valittu erilaisia hoidollisia tilanteita. Heitä pyydettiin arvioimaan kuvien tilanteita turvallisuuden, riskiteki-

jöiden ja vuorovaikutuksen näkökulmasta. Lisäksi heitä pyydettiin kuvaamaan onnistunut eristystilanne hoitokeinojen näkökulmasta. Hoitajia pyydettiin tekemään muistiinpanoja keskeisimmistä keskustelussa ilmi tulevista seikoista. Ryhmätyötilanteen analyysi aloitettiin litteroimalla tilanteen nauhoitus. Tämän jälkeen analyysi jatkui kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla, jota ohjasivat ryhmätyötilanteen tutkimuskysymykset.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin yleisiä terveydenhuoltoalan tutkimukselle asetettuja eettisiä ja lainsäädännöllisiä vaatimuksia (Lötjönen 1999, Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, ETENE 2001, ETENE 2009, TUKIJA 2012, Declaration of Helsinki 2013, Turku CRC 2015, WMA 2018). Tutkimuksessa noudatettiin henkilötietolain (1999/523), lain yksityisen suojasta työelämässä (759/2004) ja tietosuojavaltuutetun toimiston (Tietosuojavaltuutetun toimisto 2011) ohjeita turvakameravalvonnasta, mukaista hyvää eettistä käytäntöä. Tutkimukselle saatiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä (HUS/346/2016) sekä eettinen puolto HUS:in eettiseltä toimikunnalta (427/13/03/03/2015). Tutkimukselle saatiin myös puoltava kannanotto Etelä-Suomen aluehallintovirastolta (ESAVI/8625/05.07.00/2016).

3. Mielensterveystyö ja psykiatrinen hoitotyö

Mielensterveyttä edistävää työtä ja psykiatristen sairauksien hoitoa voidaan kutsua kokonaisuutena mielensterveystyöksi. Mielensterveystyöhön kuuluu sekä avohoito että osastoilla annettava hoito. Mielensterveystyö voidaan jakaa myös ennaltaehkäisevään, sairauden tai oireiden hoitoon sekä kuntoutus- ja asumispalveluihin. (Mielensterveyslaki 1116/1990.) Mielensterveystyötä Suomessa ohjaavat useat eri lait, kuten Mielensterveyslaki (1116/1990), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Kunnat ovat velvollisia järjestämään mielensterveyspalveluita. Ne tulee järjestää yhteistyössä kunnan terveys- ja sosiaalitoimen kanssa. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuolto voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Mielensterveyspalveluja ja psykiatrista hoitoa toteutetaan Suomessa avoterveydenhuollossa ja vuodeosastoilla (THL 2018). Kunta on vastuussa palveluiden järjestämisestä joko tuottamalla palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Mielensterveyspalveluita järjestetään eniten terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa (THL 2015b).

Terveydenhuoltolaki turvaa potilaan hoitoon pääsyn sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaa mielensterveystyötä säätämällä potilaan asemasta ja perusoikeuksista hoidon aikana (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tarkemmin mielensterveystyötä ohjataan mielensterveyslaissa. Mielensterveyslaki säätää palvelujen järjestämisestä, hoidon periaatteista ja tahdosta riippumattomasta hoidosta. Mielensterveyslaissa määrätään myös rikoksenteekijöiden mielensterilatutkimuksen tekemisestä. (Mielensterveyslaki 1116/1990.)

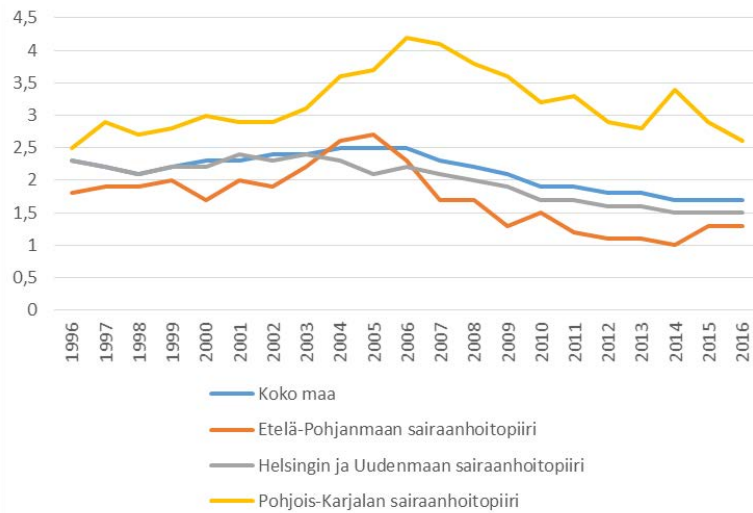
Vuonna 2016 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilaiden yleisimmät hoidon syyt olivat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, mielialahäiriö ja neurooseihin tai stressiin liittyvät ongelmat. Suurin osa potilaista (78 %) oli työikäisiä eli 18-64-vuotiaita. Psykiatrasta erikoissairaanhoidon tarve oli 177 839 potilasta. Heistä valtaosa (n = 174 052) hoidettiin avohoidossa. Vuonna 2016 oli vuodeosastolla psykiatristen sairauksien vuoksi hoidossa potilaita 23 242. (THL 2018.)

Psykiatrasta hoitoa Suomessa voidaan toteuttaa vapaaehtoisesti tai potilaan tahdon vastaisesti. Psykiatrisen potilaan tahdonvastaisesta hoidosta Suomessa määrätään mielenterveyslaissa. Lain mukaan potilas voidaan ottaa vastentahtoiseen hoitoon:

”Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalaan hoitoon vain:

1. jos hänen todetaan olevan mielisairas;
2. jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
3. jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväiksi tai ovat riittämättömiä.” (Mielenterveyslaki 1116/1990, 2 luku ”Hoito tahdosta riippumatta”; Pykälä 8§ ”Hoitoon määräämisen edellytykset”).

Suomessa aloitettiin vuonna 2016 tahdonvastaisia hoitajaksoja 10 314 kappaletta (THL 2018).



KUVIO 2. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyt 18-vuotta täyttäneet / 1 000 vastaavan ikäistä (Sotkanet 2017).

Psykiatrisessa hoidossa ensisijainen tavoite on potilaan selviytymisen tukeminen haastavissa tilanteissa hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Suomessa, esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä n. 90 % psykiatrisista potilaista hoidetaan avohoidon keinoin ja sairaalahoitoa tarjotaan potilaille vain äärimmäisissä tilanteissa (HUS 2017). Tällaisia äärimmäisiä tilanteita ovat potilaan tai hänen läheistensä tai yhteiskunnallista uhkaa aiheuttavat tilanteet. Tahdonvastaisen hoidon kriteerien tulee täytyä voimassa olevan mielenterveyslain mukaisesti. Mielenterveyslain (116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat tahdostaan riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita. Muita rajoittamisen käyttöön liittyviä säännöksiä ei lainsäädännössä ole. Niiden käytöstä ei myöskään ole ajantasaisia yhdenmukaisia ohjeita. Vapaaehtoisesti terveyden- tai sosiaalihuollon palveluita käyttäviin kohdistettavista rajoittamistoimenpiteistä ei mielenterveyslaissa ole säännöksiä, eli niitä ei voi käyttää.

Valmisteilla on kattava, myös mielenterveyslain korvaava itsemääräämisoikeuslaki. Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Periaate korostaa vapaaehtoisuutta hoitoon tai asiakkaaksi hakeutumisessa sekä erilaisiin hoito- tai muihin toimenpiteisiin suostumisessa. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Terveysteen kohdistuva toimenpide voidaan suorittaa vain, jos ihminen on antanut siihen suostumuksen vapaasta tahdostaan ja tietoisena kaikista asiaan vaikuttavista seikoista. Potilaalla on oikeus tehdä myös päätöksiä, jotka voivat vahingoittaa hänen omaa terveyttään tai henkeään ja hänellä on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan omia päätöksiä. (Valvira 2018.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) lähtökohtana on, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Potilas on tällöin joko pysyvästi tai pidemmän aikaa tosiasiallisesti kykenemätön (esim. pitkäaikainen tajuttomuus) käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Suostumuksen antamiseen kykenemättömän potilaan lähiomaista tai muuta läheistä tai laillista edustajaa on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekoa kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa, ja tällaiseen hoitoon on saatava myös kuultavan suostumus. Joskus toimintakyvyltään rajoittuneen täysi-ikäisen potilaan vakaan hoitotahdon toteutuminen on osoittautunut ongelmalliseksi. Näin saattaa olla mm. tapauksissa, joissa omaiset haluavat päättää hoidosta omien toiveittensa tai pelkojensa mukaisesti riippumatta siitä, mitä potilas on itse ilmaissut silloin, kun hän on siihen vielä kyennyt. (Valvira 2018.)

3.1 Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalassa

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on tärkeä ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys (Makkonen ym. 2016). Psykiatrian historia on täynnä yrityksiä luopua pakosta mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja epäonnistumisia siinä (Hyvönen 2008, Masters 2017). Uskottavasti ei vielä missään ole kuvattu pidempiaikaista psykiatrista hoitojärjestelmää, joka olisi toiminut täysin vaila pakkoa (Steinert ym. 2014). Potilaan autonomian ja arvokkuuden säilyttämisen vaatimus ja toisaalta joskus välttämätön toiminta potilaan itsensä ja hänen ympäristönsä turvaamiseksi tuottaa psykiatrisen osaston arkeen usein toistuvan eettisen ristiriidan (Cleary ym. 2010). Samaa ongelmaa heijastelee julkinen keskustelu, jossa toisaalta syytetään psykiatriaa potilaiden heitteillejätöstä tai välinpitämättömästä suhtautumisesta psykoosien mahdollisesti aiheuttamaan väkivaltariskiä. Toisaalta epäillään hoitojärjestelmää potilaiden huonosta ja pakkoa käyttävästä kohtelusta.

Suomessa ensimmäinen psykiatristen potilaiden hoitoa säätelevä ohjeistus oli Tsaari Nikolai I:n 1840 antama asetus ”heikkomielisten holhouksesta” eli mielisairaanhoidon järjestämisestä Suomessa. Lainsäädäntö ei ottanut tuolloin kantaa pakkoon psykiatrisen hoidon aikana. Näin ei tapahtunut myöskään 1889 Aleksanteri III:n asetuksessa eikä vuosien 1937, 1952 tai 1978 mielisairaslaisissa, vaikka viimeisin tiukensi selvästi tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksiä (Hyvönen 2008). Vuoden 1991 mielenterveyslakiin kirjattiin vasta vuonna 2002 yksityiskohtaiset hoidon aikaisten perusoikeuksien rajoittamista koskevat säännökset, joita on sittemmin tarkennettu. Tällä hetkellä tahdostaan riippumatta hoidossa olevien potilaiden hoidon aikaisten perusoikeuksien rajoittamisista tulee tehdä erillinen päätös, rajoitusten perusteet täytyy kirjata ja pakon käyttöä raportoidaan ja seurataan aiempaa selvästi tarkemmin.

Suomessa eristystoimenpiteinä on käytetty huone-eristystä, sidontaeristystä ja kiinnipitämistä, jotka kaikki ovat edelleen lain mukaan mahdollisia (Mielenterveyslaki 1116/1990). Suomessa tehtiin kattava selvitys viitenä vuotena (1990, 1991, 1994, 1998 ja 2004), jonka perusteella eristystapahtumien todettiin vähentyneen, mutta toisaalta sairaaloiden potilasmäärät myös vähenivät ja siten yksittäisen potilaan riski joutua eristetyksi ei muuttunut. Samaan aikaan mielenterveyslaissa tapahtui muutoksia ja nämä eivät näyttäneet vaikuttavan eristysten määrään. (Keski-Valkama ym. 2007.)

Viime vuosikymmenten aikana psykiatrinen hoito on ollut muutoksessa Suomessa. Laitosmaisesta psykiatrisesta sairaanhoidosta on siirrytty kohti avopainotteista hoitoa ja samalla on keskusteltu voimakkaasti pakkotoimien vähentämisestä (Tuori 2011). Kuitenkin vasta 2000-luvun alussa arvioitiin kansallisesti, että huone-eristys oli ensisijainen toimenpide, jos potilaan tilanne ei ollut hoidettavissa ilman eristystä (Tiihonen 2004). Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa on 13.12.2012 laatinut ns. Halikko Statement:in ”Kohti potilaiden sitomisen lopettamista psykiatrisessa hoidossa”, jossa todetaan:

”Sitomiselle vaihtoehtoisia menetelmiä on useita. Tärkeintä olisi toimia ennakoivasti niin että rajuja potilaan vapauden rajoittamisen keinoja ei tarvittaisi lainkaan. Sitomista astetta lievempi rajoittamisen keino on potilaan eristäminen suljettuun huoneeseen, ns. huone-eristys. Jotta huone-eristys muodostaisi todellisen vaihtoehdon sitomiselle, on eristystilat pehmustettava niin, että mahdollisesti kaatuileva potilas ei pääse vahingoittamaan itseään. Yhteys jatkuvasti läsnä olevaan henkilökuntaan on varmistettava esimerkiksi läpinäkyvällä seinällä valvojan ja potilaan välillä.” (Halikko Statement 2012)

Suomessa kiinnipitäminen on ollut aina aina eristystoimista vähiten käytetty, ja sen käyttö rajoittunee pääosin nuorisopsykiatriseen osastohoitoon. Tutkittaessa eri eristysmuotojen käyttöä toistuva löydös on sekä Suomesta että kansainvälisesti se, että työntekijöille tutut toimintamallit ovat hyväksyttäviä ja että niitä pidetään asianmukaisina ja inhimillisinä (Whittington ym. 2009, Hottinen ym. 2013).

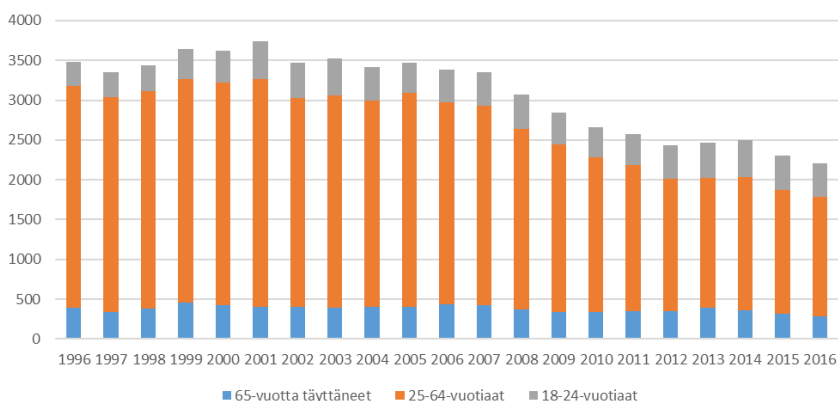
Työsuojelurahaston rahoittamana (2011–2013) on toteutettu tutkimushanke, joi-
sa tutkittiin hoitajan työnhallintaa psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteessa (Väli-
mäki ym. 2013). Kyseisessä hankkeessa keskityttiin psykiatrisilla sairaalaosastoilla
työskentelevien hoitajien työhyvinvointiin ja hoidon laatuun. Tutkimuksessa kehi-
tettiin näyttöön perustuva uusi työmenetelmä hoitajille väkivaltatilanteiden enna-
kointiin, riskien arvioimiseen ja väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Kansainväli-
sesti ja kansallisesti aihetta on tutkittu mm. seuraavista näkökulmista (Taulukko 1):

TAULUKKO 1.

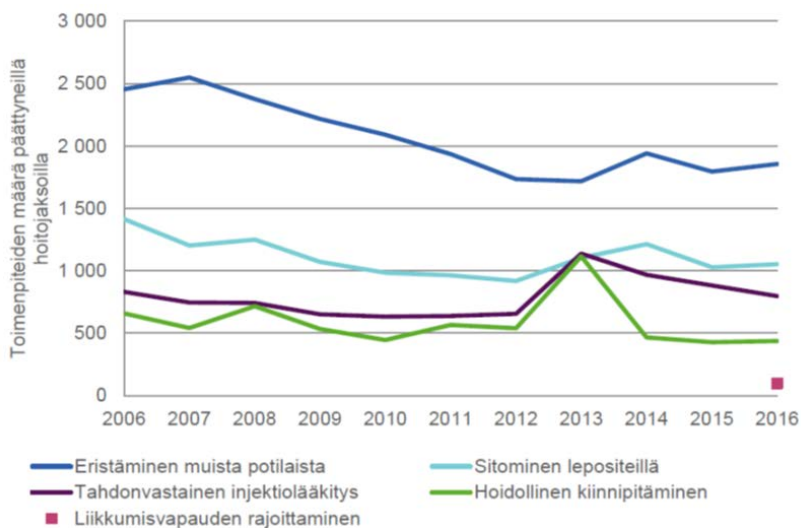
Tutkimuksia liittyen potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja sen hallintaan

Tutkimusaihe	Lähde
Hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavat riskitekijät eristyksen aikana. Näitä olivat hoitajan ammatillisuus ja asenteet, potilaiden sen hetkinen kunto ja toiminta, eristystilanteen inhimillisuus, kommunikaatioyhteys ja osaston yleinen tilanne.	Recupero ym. (2011)
Aggressiivisten potilaiden käyttäytyminen ja siitä johtuva työturvallisuuden alentuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta.	Maguire & Ryan (2007)
Hoitajien asenteet eristämiseen ja sen yhteys työuupumukseen.	Happell & Koehn (2011)
Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus.	van der Merwe ym. (2013)
Potilaan kokemukset hoidosta eristämistilanteen jälkeen ja yhteys elämänlaatuun.	Soininen (2013)
Sitomiseristys nuorten näkökulmasta.	Hottinen (2013)
Potilaan ja hoitohenkilökunnan kokemukset pakkotoimista psykiatrisilla osastoilla.	Kontio (2011)
Pakkotoimiin liittyvä koulutus.	Lahti (2014)
Aggressionhallinnan käytännöt nuorten oikeuspsykiatrisissa yksiköissä.	Berg (2012)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 (Mieli 2009) asetti tavoitteeksi eristystapahtumien vähentämisen 40 %:lla. Tahdosta riippumaton hoito väheni seurantajakson aikana. (Moring ym. 2011.) Toisaalta aiemmista raporteista kävi ilmi, että alueelliset erot tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon päätymisessä näyttivät säilyvän tai jopa kasvavan eniten ja vähiten tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa käyttävien sairaanhoitopiirien välillä (kuvio 2). Samoin pakkotoimien kokonaismäärässä on tapahtunut laskua, mutta potilaspaikkojen vähentyessä potilaan suhteellinen osuus pakkotoimien kohteeksi joutuneista potilaista ei ole olennaisesti vähentynyt (kuvio 3). Viime vuosien aikana eristys- ja sitomistoimenpiteiden määrän lasku näyttää loppuneen ja toimenpiteiden määrä on pikemminkin kasvussa. Eristäminen ja sitominen ovat hoidon aikana lisääntyneet (kuvio 4).



KUVIO 3. Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa: eristys, lepositeen käyttö, tahdonvastainen injektio-lääkitys ja fyysinen kiinnipitäminen potilaan rauhoittamiseksi, toimenpiteiden määrät vuosittain eri ikäryhmissä (Sotkanet 2017).



KUVIO 4. Pakkotoimien käyttö vuosina 2006–2016, päättyneet psykiatriset hoitojaksot (THL 2018).

Ikäluokissa 18–64 pakkotoimen kohteena on selvästi useammin mies kuin nainen, iäkkäimpien potilaiden kohdalla sukupuoliero lievenee (THL 2018).

3.2 Pakkotoimien vähentäminen psykiatriassa

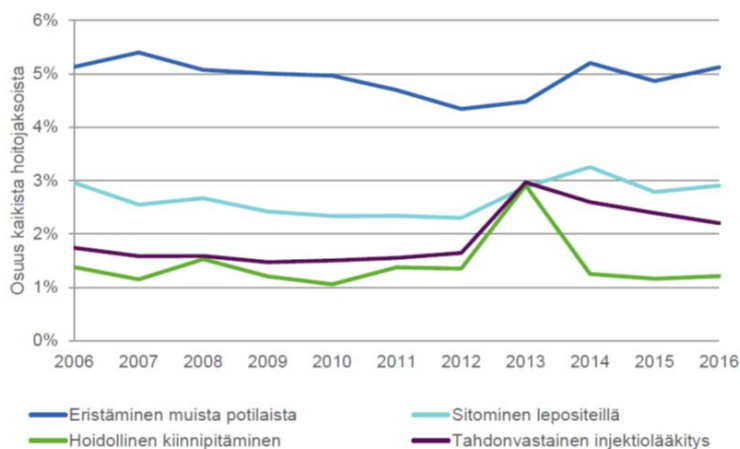
Suomalaisessa psykiatriassa tavoitteena on edelleen eristämistoimenpiteiden vähentäminen. Viimeisin kansallinen hanke tämän tueksi oli Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen johdolla perustetun pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmän toiminta. Hanke tuotti arjen hoitotyön käyttöön työpaperin, joka esittää vaihtoehtoja pakon käytön vähentämisen menetelmiksi. Näitä ovat Yhdysvalloista tuotu kuuden pakon käytön vähentämiseen tähtäävä ydinstrategia: johtajuus, tieto ohjaamaan käytäntöä, henkilöstön kehittäminen, ennaltaehkäisytyökalujen käyttö, potilaiden rooli ja jälkipalaverit. Samoin psykiatrinen hoitotohtori, väkivaltariskin riittävän tiheä aktuaarinen, eli ei kliiniseen tuntumaan perustuva arviointi ja pakkokeinoille vaihtoehtoisten menetelmien käyttö, kuten Englannissa kehitetty Safewards-työskentelymalli (Makkonen ym. 2016). Näillä arvioitiin olevan vähintään myönteistä kliinistä merkitystä ja osalla saavutetuista hyödyistä myös kliinistä näyttöä. Toisaalta Dahm ym. (2015) tekemä laaja meta-analyysi osaltaan arvioi, että pakon käytön vähentämisen onnistumisessa on jossain määrin näyttöä potilaan ja henkilökunnan yhteisesti etukäteen laatimista vaikeiden tilanteiden toimintasuunnitelmista (kriisisuunnitelmat), jotka luultavasti vähentävät myös tahdosta riippumattomasta sairaalasta joutumista. Potilaiden mahdollisen väkivaltakäyttäytymisriskin systemaattinen arviointi akuuttiosastoilla voi vähentää eristystoimenpiteitä, samoin henkilökunnan neuvonta oikeuspsykiatrian osastoilla.

Kansainvälisesti eristys- ja sitomistapahtumien kokonaismääriä on vaikea arvioida. Kuvailevan tiedon saaminen eri pakon käytön muodoista psykiatrisista sairaaloista on osoittautunut vaikeaksi (Bowers ym. 1999, Stewart ym. 2009). Euroopan ihmisoikeustuomioistuin totesi päätöksessään Tsekin osalta, että pakkotoimista raportointi oli vielä vuonna 2012 hyvin kehittymätöntä (STM 2016b). Pakkotoimenpiteitä koskevat määräykset myös vaihtelevat, ja tietyt toimenpiteet voivat toisaalla olla sallittuja, toisaalla kiellettyjä. Luotettavaa eristystoimenpiteitä käsittelevää epidemiologista tietoa oli saatavissa vain kahdestatoista maasta ja näistäkin pääosin yksittäisistä sairaaloista. Vain Suomesta ja Norjasta voitiin saada koko maan kattavia lukuja. Myös eristystoimenpiteiden muoto ja määrä vaihtelivat huomattavasti maasta ja sairaalasta toiseen. (Steinert ym. 2010.) Pohjoismaisessa vertailussa taas havaittiin, että Tanskassa sidonta- ja kiinnipitoeristyksen käyttö oli Suomea ja Norjaa tavallisempaa ja Ruotsia harvinaisempaa, kun taas Suomessa huone-eristysten määrä oli

Tanskaan verrattuna kaksinkertainen. Pohjoismaista Norjassa eristystoimenpiteiden käyttö oli Pohjoismaista vähäisintä. (Bak & Aggernæs, 2012.)

Mielenterveyslait liittyen pakkotoimiin eroavat toisistaan olennaisesti niiden maiden osalta, joissa laki ylipäättänsä on (Kallert ym. 2007, WHO 2011). Vuonna 2007 arvioitiin, että 85 % maailman väestöstä asui maissa, joissa ei ollut lainkaan mielen-terveyslakia (Jacob ym. 2007). Kehittyvien maiden ongelmana puuttuvan lainsäädännön ohella ovat hoitojärjestelmän riittämätön rahoitus ja ylipäättään potilaiden vaikeus päästä hoidon piiriin. Hoidossa käytetään runsaasti tarkemmin raportoimattomia pakkotoimia, ja jopa omaiset joutuvat käyttämään eristämistä ja sitomista perheenjäsenen oireilun hallitsemiseen potilaan jäätyä vaille lääketieteellistä hoitoa ja apua (Asher ym. 2017).

1900-luvun lopun laitoshoidosta luopumista ja psykiatrisen hoidon avohoitopainotisuutta on monin paikoin seurannut transinstitutionalisaatiokehitys, jossa psykiatriset potilaat päätyvät hoitokoteihin, yleissairaaloihin ja vankiloihin (Sisti ym. 2015). Sama kehityssuunta on nähtävissä myös Suomessa potilaiden siirtyessä sairaaloista tuettuun asumispalveluun (Wahlbeck ym. 2017). Samanaikaisesti pakon käyttö psykiatrisessa hoidossa näyttää lisääntyvän (Kuvio 5). Esimerkiksi Englannissa psykiatristen pakkotoimien ja niiden aikana tapahtuvien pakkokeinojen määrä on jälleen 2010-luvulla lähtenyt lisääntymään (Gilhooley & Kelly 2018). Samalla Englannissa on käynnistynyt keskustelu mielenterveyslain osuudesta pakon lisääntymisessä: liittykö pakkotoimien lisääntyminen itse lakiin, sen tulkintaan ja sitä tulkitseviin vai aivan muihin erityisiin seikkoihin, esimerkiksi omaisten rooliin (Perry & Singh 2017).



KUVIO 5. Hoitojaksojen osuus, joilla on käytetty pakkotoimea vuosina 2006–2016, päättyneet hoitojaksot (THL 2018).

Kiinnostava esimerkki lainsäädännön vaikutuksesta eristystoimenpiteisiin on Hollannin ja Saksan psykiatrisen hoidon vertailu. Molempien maiden psykiatrisen hoitojärjestelmä on hyvin resursoitua, ja tahdosta riippumattomaan hoitoon päätyvien potilaiden määrä melko sama. Aiemmin Hollannissa pakkolääkityksiä pyrittiin välttämään, toisaalta eristysluvat olivat Euroopan tasolla korkeita. Tämän myötä maassa käynnistyi kansallinen hanke eristysten vähentämiseksi ja näin tapahtuikin (Moring ym. 2011). Toisaalta suhtautuminen pakkolääkityksiin muuttui ja niiden määrä nousi. Saksassa puolestaan pakkolääkityksien käyttöön laadittiin tarkka ohjeistus ja seuranta. Tämä vähensi olennaisesti niiden käyttöä, ja samanaikaisesti eristystoimenpiteiden määrä tiettyjen potilasryhmien kohdalla nousi selvästi (Steinert ym. 2014).

Vaikka psykiatrisen hoidon aikana käytetyissä pakkotoimissa näyttäisi aivan viime vuosina olevan jonkin asteista kasvua (THL 2018), poliittinen ohjaus tavoittelee edelleen selvästi eristystoimenpiteiden vähentämistä tai jopa niiden lopettamista. Tätä kehityssuuntaa vahvistaa kokemusasiantuntijoiden lisääntyvä osallisuus hoidon arvioimisessa ja kehittämisessä. Kansallisen ja kansainvälisen lainsäädännön kehittyessä, pakkotoimia psykiatriassa seurataan ja ohjeistetaan kaikkialla aiempaa

tarkemmin. Samalla pakkotoimien käyttö psykiatriassa on muuttumassa yhä enemmän lääketieteellisestä kysymyksestä osittain tai täysin potilaan oikeuksiin liittyväksi juridiseksi kysymykseksi (Albrecht 2016).

Yhdistyneet kansakunnat (YK) hyväksyivät vuonna 2006 vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen (CRPD), joka astui Suomessa voimaan kesällä 2016. Yleissopimus määrittelee vammaisuuden laajasti todeten, että ”Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.” (Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista 27/2016). Yleissopimus korostaa mm. vammaisen henkilön autonomiaa, osallisuutta ja vapautta epäinhimillisestä kohtelusta. Tämän on tulkittu myös sisältävän mielenterveyspotilaiden autonomian kunnioituksen sekä kehotuksen välttää psykiatrisia pakkotoimia. Toistaiseksi CRPD näyttää vaikuttaneen kehitysvammaisten aseman paranemiseen ja tällä alueella tehtyyn tutkimukseen. Oletuksena on, että vaikutus tulee myös näkymään mielenterveyshoitojen kehityksessä (Steinert ym. 2016).

Yksi WHO:n maailmanlaajuisen mielenterveyden toimintasuunnitelman 2013–2020 keskeisistä viesteistä on myös ihmisoikeuksien kunnioittaminen (WHO 2013). YK:n kidutuksen vastainen komitea on toistuvasti ottanut kantaa huone- ja sidontaeristyksen ongelmiin ja pitänyt niitä epäinhimillisinä ja vaatinut tarkempaa toiminnan seuraamista ja myös näistä pakkotoimista luopumista. EU:ssa Euroopan komission julkaisema ”Vihreä kirja mielenterveydestä” vuodelta 2005 toteaa puolestaan, että pakkoa voidaan käyttää vain viimeisenä keinona muiden vähemmän kajoavien toimintamallien epäonnistuttua (Vihreä kirja 2005).

4. Työturvallisuus psykiatrisessa sairaalassa

4.1 Työturvallisuuden määritelmiä ja työnantajan velvollisuuksia

Työturvallisuudella tarkoitetaan Työturvallisuuslaissa (738/2002) toimia, joiden avulla voidaan ennaltaehkäistä ja torjua työnteosta aiheutuvia fyysisiä ja henkisiä terveyshaittoja, työtapaturmia sekä ammattitauteja sekä torjua työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja.

Työnantajalla on velvollisuus huolehtia työntekijän terveydestä. Työnantajan tulee selvittää työstä, työtiloista, työvälineistä ja toimintatavoista johtuvat tekijät, joilla on vaikutus työturvallisuuteen. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Lisäksi työnantajan tulee suunnitella työt siten, että työturvallisuusriskien kartoituksessa sekä työn toteutuksessa on otettu huomioon tekijät, jotka vaikuttavat tai uhkaavat työturvallisuutta (STM 2015).

Työturvallisuuslain (2002) mukaan työnantaja on velvollinen huomioimaan ennakkoon väkivallan uhan sekä laatimaan toimintaohjeet väkivallan ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Työturvallisuutta voidaan edistää kehittämällä työympäristöä sekä ymmärtämällä ja ohjailemalla ihmisten käyttäytymistä (TTL 2018).

Työturvallisuuden perusteena on työhyvinvointi. Työhyvinvointi viittaa turvalliseen, terveelliseen ja tuottavaan työhön, jota tekevät ammattitaitoiset työntekijät hyvin johdetussa organisaatiossa. Tuottavan työn perustana onkin työntekijöiden turvallinen ja terveellinen työympäristö, hyvinvoivat työntekijät sekä toimiva työyhteisö. (TTK 2018.) Työturvallisuutta voidaan edistää kehittämällä työympäristöä, sekä ymmärtämällä ja ohjailemalla ihmisten toimintaa (TTL 2018).

4.2 Työturvallisuuden liittyviä säännöksiä Suomessa

Suomessa on laadittu laaja lainsäädäntö edistämään työntekijöiden turvallisuutta ja terveyttä. Valvonta säädöksen noudattamisesta on työsuojeluviranomaisten (Sosiaali- ja terveysministeriö, ja aluehallintovirastojen työsuojelun vastuualueet) vastuulla. Työsuojelulainsäädäntö pohjautuu suurimmalta osin Euroopan Unionin lainsäädäntöön. Euroopan Unionin direktiivit määrittelevät työntekijöiden turvallisuutta, terveyttä, turvallista työympäristöä, työoikeutta, työaikaa, työsuhteen ehtoja sekä koneiden ja henkilösuojainten teknisiä turvallisuusvaatimuksia. Euroopan Unionin direktiivit siirretään osaksi suomalaista lainsäädäntöä. Työsuojelulainsäädännöstä Suomessa vastaa sosiaali- ja terveysministeriön työ- ja tasa-arvo-osasto. (STM 2018.)

Suomen perustuslaissa (731/1999) lausutaan, että julkisen vallan on huolehdittava työvoiman suojelusta. Työturvallisuuslaissa (738/2002) määritellään, että työnantaja huolehtii työntekijöiden turvallisuudesta sekä terveydestä. Työnantajan tulee selvittää työstä, työtiloista, työvälineistä ja toimintatavoista johtuvat tekijät, joilla on vaikutus työturvallisuuteen. Työnantaja on velvollinen suunnittelemaan työolosuhteet, -menetelmät ja -tilat siten, että ne ovat turvallisia ja työturvallisuutta uhkaavat tekijät ovat minimoitu. Lisäksi työnantaja on velvollinen huomioimaan ennakkoon väkivallan uhan sekä laatimaan toimintaohjeet väkivallan ennalta ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Rikoslain (2011) mukaan työntekijällä on syyteoikeus, mikäli hänen henkeensä ja terveytensä kohdistuu rikos työtehtävien toteuttamisen seurauksena.

Työturvallisuutta säätelee lisäksi työterveyshuoltolaki. Lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää työn ja työympäristön turvallisuutta sekä terveellisyyttä ja ehkäistä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia. (Työterveyshuoltolaki 2001.)

Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu noudattaa työnantajan laatumia määräyksiä sekä turvallisuusohjeita. Työntekijän tulee lisäksi huolehtia omasta ja muiden turvallisuudesta. Työntekijä on myös velvollinen ilmoittamaan havaitsemansa puutteet turvallisuudessa esimiehelleen tai työsuojeluvaltuutetulle. (Työsuojelu 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2011) julkaisemassa oppaassa ”Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille” todetaan, että turvallisuussuunnittelu sekä riskien hallinta ovat keskeinen osa johtamista. Riskienhallinnasta ja turvallisuussuunnittelusta on vastuussa

ylin johto, joka toteuttaa strategista riskienhallintaa, turvallisuussuunnittelua ja sisäistä valvontaa. Päivittäisestä käytännön toiminnasta suhteessa riskienhallintaan ja turvallisuussuunnitteluun on vastuussa operatiivinen taso. (STM 2011.)

Työturvallisuuden vaikuttavat säädökset

- Euroopan Unionin säädökset
- työlainsäädäntö
- perustuslaki
- työturvallisuuslaki
- rikoslaki
- työterveyshuoltolaki
- työnantajan laatimat määräykset ja turvallisuusohjeet

4.3 Työturvallisuuden näkökulma EriTurva-hankkeessa

Työelämän tarpeista lähtevä tutkimus on tarpeellista ja ajankohtaista, sillä työterveyslaitoksen vuoteen 2020 asti ulottuvassa strategiassa painotetaan työelämän tarpeista lähtevää tutkimusta, jonka kohteena on työn ja terveyden vuorovaikutus muuttuvassa ympäristössä (Vainio 2005). Samoin STM (2011) painottaa, että terveydenhuollon organisaatioiden tulee panostaa riskienhallintaan ja suunnitteluun jatkossa entistä enemmän.

EriTurva-hankkeen avulla pyrittiin parantamaan psykiatrisessa sairaalassa työskentelevien hoitajien työoloja kehittämällä huone- ja sidontaeristystilanteisiin toimintaohje hyvästä terapeuttisesta vuorovaikutuksesta. Lisäksi kehitettiin tutkimukseen perustuen psykiatristen osastojen toimintaa siten, että hoitajien työturvallisuus kohtuu eristystilanteissa psykiatrisilla osastoilla. Tämän EriTurva-hankkeessa kehitetyn toimintaohjeen avulla voidaan edistää psykiatrisen sairaalaosaston työyhteisön ja hoitajien turvallisuutta ja työhyvinvointia sekä parantaa potilaan hoidon laatua. Toimintaohjeen avulla voidaan näin ennaltaehkäistä henkilöstön liiallista rasittumista ja siitä johtuvia sairaspotilaita tulevaisuudessa.

Vuoden 2015 eristystilastojen mukaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin EriTurva-hankkeessa mukana olevilla tutkimusosastoilla oli 1.1–31.8.2015 välisenä aikana huone- ja sidontaeristystapahtumia ollut yhteensä 459, joista huone-eristyk-
siä oli 397 kpl ja sidontoja 62 kpl. Yhden kuukauden keskiarvo oli noin 57 eristys-
jaksoa ja yhden huone-eristyksen kesto keskimäärin 43 tuntia. Tarvitaan tutkimusta
siitä, miten hoitajan työturvallisuutta ja työoloja voidaan parantaa tämän rajatun ja
haastavan hoitotilanteen aikana.

EriTurva-hankkeen tutkimuksen lähtökohdat ovat työelämälähtöisessä tutkimus- ja
kehitystyössä, jolloin psykiatrian sairaalaosastoilla on mahdollisuus kehittää aktii-
visesti hoitajien työturvallisuutta. Huomio voidaan myös kiinnittää potilasturval-
lisuuteen, mikä on terveydenhuollon laadun perusta. Turvallisessa hoitotilanteessa
käytetään hoitomenetelmiä siten, että pyritään välttämään haitan aiheuttamista po-
tilaalle ja että hoidon vaikuttavuus taataan parhaalla mahdollisella tavalla. (STM
2009, Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin potilasturvallisuussuunnitelma
2016-2017.)

EriTurva-hankkeen avulla tuotettiin uutta tietoa huone- ja sidontaeristyksen aikana
tapahtuvista hoitotoimenpiteistä ja hoitajien työturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä
rajoitetuissa hoito-olosuhteissa. Hoitajien työturvallisuuden takaaminen on tärkeää,
jotta hoitajilla on mahdollisuus toimia ammatillisesti ja eettisesti korkeatasoisesti
haastavissakin hoitotilanteissa. Tämä on myös linjassa HUS-strategian (2011) kanssa.

Turvallisessa hoitotilanteessa hoitomenetelmiä käytetään siten, että pyritään välttä-
mään haitan aiheuttamista potilaalle ja että hoidon vaikuttavuus taataan parhaalla
mahdollisella tavalla. Turvallisuus terveydenhuollon kentällä on tärkeää, sillä terve-
ysalalla työskentelee 15 % Suomen työllisestä työvoimasta (TEM 2015). Työtä pi-
detään sekä henkisesti että ruumiillisesti stressaavana, ja lähes puolet alalla olevista
kokee työn raskaaksi ja kuormittavaksi (Kivimäki ym. 2006). Samoin joka kuuden-
nella on kohonnut huoli väkivallan uhasta työpaikalla (STM 2014).

5. Työturvallisuus potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana

5.1 Potilaan huone- ja sidontaeristys

Psykiatrisen potilaan eristämällä tarkoitetaan potilaan eristämistä muista potilaan oman, toisten potilaiden tai henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi. Eristämiseen käytetään huone- ja sidontaeristystä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, Sailas & Fenton 2000, Sailas & Wahlbeck 2005.) Yleisin syy potilaan eristämiseen on aggressiivinen tai väkivaltainen käytös (Sailas & Wahlbeck 2005, Salzman-Erikson ym. 2008).

Eristettävän potilaan tulee olla tahdonvastaisessa hoidossa. Psykiatrisen potilaan eristämisestä päättää lääkäri. Äkillisissä ja ennakoimattomissa tilanteissa myös hoitajalla on oikeus päättää potilaan eristämisestä, mutta eristämisestä on tällöin välittömästi ilmoitettava lääkärille. Mikäli potilas on vapaaehtoisessa hoidossa, tulee hänet asettaa tarkkailuun. Tarkkailulla tarkoitetaan lyhytaikaista tahdonvastaista hoitoa. Eristämiss päätös on arvioitava uudelleen tai purettava heti, kun eristämisen käyttämiselle ei ole perusteita. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Kun potilas on eristetty, on hänelle määrättävä vastuuhoitaja. Vastuuhoitajan tehtävänä on huolehtia potilaan hyvinvoinnista ja siitä, että hän saa tarpeenmukaisen hoidon eristyksen aikana. Eristyksessä olevalle potilaalle tulee tarjota mahdollisuus keskustella hoitavan henkilökunnan kanssa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Huoneeristyksessä potilas sijoitetaan huoneeseen, johon muilla potilailta ei ole pääsyä eikä potilaalla ole pääsyä ulos huoneesta. Huone on varustettu siten, että siellä ei ole tavaroita tai esineitä, joilla potilas voi vahingoittaa itseään tai muita. Huoneeristyksessä potilasta on tarkkailtava jatkuvasti. Tarkkailu voi tapahtua eristyshuoneeseen sijoitetun kameran avulla. (Sailas & Fenton 2000, Sailas & Wahlbeck 2005, Nelstrop ym. 2006.)

Sidontaeristyksellä tarkoitetaan eristystä, jossa potilas sidotaan vöiden avulla kiinni tätä käyttötarkoitusta varten varattuun sänkyyn (Mielenterveyslaki 1116/1990, Sailas & Wahlbeck 2005). Sänky on sijoitettuna huoneeseen, johon muilla potilailla ei ole pääsyä. Huone on tavanomaisen eristyshuoneen tapaan tehty hiljaiseksi ja rauhalliseksi. Sidontaeristystä voidaan käyttää vain erittäin painavista syistä, kuten potilaan ollessa vaarassa vahingoittaa itseään tai muita ja muut keinot potilaan turvallisuuden takaamiseen ovat riittämättömät. Sidonta-eristyksessä potilaan vierellä on koko ajan hoitaja, joka tarkkailee potilaan vointia ja huolehtii hänen tarpeistaan (Mielenterveyslaki 1116/1990). Potilaalle on mahdollistettava riittävä hygienian hoito (Mielenterveyslaki 1116/1990, Nelstrop ym. 2006).

5.2 Hoitajien kokemuksia potilaan huone- ja sidontaeristyksestä

Eristäminen voidaan jakaa kronologisesti ja toiminnallisesti kolmeen toisistaan eroavaan vaiheeseen (Carnwell & Daly 2001). Ensimmäinen vaihe on eristystä edeltävä vaihe. Ennen potilaan eristämistä tunnelma osastolla kiristyy, muuttuu jännittyneeksi tai odottavaksi (Bonner ym. 2002, Bigwood & Crowe 2008, Terkelsen & Larsen 2016). Eristämistä edeltävässä vaiheessa hoitajien kokemus stressitaso alkaa kohota (VanDerNagel ym. 2009), ja hoitajilla ilmenee pelkoa tulevasta eristystilanteesta (Terkelsen & Larsen 2016). Hoitajilla on erilaisia tuntemuksia eristämistä edeltävässä vaiheessa. Osa kokee epävarmuutta tulevasta tilanteesta (Bigwood & Crowe 2008) sekä avuttomuutta ja voimattomuutta (VanDerNagel ym. 2009). Hoitajat pelkäävät myös loukkaantumisia (Marangos-Frost & Wells 2000, Bigwood & Crowe 2008, Moyo & Robinson 2012).

Potilaan eristäminen saa usein alkunsa potilaan hyökätessä hoitajaa kohden (Lee ym. 2003). Hyökkäyksellä tarkoitetaan hoitajan tönimistä, työntämistä, lyömistä, potkimista, tavaroiden heittelyä tai tappelemista. Fyysinen hyökkäys saattaa myös alkaa nopeasti tai yllättäen (Walrath ym. 2010). Fyysinen hyökkäys aiheuttaa negatiivisia tuntemuksia hoitajilla kuten turhautumista, ahdistusta ja pelkoa. Potilaan hyökkääminen saattaa uhata hoitajan omaa mielenterveyttä. (Lee ym. 2003.) Potilaan hyökkäykset ovat aiheuttaneet fyysisiä loukkaantumisia hoitohenkilökunnalle (Lancaster ym. 2008, Moyo & Robinson 2012) Fyysisiä vammoja on saanut yhden tutkimuksen mukaan 80 % hoitajista (Moyo & Robinson 2012). Hoitajan kaatuminen on myös aiheuttanut fyysisiä vammoja. Fyysisiä vaurioita syntyi eniten iltapäivällä. (Marangos-Frost & Wells 2000.)

Potilaan aggressiivista käytöstä seuraava eristämistilanne sisältää useita henkiseen työturvallisuuteen yhteydessä olevia tekijöitä. Eristämisen aikana hoitajien kokemat tunteet vaihtelevat sen mukaan, missä roolissa he ovat mukana tilanteessa (Bonner ym. 2002, Bigwood & Crowe 2008, VanDerNagel ym. 2009.) Aktiivisia rooleja ovat muun muassa potilaan kiinnipitäjän ja saattajan roolit. Eristystä avustavassa roolissa hoitaja turvaa eristämistä, mutta ei itse osallistu varsinaiseen toimintaan, vaan hän esimerkiksi huolehtii muista potilaista tai ovien avaamisesta. (Ryan & Bowers 2005) Aktiivisesti toimivassa roolissa olevilla hoitajien kokemat tunteet olivat vähäisemmät. Eristämistä avustavassa roolissa olevilla hoitajilla oli voimakkaampia tunteita. Hoitajan kokemat tunteet ja tuntemukset olivat yhteydessä hoitajan kokeman stressin voimakkuuteen. (VanDerNagel ym. 2009.) Hoitajat kokivat ahdistusta, pelkoa, tuskaa, epämukavuutta, syyllisyyden tunteita, itesyytöksiä, turhautumista sekä vihaa (Bonner ym. 2002, Bigwood & Crowe 2008, VanDerNagel ym. 2009). Hoitajat kokevat potilaan eristämisen traumatisoivaksi ja tunteet saattavat herätä jälkepäin tai uusien eristämistapahtumien aikana pinnalle (Bigwood & Crowe 2008).

Fyysisen työturvallisuuden osalta psykiatrisen potilaan eristämistilanteissa merkityksellinen havainto oli, että hoitajista 21,6–80 % oli saanut fyysisiä vammoja eristämisen aikana (Lee ym. 2003, Moyo & Robinson 2012). Vakavimmat vammat olivat sijoiltaan mennyt olkapää, murtunut nenä, mustelmat kehossa ja silmän ympäristössä. Lievempiä vammoja olivat raapimisjäljet ihossa, hankautunut iho, kivut selässä, ruhjeet kyljissä ja hankaumapalovammat kehossa. (Lee ym. 2003.) Fyysisen loukkaantumisen syiksi eristämisvaiheessa nähtiin eristämistekniikan pettäminen sekä se, ettei opeteltuja ja harjoiteltuja eristysmenetelmiä käytetty hyväksi (Lee ym. 2003). Lisäksi syyksi hoitajan vammautumiseen nähtiin eristämiseen osallistuvan ryhmän koordinoinnin pettäminen (Marangos-Frost & Wells 2000).

Lancaster ym. (2008) havaitsivat tutkimuksessaan, että potilaan eristämisasennolla oli vain lievä yhteys hoitajan fyysiseen loukkaantumiseen. Mikäli potilas jouduttiin viemään lattialle mahalleen, sisälsi se lievästi kohonneen riskin hoitajan loukkaantumiselle. Muilla eristämiseen käytettävillä asennoilla, kuten selinmakuulle viemisessä tai pystyasennossa potilasta saattaessa ei tutkimuksessa löydetty yhteyttä hoitajan loukkaantumiseen.

Potilaan eristämisen jälkeen alkoi eristyksen kolmas eli eristyksen jälkeinen vaihe. Hoitajien henkisen työturvallisuuden kannalta eristyksen jälkeisessä vaiheessa esiin nousee monia tunteita. Osa hoitajista kokee tilanteen traumaattiseksi (Bigwood & Crowe 2008). Hoitajat kokevat syyllisyyttä epäonnistuneesta vuorovaikutussuhteesta potilaaseen (Bonner ym. 2002). Lisäksi hoitajat kokivat useita negatiivisia henkistä työturvallisuutta uhkaavia tunteita kuten vihaa, ahdistusta, turhautumista ja voimattomuutta (Bonner ym. 2002, VanDerNagel ym. 2009). Tapahtumat kokonaisuudessaan ja hoitajan rooli eristämässä vaikutti tunteiden ja tuntemusten voimakkuuteen (Bonner ym. 2002, VanDerNagel ym. 2009). Bonner ym. (2002) raportoivat tutkimuksessaan, että hoitaja oli joutunut aseellisen hyökkäyksen kohteeksi ja hänen tunnereaktionsa olivat erittäin voimakkaita. Tunteiden jakaminen tilanteen jälkeen koettiin tärkeäksi ja sen koettiin helpottavan tilanteesta selviytymistä (Bonner ym. 2002, VanDerNagel ym. 2009). Silvanan ym. (2012) tutkimuksessa nousi esiin eristämiseen liittyvä tarttuvien tautien riski, hoitajia ei testattu veriteitse tarttuvien tautien havaitsemiseksi, vaikka eristettävillä potilailla saattoi olla esimerkiksi HIV ja C-hepatiitti.

6. Työturvallisuutta edistäviä tekijöitä

Aikaisemmat tutkimukset ovat tuovat esille useita työturvallisuutta edistäviä tekijöitä. Tilanteen kärjistymisen estäminen nähtiin yhtenä työturvallisuutta edistävänä keinona (Bigwood & Crowe 2008, Moyo & Robinson 2012). Mangros-Frost ym. (2000) näkivät, että hoitajien tulisi etsiä aktiivisesti eristystä korvaavia keinoja. Kahdessa tutkimuksessa havaittiin, että verbaalisella ja nonverbaalisella kommunikaatiolla ja niiden tehostamisella saatettiin välttää eristys. (Bonner ym. 2002). Silvana ym. (2012) ehdottivat tutkimuksessaan työturvallisuutta parantavaksi ratkaisuksi väkivallan ennaltaehkäisyohjelmaa.

Keskustelu hoidon eettisistä arvoista ja hoitofilosofiasta lisää eristämisen inhimillisyyttä. Myös inhimillisyyden ja eristämisen harjoittelu helpottaa eristämisestä johtuvia negatiivisia tunteita. (Bigwood & Crowe 2008.) Hoidon etiikan pohdiskelu eristämisen yhteydessä auttaa hoitajan kokemaan pelkoon ja vaaran tunteeseen sekä auttaa aggression kohtaamisessa. Lisäksi eettisen ja käytännön vuoropuhelun koettiin olevan eduksi eristämiseen liittyvien työturvallisuusriskien ennakoinnissa. (Terkelsen & Larsen 2016.)

Eristämisen opettelulla ja harjoittelulla nähtiin yhteys hoitajan työturvallisuuden paranemiseen. Yksinkertaisempien eristystekniikoiden esittelyn ja harjoittelun koettiin lisäävän hoitajien työturvallisuutta. (Moyo & Robinson 2012.) Kahden tutkimuksen mukaan eristystekniikan harjoittelulla varmistettiin tekniikan osaaminen (Lee ym. 2003, Lancaster ym. 2008). Lancaster ym. (2008) näkivät, että eristämistä voisi harjoitella roolileikin avulla. Roolileikin avulla hoitaja voi turvallisesti oppia vuorovaikutusta ja eristämistekniikkaa. Tällä tavoin voidaan myös tunnistaa keinoja, jolla eristäminen voidaan välttää. Taulukossa 2 esitetään yhteenveto eri keinoista edistää työturvallisuutta psykiatrisilla osastoilla.

TAULUKKO 2.

Työturvallisuutta edistäviä tekijöitä kirjallisuuden perusteella.

Työturvallisuutta edistävät tekijät	Lähde
tilanteen kärjistymisen ennaltaehkäisy	Bigwood & Crowe 2008, Moyo & Robinson 2012, Lovell ym. 2015
aktiivinen eristyksen välttävien keinojen etsiminen	Happell & Koehn 2011
verbaalisen ja nonverbaalisen kommunikaation tehostaminen	Bonner ym. 2002, Lovell ym. 2015
väkivallan ennaltaehkäisyohjelma	Silvana ym. 2012
hoidon inhimillisyyden korostaminen hoidon filosofian ja etiikan pohdiskelun avulla	Bigwood & Crowe 2008, Terkelsen & Larsen 2016
hoidon filosofian ja etiikan vuoropuhelu käytännön kanssa	Terkelsen & Larsen 2016
yksinkertaisten eristämistekniikoiden opettelu	Moyo & Robinson 2012
eristämisen harjoittelu	Lee ym. 2003, Bigwood & Crowe 2008, Lancaster ym. 2008, Moyo & Robinson 2012
eristykseen osallistuvan ryhmän koordinoinnin kehittäminen	Moyo & Robinson 2012
ryhmältä saatava henkinen tuki	Bonner ym. 2002
eristämisen jälkeinen jälkipurkukeskustelu.	Bonner ym. 2002, VanDerNagel ym. 2009
hoitajien työhyvinvoinnin varmistaminen	Happell & Koehn 2011

Eristyksen aikana työturvallisuutta voitiin edistää ryhmän koordinaatiota parantamalla (Moyo & Robinson 2012). Myös ryhmältä saatu henkinen tuki ja ryhmän onnistunut yhteistyö koettiin eristystilanteen työturvallisuutta edistävänä asiana (Bonner ym. 2002). Yhdessä tutkimuksessa nähtiin, että henkistä työturvallisuutta voitiin parantaa eristystilanteen jälkeen jälkipurkukeskustelulla (defusing). Toisaalta Bonner ym. (2002) artikkelissaan tuo myös ilmi, että kaikki eivät kokeneet jälkipurkukeskustelua tarpeelliseksi tai niistä olevan hyötyä. VanDerNageln ym. (2009) totesivat, että tunteista puhuminen tilanteen jälkeen lievensi tutkittavien kokemaa stressiä.

7. Terapeuttinen vuorovaikutus potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana

7.1 Terapeuttisen vuorovaikutuksen määritelmiä

Oxfordin englannin sanakirja (OED 2018) määrittelee vuorovaikutuksen seuraavasti: vuorovaikutus on tilanne, jossa kaksi tai useampi ihminen tai asia kommunikoi keskenään tai reagoi keskenään. Vuorovaikutuksessa osapuolet vaikuttavat toisiinsa, ja näin ollen se on sosiaalista kanssakäymistä (Pietiläinen 2015). Elämä kotona ja kodin ulkopuolella perustuu suuresti ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus koskettaa kaikkia. On hyvin vähän työtehtäviä, joissa ei tarvita ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Mustajoki 2011.)

Peplau on kuvaillut mielenterveystyön terapeuttista vuorovaikutusta 1940-luvulta alkaen. Peplau määrittelee terapeuttisen vuorovaikutuksen sellaiseksi viestinnäksi, joka on kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä, ja se huomioi fysiologiset, psykologiset, hengelliset ja ympäristöön liittyvät tekijät (Peplau 1997.) Vuorovaikutus on keskeinen osa mielenterveyden hoitotyötä, mutta aiheeseen liittyvää tutkimusta on edelleen liian vähän (Sullivan 1998).

Levett-Jones (2014) on määritellyt terapeuttisen vuorovaikutuksen seuraavasti: Terapeuttinen vuorovaikutus on huolenpidon osoittamista, aitoa huolta ja empatiaa sekä mielenkiintoa kohdata potilaat ainutkertaisina yksilöinä. Terapeuttinen vuorovaikutus on aktiivista kuuntelemista, ymmärtämistä sekä uskomista potilaaseen.

Terapeuttisen vuorovaikutuksen keskeinen piirre on tietoisuus, jota kuvataan keski-tetyksi huomioksi ja tietoisuudeksi. Tämä mahdollistaa sen, että hoitaja jättää mah-dolliset ennakkoluulot ja oletukset pois ja käyttää vuorovaikutuksessa ei-tuomitse-vaan lähestymistapaa. Tämä puolestaan luo mahdollisuuden olla terapeuttisesti läsnä, jolloin hoitaja ”tuo itsensä kokonaan” vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Täydelli-sen läsnäolon ansiosta hoitaja voi kuulla ja validoida henkilön kokemusta niin, että potilas kokee tulleen ymmärretyksi ja voi luottaa hoitajan kanssa tehtävään yh-teistyöhön. Näin saavutetaan paras mahdollinen lopputulos. (Brownie ym. 2016.)

Terapeuttinen vuorovaikutus ei rajoitu sanoihin, vaan se sisältää ei-verbaalisia tapo-ja, joilla hoitajat ja potilaat kommunikoivat. Näitä ovat eleet, visuaaliset vihjeet, ke-honkieli, tarkka kuuntelu, huomaavainen hiljaisuus ja muut aistinvaraiset ärsykkeet. Sanojen lisäksi erilaiset muuttujat kuten asenne, luottamus ja ympäristö vaikuttavat terapeuttisen vuorovaikutuksen laatuun. (Annoni & Miller 2016.)

Yhteenvetoa terapeuttisen vuorovaikutuksen piirteistä kirjallisuuden pohjalta

- kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä
- huomioi somaattisen, henkisen ja ympäristöllisen vaikutuksen
- huolenpidon osoittamista
- empaattista
- aktiivista kuuntelemista
- ymmärrystä
- potilaan kunnioittamista
- tietoista
- ei tuomitsevaa
- läsnäoloa
- luottamusta
- ei verbaalista hyväksyvää kehonkieltä
- huomaavaista hiljaisuutta.

Terapeuttinen vuorovaikutus auttaa terveydenhuollossa esimerkiksi motivoimaan potilasta noudattamaan suositeltua hoito-ohjelmaa, valitsemaan terveellisemmät elämäntavat, omaksumaan erilaisia uusia asenteita tai pohtimaan valintojaan uuden tiedon avulla. Terapeuttisella vuorovaikutuksella voidaan laskea potilaan stressitasoa tai myötävaikuttaa potilaan tilanteeseen siten, että potilas toimii terveyttään edistäen. Terapeuttisella vuorovaikutuksella voidaan katsoa olevan sekä suoria että epäsuoria vaikutuksia, mutta yleensä vaikutus on molemminsuuntainen. Suorassa ja välittömässä terapeuttisessa vuorovaikutuksessa voidaan tunnistaa selvemmin positiivisia vaikutuksia potilaan tilanteen muuttumisessa. (Annoni & Miller 2016.)

Terapeuttista vuorovaikutusta koskevaa tutkimusta on vielä vähän, vaikka on todettu, että potilaat pitävät yhteyttään hoitajiin erityisen tärkeänä osana sairaalahoitoaan, ellei jopa tärkeimpänä (Thompson & Hamilton 2012). Huolimatta virallisista ohjeistuksista ja tutkimuksesta terapeuttisen vuorovaikutuksen eduista, ei viimeisen 35 vuoden aikana ole tapahtunut suuriakaan muutoksia siinä, kuinka hoitajat käyttävät työaikansa. Lisätutkimusta tarvittaisiin siitä, millä tavoin psykiatrisessa sairaalahoidossa työskentelevät hoitajat voisivat jakaa paremmin aikaansa potilaille ja täten olla enemmän vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Sharac ym. 2010.)

7.2 Terapeuttisen vuorovaikutuksen menetelmiä

Aikaisemmissa tutkimuksissa on esitetty terapeuttisen vuorovaikutuksen menetelmiä. Luottamus, kunnioitus ja ajan tarjoaminen ovat oleelliset keinot terapeuttisen vuorovaikutuksen rakentamiseksi (Arthur ym. 1999, Martin & Street 2003, Thompson & Hamilton 2012, Hawamdeh & Fakhry 2013). Arthur ym. (1999) nostivat esille kolme päätyyppiä terapeuttiseen vuorovaikutukseen: tukea ilmaiseva, analyttinen ja neuvoa-antava vuorovaikutus, joilla terapeuttista vuorovaikutusta toteutettiin. Näihin sisältyivät potilaan kunnioittaminen, ei-tuomitseva asenne, hyväksyminen, kuuntelu ja ratkaisujen kehittäminen. Nämä teemat toistuivat myös Martinin ja Streetin (2003), Hawamdehin ja Fakhryn (2013) ja Thompsonin ja Hamiltonin (2012) tutkimuksessa, mutta painopisteet tärkeimmäksi koetun terapeuttiseen vuorovaikutukseen liittyvän asian välillä vaihtelivat hieman.

Osaston yhteisiin toimintoihin, kuten urheiluun, musiikin kuunteluun tai kävelemiseen osallistuminen ovat hoitajien keinoja rakentaa suhdetta potilaaseen. Myös pienet teot voivat olla merkittäviä: hoitajat kertoivat, kuinka he ovat luoneet tera-

peuttista suhdetta potilaisiin esimerkiksi istuen osaston yhteisissä tiloissa, jolloin potilaat ovat hakeutuneet hoitajien seuraan ja tällöin keskustelua on alkanut syntyä luonnollisesti. Vapaata keskustelua nähtiin syntyvän luonnostaan esimerkiksi ulkoiluhetkien lomassa. Hoitajat toivat myös esille, että tutkimiseen ja keskusteluun tarkoitettuja tiloja osastolla pidettiin liian muodollisina, ja koettiin, että esimerkiksi potilaan oma huone voi olla parempi paikka keskustella potilaan kanssa, jolloin tilanne ei ole liian virallisen oloinen. Keskustelulla ja vapaamuotoisella yhdessäololla luotiin luottamussuhdetta, joka nähtiin terapeuttisen vuorovaikutuksen yhtenä tärkeimpänä tekijänä. (Martin & Street 2003.)

Luottamus nähtiin avaintekijänä terapeuttisen vuorovaikutuksen mahdollistajana myös Hawamdehin ja Fakhryn (2013) tutkimuksessa, jossa korostui, että terapeuttisen suhteen luomiseksi hoitajien oli ensin ansaittava potilaiden luottamus huolehtimalla heidän fyysisistä tarpeistaan. Fyysisiin tarpeisiin liittyi päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen kuten ravitseminen ja hygienia. Kun luottamus oli ansaittu, kykenivät hoitajat luomaan potilaaseen suhteen, joka sisälsi terapeuttisia piirteitä. Terapeuttisen vuorovaikutuksen piirteisiin liittyi myös luottamuksellinen vuorovaikutus, jolloin voitiin myös keskustella henkilökohtaisimmista asioista.

Huumorin käyttö terapeuttisessa vuorovaikutuksessa on tapa, jonka useat hoitajat tunsivat ja taito, jonka useimmat psykiatriset sairaanhoitajat myös taitavat. Huumoria kuvattiin vuoropuhelun edistämiskeinona, joka auttaa yhteisymmärryksen kehittämisessä sekä toimii terapeuttisena työkaluna stressin lievittämisessä. Suurin osa koki huumorin käytön hyödyttäneen hoitosuhteen luomista jollakin tavalla. (Scanlon 2006.)

Hoitajan tarjoama aika terapeuttiseen vuorovaikutukseen koettiin tärkeäksi. Enemmistö mielenterveyspalvelujen henkilöstöstä uskoo, että terapeuttiseen vuorovaikutukseen käytetty aika parantaa mm. potilaan hoitotuloksia, vaikuttaa kliiniseen toipumiseen, edesauttaa riskienhallintaa osastolla ja parantaa hoitajien ja potilaiden välistä suhdetta. Hoitohenkilökunta kokee, että terapeuttiseen vuorovaikutukseen käytetty aika on palkitsevaa ja näkevät terapeuttisen vuorovaikutuksen erityisesti akuuttiosastoilla olevan merkityksellistä. Positiivisesti terapeuttiseen vuorovaikutukseen vaikutti nimenomaan se, kuinka sairaanhoitajat olivat vuorovaikutuksessa potilaiden kanssa sekä se, että hoitajat tekivät aloitteen terapeuttiseen vuorovaikutukseen sekä tarjosivat potilaille aikaansa. On kuitenkin todennäköistä, että hoita-

jat kokevat haasteita liittyen terapeuttiseen vuorovaikutukseen. Nämä liittyvät hoitajien ajan käyttöön ja hallinnollisiin tehtäviin kuten dokumentointiin. Lisääntynyt hallinnollisen työn osuus myös haastaa hoitajan aikaa ja resurssia siitä, kuinka paljon aikaa hänellä on käytettävänä potilaan kanssa. (Thompson & Hamilton 2012.)

Yhteenveto terapeuttisen vuorovaikutuksen menetelmistä kirjallisuuden pohjalta

- luottamuksen rakentaminen
- potilaan kunnioittava kohtelu
- yhdessä tekeminen
- potilaan fyysisistä tarpeista huolehtiminen
- huumorin käyttäminen vuorovaikutuksessa
- vapaamuotoinen keskustelu potilaan kanssa
- hoitajan aika potilaan kanssa

7.3 Terapeuttinen vuorovaikutus hoitajan kokemana

Aikaisemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että terapeuttista vuorovaikutusta ja siihen liittyvää vuorovaikutuksellista suhdetta pidettiin tärkeänä ja voimakkaana suhteena (Arthur ym. 1999, Martin & Street 2003, Scanlon 2006, Roche ym. 2011, Thompson & Hamilton 2012, Hawamdeh & Fakhry 2013). Terapeuttisen vuorovaikutuksen tavoitteeksi koettiin potilaan auttaminen ahdingossa. Hoitajilta tämä vaati tietoa siitä, kuinka tällaisissa tilanteissa on paras toimia. Terapeuttisissa suhteissa kehitetyt ja hyödynnetyt taidot nähtiin hankitun inhimillisen taitotiedon soveltamiseksi. (Scanlon 2006.)

Hoitosuhteessa nähtiin esiintyvän myös ystävyysuhteissa esiintyviä tyypillisiä piirteitä sen jälkeen, kun luottamus oli saavutettu potilaan ja hoitajan välillä. Esimerkiksi kumppanuuden käsitettä pidettiin tärkeänä, ja se muodostui yhdessä olemises-

ta sekä kunnioituksen ja kärsivällisyyden osoittamisesta. Psykiatriset hoitajat ja mielenterveyshoitajat kuitenkin kokivat ristiriitaisia tunteita asianmukaisesta läheisyydestä hoitosuhteessa. (Hawamdeh & Fakhry 2013.) Terapeuttisen suhteen tarkoitus oli selvä hoitajille: he sovelsivat hoidollisia viestintästrategioita, jotka olivat yleensä asiakaskeskeisiä, ongelmakeskeisiä ja tilannekohtaisia. Potilaan haavoittuvuus sekä potilaan aiheuttamat riskit tunnistettiin. (Arthur ym. 1999.)

Sairaanhoitajat arvostivat potilas-hoitajasuhdetta ja kuvasivat ammatillisen toimintansa terapeuttisena, mutta toimivat kuitenkin enemmän sosiaalisen viitekehysten mukaan. Sairaanhoitajille on tarjottava enemmän koulutusta, jotta terapeuttinen kohtaaminen toteutuisi. (Martin & Street 2003.) Sunin ym. (2006) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien tietämättömyys ja kouluttamattomuus vaikuttivat terapeuttiseen vuorovaikutukseen siten, että hoitajilla ei ole osaamista kohdata esimerkiksi itsemurhan yrittäneitä potilaita psykiatrisella osastolla. Tällaisissa tilanteissa hoitajat saattoivat kokea itsensä voimattomiksi. Edellisiä väitteitä tukee Rochen ym. (2011) tutkimus, jossa kokeneet ja itsensä päteviksi tuntevat sairaanhoitajat ilmaisivat todennäköisemmin halukkuutta terapeuttisen vuorovaikutuksen käyttöön potilaiden kanssa. Hoitajien terapeuttiseen työöteeseen vaikuttivat osaston ympäristötekijät ja koetun tuen määrä. Hoitajien kouluttaminen ja osallistuminen sairaalan hallinnollisiin toimiin tukivat terapeuttista lähestymistapaa.

Sairaanhoitajat kokivat, että he pystyivät rakentamaan luottamusta ja hoitosuhdetta potilaisiin erilaisten roolien ja hoitotyön käytännön toimien kautta. Hawamdehin ja Fakhryn (2013) tutkimuksessa korostui muista tutkimuksista poiketen fyysisen hoidon tarjoaminen potilaille. Luottamusta rakennettiin ensin huolehtimalla fyysisistä tarpeista kuten hygieniasta, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta. Tämä nähtiin keinona rakentaa terapeuttista suhdetta. Fyysisen hoidon käytännöt kuvaavatkin kulttuurin ja hoitotyön perinteiden monimutkaista vuorovaikutusta ja osoittavat tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitokäytäntöjen muodostumiseen. Arthurin ym. (1999) tutkimuksessa korostuivat kulttuuriset piirteet terapeuttisen vuorovaikutuksen toteutumisessa. Vuorovaikutuksen esteiksi havaittiin kulttuurisidonnainen tunteiden ilmaisu, minä nähtiin luovan haasteita ongelmien tunnistamisessa. Lisäksi esteiksi tunnistettiin kulttuurien erilaiset uskomukset ja henkilökohtaiset tekijät, joihin kuuluivat arvot, uskomukset, kokemukset, asenteet, odotukset, persoonallisuus, älykkyys ja ikä.

8. Hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä kirjallisuuskatsauksen ja hoitajahaastatteluiden perusteella

EriTurva-hankkeessa tehdyn kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että huone- ja sidontaeristyksen aikaisesta hoitajaan kohdistuvasta väkivallasta löytyy hyvin vähän tutkimusta. Katsausta varten kävimme läpi yhteensä neljä lääketieteellistä ja terveystieteellistä tietokantaa ja kaikkiaan 567 artikkelia otsikon ja abstraktin perusteella. Mukaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kuitenkin vain kolme tutkimusta.

Mukaan valikoituneet kolme tutkimusta (Moyo & Robinson 2012, Terkelsen & Larsen 2014, Legget & Silvester 2003) käsitteivät hoitajaan kohdistunutta väkivaltaa ja erilaisia hoitajaan kohdistuneita vammoja eristämisen aikana. Tutkimukset oli tehty vuosina 2003–2014.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella esiin nousi kolme teemaa:

1. potilaan aggression hallinta eristyksen aikana
2. hoitajaan kohdistuneet vammat eristyksen aikana
3. aggression ennaltaehkäisy.

Huone- ja sidontaeristys nähtiin pääsääntöisesti tapana hallita potilaan aggressiota ja tapana lopettaa aggressio. Näyttää myös siltä, että potilaat saattavat kokea huone- ja sidontaeristuksen pelottavana ja uhkaavana. Tämä näyttää lisäävän riskiä siihen, että potilas käyttäytyy uhkaavasti, mikä puolestaan lisää hoitajaan kohdistunutta väkivallan riskiä eristämistilanteen aikana (Terkelsen & Larsen 2016). Tutkimuksen mukaan hoitajat myös käyttävät riittämättömästi aggression hallintaan tarkoitettuja tekniikoita, koska he kokevat ne huonosti toteutettaviksi. Väkivallan uhka kuitenkin pienenee, mikäli hoitajat käyttävät oikeita tekniikoita (Moyo & Robinson 2012).

Huone- ja sidontaeristuksen aikana hoitajaan voi kohdistua väkivaltaa, ja myös vammautumisen riski on olemassa (taulukko 3). Suurin riski vammautumiseen on aamuvuoron aikana ja naispuolisilla hoitajilla. Hoitajalla on riski vammautua erityisesti sidontaeristykseen laittamisen ja sen purkamisen aikana. (Moyo & Robinson 2012.) Hoitajat raportoivat saaneensa vammoja yläraajojen ja selän alueelle (Moyo & Robinson 2012) ja mustelmia ja pieniä haavaumia kehoonsa potilaan ollessa aggressiivinen eristyksen aikana (Legget & Silvester 2003).

Aggression ennaltaehkäisy myös huone- ja sidontaeristuksen aikana nousi esille. Moyo & Robinson (2012) nostavat esille neljä asiaa, joilla voidaan ennaltaehkäistä aggressiota eristyksen aikana:

1. hoitohenkilökunnan koulutus
2. hyvä tiimityö
3. helpommat sidontaeristykseen käytettävät tekniikat
4. de-eskalaatiomenetelmien käyttäminen.

TAULUKKO 3.

Syitä hoitohenkilökunnan vammautumiseen huone- ja sidontaeristyksen aikana.

Syitä vammautumiseen eristyksen aikana	Lähde
hoitajien ryhmätoiminnan koordinoinnin puute eristyksen aikana	Moyo & Robinson 2012
koulutuksen puute liittyen aggression hallintaan	Moyo & Robinson 2012
potilaan vastarinta erityisesti sidontaeristykseen laittaessa	Moyo & Robinson 2012
ympäristön riskitekijät	Moyo & Robinson 2012
rajoitustoimenpiteen ajankohta potilaan ollessa eristyksessä	Terkelsen & Larsen 2016
potilaan fyysinen väkivaltainen käyttäytyminen hoitajia kohtaan	Moyo & Robinson 2012

EriTurva-hankkeen fokusryhmähaastatteluissa hoitotyöntekijät tunnistivat lukuisia työturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä huone- ja sidontaeristyksen aikana. Työturvallisuuteen liittyvät riskitekijät jaettiin neljään pääteemaan: työperäiseen, fyysiseen, psykologiseen, ja ympäristölliseen.

Työperäiset työturvallisuuteen liittyvät riskitekijät liittyivät hoitotyöntekijöiden ammattiin ja työtehtäviin. Ongelmat hoitotyöntekijöiden välisessä yhteistyössä altistavat työturvallisuusriskeille. Yhteistyön ongelmia aiheuttavat haasteet tiedonkulussa. Eristämistilanteessa toisilta osastoilta apuun tulevien hoitajien erilaiset toimintatavat ja menetelmät saattavat aiheuttaa riskitekijöitä. Työturvallisuutta uhkaavat myös ohjeistukseen liittyvät ongelmat. Ohjeistukset saattavat olla epäselviä tai puutteellisia. Hoitotyöntekijät saattavat olla epätietoisia omasta roolistaan ja toimintatavoista eristystilanteessa, sekä saada ohjeistuksia jotka altistavat heidät riskeille. Tämän lisäksi työturvallisuutta uhkaavat uusien työntekijöiden perehdytyksen puute sekä hoitotyöntekijöiden rajoittuneet kouluttautumismahdollisuudet.

Fyysiset työturvallisuuden riskitekijät liittyivät työvuorossa olevien hoitajien määrään osastolla ja hoitotyöntekijöiden ominaisuuksiin toteuttaa työtehtäviään. Hoitotyöntekijöiden liian vähäinen määrä eristystilanteessa saattaa altistaa riskeille. Hoitotyöntekijöiden määrän lisäksi riskitekijöille saattaa altistaa se, että eristystilanteessa, osastolla tai itse sairaalassa ei ole riittävästi mieshoitajia. Eristyshuoneeseen menemistä voidaan joutua siirtämään mieshoitajien puutteen vuoksi. Fyysiset kokoerot hoitohenkilökunnan kesken vaikeuttavat eristystilanteessa potilaiden kiinnipitoa ja turvallisten hallintaotteiden käyttöä. Lisäksi työturvallisuusriskeille altistaa se, että fyysisiä rajoitteita omaavat hoitajat toteuttavat huone-eristystä.

Psykologiset työturvallisuuden riskitekijät liittyivät hoitajien kykyyn arvioida tilannetta. Hoitajat saattavat arvioida väärin eristystilanteen vaarallisuuden. Tällöin tuttujen potilaiden kohdalla ei osata odottaa, että potilas saattaisi olla aggressiivinen ja käydä hoitohenkilökunnan päälle. Hoitohenkilökunnan työturvallisuusriskiä lisää myös se, että eristystilanteen aikana hoitopäätöksiä kyseenalaistetaan. Psykologisiin tekijöihin liittyy lisäksi se, että hoitohenkilökunta jättää noudattamatta tiettyjä yhdessä sovittuja turvallisuusohjeita ja käytänteitä. Hoitaja saattaa esimerkiksi mennä vastoin ohjeistusta yksin eristyshuoneeseen, laiminlyödä hälyttimien käytön tai olla kyykkyasennossa potilaan läheisyydessä.

Ympäristöön liittyvät työturvallisuuden riskitekijät liittyvät hoitotyöntekijöiden toimimiseen tiettyssä ympäristössä, eristyshuoneessa. Eristyshuone itsessään saattaa olla ahdas, kuuma tai kaikukuva. Lattialla saattaa olla virtsaa tai muita nesteitä, jolloin siellä työskentely altistaa hoitohenkilökunnan erinäisille työturvallisuusriskeille. Ergonominen työskentely saattaa olla mahdotonta eristyshuoneessa. Hälytysjärjestelmän toiminta saattaa olla puutteellista, hälyttimet eivät välttämättä toimi huoneen sisällä. Hoitohenkilökunnan työvaatetus ja välineet saattavat olla sopimattomat. Hoitohenkilökunnan kengät saattavat esimerkiksi olla liukkaat ja irrota jaloista helposti, mikä altistaa työturvallisuusriskeille. Eri osastojen väliset etäisyydet psykiatrisen sairaalan sisällä saattavat aiheuttaa vaaratilanteita silloin, kun eristyshuoneessa tarvitaan muiden osastojen henkilökunnan apua. Avun saaminen paikalle voi kestää pitkään. Potilaalla saattaa myös olla erilaisia tarttuvia tauteja, jolle hoitohenkilökunta voi altistua.

Fokusryhmähaastatteluiden teemoja syvennettiin hoitajien yhteistoiminnallisessa ryhmähaastattelussa. Hoitajat nimesivät neljä keskeistä työturvallisuuteen vaikut-

tavaa riskitekijää eristysuonehoidon aikana: vuorovaikutus, hoitajan työtapaan ja ergonomiaan liittyvät seikat, ympäristökijät ja potilaan ominaisuudet.

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus aiheuttaa riskitekijöitä eristystilanteeseen. Erityisesti puheyhteyden ja katsekontaktin puuttuminen saattavat olla laukaisijana aggressiivisen käyttäytymisen syntymisessä. Vuorovaikutuksen haasteet liittyvät sekä potilaan että hoitajien toimintaan. Kiihtynyt potilas ei kykene tai ole valmis ottamaan kontaktia. Toisaalta hoitajan epäammattimainen puhetyyli saattaa aiheuttaa haastavan tilanteen eristysuoneessa: rajoitettaessa vuorovaikutus saattaa muuttua potilaan komentamiseksi ja tilanne eskaloitua edelleen. Hoitajan ja potilaan välinen vastakkainasettelu ja epäluottamus hankaloittavat vuorovaikutusta ja heikentävät työturvallisuutta.

Hoitajan sijoittuminen eristysuoneessa on riskitekijä erityisesti hoitajan ollessa kääntyneenä selin suhteessa potilaaseen. Tällöin myös katsekontakti jää puuttumaan. Se, että hoitaja on yksin potilaan kanssa eristysuoneessa, on myös riskitekijä. Potilaan liikkumista rajoitettaessa hoitajien väärät kiinnipito-otteet saavat aikaan vaaratilanteita eristysuoneessa. Kun kiinnipitoa ei toteuteta hallitusti ja oikeaoppisesti, saattaa hoitajan ote potilaasta kirvota ja muodostaa vaaratilanteen ja johtaa joko potilaan tai hoitajan loukkaantumiseen. Myös huono työergonomia saattaa johtaa hoitajan loukkaantumiseen. Tämä liitettiin erityisesti kiinnipitotilanteisiin eristysuoneessa, jossa hoitajat olivat lattiatasolla hankalissakin asennoissa pitämässä kiinni potilasta. Hoitajien keskinäinen vastuiden ja roolien epäselvyys eristysuoneeseen tullessa saattaa aiheuttaa potilaan näkökulmasta hämmennystä ja epäluottamusta ja aiheuttaa riskin työturvallisuudelle.

Ympäristökijät saattavat olla riskitekijöitä eristystilanteessa. Siivouksesta johtuva eristysuoneen lattian liukkaus voi lisätä sekä potilaan että henkilökunnan kaatumisriskiä. Eristysuoneen kapea oviaukko mainittiin myös riskitekijäksi eristyksen aikana. Kapea oviaukko haastaa turvallisen poistumisen, kun henkilökunnan on päästävä nopeasti pois eristysuoneen rajoittamistilanteesta. Kookas potilas voi tukkia oven menemällä seisomaan sen eteen tai potilas voi estää vapaan kulun oven kautta esimerkiksi nostamalla patjan sen eteen.

Eristysuoneessa olevien kiinteiden kalusteiden (wc ja lavaaari) sijainti ja terävät kulmat aiheuttavat loukkaantumisen riskin kiinnipitotilanteissa. Kameravalvonta eristysuoneissa saattaa olla haastavaa, koska se tuottaa tarkkuudeltaan epäselvää ku-

vaa. Yksi kamera eristyshuoneessa aiheuttaa myös katvealueita näkyvyyteen. Tämä vaikeuttaa potilaan seuranta ja saattaa aiheuttaa virhearviointeja potilaan tilanteesta. Hoitajien vähäinen määrä osastolla koettiin riskitekijäksi huone-eristyksen aikana. Tällöin yllättäviin tilanteisiin eristyshuoneessa ei ole mahdollista saada apua, mikä heikentää hoitajien työturvallisuutta.

Potilaiden ominaisuudet saattavat olla riskitekijöitä hoitajan turvallisuudelle. Kiihtyneet ja päihtyneet potilaat aiheuttavat vaaratilanteita eristyshuoneessa. Samoin hoitoresistentit potilaat koetaan haastaviksi. Isokokoisia potilaita on hankalampi hallita kiinnipitotilanteissa, koska he vaativat usein vankempia kiinnipito-otteita. Potilaan omat vaatteet voivat olla riski, sillä niihin saattaa olla kätkettynä eristyshuoneessa kiellettyjä tavaroita. Potilaan puutteellinen ymmärrys hoidon tarpeesta lisää myös riskiä aggressiiviselle käyttäytymiselle. Ks. yhteenveto taulukko 4.

TAULUKKO 4.

Riskitekijät huone- ja sidontaeristyksen aikana hoitajahaastatteluiden perusteella

Vuorovaikutus	Hoitajien työtap ja ergonomia	Ympäristötekijät	Potilaan ominaisuudet
ei katsekontaktia	sijoittuminen huoneessa	liukastumisriski	kiihtyneisyys, aggressiivisuus, päihtyneisyys
ei puheyhteyttä	yksin työskentely	kapea oviaukko	hoitoresistentti
potilas ei halua kommunikoida	väärät kiinnipito-otteet	kuutiopöytä, patja	isokokoiset potilaat
hoitajan epäammattillinen puhetyyli	epäergonominen työasento	kiinteät kalusteet, esim. wc ja lavuaari (sijainti, terävät kulmat)	omat vaatteet
potilas-hoitaja-vastakkainasettelu	epäselvät roolit hoitajien kesken	kameravalvonnan laatu	potilaalla vierasesine
epäluottamus	epäselvät vastuut hoitajien kesken	vähän hoitajia osastolla	ei ymmärrystä hoidon tarpeesta

9. Potilaan ja hoitajan toiminta eristyshuoneessa videotallenteiden ja hoitajahaastatteluiden perusteella

9.1 Eristyksien tuntimääriä

EriTurva-hankkeen eristyshuoneiden turvakameratallenteiden aineiston keruu-aika oli 1.11.2016–31.3.2017. Kyseisenä aikana tutkimusosastoilla tapahtui 247 eristystilannetta. Tutkimukseen valikoitui 37 eristystapahtumaa. Tutkimushoitajien ilmoituksen mukaan tutkimukseen mukaan tulleiden 37 eristys tapahtuman yhteenlaskettu tuntimäärä oli 1772 t 29 min. Tapahtumia analysoitaessa huomattiin, että todellinen tuntimäärä analyysissä mukana olleissa eristystilanteissa oli 1262 t 16 min johtuen siitä, että 510 tuntia puuttui teknisten vikojen vuoksi ja hoitajien suostumuksen puutteesta. Keskimäärin eristystapahtuma kesti 47 t 58 min. Toisaalta 37:ssä eristystapahtumassa oli mukana neljä eristystapahtumaa, joiden kesto oli yli 168 t. Kuitenkin kaksi kolmasosaa eristystapahtumista kesti alle 48 t. Hoitohenkilökunta oli yhteensä 77 tuntia ja 19 minuuttia eristys huoneessa kaikesta 1262 tunnista ja 16 minuutista. Tämä luku sisältää kaksi sidontaeristystä, jolloin henkilökunta oli potilaan välittömässä läheisyydessä jatkuvasti eristysajan aikana eli 26 h 4 min ajan. Huoneeristyksessä hoitaja oli läsnä 51 tuntia ja 15 minuuttia.

9.2 Hoitajan toiminta eristyshuoneessa

Eristyshuoneen turvakameroiden tallenteiden analyysissä yhtenä osana tarkasteltiin hoitajan ja potilaan välistä terapeuttista vuorovaikutusta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, mitä toimintoja hoitohenkilökunta toteuttaa eristyshuoneessa. Yhteensä turvakameroiden videotallenteita kertyi 37 kappaletta ja noin 1262 tuntia. Tästä noin 1262 tunnista hoitaja ja/tai hoitohenkilökunta kävi eristyshuoneessa 391 kertaa. Hoitohenkilökunta oli yhteensä 77 tuntia ja 19 minuuttia eristyshuoneessa. Kahdessa tapauksessa kyseessä oli sidontaeristys, jolloin hoitaja valvoi potilasta hänen välittömässä läheisyydessään.

Eristyshuoneen turvakameroiden tallenteiden analyysissä hoitajan käymistä eristyshuoneessa kirjattiin yhteensä 666 riviä Excel-taulukkoon. Näissä tilanteissa, joissa hoitaja ja/tai hoitohenkilökunta kävi potilaan luona, oli keskimäärin mukana 4 ihmistä (vaihteluväli 1-8). Hoitajan ja/tai hoitohenkilökunnan käydessä potilaan luona he suorittivat yleensä useita toimintoja samaan aikaan, kuten toivat ruokaa tai lääkettä sekä keskustelivat potilaan kanssa.

Eristyshuoneen turvakameratallenteiden pohjalta tehdyn analyysin perusteella hoitajan toiminnot jakautuvat yhdeksään eri kategoriaan:

1. perushoito
2. lääkehoito
3. ravitsemuksesta huolehtiminen
4. eristyksen turvallisuuden turvaaminen
5. valvonta oven takaa
6. keskustelu potilaan kanssa eristyshuoneessa
7. keskustelu potilaan kanssa eristyshuoneen oven läpi
8. siivoaminen
9. potilaan ja hoitajan liikkuminen eristyshuoneeseen ja pois eristyshuoneesta.

Perushoittoon kuului potilaan avustaminen päivittäisissä perustarpeissa, kuten pukeminen tai itsensä puhtaana pitäminen. Perushoidossa suoritettiin myös mm. haavojen hoitamista, punnitsemista ja verenpaineen mittaamista. Perushoidon aikana hoitajat myös huolehtivat potilaan erittämiseen liittyvistä asioista, kuten virtsapulun tuomisesta ja tyhjentämisestä tai alusastialle auttamisesta.

Lääkehoidon aikana hoitajat pääsääntöisesti toivat potilaalle suun kautta annettavia lääkkeitä ja tarjosivat lääkkeen kanssa potilaalle vettä. Hoitajat joutuivat myös antamaan injektiota ja suorittamaan pakkolääkityksen antamista. Lääkehoidon suorittamisessa oli huomioitava, että erityisesti tilanteissa, joissa jouduttiin pakkolääkitsemään potilasta, tulisi huomioida hoitohenkilökunnan turvallisuus ja oikeat toimitavat.

Hoitajat huolehtivat potilaan ravitsemuksesta. Hoitajat tuovat päivittäiset ateriat ja pitävät huolta potilaan nesteytyksestä. Valtaosa päivän aterioista tarjoiltiin potilaalle kuution päällä. Hoitajat myös siivoavat astiat pois ja tarvittaessa siivoavat potilaan ruualla aiheuttaman sotkun. Ravitsemuksen ja ruokailutilanteen turvaamisessa huomionarvoista oli se, että potilaan ollessa levoton ja kiihtynyt hän saattoi heittää astiat ja kuumat juotavat hoitajaa kohti.

Hoitajat huolehtivat myös potilaan turvallisuudesta eristyshoidon aikana. Hoitajat esimerkiksi poistivat potilaalta sellaisia esineitä, joilla hän voisi vahingoittaa itseään. Hoitajat myös tarkastivat eristyshuoneen, esimerkiksi lavuaarin ja vessan, etsiäkseen huoneeseen mahdollisesti potilaan piilottamia esineitä. Samoin hoitajat joutuivat estämään potilasta karkaamasta ja ottamaan potilaasta tarvittaessa kiinni, mikäli potilaan käytös vaikutti uhkaavalta. Hoitajat valvoivat potilaita eristyshuoneen ovesa olevan ikkunan läpi ja keskustelivat potilaan kanssa oven läpi.

Hoitajat joutuivat siivoamaan huoneessa jonkin verran esimerkiksi silloin, kun potilas oli peittänyt turvakameran ruualla tai heittänyt ruuat lattialle tai seiniin. Hoitajat joutuivat myös siivoamaan potilaan eritteitä eristyshuoneesta. Usein siivotessaan huonetta hoitaja oli siellä yksin ja kumartuneena pois päin potilaasta, mikä saattoi vähentää työturvallisuutta.

Hoitajan tehtäviin eristyshuoneessa kuului myös potilaan tuominen eristykseen, potilaan päästäminen pois eristyksestä tai potilaan päästäminen pois eristyksestä ja odottaminen, että potilas tulee takaisin. Potilas saatettiin esimerkiksi päästää pois eristyksestä tupakalle.

TAULUKKO 5.

Hoitajan toimintoja eristyshuoneessa huone- ja sidontaeristykseen aikana.

Toiminto	Esimerkkejä toiminnoista
perushoito	"Hoitajat kävelevät huoneeseen, ojentavat sairaalavaatteet potilaalle ja auttavat potilasta riisuutumaan sekä pukemaan vaatteet ylleen." "Hoitajat tulevat sisään ja potilas ohjataan patjalle makaamaan, hoitaja tutkii potilaan vasenta jalkaa ja käsiä." "Hoitaja avaa oven ja ottaa sorsan potilaalta ja poistuu huoneesta."
lääkehoito	"Hoitaja avaa oven, 5 hoitajaa astuu sisään, hoitajat puhuvat potilaalle ja ottavat kiinnipitoon, hoitaja antaa injektioita ja tämän jälkeen hoitaja antaa merkin ja kaikki hoitajat poistuvat huoneesta." "Hoitaja astuu huoneeseen ja tuo mukanaan lääkettä lääkemukissa ja vettä, antaa lääkkeen potilaalle ja potilaan otettua lääkkeen poistuu huoneesta."
ravitsemuksesta huolehtiminen	"Hoitajat tuovat kuution eristyshuoneeseen ja tuovat potilaalle ruokaa, joka asetellaan kuution päälle." "Hoitaja tuo lisää juotavaa ja poistuu heti tämän jälkeen." "Hoitajat astuvat sisään ja korjaavat astiat pois, poistuvat huoneesta likaisten astioiden kanssa."
eristykseen turvallisuuden turvaaminen	"Hoitajat tarkastavat, onko potilaalla tavaroita taskuissaan tai vaatteiden alle piilotettuna." "Hoitajat estävät potilasta karkaamasta eristyshuoneen avoimesta ovesta." "Hoitajat ottavat korut, kännykän ja estävät potilasta lyömästä/huikomasta hoitajia sekä pitävät kiinni potilaasta."
valvonta eristyshuoneen oven takaa	"Hoitaja katsoo potilasta eristyshuoneen ikkunasta." "Hoitaja tulee eristyshuoneen oven taakse välitilaan, sytyttää valot, katsoo potilasta, sammuttaa valot ja poistuu välitilasta."

keskustelu potilaan kanssa eristyshuoneessa	"Hoitajat, lääkäri ja potilas keskustelevat." "Hoitajat ja lääkäri tulevat eristyshuoneeseen. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa. Lääkäri, potilas ja hoitajat poistuvat huoneesta." "Hoitajat tulevat eristyshuoneeseen, puhuvat potilaan kanssa ja hoitajat puhuvat keskenään, hoitajat poistuvat."
keskustelu potilaan kanssa eristyshuoneen oven läpi	"Hoitaja on eristyshuoneen oven takana, keskustelee potilaan kanssa oven läpi ja poistuu sitten välitilasta." "Hoitaja on eristyshuoneen oven takana, potilas ja hoitaja keskustelevat oven läpi."
siivoaminen	"Hoitajat siistivät huonetta ja tuovat uudet petivaatteet." "Hoitajat astuvat sisään, pyyhkivät turvakameran puhtaaksi ja pyyhkivät ovea."
potilaan ja hoitajan liikkuminen eristyshuoneeseen ja pois eristyshuoneesta	"Hoitaja ja potilas kävelevät huoneeseen." "Hoitaja avaa oven ja potilas kävelee hoitaja perässään ulos huoneesta." "Hoitaja avaa oven ja antaa potilaalle mukin ja tupakan, potilas poistuu eristyshuoneesta ja potilas palaa ja hoitaja sulkee oven."

EriTurva-hankkeen fokusryhmähaastatteluiden perusteella hoitajan toiminta eristyshuoneessa on laaja-alaista toimintaa, jossa hoitajat pyrkivät potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. Hoitajien toimintaa eristyshuoneessa voidaan jaotella seuraavasti:

- potilaan perustarpeista huolehtiminen
- eristystilanteen turvallisuudesta huolehtiminen
- potilaan terveydentilan hoitaminen
- yhteyden pitäminen eristämistilanteen ulkopuolisiin ihmisiin
- hoitajien pyrkimys hoidolliseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa.

Eristyshuoneessa hoitajat huolehtivat potilaiden perustarpeista, eristämistilanteen turvallisuudesta ja potilaan terveydentilasta (taulukko 5) sekä pitävät potilaan puolesta yhteyttä eristämistilanteen ulkopuolisiin ihmisiin. Lisäksi eristämistilanteessa korostuu hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus – kuten hoitajien pyrkimys terapeuttiseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa (taulukko 6).

TAULUKKO 6.
Hoitajan toimenpiteitä eristämisen aikana.

Potilaan terveydentilasta huolehtiminen	Terapeuttiseen vuorovaikutukseen pyrkiminen
potilaan kliininen hoitaminen	läsnäolo ja kontaktin saaminen potilaaseen
lääkehoidon toteuttaminen	laadukkaaseen vuorovaikutukseen pyrkiminen
potilaan psyyken hoitaminen	yhteistyöhön pyrkiminen
kirjaaminen	potilaan yksilöllinen kohtelu
potilaan terveydentilan seuranta ja arviointi	potilaan informointi

Perustarpeista huolehtimiseen kuuluu, että hoitajat huolehtivat siitä, että potilas saa ruokaa ja nesteitä eristyshuoneeseen. Tarpeen mukaan potilasta avustetaan myös ruokailussa. Yksilöllisyys pyritään huomioimaan myös eristämistilanteessa: potilaalta kysytään, mitä hän haluaisi syödä ja juoda. Potilaiden hygieniasta huolehditaan eristämistilanteen aikana, ja heille tarjotaan mahdollisuus käydä suihkussa ja wc:ssä eristyshuoneen ulkopuolella. Osassa eristyshuoneita on omat wc-pöntöt, mutta useimmiten hoitajat vievät potilaat wc-tiloihin eristyshuoneen ulkopuolelle. Tällä pyritään osaltaan huolehtimaan eristämistilanteen turvallisuudesta. Hoitajat kokevat, että heillä menee eristyshuoneessa paljon aikaa siivoamiseen ja muiden ammattiryhmien töihin.

Hoitajat kokevat eristyshuoneesta turvallisuudesta huolehtimisen yhdeksi keskeisimmistä tehtävistä. Eristämistilanteen turvallisuudesta huolehtimiseen kuuluu muiden ammattiryhmien turvallisuudesta huolehtiminen, potilaan turvallisuudesta huolehtiminen ja omasta työturvallisuudesta huolehtiminen. Muiden ammattiryhmien turvallisuudesta huolehtimisessa korostuu hoitajan toiminta esimerkiksi silloin, kun lääkäri tulee eristyshuoneeseen keskustelemaan potilaan kanssa ja arvioimaan eristämisen tarvetta. Hoitajat saattavat ohjata keskustelua tai toimia tulkina potilaan ja lääkärin välillä tilanteissa, joissa ei välttämättä ole yhteistä kieltä. Laitoshuoltajien ja laboratoriohoitajien turvallisuudesta huolehditaan silloin, kun he käyvät eristyshuoneessa. Hoitajat arvioivat, onko eristyshuoneeseen turvallista mennä, eikä eristyshuoneeseen mennä ilman hoitajien läsnäoloa. Hoitajat huolehtivat myös opiskelijoiden turvallisuudesta, eivätkä opiskelijat osallistu eristämistilanteisiin kuin korkeintaan sivusta seuraajina.

Potilaan turvallisuudesta huolehtimiseen kuuluu potilaan jatkuva valvonta ja voinnin arviointi. Potilaan eristysmuotoon vaikuttaa potilaan vointi ja esimerkiksi itsetuhoinen käyttäytyminen. Potilas, joka on selvästi vaaraksi itselleen myös eristyshuoneessa, voidaan siirtää eristyshuoneeseen, jossa potilaan turvallisuus varmistetaan sitomalla hänet sänkyyn. Potilaan turvallisuudesta huolehtimiseen kuuluu myös, että hoitajat arvioivat tarkoin, mitä tavaroita potilaalla voi eristyshuoneessa olla. Rajoitustoimenpiteiden tekeminen, kuten potilaan kiinnipittäminen, on joskus välttämätöntä potilaan turvallisuuden varmistamiseksi.

Omasta työturvallisuudesta huolehtimiseen eristyshuoneessa kuuluu se, ettei sinne mennä koskaan yksin ja eristyshuoneeseen menevien hoitajien määrä arvioidaan etukäteen. Kunkin hoitajan rooli ja sijoittuminen päätetään etukäteen. Etukäteen on tärkeää sopia etenkin siitä, kuka keskustelee potilaan kanssa. Lisäksi hoitajat pyrkivät huomioimaan, että hoitaja ja potilas olisivat entuudestaan tuttuja toisilleen. Tällöin keskusteluyhteyden saaminen potilaaseen voi onnistua helpommin ja potilaalle itselleen voi tulla turvallisempi olo kuin keskusteltaessa vieraan hoitajan kanssa. Suurella joukolla eristyshuoneeseen meneminen voi olla potilaasta provosoivaa tai pelottavaa. Voi olla turvallisempaa mennä huoneeseen pienemmällä, hyvin järjestäytyneellä joukolla. Hoitajat kokevatkin tehtäväkseen luoda potilaalle mahdollisimman turvallisen olotilan. Huomioimalla hoitajan sukupuoli saatetaan ennalta-

ehkäistä konfliktitilanteita: hoitajat kokevat, että joidenkin potilaiden saattaa olla helpompi keskustella samaa sukupuolta olevan hoitajan kanssa. Myös kulttuurilliset tekijät huomioidaan. Lisäksi hoitajat huolehtivat omasta työturvallisuudesta keskustelemalla potilaan kanssa tarvittaessa oven läpi.

Potilaan terveydentilasta huolehtiminen nähdään kokonaisvaltaisena hoitona, jossa huomioidaan potilaan psyykkinen, somaattinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Hoitajien näkökulmasta korostuvat erityisesti potilaan voinnin tarkkailu, seuraaminen ja arvioiminen erityistilanteen aikana. Hoitajat seuraavat ja tarkkailevat potilaan vointia kameran välityksellä tai potilaan vierellä, jos hän on siteissä. Kameran välityksellä potilaan vointia arvioidaan tarkkailemalla potilaan käytöstä kuten levottomuutta tai maanista käytöstä. Hoitajat kuitenkin kokevat, että potilaan voinnin arvioimiseksi ja seuraamiseksi ei riitä pelkkä kameran välityksellä seuraaminen, vaan eristyshuoneessa tulee myös käydä säännöllisesti ja olla potilaan kanssa vuorovaikutuksessa.

Potilaan psyykkisestä voinnista huolehditaan keskustelemalla potilaan kanssa ja lääkitsemällä potilasta. Hoitajat arvioivat potilaan kykyä yhteistyöhön ja sitä, miten potilas on vuorovaikutuksessa. Hoitajat pyrkivät omalla toiminnallaan siihen, että he eivät provosoi potilasta tai provosoidu itse potilaan käytöksestä. Hoitajat tarkkailevat potilasta jatkuvasti, jotta he pystyvät samalla arvioimaan eristämisen tarvetta. Kirjaaminen on oleellinen osa potilaan voinnin seuranta.

Hoitajat huomioivat sen, että potilaan psyykkinen vointi, kuten psykoottisuus, levottomuus, rauhattomuus ja unettomuus, voivat vaikuttaa myös potilaan somaattiseen vointiin kuten verenpaineeseen ja sykkeeseen. Lisäksi huomioidaan potilaiden somaattiset sairaudet. Myös potilaan erittämistä seurataan. Hoitajat toteuttavat eristyshuoneessa erilaisia lääkärin määräämiä hoitotoimenpiteitä ja seuraavat säännöllisesti potilaan verenpainetta ja lämpöä. Lisäksi eristyshuoneessa tehdään potilaalle tarvittavia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. Veritulppien, painehaavojen ja hiertymien ehkäisystä huolehditaan etenkin sidontaeristyksen aikana.

Hoitajat pitävät yhteyttä potilaan näin halutessa tai salliessa myös potilaan omaisiin ja läheisiin. Hoitajat tiedottavat potilaan läheisiä ja omaisia potilaan voinnista, ja välittävät heidän viestejään ja terveisiä potilaalle.

Hoitajat pyrkivät terapeuttiseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa eristystilanteen aikana. Hoitajat kokevat tärkeäksi kontaktin saamisen potilaaseen ja kontaktin ylläpitämisen sen jälkeen, kun se on saavutettu. Kontaktia pyritään ottamaan rauhallisella ja asiallisella lähestymisellä. Hoitajien selkeä puhe ja neutraali toimiminen auttavat luomaan rauhallista ja luottamusta herättävää vuorovaikutusta. Potilaan kohtaamisessa tunnustetaan yksilöllisyyden merkitys: hoitajat huomioivat kulttuuriset tekijät, ja esimerkiksi huumorin käyttö tunnustetaan joidenkin potilaiden kohdalla hyväksi keinoksi ylläpitää vuorovaikutusta. Inhimillisuus on osa arvokasta lähestymistä. Hoitajat kokevat, että potilaan huomioiminen eristyshuoneessa on osa laadukasta vuorovaikutusta. Potilasta huomioivassa vuorovaikutuksessa ei puhuta potilaan yli, eivätkä hoitajat keskustele vain keskenään. Potilaalle esittäytyään eristyshuoneeseen mentäessä, ja hoitajat huomioivat oman kehonkielen ja äänenpainon. Laadukas vuorovaikutus on ennalta suunniteltua ja tavoitteellista. Vuorovaikutuksessa hoitajat haluavat huomioida esimerkiksi vuorovaikutuksen määrän ja sisällön. Läsä olemisen koetaan tärkeäksi, ja sidontaeristyksen aikana vuorovaikutusta koetaan olevan väkisinkin enemmän kuin potilaan ollessa yksin eristyshuoneessa.

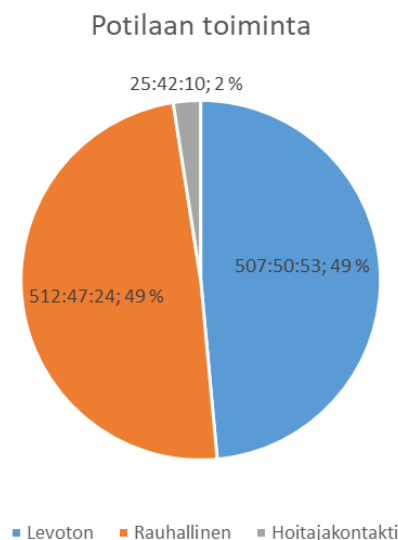
Potilaan informoinnin katsotaan myös olevan oleellinen osa terapeutista vuorovaikutusta. Hoitajat kokevat, että on tärkeää informoida potilasta siitä, minkä takia eristykseen päädyttiin ja mitä potilaalta odotetaan, jotta eristys voidaan lopettaa. Tärkeäksi koetaan myös se, että potilasta informoidaan eristykseen liittyvistä käytännöistä kuten siitä, milloin hoitajat käyvät eristyshuoneessa ja esimerkiksi siitä, onko osastokokeilua suunniteltu. Toisaalta hoitajat kokevat myös tärkeäksi sen, että potilaalle ei luvata mitään ilman, että asiasta on varmaa tietoa. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi eristämisen purkaminen, osastokokeilu tai joidenkin tavaroiden antaminen potilaalle eristyshuoneeseen. Mikäli hoitaja ei pääse eristyshuoneeseen heti potilaan pyynnön mukaisesti, tulee potilaalle kertoa tästä ja ilmoittaa, milloin eristyshuoneeseen tullaan. Myös rajoitustoimenpiteiden, kuten kiinnipitojen aikana, potilasta tulee hoitajien näkemyksen mukaan informoida koko ajan siitä, mitä tehdään.

9.2 Potilaan toiminta eristyshuoneessa

Eristyshuoneen turvakameroiden tallenteiden analyysissä yhtenä osana tarkasteltiin potilaan toimintaa. Turvakameroiden videotallenteista kertyi noin 1262 tuntia, joka kuvaa potilaan toimintaa. Tästä noin 1262 tunnista potilas oli eristyshuoneessaan yksin 1211 tuntia.

Potilaan toiminta voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan (kuvio 6):

1. Rauhallinen oleminen
2. Levoton oleminen
3. Kontakti hoitohenkilökuntaan.



Kuvio 6. Potilaan toiminta eristysvuoneessa.

Rauhallinen oleminen

Rauhalliseen olemiseen on laskettu potilaan toiminta silloin kun hän istuu tai maa-kaa. Myös syöminen ja lukeminen rauhallisesti on laskettu mukaan. Rauhalliseksi olemiseksi on laskettu nukkuminen ja sellainen patjalla makoilu, jolloin potilas ei liikuttele itseään. Mikäli potilas kesken nukkumisen on käynyt juomassa tai vessassa, tai kääntänyt kylkeään, on sekin laskettu rauhalliseen olemiseen.

Levoton oleminen

Levottomaan olemiseen on laskettu sellainen potilaan toiminta, jolloin hän liikuttelee itseään usein tai toistuvasti. Usein potilaat kulkevat huoneessa edestakaisin tai toistavat pakonomaisesti jotakin liikettä tai liikesarjaa. Potilaan levoton toiminta

sisältää usein seinien ja oven koputtamista tai hakkaamista. Tähän on laskettu mukaan myös syöminen silloin, kun se tapahtuu kävellessä tai liikkuesssa tai potilaan itsensä sotkeminen ruualla. Koska eristyksessä virikkeitä on vähän, potilaiden levoton oleminen on niiden tavaroiden siirtelyä, mitä on saatavilla, kuten pöytäkuution liikuttelua, astioiden järjestelyä tai patjan siirtämistä. Potilaan levoton oleminen tarkoittaa kävelyn lisäksi usein lihasten harjoittelua tekemällä erilaisia lihaskuntoliikkeitä tai makuulle menemistä ja nousemista.

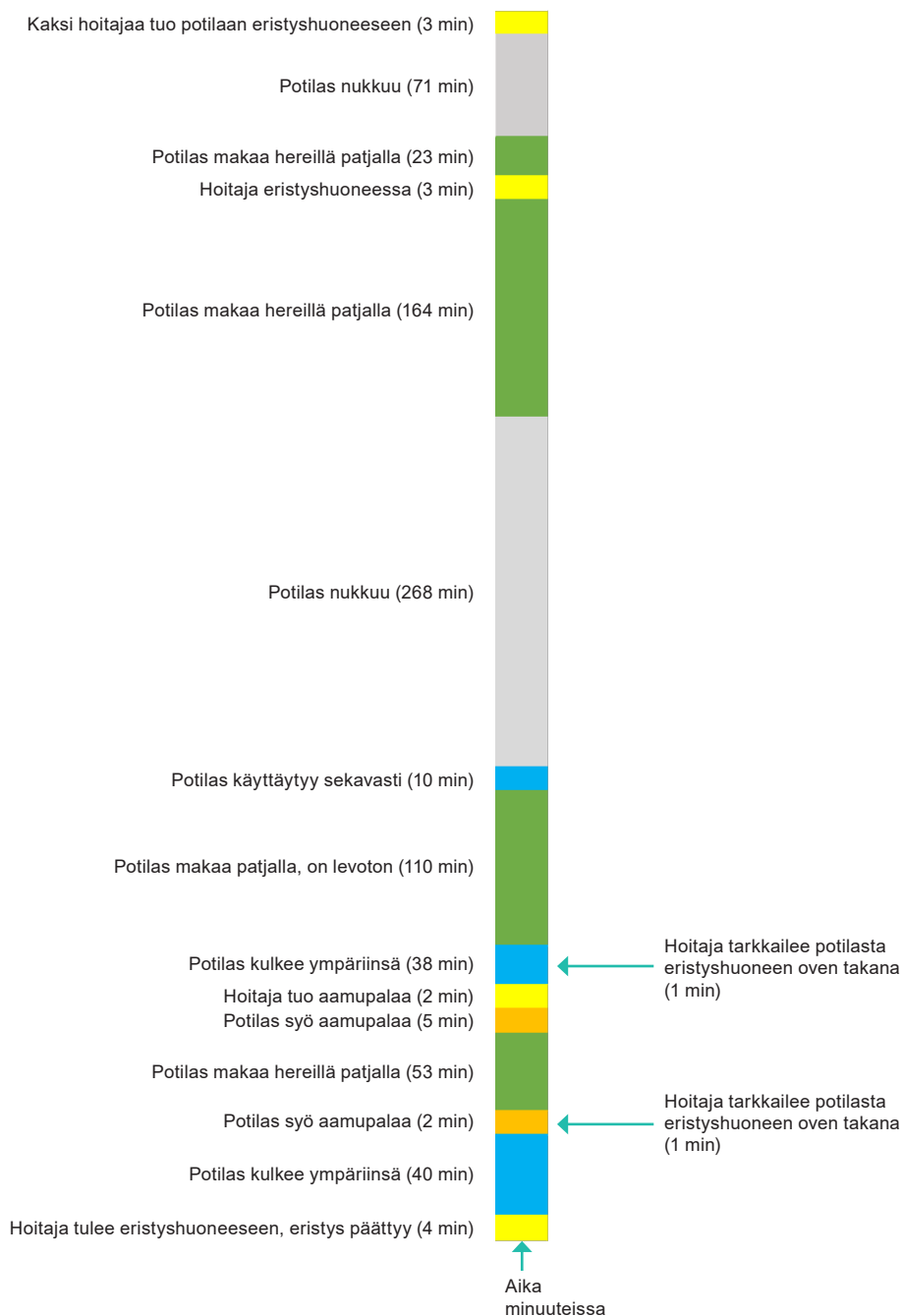
Hoitohenkilökunnan kanssa kontaktissa oleminen

Kontaktiksi hoitohenkilökunnan kanssa on laskettu ne hetket, jolloin potilas puhuu huoneessa olevan hoitajan tai lääkärin kanssa. Hoitohenkilökunnan käynnit eristys-huoneessa sisälsivät keskustelun lisäksi usein ruuan tuomista, lääkkeiden antamista tai tutkimuksien tekemistä, kuten verenpaineen mittaamista tai verinäytteiden otamista. Hoitajakontaktiksi ei laskettu sellaista toimintaa, jolloin potilas itse ei ole kontaktissa hoitajaan, kuten hoitajan käyminen oven takana tai hoitajan läsnäolo sidontaeristyksen aikana. Eristyshuonehoidon aloitustilanteessa hoitajakontakti on usein vaatteiden vaihtoa tai potilaan omaisuuden haltuunottoa.

Analysoitaessa yksi eristystapahtuma tarkemmin (14 tuntia, 15 minuuttia) huomattiin, että potilaan toiminta voidaan jakaa seuraaviin toimintoihin (kuvio 7):

1. nukkuminen
2. makaaminen hereillä patjalla
3. syöminen
4. levoton ja sekava käyttäytyminen
5. kontaktin ottaminen hoitajaan.

Potilas käyttäytyi suurimman osan hereilläoloajastaan rauhallisesti lähinnä maaten patjalla joko peiton alla tai peiton päällä. Lähes yhtä pitkän ajan potilas nukkui rauhallisesti. Potilas kuitenkin käyttäytyi myös hyvin sekavasti kävelemällä kiihtyneenä edestakaisin, riisumalla vaatteita pois ja laittamalla ne takaisin päälleen ja menemällä seisomaan kasvot nurkkaan päin. Potilas oli kontaktissa hoitohenkilökunnan kanssa yhteensä 14 minuuttia, johon sisältyy potilaan tuonti eristykseen hänen ollessaan tiedoton.



KUVIO 7. Yhden potilaan toiminta kronologisesti esitettynä.

10. Huone- ja sidonta-eristykseen liittyviä kehittämisehdotuksia

EriTurva-hankkeen fokusryhmähaastatteluiden perusteella hoitajat mainitsivat useita ehdotuksia eristyshuoneen fyysisten tilojen ja eristämiskäytäntöjen kehittämiseksi. Eristyshuoneen ovesa tulisi olla luukku, jonka kautta hoitaja voisi kommunikoida potilaan kanssa ja tarvittaessa antaa ruokaa tai juomaa. Potilaalla tulisi olla psyykkisen tilan salliessa mahdollisuus päästä ulos aidatulle piha-alueelle. Tämä nähtiin tärkeäksi erityisesti silloin, kun on kyse pitkistä eristyksistä. Hoitajat visioivat myös eristyshuonetta, jossa olisi kaksi ovea. Tämä lisäisi turvallisen eristyksen toteuttamista: potilas ei voisi estää hoitajien tulemista eristyshuoneeseen, ja toisaalta hoitajien olisi turvallisempaa poistua kiihtyneen potilaan luota. Hoitajien mukaan eristystila voisi rakentua siten, että kahden eristyshuoneen välillä olisi valvomo, josta hoitajat voisivat tarkkailla eristyksessä olevaa potilasta.

Hoitajat odottavat lääkäreiltä enemmän tilanteiden ennakoimista: he toivoivat, että esimerkiksi paremman lääkityksen avulla eristämisiä voitaisiin lyhentää tai jopa välttää kokonaan. Turvallisuutta eristyshuoneessa edistäisivät myös kaksi valvontakameraa, jotka kuvaisivat huonetta eri suunnista. Näin vältettäisiin yhden kameran käytössä syntyvät katvealueet. Valvontakameroiden tulisi myös olla huomaamattomia. Niiden tulisi esimerkiksi olla sijoitettu kalusteisiin siten, etteivät potilaat kiinnitä niihin huomiota.

Hoitajat puhuivat myös kirjaamisen tärkeydestä. Kirjaamisen tulisi olla tarkkaa ja kattaa kaiken, mitä potilas tekee eristyshuoneessa, myös hoitajien käyntikerrat ja potilaan elintoimintojen havainnoinnin ja kirjaamisen.

Eristyshuoneessa olevan irtaimiston ja huonekalujen tulisi olla turvallisia ja tarkoituksen soveltuvia. Hoitajat ehdottivat myös TV:n asentamista pleksilasin taakse, jotta potilaalla olisi virikkeitä eristyksen aikana.

Hoitajat esittivät, että eristyshuoneista luovuttaisiin kokonaan. Potilashuoneet voisivat olla muunneltavissa siten, että potilasta voitaisiin rajoittaa turvallisesti omassa huoneessaan. Hoitajien mukaan yhden hengen potilashuoneet, joihin potilas pääsee rauhoittumaan ja tarvittaessa vetäytymään eskaloituneesta tilanteesta arvokkaasti menettämättä kasvojaan, olisi paras vaihtoehto eristämiseksi. Tällöin kyseessä olisi-kin potilaan vapaaehtoinen rajoittaminen. Vaihtona eristyshuoneelle hoitajat esittivät rauhoittumishuonetta, johon potilas voisi mennä itse rauhoittumaan ja kuuntelemaan esimerkiksi musiikkia, jolloin välttyttäisiin eristämiseltä.

Työturvallisuuteen liittyviä kehittämissuhteita huone- ja sidontaeristykseen jaettiin neljään pääteemaan: työperäiseen, fyysiseen, psykologiseen ja ympäristölliseen.

Työperäisiä työturvallisuutta edistäviä kehittämissuhteita tunnistettiin seuraavasti: hoitajien toiminnan suunnittelu (hoitajien roolit, sijoittuminen eristyshuoneeseen, tilanteen ennakointi, apuvälineiden (esim. kilpi) tarve), hoitajien vuorovaikutuksen ja tiedon jakamisen tehostaminen, henkilökunnan koulutuksen lisääminen ja uusien työntekijöiden perehdyttäminen turvallisiin toimintatapoihin eristyshuoneessa.

Fyysiset työturvallisuutta edistävät kehittämissuhteet liittyvät hoitohenkilökunnan riittävään määrään eristystilanteissa. Hoitajien määrän lisäksi tunnistettiin mieshoitajien merkitys työturvallisuuden kannalta. Mieshoitajat pystyvät tarvittaessa pitämään kiinni aggressiivisesta potilaasta varmemmin ja näin tilanne on turvallinen sekä potilaalle että hoitajille. Työturvallisuutta edistää myös se, että potilas istuu tai makaa patjalla hoitajien tullessa eristyshuoneeseen: tällöin potilas ei pääse karkaamaan eristyshuoneesta eikä hyökkäämään hoitajien päälle hallitsemattomasti. Eristyshuoneissa tapahtuvissa kiinnipitotilanteissa työturvallisuutta voidaan edistää hoitajien ergonomiaan liittyvällä koulutuksella sekä kiinnipitoasentojen vaihdolla.

Psykologisissa kehittämisehdotuksissa korostettiin hyvän ja terveellisen työyhteisön merkitystä. Työyhteisön kannalta onkin tärkeää, että hoitohenkilökunta pitää eristyksen jälkeen purkukeskusteluja sekä keskustelee eristystilanteista työryhmässä. Hoitajien rauhallinen toiminta eristystilanteissa koettiin työturvallisuutta edistäväksi tekijäksi. Näiden lisäksi olemassa olevien ohjeistusten ja käytänteiden seuraamista pidettiin työturvallisuuden kannalta tärkeänä.

Ympäristöön liittyviä kehittämisehdotuksia työturvallisuuden parantamiseksi tunnistettiin useita. Eristyshuoneen tilojen laajentaminen ja äänieristyksen parantaminen lisäävät työturvallisuutta. Eristyshuoneen suunnittelun osalta tunnistettiin, että oven läpi asioiminen luukun kautta voisi edistää työturvallisuutta. Myös ovesa oleva ketju, joka sallisi oven avaamisen raolleen ja estäisi potilasta avaamasta ovea, voisi parantaa työturvallisuutta. Hoitaja voisi tällöin keskustella potilaan kanssa oven raossa menemättä sisälle eristyshuoneeseen. Eristyshuoneeseen näkeminen koettiin tärkeäksi. Tämän vuoksi kameroiden lisääminen ja sijoittaminen siten, että koko eristyshuone ja sen yhteydessä oleva käytävä ovat nähtävissä edistävät työturvallisuutta. Tarkoituksenmukaisten työvälineiden ja työvaatteiden kuten kenkien käyttö nähtiin yhtenä työturvallisuutta edistävänä kehittämisehdotuksena.

11. Tulosten yhteenveto

EriTurva-hankkeessa tutkittiin hoitajien työturvallisuutta ja riskitekijöitä huone- ja sidontaeristyksen aikana psykiatrisilla osastoilla. Potilaan ja hoitajan toimintaa eristyshoidon aikana ja eristyshoidossa esiintyvää väkivaltaista käyttäytymistä on tutkittu erittäin vähän maailmanlaajuisesti. Aihetta ei ole tutkittu lainkaan suomalaisen psykiatrian kentässä. Aihe on kuitenkin hoitajien työturvallisuuden kannalta merkittävä, sillä väkivallan uhka on psykiatrian osastoilla ja eristystilanteessa aina läsnä (Bowers ym. 2009, Virtanen ym. 2011).

Projektin ensimmäisen vaiheen tulosten yhteenvetona eristyshuonehoidon aikaisesta työturvallisuudesta voidaan todeta, että hoitajiin kohdistuviin riskeihin vaikuttavat monet tekijät. Työturvallisuuden riskit johtuvat hoitajien mukaan työperäisistä, fyysisistä, psykologisista ja ympäristötekijöistä sekä potilaan ominaisuuksista. Huomionarvoista on, hoitajaan kohdistunutta väkivaltaa ja erilaisia hoitajaan kohdistuneita vammoja eristämisen aikana löydettiin kirjallisuuden perusteella, jota tukivat myös tämän tutkimuksen hoitohenkilökunnan haastattelut. Haastatteluissa hoitajat toivat esille erilaisia fyysisiä, tiimityöskentelyyn ja ympäristöön liittyviä riskitekijöitä eristyksen aikana.

Hankkeen toisessa vaiheessa tarkasteltiin hoitajan ja potilaan toimintaa ja heidän välistä vuorovaikutusta huone- ja sidontaeristyksen aikana. Tuloksista voidaan todeta, että vuorovaikutusta on vähän, mutta hoitajan rooli ja toiminta eristyksen aikana on suunniteltua. Hoitajan toiminta rajautuu selkeästi perushoitoon, lääkehoitoon, potilaan fyysisen ja psyykkisen voinnin seuraamiseen sekä potilaan ja lääkärin kanssa keskusteluun. Eristämistilanteessa merkityksellistä on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus. Hoitajilla oli tavoitteena muodostaa terapeuttinen vuorovaikutussuhde potilaaseen. Terapeuttiseen vuorovaikutukseen luettiin kuuluvaksi ensisijaisesti kontaktin saaminen potilaaseen ja sen ylläpitäminen. Terapeuttisen vuorovaikutuksen kuvattiin olevan tavoitteellista ja ennalta suunniteltua.

Potilaan toiminta eristyshuoneessa jaettiin kolmeen eri kategoriaan. Potilaan rauhallista olemista ilmensi potilaan istuminen kuutiolla tai patjalla sekä rauhassa makaaminen tai nukkuminen patjalla. Syöminen ja lehtien lukeminen liittyivät myös rauhalliseen olemiseen. Levottomaksi olemiseksi määriteltiin potilaan toiminta, jossa hän oli jatkuvasti liikkeessä tai toisti samaa liikesarjaa pakonomaisesti. Levotonta olemista kuvasi myös seinien ja ovien hakkaaminen ja saatavilla olevien tavaroiden siirtely edestakaisin. Potilas oli kontaktissa hoitohenkilökunnan kanssa eristyksen aikana. Useimmiten kontakti liittyi ruoan ja lääkkeiden tuomiseen tai hoitotoimenpiteiden tekemiseen, kuten verenpaineen mittaamiseen. Tällöin potilas myös keskusteli hoitajien ja lääkärin kanssa.

Hankkeen kolmannessa vaiheessa selvitettiin hoitohenkilökunnan työturvallisuuden ja eristyksen aikaiseen hoitoon liittyviä kehittämissuunnitelmia. Yhteenvedona voidaan todeta, että hoitajien tulisi suunnitella toimintansa systemaattisesti ennakoon mennessään eristyshuoneeseen. Heidän tulee miettiä roolitus, vastuut, huoneeseen sijoittuminen suhteessa potilaaseen sekä mahdollisten apuvälineiden tarve. Työturvallisuusriskejä vähentää se, että hoitajat ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja jakavat tietoa avoimesti. Työturvallisuutta voidaan edistää myös lisäämällä hoitajien koulutusmahdollisuuksia ja uusien työntekijöiden perehdyttämistä. Eristyshuoneessa tapahtuvien kiinnipitotilanteiden kohdalla työturvallisuutta voidaan edistää ergonomiaan liittyvällä koulutuksella sekä hoitajien kiinnipitoasentojen vaihdolla.

12. Hyvä potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus huone- ja sidontaeristyksen aikana

Seuraavassa esitämme hankkeemme perusteella toimintaohjeita hyvään potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, jotka tukevat hoitajan työturvallisuutta potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana.

Haastavien tilanteiden ennakointi

- Osastojen huone- ja sidontaeristyksen vähentämisessä kiinnitetään huomiota ennen kaikkea tilanteiden ennakoimiseen ja ennaltaehkäisemiseen.
- Potilaan rauhoittamiseen käytetään vuorovaikutuksellisia menetelmiä ja lääkehoitoa huone- ja sidontaeristyksen välttämiseksi.

Hoitajien toiminnan kirjallinen ohjeistus

- Hoitajilla tulee olla selkeät toimintaohjeet ja roolitettut tehtävät eristämistä ja sitomistilanteiden varalle työturvallisuuden takaamiseksi.
- Potilaiden tulee olla tietoisia osastojen toimintaohjeista ja hoitajien tehtävistä huone- ja sidontaeristämistilanteissa työturvallisuutta edistävän yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi.
- Potilaan ja hoitajan välillä tulee olla luonnollista vuorovaikutusta, joka on ennalta suunniteltua ja tavoitteellista.

Vuorovaikutuksen keinot

- Hoitajan on esittäydyttävä potilaalle eristyshuoneeseen mentäessä.
- Hoitajan tulee kertoa potilaalle selkeästi eristämisen tai sitomisen perusteet.
- Hoitajan tulee kertoa potilaalle ymmärrettävin sanavalinnoin, miksi eristämiseen on päädytty ja mitä potilaalta odotetaan, jotta eristys voidaan lopettaa.
- Hoitajan tulee kertoa potilaalle eristykseen liittyvistä vuorovaikutuskäytännöistä, kuten hoitajien käyntitiheydestä eristyshuoneessa, ja siitä miten seuranta toteutetaan ja mitä käyntien aikana tapahtuu.
- Hoitajien tulee luoda ammattitaitonsa avulla eristämisestä ja/tai sitomisesta turvallinen tapahtuma sekä itsensä että potilaan näkökulmasta.
- Hoitajan toiminta potilaan kanssa perustuu rehellisyyteen ja faktoihin; hänelle ei esimerkiksi luvata asioita, joista ei ole sovittu (esim. eristämisen päättäminen, tavaroiden antaminen eristykseen).
- Hoitajan käydessä potilaan luona hänen tulee olla fyysisesti ja henkisesti läsnä potilaan kanssa.
- Hoitajan on pyrittävä saamaan potilaaseen katse- ja puhekontakti eristämisen aikana.
- Hoitajan tulee käyttäytyä ja puhua rauhallisesti, selkeästi ja asiallisesti.
- Hoitaja ei provosoidu potilaan puheesta tai käyttäytymisestä.
- Hoitajien tulee kohdata potilas inhimillisesti ja ymmärtää hänen olotilansa huone- sidontaeristyksessä.
- Hoitaja antaa potilaalle mahdollisuuden ilmaista tunteuksensa ja kokemuksensa huone- ja sidontaeristyksen aikana siten, että hänet otetaan mukaan keskusteluun eikä hänen puhettaan ohiteta.
- Hoitajien tulee kohdata potilaat yksilöllisesti.

- Hoitajien tulee huomioida potilaiden henkilökohtainen kulttuuritausta.
- Hoitajien tulee huomioida huumorin käytössä yksilölliset tekijät potilaan tilanteen vähättelemisen välttämiseksi.
- Hoitajan tulee muistaa inhimillisyys potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa.
- Hoitaja ymmärtää rauhallisen kehonkielen ja äänenpainon merkityksen ja hän osaa hyödyntää sitä hoidollisesti potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana.

Potilaan fyysisen tilan seuranta

- Potilaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia on seurattava säännöllisesti huone- ja sidontaeristyksen aikana.
- Potilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin seuranta huone- ja sidontaeristyksen aikana edellyttää potilaan vierellä olemista tai käyntiä, pelkkä kameravalvonta tai lasioven takana käyminen ei riitä.

Yhteydenpito omaisiin

- Hoitajat voivat välittää potilaan ja omaisten välillä viestejä ja terveisiä potilaan psyykkisen voinnin mukaan lain säättämässä mahdollisuuksissa.

Hoitajien toiminnan dokumentointi ja seuranta

- Hoitajien toteuttama potilasseuranta huone- ja sidontaeristyksen aikana tulee dokumentoida luotettavasti.
- Hoitajien dokumentoinneissa tulee olla nähtävissä potilaan fyysisen ja emotionaalisen tilan seuranta ja sitä seuranneet toimenpiteet.

Hoitajien täydennyskoulutus

- Hoitajat tulee kouluttaa laadukkaaseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa työturvallisuuden lisäämiseksi potilaan huone- ja sidontaeristyksen sattuessa.

13. Pohdinta

Psykiatria on jälleen tutun haasteen edessä: pakkoa on vähennettävä, ja siihen on löydettävä turvalliset keinot. Haaste on tällä kertaa tuntuvampi. Digitalisoituvaa maailmaa mahdollistaa eristystoimenpiteiden kattavan seurannan, ja yhteiskunnan avoimuuden vaatimus avaa suljetut psykiatriset osastot ja niiden toiminnan uudelle tarkastelulle. Pakon käyttö muuttuu enenevästi lääketieteellisestä toimenpiteestä lainsäädännön ohjaamaksi, ja psykiatristen potilaiden ääni hoidon kehittämisessä vahvistuu. Onneksi psykiatria on valmis vastaamaan haasteeseen. Suhdautuminen pakon käyttöön on muuttunut, ja sitä halutaan vähentää psykiatrisessa hoitojärjestelmässä.

Suomessa on tutkittu psykiatrista hoitotyötä ja haastavia hoitokäytäntöjä, kuten aggressiivisen potilaan kohtaamista ja hoitamista huone- ja sidontaeristyksen avulla paljon (Välimäki ym. 2013, Kontio 2011, Lahti 2014, Soininen 2014). Voidaan kuitenkin todeta, että hyvin vähän on tutkittu hoitohenkilökuntaan kohdistuvia riskejä eristämistilanteen aikana tai sitä, mitä hoitohenkilökunta tai potilas eristyksessä tekevät. Tämä julkaisu ja EriTurva-hanke ovat osaltaan tuoneet vastauksia tähän tilanteeseen. Julkaisussa on tarkasteltu sitä, millaisia riskejä hoitajaan kohdistuu ja miten hoitaja ja potilas huone- ja sidontaeristyksen aikana toimivat. Lisäksi on kuvattu hoitohenkilökunnan eristämistilanteeseen liittyviä kehittämissuhteita.

13.1. Riskitekijät työturvallisuudelle huone- ja sidontaeristyksen aikana

Hoitotyöntekijät tunnistivat useita työturvallisuutta uhkaavia tekijöitä psykiatrisessa sairaalahoidossa huone- ja sidontaeristystä toteutettaessa. Työturvallisuuslain (2002) mukaan työnantaja on velvollinen selvittämään työstä, työtiloista, työvälineistä ja toimintatavoista johtuvia tekijöitä, joilla on vaikutus työturvallisuuteen. Tässä hankkeessa tunnistettiin työturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, joihin puut-

tumalla psykiatriset sairaalat voivat edistää hoitohenkilökunnan työturvallisuutta eristämisen- ja sitomishoitoa toteutettaessa. Kuten aikaisemmat tutkimukset osoittavat, hoitajaan kohdistuu työturvallisuusriskejä ennen eristämistapahtumaa, sen aikana ja eristämistapahtuman jälkeen (Marangos-Frost & Wells 2000, Bonner ym. 2002, Lee ym. 2003, Lancaster ym. 2008, VanDerNagel ym. 2009).

EriTurva-hankkeessa työperäisiin riskitekijöihin lukeutui useita eri asioita kuten esimerkiksi tiimityöskentelyn haasteet. On tärkeää kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan väliseen tiedonkulkuun, jotta katkokset siinä voidaan välttää. Hoitohenkilökunnan koulutukseen ja tiimin työskentelyyn tulee kiinnittää huomiota erityisesti, kun työryhmään tulee mukaan uusia työntekijöitä, jolloin uusien kollegoiden toimintatavoissa saattaa olla eroja. Myös epätietoisuus hoitajan omasta roolista ja vastuista eristyspotilaan hoitotilanteessa saattaa aiheuttaa riskejä työturvallisuuden kannalta.

EriTurva-hankkeen tuloksista käy myös ilmi, että eristystilanteen aikana tehtyjä päätöksiä kyseenalaistetaan tai yhteisiä turvallisuuskäytänteitä jätetään noudattamatta. Tällaisia käytänteitä ovat esim. yksintyöskentely tai ilman hälytyslaitteita työskentely. Tämä lisää merkittävästi työntekijän työturvallisuusriskiä.

Ympäristöön liittyvät riskitekijät liittyvät eristyshuoneen fyysisiin ominaisuuksiin. Eristyshuoneeseen tullaan pienen välitilan kautta ja eristyshuoneen oviaukko on kapea, mikä lisää niin potilaiden kuin hoitajien loukkaantumisriskiä. Eristyshuoneen lattia saattaa olla liukas nesteiden, kuten virtsan ja veden, tai siivouksen jäljiltä, mikä altistaa liukastumisille. Toimimaton hälytysjärjestelmä eristyshuoneessa saattaa aiheuttaa riskitekijän työturvallisuudelle. Eristyshuoneessa olevien kiinteiden kalusteiden sijainti ja terävät kulmat aiheuttavat loukkaantumisriskin kiinnipitotilanteissa.

Kameravalvonnan laatu saattaa vaikeuttaa potilaan seuranta ja saattaa aiheuttaa virhearviointeja potilaan tilanteesta. Potilaaseen liittyviin riskeihin laskettiin kuuluvaksi potilaiden psyykinen tila: kiihtyneet ja aggressiiviset potilaat aiheuttavat riskin hoitajien työturvallisuudelle. Lisäksi päihtyneet ja hoitoresistentit potilaat voivat aiheuttaa vaaratilanteita eristyshuoneessa. Potilaan puutteellinen ymmärrys hoidon tarpeesta lisää riskiä aggressiiviseen käyttäytymiseen.

Työsuojeluhallinnon mukaan työntekijät ovat velvollisia noudattamaan työnantajan laatimia määräyksiä sekä turvallisuusohjeita (Työsuojelu 2016). Hoitotyönteki-

jät tunnistivat, että huone- ja sidontaeristysten aikana tapahtuu turvallisuusohjeiden laiminlyöntiä. Hoitohenkilökunnan jäsenet eivät välttämättä kannu mukanaan henkilöhälyttimiä, menevät yksin eristyshuoneeseen tai toimivat muutoin turvallisuusohjeiden vastaisesti. Työnantajan lisäksi yksittäiset hoitotyöntekijät ja työryhmät ovat merkittävässä asemassa työturvallisuuden edistämässä. Kaikkien hoitotyöntekijöiden tulee olla tietoisia turvallisista toimintatavoista huone- ja sidontaeristämistilanteissa.

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ei raportoi kaikkia heihin kohdistuvia uhkaavia tilanteita tai väkivallan tekoja. 40-60 % aggressiivisista tilanteista jää raportoimatta, koska hoitajat kokevat ne harmittomina (esimerkiksi sanallinen aggressiivisuus) ja osana potilaan tavanomaista oireilua tai jopa hoitotyöhön kuuluvaksi (Nolan & Volavka 2006, Farrell ym. 2010). Toisaalta hoitajat myös määrittävät aggression yksilöllisesti, jolloin aggressiiviselle käyttäytymiselle annetaan eri merkityksiä. Tämä vaikuttaa uhkaavien tilanteiden tunnistamiseen, mikä puolestaan johtaa raportoinnin epäjohdonmukaisuuteen. (Nolan & Volavka 2006.)

EriTurva-hankkeessa kuvattiin eristystilanteeseen liittyviä fyysisiä riskitekijöitä. Nämä liittyvät hoitajien fyysisiin ominaisuuksiin ja niistä aiheutuviin rajoituksiin. Esimerkiksi kokoerot hoitajien välillä saattavat vaikeuttaa potilaan kiinnipitoa ja haitata turvallisen kiinnipidon toteuttamista. Huomionarvoista on myös, että hoitajien määrä ja erityisesti mieshoitajien osuus hoitajamäärästä vaikuttaa eristystilanteissa hoidon turvallisuuteen. Eristyshuoneeseen menemistä voidaan joutua siirtämään mieshoitajien vähäisyyden takia.

Pakkotoimien käyttö arjessa on eettisesti vaikeaa: pakon haitat tunnetaan, mutta toisaalta psykiatrisessa hoitotyössä on tilanteita, joissa pakko vaikuttaa ainoalta toimintamahdollisuudelta (Cleary ym. 2010). Tämä tilanne tuli myös esille EriTurvan tutkimushaastattelussa hoitajien kuvaamana, jossa hoitajat kokivat, että muuta vaihtoehtoa haastavan tilanteen hoitamiseksi ei ollut kuin eristäminen. Toisaalta hoitajat toivat myös esille sen, että he toivovat eristyshuoneista luovuttavan.

Keskustelu pakosta polarisoituu. Toisaalla on toive terapeutin yhteistyön lisäämisestä ja aidosta inhimillisestä kontaktista, toisaalla on tarve turvata potilaan psyykinen ja fyysinen terveys pakkotoimien avulla. EriTurva-hankkeen tulokset lähentävät näitä ääripäitä suhteessa toisiinsa muistuttamalla, että käytettävien pakon vä-

hentämisen keinojen tulee olla käytännön perustyöhön sovellettavia. Useiden tutkimusten ja ohjeistusten mukaan (ICN 2004, Livingston ym. 2010, Stewart ym. 2009, Kontio ym. 2011, Välimäki 2013, Lahti ym. 2013, Lahti 2014) hoitotyöntekijöiden koulutuksen pakon käytön vähentämiseen on todettu olevan yksi parhaista menetelmistä.

Ryhmähaastatteluista kävi ilmi, että hoitotyöntekijöiden koulutuksessa ja perehdyttämisessä turvallisiin toimintatapoihin on puutteita. Oman lisänsä tuo myös se, että toimintatavat saattavat poiketa osastokohtaisesti, jolloin muiden osastojen huone- ja sidontaeristystilanteissa avustaessa hoitotyöntekijät saattavat joutua tilanteeseen, jossa he eivät ole tietoisia toisen osaston toimintatavoista. Yhtenäisten toimintatapojen luominen onkin tärkeää. Eristämistilanteissa hoitohenkilökunta korosti selkeiden roolien merkitystä; hoitotyöntekijät jakavat roolit ennen eristyshuoneeseen menoa sekä päättävät kuka johtaa tilannetta. Hoitohenkilökunta korosti työturvallisuuden kannalta henkilökunnan riittävää määrää eristämistilanteissa. Twin Valley Behavioral Healthcaren (TVBH) hoitosuosituksessa todetaan, että työturvallisuuden ja loukkaantumisten välttämiseksi vähintään viisi hoitotyöntekijää on sopiva määrä pakkotoimia toteutettaessa (Short ym. 2008). Tämä nousee esiin myös EriTurva-hankkeen eristyshuoneen turvakameratallenteiden analyysistä: pakkotoimien aikana hoitajia on paikalla vähintään viisi ja usein enemmän. On kuitenkin huomioitava, että hoitajat saattavat arvioida väärin eristystilanteen riskitekijöitä. Tutun potilaan kohdalla he eivät välttämättä ole enää kykeneviä arvioimaan objektiivisesti potilaan senhetkistä psyykkistä tilaa ja mahdollista väkivallan riskiä.

Kirjallisuudessa viitataan usein osastokulttuurin merkitykseen suhteessa potilasväkivaltaan ja rajoitusten käyttöön (Johansson ym. 2014). Tiedetään myös, että henkilökunta voi pinnallisesti näyttäytyä hyvin yksimieliseltä, mutta todellisuudessa mielipiteet pakosta ja sen käytöstä vaihtelevat yksilöittäin (Laiho ym. 2014). Tämä selittää osin henkilökunnan haastatteluissa esiin tuomaa toivetta siitä, että vaikeita tilanteita hoidettaessa tiimi toimisi selkeän ja yhteisen ohjeen mukaisesti. Kuitenkin tiedetään myös yksittäisen hoitajan empatiakokemusten vaikuttavan eristysmääriin (Yang ym. 2014). Toisaalta hoitajat käyttävät myös valtaa ja epäformaalia pakonkäyttöä, kuten potilaan painostamista, millä on merkittävä vaikutus terapeuttiin vuorovaikutukseen (Hotzy & Jaeger 2016). EriTurva-hankkeen tuloksista käy ilmi, että potilaan huomioiminen katsottiin tärkeäksi, samoin vuorovaikutuksen määrä ja sisältö. Potilaan informointi on oleellinen osa hoidollista vuorovaikutusta. Poti-

laan informoimisen tärkeys korostui erityisesti eristystoimien aloitettaessa sekä eristyksen kuluessa eri hoitotoimenpiteitä tehtäessä.

Väkivallan uhka on tunnistettu psykiatrisessa sairaalahoidossa (Gournay 2001, Anderson & West 2011, Moylan & Cullinan 2011, Kuivalainen ym. 2014, Arnetz ym. 2016, Iennaco ym. 2017). Työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa työnantajaa tunnistamaan väkivallan uhan ennakkoon sekä laatimaan selkeät toimintaohjeet näiden varalta. Osastolla potilaan aggressiivista käyttäytymistä tulisi ennakoida säännöllisesti strukturoiduin menetelmin (Ogloff ym. 2006), vaikka tällaisten toimintamallien käyttöönotto psykiatrisen hoidon arjessa voikin olla vaikeaa (Lantta ym. 2015) Suomestakin on näyttöä siitä, että väkivaltariskin arviot voivat monipuolistaa riskitilanteisiin reagoimista (Kaunomäki ym. 2017). Potilaan huone- ja sidontaeristämistilanteessa väkivallan uhka on kohonnut. Tutkittua tietoa löytyy kuitenkin hyvin vähän siitä, millaisia uhkia ja riskejä hoitohenkilökuntaan kohdistuu eristämistilanteen aikana. EriTurva-hankkeen tuloksista käy ilmi, että hoitajat nimeävät uhkia ja saattavat kokea myös väkivaltaa eri muodoissaan eristystilanteen aikana. Toimintaohje huone- ja sidontaeristämistä varten tulee laatia siten, että siinä on huomioitu potilaasta aiheutuva väkivallan uhka.

Hoitotyöntekijät korostivat ryhmähaastatteluissa eristämistilanteiden jälkeisen purkukeskustelun (debriefing) merkitystä. Purkukeskustelut voivat olla joko muodollisia tai epämuodollisia. Muodollisia purkukeskustelumenetelmiä käytetään haastavien, väkivaltaa sisältävien tai muutoin traumaattisten tilanteiden jälkeen. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) on tällainen työntekijöiden purkukeskustelua varten kehitetty menetelmä. (Antai-Otong 2001, Goulet & Larue 2016.) Ison-Britannian NICE:n (National Institute for Health and Care Excellence) hoitosuosituksen mukaan purkukeskusteluun tulisi ottaa mukaan myös potilaat (NICE 2015). Purkukeskustelun merkitystä korostettiin myös TVBH:n suosituksessa (Short ym. 2008). Tämän hankkeen ryhmähaastatteluissa hoitohenkilökunta keskusteli vain hoitotyöntekijöiden välisen purkukeskustelun merkityksestä. Epämuodolliset purkukeskustelun menetelmät ovat lyhyitä keskusteluita tai muutaman sanan vaihtoa eristämistilanteiden jälkeen, jossa hoitotyöntekijät voivat keskustella siitä, miten tilanne sujui ja mitä kehitettävää on jatkossa. Epämuodollisten purkukeskustelumenetelmien positiivinen vaikutus on tunnistettu (Goulet & Larue 2017). EriTurva-hankkeen tulokset tukevat myös hyvin purkukeskustelun käytön tärkeyttä. Työyhteisön näkökulmasta on tärkeää, että huone-eristystä toteuttavat hoitajat pitävät systemaattisesti purkukeskustelun kunkin eristystilanteen jälkeen. Keskustelut työ-

ryhmässä tukevat hoitajan psyykkistä työkykyä ja työn hallintaa. Rauhallinen toiminta eristystilanteissa edistää työturvallisuutta. Lisäksi hoitajien sitoutuminen olemassa olevien ohjeistusten ja käytänteiden noudattamiseen on ratkaisevan tärkeää, kun puhutaan riskien vähentämisestä eristystilanteessa.

13.2. Hoitajan ja potilaan toiminta huone- ja sidontaeristyksen aikana

Hoitajan toiminta eristyksen aikana on kokonaisvaltaista potilaan hoitoa, jossa pyritään ottamaan huomioon potilaan psyykkiset, somaattiset ja sosiaaliset tarpeet. EriTurva-hankkeen tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitajat toteuttavat erilaisia hoitotyön toimintoja potilaan ollessa eristyshuoneessa. Potilaan perushoitoon kuului perustarpeista ja -hoidosta huolehtiminen. Lääkehoidon toteuttamiseen kuului lääkkeen anto suun kautta. Mikäli lääkitys annettiin injektiona, huomio tuli kiinnittää tapahtuman turvallisuuteen niin potilaan kuin hoitajien näkökulmasta. Ravitsemuksesta huolehtimiseen kuului potilaan nesteytyksestä huolehtiminen, aterioiden tuominen eristyshuoneeseen ja tarvittaessa syömisessä avustaminen. Potilaan turvallisuudesta huolehtiminen kuului myös hoitajien toimintoihin. Hoitajat poistivat eristyshuoneesta esineitä, joilla potilas voisi vahingoittaa itseään. Hoitajat myös estivät potilasta karkaamasta eristyshuoneesta. Hoitajat tarkkailivat potilasta ja hänen toimintaansa eristyshuoneen ovelta olevan ikkunan kautta.

Hoitajat keskustelivat potilaan kanssa eristyshuoneessa tai potilaan ollessa kiihtynyt tai levoton eristyshuoneen oven läpi. Siivoamiseen kuului eristyshuoneen siisteydestä huolehtiminen silloin, kun potilas oli sotkenut ruualla tai eritteillään eristyshuonetta. Hoitajat toimivat potilaan saattajina potilaan tullessa huoneeseen ja lähtiessä sieltä tai potilaan mennessä tupakalle osaston tupakkahuoneeseen. Lisäksi hoitajat pyrkivät pitämään yhteyttä eristämistilanteen ulkopuolisiin ihmisiin potilaan puolesta.

Eristyshuoneen turvakameratallenteiden analyysissä havaittiin, että vuorovaikutuksellinen aika hoitajan ja potilaan välillä on vähäistä ja että hoitajan toiminnot keskittyvät potilaan perushoitoon kuten ravinnosta, erittämisestä ja puhtaudesta huolehtimiseen. Tämä on hyvin lähellä sitä, mitä Peplau (1997) on kuvaillut terapeutin vuorovaikutuksen sisällöksi. Toisaalta hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on hyvin vähäistä eristystilanteen aikana, mikä tukee Keski-Valkaman (2010) tutki-

muksen tuloksia siitä, että potilaat toivovat enemmän vuorovaikutusta eristystilanteen aikana.

Hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta eristystilanteessa onkin tutkittu hyvin vähän. Kontion (2011) tutkimuksessa potilaat toivovat vuorovaikutuksen hoitajan kanssa jatkuvan myös eristystilanteen aikana (van der Merwe ym. 2013) ja toisaalta kokevat vuorovaikutuksen riittämättömäksi eristyksessä ollessaan (Keski-Valkama 2010, Soininen ym. 2013). Tutkimuksissa painotetaan, että positiivisen mielenterveyden tukemista ja mielenterveyden edistämistä tulisi painottaa jo hoitajien koulutuksen aikana, jotta terapeutin vuorovaikutukseen osataan kiinnittää huomiota (Wand 2011). Onkin tärkeää saada uutta tutkimuksellista, näyttöön perustuvaa tietoa eristysyhteisössä olevan potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta.

EriTurva-hankkeen tuloksista käy ilmi, että läsnäololle potilaan kanssa jää hyvin vähän aikaa. Useissa tutkimuksissa läsnäoloa pidetään kuitenkin tärkeänä (Arthur ym. 1999, Martin & Street 2003, Scanlon 2006, Roche ym. 2011, Thompson & Hamilton 2012, Hawamdeh & Fakhry 2013). Toisaalta hoitajat mainitsevat ryhmähaastattelussa, että potilaan psyykkisen voimien tarkkailu, arviointi ja tukeminen on yksi hoitajan tehtävistä eristyksen aikana. Tämä on linjassa sen kanssa, että terapeutin vuorovaikutuksen koetaan olevan potilaan auttamista haasteellisessa tilanteessa (Scanlon 2006.)

Hoitajien haastattelussa nousee esiin myös hoitajien tapa puhua ja pysyä ammatillisena läpi eristyshoitotilanteen. Hoitajat tunnistavat useita haasteellisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa ammatillisuuden ylläpitämiseen. Toisaalta on myös nähty, että hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta terapeutin vuorovaikutuksen menettämistä, jotta hyvä terapeutin vuorovaikutus voisi toteutua. (Martin & Street 2003). Kulttuurisensitiivisyys ja potilaan omalla kielellä kommunikoinnin tärkeys ilmeni myös EriTurva-hankkeen tuloksista. Tulos on samansuuntainen Arthurin ym. (1999) tutkimustulosten kanssa.

Potilaan toimintaa analysoitaessa voidaan todeta, että potilaan käyttäytyminen on polarisoitunutta. Potilas on rauhallinen eli nukkuu tai käyttäytyy muuten rauhallisesti. Vaihtoehtoisesti potilas voi käyttäytyä huomattavan levottomasti. Tämä on ensimmäinen kerta Suomessa, kun potilaan toimintaa on seurattu näin systemaattisesti eristystilanteessa. Kuten aiemmat tutkimukset (Keski-Valkama 2010, Kontio

2011, Soininen ym. 2013) tuovat esiin, potilaat kaipaavat vuorovaikutusta enemmän ja toisaalta tuloksista käy esille, että nyt sitä on melko niukasti.

13.3. Hoitajien ehdotukset huone- ja sidontaeristyksen kehittämiseksi

Uusia sairaalayksiköitä rakennettaessa eristystilojen suunnitteluun tulee paneutua. Osastolla pelkät arkkitehtoniset ratkaisut, jotka lisäävät mahdollisuutta potilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutukseen, voivat vähentää eristystoimenpiteitä (McCurdy ym. 2015). Sekä hoitotyöntekijöiden haastattelut että videomateriaali osoittivat, että perinteinen yksiovinen, osin vaikeasti valvottava eristyshuone ei ole turvallinen. Haastatteluissa nousi esille paljon vaihtoehtoisia ja osin suhteellisen helposti toteutettavia eristysten rakenteellisia ratkaisuja, jotka parantaisivat sekä potilas- että työturvallisuutta. Esimerkiksi eristyshuoneen suurentaminen vähentäisi hoitajien työturvallisuuteen kohdistuvia riskejä. Oven läpi luukun kautta asioiminen edistää hoitajien työturvallisuutta, koska tällöin vältetään eristyshuoneeseen sisälle meneminen. Eristyshuoneen turvallisuutta lisääisi myös kahden valvontakameran käyttö. Tällöin valvontakamerakuvaa saataisiin kahdesta eri suunnasta, eikä huoneeseen jäisi kameravalvonnan katvealueita. Valvontakameroiden tulisi myös olla huomattomasti ja potilaan ulottumattomissa.

Eristyshuoneessa olevan irtaimiston ja huonekalujen tulisi olla turvallisia ja tarkoitukseen soveltuvia. Turvallisen eristämisen varmistamiseksi eristyshuoneessa tulisi myös olla kaksi ovea. Tällöin potilas ei voi estää hoitajien tulemistä eristyshuoneeseen ja toisaalta hoitajat myös pääsevät poistumaan nopeammin kiihtyneen potilaan luota. Potilashuoneet tulisi suunnitella muunneltaviksi siten, että potilasta voitaisiin rajoittaa turvallisesti omassa huoneessaan, jolloin eristyksien määrä saataisiin laskemaan. Tulevaisuuden uusia sairaaloita rakentaessa voidaan hyödyntää myös uutta teknologiaa. Yksi esimerkki tällaisesta yksinkertaisesta teknologiasta on Recornect, joka on hollantilaisen yhtiön kehittämä ”viestintäseinä”. Laitteen avulla eristyshuoneessa oleva potilas voi suojatun ja suurennettun älypuhelinmuistuttavan seinäpaneelin kautta olla yhteydessä suoraan henkilökuntaan, keskustella omaisten kanssa ja etsiä itselleen esimerkiksi sopivaa musiikkia tai televisio-ohjelmaa. (Recornect 2018.)

EriTurva-hankkeessa listattiin ensimmäistä kertaa Suomessa turvallisen eristyshuoneen perusedellytyksiä:

- riittävän suuri eristystila
- turvallinen ja tarkoituksenmukainen irtaimisto/huonekalut
- kaksi ovea
- kameraseuranta, joka kattaa koko huoneen
- mahdollisuus turvallisesti siivota huone siirtämällä potilas pois huoneesta siivouksen ajaksi
- teknologia, joka mahdollistaa kommunikoinnin potilaan kanssa ja joka mahdollistaa potilaan ajantasaisen valvonnan

Olisi suotavaa, että hankkeen tulosten avulla turvallisen eristyshuoneen perusvaatimuksista voitaisiin sopia kansallisesti. Edelleen henkilökunnan toive yhden hengen muunneltavista huoneista osastoilla voisi jatkossa puolestaan aidosti muuttaa perinteisen eristyksen käyttöä.

14. Tulosten soveltaminen ja hyödyntäminen

Eristämistilannetta ja eristyksen aikana tapahtuvia tilanteita psykiatrisessa sairaalassa on tutkittu vähän. Eristämistilanne on usein traumaattinen sekä potilaille että henkilöstölle. Työnantajan näkökulmasta riski-ilmoitukset eristäville osastoilla kertovat siitä, että eristystilanteessa hoitajat altistuvat sekä henkisille uhkauksille että fyysisille vahingoittumisille. Ennen eristämispäätöstä hoitajat työskentelevät eristämisen ehkäisemiseksi rauhoittamalla, puhumalla ja ohjaamalla potilaita rauhallisiin tiloihin. Eristämismäärät ja ajat ovatkin laskeneet koko ajan siitä huolimatta, että tutkimuksessa mukana olleilla osastoilla hoidetaan HUS:n alueen vaikeista aggressioproblematiikasta, persoonallisuuden häiriöistä ja psykoosioireista kärsiviä potilaita.

EriTurva-hankkeen tuloksia voidaan hyödyntää tuottamaan uutta jatkotietoa vähän tutkituista huone- ja sidontaeristyksen aikaisista tapahtumista. Tämä on tärkeää, jotta tunnistamme mahdolliset hoitajan työturvallisuuteen kohdistuvat riskit. Tuloksia voidaan hyödyntää suomalaisessa työelämässä kehitettäessä psykiatrista hoitoa sekä hoitajien työtä ja työturvallisuutta psykiatrisissa sairaaloissa. Erityisesti tuloksia voidaan käyttää hyväksi suunniteltaessa hoitotyöntekijöiden täydennyskoulutusta liittyen eristyskäytäntöihin.

EriTurva-hankkeessa pyrittiin myös vastaamaan ja vahvistamaan HUS:n potilasturvallisuusstrategiaa kehittämällä ja tuottamalla näyttöön perustuvaa tietoa psykiatrisen sairaalaosaston huone- ja sidontaeristystilanteista, työturvallisuuden riskeistä ja hyvistä toimintatavoista. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on julkaistu vuosille 2015–2016 potilasturvallisuussuunnitelma, jonka tavoitteena on tukea potilasturvallisuuden systemaattista järjestämistä sekä riskienhallinnan kehittämistä.

EriTurva-hankkeessa tehty tutkimus on ainutlaatuinen menetelmältään, videotalenteita ei tiettävästi ole juurikaan käytetty tutkimusmenetelmänä vastaavissa tutkimuksissa aiemmin. Alussa käytetty tutkimusmenetelmä aiheuttikin epävarmuutta henkilöstössä, mutta osastojen tutkimushenkilöstön avustuksella tietoisia suostumuksia saatiin.

Työnantajan näkökulmasta tutkimus antaa tietoa siitä, miten eristämistiloja voidaan kehittää, miten osaamista ja ohjeistusta tulee kehittää ja miten potilaan hoitoa eristämisen aikana voidaan kehittää huomioiden sekä potilas että työntekijöiden turvallisuus.

Hankkeen tulosten perusteella voidaan esittää suosituksia hoitajien työturvallisuuden kehittämiseksi psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristyksen aikana.

TYÖSUOJELU

- Hoitajien kokemukset työturvallisuusriskeistä potilaan huone- ja sidontaeritystilanteissa tulisi ottaa huomioon työsuojeluviranomaisten toimissa ja tarkastuksissa sekä laadittaessa ohjeistuksia turvallisiin käytäntöihin psykiatrisilla osastoilla.

TYÖNANTAJA

- Työnantajien tulisi varmistaa asianmukaiset tilat psykiatrisilla osastoilla, joissa toteutetaan eristystoimia.
- Hoitajien kehittämisohjeet työturvallisuuden parantamiseksi tulisi ottaa huomioon työnantajan kehittäessä ja arvioidessa työpaikan oloja, työmenetelmiä sekä turvallisuusohjeita.
- Työnantajan tulisi kehittää yhtenäiset ja selkeät työturvallisuutta edistävät ohjeet eristämisen- ja sitomiskäytänteille.

JOHTAMINEN

- Hoitotyön johdon tulisi huolehtia ajantasaisten työturvallisuusohjeiden käytäntöön viemisestä ja ohjeiden noudattamisen seurannasta.
- Hoitotyön johdon tulisi varmistaa, että työntekijät noudattavat työturvallisuusohjeita psykiatrisen potilaan eristämis- ja sitomistilanteissa oma, kollegoiden ja potilaan turvallisuus huomioiden.
- Hoitotyön johdon tulisi varmistaa, että työntekijät on perehdytetty asianmukaisesti potilaiden turvalliseen eristämis- ja sitomistoimien toteuttamiseen.
- Hoitotyön johdon tulisi varmistaa, että säännöllistä ja ajantasaista täydennyskoulutusta on saatavilla turvallisen eristämis- ja sitomishoidon toteuttamiseksi.

KOULUTUS

- Hoitotyöntekijöille tulisi tarjota koulutusta turvalliseen eristämis- ja sitomishoidon toteuttamiseen. Tähän liittyy esimerkiksi se, miten eristyshuoneeseen sijoitaudutaan, millaiset varusteet ja työvälineet on hyvä olla mukana sekä se, miten potilaasta otetaan kiinni siten, että potilaan ja hoitotyöntekijöiden vahingoittumisen riski olisi mahdollisimman pieni.

HOITOTYÖNTEKIJÄ

- Hoitotyöntekijän tulisi tunnistaa omaan työhönsä liittyvät työturvallisuuden riskitekijät ja uhat sekä osata huomioida nämä toiminnassaan.
- Hoitotyöntekijöiden tulisi viedä tietoa eteenpäin, mikäli he havaitsevat työssään epäkohtia tai työturvallisuuden uhkia. Näin tunnistettuihin uhkisiin olisi mahdollista vaikuttaa.
- Hoitotyöntekijöiden tulisi huolehtia omasta fyysisestä ja psyykkisestä terveydestään. Tällöin haastavissa tilanteissa, kuten eristämis- ja sitomistilanteissa, voidaan osa työturvallisuuden riskitekijöistä minimoida.

Lähteet

- Albrecht HJ. (2016) Legal aspects of the use of coercive measures in psychiatry. Teoksessa: Völlm B. & Nedopil N. (toim.) The use of coercive measures in forensic psychiatric care. Springer. Cham. 31-48.
- Amer A. (2013) Informed Consent in Adult Psychiatry. *Oman Medical Journal* 28(4), 228-231.
- ANA (2017) American nurses association. What nurses do? <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
- Anderson A. & West S. (2011) Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience* 8(3), 34-39.
- Annoni M. & Miller F.G. (2016) Placebo effects and the ethics of therapeutic communication: a pragmatic perspective. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 26(1), 79-103.
- Antai-Otong D. (2001) Critical incident stress debriefing: a health promotion model for workplace violence. *Perspectives in Psychiatric Care* 37(4), 125-132.
- Arnetz J., Lydia H., Lynnette E., Upfal MJ., Joel A. & Mark L. (2015) Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing* 71(2), 338-348.
- Arthur D., Chan HK., Fung WY., Wong KY. & Yeung KW. (1999) Therapeutic communication strategies used by Hong Kong mental health nurses with their Chinese clients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6(1), 29-36.
- Asher L., Fekadu A., Teferra S., De Silva M., Pathare S. & Hanlon C. (2017) "I cry every day and night, I have my son tied in chains": physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. *Global Health* 13(1), 47.
- Bak J. & Aggernæs H. (2012) Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry* 66(5), 297-302.
- Berg J. (2012) Aggression and its management in adolescent forensic psychiatric care. *Annales Universitatis Turkuensis D 1038. Academic Dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Painosalama Oy. Turku. ISSN 0355-9483*
- Bigwood S. & Crowe M. (2008) 'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(3), 215-222.

Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D. & Wellman N. (2002) Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(4), 465-473.

Bottorff J. (1994) Using videotaped recordings in qualitative research. Teoksessa: Morse J. (toim.) *Critical issues in qualitative research methods*. Sage publications.

Bowers L., Whittington R., Almvik R., Bergman B., Oud N. & Savio M. (1999) A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organization. *International Journal of Nursing Studies* 36(3), 217-222.

Bowers L., Allan T., Simpson A., Jones J., Van Der Merwe M. & Jeffery D. (2009) Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing* 30(4), 260-271.

Bregar B., Skela-Savič B. & Kores Plesničar B. (2018) Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry* 18(1), 171-181.

Brownie S., Scott R. & Rossiter R. (2016) Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nursing Standard* 31(6), 54-63.

Burns N. & Grove S. (2009) *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th edition. Saunders Elsevier.

Caris-Verhallen M, Kerkstra A. & Bensing J. (1999) Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 808-818.

Carnwell R. & Daly W. (2001) Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse Education in Practice* 1(2), 57-63.

Cleary M., Hunt G. & Walter G. (2010) Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care. *Journal of Medical Ethics* 36(8), 459-462.

Cleary M., Hunt G., Horsfall J. & Deacon M. (2012) Nurse-patient interaction in acute inpatient mental health units: A review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing* 33(2), 66-79.

Cronin P., Ryan F. & Coughlan M. (2008) Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing* 17(1), 38-43.

Dahm K., Odgaard-Jensen J., Husum T. & Leiknes K. (2015) Interventions for reducing coercion in mental health for adults: systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences* 1(1), 1-23.

Declaration of Helsinki (2013) World medical association declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of American Medical Association*. 310(20), 2191-2194.

Derry S., Pea R., Barron B., Engle R., Erickson F., Goldman R., Hall R., Koschmann T., Lemke J., Sherin M. & Sherin B. (2010) 'Conducting video research in the learning sciences: guidance on selection, analysis, technology, and ethics'. *Journal of the Learning Sciences* 19(1), 3-53.

de Jong J., Visser M., van Dijk N., van der Vleuten C. & Wieringa-de Waard M. (2013) A systematic review of the relationship between patient mix and learning in workbased clinical settings. A BEME systematic review: BEME Guide no. 24. *Medical Teacher* 35(6), 1181-96.

ETENE (2001) Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisu 1. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf (viitattu 30.7.2018)

ETENE (2009) Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on vastuu. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisu 25. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf (viitattu 30.7.2018)

Fakhoury W., White I. & Priebe S. (2007) Be good to your patient: how the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195(9), 789-791.

Farrell GA., Shafiei T. & Salmon P. (2010) Facing up to challenging behaviour: a model for training in staff-client interaction. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1644-1655.

Gilhooley J. & Kelly BD. (2018) Return of the asylum. *The British Journal of Psychiatry* 212(2), 69-70.

Goulet MH. & Larue C. (2016) Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(1), 120-128.

Goulet MH. & Larue C. (2018) A case study: Seclusion and restraint in psychiatric care. *Clinical Nursing Research* 27(7), 853-870.

Gournay K. (2001) Violence in mental health care - are there any solutions? *Mental Health Practice* 5(2), 20-22.

Graneheim UH. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2), 105-112.

Grant M. & Booth A. (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal* 26(2), 91-108.

Halikko statement (2012) Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa, Halikko Statement 13.12.2012. Kohti potilaiden sitomisen lopettamista psykiatrisessa hoidossa. <https://thl.fi/documents/10531/621873/Halikko+Statement.pdf/66587c63-c738-4a7f-9335-66c2b6c39c59> (viitattu 30.7.2018)

Happell B. & Koehn S. (2011) Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *Journal of Advanced Nursing* 67(6), 1222-1231.

Hawamdeh S. & Fakhry R. (2013) Therapeutic relationships from the psychiatric nurses' perspectives: an interpretative phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care* 50(3), 178-185.

Henkilötietolaki (1999) 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (viitattu 11.6.2017)

Hesse-Bieber S. (2011) *The handbook of emergent technologies in social research*. Oxford University Press.

Hottinen A. (2013) Containment measures in adolescent psychiatric care – focus on mechanical restraint. *Annales Universitatis Turkuensis D 1052*. Academic Dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Painosalama Oy. Turku. ISSN 0355-9483.

Hotzy F. & Jaeger M. (2016) Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment – a systematic review. *Frontiers in Psychiatry* doi: 10.3389/fpsy.2016.00197

Hulatt I. (2014) Restraint is a last resort, use it rarely and wisely. *Nursing Standard* 28(31), 22-23.

HUS (2016) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2016–2017. <http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuushussa/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202016-17.pdf> (viitattu 23.7.2018)

HUS (2017) Tilinpäätös ja toimintekertomus 2017. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Tilinpaaotos/Tilinppts%202017/HUS%20Tilinpaaotos%20ja%20toimintakertomus,%20hallitus%2019.3.2018.pdf> (viitattu 14.8.2018)

HUS-strategia (2011) HUS:n strategia 2012-2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Sivut/default.aspx> (viitattu 23.7.2018)

Hyppönen O. & Linden S. (2009) Opettajan käsikirja: opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja. Espoo.

Hyvönen J. (2008) Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 440. Akateeminen väitöskirja. Oikeuspsykiatrian yksikkö. Kopijyvä. Kuopio. ISSN 1235-0303.

ICN (2004) Nursing matters- developing nursing resources for mental health. International council of nurses. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/12a_FS-Nursing_Resources_Mental_Health.pdf (viitattu 13.3.2017)

Iennaco J., Whittemore R. & Dixon J. (2017) Aggressive event incidence using the staff observation of aggression scale-revised (SOAS-R): a longitudinal study. *The Psychiatric Quarterly* 88(3), 485-499.

Jacob K., Sharan P., Mirza I., Garrido-Cumbrera M., Seedat S., Mari JJ., Sreenivas V. & Saxena S. (2007) Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 370(9592), 1061-77.

Johansson C., Åström S., Kauffeldt A., Helldin L. & Carlström E. (2014) Culture as a predictor of resistance to change: a study of competing values in a psychiatric nursing context. *Health Policy* 114(2-3), 156-162.

Johansson H. & Eklund M. (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(4), 339-346.

Kallert TW., Rymaszewska J. & Torres-González F. (2007) Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve european countries: Implications for clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health* 6(2), 197-207.

Kaunomäki J., Jokela M., Kontio R., Laiho T., Sailas E. & Lindberg N. (2017) Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health Services Research* doi: 10.1186/s12913-016-1942-0.

Keski-Valkama A., Sailas E., Eronen M., Koivisto A-M., Lönnqvist J. & Kaltiala-Heino R. (2007) A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 747-752.

Keski-Valkama A. (2010) The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 945. Academic Dissertation. University of Tampere. School of Public Health. Multiprint Oy. Vaasa. ISSN 1456-954X.

Kivimäki R., Karttunen A., Yrjänheikki L. & Hintikka S. (2006) Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2004–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.

Kontio R. (2011) Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. *Annales Universitatis Turkuensis D* 951. Academic dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Painosalama Oy. Turku. ISSN 0355-9483.

Kontio R., Lahti M., Pitkänen A., Joffe G., Putkonen H., Hätönen H., Katajisto J. & Välimäki M. (2011) Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices: a randomised controlled study (ISRCTN32869544). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(9), 813-821.

Kontio R., Välimäki M., Putkonen H., Kuosmanen L., Scott A. & Joffe G. (2010) Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17(1), 65-76.

Kontio R., Joffe G., Putkonen H., Kuosmanen L., Hane K., Holli M. & Välimäki M. (2012) Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48(1), 16-24.

Kuhanen C., Oittinen P., Kanerva A., Seuri T. & Schubert C. (2010) Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kuivalainen S., Vehviläinen-Julkunen K., Putkonen A., Louheranta O. & Tiihonen J. (2014) Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 21(3), 214-218.

Lahti M. (2014) Evaluation of e-learning course: Coercion practices in psychiatric nursing. *Annales Universitatis Turkuensis D* 1121. Academic dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Painosalama Oy. Turku. ISSN 0355-9483.

Lahti M, Kontio R, Pitkänen A. & Välimäki M. (2013) Knowledge transfer from an e-learning course to clinical practice. *Nurse Education Today* 34(5), 842-847.

Laiho T, Lindberg N, Joffe G, Putkonen H, Hottinen A, Kontio R. & Sailas E. (2014) Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression. *International Journal of Mental Health Systems* 22(8), 14.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999) 9.4.1999/488. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488> (viitattu 11.6.2017)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (viitattu 11.6.2017)

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä (2004) 759/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040759> (viitattu 11.6.2017)

Lancaster G, Whittington R, Lane S, Riley D. & Meehan C. (2008) Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(4), 306-312.

Lantta T, Daffern M, Kontio R. & Välimäki M. (2015) Implementing the dynamic appraisal of situational aggression in mental health units. *Clinical Nurse Specialist* 29(4), 230-243.

Latvala E, Vuokila-Oikkonen P. & Janhonen S. (2000) Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 31(5), 1252-1257.

Leggett J. & Silvester J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *British Journal of Clinical Psychology* 42(4), 393-406.

Lee S., Gray R., Gournay K., Wright S., Parr A. & Sayer J. (2003) Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(4), 425-430.

Levett-Jones T. (2014) Person-centred care (in nursing): Seek first to understand and then to be understood. Teoksessa: Higgs J., Croker A., Tasker D., Hummell J & Patton N. (toim.) *Health practice relationships. Practice, education, work and society.* SensePublishers. Rotterdam. sivut 111-118.

Livingston J, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P. & Nicholls T. (2010) A narrative view of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing* 6(1), 15-28.

Lovell A., Smith D., & Johnson, P. (2015) A qualitative investigation into nurses perception of factors influencing staff injuries sustaining during physical interventions employed in response to service users violence with one secure learning disability service. *Journal of Clinical Nursing* 24, 26–35.

Lötjönen S. (toim.) (1999) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. http://www.minedu.fi/export/sites/default/opm/julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=sv (viitattu 31.12.2015)

Maguire J. & Ryan D. (2007) Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(2). 120-127.

Makary M., Xu T. & Pawlik TM. (2015) Can video recording revolutionise medical quality? *British Medical Journal* doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h5169>

Makkonen P., Putkonen A., Korhonen J., Kuosmanen L. & Kärkkäinen J. (toim.) (2016) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 35/2016*. Helsinki.

Marangos-Frost S. & Wells D. (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 362-369.

Martin T. & Street AF. (2003) Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(5), 543-551.

Masters K. (2017). Physical restraint: a historical review and current practice. *Psychiatric Annals* 47(1), 52-55.

McAllister S. & McCrae N. (2017) The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 24(7), 491-502.

McCurdy J., Haliburton J., Yadav H., Yoder A., Norton L., Froehlich J., Kaur H., Kramer N., Silman A., Quinn B., Pudlo S., Terrell C. & El-Mallakh R. (2015) Case study: design may influence use of seclusion and restraint. *HERD*. 8(3), 116-121.

Merineau-Cote J. & Morin D. (2014) Restraint and seclusion: the perspective of service users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 27(5), 447-457.

Mieli (2009) Mielenterveys ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Mielenterveyslaki (1990) 14.12.1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> (viitattu 11.6.2017)

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. & The Prisma Group. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of International Medicine* 151(4), 264-269.

Mohr W. (2010) Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing* 24(1), 3-14.

Moring J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (2011) Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Juvenes Print. Tampere.

Moylan L. & Cullinan M. (2011) Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(6), 526-534.

Moyo N. & Robinson P. (2012) The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* 29(3), 5-13.

Mustajoki A. (2011) Väärinymmärrysten anatomiaa. *Tieteessä tapahtuu* 29(2), 3-10.

Nelstrop L., Chandler-Oatts J., Bingley W., Bleetman T., Corr F., Cronin-Davis J., Fraher D., Hardy P., Jones S., Gournay K., Johnston S., Pereira S., Pratt P., Tucker R. & Tsuchiya A. (2006) A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 3(1), 8-18.

NICE (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE Guideline, No. 10. Updated edition. National Collaborating Centre for Mental Health. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10> (viitattu 1.6.2018)

Nolan K. & Volavka J. (2006) Video recording in the assessment of violent incidents in psychiatric hospitals. *Psychiatric Practice* 12(1), 58-63.

Ogloff J. & Daffern M. (2006) The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law* 24(6), 799-813.

OED (2018) Oxford English Dictionary. <http://www.oed.com/> (viitattu 30.7.2018)

- Papageorgiou A., Loke Y., Deane KHO., Fromage M. (2012) Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. DOI:10.1002/14651858.CD010006.
- Parantainen A. & Laine M. (2010) Työterveys ja -turvallisuus sosiaali- ja terveystalalla 2000 –luvulla. Sosiaali- ja terveysalan riskiprofiili. Työterveyslaitos. Turku.
- Partanen A., Moring J., Bergman V., Karjalainen J., Kesänen M., Markkula J., Marttunen M., Mustalampi S., Nordling E., Partonen T., Santalahti P., Solin P., Tuulos T. & Wuorio S. (2015) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi. Juvenes Print. Tampere.
- Peplau H. (1997) Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly* 10(4), 162-167.
- Perry B. & Sighn S. (2017) On psychiatry unlocked. *Lancet Psychiatry* 4(7), 519-520.
- Pietiläinen E. (2015) Vuorovaikutus - aitoa kohtaamista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/lapset-perheet/vuorovaikutus-aitoa-kohtaamista> (viitattu 18.3.2017)
- Pluye P., Robert E., Cargo M., Bartlett G., O’Cathain A., Griffiths F., Boardman F., Gagnon M. & Rousseau, M. (2011) Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com> (viitattu 30.7.2018)
- Polit D. & Beck C. (2014) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice.* Edition 8. Saunders Elsevier.
- Radcliffe J. & Smith R. (2007) Acute in-patient psychiatry: How patients spend their time on acute psychiatric wards. *Psychiatric Bulletin* 31(5), 167-170.
- Reconnect. 2018. <http://reconnect.com> (viitattu 12.7.2018)
- Recupero PR., Price M., Keelin A., Garvey K., Daly B. & Xavier SL. (2011) restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: Regulation, case law, and risk management. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law* 39(4), 465-476.
- Rhoades EA. (2011) Literature reviews. *The Volta Review* 111(3), 353-368.
- Rikoslaki (2011) Laki rikoslain muuttamisesta 540/2011. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110540> (viitattu 30.7.2018)

Roche M., Duffield C. & White E. (2011) Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies* 48(12), 1475-1486.

Ryan C. & Bowers L. (2005) Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(6), 695-702.

Sailas E. & Fenton M. (2000) Seclusion and restraint for people with serious mental health illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* doi: 10.1002/14651858.CD001163.

Sailas E. & Wahlbeck K. (2005) Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry* 18(5), 555-559.

Salzmann-Erikson M., Lutzen K., Ivarsson A. & Eriksson H. (2008) The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing* 17(2), 98-107.

Scanlon A. (2006) Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13(3), 319-329.

Schen C.R. (2012) Videotaping and writing about patients: lessons from the "Gloria Films". *Harvard Review of Psychiatry* 20(5), 277-280.

Sharac J., McCrone P., Sabes-Figuera R., Csipke E., Wood A. & Wykes T. (2010) Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 47(7), 909-917.

Shattell M., Starr S. & Thomas S. (2007) 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16(4), 274-284.

Short R., Sherman M., Raia J., Bumgardner C., Chambers A. & Lofton V. (2008) Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in precrisis and crisis situations. *Psychiatric Services* 59(12), 1376-1378.

Silvana S., Laura F., Ursula D., Irene F. & Paolo B. (2012) Ergonomics in the psychiatric ward towards workers or patients? *Work* 41(1), 1832-1835.

Sisti DA., Segal A. & Emanuel E. (2015) Improving long-term psychiatric care: bring back the asylum. *JAMA*. 313(3), 243-244.

Soininen P., Välimäki M., Noda Y., Puukka P., Korkeila J., Joffe G. & Putkonen H. (2013) Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* 22(1), 47-55.

Soininen P. (2014) Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. *Annales Universitatis Turkuensis D 1102*. Academic dissertation. University of Turku. Department of Nursing Science. Painosalama Oy. Turku. ISSN 0355-9483.

Sotkanet (2017) Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt 18 vuotta täyttäneet/ 1 000 vastaavanikäistä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3083> (viitattu 30.7.2018)

Steinert C., Steinert T., Flammer E. & Jaeger S. (2016) Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research - a systematic review. *BMC Psychiatry* doi: 10.1186/s12888-016-0862-1.

Steinert T., Lepping P., Bernhardsgrütter R., Conca A., Hatling T., Janssen W., Keski-Valkama A., Mayoral F. & Whittington R. (2010) Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(9), 889-897.

Steinert T., Noorthoorn E. & Mulder C. (2014) The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health* doi: 10.3389/fpubh.2014.00141

Stenhouse R. (2011) 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(1), 74-80.

Stewart D., Bowers L., Simpson A., Ryan C. & Tziggili M. (2009) Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 16(8), 749-57.

STM (2009) Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Yliopistopaino. Helsinki.

STM (2011) Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15. Helsinki.

STM (2014) Väkivallan uhka työelämässä. Työturvallisuussäännöksiä valmisteleva neuvottelukunta. Väkivallan uhka- jaoston raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:17. Helsinki.

STM (2015) Riskien arviointi työpaikalla -työkirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työsuojelu osasto. Työturvallisuuskeskus. Helsinki.

STM (2016a) Työsuojelu Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2016:4. Helsinki.

STM (2016b) Arviomuistio: tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+rajoitustoimenpiteet+ja+tahdosta+riippumaton+hoito.pdf/c50a7a3c-5610-48df-91bd-7ad3798a424a> (Viitattu 24.5.2018)

STM (2018) Työsuojelulainsäädäntö. <http://stm.fi/tyosuojelu/lainsaadanto> (Viitattu 24.5.2018)

Stolovy T., Melamed Y. & Afe A. (2015) Video surveillance in mental health facilities: is it ethical? *The Israel Medical association Journal* 17(5), 274-276.

Sullivan W. (1998) Recoiling, regrouping, and recovering: First-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New Directions for Mental Health Services* doi:10.1002/yd.23319988005

Sun F., Long A., Boore J. & Tsao L. (2006) Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing* 15(1), 83-92.

Suomen perustuslaki (1999) 11.6.1999/731 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (viitattu 11.6.2017)

TEM (2015) Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. TEM raportteja 13/2015.

Terkelsen T. & Larsen I. (2016) Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing Ethics* 23(3), 308-317.

Terveydenhoitolaki (2010) 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (viitattu 11.6.2017)

THL (2012) Linjaukset - THL. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantun/tijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/linjaukset> (viitattu 4.6.2017)

THL (2015a) Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 16/2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015070210543> (viitattu 17.5.2017)

THL (2015b) Mielenterveyspalvelut. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> (viitattu 17.5.2017)

THL (2018) Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 6/2018. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoido> (viitattu 30.7.2018)

Thompson L. & Hamilton R. (2012) Attitudes of mental health staff to protected therapeutic time in adult psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(10), 911-915.

Tietosuojavaltuutetun toimisto (2011) Kameravalvonnan yksityisyyden suoja ja henkilötietojen käsittely. http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuutettu/tietosuojavaltuutetuntoimisto/oppaat/6JfpwYXOB/Kameravalvonnan_yksityisyyden_suoja_ja_henkilotietojen_kasittely.pdf (viitattu 4.11.2015)

Tiihonen J. (2004) Miksi pakon käyttö vaihtelee niin paljon psykiatrisessa hoidossa? *Lääkärilehti*, 37(59), 3359.

TTK (2018) Työturvallisuus ja työsuojelu. Työturvallisuuden perusteet. Työturvallisuuskeskus.

https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet. (viitattu 25.5.2018)

TTL (2018) Työturvallisuus. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/tyoymparisto/tyoturvallisuus/> (viitattu 25.5.2018)

TUKIJA (2012) Tutkittavien rekrytoimisen yleisiä periaatteita. Tukijan ohje. Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta. http://tukija.fi/documents/1481661/1526255/tutkittavien_rekrytoimisen_yleisia_periaatteita_16022012.pdf/c93b5d12-2fd7-4530-83e7-ff11b3af3031 (viitattu 31.12.2015)

Tuomi J. & Sarajärvi A. (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vantaa.

Tuori T. (2011) Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. *Suuntaaja* 1/2011. <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/Psykiatrian+rakennemuutos.pdf/02d8e3d9-7617-4b70-9fbb-1a2852a52960> (viitattu 15.4.2017)

TurkuCRC (2015) Tutkittavien rekrytointi. http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen_toteuttaminen/tutkittavien_rekrytointi (viitattu 31.12.2015)

Työsuojelu (2016) Työsuojeluhallinnan verkkopalvelu. Vastuut työsuojelussa. <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/vastuut-tyosuojelussa> (viitattu 30.5.2018)

Työelämän kehittämisstrategia (2016) Työelämän kehittämisstrategia vuoteen 2020. Työelämä 2020. Työ- ja elinkeinoministeriö. http://www.tyoelama2020.fi/files/35/tyoelaman_kehittamisstrategia_final.pdf (viitattu 30.7.2018)

Työterveyshuoltolaki (2001) 21.12.2001/1383 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383> (viitattu 11.6.2017)

Työturvallisuuslaki (2002) 23.8.2002/738. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> (viitattu 11.6.2017)

Vainio H. (2005) Työterveyslaitos uudistuu. *Duodecim* 23(4), 440-442.

Valvira (2018) Potilaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus> (viitattu 2.3.2018)

Van der Merwe M., Bowers L., Jones J., Muir-Cochrane E. & Tziggili M. (2009) Seclusion: a literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. Department of mental health and learning disability. City University London.

Van der Merwe M., Muir-Cochrane E., Jones J., Tziggili M. & Bowers L. (2013) Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20(3), 203-215.

VanDerNagel J., Tuts K., Hoekstra T. & Noorthoorn E. (2009) Seclusion: The perspective of nurses. *International Journal of Law and Psychiatry* 32(6), 408-412.

Vihreä kirja (2005) Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Euroopan yhteisöjen komissio. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf (viitattu 30.7.2018)

Virtanen M., Vahtera J., Batty G., Tuisku K., Pentti J., Oksanen T., Salo P, Ahola K. & Kivimäki M. (2011) Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 198(2), 149-55.

Välimäki M., Lantta T., Anttila M., Pekurinen V., Alhonkoski M., Suvanne T., Laine A., Kannisto K. & Kontio R. (2013) Hoitajien työnhallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:66/2013. Turku.

Wahlbeck K., Sailas E., Haaramo P., Vastamäki M. & Joffe G. (2017) Muutokset aikuisten ympärivuorokautisissa mielenterveyspalveluissa HUS-alueella 2012–2014. Suomen lääkärilehti 22, 1429-1434.

Walrath J., Dang D. & Nyberg D. (2010) Hospital Rns' experiences with disruptive behavior: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality* 25(2), 105-116.

Wand T. (2011) Real mental health promotion requires a reorientation of nursing education, practice and research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(2), 131-138.

Whitley R. & Crawford M. (2005) Qualitative research in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(2), 108-114.

Whittemore R. & Knafk K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546-553.

Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A. & Neil L. (2009) Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services* 60(6), 792-798.

WHO (2011) Mental health Atlas 2011. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359eng.pdf> (viitattu 13.3.2017)

WHO (2013) Mental health action plan 2013-2020. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ (viitattu 13.3.2017)

WMA (2018) World Medical Association. Medical ethics manual. <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/> (viitattu 30.7.2018)

Wu S., Zhu W., Li H., Lin S., Chai W. & Wang X. (2012) Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal of Industrial Medicine* 55(11), 1000-1008.

Wyder M., Bland R., Blythe A., Matarasso B. & Crompton D. (2015) Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing* 24(2), 181-189.

Yang C., Hargreaves W. & Bostrom A. (2014) Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services* 65(2), 251-254.

Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (27/2016) https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027/20160027_2 (viitattu 13.5.2018)

Terveydenhuollossa ja psykiatrisessa hoitotyössä työntekijöille on taattava mahdollisuus turvalliseen työympäristöön. Kuitenkin terveydenhuollossa erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyössä hoitajiin kohdistuu eri tilanteissa riskitekijöitä ja hoitajien työturvallisuus saattaa vaarantua.

Tämä julkaisu keskittyy työturvallisuuteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden kuvaamiseen huone- ja sidontaeristysten aikana. Julkaisussa selvitetään psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa huone- ja sidontaeristykseen aikaista potilaan ja hoitajan toimintaa ja hoitohenkilökunnan tuottamia eristämiseen liittyviä kehittämiskohteita.

Hankkeen päätavoitteena oli tukea psykiatrisilla sairaalaosastoilla työskentelevien hoitajien työturvallisuutta kehittämällä hyvän terapeutin vuorovaikutuksen toimintaohje. Hankkeessa tuotettiin näyttöön perustuvaa tietoa väkivaltaisen potilaan huone- ja sidontaeristykseen liittyvistä ja hoitajan työturvallisuuteen vaikuttavista riskitekijöistä.

Hanketta on toteutettu Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston sekä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin, Kellokosken sairaalan konsortiohankkeena.

ISBN 978-952-216-685-2 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
www.turkuamk.fi