JYX
JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Nissi, Kaisa

Title: Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa

Year: 2019

Version: Published version

Copyright: © Tekijä & Nykykulttuurin tutkimuskeskus, 2019

Rights: In Copyright

Rights url: http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en

Please cite the original version:

Nissi, K. (2019). Potilaskokemukset psykiatrisessa hoidossa. In S. Jäntti, K. Heimonen, S. Kuuva, & A. Mäkilä (Eds.), Hulluus ja kulttuurinen mielenterveystutkimus (pp. 107-130). Jyväskylän yliopisto. Nykykulttuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja, 125. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7706-1

Kaisa Nissi

POTILASKOKEMUKSET PSYKIATRISESSA HOIDOSSA

Potilaskokemuksesta on viime vuosina tullut tärkeä hoitotyön laadun määrittelemisen väline. Tämä näkyy sekä psykiatrisessa käytännön hoitotyössä että myös alan tutkimuksessa, ja samalla tahdonvastaisesta hoidosta ja pakkokeinojen käytöstä on tullut yksi keskustelluimmista psykiatrisen työn osa-alueista. (esim. Sailas & Wahlbeck 2005; Välimäki 1998; Välimäki et al. 2000.) Psykiatristen potilaiden hoitokokemusten voidaan katsoa vaikuttavan keskeisesti heidän sairastamiseensa, paranemiseensa ja ymmärrykseen omasta voinnistaan. Esimerkiksi eristämiskokemukset ja pakkokeinojen aiheuttamat traumat voivat vaikuttaa vielä pitkään sairaalakokemusten jälkeen, ja negatiiviset sairaalakokemukset vaikeuttavat sairaudesta toipumista (Hämäläinen 2014; Keski-Valkama 2010). Siten hoitokulttuurilla ja sen toteuttamisella on keskeinen merkitys toipumiselle sekä osastohoidossa että sen jälkeen.

Muutoksia psykiatrian hoitotyöhön on jossain määrin pyritty viime vuosina tekemään, ja esimerkiksi kansallisessa Mieli 2009–2015 -hankkeessa tähdättiin eristysten ja rajoitusten vähentämiseen ja samalla potilaan aseman parantamiseen (STM 2009). On silti epäselvää, missä määrin nämä toimenpiteet ovat vaikuttaneet ja millä tavoin potilaskokemus on mahdollisesti muuttunut (Keski-Valkama 2010; Isohanni et al. 2006; Kuosmanen 2009, 15–17; Latvala 1998; Salokangas 2013). Suomalaisia tutkimuksia potilaiden kokemuksista psykiatrisessa sairaalahoidossa on tehty lääketieteen ja psykiatrian alalla yhä enemmän. Tarkastelen tässä artikkelissa millaisina hoitotyön ammattilaiset ja lääketieteen tutkijat ovat esittäneet potilaiden kokemuksia psykiatrian ja hoitotieteen tutkimuksissaan.

Tarkastelen psykiatrian alan artikkeleita ja tutkimuksia, joissa tutkimuskohteena on ollut potilaskokemus. Niiden kautta välittyy kuva psykiatrian ammattilaisten tuottamasta hyvästä hoidosta

ja potilaan huomioimisesta osana diagnostiikkaa ja hoitotyön laajempaa järjestystä.

Kiinnostukseni aiheeseen perustuu taustaani kulttuurintutkimuksessa ja psykiatrian parissassa. Olen työskennellyt psykiatrisena sairaanhoitajana ja saanut näin ”virallisen koulutuksen” hoitotyön kulttuuriin ja käytänteisiin. Hoitotyön koulutuksessa potilaiden kokemuksen tärkeydestä puhutaan paljon ja potilaslähtöisyyteen tähdätään, mutta käytännössä kyseisen tiedon ja dialogisen otteen sovittaminen arjen työhön on haastavaa esimerkiksi kiireen tai osaston aikataulujen vuoksi. Vaikka potilaskokemus painottuu hoitotyön teorioissa vahvana, on kysyttävä, onko sulkeva, rajoja ja määrityksiä luova sairaalahoitokokemus missään vaiheessa potilaslähtöistä, sillä lääketieteen ja psykiatrian perusta asettaa potilaat ja määritysten tekijät eriarvoiseen, normaaliutta jäsentävään asetelmaan.

Potilaan asema, oikeudet ja tahto hoitotyön kontekstissa

Länsimaisen lääketieteen ja psykiatrian käytänteissä potilas on tyypillisesti nähty hiljaisena ulkopuolisena vastaanottajana, jonka oletetaan muokkautuvan muiden ihmisten odotuksiin terveestä käyttäytymisestä, ja ennen muuta lääketieteen ammattilaisten määritelmiin normaaliudesta (Latvala & Janhonen 1997). Potilas on nähty kontrolloituna, kyvyttömänä tekemään päätöksiä omasta puolestaan ja hänet on määritelty lääketieteen kautta. Lääketiede onkin määritellyt normaaliutta ja epänormaaliutta sekä mielenterveyttä ja sen vastinparina hulluutta (vrt. Foucault 1988; Pietikäinen 2013). Psykiatriassa epänormaalia käytöstä on kontrolloitu voimakkaimmillaan pakkokeinoin, mikä on osaltaan toiminut keinona vahvistaa psykiatrian odotusta oikeasta ja toivottavasta käytöksestä tai toiminnasta (vrt. Latvala 1998, 2). Psykiatriassa valta-asetelman ja potilaan aseman muutos on ollut muuta hoitotyötä hitaampaa, sillä juuri potilaan kyky tehdä päätöksiä omasta puolestaan on nähty heikentyneen. Välimäki (et al. 2001) sekä Kuosmanen ja muut

tutkijat (et al. 2007) ovat käyttäneet vapauden (*liberty*) käsitettä ja sen vastakkaisuutena vapauden menetystä tai poissaoloa (*deprivation of liberty*) kuvaamaan psykiatrisilla osastoilla käytettyjä menetelmiä ja toimintatapoja, jotka kohdistuvat potilaan rajoittamiseen osana niin kutsuttua parantumisprosessia. Vapauden puute voidaan ymmärtää yksilön autonomian ja kontrollin menettämisenä pakkokeinojen seurauksena, joita voivat olla eristämiset, sitomiset, lukitut ovet ja rajattu kommunikaatio sairaalan ulkopuolelle.

Toisaalta potilaiden voimaantumisesta (enpowerment) on tullut hoitotyössä keskeinen käsite, ja sen kautta potilaan itsemääräämisoikeus, päätöksentekomahdollisuudet ja omaehtoinen valta ovat tärkeitä osia myös mielenterveyden hoitojärjestelmässä (mm. Gibson 1991; Malin & Teasdale 1991). Hoitotyössä voimaantumisen käsite voidaan ymmärtää prosessina, jossa yksilöä autetaan kehittämään tietoisuus omien ongelmiensa syistä ja valmius toimia tämän tietoisuuden pohjalta (Janhonen 1993; Latvala 1998, 6; Rafael 1995). Esimerkiksi aiemmin masennuksesta kärsinyttä potilasta voidaan tukea tunnistamaan kuormitusta lisäävät tekijät elämässään ja auttaa löytämään arjessa voimavaroja tuovia toimintatapoja. Viime vuosien potilaslähtöisen hoitotyön ja potilaan näkökulman korostuminen kytkeytyykin muutoksiin hoitotyön ja lääketieteen etiikassa. Eila Latvala (1998, 23) on määritellyt potilaslähtöisyyden siten, että potilas tulee informoida sairaudestaan niin, että hän itse ymmärtää sen. Latvala jatkaa, että potilaslähtöisyys tarkoittaa myös sairauden ja kyvyttömyyden hyväksymistä eli ymmärrystä siitä, että potilas välttämättä kykene tai hänen ei ole mielekästä toimia hoitohenkilökunnan odotusten tai hoitolinjausten mukaan. Lisäksi Latvalan mukaan potilaslähtöisyydessä potilasta autetaan löytämään omat keinonsa ja vahvuutensa selviytyä ongelmien kanssa (Latvala 1998, 17.) Latvalalle potilaslähtöisyyden määrittely on olennaista. Se on erotettava potilaskeskeisyydestä, jossa hoidon huomio on potilaassa mutta ei potilaan omista toiveista ja kokemuksista lähtöisin olevaa. Potilaskeskeisyyttä käytetäänkin usein hoitotyön laadun määrittäjänä, mutta sen merkitystä ei tarkenneta ja eroa potilaslähtöisyyteen ei yleensä tehdä (mt. 1998, 23).

Kokemuksia tutkimassa

Potilaskokemusten tutkiminen on korostunut sekä yleisessä hoitokulttuurissa että psykiatriassa voimakkaasti 2000-luvulla, ja myös pakkokeinojen tutkimus ja kritisoiminen on lisääntynyt (esim. Hoekstra et al. 2004; Holmes et al. 2004; Keski-Valkama et al. 2010; Kontio et al. 2012; Meehan et al. 2000). Aikaisemmin tutkimus kohdistui muun muassa henkilökunnan kokemuksia hoitotyöstä, ja potilaiden näkemysten tutkiminen on nähty potilastietosuojan kannalta haasteellisena ja epäoleellisenakin verrattuna terveydenhuollon ammattilaisten tuottamaan tietoon (ks. esim. Abma 1998; Hellzen et al.1995; Latvala & Janhonen 1998). Potilaskokemusten tutkiminen on ensisijaisesti ymmärretty potilaiden kokemusten keräämisenä ja tulkintana hoidosta. Näin on myös kuudessa tarkastelemassani empiirisessä tutkimuksessa, ja kokemuksen käsitteen problematisointi on ollut vähäistä hoitotyössä. Kokemus voidaan ymmärtää subjektiivisena tuntemuksena, muistoina ja tulkintoina eletystä elämästä ja sen tapahtumista. Kokemukset koostuvat yksilön tai yhteisön persoonallisista, yksilöllisistä ja subjektiivisista näkökulmista ja tuntemuksista, jotka esitetään usein narraation ja kielen tai muistelukerronnan kautta. Fenomenologinen, diskurssitutkimus tai erilaiset etnometodologiset tutkimustavat ovat tyypillisesti muistelukerronnan ja kokemustan tutkimisten menetelmiä, ja näitä kaikkia on sovellettu enenevästi myös hoitotieteeseen (Perttula & Latomaa 2008; myös Alasuutari 2011; Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tässä artikkelissa tarkastelun kohteena on kuusi Suomessa tehtyä empiiristä hoito- ja lääketieteen tutkimusta, jotka perustuvat haastattelu-, video- ja kyselymateriaaleille. Tarkastelluissa tutkimuksissa alkuperäinen materiaali on laadullista ja määrällistä aineistoa, ja tutkimusten tutkimusasetelmat eroavat toisistaan. Yhteisinä valintakriteereinä tarkasteltaville tutkimuksille on Suomessa kerätty empiirinen aineisto psykiatrisesta sairaalahoidosta ja siihen liittyvästä potilaan näkökulmasta tai kokemuksesta (ks. tarkemmin Nissi 2015). Valitsin tutkimukset systemaattisesti hakusanoilla lääketieteen tutkimustietokannoista vuosilta 1998–2014, ja ne on lis-

tattu lähdeluettelon alkuun. Materiaalin ja tutkimusasetelmien osalta tutkimusten lähtökohdat olivat seuraavia:

1. Kuosmanen, Lauri (2009) *Personal liberty in psychiatric care. Towards service user involvement*.

Kuosmanen, Lauri, Hätönen, Heli, Malkavaara, Heikki, Kylmä, Jari & Välimäki, Maritta (2007) *Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective.*

Sisältää 51 potilaan haastattelut semistrukturoiduilla haastatteluilla, induktiivinen sisällönanalyysi. Tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää, ovatko potilaat kokeneet sairaalahoidossa vapaudenmenetystä. Aineiston perusteella kategorisoitu neljä erilaista vapauden menetyksen muotoa: suljetut ovet, tavaroiden haltuunotto, yhteydenpito ja pakkokeinot.

2. Kontio, Raija, Joffe, Grigori, Putkonen, Hanna, Kuosmanen, Lauri, Hane, Kimmo, Holi, Matti & Välimäki, Maritta (2012) *Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives.*

Tutkimus käsittää 30 potilaan haastattelut, fokusoidun teemahaastattelun, induktiivisen sisällönanalyysin. Lähtökohtana on tarkastella potilaiden kokemuksia rajoituksista ja pakkokeinoista ja tarjota kehittämisideoita hoitokäytänteisiin.

3. Latvala, Eila (1998) *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä.*

Tutkimuksessa on 16 potilaan haastattelut, lisäksi hoitajien haastatteluja ja hoitotilanteiden videointeja. Tarkastelun kohteena potilaiden ja hoitajien vuorovaikutus ja hoitotyö potilaiden kokemana. Tutkimuksessa havaittiin kolme erilaista hoitosuhdemallia, jotka vaikuttavat potilaiden kokemuksina hoidosta.

4. Keski-Valkama, Alice (2010) *The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time.*

Tutkimus sisältää 671 kirjallista potilaskyselyä, 106 potilashaastattelua ja 83 seurantahaastattelua. Tutkimuksen tarkoituksena oli tar-

kastella potilaiden näkökulmasta eristämisen ja lepositeiden käyttöä sekä tilastollisesti että potilaiden kertomina kokemuksina.

5. Soininen, Päivi (2014) *Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals.*

Tutkimuksessa mukana 264 potilasta, joista 36 ollut eristettynä ja sidottuna. Kyselylomakkeilla on seurattu potilaiden elämänlaatua hoidosta pääsemisen jälkeen sen mukaan, ovatko olleet eristämisen ja/tai sitomisen kohteena.

6. Koivisto, Kaisa, Janhonen, Sirpa, & Väisänen Leena. (2003) *Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting.*

Koivisto, Kaisa, Janhonen, Sirpa & Väisänen, Leena. (2004) *Patients' experiences of being helped in an inpatient setting.*

Tutkimus käsittää yhdeksän psykoosista toipuvan potilaan haastattelua, joista tehty fenomenologinen analyysi. Tutkimuksessa tarkasteltu potilaiden kokemuksia autettuna olemisesta psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Metodologisesti lähestyn aihetta sisällönanalyysin ja kerronnantutkimuksen kautta tarkastellessani psykiatrian ja hoitotieteen tuottamia potilaskokemuksia. Analyysini kohdistuu siihen, miten näissä kuudessa tutkimuksessa esitetään potilaiden näkemykset ja kokemukset. Näissä tutkimuksissa on sekä sitaatteja potilaiden haastatteluista että tutkijoiden esittämiä tulkintoja potilaiden kokemuksista. Lisäksi määrälliset analyysit oli avattu. Ensisijaisesti tarkastelen siis niitä näkemyksiä, joita edelliset tutkijat ovat esittäneet potilaiden kokemuksista. Kyseessä on siten metatason analyysi jo tehdyistä tutkimuksista. Kyseiset empiiriset tutkimukset ovat tutkimusasetelmiltaan varsin erilaisia, eivätkä kaikki seuraavaksi esiteltävät jaottelut esiintyneet jokaisessa tutkimuksessa. Analyysini potilaskokemusten erilaisista tyypeistä perustuu kyseisten tutkimusten tulkintoihin, eikä se siten anna välttämättä oikeaa kuvaa varsinaisesta potilasaineistosta.

Käytän tässä artikkelissa termiä ”potilas” puhuessani psykiatrisen hoitotyön ja sairaalahoidon asiakkaista ja kokijoista. Vaikka kyseinen termi pitää sisällään hierarkkisen ja objektivoivan asenteen

osana potilas-ammattilainen-suhdetta, käytän sitä tässä lähinnä käsiteltyjen tutkimusten yleisen käytännön ja selkeyden vuoksi.

Eristäminen ja sitominen

Erilaiset eristämisen tavat ovat tarkastelluissa tutkimuksissa kaikista yleisin potilaiden hyvinvointiin vaikuttava keino osastoilla. Pakkokeinoja kuten eristämistä, sitomista ja muita voimatoimenpiteitä käytetään psykiatrisissa sairaaloissa kontrolloimaan potilaan ei-toivottua käytöstä silloin, kun katsotaan, että muista keinoista ei ole hyötyä. On kuitenkin osoitettu, että tämänkaltaiset voimakkaat keinot aiheuttavat stressireaktioita ja traumoja paitsi potilaissa myös henkilökunnassa (Frueh et al. 2005; Holmes et al. 2004). Eristämistä käytettiin tarkastelluissa tutkimuksissa monin tavoin, yhdessä muiden menetelmien kanssa, ja se oli jollain tavoin läsnä kaikissa tutkimuksissa. Eristäminen ja sitominen (lepositeet) olivatkin näiden tutkimusten keskusteluissa tekijöitä, jotka eniten heikensivät potilaan omaehtoisuutta ja hyvinvointia. Niiden haitallisuus tunnistettiin ja niitä kohtaan esitettiin kritiikkiä, kuitenkin samaan aikaan niitä on käytetty paljon.

Pakkokeinojen haitallisuus ja negatiiviset vaikutukset hoitoisuuteen[1] on nostettu säännönmukaisesti esiin psykiatriassa, mutta kysymys niin sanotusta normaaliksi pakottamisesta ei ole muuttunut. Sitomisen ja eristämisen ohella myös lievempiä keinoja käytettiin aktiivisesti. Rajoitustoimet saattoivat aiheuttaa itsekontrollin menettämistä ja kykenemättömyyttä kommunikoida ulkomaailman kanssa. Internetin, puhelimen ja sosiaalisten kontaktien rajoittaminen toimivat potilaita hallitsevana, heidän sosiaalista rooliaan säätelevänä keinona. Pakkohoito, suljetut tilat ja osastohoidon lukitut ovet rajoittivat paitsi yhteydenpitoa muuhun maailmaan, myös muihin potilaisiin ja hoitohenkilökuntaan. Eristämiskokemuksen voi siten tulkita olevan potilaalle sekä fyysinen että henkinen.

Käytännössä rajoitustoimet tähtäävät yleensä potilaan tai osaston tilanteen rauhoittamiseen esimerkiksi psykoottisen tai agitoi-

tuneen potilaan akuutissa kriisissä. Mielenterveyslain mukaan potilaan henkilökohtaista vapautta ja itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa erityisestä lääketieteellisestä, hoidollisesta syystä, mutta epäselvää on, miten rajoittamisen kokemus vaikuttaa potilaan hoitoon ja selviytymiseen pitkällä tähtäimellä (vrt. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Alice Keski-Valkama (2010) toteaa tutkimuksessaan, että eristyskokemukset tuottivat potilaille voimakkaita disintegraation tunteita muihin ihmisiin. Näin hoitotyön käytänteet osoittautuivat hänen mukaansa karkeiksi toimintamalleiksi ja potilaiden käytöksen saatettiin nähdä ajautuvan huonommaksi menetelmien vuoksi. Potilaat kertoivat Keski-Valkaman mukaan käyttäneensä erilaisia keinoja selviytyä yksinäisyydestä ja eristyksestä muun muassa itkemällä, laulamalla ja muilla yksinäisyyttä rikkovilla ja lievittävillä keinoilla. (Keski-Valkama 2010, 13–14.) Keski-Valkaman tulkinnan mukaan potilaat ilmaisivat pelkonsa ikään kuin päättymättömästä eristyksestä: olennaista oli potilaan saama tieto pakkohoidon kestosta ja päättymisestä jossain vaiheessa, ei niinkään se, kuinka kauan tilanne todella kesti. (Keski-Valkama 2010; myös Kontio et al. 2012, 19.) Samoin potilaiden käsitykset hoidon perusteista saattoivat kyseisen tutkimusten mukaan olla eriäviä henkilökunnan kanssa. Esimerkiksi agitoitunut, orientoitumaton, ehkä uhkaavaksi koettu käyttäytyminen on yleisin syy eristämiseen, vaikkei todellista väkivallan uhkaa olisi olemassa. Asia oli potilaille erityisen vaikea ymmärtää, ja potilaan kokemus saattoikin olla hyvin erilainen kuin henkilökunnan kokemus asiasta.

Toisaalta Soinisen ja muiden sekä Keski-Valkaman tutkimuksissa haastatellut potilaat saattoivat toisinaan kokea eristämisen luoman yksityisyyden hyvänä asiana, sillä yksityisyyteen ei osastoilla muutoin ollut mahdollisuutta (Soininen et al. 2013; Keski-Valkama 2010). Tällöin potilaat saattoivat nähdä eristyksen kaivattuna rauhana ja etuna omalle kuntoutumiselle, mikäli potilas saattoi keskittyä omaan vointiinsa ja ymmärsi tilanteensa. Koiviston, Janhosen ja Väisäsen mukaan sama eristävä tilanne saattoi yhtä aikaa luoda potilaalle pelkoa ja ahdistusta, mikäli tilanne ei ollut omaeh-

toinen ja eikä potilas ymmärtänyt tilannetta kunnolla (Koivisto et al. 2004).

Havaintojeni mukaan lukitsemiset, tilalliset sulkemiset ja järjestykset luovat paitsi potilaan ”hoidollista eristystä”, myös vahvistavat osaston sisäistä valta-asetelmaa: sairaalan rajaukset henkilökunnan ja potilaiden tiloihin, lukitut tilat, jaot eri työtehtäviin ja eri ryhmille sallittuihin paikkoihin luovat asetelmaa, jossa potilaat ja henkilökunta ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa. Myös tavaroilla ja esineillä luodaan järjestystä: henkilökunnan välineet, lääkkeet ja muut kielletyt tavarat ovat tarkasti valvottuja eikä niitä jätetä potilaiden saataville, vaikka kyseessä ei olisi niin sanotut vaaralliset esineet. Tätä saatetaan perustella potilaiden mahdollisuudella vahingoittaa itseään tai muita, mutta on huomattava, etteivät myöskään ”terveemmät” potilaat pääse tässä hierarkiassa välttämättä ”ylöspäin”. (vrt. Keski-Valkama 2010, 13–14.)

Omaisuuden haltuunotto

Omaisuutta, joka potilailla on tullessa sairaalaan, kontrolloidaan haltuunotolla ja tarkastuksilla verrattain säännöllisesti hoitojakson alussa. Se, miten kattavaa ja laajaa tämä on, riippuu osastosta ja sen käytänteistä, mutta sairaaloiden suljetuilla osastoilla tavaroiden tarkastus tai haltuunotto on tavallinen käytäntö. Perusteet tavaroiden haltuunotolle ovat tyypillisesti turvallisuus ja tilanteen yleinen hallinta, mutta varsinaisia hoidollisia, vaikuttavuuteen perustuvia tutkimuksia asiasta ei tiettävästi ole. Potilaiden omaisuuden talteenotto osastolla voidaankin nähdä yhtenä dominanssin ja kontrollin muotona, ja samalla katkaistaan potilaiden mahdollinen yhteys paitsi ulkopuoliseen maailmaan (puhelin), myös omaan siviiliminään ja identiteettiin. Tämänkaltainen tavaroiden haltuunotto esiintyy potilaskokemuksissa myös Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa. Vastaavasti Kuosmanen ja muut kirjoittajat ovat maininneet tavaroiden takavarikoinnin yhteydessä autonomian ja vapauden menetyksen tunteita potilaiden kertomina ja toiminta koet-

tiin kyseisessä aineistossa hyvin perustelemattomana ja hermoille käyvänä (Kuosmanen et al. 2007). Voidaan ajatella, että kyse ei ole pelkästä turvallisuuteen perustuvasta tavaroiden takavarikoinnista, vaan ilmiö kytkeytyy laajemmin mahdollisuuteen toteuttaa omaa arkeaan ja osastojakson sisällä valta-asetelmaan, jossa potilas asetetaan alisteiseen, hoitosuhteessa vastaanottajan ja oppijan asemaan.

Potilaiden autonomiaa voidaan ajatella rakennettavan osastojakson aikana pienillä asioilla kuten omilla vaatteilla, tavaroilla ja päätöksillä arkipäivässä (Hoekstra et al.2004; Kontio et al. 2012, 17). Tarkastelluissa tutkimuksissa eristys ja kontaktien puute tuottivat potilaissa hermostuneisuutta, ahdistusta, pelkoa ja aggressiivisuutta turhautumisen ja pelon vuoksi. On riski, että kyseiset piirteet tulkitaan jossain tilanteissa sairauden aiheuttamiksi eikä niitä nähdä osastoarjen olosuhteista johtuviksi reaktioiksi. (ks. Koivisto et al. 2004).

Kommunikaatio

Kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaat kokevat itsensä varsin usein yksinäisiksi ja eristyneiksi paitsi olosuhteiden vuoksi myös omien kokemustensa ja tarinoidensa kanssa (Pejlert et al. 1995), ja heillä on myös vaikeuksia saada omia kokemuksiaan kuulluksi tai sairauksiaan selitetyksi (Abma 1998; Talseth et al. 2001). Tarkastelluissa suomalaisissa tutkimuksissa tulokset ja käsitykset osaston kommunikaatiosta ovat jossain määrin ristiriitaisia ja epätarkkoja, mutta kaikissa painottui ajatus, jonka mukaan potilaat toivovat vahvempaa keskusteluyhteyttä henkilökunnan kanssa (ks. erityisesti Koivisto et al. 2004; Soininen et al. 2013). Kuosmasen ja muiden kirjoittajien (et al. 2007, 601) mukaan potilaat kokivat usein, ettei yhteyttä henkilökuntaan ollut, ja heidät ohitettiin sekä mielipiteissä että omaan hoitoon liittyvissä päätöksissä. Myös Latvalan (1998; ks. myös Latvala & Janhonen 1998) tulkinnan mukaan on harvinaista, että potilaat ovat aktiivisia päätöksentekijöitä hoidossaan, ja

vain 14 prosentilla sairaalassa hoidetuista potilaista koki olevansa aktiivisia ja vastuullisia hoidossaan. Useimmiten potilaat ovat kokeneet olevansa hoitohenkilökunnan päätöksenteon ja toimien ulkopuolisia objekteja. Koiviston, Janhosen ja Väisäsen (2003) mukaan potilaat kokivat jossain määrin, että heihin ei luotettu, eikä heille kerrottu hoitosuunnitelmaa selkeästi.

Honkonen (Honkonen et al. 2008) ja Latvala & Janhonen (1998) ovat nostaneet esiin dialogisuuden merkityksen hoitotyön toteuttamisessa potilaslähtöisyyden edistämiseksi, mutta käytännössä on epäselvää, millä tavoin varsinainen dialogisuus osastolla todella tapahtuu. Pienet toimenpiteet, kuten neuvottelut ja arkiset valinnat, joissa potilas saa tehdä päätöksen omista toimistaan, saattavat luoda pohjaa laajemmalle dialogisuudelle ja hoidon tasavertaiselle neuvottelulle. Kommunikaatio ja hyvä keskusteluyhteys potilaiden ja hoitajien välillä on yksi avaintekijöistä sairaalahoidon onnistumiselle ja potilaiden voinnin kohenemiselle. Tämä asia nostettiin esiin suurimmassa osassa tarkasteltuja tutkimusten tuloksia ja tulkintoja (Kontio et al. 2012; myös Rissanen 2015). Erityisesti Koivisto, Janhonen ja Väisänen ovat tutkimuksessaan painottaneet, että potilaiden tulisi saada ilmaista mielipiteensä, tunteensa avoimesti, ja tämän tulisi olla keskeisin tekijä hoidon suunnittelussa (Koivisto et al. 2003). Koivisto kirjoittaa, että psykiatrisen hoitotyön tulisi uudelleen fokusoitua diagnooseista ja sairauksista potilaiden kokemuksiin, ja potilaiden tulisikin pystyä yhdessä hoitajan kanssa miettimään, kuinka selvitä ja tulla toimeen hankalien tilanteiden kanssa (Koivisto et al. 2004, 270). Esimerkiksi ennakkoon määritellyt yhteistyösopimukset siitä, miten potilaan kanssa akuutissa kriisitilanteessa, esimerkiksi psykoosin alkaessa, toimitaan, voisivat auttaa rakentamaan yksilöllisempää kohtaamista ja hoitoa. Potilaita arvostava ja ystävällinen ilmapiiri, joka kattaa kaikki toimenpiteet ja hoitosuhteen, oli kuvatuissa tilanteissa keskeisin potilaiden hyvinvointia tukeva näkökulma: kyse ei ollut vain hoitosuhteen rakentamisesta potilaslähtöiseksi, vaan ihmisten kohtaamisesta vaikeissa tilanteissa. Ymmärrys ja kommunikaatio voivat ulottua myös rajauksiin, jos niistä keskustellaan, ja potilas itse kokee

ne tilanteeseensa mielekkäinä. (vrt. Keski-Valkama 2010; Koivisto et al. 2004.)

Arjen jäsentyminen

Käytännön psykiatrisessa työssä potilaan sujuvaa arkea ja päivärytmin löytämistä pidetään yhtenä keskeisenä mielenterveyttä tasapainottavana tekijänä. Siihen tähdätään sekä hoidon keskusteluissa että osaston käytänteissä. Tämänkaltainen ”normaali arki” tai ”normaali päivärytmi” määrittää potilaiden vointia henkilökunnan kannalta ja sen avulla voidaan seurata myös potilaan kykyä hallita omaa toimintaansa ja sitä kautta tulkittua vointia. Päivärytmin tai arjen hallinnan merkitys normaaliuden tai ”terveyden” määrittelijänä jättää kuitenkin kysymyksen subjektiivisista tulkinnoista ja mieltymyksistä. Se, kenelle rytmi on oikea tai elämänhallinta riittävää, tulisikin aina määritellä potilaasta ja tämän tarpeista käsin.

Suljetussa psykiatrisessa hoidossa potilaan tilanne ja suhde oman toimintansa kontrollointiin poikkeaa avohoidosta tai avoimista sairaalaosastoista. Suljettuun hoitoon tullessaan potilaan kyky pitää huolta itsestään tai omista asioistaan on heikentynyt siinä määrin, että hoito ja suljettu laitos on tarpeen ja perusteltua (vrt. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Vastaavasti perustellaan myös pakkohoitoa ja erilaisten pakottavien toimenpiteiden käyttöä potilaan parhaaksi. Tällöin akuutit ja voimakkaatkin hoitotoimenpiteet tai keinot saatetaan nähdä perusteena potilaan tilanteen vakauttamiselle tai palauttamiselle ”normaaliksi”, odotusten mukaan toimivaksi yksilöksi.

Vaikka potilaiden osuutta hoidon toteuttamisessa on viime vuosina kasvatettu, psykiatrinen järjestelmä edelleen nojaa vahvasti hoitohenkilökunnan aktiiviseen rooliin, mikä näkyy myös osaston arjen jäsentymisessä (myös Kontio et al. 2012, 179). Sairaalan säännellyt rutiinit jäsentävät osastojen toimintaa, mihin potilailla ole suurta vaikutusmahdollisuutta (Koivisto et al. 2004; Kontio et al. 2012; Soininen et al. 2013). Tämä esiintyi potilaiden kerron-

noissa säännönmukaisesti. Aikataulut määräytyvät osastoilla tyypillisesti hoitohenkilökunnan työvuorojen, lääkärikiertojen ja esimerkiksi ruoka-aikojen mukaan. Potilaiden vaikutusmahdollisuudet omaan arkeensa rajoittuvatkin lähinnä pieniin asioihin kuten mitä vaatteita käyttää, mitä juoda ja syödä tai mitä lukea tai tehdä päivien aikana, ja tähän tutkimusten potilaskommentit esittävät kritiikkiä. Toisaalta edellisiä pieniä toimia korostetaan tutkimuksissa myös osastoarjen positiivisina mahdollisuuksina (Kontio et al. 2012; Latvala 1998, 71). Pienten, yksittäisten toimien esitetään vahvistavan myös potilaiden autonomiaa (Kontio et al. 2012, 17), joskin voidaan kysyä, onko tämänkaltaisilla päätöksillä olennaista vaikutusta yksilön autonomiaan. Osastoarjen viihtyvyyteen ja toimivuuteen potilaan kannalta ei kuitenkaan käytännössä ole panostettu paljon, vaikka viitteitä on esimerkiksi kotiutumisen ja normaalielämään sujuvuudesta, mikäli itsemääräämisoikeutta ja päivittäistä aktiivisuutta ja päätöksentekoa tuettaisiin jo hoidon aikana (Gibson 1991; Koivisto et al. 2012, 271–272; Latvala 1998).

Tutkimuksissa potilaat kertoivat myös osaston toimettomuudesta, tekemisen puutteesta ja siitä syntyvä turhautumisesta tai ahdistuksesta (Kontio et al. 2012; Latvala 1998). Hoidollisesti tekemättömyyttä voidaan perustella ajatuksella levosta tai rauhoittamisesta esimerkiksi maanisena diagnosoitujen tai sekavien potilaiden kohdalla, mutta potilaan kannalta toimettomuuden vaikutukset voivat näyttäytyä toisin, vaikka potilas virallisen hoidon kannalta osoittaisi ns. toipumisen merkkejä (Latvala 1998; vrt. myös Gibson 1991).

Ongelmia jaksamisessa

Aiemmissa kansainvälisissä potilaiden sairaalakokemuksia kartoittavissa hoitotyön tutkimuksissa on todettu, että kokemukset sairaalassa olosta ja psykiatrisesta hoidosta ovat nykyisessä hoitokulttuurissa pääosin hyviä (Priebe et al. 2000; Sibitz et al. 2011), mutta negatiiviset kokemukset kohdistuvat ensisijaisesti hoidossa käytettyihin pakkoihin ja rajoitteisiin, joita pidetään potilaskokemuk-

sissa turhina ja tarpeettomina (Kuosmanen et al. 2007; myös Jenkins et al. 2002). Ongelmana on välttämättömän toiminnan määritteleminen: potilaan kokemus tarpeellisesta hoidosta eroaa siitä, millaisena lääketieteen välttämättömyys määritellään. Päivi Soininen (2014, 11) on esittänyt, että tahdonvastaisen hoidon kokemukset voivat olla potilaalle sekä myönteisiä että kielteisiä, ja suhtautuminen hoitoon liittyy siihen, miten hoito selitetään ja perusteellaan potilaille. Hoidon perustelemattomuus, tapahtumien epäloogisuus ja tilanteen hallitsemattomuus on nostettu esille myös muissa tarkastelluissa tutkimuksissa. Hoidon vaikeatkin kokemukset esitetään olevan hieman ymmärrettävämpiä ja helpompia käydä läpi, mikäli tilanne on selitetty ja keskusteltu potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä jälkeenpäin. (Holmes et al. 2004; Soininen et al. 2013.) Toisaalta kuntoutujan elämäntilanne, elämänlaatu ja yleinen henkinen hyvinvointi osastojakson jälkeen voivat vaihdella paljon eikä esimerkiksi pakkokeinojen käytöllä tai eristykseen joutumisella ole suoraa vaikutusta sairaalan jälkeiseen elämänlaatuun kuten Soininen ja muut kirjoittajat esittävät tutkimuksessaan (Soininen et al. 2013). Kuitenkin ohitetaan muut vointiin vaikuttavat tekijät kuten mielen sairauksien diagnostiikka, hoidon ajallinen kesto ja hoidosta muutoin käydyt keskustelut. Esimerkiksi pitkään jatkuneen osastohoidon aikana on mahdollista rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde, jossa myös vaikeita kokemuksia on mahdollista prosessoida eteenpäin, toisaalta tähän liittyy myös riski entistä suuremmista ongelmista, mikäli osastojaksoa leimaavat autonomian puute ja kokemuksen ahdistuneisuus. Koiviston, Janhosen ja Väisäsen mukaan potilaat kokevat hoidon pääsääntöisesti hyödyllisenä, mutta jäsentymättömiä: hoitohenkilökunta teki työnsä asiallisesti diagnostiikan ja sairauden hoidon kautta, mutta potilaiden kokemukset tai ymmärtäminen ja heidän sisäinen maailmansa jäi hoitosuhteessa usein tavoittamatta. (Koivisto et al. 2004.)

Ratkaisuna potilaiden kokemiin negatiivisiin tunteisiin ja hoitokäytänteisiin tarkastellut tutkimukset esittävät keskustelun ja asioiden järkeistämisen – kokemukset ja tunteet tulisi analysoida potilaan kanssa siten, että tämä voi käsitellä vaikeaa tilannetta: miksi

esimerkiksi pakkokeinoja on käytetty, ja mikäli mahdollista, potilas voisi keskustella myös niiden ihmisten kanssa, jotka olivat läsnä pakkotilanteessa. Esimerkiksi eristyksen kesto, syyt siihen ja hoitajien käytös ovat olleet tutkimusten mukaan eristetyille ja sidotuille potilaille vaikeita käsittää ja hyväksyä, ja purkukeskustelut jälkeenpäin on nähty auttavan näiden työstämisessä (Hämäläinen 2014, 11, 13). Koivisto, Janhonen ja Väisänen (2004) painottivat omassa tutkimuksessaan, että potilaiden kokemuksissa nousi vahvasti esille kaipuu sellaisiin hoitajiin ja ihmisiin, jotka ymmärtävät heidän tunteitaan ja kokemuksiaan sairaudesta ja sen vaikutuksista elämään. Sairauden kokemus on kytköksissä hoitoon ja osastoilla vietettyyn aikaan (Kilkku et al. 2003). Tällöin hoitohenkilökunnan ja erityisesti hoitajien merkitys potilaan sairauden kokemisessa ja käsittelyssä voi olla hyvinkin suuri ja riippua siitä, millaista vuorovaikutusta heidän välillä on ja millaista keskustelua tilanteesta hoidon yhteydessä käydään.

Huomioita

Tutkimusten kerronnoissa potilaiden suhde hoitohenkilökuntaan oli varsin määrittävä tekijä, ja esimerkiksi hoidon kriisiytyvinä koetut tilanteet johtuivat usein ristiriidoista ja potilaiden ja hoitohenkilökunnan keskinäisestä ymmärtämättömyydestä (esim. Kontio et al. 2012, 20). Turhautuminen, pelko, kyvyttömyys vaikuttaa omaan elämään ja pärjäämiseen heijastelevat osastohoidon hierarkiaa ja ylhäältä tulevaa päätöksentekoa. Tarkastelluissa tutkimuksissa oli huomioitavaa, että missään vaiheessa ei nostettu potilaiden aggressiivisuutta tai väkivaltaa potilaiden kokemana. Tämän taustalla voi olla tietynlainen tutkimusasetelma, mutta on myös huomioitava, että potilaille epävarmuus ja epätietoisuus siitä mitä tapahtuu voivat olla niitä kokemuksia, joita ehkä ulkopuoliset tai henkilökunta tulkitsee aggressiivisuutena tai kiihtyneisyytenä – ja siten perusteena rajoitteille.

Keskeisenä näkökulmana kaikissa tarkastelluissa tutkimuksissa korostui psykiatrian näkemys potilaan hyvästä ja hänen kokemuksestaan. Tutkimusten ja hoidon pyrkimys potilaiden kuuntelemiseen vaikuttaa olevan vahva, mutta olennaista on se, ettei psykiatrian järjestelmiä, hoitokulttuuria tai diagnostiikkaa nosteta kritiikkiin missään vaiheessa. Missään tutkimuksessa varsinaista normaaliuden tai lääketieteellisen määrittelyn ongelmaa ei nostettu esiin, ja esimerkiksi mielen sairauksien hoitaminen nähtiin osana medikalisoitua järjestelmää. Potilaiden asemaa ja kokemuksia pyrittiin helpottamaan tämän sisällä, ei varsinaisesti lääketieteen potilasasetelmaa tai psykiatrian määrityksiä kyseenalaistaen.

Tutkimuksiin kerättyjen aineistojen sisällöstä ei kuitenkaan ole mahdollista saada tarkempaa tietoa, ei myöskään onko potilaiden kerronnoissa ja näkemyksissä kyseisiä näkökantoja vai onko ne karsittu varsinaisesta analyysista pois. Psykiatrian ulkopuolisessa tutkimuksessa potilaskokemuksia purkavat näkökulmat ovat yleisiä, mutta psykiatrian voi edelleen katsoa olevan monin tavoin hierarkkista ja hoitokulttuuriltaan joustamatonta arjen käytänteissä. Tarkastellut tutkimukset esittivät potilaiden kokemukset pääsääntöisesti vaikeina, voimatoimenpiteiden kannalta negatiivisina, mutta myös erilaisia käytännön toimia osastojen parantamiseksi esitettiin.

Tarkasteltujen tutkimusten analyyseissä ei painottunut se, minkätyyppisistä ongelmista potilaat hoitonsa aikana kärsivät. Yleisimpinä diagnooseina nimettiin skitsofrenia ja mielialahäiriöt (Soininen et al. 2013, 5; myös IsHak et al. 2011), mutta potilaiden ongelmien määrittely jäi tutkimuksissa vähäiseksi. Tämä saattaa heijastua tutkimustuloksissa, mikäli ongelmilla on ollut vaikutusta potilaiden vuorovaikutukseen sosiaalisissa haastattelutilanteissa tai arvioissa omasta tilanteestaan.

Lopuksi

Esitellyissä tutkimuksissa potilaiden kokemat asiat esitettiin usein konkreettisina haittoina selviytymiselle ja toipumiselle. Potilaiden kannalta suurimpana ongelmana nähtiin kommunikaation puute. Henkilökunnan joustamattomuus, hierarkkiset asenteet ja kyvyttömyys huomioida potilas kokonaisuutena heikensivät potilastyytyväisyyttä, kun taas rajojen ja henkilökunnan joustaessa potilaiden kokemus omasta voinnistaan oli vahvempi.

Tutkimusten näkökulmina nostin esille kuusi erilaista aihealuetta, jotka materiaalissa esiintyvät: eristämiset, kommunikaatio, sitomiset, päivärutiinit ja tunnetason hyvinvointi. Yhteisenä nimittäjänä näille on rajojen vetäminen. Rajat ovat sekä konkreettisia rajaamisia että symbolisia sulkemisia esimerkiksi liikkumisen, yhteydenpidon tai henkisen voinnin suhteen.

Potilaiden ja hoitajien näkemykset risteävät kerronnoissa vahvasti. Kuten alussa esitin, tutkimuksissa potilaiden näkemykset ja kokemukset on esitetty hoitotyön kannalta, ja varsinainen potilasnäkökulma puuttuu hoitoon keskittyvästä tutkimuksesta lähes täysin. Lisäksi kuten Latvala (1998) on esittänyt, potilaiden näkemykset ja kokemukset eivät ole osa päätöksentekoa, vaan sekä potilaat että henkilökunta on asetettu seuraamaan ja noudattamaan hyvän hoidon raameja, joita ”virallisesti” on määritetty. Tällöin potilaan etu ja hyvä määrittyy ammattilaisuuden ja diagnostiikan tai ”näyttöön perustuvan” hoitotyön kautta, ja mikäli potilaan kokemus eroaa tästä voimakkaasti, se voidaan tulkita osana sairautta. (vrt. myös Barker et al.1999; Gastmans 1998.)

Tarkastelemieni tutkimusten tulokset potilaiden kokemuksista ja tunteista hoitoa kohtaan vaikuttavat olevan varsin vaihtelevia ja ristiriitaisiakin, ja erilaisiin pakkokeinoihin turvautuminen on yleistä. Tämä voi viitata siihen, ettei hoitohenkilökunta kykene toistaiseksi käsittelemään ja kohtaamaan vaikeita, totutusta hoitokulttuurista poikkeavia tilanteita ja haastavat potilastilanteet pyritään ratkaisemaan totutuin, usein pakottavin ja kontrollin keinoin. Henkilökunnan keskuudessa sekä alan opetuksessa ja tutkimuksessa pakon

käyttöä kritisoidaan, mutta vaihtoehtoiset menetelmät ovat edelleen vähemmistönä. Vanhat hoitotraditiot, käytänteet ja rutiinit estävät ja hidastavat ennakoivampien ja joustavampien menetelmien kehittämisen ja käyttöön ottamisen. Kuten aiemmin esitin, vastaavia näkökulmia on esitetty sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa (ks. esim. Keski-Valkama et al. 2010; Meehan et al. 2010). Samaan aikaan dialogisuuden puute, valtasuhteiden yksisuuntaisuus ja potilaiden kokemusten typistäminen pelkiksi hyvän tai huonon hoidon mittaristoiksi rajoittavat mahdollisuuksia ymmärtää potilaskokemus syvällisesti.

VIITTEET

[1] Hoitotyön näkökulmasta potilaiden hoidettavuus viittaa siihen, kuinka hyvin potilasta on mahdollista hoitaa tuloksellisesti, toisin sanoen miten vaivaan voidaan antaa apua ja auttaa ongelmassa. Hoitoisuus viittaa laajemmin myös siihen, miten potilas asettuu hoidettavaksi, millaisia haasteita hoitajien näkökulmasta voi esiintyä.

LÄHTEET

Aineistolähteet

Keski-Valkama, Alice (2010) *The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry. A persistent challenge over time*. University of Tampere, School of Public Health. Tampere: University of Tampere.

Koivisto, Kaisa, Janhonen, Sirpa, & Väisänen Leena. (2003) ”Patients’ experiences of psychosis in an inpatient setting”. *Journal of Advanced Nursing* 39, 258–263.

Koivisto, Kaisa, Janhonen, Sirpa & Väisänen, Leena. (2004) ”Patients’ experiences of being helped in an inpatient setting”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 268–275.

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

Kuosmanen, Lauri (2009) *Personal liberty in psychiatric care. Towards service user involvement*. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja D, osa 841. Turku: Turun Yliopisto.

Kuosmanen, Lauri, Hätönen, Heli, Malkavaara, Heikki, Kylmä, Jari & Välimäki, Maritta (2007) ”Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient’s perspective”. *Nursing Ethics*, 14(5), 597–607.

Latvala, Eila (1998) *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä*. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka. Oulun yliopistosairaala.

Soininen, Päivi (2014) *Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals*. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 1102. Turku: University of Turku.

Lähteet

Abma, Tineke.A.(1998) ”Storytelling as inquiry in mental hospital”. *Qualitative Health Research* 8, 821–838.

Achte, Kalle (1994) ”Sairaus ja ihmisen mieli”. Teoksessa Katja Hyry (toim.) *Sairaus ja ihminen*, Tietolipas 132. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura,139–161.

Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus* 2.0. Tampere: Vastapaino.

Barker, Philip, Jackson, Sue & Stevenson, Chris (1999) ”What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 233–240.

Foucault, Michel (1988) *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage Books, Random House Inc.

Frueh, B.Cristopher, Knapp, Rebecca, Cusack, Karen J., Grubaugh, Anouk L., Sauvageot, Julie A., Counsins, Victoria C., Yim, Eunsil, Robins, Cynthia S., Monnier, Jeannine & Hiers, Thomas G. (2005) ”Special section on seclusion and restraint: Patients’ reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric settings”. *Psychiatric Services* 56, 1123–1133.

Gastmans, Chris (1998) ”Interpersonal relations in nursing. A philosophical-ethical analysis of the work of Hieldegard E. Peplau”. *Journal of Advanced Nursing* 5, 165–166.

Gibson, Cheryl H. (1991) ”A concept analysis of enpowerment”. *Journal of Advanced Nursing* 16, 354–361.

Hellzen, Ove, Norberg, Astrid, & Sandman Per Olof. (1995) ”Schizophrenic patients’ image of their careers and the careers’ image of their patients: an interview study”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 279–285.

Hoekstra, Tialda, Lendemeijer, Harry & Jansen, M. (2004) ”Seclusion: The inside story”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:3, 276–283.

Honkonen, Heidi, Mattila Aino K., Lehtinen Klaus, Elo Teemu, Haataja Riina, Joukamaa Matti (2008) ”Mortality of Finnish acute psychiatric hospital patients*”. Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 43:8, 660–666.

Holmes, D., Kennedy, S.L. & Perron, A. (2004) ”The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient’s perspective”. *Issues in Mental Health Nursing*, 25:6, 559–578.

Hämäläinen, Kaisu (2014) *Tapaustutkimus mielenterveyskuntoutujan eristämiskokemuksista ja ehdotuksista purkukeskustelun toteuttamiseen*. Kliinisen hoitotyön opinnäytetyö. Ylempi Ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

IsHak, Waguih William, Greenberg, Jared M., Balayan, K., Kapitanski, Nina, Jeffrey, Jessica, Fathy, Hassan., Fakhry, Hala. & Rapaport, Mark H. (2011) ”Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder”. *Harvard Review of Psychiatry* 19:5, 36–47.

Isohanni Matti, Miettunen Jouko, Mäki Pirjo, Murray Graham, Ridler Khanum, Lauronen Erkia, Moilanen Kristiina, Alaräisänen Antti, Haapea Marianne, Isohanni Irene, Ivleva Elena, Tamminga Carol, McGrath John & Koponen Hannu. (2006) ”Risk factors for schizophrenia. Follow-up data from the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study”. *World Psychiatry* 5, 168–171.

Janhonen Sirpa (1993) ”Finnish nurse instructor’s view of the core of nursing”. *International Journal of Nursing Studies* 30:2, 157–169.

Jenkins, K., Bennet, L., Lancaster, L., O'Donoghue, D. & Carillo, F. (2002) "Improving the nurse-patient relationship: A multi-faceted approach". *EDTNA/ERCA Journal*, 28:3, 145–150.

Keski-Valkama Alice, Sailas Eila, Eronen Markku, Koivisto Anna-Maija, Lönnqvist Jouko, Kaltiala-Heino Riittakerttu (2010) "The reasons for using restraint and seclusion: a nation-wide 15-year study". *Nordic Journal of Psychiatry* 64, 136–144.

Kilkku, Nina, Munnukka, Terttu, Lehtinen, K. (2003) "From information to knowledge: the meaning of information-giving to patients who had experienced first-episode psychosis". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 57–64.

Latvala, Eila & Janhonen, Sirpa (1997) "Patient's Capable of Managing. Basic Process of Psychiatric Nursing in a Hospital Environment". *Nordic Journal of Nursing Research* December 17: 4, 9–13.

Latvala, Eila & Janhonen, Sirpa (1998) "Helping methods used by nurses in a psychiatric hospital environment". *International Journal of Nursing Studies*. 35, 346–352.

Meehan, Tom, Vermeer, Cathryn & Windsor, Carol (2000) "Patients' perceptions of seclusion. A qualitative investigation". *Journal of Advanced Nursing*, 31:2, 370–377.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116. (Luettu 9.6.2018)

Nissi, Kaisa (2015) *Inpatients' experiences of psychiatric hospital care and coercion in Finland : A literature review*. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Pejlert, Anita, Asplund Kenneth, & Nordberg, Astrid (1995) "Stories about living in a hospital ward as narrated by schizophrenic patients". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2, 269–277.

Perttula, Juha & Latomaa, Timo (2008) *Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Pietikäinen, Petteri (2013) *Hulluuden historia*. Helsinki: Gaudeamus.

Priebe, Stefan, Roeder-Wanner, Ute Ulrike & Kaiser, Wolfgang (2000) ”Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study”. *Psychol. Med.* 30:1, 225–230.

Rafael ARF (1995) ”Advocacy and empowerment: Dichotomous or synchronous concepts”. *Advances in Nursing Science* 18:2, 25–32.

Rissanen, Päivi (2015) *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Sailas, Eila & Wahlbeck Kristian (2005) ”Restraint and Seclusion in psychiatric inpatient wards”. *Current opinion in psychiatry* 18, 555–559.

Salokangas, Raimo (2013) ”Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland: I. Discharged patients and their care”. *Schizophrenia bulletin*, 24:3.457–456.

Sibitz, Ingrid, Scheutz, Alexandra, Lakeman, Richard, Schrank, Beate, Schaffer, Markus & Amering, Mikaela (2011) “Impact of coercive measures on life stories: qualitative study”. *The British Journal of Psychiatry* 199, 239–244.

Soininen, Päivi, Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., Puukka, P., Pitkänen, A. & Välimäki, Maritta (2013) ”Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients’ subjective quality of life at discharge?” *International Journal of Mental Health System* 7:28, http://doi.org/10.1186/1752-4458-7-28. (Luettu: 9.6.2018)

STM (2009) *Plan for mental health and substance abuse work. Proposals of the Mieli 2009 working group to develop mental health and substance abuse work until 2015*. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Talseth, Anne-Grethe, Jacobson, Lars, & Nordberg, Astrid (2001) ”The meaning of suicidal psychiatric inpatients’ experiences of being treated by physicians”. *Journal of Advanced Nursing* 34, 96–106.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.

Välimäki Maritta (1998) *Self-determination in psychiatric patients*. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 288.

Välimäki, Maritta, Holopainen, Arja & Jokinen, Maija, (2000) *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Juva: WS Bookwell Oy.

Välimäki, Maritta, Taipale, Johanna & Kaltiala-Heino, Riittakerttu (2001) ”Deprivation of liberty in psychiatric treatment: A Finnish perspective”. *Nursing Ethics* 8:6, 522–532.