

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Lauri Aalto, Moona Darth ja Paula Hakala

KIINNIPIDON JA ERISTÄMISEN KÄYTÄNNÖT SUOMESSA JA KANSAINVÄLISESTI

Lauri Aalto, Moona Darth & Paula Hakala

KIINNIPIDON JA ERISTÄMISEN KÄYTÄNNÖT SUOMESSA JA KANSAINVÄLISESTI

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää olemassa olevan kirjallisuuden avulla kiinnipidon, huone-eristämisen ja sitomisen käytännöt Suomessa ja kansainvälisesti sekä ottaa huomioon mahdollisia käytännöissä ilmeneviä eroja. Tavoitteena oli koota yhteen ja lisätä tietoa kiinnipidon ja eristämisen käytännöistä eri maissa. Työ tehtiin osana EriTurva-hanketta.

Tutkimus toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineistona käytettiin 23 sosiaali- ja terveysalan julkaisua. Kirjallisuuskatsaus esittää ajankohtaista tietoa Suomen, Euroopan, Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen kiinnipidon ja eristämisen käytännöistä. Maat valikoituivat aineistolähtöisesti. Työn kohderyhmänä olivat yli 18-vuotiaat tahdonvastaisessa hoidossa olevat potilaat, joihin kohdistetaan eristämistoimenpiteitä.

Kiinnipidon ja eristämisen käytännöt vaihtelivat paljon maittain ja eroja löytyi lainsäädännöstä asti. Kiinnipito ja eristäminen miellettiin viimeisiksi keinoiksi rajoittaa potilasta. Yleisimmin sitominen miellettiin kaikkein riskialteimmaksi ja rajoittavimmaksi toimenpiteeksi. Potilaan vointia tuli tarkkailla ja arvioida jatkuvasti. Riittävästä hoidosta ja huolenpidosta sekä vuorovaikutuksesta tuli huolehtia. Eroja ilmeni hoitotoimenpiteiden, määräysten ja valvonnan toteuttamisessa. Toimenpiteiden aikaiset riskit sekä potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden takaaminen korostuivat aineistossa.

Jatkossa tulisi kehittää suosituksia kiinnipidosta. Tutkimuksia tulisi tehdä eristyshuoneen toimivuudesta, virikkeiden hyödyistä ja haitoista sekä siteiden liikuttelun riittävydestä. Lisäksi tulisi tutkia, toteutuuko potilaan oikeusturva Suomessa tahdonvastaisen hoidon ja tahdonvastaisten toimenpiteiden kohdalla ja millä tavalla potilaan oikeusturvaa voitaisi parantaa.

ASIASANAT:

psykiatria, tahdonvastainen hoito, kansainvälinen vertailu, kiinnipito, huone-eristys, sitominen, kirjallisuuskatsaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing

April 2018 | Number of pages 35

Lauri Aalto, Moona Darth & Paula Hakala

RESTRAINT AND SECLUSION PRACTICES IN FINLAND AND INTERNATIONALLY

The purpose of this thesis was to explore and compare existing practices of physical restraint, seclusion and mechanical restraint, by examining existing literature, in Finland and internationally. The aim of this thesis was to put together and increase the knowledge about existing practices of physical restraint and restrictive measures in different countries. This thesis was a part of the EriTurva-project.

The method of this study was a narrative literature review. It contained 23 publications of the field of social and health services. The literature review presents current information about the practices of restraint and seclusion measures used in Finland, Europe, Great Britain and United States. The selection of the countries was material-oriented. The target group of this study were patients over the age of 18 in involuntary psychiatric care to whom these restrictive measures are applied.

The main findings were the practices of restraint and seclusion varied a lot between countries and there were differences even in the legislation. Restraint and seclusion were perceived as the last measures to restrict a patient. Mechanical restraint was generally perceived as the riskiest and the most restrictive one. The patient's condition was supposed to be monitored and assessed continuously. Sufficient care and interaction were supposed to be taken care of. The differences appeared in carrying out treatment, implementing orders and in patient's monitoring. Risks during the measures and guaranteeing the safety of the patient and the staff were emphasized in the material.

In the future guidelines should be created for physical restraint. One should study the effectiveness of the seclusion room, pros and cons of the activities in the seclusion room and adequacy of shifting the restraints. Also, one should study if the legal protection of the patient comes true in Finland during involuntary care and measures and how the patient's legal protection could be improved.

KEYWORDS:

psychiatry, involuntary care, international comparison, physical restraint, mechanical restraint, seclusion, literature review

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
2.1 Kiinnipito ja eristäminen	8
2.2 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Suomessa	10
2.3 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Euroopassa	11
2.4 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Iso-Britanniassa	12
2.5 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Yhdysvalloissa	12
2.6 Kiinnipidon ja eristämisen käyttöä koskevat tilastot Suomessa ja kansainvälisesti	13
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA AIKATAULU	16
5 TULOKSET	21
5.1 Kiinnipidon käytännöt	21
5.2 Huone-eristämisen käytännöt	22
5.3 Sitomisen käytännöt	23
5.4 Yhteenveto kiinnipidon, eristämisen ja sitomisen käytännöistä	26
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	29
7 POHDINTA	32
LÄHTEET	36

TAULUKOT

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku.	18
Taulukko 2. Käytettyjen julkaisujen tarkoitus ja keskeisimmät tulokset.	19
Taulukko 3. Tulosten yhteenveto.	27

KÄYTETYT LYHENTEET

CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
EN	Euroopan neuvosto
EU	Euroopan Unioni
MAPA	Management of Actual or Potential Aggression, Haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisy ja hallinta
STAKES	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
TJC	The Joint Commission
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VETH	Väkivaltatilanteiden ehkäisy ja turvallinen hoito
YK	Yhdistyneet Kansakunnat

1 JOHDANTO

Kiinnipidon ja eristämisen yleisyydessä ja käytänteissä on havaittu suurta vaihtelua psykiatristen sairaaloiden välillä. Tahdonvastaisten toimenpiteiden käytössä on jatkuva ristiriita ihmisoikeuksien, potilaan ja muiden henkilöiden turvallisuuden takaamisen välillä. (Kaltiala-Heino ym. 2014.) Käytön yleisyyteen vaikuttavat muun muassa yhteiskunnalliset asenteet, lainsäädäntö, käytössä olevat resurssit ja hoitokulttuuri (Raboch ym. 2010, 1012; Kinnunen 2013, 3). Euroopan Unioni pyrkii yhtenäistämään mielenterveyspalveluiden rakennetta ja lainsäädäntöä sen jäsenvaltioissa (Tuohimäki 2007, 36, 51). Suomessa yhtenäisempiä hoitokäytäntöjä pyritään saamaan aikaiseksi käynnissä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksella, eli sote-uudistuksella (Holopainen ym. 2016, 3). Sen seurauksena myös psykiatrisen hoidon käytäntöjä tullaan luultavasti yhtenäistämään.

Kansainvälisessä vertailussa todettiin, että tahdonvastaisia toimenpiteitä käytettiin eri Euroopan maissa 21 %:sta 59 %:iin potilaista. Suurin syy tahdonvastaisten toimenpiteiden käyttämiseen oli potilaan aggressiivisuus. (Raboch ym. 2010, 1012, 1015.) Tahdonvastaisten toimenpiteiden kansainvälinen vertailu on vaikeaa, koska aiheesta tehdyt julkaisut ovat vähäisiä, eivätkä aina keskity tutkimaan samoja asioita (Tuohimäki 2007, 48). Jopa ammattilaisten on vaikea saada selkeää kuvaa omien maiden lainsäädännöstä, hoitosuosituksista ja -käytännöistä (Keski-Valkama 2010, 9).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää olemassa olevan kirjallisuuden avulla kiinnipidon, huone-eristämisen ja sitomisen käytännöt Suomessa ja kansainvälisesti sekä ottaa huomioon mahdollisia käytännöissä ilmeneviä eroja. Tavoitteena oli koota yhteen ja lisätä tietoa kiinnipidon ja eristämisen käytännöistä eri maissa. Tutkimus toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Työn kohderyhmänä olivat yli 18-vuotiaat tahdonvastaisessa hoidossa olevat potilaat, joihin kohdistettiin tahdonvastaisia toimenpiteitä. Lapsia ja nuoria koskee oma lainsäädäntönsä (Sundman 2013), joten työtä ei voida soveltaa heitä koskeviin psykiatrisen erikoisaloihin. Tahdonvastaisista toimenpiteistä tässä työssä käsiteltiin kiinnipidon, huone-eristämisen ja sitomisen käytännöt. Kiinnipito sisällytettiin työhön, koska se on vahvasti sidoksissa eristämistilanteisiin. Lainsäädäntö antaa rajat tahdonvastaisten toimenpiteiden toteuttamiselle, joten kiinnipidon ja eristämisen käytäntöjen ymmärtämiseksi tulee tutustua eri maiden lainsäädäntöihin. Teoreettisessa viitekehyksessä esiteltiin Suomen,

Euroopan, Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen tahdonvastaista hoitoa koskevat lainsäädännöt. Maat valikoituivat tähän opinnäytetyöhön niistä löytyneen aineiston perusteella. Viitekehyksessä esiteltiin myös kiinnipitoa ja eristämistä koskevat tilastot, koska ne auttavat hahmottamaan niiden yleisyyttä, esiintyvyyttä ja käyttöä Suomessa ja kansainvälisesti.

Opinnäytetyö tehtiin työsuojelurahaston rahoittamalle EriTurva-hankkeelle, joka oli Turun ammattikorkeakoulun, Turun yliopiston sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistyössä tehty projekti. Hanke toteutettiin vuosien 2016–2018 aikana. Hankkeen tarkoituksena oli parantaa työturvallisuutta psykiatrisilla osastoilla huone-eristämisen ja sitomisen aikana. (Turun yliopisto 2016.)

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Kiinnipito ja eristäminen

Tahdonvastaisessa hoidossa oleva potilas on määrätty hoitoon mielisairautensa takia. Hoitoon määrääminen edellyttää lainmukaisten kriteerien täyttymisen. (Kontio 2011, 19; Hämäläinen ym. 2017, 74.) Mielisairauksiksi katsotaan deliriumtilat, skitsofrenian eri muodot, elimelliset tai muut harhaluuloisuustilat, vakavat masennustilat, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, joissa on psykoottisia oireita, dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot ja muut psykoosit (Lönqvist ym. 2017).

Tahdonvastaisessa hoidossa olevaa potilasta voidaan joutua rajoittamaan tahdonvastaisilla toimenpiteillä tilanteen niin vaatiessa, usein potilaan tai muiden turvallisuuden takaamiseksi (Mielenterveyslaki 1116/1990; Kinnunen 2013, 2; Kaltiala-Heino ym. 2014; Makkonen ym. 2016, 15). Tahdonvastaisten toimenpiteiden tulee edetä vähemmän rajoittavasta kohti rajoittavampaa toimenpidettä (Knox & Holloman 2012, 39; Makkonen ym. 2016, 25). Useissa suomalaisissa sairaaloissa etenemisjärjestys on: lääkitys, vierihoito, kiinnipito, huone-eristys ja sitominen. Seuraavaan toimenpiteeseen siirrytään vasta, kun edeltävä on todettu riittämättömäksi. (Makkonen ym. 2016, 25.)

Kiinnipidossa potilasta rajataan useamman hoitajan voimin pitämällä potilaasta fyysisesti kiinni (Kontio 2011, 19; Baker ym. 2013, 24; Kaltiala-Heino 2014; Soininen 2014, 7; Porter & Plunkett 2018, 13). Kiinnipitoa käytetään, kun potilas käyttäytyy uhkaavasti tai aggressiivisesti, yleensä silloin, kun hänet viedään eristyshuoneeseen tai sidottavaksi. Kiinnipitoa jatketaan, kunnes potilas rauhoittuu, koska hallitsemattoman ja vastustelevan potilaan siirtoon liittyy suuri potilaan ja henkilökunnan loukkaantumisriski. (Kinnunen 2013, 9, 32.) Kiinnipidosta on ilmoitettava aina lääkärille (Mielenterveyslaki 1116/1990; Kontio 2011, 19; Makkonen ym. 2016, 15). Kiinnipidossa käytettäviä tekniikoita opetetaan hoitohenkilökunnalle lisäkoulutuksissa, esimerkiksi MAPA- ja VETH-koulutuksissa (Kinnunen 2013, 39–40; Kaltiala-Heino ym. 2014; Makkonen ym. 2016, 43).

Eristämisellä tarkoitetaan potilaan eristämistä muista potilaista siirtämällä hänet lukittuun eristyshuoneeseen tai sitomalla erityisvuoteeseen (Hämäläinen 2017, 81). Potilas voidaan eristää, jos hän on uhkauksensa tai käyttäytymisensä perusteella todennäköisesti vaaraksi itselleen tai muille ja vähemmän rajoittavat toimenpiteet on

todettu soveltumattomiksi tai riittämättömiksi (Mielenterveyslaki 1116/1990; Champion 2007, 427; Scott ym. 2007, 34; Crilly 2008, 63; Reidy 2008, 22–23; Glezer & Brendel 2010, 353; Hendryx ym. 2010, 274; Recupero ym. 2011, 467; Knox & Holloman 2012, 35–36; Makkonen ym. 2016, 15; Tuovinen 2017, 34; Vieta ym. 2017, 6; Porter & Plunkett 2018, 13). Suomen mielenterveyslainsa (1116/1990) eristäminen on näiden lisäksi perusteltua, jos se todetaan välttämättömäksi jostain muusta erittäin painavasta syystä. Eristämisen tarvetta tulee arvioida jatkuvasti (Champion 2007, 428; Hendryx ym. 2010, 274; Recupero ym. 2011, 471; Knox & Holloman 2012, 35–36; Makkonen ym. 2016, 16). Eristettyyn potilaaseen tulee olla jatkuvassa näkö- ja kuuloyhteydessä (Mielenterveyslaki 1116/1990; Recupero ym. 2011, 472; Knox & Holloman 2012, 39; Kinnunen 2013, 2; Guzman-Parra ym. 2014, 261; Flammer & Steinert 2015, 3; Makkonen ym. 2016, 16; Bowers ym. 2017, 45).

Potilas ja huone tutkitaan ennen eristämisen aloittamista. Mahdollisesti haitalliset esineet esimerkiksi sytyttimet, vyöt ja ruokailuvälineet otetaan henkilökunnan haltuun. (Recupero ym. 2011, 470; Kinnunen 2013, 3, 33; Vieta ym. 2017, 7.) Potilaalle annetaan tarvittavat tiedot eristämisestä esimerkiksi, mitkä asiat johtivat toimenpiteeseen, kuka päätöksestä on vastuussa ja kuinka pitkään eristäminen arvioidusti kestää. Potilaan kanssa sovitaan, miten hän pystyy kutsumaan henkilökuntaa luokseen. Eristämisen jälkeen potilaan kanssa tulee käydä tilanteen jälkipuinti eli debriefing. (Kinnunen 2013, 34, 71, 75.)

Huone-eristyksessä potilas eristetään muista potilaista lukittuun eristyshuoneeseen (Raboch ym. 2010, 1013; Kontio 2011, 19; Soininen 2014, 7; Hämäläinen ym. 2017, 81). Eristyshuone on tätä tarkoitusta varten suunniteltu ja kalustettu huone, mitä tilanteessa pyritään ensisijaisesti käyttämään (Crilly 2008, 62; Raboch ym. 2010, 1013; Pettit ym. 2016, 967; Vieta ym. 2017, 6).

Sitomisessa potilaan liikkumista rajoitetaan tai liikkuminen estetään kokonaan erilaisia siteitä käyttämällä (Hendryx ym. 2010, 274; Kontio 2011, 19; Soininen 2014, 7; Porter & Plunkett 2018, 13). Potilas kiinnitetään esimerkiksi sänkyyn erikoisvalmisteisilla vöillä keskivartalosta ja raajoista niin, ettei hän pysty siitä nousemaan (Kontio 2011, 19; Hämäläinen ym. 2017, 82). LePOSITEET ovat usein joko nylonia tai nahkaa ja ne kiinnitetään tarrakiinnikkeillä tai soljilla. Myös kangasliinoja voidaan käyttää. (Crilly 2008, 62.)

2.2 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Suomessa

Suomen mielenterveyspalveluita ohjaavat Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) ja Mielenterveyslaki (1116/1990). Lisäksi potilaan hoitoa ohjaa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tahdonvastaiseen hoitoon voidaan määrätä potilas, jonka todetaan olevan mielisairas. Mielisairauden lisäksi tulee todeta, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi potilaan mielisairautta, vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta ja tilanteessa eivät mitkään muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990; Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001; Välimäki ym. 2008, 18; Hämäläinen ym. 2017, 74; Tuovinen 2017, 4.) Tahdonvastaiseen hoitoon ottaminen eli M1-käytäntö rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta (Mielenterveyslaki 1116/1990; Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001; Hämäläinen ym. 2017, 75). M1-käytäntö on neliportainen prosessi (Hämäläinen ym. 2017, 75), jossa potilaalle kirjoitetaan tarkkailulähete (Lönnqvist ym. 2017). Läheteessä edellytetään, että mielisairausdiagnoosi on todennäköinen, mutta diagnoosin varmistaminen jää sairaalan tehtäväksi tarkkailuaikana (Lönnqvist ym. 2017).

Tahdonvastaista hoitoa, huone-eristämistä ja sitomista saa käyttää vain valtion tai kunnan toimipisteissä, joissa työskentelee vähintään kaksi lääkäriä (Kontio 2011, 15). Vapaaehtoisesti hoidossa olevaan potilaaseen ei voida kohdistaa tahdonvastaisia toimia. Kaikkiin tahdonvastaisiin toimiin tarvitaan erikseen lääkärin lupa. (Mielenterveyslaki 1116/1990; Kaltiala-Heino ym. 2014; Makkonen ym. 2016, 11, 15.) Suomessa kaikista tahdonvastaisista toimenpiteistä tehdään Aluehallintovirastolle ilmoitus, jossa on potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi (Makkonen ym. 2016, 15).

Euroopan ihmisoikeustuomioistuin on arvostellut Suomen mielenterveyslakia siitä, ettei se suojele riittävästi yksilöitä mielivaltaiselta tahdonvastaiseen hoitoon määräämiseltä. Tuomioistuin on huomauttanut, että päätös tahdonvastaisesta hoidosta ei anna automaattisesti lupaa muihin tahdonvastaisiin toimiin. (Soininen 2014, 6.)

2.3 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Euroopassa

Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö vaihtelee Euroopan sisällä (Kallert 2011, 16), vaikka EU:n jäsenvaltiot ovat pyrkineet yhtenäistämään sitä (Tuohimäki 2007, 36, 51). YK ja EN ovat tehneet useita sopimuksia ja suosituksia koskien mielenterveyspotilaiden hoitoa ja oikeuksia. Vaikka ne eivät ole lainvoimaisia, on niiden noudattaminen moraalinen velvollisuus. (Keski-Valkama 2010, 7.) EU:n sisällä on yhtenäiset tahdonvastaiseen hoitoon määräämisen kriteerit, mutta niissä on joitakin tulkinnallisia eroja. Yleisimmin käytetty lisäkriteeri hoitoon määräämisessä on potilaan todennäköinen vaarallisuus itseään tai muita kohtaan. Joissain maissa kriteerin täyttymiseksi edellytetään, että itsensä tai muiden vahingoittamisella uhkailu tapahtuu julkisesti, mutta esimerkiksi Ruotsissa, Italiassa ja Espanjassa potilaan vaarallisuus ei ole edellytys hoitoon määräämiselle. (Tuohimäki 2007, 36.)

Pohjoismaista Tanskalla, Ruotsilla ja Norjalla on tahdonvastaista hoitoa määrittelevä laki. Islannilla ei ole erillistä mielenterveyslakia, vaan kaikki hoitoa koskevat kohdat sisältyvät oikeustoimikelpoisuutta koskevaan lakiin. Tanskan mielenterveyslaki vaatii tarkkaa diagnoosia potilaalle ennen tahdonvastaiseen hoitoon määräämistä, mutta muissa pohjoismaissa toteamus todennäköisestä mielenterveysongelmasta riittää. (Tuohimäki 2007, 35.)

Saksassa tahdonvastaista hoitoa määrittää kaksi lakia: holhouslaki (Betreuungsrecht) ja mielenterveyslakiin verrattavissa oleva julkinen laki. Näiden lisäksi Saksan jokaisessa 16 osavaltiossa on omat hieman erilaiset säädöksensä. Hoitoon voidaan määrätä, kun potilaan syyntakeettomuutta epäillään tai potilas on vaaraksi itselleen tai muille. Hoitoon määrääminen tapahtuu oikeuden päätöksellä. Joissain osavaltioissa päätöksen voi tehdä myös poliisi. (Steinert ym. 2014, 2–3.)

Hollannilla on erilliset lait tahdonvastaiseen hoitoon määräämisestä ja tahdonvastaisten toimien käyttämisestä. Tahdonvastaiseen hoitoon määräämistä koskeva laki on kaksiosainen, josta ensimmäinen osa käsittelee lyhytaikaista tahdonvastaista hoitoa ja toinen pitkäaikaista tahdonvastaista hoitoa. Päätöksen lyhytaikaiseen hoitoon määräämisestä tekevät kaupungin pormestari ja lääkäri ja pitkäaikaiseen hoitoon määräämisestä tuomari. (Steinert ym. 2014, 2.)

Italiassa tahdonvastaiseen hoitoon voidaan määrätä, kun potilaan sairaus vaatii välitöntä hoitoa, jota potilas ei vapaaehtoisesti hyväksy ja sairaalan ulkopuolella minkäänlaista

apua ei ole tarjolla. Päätöksen hoitoon määräämisestä tekee tuomari psykiatrilta saamansa suosituksen perusteella. Italian lainsäädäntö ei määrittele eristämistä tai sitomista eikä ota kantaa siihen, kumpaa niistä tulisi suosia. (Camuccio 2008, 51–52.)

Irlannilla on kolme eri lakia, jotka käsittelevät tahdonvastaista hoitoa. Tahdonvastaiseen hoitoon voidaan määrätä potilas, jonka käytös estää oikeanlaisen hoidon antamisen, joka on vaarallinen itselleen tai muille tai jonka päätöksentekokyky on heikentynyt. Laki sisältää myös tarkkailuohjeistuksen. (Scott ym. 2007, 33–34.)

2.4 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Iso-Britanniassa

Englannin mielenterveyslaki sisältää erilliset pykälät tahdonvastaiseen hoitoon määräämisestä ja tahdonvastaisesta hoidosta (Guise & Chambers 2008, 68). Skotlannissa ja Pohjois-Irlannissa on omat mielenterveyslakinsa (Mental Health Act 1983, Mental Health (Scotland) Act 1984; The Mental Health Order (Northern Ireland) 1986). Englannissa potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon, kun hänellä on todettu mielisairaus tai muu mielenterveyden häiriö ja se on välttämätöntä potilaan tai muiden terveyden ja turvallisuuden takaamiseksi. Sairaalahoido katsotaan tarpeelliseksi, kun se todennäköisesti helpottaisi potilaan oloa, estäisi potilaan voinnin pahenemisen eikä tarkoituksenmukaista hoitoa voida toteuttaa ilman tahdonvastaista hoitoa. Hoitoon määräämiseen tarvitaan kahden eri lääkärin kirjalliset suositukset, joista käy ilmi edellä mainittujen kriteerien täyttyminen. (Mental Health Act 1983, 3.)

Englannin ja Walesin mielenterveyslaki antaa hoitajille oikeuden estää potilasta lähtemästä osastolta, kun hänen arvioidaan olevan vaaraksi itselleen tai muille. Potilaan pidättelemiseksi voidaan tarvittaessa käyttää huone-eristystä tai kiinnipitoa. Jos lääkäri ei kuuden tunnin kuluessa arvioi potilasta, on hän vapaa lähtemään, mutta saa myös vapaaehtoisesti jäädä osastolle. (Ashmore & Carver 2014, 30, 34.) Iso-Britanniassa sitominen ei ole käytössä (Guise & Chambers 2008, 70; Keski-Valkama 2010, 30).

2.5 Tahdonvastaista hoitoa koskeva lainsäädäntö Yhdysvalloissa

Yhdysvaltojen lainsäädännössä käsitellään erillisinä kohtinaan tahdonvastaiseen hoitoon määrääminen ja tahdonvastainen hoito, toisin kuin useassa Euroopan maassa (Steinert ym. 2014, 2). Yhdysvaltojen lainsäädäntö tahdonvastaiseen hoitoon

määräämistä, tahdonvastaista hoitoa sekä tahdonvastaisia toimenpiteitä koskien on vaikeaselkoinen, koska eri osavaltioilla on omat lakinsa ja asetuksensa (Tuohimäki 2007, 36; Keski-Valkama 2010, 9). Lisäksi kahdella isolla terveysalan hallintoelimellä TJC:lla ja CMS:llä on omat asetuksensa koskien eristämistä ja sitomista (Keski-Valkama 2010, 9; Recupero ym. 2011, 465–466; Whitehead & Liljeros 2011, 93). Tahdonvastaisia toimenpiteitä käyttävillä yksiköillä tulee olla TJC:n antama valtuutus toimia terveysalalla (Champion 2007, 428; Glezer & Brendel 2010, 355; Keski-Valkama 2010, 9). Yhdysvalloissa potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon, kun hänellä on todettu mielenterveyden häiriö, josta johtuen hän on vaaraksi joko itselleen tai muille (Tuohimäki 2007, 36).

Yhdysvalloissa tahdonvastainen hoito voidaan järjestää myös avohoidossa. Avohoitoon määräämistä voidaan hyödyntää potilaalle, joka ei välttämättä tarvitse välitöntä sairaalahoitoa, eikä sillä hetkellä täytä yleisiä hoitoon määräämisen kriteereitä, mutta jäädessään ilman hoitoa, tulee ne todennäköisesti täyttämään. Tahdonvastaiseen avohoitoon määrääminen jaetaan kolmeen eri muotoon. Yhdessä muodossa potilas vapautetaan tahdonvastaisesta osastohoidosta sillä ehdolla, että hän lupaa sitoutua avohoidon palveluihin. (Tuohimäki 2007, 36; Crilly 2008, 65.) Toisessa muodossa potilas voidaan määrätä suljetulle osastolle menemisen sijasta avohoidon palveluun (Tuohimäki 2007, 36; Crilly 2008, 65), jossa hänelle tehdään yhteiskuntapohjainen hoitosuunnitelma ja sen toteutumista valvotaan (Crilly 2008, 65). Valvotusta avohoitoympäristöstä potilas voidaan tarvittaessa siirtää oireiden pahentuessa suljetulle osastolle (Crilly 2008, 65). Kolmas muoto sallii potilaan jatkuvan seurannan osastolta uloskirjoituksen jälkeen (Tuohimäki 2007, 36; Crilly 2008, 65).

2.6 Kiinnipidon ja eristämisen käyttöä koskevat tilastot Suomessa ja kansainvälisesti

Tutkimuksissa kiinnipidon ja eristämisen määritelmät ovat erilaisia (Keski-Valkama 2010, 10) ja niissä ei aina keskitytä tutkimaan samoja asioita (Tuohimäki 2007, 48). Sen vuoksi vertailu on haastavaa (Keski-Valkama 2010, 10). Tahdonvastaisten toimenpiteiden yleisyys ja kesto vaihtelevat suuresti koko Euroopan alueella ja Suomen paikka kansainvälisessä vertailussa tilastollisesti on yhä epäselvä (Keski-Valkama 2010, 15, 30).

Suomessa vuonna 2016 psykiatrisessa osastohoidossa oli 36 235 potilasta. Tahdonvastaisia toimenpiteitä käytettiin yhteensä 4 245 kertaa, joista 5,1 % toteutettiin

huone-eristykseenä, 2,9 % sitomisena ja 1,2 % kiinnipitona. (THL 2018, 2, 7.) Soinisen (2014, 30) tutkimuksessa, joka käsitti myös oikeuspsykiatriset potilaat, huone-eristystä käytettiin 45 %:lle ja sitomista 26 %:lle potilaista. Keskimääräinen eristämisen kesto vaihteli 75 minuutin ja 16 vuorokauden välillä ja oli keskimäärin 53 tuntia.

Tuovisen (2018, 16) kymmenen Euroopan maata käsittävässä tutkimuksessa 38 % potilaista koki tahdonvastaisia toimenpiteitä sairaalassaoloaikanaan. Keski-Valkaman (2010, 31) tutkimuksessa toimenpiteiden kestojen suhteen Euroopassa ääripäitä olivat Norja ja Hollanti. Norjassa huone-eristyksen keskipituus oli kolme tuntia ja sitomisen noin kahdeksan tuntia. Vastaavat luvut Hollannissa olivat 294 tuntia ja 1 182 tuntia.

Iso-Britanniassa huone-eristystä käytettiin noin neljäsosalle potilaista, mutta noin 25–50 %:ssa sairaaloista sitä ei käytetty lainkaan (Bowers ym. 2017, 1). Bowersin ym. (2017, 1) mukaan huone-eristystä käytettiin 12–48 %:lle potilaista ja Bakerin ym. (2013, 25) mukaan kiinnipitoa käytettiin 9–18 %:lle potilaista. Keskimääräinen kiinnipidossa käytetty aika oli 10–20 minuuttia (Keski-Valkama 2010, 34; Noda ym. 2013, 408).

Yhdysvalloissa tahdonvastaisia toimenpiteitä koki 2–6 % potilaista (Hendryx ym. 2010, 273). Kansallisen tutkimuksen mukaan huone-eristämistä käytettiin 31 %:lle potilaista (Tuohimäki 2007, 48). Hendryxin ym. (2010, 274) tutkimuksessa huone-eristämisen kesto oli keskimäärin 17 tuntia ja sitomisen 22 tuntia.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää olemassa olevan kirjallisuuden avulla kiinnipidon, huone-eristämisen ja sitomisen käytännöt Suomessa ja kansainvälisesti sekä ottaa huomioon mahdollisia käytännöissä ilmeneviä eroja. Tavoitteena oli koota yhteen ja lisätä tietoa kiinnipidon ja eristämisen käytännöistä eri maissa.

Tutkimuskysymyksiä ovat

1. Millaisia kiinnipidon käytäntöjä on Suomessa ja kansainvälisesti? Jos käytännöt eroavat, niin miten?
2. Millaisia huone-eristämisen käytäntöjä on Suomessa ja kansainvälisesti? Jos käytännöt eroavat, niin miten?
3. Millaisia sitomisen käytäntöjä on Suomessa ja kansainvälisesti? Jos käytännöt eroavat, niin miten?

Työssä käsiteltiin Suomen, Euroopan, Iso-Britannian ja Yhdysvaltojen eristämiskäytäntöjä. Maat valikoituivat työhön niistä löytyneen aineiston perusteella. Iso-Britannia nostettiin Euroopasta omaksi kokonaisuudekseen, sillä siellä on tehty paljon aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Kiinnipito sisällytettiin työhön, koska se on vahvasti sidoksissa eristämistilanteisiin. Joissain maissa huone-eristystä ja sitomista ei käytetä, jolloin kiinnipitoa käytetään niiden sijaan. Eristämisen jälkeen käytävää debriefingiä eli jälkipuintia ei käsitellä tässä työssä, sillä kirjallisuudessa se käsitellään usein omana kokonaisuutenaan.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA AIKATAULU

Tämä opinnäytetyö tehtiin narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Narratiivisen metodin tarkoituksena on kerätä olemassa olevaa tietoa, tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia sekä auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa (Salminen 2011, 7). Aineisto esitetään teema-analyysinä, jossa tieto on järjestetty teemojen mukaan sisältölähtöisesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 105–107; Kangasniemi & Pölkki 2016, 87). Teemat ovat aineistossa ilmenevä keskeisiä aiheita (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), joiden muodostumista ohjaavat tutkimuskysymykset (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87). Aineistoa lähestyttiin induktiivisesti, mikä tarkoittaa etenemistä yksittäisestä tiedosta yleisempään väitteeseen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 15). Aineistoa yleistettiin niin, että yksittäisten julkaisujen sisältö kertoi kunkin maan käytännöistä. Siten saatiin yleinen kuva, mitä kiinnipidon ja eristämisen käytäntöjä on eri maissa ja mitkä niiden yhtäläisyydet ja erot ovat.

Opinnäytetyö tehtiin kevään 2018 aikana. Opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin seminaarissa 7.2.2018. Valmis työ palautettiin 11.4.2018 ja arviointiseminaari järjestettiin 19.4.2018. Opinnäytetyö esiteltiin niille tarkoitetuilla messuilla 18.4.2018, julkaistiin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisualusta Theseuksessa (theseus.fi) ja toimitettiin EriTurva-hankkeen käyttöön.

Kirjallisuushakuun ja aineiston valintaan kuuluvat varsinaiset haut ja asianmukaisen kirjallisuuden valinta. Tiedonhakuja varten mietitään soveltuvat hakusanat ja niistä muodostetut hakulausekkeet. Tutkimuksen kannalta olennaiset käsitteet on määriteltävä, jotta niitä voidaan käyttää hakusanoina. Kriteerit, joiden perusteella aineisto valitaan, tulee sopia ennen varsinaista tiedonhakua, sillä hakutuloksena tulee usein paljon myös tutkimuksia, jotka eivät sovellu katsaukseen. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–27.) Aineistoon päätettiin ottaa mukaan väitöskirjat, tutkimusartikkelit, tieteelliset tutkimukset ja pro gradu -tutkielmat. Ammattilehden artikkelit ja muut julkaisut, jotka eivät täyttäneet tieteellisen tutkimuksen kriteereitä jätettiin aineiston ulkopuolelle.

Hakulausekkeiden muodostamisessa pidettiin tärkeänä, että ne kattaisivat mahdollisimman hyvin kaikki aiheeseen liittyvät julkaisut ja niitä pystyttäisiin käyttämään eri tietokannoissa mahdollisimman samassa muodossa. Tämä helpotti ja nopeutti aineistohaun tekemistä. Hakusana ”mental health” tuotti paljon tuloksia aihealueen ulkopuolelta ja hakutulosten määrä oli huomattava. Se korvattiin termeillä ”psychiatric

care” ja ”psychiatric nursing”, jolloin hakutulosten määrä saatiin pienemmäksi ja relevantimmaksi. Ne yhdistettiin hakusanaksi ”psychiatric”. Sanoista ”restraint”, ”restraints”, ”physical restraint”, ”mechanical restraint”, ja ”restrictive” muodostettiin sanojen katkaistu muoto ”restr*”. Viimeiseen hakutermiin haluttiin sisällyttää sanat ”seclusion”, ”secluded” ja ”seclusion room”, joten siitä muodostui näiden sanojen katkaistu muoto ”secl*”. Aineistohaun tietokannoiksi valittiin Cinahl Complete, Medic, PubMed ja Medline, jotka ovat hoitotyön ja terveysalan keskeisimpiä tietokantoja (Turku AMK 2018), sekä Doria ja Melinda. Google Scholar-tietokantaa hyödynnettiin täydentävässä haussa.

Aineistohaku kirjallisuuskatsausta varten aloitettiin 12.2.2018, jolloin aineisto haettiin neljässä eri tietokannassa. Cinahl Complete-tietokannassa haku tehtiin 13.2.2018 ja PubMed-tietokannassa 28.2.2018. Aineiston kokoa voidaan hallita rajaamalla julkaisuvuotta ja valitsemalla mukaan vain tietyllä kielellä kirjoitetut julkaisut (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Lopullisen haun rajauksiksi päätettiin: julkaisuvuosi väliltä 2007–2018, julkaisukielenä suomi tai englanti ja julkaisun saatavuus kokonaisuudessaan ilmaiseksi. Tietokantojen rajausmahdollisuuksissa oli eroja, joten täysin samanlaisten rajausten käyttäminen jokaisessa hakukoneessa ei ollut mahdollista. Hakulausekkeiden osat saivat esiintyä missä kohtaa julkaisua tahansa, paitsi Medline-tietokannassa osa hakutermien esiintyvyydestä rajattiin tiivistelmään. Näin hakutulosten määrä saatiin kohtuulliseksi. Taulukossa 1 on esitetty käytetyt tietokannat, hakulausekkeet, hakutulosten määrä ennen rajauksia ja rajausten jälkeen sekä valittujen julkaisujen määrä. Hakusanat, joiden perässä lukee (ab), saivat esiintyä vain julkaisun tiivistelmässä.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen aineistohaku.

Tietokanta	Hakulauseke	Hakutulosten määrä	Rajausten jälkeen	Valittujen julkaisujen määrä
Medic	psychiatric AND secl*	6	5	5
	psychiatric AND restr*	32	19	4
Doria	psychiatric AND seclusion	18	15	1
	psychiatric AND restraint	43	39	0
Melinda	psychiatric AND secl*	13	11	0
	psychiatric AND restr*	34	30	0
Medline	psychiatric(ab) AND secl*(ab) AND restr*	378	60	9
Cinahl Complete	psychiatric AND secl* AND restr*	391	57	16
PubMed	psychiatric AND secl* AND restr*	625	61	12
Yhteensä:		1540	297	47

Aineiston valinta tehtiin otsikko- ja tiivistelmätasolla ja lopuksi koko tekstin tasolla. Julkaisut valittiin sen perusteella, vastasivatko ne tutkimuskysymyksiin. Kaikki työryhmän jäsenet osallistuivat haun suorittamiseen ja aineiston valintaan.

Luettavaksi valitut julkaisut jaettiin työryhmän kesken. Lukuprosessin yhteydessä vielä osa julkaisuista karsiutui pois. Lukemisen jälkeen julkaisut luokiteltiin teemoittain. Ensimmäisinä teemoina toimivat maat. Aineisto järjestettiin maittain, jolloin kävi ilmi, mistä maista aineistoa löytyi. Tämän seurauksena työssä käsiteltiin Suomi, Iso-Britannia ja Yhdysvallat sekä Eurooppa isona kokonaisuutenaan. Iso-Britannia nousi selvästi esiin muusta Euroopasta, joten se valittiin omaksi kokonaisuudekseen. Muista Euroopan maista löytyi vaihtelevasti ja rajallisesti tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa, joten ne päätettiin sisällyttää opinnäytetyöhön omana suurempana kokonaisuutenaan. Muista mantereista julkaisuja oli niukasti tai ei ollenkaan, joten ne jätettiin tämän työn ulkopuolelle.

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 23 julkaisua, joista kaksi oli täydentäviä tietolähteitä. Yksi täydentävä tietolähde löytyi toisen julkaisun lähdeviitteiden kautta ja toinen löytyi haulla Google Scholar-tietokannasta. Julkaisuista koottiin taulukkoon 2 niiden tarkoitus ja keskeiset tulokset.

Taulukko 2. Käytettyjen julkaisujen tarkoitus ja keskeisimmät tulokset.

Tutkimus	Tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
Baker ym. 2013.	Esitellä riskejä ja haittoja, joita psykiatrisille potilaalle voi aiheutua hoitajakson aikana.	Monissa tahdonvastaisten toimenpiteiden osa-alueissa olisi kehittämisen varaa riskien ja haittojen välttämiseksi.
Bowers ym. 2017.	Vertailla tahdonvastaisten toimien käyttöä yksiköissä, joissa käytetään eristyshuonetta tai PICU-osastoa.	Eristyshuoneiden käytön lisäämistä on harkittava tarkkaan.
Champion 2007.	Selventää Yhdysvaltojen oikeudellisten laitosten psykiatrisilla osastoilla noudatettavia eristyksen ja sitomisen hoitosuosituksia.	Kansainvälistä hoitosuositusta ei ole ja sille olisi kiireellinen tarve. Eristetyt potilaat tulisi hoitaa keskitetysti ja hoitohenkilökuntaa tulisi olla paikalla vuorokauden ympäri.
Crilly 2008.	Esittää pääkohtia 50 vuoden aikana tapahtuneista Yhdysvaltojen lakimuutoksista koskien tahdonvastaista hoitoa ja tarkastella mitä muutoksia käytännössä on tapahtunut.	Eristämisen käytäntöjä tulee päivittää jatkuvasti, jotta saadaan selkeät määritelmät, aikarajat ja pystytään muuttamaan toimintatapoja potilaan tarpeiden mukaisesti.
Flammer & Steinert 2015.	Tutkia eristyksien, sitomisten ja tahdonvastaisten lääkityksien määriä Saksassa vuonna 2013 voimaan tulleen lakiuudistuksen jälkeen.	Tahdonvastaisten lääkityksien käyttö väheni lakiuudistuksen jälkeen.
Glezer & Brendel 2010.	Selventää Yhdysvaltojen eristämistä ja sitomista koskevaa lainsäädäntöä somaattisilla ja psykiatrisilla osastoilla epäselvissä potilastapauksissa	Tarvitaan selkeät ohjeet eristämiseen ja sitomiseen liittyen ja mikä lainsäädäntö pätee missäkin tilanteessa. Päätöksentekoa, konsultointia, tietojen tallentamista ja kirjaamista tulee harjoitella.
Guzman-Parra ym. 2014.	Selvittää vähentääkö uusien toimintaohjeiden käyttö sitomista.	Sitomisten määrä väheni hieman ja kesto huomattavasti.
Husum ym. 2010.	Selvittää, mitä vaikutuksia potilaalla, henkilökunnalla ja osastolla on eristämisen, sitomisen ja tahdonvastaisen lääkityksen käyttöön.	Osastojen piirteet vaikuttavat eristämisen, sitomisen ja tahdonvastaisen lääkityksen määriin. Toimenpiteiden vähentämisessä ne tulisi ottaa huomioon.
Keski-Valkama 2010.	Tarkastella huone-eristyksen ja sitomisen käyttöä yksilöllisellä, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla.	Toimenpiteiden käytössä on paljon eroja eri maiden välillä. Huomattavaa käytön vähentymistä ei ole tapahtunut.
Kinnunen 2013.	Kuvata huone-eristyspotilaan hoitotyötä psykiatrisella osastolla.	Eristäminen on potilaan kokonaisvaltaista tehohoitoa, joka sitoo hoitajaresurssia ja hoitajien huomiota. Huone-eristyspotilas tarvitsee jatkuvaa seurantaa ja voinnin arviointia.
Knox & Holloman 2012.	Helpottaa päätöksentekoa eristämiseen ja sitomiseen liittyen sekä esittää vaihtoehtoisia menetelmiä agitointeiden potilaiden hallitsemiseksi.	Tutkimuksessa on esitetty päätöksentekokaavio, jota voi hyödyntää hoitotyössä sekä esimerkkejä hyvin tehdystä päätöksenteosta.
Kontio 2011.	Tukea näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä huone-eristämisen- ja sitomistilanteissa.	Potilaiden kokemus eristämisestä oli negatiivinen ja potilaat antoivat kehittämisehdotuksia. Potilaan tarpeet on otettava huomioon ja vuorovaikutusta jatkettava eristämisen aikana.
Makkonen ym. 2016.	Edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa, ehkäistä potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä ja vähentää tahdonvastaisen toimenpiteiden käyttöä.	Työkirjassa esitellään huone-eristystä ja sitomista koskeva lainsäädäntö ja suositellut käytännöt Suomessa.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Recupero ym. 2011	Herättää ja tukea keskustelua vaihtoehtoisista toimenpiteistä tahdonvastaisten keinojen vähentämiseksi lainsäädännön, hoitovirhetapausten ja uusien hoitosuosittelujen kautta.	Ennaltaehkäisevät käytännöt ja hoitokulttuurin muutos ovat tärkeämmässä roolissa tahdonvastaisen toimenpiteiden vähentämisessä kuin tarkat säädökset.
Reidy 2008.	Esitellä Englannin mielenterveyslain lukua 69 ja ongelmia liittyen mielenterveyspalveluihin.	Mielenterveyslaissa on osioita, joita sairaanhoitajan olisi tärkeä tietää oman turvallisuutensa vuoksi.
Soininen 2014.	Kuvata tahdonvastaisten toimenpiteitä kokeneiden potilaiden näkemyksiä saamastaan hoidosta ja elämänlaadusta, sekä arvioida metodologisia haasteista näitä koskevissa tutkimuksissa.	Potilaiden kokemukset eristämisestä olivat pääosin negatiivisia, vaikka toimet koettiin tarpeellisiksi. Eristäminen ei laskenut suoranaisesti potilaan käsitystä elämänlaadustaan.
Steinert ym. 2014.	Eristämisen ja sitomisen käytäntöjen vertailu Saksan ja Hollannin välillä.	Maiden käytännöt ja toimintatavat ovat hyvinkin erilaisia, mutta maat ovat myös oppineet toisiltaan.
Stewart ym. 2009.	Koota yhteen Iso-Britannian 45 empiiristä tutkimusta kiinnipidosta.	Kiinnipidossa yleisin asento on prone-asento, kiinnipito kestää n. 10 minuuttia. Kuukausittain voidaan olettaa ilmaantuvan noin viisi kiinnipitoa 20 potilasta kohti.
Tuohimäki 2007.	Hankkia kansainvälistä vertailukelpoista tietoa tahdonvastaisesta hoidosta ja siihen liittyvistä toimenpiteistä.	Psykiatristen potilaiden vapauden rajoittaminen on Suomessa yleisempää kuin monissa muissa maissa.
Tuovinen 2017.	Kehittää oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon laatua tuottamalla tietoa sairaalaväkivallasta ja eristämisen- ja sitomiskäytännöistä, sekä löytämällä menetelmiä toimenpiteiden vähentämiseksi.	Käytännössä tarvitaan yksilölliset hoitosuunnitelmat väkivallan vähenemiseksi. Käytetyt väkivallan ehkäisymenetelmät olivat perinteisiä, joka tuo esiin koulutuksen ja yksilöllisen potilasnäkökulman ja -ohjauksen tarpeen.
Vieta ym. 2017.	Esitellä uusia kansainvälisiä ohjeita kiihtyneen psykiatrisen potilaan hallintaan.	Näiden menetelmien huolellinen käyttö ja arviointi saattaa vähentää tahdonvastaisten toimenpiteiden tarvetta ja parantaa potilaslääkäri suhdetta.
Välimäki ym. 2008.	Esitellä lakeja, linjauksia ja käytäntöjä kuudessa osallistujamaassa liittyen mielenterveyspotilaan hoitoon.	Mielenterveyspalvelut ovat käyneet läpi monia muutoksia, mutta kehitettävää vielä löytyy.
Whitehead & Liljeros 2011.	Kerätä dataa potilaista, joihin on kohdistettu eristämistä psykiatrissa sairaaloissa.	Eristäminen kohdistui hyvin pieneen osaan potilaista.

Seuraavaksi aineisto jaettiin tutkimuskysymyksistä pohjautuviin pääteemoihin, jotka olivat kiinnipito, huone-eristäminen ja sitominen. Näiden alle kerättiin kaikki aineistosta löytyvä tieto. Alateemoina jokaisessa pääteemassa olivat yhtäläisyydet ja erot.

5 TULOKSET

5.1 Kiinnipidon käytännöt

Kiinnipidossa potilaasta pidetään fyysisesti kiinni siten (Tuohimäki 2007, 23; Kontio 2011, 19; Soininen 2014, 7; Vieta ym. 2017, 8), ettei hän voi vahingoittaa itseään tai muita (Baker ym. 2013, 24). Kiinnipitotilanne syntyy usein muiden tahdonvastaisten toimenpiteiden seurauksena esimerkiksi, kun potilasta ollaan siirtämässä eristyshuoneeseen (Tuohimäki 2007, 23; Stewart ym. 2009, 11; Kontio 2011, 19; Kinnunen 2013, 9, 32). Suomessa kiinnipito mielletään vähemmän rajoittavaksi toimenpiteeksi kuin huone-eristys ja sitominen (Makkonen ym. 2016, 25; Tuovinen 2017, 34). Islannissa huone-eristämistä ja sitomista ei käytetä, vaan kiinnipitoa käytetään näiden sijaan (Keski-Valkama 2010, 30). Suomessa kiinnipitoon osallistuu kaksi tai useampi hoitaja (Tuohimäki 2007, 23; Kinnunen 2013, 36). Iso-Britanniassa suositaan kolmen hoitajan tiimejä (Stewart ym. 2009, 7). Stewartin ym. (2009, 7) tutkimuksessa todettiin, että osa hoitajista käytti kiinnipidossa määrittelemättömiä otteita ja rannelukkoja. Espanjassa tehdyn kansainvälisesti hyödynnettävän ohjeistuksen mukaan potilaan siirtämiseen osallistuu kahdesta viiteen hoitajaa. Kahden hoitajan siirtäessä potilasta, pidetään kiinni potilaan ranteista ja kainaloista. Viiden hoitajan osallistuessa, pidetään kiinni potilaan kaikista raajoista ja päästä. (Vieta ym. 2017, 8.)

Iso-Britanniassa on suosituksena, että kiinnipidossa potilaan asento olisi pystysuora. Silloin hengittämisen rajoittuminen minimoituu ja potilaan arvokkuus säilyy. (Baker ym. 2013, 25.) Käytetyin kiinnipitoasento on kuitenkin "prone"-asento, jossa potilas on vatsallaan. Yleensä kiinnipito toteutetaan sängyllä, lattialla tai seisten. (Stewart ym. 2009, 7.) Lattian päällysteenä voi olla tatami, jotta potilas ei loukkaa itseään (Makkonen ym. 2016, 34). Vatsallaan ollessa potilaan hengityselinten toiminta vaikeutuu (Tuovinen 2017, 15) ja selällään aspiraatoriski kasvaa (Recupero ym. 2011, 469). Tekniikat, joissa potilaan rintakehälle kohdistuu painetta, kasvattavat riskiä hapenpuutteeseen (Recupero ym. 2011, 469). Esimerkiksi potilaan istuessa etukumarassa (Tuovinen 2017, 15). Puremisen ja sylkemisen estämiseksi potilaan kasvoille laitettu liina tai pyyhe voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Yhdysvaltojen suosituksissa ohjeistettiin välttämään tekniikoita, jotka rajoittavat potilaan hengittämistä, näkemistä tai kommunikointikykyä. (Recupero ym. 2011, 469.) Tuetussa "prone"-asennossa potilas on vatsallaan kyynärpäät maata vasten. Sen on todettu aiheuttavan vähemmän ahdistusta kuin

muiden ”prone”-asentojen. (Tuovinen 2017, 15.) Soinisen (2014, 11, 18) tutkimuksessa potilaat kokivat kiinnipidon terapeuttisempänä ja suojelevampana, kuin huone-eristyksen tai sitomisen.

5.2 Huone-eristämisen käytännöt

Huone-eristyksessä potilas on ulkoapäin lukitussa eristyshuoneessa, josta hän ei pääse omin avuin pois (Tuohimäki 2007, 22; Crilly 2008, 62; Reidy 2008, 23; Flammer & Steinert 2015, 2–3). Tarvittaessa potilas voidaan eristää myös huoneeseen, jota ei ole varsinaisesti tarkoitettu huone-eristämiseen (Tuohimäki 2007, 22). Portugalissa ja Yhdysvalloissa eristyshuoneen ovi voidaan jättää auki, jollei potilaan tila edellytä sen lukitsemista (Rebelo Bothelo ym. 2007, 97; Knox & Holloman 2012, 39). Norjassa joillain osastoilla on useamman huoneen alueita varattuna huone-eristämiseksi (Husum ym. 2010, 3). Suomen lisäksi muun muassa Hollannissa ja Sveitsissä suositetaan huone-eristämistä sitomisen sijaan (Keski-Valkama 2010, 30).

Eristyshuoneen tulee olla sellainen, että potilas ei voi aiheuttaa vahinkoa itselleen (Recupero ym. 2011, 470; Makkonen ym. 2016, 15-16). Huone-eristyksen alussa potilaalle annetaan eristämiseen soveltuva vaatetus tai hän voi olla omilla vaatteillaan, jos ne ovat soveltuvat (Kinnunen 2013, 3, 33; Makkonen ym. 2016, 15). Vuoteena huoneessa on patja (Makkonen ym. 2016, 34; Bowers ym. 2017, 45). Iso-Britanniassa patjalla voi olla peitto ja lakanat (Bowers ym. 2017, 45), mutta Yhdysvalloissa ne suositellaan jätettäväksi pois hirttäytymisriskin takia (Recupero ym. 2011, 470). THL:n työkirjan mukaan huoneessa tulee olla kello ja kalenteri ajankulun seuraamiseksi (Makkonen ym. 2016, 16). Huoneessa voi olla virikkeitä kuten radio, televisio tai luettavaa (Kinnunen 2013, 63; Makkonen ym. 2016, 34). Pehmustettu pöytä ja tuoli huoneessa helpottavat ruokailuja (Makkonen ym. 2016, 34). Eristyksen aikana potilaalla tulee olla mahdollisuus wc- ja suihkukäynteihin (Kinnunen 2013, 58–59; Makkonen ym. 2016, 16; Bowers ym. 2017, 45). Bowersin ym. (2017, 45) mukaan huoneen ilmanvaihdon ja ulkopuolelta tulevan valon tulisi olla vähäistä ja valaistusta pitäisi pystyä säätämään huoneen ulkopuolelta. Eristämisen aikana potilaalle voi tarjota mahdollisuuden osastolla tai ulkona jaloitteluun (Kinnunen 2013, 63).

Huone-eristyksessä olevaa potilasta tulee tarkkailla koko ajan (Whitehead & Liljeros 2011, 93; Recupero ym. 2011, 472; Knox & Holloman 2012, 39; Kinnunen 2013, 2; Flammer & Steinert 2015, 3; Makkonen ym. 2016, 15; Bowers ym. 2017, 45). Norjassa

ja joissain Italian kaupungeissa potilasta tarkkaillaan tämän välittömästä läheisyydessä (Camuccio 2008, 55; Husum ym. 2010, 3) ja Saksassa tarkkailu tapahtuu huoneen ovesta olevan ikkunan läpi tai videokuvan välityksellä (Flammer & Steinert 2015, 3). Joissain Saksan osavaltioissa videovalvonnan käyttö on kuitenkin kielletty (Steinert ym. 2014, 2). Iso-Britanniassa tarkkailun keinoja ei ole tarkemmin määritelty (Bowers ym. 2017, 45). Eristetylle potilaalle määrätään vastuuhoitaja, joka huolehtii potilaan riittävästä hoidosta, huolenpidosta ja vuorovaikutuksesta huone-eristyksen aikana (Kinnunen 2013, 2–3, 42; Makkonen ym. 2016, 15). Yhdysvalloissa potilaalle nimetään vastuutiimi. Tiimin jäsenet huolehtivat potilaan oikeasta kohtelusta. (Recupero ym. 2011, 472.) Potilaan kanssa käydään läpi perustelut eristämistoimen käytölle, toimenpiteen arvioitu kesto, odotetut tulokset (Kontio 2011, 51; Kinnunen 2013, 61) ja kuinka usein lääkäri tekee arvion eristyksen jatkamisesta (Baker ym. 2013, 25).

Lääkäriin tulee arvioida potilasta huone-eristyksen aikana (Reidy 2008, 23; Glezer & Brendel 2010, 355; Recupero ym. 2011, 466; Whitehead & Liljeros 2011, 93; Knox & Holloman 2012, 36; Baker ym. 2013, 25; Steinert ym. 2014, 2; Makkonen ym. 2016, 15). Suomessa lääkärin tulee arvioida potilaan tilaa niin usein, kun potilaan terveydentila sitä edellyttää. Huone-eristämisen jatkuessa yli 12 tuntia, siitä ilmoitetaan välittömästi potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. (Makkonen ym. 2016, 15.) Iso-Britanniassa määräys huone-eristyksestä on voimassa kahdeksan tuntia. Lääkäri voi uusina määräyksen enimmillään kaksi kertaa. Jos huone-eristyksen jatkaminen on tarpeellista vielä 24 tunnin jälkeen, toisen lääkärin tulee tehdä arvio ja määräys asiasta. Huone-eristyksen jatkuessa yli 72 tuntia, siitä tehdään ilmoitus terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. (Reidy 2008, 23.) Yhdysvalloissa määräys huone-eristyksestä on useimmissa osavaltioissa voimassa 12 tuntia (Champion 2007, 428). Lääkäriin tai täydennyskoulutetun hoitajan tulee tehdä arvio potilaasta tunnin kuluessa huone-eristämisen aloittamisesta (Glezer & Brendel 2010, 355; Recupero ym. 2011, 466; Whitehead & Liljeros 2011, 93; Knox & Holloman 2012, 36). Hollannissa huone-eristämisen jatkamisesta vaaditaan ulkopuolisen lääkärin arvio, jos sitä jatketaan seitsemän vuorokauden jälkeen (Steinert ym. 2014, 2).

5.3 Sitomisen käytännöt

Sitomisella tarkoitetaan potilaan liikkuvuuden rajaamista osittain tai kokonaan erilaisia siteitä käyttämällä (Hendryx ym. 2010, 274; Kontio 2011, 19; Soininen 2014, 7; Porter &

Plunkett 2018, 13). Yleisin keino on potilaan sitominen lepositeilla siihen tarkoitettuun sänkyyn (Tuohimäki 2007, 22; Crilly 2008, 62; Husum ym. 2010, 3; Flammer & Steinert 2015, 3; Vieta ym. 2017, 7). Suomessa ja Norjassa potilas sidotaan sänkyyn viidellä vyöllä. Väistä kaksi on kiinni käsissä, kaksi jaloissa ja yksi keskivartalossa. Niistä kaikki eivät ole välttämättä samanaikaisesti käytössä. (Tuohimäki 2007, 22, Husum ym. 2010, 3.) Yhdysvalloissa on käytössä nelipisteiset ja kaksipisteiset lepositeet (Glezer & Brendel 2010, 353; Recupero 2011, 466). Jos viides piste on tarpeellinen, voidaan kangasliina asettaa potilaan rinnan ympärille, mikä estää potilasta nousemasta istumaan (Crilly 2008, 62). Sänkyä tulisi pitää mahdollisimman matalalla tasolla (Vieta ym. 2017, 7).

Iso-Britanniassa sitominen ei ole lainkaan käytössä (Soininen 2014, 7). Hollannissa sitä käytetään enemmän dementoituneiden vanhusten hoidossa kuin psykiatrisissa sairaaloissa (Steinert ym. 2014, 6). Italiassa sitä ei pääosin käytetä (Camuccio 2008, 55). Itävallassa, Saksassa ja Norjassa sitomista suositaan huone-eristämisen sijaan (Keski-Valkama 2010, 30).

Yhdysvalloissa ja Espanjassa lääkärin tulee tehdä arvio potilaan tilasta tunnin sisällä sitomisen aloittamisesta (Glezer & Brendel 2010, 355; Whitehead & Liljeroos 2011, 93; Recupero ym. 2011, 465–466; Knox & Holloman 2012, 36; Guzman-Parra ym. 2014, 261). Uusi arvio sitomisen jatkamisesta tehdään neljän tunnin välein (Glezer & Brendel 2010, 355; Guzman-Parra ym. 2014, 261). Hollannissa ulkopuolisen lääkärin arvio ja hyväksyntä vaaditaan, jos sitomista jatketaan yli seitsemän vuorokautta (Steinert ym. 2014, 2). Suomessa potilasta hoitavan lääkärin tulee arvioida potilaan tilaa niin usein kuin potilaan terveydentila sitä edellyttää (Välimäki ym. 2007, 18; Makkonen ym. 2016, 15) ja sitomisen keston ylittäessä kahdeksan tuntia, potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle ilmoitetaan asiasta välittömästi (Makkonen ym. 2016, 15).

Vierihoidoa eli potilaan välittömässä läheisyydessä olemista sitomisen aikana edellytetään Euroopan maista ainakin Suomessa, Saksassa ja Norjassa (Husum ym. 2010, 3; Flammer & Steinert 2015, 3; Makkonen ym. 2016, 16). Joissain maissa muun muassa Yhdysvalloissa, Espanjassa ja Portugalissa ei edellytetä potilaan vierihoidoa, vaan potilaaseen tulee olla jatkuvassa näkö- ja kuuloyhteydessä (Recupero ym. 2011, 472; Knox & Holloman 2012, 39; Guzman-Parra ym. 2014, 261; Flammer & Steinert 2015, 3; Makkonen ym. 2016, 16). Tällöin valvonta voidaan toteuttaa ikkunan tai videovalvonnan kautta (Flammer & Steinert 2015, 3) ja potilaan voinnin tarkkailu ja arviointi suoritetaan käymällä potilaan luona tietyin väliajoin (Champion 2007, 428–429; Guzman-Parra ym. 2014, 261).

Espanjassa sidotun potilaan luona tulee käydä 15 minuutin välein (Guzman-Parra ym. 2014, 261). Espanjalaisessa kansainväliseen käyttöön tarkoitettussa ohjeistuksessa suositeltiin, että sidotun potilaan luona tulisi käydä 15 minuutin välein ensimmäisen kahden tunnin ajan ja sen jälkeen tunnin välein (Vieta ym. 2017, 8). Yhdysvalloissa päätökset tarvittavasta valvonnasta tehdään yksilöllisesti. Potilaat, joilla on terveydellisiä riskitekijöitä, esimerkiksi hengitys- tai sydänsairaus tai raskaus, voivat tarvita tiheämpää seurantaa. (Recupero ym. 2011, 472.) Espanjalaisen suosituksen mukaan potilaan asennon ja vöiden paikkoja tulee vaihdella kerran tunnissa (Vieta ym. 2017, 8) ja Yhdysvalloissa suositellaan raajojen liikuttelu vähintään kahden tunnin välein riittävän verenkierron ylläpitämiseksi (Champion 2007, 428). Suomessa siteitä tulee irrottaa mahdollisimman usein (Makkonen ym. 2016, 16).

Sitomiseen liittyy useita riskejä (Kontio 2011, 19–20; Knox & Holloman 2012, 36). 2000-luvun alussa kymmeniä kuolemaan johtaneita sitomistapahtumia tuli julkisuuteen Yhdysvalloissa (Tuovinen 2017, 13). Näiden pohjalta todettiin sitomisen aikaisen kuoleman johtuvan useimmiten hapenpuutteesta, aspiraatiosta tai sydäntapahtumista (Recupero ym. 2011, 469). Sitomisen aikaisia riskejä ovat myös nestehukka ja verenkierron rajoittuminen (Champion 2007, 427). Hapenpuutteen ja aspiraation oireita tulisi seurata poikkeuksetta. Hapenottokyvystä ei välttämättä saa tarkkaa tietoa ilman pulssioksimetriä. Toisaalta potilas voi käyttää pulssioksimetrin johtoja ja laitteistoa itsetuhoiseen tarkoitukseen. Laskimotukoksen ja keuhkoembolian riski kasvaa, kun sitominen pitkittyy ja jos potilaalla on näihin jo ennestään riskitekijöitä. (Recupero ym. 2011, 469.) Suomessa suositellaan verenhennushoitoa pitkittyneen sitomisen yhteydessä (Makkonen ym. 2016, 16), mutta todisteet sen tehokkuudesta vaihtelevat (Tuovinen 2017, 15).

Sidotun potilaan pään tulisi olla noin 30 asteen kulmassa muuhun kehoon nähden (Vieta ym. 2017, 8). Ilmateitä peittäviä, hengitystä vaikeuttavia, näkemistä estäviä ja kommunikointikykyä rajoittavia tapoja ei saisi käyttää missään tilanteissa. Tällainen tapa on esimerkiksi potilaan kasvoille laitettava liina, jolla estetään pureminen ja sylkeminen. (Recupero ym. 2011, 469.) Yhdysvalloissa kaikki lepositeisiin asetetut potilaat lääkitään rauhoittavasti (Knox & Holloman 2012, 39). Jotkin lääkkeet nostavat riskiä hyperpyreksiaan ja pahanlaatuisen neuroleptioireyhtymään, jolloin potilaan nesteytyksen ja lämpötilan seurannan tärkeys korostuu (Recupero ym. 2011, 472).

Muista maista poiketen, Espanjan työryhmän suositusten mukaan sitomispäätöksen jälkeen muita rauhoituskeinoja, esimerkiksi verbaalisia keinoja, ei tulisi enää käyttää

(Vieta ym. 2017, 7). Kuten huone-eristetyille, myös sidotulle potilaalle nimetään vastuuhoidtaja (Välimäki ym. 2007, 18; Makkonen ym. 2016, 16; Vieta ym. 2017, 7) ja Yhdysvalloissa vastuutiimi (Recupero ym. 2011, 472). Potilaan perustarpeista kuten wc-käynneistä huolehtiminen on helpompaa, kun sitominen toteutetaan tarkoituksenmukaisessa tilassa. Ruokailu ilman siteitä, radion kuuntelu, television katselu ja omaisten kanssa yhteydessä oleminen tai heidän näkeminen pitäisi olla mahdollista myös sitomisen aikana. Kello sijoitetaan niin, että potilas pystyy seuraamaan ajankulua. (Makkonen ym. 2016, 16, 34).

5.4 Yhteenveto kiinnipidon, eristämisen ja sitomisen käytännöistä

Kiinnipito ja eristäminen miellettiin kaikissa maissa viimeiseksi keinoksi hallita potilaan uhkaavaa tai aggressiivista käyttäytymistä (Stewart ym. 2009, 3; Recupero ym. 2011, 467; Knox & Holloman 2012, 36; Baker ym. 2013, 26; Kinnunen 2013, 19–20; Makkonen ym. 2016, 43). Toimenpiteet tuli lopettaa niin pian kuin mahdollista (Champion 2007, 428; Kinnunen 2013, 4; Makkonen ym. 2016, 15–16). Eristämispäätökseen vaadittiin lääkärin lupa (Champion 2007, 428; Rebelo Botelho 2007, 97; Camuccio 2008, 52; Reidy 2008, 23; Kontio 2011, 27; Kinnunen 2013, 25; Soininen 2014, 38; Makkonen ym. 2016, 15), mutta hätätilanteessa, jossa potilaan katsottiin olevan välittömässä vaarassa itselleen tai muille, päätöksen sai tehdä sairaanhoitaja (Camuccio, 2008, 55; Reidy 2008, 23; Kinnunen 2013, 9, 25; Makkonen ym. 2016, 15). Tässä tilanteessa Suomen ohjeistusten mukaan lääkärille tuli ilmoittaa päätöksestä mahdollisimman pian (Makkonen ym. 2016, 15). Iso-Britanniassa lääkärin hyväksyntä eristämiseksi vaadittiin kolmen tunnin kuluessa toimenpiteen aloittamisesta (Reidy 2008, 23). Italiassa kiinnipidon ja eristämisen toteuttamiseen tarvittiin lääkärin etukäteen kirjoittama ”resepti”, sillä eristämistoimet miellettiin terapeuttisiksi menetelmiksi (Camuccio 2008, 52). Kun eristämispäätös oli tehty, potilas ja huone tutkittiin sekä mahdollisesti haitalliset esineet, kuten sytyttimet, vyöt ja ruokailuvälineet, otettiin henkilökunnan haltuun (Recupero ym. 2011, 470; Kinnunen 2013, 3, 33; Vieta ym. 2017, 7).

Potilaan vointia tuli tarkkailla ja arvioida jatkuvasti (Champion 2007, 428–429; Camuccio 2008, 55; Husum ym. 2010, 3; Recupero ym. 2011, 470; Knox & Holloman 2012, 39; Guzman-Parra ym. 2014, 261; Flammer & Steinert 2015, 3; Makkonen ym. 2016, 15–16, 34; Bowers ym. 2017, 45; Vieta ym. 2017, 8). Potilaan riittävästä hoidosta, huolenpidosta ja vuorovaikutuksesta tuli huolehtia koko eristämisen ajan (Kontio 2011,

51; Recupero ym. 2011, 472; Kinnunen 2013, 3, 42, 61; Makkonen ym. 2016, 15; Vieta ym. 2017, 8). Kiinnipidon ja eristämisen tuli tapahtua tarkoituksenmukaisissa tiloissa, tarkoituksenmukaisilla välineillä ja oikeaoppisilla tekniikoilla (Tuohimäki 2007, 22; Crilly 2008, 62; Reidy 2008, 23; Husum ym. 2010, 3; Recupero ym. 2011, 470; Flammer & Steinert 2015, 2–3; Makkonen ym. 2016, 15–16; Bowers ym. 2017, 45; Vieta ym. 2017, 7–8). Eroja ilmeni siinä, kuinka pitkään määräys eristämisestä on voimassa, kuka määräyksen uusii sekä siinä, miten potilaan eristämisen aikainen valvonta toteutetaan. Kiinnipidon ja eristämisen käytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroja esitellään taulukossa 3.

Taulukko 3. Tulosten yhteenveto.

Kiinnipito	Huone-eristys	Sitominen
<ul style="list-style-type: none"> • Vähiten rajoittava • Eniten käytössä • 2-5 hoitajan tiimit <ul style="list-style-type: none"> ○ Iso-Britanniassa suositaan kolmen hengen tiimiä • Ensin otetaan kiinni käsistä, sitten muista raajoista ja päästä • Asentoihin ja tekniikoihin liittyvät riskit • Yksilöllinen valvonta korostuu 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei käytössä Islannissa • Suositaan sitomisen sijaan Suomessa, Hollannissa ja Sveitsissä • Norjassa usean eristysvuoneen alueita • Potilaalta ja huoneesta poistetaan kaikki riskitekijät • Potilaan jatkuva tarkkailu <ul style="list-style-type: none"> ○ Norjassa ja Italiassa tarkkailu välittömässä läheisyydessä • Määräys eristämisestä <ul style="list-style-type: none"> ○ Iso-Britanniassa on voimassa 8 h, 24 h eristämisen jälkeen tarvitaan toisen lääkärin arvio jatkamisesta, 72 h jälkeen tehdään ilmoitus viranomaisille. Hoitajan aloittama huone-eristys on voimassa 3 h ○ Yhdysvalloissa on voimassa 12 h • Hollannissa 7 vrk jälkeen tarvitaan toisen lääkärin arvio jatkamisesta • Suomessa 12 h eristämisen jälkeen tehdään ilmoitus potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei käytössä Iso-Britanniassa, Islannissa, (Hollannissa, Italiassa) • Suositaan huone-eristämisen sijaan Itävallassa, Saksassa, Norjassa • Potilaan jatkuva tarkkailu <ul style="list-style-type: none"> ○ Huoneessa käyminen 15 min - 1 h välein ○ Suomessa, Norjassa ja Saksassa vierihoito • Lääkärin arvio tunnin sisällä sitomisen aloittamisesta Yhdysvalloissa, Espanjassa <ul style="list-style-type: none"> ○ Suomessa ei määritelty • Suomessa 8 h sitomisen jälkeen tehdään ilmoitus edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle • Yhdysvalloissa ja Espanjassa määräys on voimassa 4 h • Hollannissa 7 vrk jälkeen tarvitaan toisen lääkärin arvio jatkamisesta • Useita riskejä <ul style="list-style-type: none"> ○ Voinnan seuranta tiheämmin ○ Yksilöllisen valvonnan suunnittelu • Asennon ja vöiden vaihtelu <ul style="list-style-type: none"> ○ Espanjassa tunnin välein, Yhdysvalloissa 2 h välein, Suomessa mahdollisimman usein • Suomessa verenhennushoito • Yhdysvalloissa kaikkien potilaiden lääkitseminen rauhoittavasti

Tapahtumien raportointijärjestelmät olivat käytössä vain Suomessa, Espanjassa ja Hollannissa (Guzman-Parra ym. 2014, 261; Steinert ym. 2014, 2; Makkonen ym. 2016,

15, 24). Toimenpiteiden aikaiset riskit sekä potilaan ja henkilökunnan turvallisuuden takaaminen korostuivat aineistosta (Champion 2007, 427; Recupero ym. 2011, 469–470, 472; Knox & Holloman 2012, 36; Makkonen ym. 2016, 15–16; Tuovinen 2017, 13–15). Henkilökunnalla tulee olla riittävä osaaminen kiinnipidon ja eristämisen suorittamiseen (Scott ym. 2007, 37; Recupero ym. 2011, 473; Makkonen ym. 2016, 24).

6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimustyö on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuseettiseltä kannalta hyvässä tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä ja huolellisuutta tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksessa on käytetty tieteellisen tutkimuksen mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhaku- ja tutkimusmenetelmiä. Muita tutkijoita kunnioitetaan viittaamalla asiaankuuluvasti heidän julkaisuihinsa. (TENK 2012, 6.)

Tutkimustulosten mahdollisimman rehellinen ja tarkka raportointi on jokaisen tutkijan eettinen velvollisuus. Laadullisessa tutkimuksessa on selvitettävä, miten analyysiprosessi on edennyt ja miten esiteltyihin tuloksiin on päästy. Opinnäytetöissä lukijalle on annettava mahdollisuus prosessin etenemisen tarkasteluun. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 23.)

Tutkimusaineistona käytettiin sosiaali- ja terveysalan julkaisuja, joista suurin osa oli tieteellisiä julkaisuja. Aineistoon perehdyttiin tunnollisesti. Aineistosta neljä julkaisua eivät täyttäneet tieteellisen julkaisun kriteereitä, mutta ne päätettiin ottaa mukaan tutkimukseen, sillä muu aineisto ei antanut samanlaista tietoa käytännöistä. Kaksi näistä julkaisuista olivat ammattilehdessä julkaistuja artikkeleita ja kaksi olivat työkirjoja. Toinen työkirja oli kansainvälisen projektin kokoelma ja toinen THL:n työpaperi-sarjan julkaisu. Kaikki julkaisut olivat lähteisiin perustuvaa tietoa. Julkaisuja käytettiin vääristelemättä, eikä työssä ole syyllistytty vilppiin. Työssä kiinnitettiin erityisesti huomioita lähdeviitteiden huolelliseen merkintään ja julkaisuja on lainattu mahdollisimman tarkasti. Tulokset raportoitiin mahdollisimman todenmukaisesti, tarkasti ja rehellisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa pohditaan, kuinka totuudenmukaisesti tietoa on tutkimuksessa onnistuttu tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät esimerkiksi keskustelut tutkijoiden kesken ja riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön parissa (Kylmä ym. 2003, 613). Työn luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat tutkijan tarkka selitys aiheesta, selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja tuloksiin pääsemisestä (Hirsjärvi 2007, 227, Kylmä ym. 2003, 613). Luotettavuutta tarkastellessa arvioidaan aineiston keruumenetelmää, analyysia, raportointia ja reflektiivisyyttä. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan omien lähtökohtien tiedostamista tutkijana ja se arvioi tutkijan vaikutusta aineistoon. Lisäksi arvioidaan, kuinka hyvin tutkittava ilmiö ja

tutkimuskysymykset on määritelty ja tutkimuksen tarve perusteltu. (Kylmä ym. 2003, 613.)

Aineiston tulkitseminen täysin objektiivisesti on usein mahdotonta, koska tutkijan omat ennakkokäsitykset ja ennakkotieto aiheesta ohjaavat aineiston tulkintaa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 16). Toisaalta aiheeseen ennalta perehtyminen oli pakollista, jotta tutkittava ilmiö, sille keskeiset käsitteet ja tutkimuksen tarve tulivat selkeiksi. Tämä oli tarpeellista tutkimuskysymysten muodostamisen kannalta. Tutkimus toteutettiin nopealla aikataululla, mikä vähentää työn luotettavuutta. Tutkimuskysymykset harkittiin tarkkaan ja saadut tulokset vastaavat niihin.

Tutkimuksen validius tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on mitattu sitä mitä on ollut tarkoituskin mitata. Laadullisissa tutkimuksissa validius merkitsee tutkimuksen kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227).

Tutkimus toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, joka on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto (Salminen 2011, 7). Tämä vähentää työn luotettavuutta. Laadullista tutkimusta käytetään, kun tietoa tutkittavasta aiheesta on vähän tai ei ollenkaan, tai tutkittavaan aiheeseen halutaan uusi näkökulma (Kylmä ym. 2003, 610).

Huolellisesti laadittu tutkimussuunnitelma ohjasi itse tutkimuksen toteuttamista. Tutkimuksen tiedonhaku-, tutkimus- ja arviointimenetelmät kuvataan tarkasti (Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 105) ja siten, että lukijan on mahdollista seurata miten ja mistä tutkija on saanut tuloksensa ja pystyy teoriassa toistamaan tutkimuksen (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–27). Tiedonhaku kuvattiin osiossa Tutkimuksen toteuttaminen ja aikataulu. Työn aikana tehdystä tiedonhausta tehtiin taulukko, josta kävi ilmi käytetyt tietokannat, hakulausekkeet ja saatujen tulosten määrä. Taulukot auttavat lukijaa hahmottamaan tutkimusprosessia ja samalla se lisää tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007, 305).

Tutkimukseen valittu aineisto arvioidaan niiden julkaisuvuoden ja -foorumien perusteella (Niela-Vilén & Hamari 2016, 29). Tässä työssä aineiston luotettavuutta arvioitiin myös julkaisumuodon perusteella, esimerkiksi ammattilehtien pääkirjoitukset jätettiin pois, sillä ne eivät täyttäneet tieteellisen julkaisun kriteerejä. Katsauksen luotettavuus kärsii, kun hakutuloksista valitaan vain maksuttomat ja saatavilla olevat tutkimusartikkelit (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26). Hakutuloksiin tulleet maksulliset artikkelit jätettiin tutkimuksesta pois. Osa katsauksessa käytetyistä julkaisuista oli muuttunut työn

tekemisen aikana maksullisiksi, joten kirjallisuuskatsaus ei ole täysin toistettavissa. Tämä laskee työn reliabiliteettia, eli toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2006, 226).

Jokainen työn tekijä teki kirjallisuuskatsausta ensimmäistä kertaa, eivätkä työssä käytetyt menetelmät olleet tekijöille ennestään tuttuja, joten niihin tutustuttiin työn tekemisen ohella. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta parantaa tutkijatriangulaatio. Se tarkoittaa, että työn eri vaiheiden toteuttamiseen osallistui useampi tutkija (Hirsjärvi ym. 2007, 228). Kaikki kolme työn tekijää osallistuivat tutkimuksen jokaisen vaiheen suunnitteluun ja toteutukseen, kuten tiedonhakujen tekemiseen, käytettyjen julkaisujen valintaan, työn eri osien luokitteluun, tiivistämiseen ja arvioimiseen. Työ tehtiin tiiviissä yhteistyössä ryhmän kesken sekä ohjaavan opettajan kanssa. Kaikilla oli vapaus esittää omat mielipiteensä. Erimielisyydet ratkaistiin hakemalla lisää tietoa asiasta, jotta argumentit olivat perusteltuja ja jotta virheellisiltä tulkinnoilta vältyttiin. Esimerkiksi aineiston analyysin valinta oli alkuun haastavaa, koska menetelmät eivät olleet tuttuja kenellekään entuudestaan. Tietoa etsimällä päästiin yhteisymmärrykseen tavasta, millä aineistoa tiivistetään. Tutkimuksen tulokset herättivät paljon ajatuksia ja keskustelua sekä jatkotutkimusideoita, jotka on esitelty Pohdinta-osiossa.

7 POHDINTA

Kiinnipito ei vaadi erillisiä välineitä tai tiloja, vaan se voidaan periaatteessa toteuttaa missä vaan. Se tekee toimenpiteen toteuttamisesta helppoa. Tästä voisi päätellä, että sitä käytetään paljon. Kiinnipidon käytön yleisyyttä voi lisätä myös se, että kiinnipitotilanne alkaa usein huone-eristämisen ja sitomisen seurauksena. Toisaalta tilastojen perusteella Suomessa kiinnipito oli näistä kolmesta vähiten käytetty tahdonvastainen toimenpide (THL 2018, 7). Iso-Britannian aineistossa todettiin, että kiinnipitotilanteista tallennetut perustiedot olivat usein vajavaisia tai jätetty kokonaan pois (Stewart ym. 2009, 18). Tästä herää kysymys, raportoidaanko Suomessa kaikki kiinnipitotilanteet, vaikka ne olisivat tapahtuneet toisen tahdonvastaisen toimenpiteen aikana.

Potilaan kiinnipitämiseen niin vatsallaan kuin selällään todettiin liittyvän riskejä (Recupero ym. 2011, 469), mutta varsinaista suositusta hyvästä kiinnipitoasennosta ei tullut ilmi aineistosta. Esiin nousi ainoastaan tuettu "prone"-asento, jonka todettiin aiheuttavan vähemmän ahdistusta ja rajoittavan vähemmän hengitystä (Tuovinen 2018, 15). Tietyn asennon suosiminen voi kuitenkin olla hankalaa, koska kiinnipitotilanteet alkavat nopeasti ja potilas voi olla vaikeasti hallittavissa ainakin tilanteen alkaessa.

Eristyshuoneen sisustus on kuvattu kirjallisuudessa hyvin pelkistettynä. THL:n julkaisussa esitettiin, että huoneessa kuitenkin voisi olla virikkeitä ja kalusteita (Makkonen ym. 2016, 16, 34). Aineistosta ei tullut ilmi, millaisia huoneet missäkin oikeasti olivat. Useassa tutkimuksessa potilaat toivoivat virikkeitä eristämisen ajaksi (Kontio 2011, 41; Kinnunen 2013, 6; Soininen 2014, 11). Virikkeiden pitäisi olla sellaisia, joilla potilas ei pysty vahingoittamaan itseään tai hoitohenkilökuntaa. Turvallinen virike voisi olla esimerkiksi televisio laitettuna pleksilasin taakse (Makkonen ym. 2016, 34). Eristämisen aikana potilaan pitäisi pystyä rauhoittumaan, joten onko siinä tilanteessa virikkeet tarpeellisia. Toisaalta esimerkiksi musiikki ja television katselu voivat auttaa potilasta rauhoittumaan. Tärkeää olisi, että hoitaja osaa arvioida virikkeiden tarvetta ja sitä, onko niistä potilaalle hyötyä vai haittaa. Potilaan olisi myös saatava ilmaista oma tahtonsa asiasta.

Iso-Britanniassa ja Hollannissa huone-eristyksen jatkuessa yli tietyn määräraajan, vaadittiin toisen lääkärin arvio eristämisen tarpeesta (Reidy 2008, 23; Steinert ym. 2014, 2). Muista maista ei löytynyt mainintaa samankaltaisesta asetuksesta. Ainakaan

Suomessa tällaista käytäntöä ei ole. Toisen lääkärin arvio huone-eristämisen jatkamisesta tai lopettamisesta saattaisi parantaa potilaan oikeusturvaa.

Sitomiseen liittyy paljon fyysisiä riskejä (Kontio 2011, 19–20; Knox & Holloman 2012, 36). Tämä tekee toimenpiteestä vaativan suorittaa. Potilaan terveydentila ja perussairaudet tuli ottaa huomioon, koska ne olivat sidoksissa riskeihin (Recupero ym. 2011, 469). Tämän takia hoitohenkilökunnalla on hyvä olla somaattista osaamista. Osaavan henkilökunnan tulisi tiedostaa riskit ja niistä aiheutuvat oireet, esimerkiksi painehaavan ja keuhkokuumeen osalta. Suomessa terveydenalan koulutuksiin kuuluu somatiikan opintoja, mutta osaamista tulisi ylläpitää jatkuvasti myös työelämässä. Somaattisen osaamisen lisäksi henkilökunnalla tulisi olla osaaminen sitomisen toteuttamiseen ja sitomisvälineiden oikeaoppiseen käyttöön, jotta niiden käyttöä ei sovelleta väärin eikä siten vaaranneta potilasturvallisuutta. Sitomiseen ei pitäisi joutua turvautumaan resurssien vähyyden takia, esimerkiksi siksi, että eristyshuonetta ei ole käytettävissä.

Suomessa sidotun potilaan tarkkailu toteutettiin vierihoidona (Makkonen ym. 2016, 16). Vierihoidossa potilaan tarkkailu on jatkuvaa, potilas saa hoitajan välittömän läsnäolon ja riittävän kommunikaation. Tällöin myös lääkärille pitäisi kulkeutua reaaliaikainen tieto potilaan tilasta. Maissa, joissa ei vaadittu sitomisen aikaista vierihoidoa, potilaan voinnin tarkkailujen väli oli yleensä 15 minuuttia (Champion 2007, 428; Guzman-Parra ym. 2014, 261). Hoitajan ollessa poissa potilaan luota, täytyi potilaaseen olla jatkuva näkö- ja kuuloyhteys (Recupero ym. 2011, 470; Guzman-Parra ym. 2014, 261; Knox & Holloman 2012, 39). Potilaan fyysisen tilan arviointi ikkunan läpi tai videon välityksellä voi olla vaikeampaa kuin vierihoidossa, koska kaukaa potilaan ilmeitä ei näe niin tarkkaan kuin potilaan viereltä. Molemmat tavat näyttäisivät vievän yhtä paljon henkilökunnan resursseja. Osa potilaista voi hyötyä omasta rauhasta ja osa hoitajan läsnäolosta.

Aineistosta ilmeni ainoastaan Espanjan ja Yhdysvaltojen ohjeistuksista määräys siitä, kuinka usein sidotun potilaan asentoa ja vöiden paikkoja tuli vaihdella tai antaa mahdollisuus raajan liikuttamiselle (Champion 2007, 428; Vieta ym. 2017, 8). Suomessa ohjeistuksena oli, että siteitä tuli irrottaa raajoista mahdollisimman usein (Makkonen ym. 2016, 16). Tämä on kuitenkin hyvin tulkinnanvaraista. Vierihoidossa potilas pystyy ilmaisemaan toiveensa välittömästi, esimerkiksi raajan puutumiseen liittyen. Potilasta tulisi tiedottaa siitä, että toiveita saa esittää. Tarkemmalle ohjeistukselle siteiden irrottamisesta ei välttämättä ole tarvetta, jos siteitä irrotellaan varmasti tarpeeksi usein muista syistä, sillä ruokailu ja vessassa käynti tuli toteuttaa ilman siteitä (Makkonen ym. 2016, 16). Ohjeistus jättää päätöksenteon hoitajan vastuulle, jolloin esimerkiksi

kokematon hoitaja ei välttämättä kykene arvioimaan siteiden tarpeellisuutta samalla tavalla kuin kokenut hoitaja. Aineistosta ei käynyt ilmi, irrotetaanko siteitä myös potilaan nukkuessa. Siteiden irrottelu voi häiritä potilaan unta. Toisaalta potilaan nukkuessa siteiden irrottaminen mahdollistuu ja nukkuminen voi olla näin mukavampaa. Nukkuvan potilaan psyykkisen tilan ja siteiden tarpeen arviointi on vaikeampaa kuin hereillä olevan potilaan.

Kiinnipitoon ja eristämiseen liittyy aina henkilökunnan ja potilaan loukkaantumisen riski (Champion 2007, 427; Crilly 2008, 64; Stewart 2009, 10; Recupero 2011, 473; Knox & Holloman 2012, 35–36; Baker ym. 2013, 25; Bowers ym. 2017, 36; Tuovinen 2017, 14). Väkivaltatilanteiden hallintakoulutukset lisäsivät henkilöstön ja potilaiden turvallisuutta (Makkonen ym. 2016, 18). Käytännöt voisivat olla yhtenäisemmät, jos Suomessa päätettäisiin jokin kansallisesti käytettävä väkivaltatilanteiden hallintakoulutus, esimerkiksi MAPA-koulutus. Tämä voitaisi sisällyttää myös terveydenalan koulutuksiin. Koulutusta pystyisi hyödyntämään muuallakin kuin psykiatrisessa hoitotyössä, koska väkivaltatilanteita voi kohdata alalla missä vain.

Kiinnipidon ja eristämisen käytännöt vaihtelivat eri maissa ja jopa maiden sisällä (Keski-Valkama 2010, 30). Tästä syystä käytäntöjä tulisi tutkia enemmän kansainvälisellä ja kansallisella tasolla. Suomea koskeva aineisto oli suurimmilta osin väitöskirjoja, joissa viitattiin pääosin ulkomaalaisiin lähteisiin tai Mielenterveyslakiin (1116/1990). Tehdyt tutkimukset keskittyivät pitkälti kiinnipidon ja eristämisen vähentämiseen tai potilaiden ja henkilökunnan kokemuksiin tahdonvastaisista toimenpiteistä. Aihetta tulisi tutkia käytäntöjen toimivuuden ja tehokkuuden kannalta. Hyväksi todetuista käytännöistä tulisi tehdä kansallisesti ja kansainvälisesti päteviä suosituksia, jotka yhtenäistäisivät sekä koulutuksen että käytännön.

Psykiatrinen hoitotahto voisi olla yksi ratkaisu sopivimpien käytäntöjen löytämiseksi ja inhimillisemmän hoidon toteuttamiseksi. Niiden käyttö voisi jopa vähentää eristämisen tarvetta, koska potilas voidaan saada rauhoitettua muilla tavoin. Hoitotahdossaan potilas voi tuoda esiin mieltymyksensä ja ottaa kantaa rauhoitusmenetelmiin, huone-eristykseen ja sitomiseen (Glezer & Brendel 2010, 357; Recupero ym. 2011, 474). Tilanteen salliessa henkilökunta pystyisi suosimaan potilaan haluamaa tai parhaaksi kokemaansa tahdonvastaista toimenpidettä. Psykiatrisessa hoidossa olleiden potilaiden kokemukset kiinnipidosta ja eristämisestä ovat tähän mennessä olleet pääasiassa negatiivisia ja rankaisevia, mutta niitä pidettiin myös turvallisina ja terapeuttisina (Soininen 2014, 11, 18).

Tässä tutkimuksessa aineistoa oli paljon. Monet julkaisut käsittelivät aihetta lainsäädännön ja tahdonvastaisten toimenpiteiden kannalta. Keski-Valkaman (2010, 9) tutkimuksessa todettiin lainsäädännön olevan monitulkintaista. Lainsäädäntö asetti tahdonvastaiselle hoidolle tietyt rajat, mutta ohjeistus lakien käytännön soveltamiseen puuttui (Soininen 2014, 44). Kaikki tahdonvastaiset toimet loukkaavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisoikeutta (Soininen 2014, 38), mutta niitä tarvitaan edelleen jossain määrin (Makkonen ym. 2016, 9, 44). Tahdonvastaisten toimenpiteiden tarpeesta kertoo se, että vähentämishjelmista huolimatta niiden käyttöä ei saada täysin lopetettua (Whitehead & Liljeros 2011, 93, 99) ja lainsäädäntö sallii yhä niiden käytön. Kansainvälisen vertailun tekemisessä suurin ongelma oli vertailtavien tulosten puute (Keski-Valkama 2010, 16). Erot kiinnipidon ja eristämisen määrissä ja käytännöissä on perusteltu usein eroilla hoitokulttuurissa. Ei ole kuitenkaan yksimielisyyttä siitä, mitä hoitokulttuuri on ja miten siihen voisi vaikuttaa. (Makkonen ym. 2016, 32.)

Suomen mielenterveyslain tuntemisesta on hyötyä työelämässä. Jatko-opiskeluja tai mahdollista tutkijan uraa ajatellen on hyvä olla tutustunut eri tutkimusmuotoihin ja tutkimusprosessiin. Työstä on hyötyä tuleville ja jo valmistuneille sairaanhoitajille, koska se antaa välineet pohtia ja kyseenalaistaa omaa toimintaansa hoitotyössä. Hoitajan tulisi aina miettiä mitä aikoo tehdä ja miksi. Tämä työ osoittaa, että eri maissa on hyvinkin erilaisia käytäntöjä ja kiinnipidon ja eristämisen voi toteuttaa hyvin monella eri tavalla. Eri maissa olevat käytännöt voivat herättää keskustelua ja keskustelu voi johtaa jopa toimintatapojen muutoksiin. Käytännöistä ja suosituksista tietävä hoitaja voi omalla toiminnallaan edistää käytäntöjen yhtenäistämistä.

Jatkossa voisi tutkia lisää kiinnipitoa ja kehittää suositus asennoista ja tekniikoista, vaikka olemassa onkin jo väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksia. Eristyshuoneen toimivuutta nykyisellään ja virikkeiden hyötyjä ja haittoja potilaan ja henkilökunnan näkökulmasta tulisi tutkia. Suomessa moni asia määrätään tehtäväksi ”riittävän usein”. Tulisi tutkia, kuinka usein potilasta tällä hetkellä tarkkaillaan ja onko se riittävää. Samat asiat tulisi tutkia liittyen sitomiseen, eli kuinka usein siteitä tällä hetkellä liikutellaan ja potilaan asentoa vaihdetaan ja onko se riittävää. Jatkossa voisi tehdä tutkimuksia myös liittyen psykiatriseen hoitotahtoon: ovatko ne yleisesti käytössä ja onko niistä hyötyä kiinnipidon ja eristämisen toteuttamisessa. Lisäksi voisi tutkia toteutuuko potilaan oikeusturva Suomessa tahdonvastaisessa hoidossa ja rajoitustoimenpiteiden kohdalla ja millä tavalla oikeusturvan toteutumista voidaan parantaa.

LÄHTEET

Ashmore, R. & Carver, N. 2014. Understanding and Implementing the Nurse's Holding Power (Section 5(4)) of the Mental Health Act 1983. *Mental Health Practise*. Vo 18, No 1, 30–36. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103888317&site=ehost-live>.

Baker, J.; Sanderson, A.; Challen, K. & Price, O. 2013. Acute Inpatient Care in the UK. Part 2: Managing Risk. *Mental Health Practise*. Vo 18, No 1, 21–27. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103888316&site=ehost-live>.

Bowers, L.; Cullen, A.; Achilla, E.; Baker, J.; Khondoker, M.; Koeser, L.; Moylan, L.; Pettit, S.; Quirk, A.; Sethi, F.; Stewart, D.; McCrone, P. & Tulloch, A. 2017. Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): Combined Qualitative and Quantitative Approaches to the Uses and Outcomes of Coercive Practices in Mental Health Services. *Health Services and Delivery Research*. Vo 5, no 21. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta https://ueaeprints.uea.ac.uk/64010/1/Full_report.pdf.

Camuccio, C. 2008. Baseline Information from Italy: Towards Improved Quality by Developing Nurses Continuing Vocational Training in Psychiatric Hospitals and Inpatient Units in Italy. University of Padua. University of Udine. Department of Environmental Medicine and Public Health. Teoksessa Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. (toim.) 2008. *The Changing Face of Psychiatric Nursing – Care or Control?* 40–59. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Champion, M. 2007. Commentary: Seclusion and Restraint in Corrections – a Time for Change. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Vo 35, No 4, 426–430. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://jaapl.org/content/jaapl/35/4/426.full.pdf>.

Crilly, J. 2008. An Overview of Compulsory, Noncompulsory, and Coercive Interventions for Treating People with Mental Disorders in the United States. *International Journal of Mental Health*. Vo 37, No 3, 57–80. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=34836459&site=ehost-live>.

Flammer, E. & Steinert, T. 2015. Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry*. Vo 6, No 153. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4623390&blobtype=pdf>.

Glezer, A. & Brendel, R. 2010. Beyond Emergencies: The Use of Physical Restraints in Medical and Psychiatric Settings. *Harvard Review of Psychiatry*. Vo 18, No 6, 353–358. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://bib.fi/tLL2KQ>.

Guisse, V. & Chambers, M. 2008. Baseline Information from England: Towards Improved Quality by Developing Nurses Continuing Vocational Training in Psychiatric Hospitals and Inpatient Units in England. Kingston University and St George's University of London. Faculty of Health and Social Care Sciences. Teoksessa Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. (toim.) 2008. *The Changing Face of Psychiatric Nursing – Care or Control?* 60–76. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Guzman-Parra, J.; Garcia-Sanchez, J.; Pino-Benitez, I.; Alba-Vallejo, M. & Mayoral-Cleries, F. 2014. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vo 51, No 4, 260–267. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=110451989&site=ehost-live>.

Hendryx, M.; Trusevich, Y.; Coyle, F.; Short, R. & Roll, J. 2010. The Distribution and Frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. Vo 37, No 2, 272–281. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105167329&site=ehost-live>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A.; Korhonen, T. & Korhonen A. 2016. Sote-uudistuksen haasteet – selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Raportti 1/2016. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 9.4.2018. Saatavilla osoitteesta http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSRAPORTTI_13_6_2016_NETTI_0.pdf

Husum, T.; Bjørngaard, J.; Finset, A. & Ruud, T. 2010. A Cross-sectional Prospective Study of Seclusion, Restraint and Involuntary Medication in Acute Psychiatric Wards: Patient, Staff and Ward Characteristics. *BMC Health Services Research*. Vo 10, No 89. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-89?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>.

Hämäläinen, K.; Kanerva, A.; Kuhanen, C.; Schubert, C. & Seuri, T. 2017. *Mielenterveyshoitotyö*. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kallert, T. 2011. Involuntary Psychiatric Hospitalization: Current Status and Future Prospects. *Serbian Archives of Medicine*. Vo 12, No 139, 14–20. Viitattu 12.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://srpskiarhiv.rs/global/pdf/articles-2011/supplement1/InvoluntarypsychiatrichospitalizationCurrentstatusandfutureprospects.pdf>.

Kaltiala-Heino, R.; Makkonen, P. & Moring, J. 2014. Turvallisuus psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. Teoksessa Aaltonen, L-M. Rosenberg, P. & Ahonen, R. 2013. *Potilasturvallisuuden perusteet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.1.2018. Saatavilla osoitteesta <https://turkuamk.finna.fi/Record/aura.306659>.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 80–93. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry – A Persistent Challenge over Time. Tampereen yliopiston julkaisuja – *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*. D osa – tom. 945. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Vaasa: Tampereen yliopisto. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66581/978-951-44-8025-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kinnunen, M. 2013. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 17.1.2018. Saatavilla osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf.

Knox, D. & Holloman, G. 2012. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. Vo 13, No 1, 35–40. Viitattu

7.3.2018. Saatavilla osoitteesta
<https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt0pr571m3/qt0pr571m3.pdf?t=nuubvc>.

Kontio, R. 2011. Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals – Towards Evidence based Clinical Nursing. Turun yliopiston julkaisuja – Annales Universitatis Turkuensis. D osa – tom. 951. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 23.1.2018. Saatavilla osoitteesta
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Kylmä, J.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – Mitä, miten ja miksi? Duodecim. Vo 119, No 7, 609–615. Viitattu 27.3.2018. Saatavilla osoitteesta
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>.

Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001. Annettu Helsingissä 21.12.2001. Saatavilla osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavilla osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lönnqvist, J.; Henriksson, M. & Moring, J. 2017. Tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Lönnqvist, J.; Marttunen, M.; Henriksson, M.; Partonen, T. & Aalberg, V. 2017. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.1.2018. Saatavilla osoitteesta
<https://turkuamk.finna.fi/Record/aura.330184>.

Makkonen, P.; Putkonen, A.; Korhonen, J.; Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (toim.) 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Työpaperi 35/2016. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.1.2018. Saatavilla osoitteesta
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1.

Mental Health Act 1983. Annettu 9.5.1983. Saatavilla osoitteesta
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/pdfs/ukpga_19830020_en.pdf.

Mental Health (Scotland) Act 1984. Annettu 12.7.1984. Saatavilla osoitteesta
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/36/pdfs/ukpga_19840036_en.pdf.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Saatavilla osoitteesta
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 23–34. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 2. painos. Turku: Turun yliopisto.

Noda, T.; Sugiyama, N.; Sato, M.; Ito, H.; Sailas, E.; Putkonen, H.; Kontio, R. & Joffe, G. 2013. Influence of Patient Characteristics on Duration of Seclusion/Restrain in Acute Psychiatric Settings in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Vo 67, No 6, 405–411. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pcn.12078>.

Pettit, S.; Bowers, L.; Tulloch, A.; Cullen, A.; Moylan, L.; Sethi, F.; McCrone, P.; Baker, J.; Quirk, A. & Stewart, A. 2017. Acceptability and Use of Coercive Methods across Differing Service Configurations with and without Seclusion and/or Psychiatric Intensive Care Units. *Journal of Advanced Nursing*. Vo 73, No 4, 966–976. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13197>.

Porter, S. & Plunkett, A. 2018. Rights and Restraints: The Need for Good Restraint and Seclusion Policies. *Patients Safety Monitor Journal*. Vo 19, No 2, 13–16. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127269876&site=ehost-live>.

Raboch, J.; Kalisová, L.; Nawka, A.; Kitzlerová, E.; Onchev, G.; Karastergiou, A.; Magilano, L.; Dembinskas, A.; Kiejna, A.; Torres-Gonzales, F.; Kjellin, L.; Priebe, S. & Kallert, T. 2010. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings from Ten European Countries. *Psychiatric Services*. Vo 61, No 10, 1012–1017. Viitattu 26.1.2018. Saatavilla osoitteesta <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.10.1012>.

Rebello Botelho, M.; Costa e Silva, I. & Rocha Santos, L. 2008. Baseline Information from Portugal: Towards Improved Quality by Developing Nurses Continuing Vocational Training in Psychiatric Hospitals and Inpatient Units in Portugal. Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Teoksessa Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. (toim.). 2008. *The Changing Face of Psychiatric Nursing – Care or Control?* 89–99. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Recupero, P.; Price, M.; Garvey, K.; Daly, B. & Xavier, S. 2011. Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Vo 39, No 4, 465–476. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://jaapl.org/content/jaapl/39/4/465.full.pdf>.

Reidy, M. 2008. Rights and Wrongs of Patient Restraint. *World of Irish Nursing & Midwifery*. Vo 16, No 2, 22–23. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105868210&site=ehost-live>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV – Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. 2. painos. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 21.3.2018. Saatavilla osoitteesta http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. *Opetusjulkaisuja* 62. Viitattu 26.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Scott, E.; Cocoman, A. & Matthews, A. 2008. Baseline Information from Ireland: Towards Improved Quality by Developing Nurses Continuing Vocational Training in Psychiatric Hospitals and Inpatient Units in Ireland. Dublin City University. School of Nursing. Teoksessa Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. (toim.). 2008. *The Changing Face of Psychiatric Nursing – Care or Control?* 25–39. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Soininen, P. 2014. Coercion, Perceived Care and Quality of Life among Patients in Psychiatric Hospitals. Turun yliopiston julkaisuja – *Annales Universitatis Turkuensis*. D osa – tom. 1102. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

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*. Vo 24, No 2, 1–10. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173217/pdf/fpubh-02-00141.pdf>.

Stewart, D.; Bowers, L.; Simpson, A.; Ryan, C. & Tziggili, M. 2009. Manual Restraint of Adult Psychiatric Inpatients: A Literature Review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Department of Mental Health and Learning Disability. City University London. Viitattu 8.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://pdfs.semanticscholar.org/3029/5d4091792abc284004066579567f104d53f3.pdf>.

Sundman, E. 2013. Alaikäisen potilaan asema. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 18.1.2018. Saatavilla osoitteesta http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=alaik%C3%A4isen%20potilaaan%20asema.

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 28.3.2018. Saatavilla osoitteesta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

The Mental Health Order (Northern Ireland) 1986. Annettu 26.3.1986. Saatavilla osoitteesta http://www.legislation.gov.uk/nisi/1986/595/pdfs/uksi_19860595_en.pdf.

THL 2018. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 6/2018. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin tutkimuskeskus. Viitattu 28.3.2018. Saatavilla osoitteesta: https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Tr06_18.pdf.

Tuohimäki, C. 2007. The Use of Coercion in the Finnish Civil Psychiatric Inpatients. A Part of the Nordic Project Paternalism and Autonomy. Oulun yliopiston julkaisuja – Acta Universitatis Ouluensis. Sarja – ser. D osa – tom. 940. Väitöskirja. Lääketieteen tiedekunta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514285424.pdf>.

Tuovinen, S. 2017. Reduction of Seclusion and Restraint and Hospital Violence During Involuntary Forensic Psychiatric Care. Itä-Suomen yliopisto. Sarja – ser. D osa – tom. 446. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteiden tutkimuskeskus. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2690-6>.

Turku AMK 2018. Tiedonhakijan opas. Viitattu 13.4.2018. Saatavilla osoitteesta <http://libguides.turkuamk.fi/hoitotyojaterveysala>.

Turun yliopisto 2016. Eri-Turva. Viitattu 16.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta <https://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/mental-health/Pages/eriturva.aspx>.

Vieta, E.; Garriga, M.; Cardete, L.; Bernardo, M.; Lombraña, M.; Blanch, J.; Catalán, R.; Vázquez, M.; Soler, V.; Ortuño, N. & Martínez-Arán, A. 2017. Protocol for the Management of Psychiatric Patients with Psychomotor Agitation. BMC Psychiatry. Vo 17, No 328. Saatavilla osoitteesta https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5591519/pdf/12888_2017_Article_1490.pdf.

Vuokila-Oikkonen, P.; Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisesta: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 81–115. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M.; Makkonen, P.; Kuosmanen, L.; Anttila, M.; Jakobsson, T. & Kontio, R. Baseline Information from Finland: Towards Improved Quality by Developing Nurses Continuing Vocational Training in Psychiatric Hospitals and Inpatient Units in Finland. University of Turku. Department of Nursing Science. Teoksessa Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. (toim.) 2008. The Changing Face of Psychiatric Nursing – Care or Control? 25–39. Viitattu 10.3.2018. Saatavilla osoitteesta <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/39935/chaning-face-of-psychiatric-nursing-report.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Whitehead, P. & Liljeros, F. 2011. Heavy-tailed Distribution of Seclusion and Restraint Episodes in a State Psychiatric Hospital. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. Vo 39, No 1, 93–99. Viitattu 7.3.2018. Saatavilla osoitteesta <http://jaapl.org/content/jaapl/39/1/93.full.pdf>.