

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sairaanhoitajakoulutus

Ilina Tuononen

LEPOSIDEHOIDON TOTEUTUS PSYKIATRISELLA OSASTOLLA  
Opaslehtinen henkilökunnalle

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2019



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Joulukuu 2019**  
**Sairaanhoitajakoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600

**Tekijät**  
Iina Tuononen

**Nimeke**  
Leposidehoidon toteutus psykiatrisella osastolla -opaslehtinen henkilökunnalle

**Toimeksiantaja**  
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Siun sote, osastot 25L ja 26L

**Tiivistelmä**

Pakkotoimien käyttö Suomessa vaihtelee hyvin paljon alueittain, mutta on edelleen aktiivisesti käytössä. Vuonna 2017 tilastoraportin mukaan Suomessa pakkotoimia käytettiin yhteensä vuodeosastohoidossa 11 478 kertaa.

Vuodesta 2016 potilaiden määrä avohoidossa on kasvanut 10,3 prosenttia ja osastohoidossa 5,4 prosenttia. Vuonna 2017 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä 195 406 potilasta, joista avohoidossa hoidettiin 191 895 potilasta.

Toimeksianto tähän opinnäytetyöhön on saatu Pohjois- Karjalan keskussairaalan osastoilta 25L ja 26L. Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa leposide- eristyksestä psykiatrisella osastolla. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opaslehtinen leposide-eristyksen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen tueksi.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 44  
Liitteet 1  
Liitesivumäärä 12

**Asiasanat**  
leposidehoito, pakkotoimet, tahdosta riippumaton hoito



**THESIS**  
**December 2019**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 13 260 600

Author  
Iina Tuononen

Title  
The Use of Mechanical Restraints in Psychiatric Wards- An Information Leaflet for the Staff

Commissioned by  
North Karelia Central Hospital, Siun sote, Wards 25L and 26L

Abstract

In Finland, the use of coercive measures varies from region to region but are still implemented. According to a statistics report from 2017, coercive measures were used 11 478 times in inpatient care in Finland.

Since 2016 the number of outpatients has increased by 10.3 percent and in inpatient care it has increased by 5.4 percent. In 2017, a total of 195 406 patients were treated in psychiatric specialised health care and 191 895 of them were outpatients.

This practice-based thesis was commissioned by North Karelia Central Hospital Wards 25L and 26L. The purpose of this thesis was to provide information on the use of mechanical restraints in psychiatric wards. The thesis assignment was to create an information leaflet for the staff on the use of limb restraints.

Language

Finnish

Pages 44

Appendices 1

Pages of Appendices 12

Keywords

Mechanical restraint practices, coercive measures, involuntary treatment

## Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Mielenterveys.....	6
2.1	Mielenterveyden edistäminen .....	7
2.2	Mielenterveyden häiriöt.....	8
2.3	Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	8
2.4	Mielenterveys- ja päihdehoitotyö psykiatrisella osastolla.....	9
2.4	Päihderiippuvuus .....	10
3	Leposidehoitoon johtavat tekijät.....	11
4	Kiihtynyt potilas .....	12
5	Ennakointi .....	13
5.1	Safewards.....	14
5.2	AVEKKI.....	15
6	Potilaan oikeudet .....	16
7	Tahdosta riippumaton hoito .....	18
7.1	Tarkkailulähetä ja tarkkailu .....	19
7.2	Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen.....	20
7.3	Tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen .....	21
7.4	Ulkopuolinen arvio .....	22
8	Lievemmät pakon käytön keinot .....	23
8.1	Yhteydenpidon rajoittaminen .....	23
8.2	Omaisuuksien haltuunotto ja tarkistus.....	24
8.3	Liikkumisvapauden rajoittaminen .....	25
8.4	Kiinnittäminen .....	25
8.5	Tahdonvastainen lääkitseminen .....	26
9	Eristämismuodot .....	26
9.1	Huone- eristäminen .....	27
9.2	Leposide-eristäminen.....	28
10	Potilaiden kokemuksia leposidehoidosta .....	31
11	Pohjois- Karjalan keskussairaalan osastot 25L ja 26L.....	32
12	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	32
13	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	33
13.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	33
13.2	Kohderyhmä .....	34
13.3	Hyvä opaslehtinen .....	34
13.4	Tuotoksen suunnittelu.....	35
13.5	Tuotoksen toteutus .....	36
13.6	Tuotoksen arviointi.....	37
14	Pohdinta.....	37
14.1	Tuotoksen tarkastelu.....	37
14.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	38
14.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	39
14.4	Ammatillinen kasvu .....	40
14.5	Tuotoksen jatkokehitysmahdollisuudet .....	41
	Lähteet.....	42

Liitteet

Liite 1

Opaslehtinen

## 1 Johdanto

Vuonna 2017 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä 195 406 potilasta. Näistä avohoidossa hoidettiin 191 895 potilasta ja loput 24 495 potilasta hoidettiin vuodeosastohoidossa. Vuodesta 2016 potilaiden määrä avohoidossa kasvoi 10,3 prosenttia ja osastohoidossa 5,4 prosenttia. Pakkotoimien käytön määrä vaihtelee alueittain. Vuonna 2017 tilastoraportin mukaan Suomessa pakkotoimia käytettiin yhteensä vuodeosastohoidossa 11 478 kertaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoutta mielenterveydestä, mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoitamisesta. Opinnäytetyössä keskitytään erityisesti pakonkäyttöön, johon siirrytään silloin, kun lievemmat keinot eivät ole enää riittäviä. Lievemmillä keinoilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan rajoitustoimenpiteitä, joista kerrotaan lisää luvussa 5. Opinnäytetyön tehtävä on laatia hoitohenkilökunnan käyttöön helposti saatavilla oleva ja mahdollisimman selkeä opaslehtinen leposidehoidosta ja siihen liittyvistä seikoista, jotka hoitohenkilökunnan tulee tietää. Tavoitteena on lisätä tietoa ja taitoa leposidehoidon toteutuksesta sekä lopputuloksena antaa käytännön toiminnan tueksi helppokäyttöinen ja aina saatavilla oleva materiaali, joka tukee ja ylläpitää henkilökunnan tietämystä oikeaoppisesta leposidehoidon toteuttamisesta. Tässä opinnäytetyössä leposidehoitoon perehdytään psykiatrisen osaston näkökulmasta.

Mielenterveystyössä monet lait ohjaavat potilaan oikeuksia sekä työnantajan ja työntekijän vastuuta ja velvollisuuksia. Tässä opinnäytetyössä perehdytään niihin lakeihin, jotka olennaisesti ohjaavat leposidehoidon toteutusta mielenterveystyössä. Niistä yleisimmät lait ovat esimerkiksi mielenterveyslaki, perustuslaki, rikoslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

## 2 Mielensterveys

Mielensterveys voidaan ajatella voimavarana, joka on merkittävä osa terveyttä ja olennainen yksilön toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). WHO:n määritelmän mukaan mielensterveys tarkoittaa hyvinvoinnin tilaa, jossa ihminen pystyy realistisesti näkemään omat kykynsä, selviytymään elämän haasteista ja rasituksista sekä työskentelemään tuottavasti ja osallistumaan yhteisönsä toimintaan. Mielensterveyttä pidetäänkin ihmisen hyvinvoinnin perustana. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 18.)

Usein mielensterveydestä puhuessa ajatellaan mielensterveyden negatiivisia puolia, kuten mielensterveyden häiriöitä. Kuitenkin mielensterveyttä tulisi ajatella positiivisena potentiaalina, jota tulisi kaikin mahdollisin tavoin tukea ja vahvistaa. (Hämäläinen ym. 2017, 19.) Tällaisesta voimavarakeskeisestä ajattelutavasta käytetään käsitettä positiivinen mielensterveys (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Positiivisen mielensterveyden käsitteen avulla voidaan ohjata mielensterveyden määritelmää kauemmas ongelmanäkökulmasta ja korostaa nimenomaan mielensterveyttä kivijalkana ja mielekkään elämän perustana (Hämäläinen ym. 2017, 19).

Elämähallintataidot, tunne- ja tietoisuustaidot sekä vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot ovat merkittävä osa mielensterveyttä (World Health Organization 2014). Tärkeää on muistaa, että mielensterveys ei ole vain vamman tai sairauden puuttumista vaan hyvinvoinnin tila, joka koostuu monesta tekijästä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Esimerkiksi väkivalta, sosioekonomiset paineet, epä-terveelliset elämäntavat, stressaavat työolot, ihmisoikeuksien loukkaaminen ja fyysinen terveys vaikuttavat ihmisen mielensterveyteen joka hetki (World Health Organization 2018).

## 2.1 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveys on tärkeä ja välttämätön osa ihmisen terveyttä. Mielenterveyden edistämisen on tarkoitus vahvistaa niin yksilön, yhteisön kuin yhteiskunnankin hyvinvointia (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantus 2017). Mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä mielenterveyttä vahvistavia ja suojaavia tekijöitä ja näin tukea mahdollisimman tehokkaasti hyvän mielenterveyden toteutumista ja ehkäistä mielenterveyden häiriöitä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen kulkevatkin usein käsikädessä (Wahlbeck ym. 2017).

Mielenterveyttä voidaan edistää yksilötasolla, yhteisötasolla sekä rakenteiden tasolla. Yksilötasolla mielenterveyttä voi edistää esimerkiksi vahvistamalla itsetuntoa ja elämänhallinnan tunnetta. Yhteisötasolla taas sosiaalisen tuen vahvistaminen sekä lähiympäristöjen turvallisuuden ja viihtyvyyden lisääminen voi edistää mielenterveyttä. Turvattu taloudellinen tilanne sekä syrjinnän ja epätasa-arvon väheneminen taas edistää mielenterveyttä rakenteiden tasolla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Mielenterveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa yksilöön, sosiaalisiin suhteisiin tai ympäristöön liittyviin tekijöihin (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 15). Yksilön tasolla esimerkiksi itseluottamus, ongelmanratkaisutaidot, hyvä elämänhallinta, itsensä arvostaminen ja hyvät sosiaaliset taidot suojaavat mielenterveyttä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019, Vuorilehto ym. 2014, 15). Yhteiskunnan tasolla työyhteisön ilmapiiri, kiusaaminen ja sosiaalinen tuki, esimerkiksi perheen tai ystävien kautta, vaikuttavat mielenterveyteen. Ympäristön tasolla mielenterveyttä suojaavat esimerkiksi koulutusmahdollisuudet, turvallinen elinympäristö, kuulluksi tuleminen, toimeentulo sekä avun saaminen elämän ongelmatilanteissa. Mielenterveyttä haavoittaviksi tekijöiksi voidaankin ajatella suojaavien tekijöiden vastakohtat tai suojaavien tekijöiden puuttuminen kokonaan, esimerkiksi väkivalta, kiusaaminen tai sosiaalisen tuen puute. (Vuorilehto ym. 2014, 15.)

## 2.2 Mielenterveyden häiriöt

Jokainen kohtaa elämänsä aikana mielenterveyttä kuormittavia asioita, kuten menetyksiä, pettymyksiä, köyhyyttä tai fyysistä sairastelua. Tilanteessa, jossa kuormitus kasvaa liian suureksi henkilön voimavaroihin nähden ja taustalla on ominaisuuksia, jotka altistavat mielenterveyden häiriöille, voi seurauksena olla psyykinen sairaus. Kuitenkin mielenterveyden häiriöt luetaan sairaudeksi samalla tavalla, kuin esimerkiksi fyysiset sairaudet. Mielenterveyden häiriöistä paranemiseen ei riitä tahdonvoima, vaan tarvitaan oikea ja sopiva hoitokeino. (Vuorilehto ym. 2014, 105.)

Usein mielenterveysongelmat kuitenkin koetaan häpeällisenä, eikä niistä sen vuoksi välttämättä haluta tai uskalleta puhua. Ennakkoluulojen ja tietämättömyyden vuoksi mielenterveyshäiriöistä kärsivä ihminen voi saada osakseen syrjintää ja häpeäleiman. Myös mielenterveyshäiriöistä kärsivä henkilö voi itse ajatella olevansa häpeällinen, arvoton ja kelvoton. Häpeäleima mielenterveyshäiriöiden vuoksi nostaa kynnyksen avun hakemiselle ja nostaa riskiä yhteiskunnasta syrjäytymiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 16.)

Käsitteenä mielenterveyden häiriö kattaa kaikki erilaiset psykiatriset häiriöt, joihin liittyy psyykkisiä oireita sekä haittoja ja kärsimystä. Mielenterveyden häiriöitä luokitellaan usein vaikeusasteen mukaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Maailman Terveysjärjestön (WHO) kehittämää ICD-10- tautiluokitusta käytetään apuna mielenterveyshäiriöiden diagnostiikassa. (International Statistical Classification of Diseases) ICD-10- luokitus on maailmanlaajuinen ja ollut käytössä Suomessa vuodesta 1996 alkaen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

## 2.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, joita mielenterveydenhäiriöistä kärsiville ihmisille tulee lääketieteellisin perustein häiriön tai sairauden vuoksi antaa (Mielenterveyslaki, luku 4a). Mielenterveyslain määritelmän mukaan mielenterveystyön tarkoitus on ehkäistä, parantaa



ja lievittää mielenterveyshäiriöitä, sekä edistää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvua. Mielenterveystyön tarkoitus on myös kehittää elinolosuhteita niin, että elinolosuhteet itsessään voivat ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöitä, edistää mielenterveystyötä ja tukea mielenterveyspalvelujen järjestämistä (Mielenterveyslaki, luku 4a). Sillä pyritään vahvistamaan ja tukemaan mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä poistamaan ja vähentämään mielenterveyttä vaarantavia ja heikentäviä tekijöitä (Sosiaalihuoltolaki luku 3).

Päihdetyön tarkoitus on tukea päihteettömyyttä sekä vähentää ja poistaa niitä päihteisiin liittyviä tekijöitä, jotka vaarantavat turvallisuutta ja hyvinvointia (Sosiaalihuoltolaki luku 3). Päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon tavoite on päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen ehkäiseminen ja vähentäminen sekä ongelmakäyttäjien ja heidän läheisiensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Kunnan tulee huolehtia siitä, että päihdehuolto on laajuudeltaan ja sisällöltään sellaista, mitä kunkin kunnan tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen tulee olla saatavilla päihteiden käyttäjille sekä heidän läheisilleen, heidän hoidontarpeensa perusteella. Hoidon tulee perustua asiakkaan itsenäisen suoriutumisen tukemiseen ja luottamuksellisuuteen. (Päihdehuoltolaki luku 1.)

#### **2.4 Mielenterveys- ja päihdehoitotyö psykiatrisella osastolla**

Potilaan hoidossa ja kuntouttamisessa voidaan pyrkiä poistamaan sairaus, helpottamaan potilaan oloa tai vähentämään oireita, hoidon tavoitteista riippuen. Hoidosta ja hoidon tavoitteista tulee keskustella yhdessä potilaan kanssa, jotta hän voi itse määritellä tavoittelemansa hoitotuloksen. Jokainen potilas on yksilö ja sen vuoksi hyvä toimintakyky ja elämänlaatu tarkoittavat jokaiselle eri asioita. Niinpä potilaan oma elämäntilanne ja toiveet jatkoa ajatellen vaikuttavat siihen, millaisia tavoitteita hoidolle halutaan asettaa. (Vuorilehto ym. 2014, 127.)

Potilaan hoito ja kuntoutus voidaan aloittaa joko porrastetusti tai yhtä aikaa, riippuen potilaan sairaudesta ja voinnista. Potilaan hoitosuunnitelma sisältää hoidon kannalta tarpeelliset tiedot niin potilaan hoidon tarpeesta ja tavoitteista

kuin elämäntilanteestakin. Kuntoutussuunnitelma puolestaan keskittyy pitkäjänteisempään elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen. Kuntoutussuunnitelma rakennetaan potilaan vahvuuksien ja voimavarojen varaan, eikä keskitytä sairauden aiheuttamiin haasteisiin tai heikkouksiin. (Vuorilehto ym. 2014, 128.)

Usein potilaan sitoutuminen hoitoon ja kuntoutukseen ovat yhteydessä siihen, kuinka paljon hän itse voi vaikuttaa hoidon ja tavoitteiden suunnitteluun. Sen vuoksi potilasta ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheisiään tulisi rohkaista osallistumaan suunnitteluun mahdollisimman paljon. Hoidon ja kuntoutuksen etenemistä ja toimivuutta arvioidaan seurantakäynneillä säännöllisin väliajoin, jolloin hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa voidaan tarkentaa ja laatia mahdollisia jatkosuunnitelmia. Seurantakäynneillä voidaan arvioida esimerkiksi toimintakyvyn palaamista tai oireiden häviämistä, jolloin ne myös määritellään hoito- tai kuntoutussuunnitelmassa. Seurannan tarve ja kesto vaihtelevat jokaisen potilaan kohdalla sairaudesta ja voinnista riippuen. (Vuorilehto ym. 2014, 131.)

## **2.4 Päihderiippuvuus**

Tässä opinnäytetyössä päihderiippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta alkoholiin, huumausaineisiin tai lääkeaineisiin. Päihderiippuvaiselle henkilölle on ominaista päihdyttävän aineen pakonomainen ja toistuva käyttö, riippumatta sen negatiivisista vaikutuksista elämään ja terveyteen. Yleensä päihteiden käyttö johtaa ennen pitkää fysiologisen riippuvuuden kehittymiseen. Tällöin päihteidenkäyttäjän toleranssi eli sietokyky kasvaa ja päihdyttävää ainetta tarvitaan enemmän ja enemmän. Ominaista on myös vieroitusoireiden alkaminen päihteiden käytön lopettamista seuraavina päivinä. Vieroitusoireet voivat olla hyvinkin voimakkaita, mikä saa usein riippuvaisen henkilön jatkamaan päihteiden käyttöä. Päihderiippuvainen henkilö ei pysty lopettamaan päihteiden käyttöä vaikka haluaisi. Päinvastoin riippuvainen henkilö kuluttaa suuren osan ajastaan päihdyttävän aineen hankintaan, käyttämiseen tai edellisestä käyttökerrasta toipumiseen. (Terveyskirjasto 2018.)

Päihderiippuvuus voi kuitenkin olla myös psykologista. Tuolloin riippuvuuteen ei välttämättä liity vieroitusoireita tai sietokyvyn kasvua vaan se perustuu päihdyttävän aineen tuottamaan hyvänolon tunteeseen tai muuhun haluttuun psyykkiseen vaikutukseen. Psykologisen riippuvuuden taustalla voi olla pakonomainen tarve päästä pois esimerkiksi ahdistuneisuuden, häpeän tai merkityksettömyyden tunteesta. Tyypillistä on se, että ilman päihteitä ja niiden aikaansaamaa hyvänolon tunnetta riippuvainen henkilö ei tunne olevansa elossa. Kuitenkin toistuva ja jatkuva päihteiden käyttö lisää ja korostaa esimerkiksi ahdistuneisuutta ja muita vastaavia tunnetiloja. (Terveyskirjasto 2018.)

### **3 Leposidehoitoon johtavat tekijät**

Psykoottiset häiriöt ja niiden aiheuttama käytös voivat joskus olla syy leposidehoidon aloittamiseen. Psykoottisia oireita voi ilmetä monissa eri sairauksissa, kuten skitsofreniassa sekä psykoottisessa masennustilassa tai -maniassa. (Terveyskirjasto 2018.)

Kukaan ei tiedä tarkkaan, mikä aiheuttaa psykoosin, mutta tiedossa on riskitekijöitä, jotka voivat edesauttaa sen puhkeamista. Joidenkin ihmisten geenit ovat taipuvaisempia psykoosiin kuin toisten. Vaikka geneisissä olisi taipuvaisuutta, se ei kuitenkaan tarkoita, että varmasti psykoosi puhkeaisi juuri hänelle, mutta se on todennäköisempää, kuin sellaiselle ihmiselle, jolla taipumusta ei ole. Päihteiden käyttö on suuri riskitekijä psykoosin puhkeamisessa. Alkoholin lisäksi esimerkiksi marihuana, LSD ja amfetamiini lisäävät psykoosin riskiä suuresti. Jokin trauma, kuten läheisen kuolema tai vakava onnettomuus voivat lisätä riskiä. Myös esimerkiksi aivovammat, aivokasvaimet, Parkinsonin tauti sekä Alzheimerin tauti voivat olla riskitekijöitä psykoosiin. (WebMD Medical Reference 2019.)

Psykoottisessa tilassa olevan ihmisen todellisuudentaju on heikentynyt ja hän tulkitsee todellisuutta poikkeavalla tavalla. Psykoosiin liittyy yleensä aistiharhoja,

kuten näkö- ja kuuloharhoja sekä pelottavia tai omituisia tunnekokemuksia. Psykoottisen henkilön aistiharhat voivat sekoittaa menneisyyden muistoihin ja näin aiheuttaa harhaluuloja. Hajanaisuus, sekavuus sekä puheen ja ajatuksen häiriöt ovat myös tyypillisiä psykoottisia oireita. (Huttunen 2017.) Psykoosiin liittyy myös suurentunut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen, jota samanaikainen päihdeongelma korostaa entisestään. Väkivaltainen käytös voi kohdistua muihin ihmisiin tai potilaaseen itseensä. (Henriksson & Hietanen 2002.) Aggressiivisen potilaan kohtaamisesta puhutaan enemmän opinnäytetyön luvussa kolme.

Myös esimerkiksi delirium voi olla aihe leposidehoitoon. Delirium, eli äkillinen sekavuustila ja aivojen vajaatoiminta voi johtua erilaisista sairauksista tai elimellisistä tekijöistä, kuten myrkytys, leikkauksen jälkitila tai häiriö nestetasapainossa. (Terveyskirjasto 2018.) Sekavuustilan syynä voi olla myös päihteiden käyttö. Delirium tremens (juoppohulluus) tarkoittaa pitkäkestoisen ja runsaan päihdekäytön lopettamisen aikaansaamaa sekavuustilaa. Kummassakin delirium-tilassa tarkkaavaisuuden heikkeneminen sekä aistiharhat ovat tavallisia oireita. Tajunnan tason lasku ja heikentynyt aikaan ja paikkaan orientoituminen ovat tyypillisiä. Alkoholin käytön aiheuttamassa deliriumissa potilaalla voi olla fyysisiä vieroitusoireiden kaltaisia oireita sekä levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Kumpikin delirium-tila voi olla hengenvaarallinen ja hoitamattomana johtaa kuolemaan. Kuitenkin ajoissa hoitoon mennessä lääkehoidolla paranee yleensä muutamassa vuorokaudessa. (Terveyskirjasto 2018.)

#### **4 Kiihtynyt potilas**

Kiihtyneen potilaan hoidossa ja hoidontarpeen arvioinnissa tulee varautua tilanteisiin, joissa hoitohenkilökunnan tulee tehdä nopeita ratkaisuja vähäisillä taustatiedoilla. Kiihtyneen potilaan tilan arvioinnissa tulee kuitenkin muistaa erotusdiagnostiikka psykoottisissa ja ei-psykoottisissa tiloissa, sillä psykoottinen potilas ei aina ole kiihtynyt, eikä kiihtynyt potilas aina ole psykoottinen. (Henriksson & Hietanen 2002.) Aggressio ei ole mikään teko, vaan tunne, jonka taustalla saattaa olla useita muitakin tunteita, esimerkiksi ahdistusta, kostonhimoa, raivoa tai häpeää. Aggressio herää eri ihmisillä hyvin erilaisissa tilanteissa, mutta jokainen

ihminen raivostuu joskus. Jos aggressiota ei päästä purkamaan, voi se johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen. (Mielenterveystalo, 2019.)

Kiihtyneen potilaan arviointi voi olla hankalaa, jos tilanne on akuutti. Kiireellisessä tilanteessa aiemmista sairauskertomuksista tai potilasta aiemmin hoitaneelta hoitohenkilökunnalta tai perheeltä voi saada tietoa. Kiihtynyttä potilasta haastattellessa on tärkeä pitää kysymykset lyhyinä ja selkeinä. Potilaalta tulee kysyä suoraan mahdollisesti ilmenevistä harhoista, mutta niiden todellisesta olemassaolosta ei tule kuitenkaan väitellä. Saatavilla olevien esitietojen ja haastattelun perusteella hoitava lääkäri päättää, otetaanko potilas tarkkailuun sairaalaan. Hoidon ja juridisten syiden vuoksi on tärkeää tunnistaa päihtymystilat sekä somaattiset sekavuuden ja levottomuuden syyt. Tarkkailulähetteen laatimiseen kuitenkin riittää epäily psykoottisesta tilasta. (Henriksson & Hietanen 2002.)

Kiihtyneen potilaan rauhoittamisessa tärkeää on se, että hoitohenkilökunta pysyy rauhallisena, eikä millään tapaa provosoi kiihtynyttä henkilöä. Potilaalle tulee keskustella rauhalliseen sävyyn ja osoittaa olevansa kiinnostunut hänen kokeamistaan tunteista. Potilasta puhuteltaessa tulee muistaa riittävä etäisyys eikä koskaan tule kääntää selkää kiihtyneelle potilaalle. Äkkinäisiä liikkeitä tulee välttää ja mahdollisuuksien mukaan kertoa henkilölle etukäteen, mikäli aikoo liikkua tai tehdä jotakin muuta. Tärkeää on muistaa esimerkiksi osaston tiloissa, että työkaverit tietävät aina toisen hoitajan sijainnin. Myös uuden työntekijän asianmukainen perehdytys kiihtyneen potilaan kohtaamisessa on ensisijaisen tärkeää. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.)

## **5 Ennakointi**

Ennakoimalla aggression tunnusmerkkejä tai tilanteita, jotka niitä voivat laukaista, hoitohenkilökunta pystyy varautumaan uhka- ja väkivaltatilanteiden syntymiseen (Mielenterveystalo 2019). Esimerkiksi levottomuus, tuijotus, hampaiden kiristely, uhkailu ja äänen korotus voivat olla aggression tunnusmerkkejä. Usein

myös henkilöstä havaittava viha, syyllisyyden tai häpeän tunne sekä kiihtyneisyys voivat ennakoida aggressiivisia tilanteita (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019). Mielenterveys- ja päihdeyksiköissä työskentelevillä hoitotyön ammattilaisilla on muita suurempi riski altistua fyysiselle aggressiolle. Osastoilla potilaat voivat olla sairautensa vuoksi alttiimpia aggressiiviselle käytökselle ja se voi helposti kohdistua työntekijöihin. Sen vuoksi onkin tärkeää, että jokainen työntekijä osaa ennakoida konfliktitilanteita ja toimia niissä. (National Institutes of Health 2019.)

## 5.1 Safewards

Safewards- toimintamalli on englantilaisen hoitotieteen professorin Len Bowersin kehittämä. Toimintamallin tarkoitus on pyrkiä vähentämään osastoilla vastaan tulevia aggressio- ja konfliktitilanteita sekä pyrkiä vähentämään niiden rauhoittamisessa käytettäviä pakkokeinoja. Safewards- malli on levinnyt englantilaisista sairaaloista myös ympäri maailmaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Erityisesti akuuttipsykiatrian osastoilla hoitohenkilökunta voi joutua usein haastaviin vuorovaikutustilanteisiin potilaiden kanssa. Sen vuoksi Safewards- toimintamalli sopii erityisesti akuutti psykiatrian osastojen käyttöön ja monissa maissa se on koettu hyödylliseksi. (National Institutes of Health 2019.)

Safewards- toimintamalli keskittyy kuuteen konfliktien syntyyn ja pakkokeinojen käyttämiseen vaikuttavaan tekijään: potilaiden muodostamaan yhteisöön, potilaiden taustaan ja erityispiirteisiin, osaston rajoituksiin ja sääntöihin, henkilökuntaan ja sen toimintaan, osaston ympäristöön sekä sairaalan ulkopuoliseen ympäristöön. Yksittäisinäkin nämä tekijät voivat olla laukaiseva tekijä aggressiivisuudelle. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Toimintamalli on listannut erilaisia käytännön suojatoimenpiteitä konfliktitilanteiden välttämiseksi (National Institutes of Health 2019). Toimintamalli esimerkiksi korostaa lempeän ja kunnioittavan puhetyylin tärkeyttä. Sillä voidaan ehkäistä aggressiivisuuden lisääntymistä ja rauhoittaa mahdollisesti jo aggressiivista henkilöä provosoimatta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, Savonia-ammattikorkeakoulu 2007.) Positiiviset ja kunnioittavat sanat antavat tunteen siitä, että

on arvokas ja hyväksytty, mikä vähentää konfliktitilanteiden riskiä. Myös potilaiden mahdollisuus saada tuntee hoitajat sekä muut potilaat lisäävät hoitomyönteisyyttä ja luottamusta hoitosuhteeseen. Henkilökunnan ei tarvitse kertoa henkilökohtaisia asioitaan potilaille, eikä kyse ole vapaa-ajan kaveruudesta, mutta pienien asioiden, kuten lempieläimen tai lempimusiikkikappaleen kertominen vähentää epäluottamusta ja näin ollen sen mahdollisesti aiheuttavia aggressio- tai konfliktitilanteita. Safewards- malli myös korostaa henkilökunnan tietämystä ja osaamista tilanteissa, joissa potilas on kiihtynyt tai aggressiivinen. Jokaisen työntekijän olisi hyvä tietää mahdollisesti kokeiltavia rauhoittamismenetelmiä, joilla tilanne saataisiin rauhoittumaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

## 5.2 AVEKKI

AVEKKI tulee sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio. AVEKKI -toimintatapamalli ja AVEKKI- koulutukset on kehitetty tueksi hoito-organisaatioille sellaisiin tilanteisiin, joissa työntekijät kohtaavat aggressiivisia asiakkaita. AVEKKI -toimintamallissa keskitytään varhaiseen ennaltaehkäisyyn, työntekijän turvallisuuteen, mahdollisimman minimaaliseen rajoittamiseen ja voimankäyttöön sekä kivuttomuuteen. AVEKILLA pyritään auttamaan ja tukemaan aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan oman käytöksen ja toiminnan hallintaa. Toimintamalli perustuu säästöihin, lakeihin sekä eettisyyteen ja siinä korostetaan tasa-arvoa, ihmisarvojen kunnioittamista ja yksilöllistä kohtelua. (Savonia ammattikorkeakoulu 2007.)

Mikäli uhka tai väkivalta kohdistuu työntekijään, voi se aiheuttaa vakaviakin henkisiä tai fyysisiä vammoja, jotka voivat ilmetä vasta myöhemmin. (Savonia-ammattikorkeakoulu, 2007). Jokaisella työntekijällä on oikeus jälkipuintitilaisuuteen uhkatilanteen jälkeen. Lievissä tilanteissa voi riittää asian läpikäyminen työntekijöiden kesken, mutta vakavemmissa tilanteissa voi olla hyvä turvautua ammattilaisen järjestämään debriefing jälkipuintitilaisuuteen. (Savonia-ammattikorkeakoulu, 2019.) Jokaisessa organisaatiossa on omat

toimintatapansa tämänkaltaisten tapahtumien purkamiseen (Savonia-ammattikorkeakoulu, 2007).

## **6 Potilaan oikeudet**

Mielenterveystyössä monet lait ohjaavat potilaan oikeuksia sekä työnantajan ja työntekijän vastuuta ja velvollisuuksia. Tässä opinnäytetyössä perehdytään niihin lakeihin, jotka olennaisesti ohjaavat leposidehoidon toteutusta mielenterveystyössä. Niistä yleisimmät lait ovat esimerkiksi mielenterveyslaki, perustuslaki, rikoslaki sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Mielenterveyslakia käsitellään tarkemmin opinnäytetyön luvussa 6.

Perustuslain tarkoitus on edesauttaa oikeudenmukaisuuden toteutumista, turvaamalla ihmisarvon loukkaamattomuutta sekä edistää yksilön oikeuksia ja vapautta (Perustuslaki luku 1). Perustuslain mukaan kaikki ovat tasavertaisia, eikä ketään tule asettaa uskonnon, mielipiteen, vammaisuuden, sukupuolen tai esimerkiksi kielen vuoksi eri asemaan. Jokaisella on myös oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja vapauteen, eikä kenenkään ihmisarvoa tule loukata millään tavalla. Kenenkään vapautta tai koskemattomuutta ei tule rajoittaa tai loukata ilman lain säädännön perustelua toiminnalle. (Perustuslaki luku 2.)

Työturvallisuuslain tarkoitus on pyrkiä parantamaan ja turvaamaan työntekijöiden työolosuhteita ja työympäristöä ennaltaehkäisemällä työtapaturmia tai fyysisen tai henkisen terveyden haittoja (Työturvallisuuslaki luku 1). Organisaatiossa työnantajan tehtäviin kuuluu tarkkailla työympäristön turvallisuutta ja havaintojensa perusteella pyrittävä tekemään toimenpiteitä turvallisuuden säilyttämiseksi. Mikäli voidaan ajatella, että työympäristössä on korkea väkivallan uhka, on kaikista tarpeellisista turvajärjestelyistä ja -laitteista huolehdittava. Työntekijöiden on saatava riittävä koulutus ja opastus työhön, sekä häntä tulee informoida mahdollisista vaaratekijöistä. Työntekijöillä on myös velvollisuus osallistua työnantajan järjestämiin koulutuksiin ja perehtyä annettuihin ohjeisiin. (Työturvallisuuslaki luku 2.)



Rikoslain mukaan toimenpiteissä saa käyttää ainoastaan sellaisia voimakeinoja, joita voidaan kokonaisuudessaan pitää puolustettavina tapahtuman kiireellisyyden ja vaarallisuuden mukaan. Mikäli voimakeinojen käyttö ylittää säädetyt rajat, tulee selvittää se, onko tekijällä painavia perusteita voimakeinojen käyttöön kyseisessä tilanteessa. (Rikoslaki luku 4.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että potilaalla on oikeus saada hyvää sairaanhoitoa hänen ihmisarvoaan, yksityisyyttään, vakaumustaan ja yksilöllisiä tarpeitaan kunnioittaen. Potilaalla on oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan sekä mahdollisista hoitovaihtoehdoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista luku 2.)

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että jokaisella on oikeus osallistua päätöksentekoon itseään koskevista asioista. Ihmisillä on myös oikeus tehdä hänen henkeään ja terveyttään vaarantavia päätöksiä sekä kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Potilaalle terveyteen liittyviä toimenpiteitä saa tehdä vain, jos ihminen on suostunut siihen ja on tietoinen toimenpiteeseen vaikuttavista asioista. Hoitohenkilökunnan tulee aina kunnioittaa potilaan päätöksiä, vaikka tämä laiminlöisi omaa hoitoaan. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2018.)

Vaikka henkilö ei olisi kykenevä päättämään hoitoonsa liittyvistä asioista, pyritään aina mahdollisuuksien mukaan selvittämään hänen tahtonsa (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2018). On tärkeää, että hoitopäätöksiä yhteydessä kuullaan potilaan omaista tai edustajaa, jotta potilaan oma tahto saataisiin selville mahdollisimman hyvin. Mikäli potilaan tahtoa ei pystytä selvittämään, hoidetaan häntä sellaisella tavalla, jota pidetään hänen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista luku 6.) Rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia henkilöitä (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2018).

## 7 Tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyshoitotyössä lähtökohtana on kunnioittaa potilaan mielipiteitä ja toiveita, ottaen huomioon potilaan itsemääräämisoikeus sekä hoidon vapaaehtoisuus. Kuitenkin joskus tulee tilanteita, jolloin kaikkien periaatteiden mukaisesti ei voi toimia. Haasteellisia tilanteita ovat esimerkiksi ne, jolloin potilas on sairauden tunnoton eli ei koe itse olevansa sairas ja tiedosta tarvitsevansa hoitoa, vaikka ammatillinen näkemys olisi toinen. Tilanteissa, joissa potilaan itsemääräämisoikeuteen ja vapauteen puututaan, tulee sen perustua lakiin ja potilaan tilanteen puolueettomaan arviointiin. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert, & Seuri 2017, 73.)

Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa sitä, että mikäli lain nojalla katsotaan tarpeelliseksi, potilasta voidaan hoitaa psykiatrisessa sairaalassa ilman hänen suostumustaan (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013). Mielenterveyslain mukaan henkilö on mahdollista määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon jos: 1) todetaan hänen olevan mielisairas, 2) jos hänen mielisairautensa vuoksi tarvitsee hoitoa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti hänen omaa tai toisen henkilön terveyttä ja turvallisuutta tai pahentaisi vakavasti hänen mielisairauttaan tai 3) jos mitkään muut mahdolliset mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäväksi henkilön kohdalla. Potilaalla on aina oikeus hyvään hoitoon, vaikka hän tilanteensa vuoksi vastustaisi hoitoa, tai ei ymmärrä hoidon tärkeyttä ja hyötyä. (Korkeila, 2006.) Potilaalla on myös oikeus saada tietoa hoitoaan koskevista asioista ja osallistua omien asioidensa käsittelyyn sekä tutustua itseään koskeviin potilasasiakirjoihin. Potilaalla on myös oikeus kieltää hoitohenkilökuntaa kertomasta häntä koskevia potilastietojaan ulkopuolisille, kuten perheenjäsenille. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2013.)

Myös alaikäinen henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, jos hän mielenterveydenhäiriönsä vuoksi tarvitsee hoitoa siten, että hänen hoitoonsa toimittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti hänen omaa tai toisen henkilön terveyttä ja turvallisuutta tai pahentaisi vakavasti hänen

sairauttaan, tai jos mitkään muut mahdolliset mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäväksi (Mielenterveyslaki, luku 8). Alaikäisen henkilön tahdosta riippumattoman hoidon perusteena voi olla esimerkiksi vakava masennus, vakava syömishäiriö, itsemurhavaara ja päihde- tai huumeongelma (Hämäläinen ym.2017, 77). Mikäli ei katsota olevan alaikäisen henkilön edun mukaista menetellä toisin, tulee alaikäisen henkilön hoito tapahtua erillään aikuisista. Alaikäisen hoito on järjestettävä yksikössä, jossa on valmiudet ja edellytykset häntä hoitaa. (Mielenterveyslaki, luku 8, Hämäläinen ym. 2017, 77.)

## **7.1 Tarkkailulähete ja tarkkailu**

Tarkkailulähete eli M1-lomake on lääkärin allekirjoittama lausunto, joka kertoo henkilön tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen. Mielenterveyslain mukaan tarkkailulähetteenä tulee mainita perusteltu kannanotto siitä, että edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon täyttyvät. Mikäli laillistettu lääkäri suorittamaansa tutkimukseen perustuen kokee, että edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määrittämisestä löytyvät, lähetetään potilas tarkkailulähetteen tekemisen jälkeen sairaalaan tutkittavaksi. Kuitenkin ennen sairaalaan lähettämistä, tulee varmistaa, onko henkilön kotikunnalla tarjota muita riittäviä hoidontarpeeseen sopivia palveluja. (Mielenterveyslaki, luku 9.)

Esimerkiksi päihtyneen henkilön arviointi ja tarkkailulähetteen tekeminen voi olla hankalaa. Humalatila voi vaikeuttaa merkittävästi henkilön tilan ja hoidontarpeen arviointia. Humalatila ei kuitenkaan ole lain mukaan este potilaan tutkimiselle ja arvioinnille, hoitoon lähettämiseksi tai tarkkailun aloittamiselle. Myös päihtynyt henkilö tutkitaan yksilöllisesti ja päätökset tehdään kliiniseen lääketieteelliseen arvioon perustuen. (Korkeila, 2006.) Mikäli potilas ei itse ole myötämielinen lähettämään lääkärin vastaanotolle, mutta läheisillä on huoli potilaan tilanteesta, voivat omaiset olla yhteydessä potilaan terveyskeskuksen lääkäriin. Tällöin lääkäri arvioi, onko potilaan tarpeellista tulla vastaanotolle tai lääkärin lähteä kotikäynnille. Tarvittaessa lääkärin on mahdollista tehdä virka-apupyynnö poliisille, mikäli voidaan ennakoita matkalla tarvittavan voimakeinoja tai virka-apu on muusta syystä välttämätön. (Hämäläinen ym. 2017, 74.) Mikäli poliisi muuten virassaan tapaa

todennäköisimmin kriteerit täyttävän henkilön, on hänellä velvollisuus tehdä asiakkaasta ilmoitus. Mikäli tapaus on kiireellinen, tulee poliisin toimittaa henkilö terveyskeskukseen arviointia varten. (Korkeila, 2006.)

Henkilö voidaan ottaa sairaalaan tarkkailuun, jotta voidaan selvittää täyttyvätkö edellytyksen tahdosta riippumattomaan hoitoon kyseisen henkilön kohdalla. Potilaan tarkkailulähete tulee olla laadittu aikaisintaan kolme vuorokautta aiemmin. Lisäksi ennen potilaan tarkkailua myös vastaanottavan sairaalan laillistetun lääkärin on katsottava, että henkilön kohdalla edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon mitä todennäköisemmin täyttyvät. (Mielenterveyslaki, luku 10.)

Tarkkailusta vastaavan lääkärin tulee antaa tarkkailuun otetusta henkilöstä kirjallinen tarkkailulausunto, eli M2 -lomake viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailun aloittamisesta. Vastaavan lääkärin ollessa estynyt voi lausunnon antaa myös toinen sairaalan lääkäri. Tarkkailulausunnosta tulee käydä ilmi perusteltu tieto siitä, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämien edellytykset olemassa. (Mielenterveyslaki, luku 10.) Tarkkailun aikana hoitohenkilökunta havainnoi ja haastattelee potilasta mahdollisimman huolellisesti. Hänen tilannettaan pyritään selvittämään ja kaikki havainnot kirjataan selkeästi ja tarkasti hoitokertomukseen. Tarkkailuajan havaintojen ja tutkimuksien perusteella lääkäri suosittaa potilaalle joko tahdosta riippumatonta hoitoa tai vapaaehtoista hoitoa. (Hämäläinen ym. 2017, 75.) Mikäli tarkkailuajana käy ilmi, ettei edellytyksiä ole, on tarkkailusta henkilön kohdalla luovuttava ja hänet myös poistettava sairaalasta, mikäli henkilö itse niin haluaa (Mielenterveyslaki, luku 10).

## **7.2 Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen**

Tarkkailuun otetun henkilön mielipide tulee selvittää aina ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä. Mikäli tarkkailuun otettu henkilö on alaikäinen, on hänen vanhemmilleen tai muulle lailliselle huoltajalle mahdollisuuksien mukaan annettava tilaisuus tulla kuulluksi joko suullisesti tai kirjallisesti. (Mielenterveyslaki, luku 11.)

Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu tehtävään määritetty psykiatrian erikoislääkäri tekee päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon ja sairauskertomuksen perusteella. Hoitopäätös, eli M3 -lomake tulee tehdä kirjallisena ja viimeistään neljäntenä vuorokautena tarkkailun aloittamisesta. Päätöksestä tulee käydä ilmi, onko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset olemassa. (Mielenterveyslaki, luku 11.) Potilaalla on oikeus saada tieto päätöksestä viipymättä ja päätös annetaan hänelle allekirjoitettavaksi. Potilasta tiedotetaan päätöksen valitusoikeudesta ja potilaan niin halutessaan, tulee häntä ohjata sen tekemisessä. (Hämäläinen ym. 2017, 75.) Hoitoon määrätyn henkilön ollessa alaikäinen, tulee hallinto-oikeuden vahvistaa päätös (Mielenterveyslaki, luku 11).

Mikäli omasta vapaasta tahdostaan hoitoon saapunut henkilö haluaa poistua sairaalasta, mutta häntä hoitava lääkäri näkee tahdosta riippumattoman hoidon edellytyksien täyttyvän, voidaan hänet ottaa tarkkailuun. Lääkäriin tulee tehdä tarkkailulausunto viimeistään neljäntenä päivänä siitä, kun asiakas on ilmaissut halukkuutensa sairaalasta poistumiseen. Edelleen hoitoon määrätyn henkilön ollessa alaikäinen, on hallinto-oikeuden vahvistettava päätös. (Mielenterveyslaki luku 11.)

### **7.3 Tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen**

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyä henkilöä voidaan pitää päätöksen nojalla hoidossa enintään kolmen kuukauden ajan. Mikäli ennen kolmen kuukauden määräaikaa käy ilmi, että henkilön hoidon jatkaminen vielä kolmen kuukauden jälkeen on välttämätöntä, mutta hoitoon määrätyn henkilön kanssa ei päästä yhteisymmärrykseen, annetaan uusi tarkkailulausunto, joka selvittää, onko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset vielä olemassa. Mielenterveyslain mukaan päätös hoidon lopettamisesta tai jatkamisesta on tehtävä ennen kuin henkilön hoito on kestänyt kolme kuukautta. Kirjallisen päätöksen tekee lääkäri ja se on annettava tiedoksi potilaalle viipymättä. (Mielenterveyslaki, luku 12.)

Mikäli lääkäri päätyy jatkamaan henkilön tahdosta riippumatonta hoitoa, saa hoito kestää enintään kuusi kuukautta. Kuuden kuukauden jälkeen tulee uudelleen selvittää, ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset olemassa. Mikäli hoito kestää kauemmin, on asiakkaalla oikeus pyytää uusi arvio hoidon jatkamisen edellytyksistä myös ennen enimmäisajan täyttymistä. Mikäli viimeisestä arviosta on kulunut lyhyt aika, eikä asiakkaan tilassa ole tapahtunut selkeää muutosta, ei arviota tarvitse tehdä. Potilasasiakirjoista tulee kuitenkin löytyä merkintä arvion pyytämisestä sekä perustelut sen tekemättä jättämisestä. Asiakkaan hoito on lopetettava välittömästi ja henkilö niin itse halutessaan poistettava sairaalasta, mikäli käy ilmi, ettei ole enää edellytyksiä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Mielenterveyslaki, luku 12.)

#### **7.4 Ulkopuolinen arvio**

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyllä henkilöllä on oikeus saada hoitavan sairaalan ulkopuolisen lääkärin lausunto ja arviointi tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta ennen päätöstä hoidon jatkamisesta (Mielenterveyslaki, luku 12). Ulkopuolisen lääkärin tulee olla psykiatriaan perehtynyt virkasuhteinen lailistettu lääkäri (Hämäläinen ym. 2017, 76). Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyllä henkilöllä on myös oikeus valita itse ulkopuolisen arvion tekävä lääkäri. Tuolloin mahdollisista kustannuksista vastaa asiakas itse. (Mielenterveyslaki, luku 12.)

Arviota varten ulkopuolinen lääkäri saa käyttöönsä henkilön potilasasiakirjat. Ulkopuolisen lääkärin tekemässä lausunnossa olevat mahdolliset eriävät näkemykset on otettava huomioon päätöstä tehdessä. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ulkopuolisesta arviosta. Tuolloin henkilön kieltäytyminen mahdollisine perusteluineen tulee olla kirjattuna potilasasiakirjoihin. Myös erillinen selvitys kieltäytymisestä tulee toimittaa hallinto-oikeudelle. (Mielenterveyslaki, luku 12.)

## 8 Lievemvät pakon käytön keinot

Psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaita pyritään suojaamaan kaikilta mahdollisilta vahingoilta (Health Services and Delivery Research 2017). Joskus potilaan hoidossa tulee tilanteita, jolloin pakon käyttö on välttämätöntä. Sellaisissa tilanteissa täytyy pakon käytölle olla lakiin perustuva syy; muut mahdolliset menetelmät on todettu tehottomiksi ja pakon käytöllä voidaan estää potilaan, muiden sivullisten potilaiden tai henkilökunnan vahingoittuminen. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen, 2016.) Pakkotoimilla tarkoitetaan kaikkia niitä mielenterveyslaissa säädettyjä hoito- ja tutkimustoimenpiteitä, joita suoritetaan potilaille tahdosta riippumatta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018).

Pakottavissa toimenpiteissä täytyy edetä aina vähemmän pakottavasta toimenpiteestä enemmän pakottavampaan. Vähiten pakottavat rajoittamiskeinot ovat esimerkiksi yhteydenpidon rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, liikkumisvapauden rajoittaminen, kiinnipitäminen ja tahdonvastainen injektiohoito. Suomessa kaikkien rajoittamiskeinojen ja pakon käyttöä sekä määrää seurataan ahkerasti. (Makkonen ym. 2016.) Pakon käyttö herättää aina eettisiä ja juridisia kysymyksiä, sillä pakon käytön keinot rajoittavat useita ihmisen oikeuksia, kuten valinnanvapautta ja liikkumisen vapautta. Sen vuoksi pakonkäyttöä määrätään tarkasti lailla. (Frontiers in Psychiatry 2019.)

### 8.1 Yhteydenpidon rajoittaminen

Pääasiassa potilaalla on oikeus yhteydenpitoon läheistensä ja omaistensa kanssa. Esimerkiksi puhelimen käyttö ja vierailijoiden vastaanottaminen hoidon aikana on luvallista. Kuitenkin tilanteessa, jossa yhteydenpito vakavasti haittaa potilaan hoitoa ja kuntoutumista, tai sen katsotaan olevan tarpeellista potilaan

yksityiselämän suojaamisen kannalta, voi lääkäri tehdä potilaan kohdalla päätöksen yhteydenpidon rajoittamisesta. (Hämäläinen ym. 2017.) Potilaan yhteydenpitoa potilasiamiehen tai oikeusavustajan kanssa ei saa koskaan rajoittaa (Mielenterveyslaki 4a)

Yhteydenpidon rajoittamisesta tehdään aina kirjallinen päätös ja ennen päätöksen tekemistä on potilaalla oikeus tulla kuulluksi asian suhteen. Määräaikainen rajoituspäätös saa olla voimassa enintään 30 päivää yhtäjaksoisesti. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017.) Päätöksestä tulee käydä ilmi rajoittamiseen johtaneet syyt, rajoituksen kohdehenkilö, millainen yhteydenpito on rajoitettu ja kuinka laajasti rajoitus toteutetaan (Mielenterveyslaki 4a). Mikäli potilas on tyytymätön päätökseen, on hänellä mahdollisuus hakea muutosta päätökseen valittamalla hallinto-oikeuteen (Hämäläinen ym. 2017).

## **8.2 Omaisuuden haltuunotto ja tarkistus**

Hoidossa olevalle potilaalle on lupa suorittaa henkilöntarkastus lääkärin määräyksellä, mikäli on syytä epäillä, että hänen hallussaan on päihteitä, päihteiden käyttöön soveltuvia välineitä tai omaa tai toisen turvallisuutta ja terveyttä mahdollisesti vaarantavia esineitä tai aineita. Henkilöntarkastuksessa on lupa tarkistaa potilaan omaisuus sekä hänen käytössään olevat tilat, esimerkiksi oma huone. (Hämäläinen ym. 2017.) Mikäli voidaan epäillä potilaan olevan päihdyttävän aineen alaisena tai että hänellä on kehossaan päihdyttäviä aineita, on hoitohenkilökunnalla lupa myös ruumiin tarkastamiseen, puhalluskokeeseen sekä virtsa-, veri- tai sylkinäytteen ottamiseen. (Mielenterveyslaki 4a.) Hoidossa olevalle potilaalle toimintayksikön ulkopuolelta saapuva lähetys saadaan myös tarkastaa kiellettyjen aineiden tai esineiden varalta. Kuitenkaan henkilökohtaisia viestejä tai kirjeitä hoitohenkilökunnalla ei ole lupaa lukea. (Hämäläinen ym. 2017.)

Henkilöntarkastuksessa on paikalla vähintään kaksi hoitajaa ja löydetyt kielletyt esineet ja aineet otetaan toimintayksikön haltuun. Mikäli voidaan olettaa potilaan sairaudentilan vuoksi, että hän ei kykene pitämään henkilökohtaisia tavaroitaan,



kuten lompakkoa tallessa, voidaan sekin ottaa hoitohenkilökunnan haltuun hoidon ajaksi. Hoitohenkilökunta voi tehdä luvattoman esineen tai aineen haltuunoton, mutta siitä on ilmoitettava lääkärille. (Hämäläinen ym. 2017.) Potilaalla on oikeus saada henkilöntarkastuksessa häneltä haltuun otettu omaisuus takaisin, ellei laissa määritellä kyseisen esineen tai aineen kohdalla toisin (Mielenterveyslaki luku 4a). Potilasasiakirjoihin tulee aina laittaa merkintä haltuunotosta ja henkilöntarkastuksesta sekä niistä syistä, joiden vuoksi siihen on päädytty (Hämäläinen ym. 2017).

### **8.3 Liikkumisvapauden rajoittaminen**

Lääkäri päättää liikkumisvapauden rajoittamisesta kunkin potilaan kohdalla (Hämäläinen ym. 2017). Potilaan liikkumiskiellon voi rajata sairaalan alueen tai esimerkiksi ainoastaan hoitoyksikön tiloihin, jolloin potilas ei voi poistua osaston ovien ulkopuolelle lainkaan (Mielenterveyslaki luku 4a). Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan poistuessa luvatta sairaalasta hoitohenkilökunta tekee virka-apupyynnön poliisille potilaan noutamiseksi takaisin sairaalaan (Hämäläinen ym. 2017).

### **8.4 Kiinnittäminen**

Mielenterveyslain mukaan hoitohenkilökunta saa pitää kiinni uhkaavasti käyttäytyvästä potilaasta, mutta kiinnipito tulee lopettaa heti kun se ei ole enää välttämätöntä potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuuden kannalta (Mielenterveyslaki luku 4). Kiinnipidon yhteydessä tulee kiinnittää tarkkaan huomiota turvallisuuteen ja potilaan kivuttomuuteen. Kiinnittämällä voi saada suurta vahinkoa aikaan, mikäli sen tekee väärin ja sen vuoksi potilaan vointia onkin tarkkailtava koko kiinnipitotilanteen ajan. Riskinä kiinnipitotilanteessa voi olla esimerkiksi fyysiset vammat, kuten naarmut ja nyrjähdykset, hengityksen lamaantuminen tai vaikka oksennukseen tukehtuminen. Missään tilanteessa potilaan rintakehälle tai selän alueelle ei saa aiheuttaa painetta. Kiinnipitotilanteissa myös kaulan alueen otteet sekä kasvojen peittäminen ovat ehdottomasti kielletty. Kiinnipitotilanteissa

tulee huomioida myös potilaan mahdollinen päihtymys, raskaus, tarttuvat veritaudit ja perussairaudet, kuten epilepsia. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2019.)

### **8.5 Tahdonvastainen lääkitseminen**

Sellaisissa tilanteissa, joissa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoitamatta jättäminen vaarantaisi potilaan terveyttä tai asettaisi muita henkilöitä vaaraan, on hoitohenkilökunnalla oikeus antaa potilaalle lääkettä ilman potilaan suostumusta. Lääkäri määrää aina tahdonvastaisesta lääkityksestä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2019.)

## **9 Eristämismuodot**

Monet eri asiat voivat johtaa päätökseen siitä, että potilaan kohdalla aloitetaan leposide-eristys tai huone-eristys. Tällaisia syitä voi olla esimerkiksi potilaan uhkaava käytös, arvaamattomuus, aggressiivisuus, itsetuhoisuus, psykoottisuus, tai sekavuus. (Kinnunen 2013.) Rajoitustoimenpiteissä valitaan aina ensisijaisesti sellainen toimenpide, joka rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta vähiten. Toimenpiteiden tulee olla järkevässä suhteessa kunkin potilaan kohdalla tavoiteltavaan tulokseen. Toimenpiteissä edetään siis vähiten pakottavasta toimenpiteestä vähitellen kohti pakottavampaa toimenpidettä, mikäli lievemmät toimenpiteet eivät tuota tulosta. Mikäli koetaan, ettei lievemmät rajoituskeinot enää riitä, kunkin potilaan kohdalla pyritään valitsemaan mahdollisimman vähän rajoittava eristysmuoto. Mikäli kuitenkin rajoitustoimia lievemmät keinot koetaan riittäviksi, ei potilaalla saa rajoittavia toimenpiteitä käyttää lainkaan. (Makkonen ym. 2016.) Aina eristysmuodon valitseminen ei ole helppoa, sillä itse eristystilanteessa rauhallinen potilas voikin muuttua hetkessä aggressiiviseksi. Jokainen reagoi eristykseen eri lailla ja aina ei voi ennalta tietää sitä, ketä eristäminen rauhoittaa ja ketä taas puolestaan provosoi. (Kinnunen 2013.)

## 9.1 Huone-eristäminen

Huone-eristys tarkoittaa sitä, että potilas eristetään turvallisesti ympäristöksi suunniteltuun eristyshuoneeseen (Hämäläinen ym. 2017, 82). Mielenterveyslain mukaan potilas voidaan vastoin hänen tahtoaan eristää muista potilaista, 1) mikäli hän todennäköisesti uhkauksensa tai käyttäytymisensä perusteella vahingoittaisi itseään tai muita, 2) mikäli hän omalla toiminnallaan vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai vaikeuttaa vakavasti muiden potilaiden hoitoa, tai 3) jokin muu painava hoidollinen syy tekee eristämisestä välttämätöntä. Hoitava lääkäri tutkii potilaan tilan ja tekee sen perusteella päätöksen eristämisen aloittamisesta. Kiireellisessä tilanteessa, jossa lievemmat keinot eivät ole riittäviä, hoitohenkilökunta saa väliaikaisesti eristää potilaan, mutta asiasta tulee ilmoittaa välittömästi hoitavalle lääkärille. (Mielenterveysluku 4 a.)

Potilaan eristäminen on hallintakeino itselle tai toisille vaaraksi olevalle henkilölle. Aggressiivista vapaaehtoisesti psykiatrisessa hoidossa olevaa potilasta ei saa eristää, mutta hänet on poistettava osastolta (Hämäläinen ym. 2017, 81). Eristämishoito varmistaa potilaalle rauhallisen ja turvallisen ympäristön, jossa hänellä on mahdollisuus koostua sisäisesti säännöllisen ja välittömän kontaktin avulla (Hämäläinen ym. 2017, 81). Eristyshuoneen tulee olla potilaan kannalta mahdollisimman turvallinen. Esimerkiksi pehmustetuilla huonekaluilla voidaan tilasta luoda mahdollisimman vähän vahinkoa aiheuttava. Eristys ei ole rangaistus, vaan toimenpide, jolle on jokin selvä syy. Sen vuoksi eristyshuoneessakin tulisi olla potilaalle virikkeitä. Mahdollisuuksien mukaan potilaalle tulisi tarjota esimerkiksi televisio, radio tai luettavaa. Eristyksessä olevalla potilaalla on myös oikeus asianmukaiseen vaatetukseen, suihku- ja wc-käynteihin, ruokailuun eristyshuoneen ulkopuolella, sekä vuorovaikutukseen hoitajan tai omaisten kanssa. (Makkonen ym. 2016.)

Huone-eristetylle potilaalle nimitetään jokaiseen työvuoroon oma vastuuhoitaja. Alaikäinen eristetty potilas tarvitsee aina vierihoidajan, mutta täysi-ikäinen potilas voi jäädä eristyshuoneeseen yksin. Eristettyä potilasta tulee seurata 30 minuutin välein joko käymällä potilaan huoneessa tai esimerkiksi kameravalvonnan kautta.

Tärkeää on muistaa, että kameravalvonta ei missään tilanteessa kuitenkaan korvaa vastuuhoidajan käyntiä henkilökohtaisesti potilaan huoneessa. Potilasta tulee myös informoida kameravalvonnasta, mikäli sellaista käytetään. Huone-eristyksessä alaikäisen potilaan kohdalla huomioiden kirjaaminen tapahtuu 15 minuutin välein, täysi-ikäisen kohdalla 30 minuutin välein. (Siun Sote Työohje 2018.)

Tärkeää on muistaa, että potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde jatkuu niin eristyksen aikana, kuin sen jälkeenkin. Hoitajan tulee aktiivisesti pyrkiä etsimään yhdessä potilaan kanssa keinoja eristämisen lopettamiseen jo pian eristyksen alkamisen jälkeen. Eristys on myös purettava välittömästi, kun sen ei koeta olevan enää välttämätöntä. Lääkäri arvioi eristetyn tai sidotun potilaan tilan niin usein, kuin kunkin potilaan terveydentila sitä edellyttää ja tekee päätöksen eristyksen tai sitomisen jatkamisesta tai päättämisestä. Potilaalla on myös oikeus jälkipuolteen rajoitustoimenpiteen jälkeen. Tilanteessa, jossa potilas kieltäytyy jälkipuolteen, käy henkilökunta kuitenkin tilanteen keskenään läpi. Jälkipuolteen kirjataan aina myös potilasasiakirjoihin. (Makkonen ym. 2016.)

## **9.2 Leposide-eristäminen**

Leposide-eristys tarkoittaa sitä, että potilas sidotaan vöillä eristyshuoneessa olevaan sänkyyn (Hämäläinen ym. 2017, 82). Tällaisia liikkumista estäviä välineitä on erilaisia, mutta yksi yleisimmistä välineistä on raajasiteet. Yleensä lepositeet kiinnitetään potilaan ranteisiin, nilkkoihin ja keskivartaloon. (Haahtinen, Rustari & Saari 2017.) Psykiatrisessa hoidossa potilas voidaan sitoa ainoastaan silloin, jos hän todennäköisesti uhkauksensa tai käyttäytymisensä perusteella vahingoittaisi joko itseään tai muita, ja jos muut toimenpiteet kuten vierihoito, lääkitys, kiinnipitäminen tai eristäminen ole riittäviä. Asiakasta hoitava lääkäri suorittaa tutkimuksen ja sen perusteella päättää sitomisesta. Kiireellisissä tilanteissa tai tilanteissa, joissa sitominen on hoidollisista syistä välttämätöntä, hoitohenkilökunta saa väliaikaisesti sitoa potilaan. Ilman lääkärin päätöstä tehdystä sitomisesta tulee kuitenkin ilmoittaa lääkärille viipymättä. (Makkonen ym. 2016.)

Kun potilaan kohdalla on tehty eristämispäätös, on tärkeää, että potilaalle kerrotaan eristämiseen johtaneet syyt ja perustellaan päätös eristämisen tarpeellisuudesta. Joskus eristämispäätös joudutaan tekemään yllättäen esimerkiksi väkivaltatilanteen vuoksi, eikä hoitohenkilökunta ole välttämättä ehtinyt ennakoida eristämisen tarpeellisuutta. Mikäli mahdollista, tulisi eristämispäätöksen kertominen kuitenkin tehdä rauhallisessa tilassa ja potilaan intymiteettisuoja huomioiden. Jo kertomistilanteessa tulee olla paikalla useampi hoitaja, samoin kuin itse eristystiloihin siirtämisessäkin. (Kinnunen 2013.)

Siirtäminen eristystiloihin pyritään tekemään lähtökohtaisesti vuorovaikutuksen avulla. Kaikenlainen fyysinen kontakti siirtymistilanteessa pyritään välttämään ja siihen turvaututaan vain tilanteissa, joissa potilas voi olla vaaraksi muille läsnäolijoille tai itselleen. Eristystiloihin siirrettäessä potilaalle tehdään henkilöntarkastus, jolla varmistetaan, ettei hän kuljeta mukanaan esimerkiksi välineitä, joilla voi satuttaa itseään tai muita henkilöitä. Turvallisuussyistä potilas on pääsääntöisesti eristystiloissa sairaalanvaatteissa. Vielä eristystiloihin saattamisen jälkeen on tärkeää kerrata potilaan kanssa asioita, jotka ovat johtaneet eristämispäätökseen. Potilaalle tulee antaa kaikki informaatio eristämishoidosta. Potilaan tulee saada tietää, ettei eristäminen ole rangaistus vaan turvallisuussyistä tehty toimenpide. Potilaalle on myös kerrottava mahdollisesta kameravalvonnasta ja siitä, että henkilökunta on aina saatavilla. Jokaisella osastolla ja yksiköllä on omat ohjeensa potilaan saattamiseksi eristystiloihin. Joillakin osastoilla koetaan tarpeelliseksi, että turvallisuussyistä ainoastaan mieshoitajat osallistuvat siirtoon, kun taas muualla pyritään ottamaan tilanteeseen potilaalle ennestään tuttu hoitaja tai lääkäri sukupuolesta huolimatta. (Kinnunen 2013.) Leposide-eristyksen alkamisajankohta sekä siihen johtaneet syyt kirjataan aina sidotun henkilön sairauskertomustietoihin (Työohje: Eristämiskäytäntöjen ohje ja muistilista Siun Sote, 2018). Sidotun henkilön valvonta on aina jatkuvaa. Lepositeisiin kiinnitettäessä potilaalle määrätään vierihoitaja, joka huolehtii koko toimenpiteen ajan potilaan huolenpidon ja hoidon toteutumisesta. Sidotulla potilaalla on oikeus suihku- ja wc-käynteihin, ruokailuun ilman siteitä, sekä vuorovaikutukseen hoitajan tai omaisten kanssa. Siteitä tulee myös irrottaa raajoista mahdollisimman usein ja potilasta tulee kehottaa liikuttelemaan raajojaan veritulppariskin vuoksi. Lääkäri päättää mahdollisesta veritulppia ennaltaehkäisevästä lääkityksestä, Klexanesta.

(Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen, 2016.) Klexane estää veritulppien muodostumista ja estää jo olemassa olevien hyytymien suurenmista. Valmiste on esitäytetyssä ruiskussa ja se annetaan ihon alle pistoksena. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2018.)

Potilaan peruselintoimintoja on tarkkailtava koko leposidehoidon ajan. Rintakehälle tai vatsalle kohdistuva paine voi hankaloittaa hengittämistä ja aiheuttaa hapenpuutetta. Hapenpuute sekä esimerkiksi potilaan oksentaminen voi johtaa tukehtumiseen. Liian kireät lepositeet tai potilaan huono asento voivat heikentää verenkiertoa tai aiheuttaa nivelille liikaa venytystä. Potilaan tarkkailussa hoitajan tulee huomioida myös mahdolliset taustalla olevat sairaudet tai aiemmat vammat, jotka voivat vaikuttaa potilaan hyvinvointiin leposidehoidon aikana. (Haahtinen, Rustari & Saari 2017.) Sidotun potilaan kohdalla huomioiden kirjaaminen potilasasiakirjoihin tehdään 15 minuutin välein (Siun Sote Työohje 2018).

Vierihoidolla tarkoitetaan henkilökunnan jatkuvaa ja tiivistä läsnäoloa potilaan seurassa, jolloin potilas on jatkuvan valvonnan alla, eikä häntä jätetä hetkeksikään yksin. Hoitohenkilökunta saa päättää itse ilman lääkärinmääräystä vierihoidon toteutuksesta, kun sen katsotaan olevan tarpeellista potilaan voinnin kannalta. Esimerkiksi rauhattoman tai aggressiivisen potilaan häiritsevä käytös silloin, kun lääke ei ole tehonnut tai sen vaikutusta odotetaan, on peruste vierihoidolle. Hoitohenkilökunnan läsnäolo rauhoittaa niin potilaita kuin ilmapiiriäkin. Näin ollen vierihoidolla pystytään ennaltaehkäisemään ongelmatilanteita ja pakkotoimien käyttöä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Leposidehoito on lopetettava välittömästi, kun sen ei koeta olevan enää välttämätöntä ja esimerkiksi heti sen jälkeen, kun mahdollisesti potilaalle annettu lääke on aikaansaanut rauhoittavan vaikutuksen. Lääkäri arvioi sidotun potilaan tilan ja voinnin niin usein, kuin potilaan terveydentila sitä edellyttää ja tekee päätöksen eristyksen tai sitomisen jatkamisesta tai päättämisestä. (Makkonen ym. 2016.) Potilaalla on myös oikeus jälkipuintiin toimenpiteen jälkeen. On tärkeää, että tapahtuma käydään yhdessä hoitajan ja potilaan kanssa läpi ja että potilas tietää, miksi eristämishoitoa on hänen kohdallaan käytetty ja mihin sillä on pyritty. Potilaalla on myös oikeus kertoa kokemuksestaan ja tunteista joita se on herättänyt.

(Hämäläinen ym. 2017, 82.) Tilanteessa, jossa potilas kieltäytyy jälkipuinnista, käy henkilökunta kuitenkin tilanteen keskenään läpi. Potilaan kanssa käydyt jälkipuinnit kirjataan aina myös potilasasiakirjoihin. (Makkonen ym. 2016.)

Mikäli potilaan eristäminen on jatkunut yli 12 tuntia tai potilaan sitominen yli kahdeksan tuntia, on mielenterveyslain mukaan asiasta ilmoitettava viipymättä potilaan lailliselle edustajalle tai edunvalvojalle. Aluehallintavirastolle tulee toimittaa kahden viikon välein ilmoitus potilaiden sitomisesta ja eristämisestä. Ilmoituksen tulee sisältää potilaan tunnistetiedot, toimenpiteen tiedot, syy sekä sen lääkärin nimi, joka toimenpiteen on määrännyt. (Makkonen ym. 2016.) Aluehallintoviraston tulee pitää huoli siitä, että heille toimitetut potilaan tunnistetiedot hävitetään viimeistään kahden vuoden kuluttua niiden vastaanottamisesta (Mielenterveyslaki luku 4).

## **10 Potilaiden kokemuksia leposidehoidosta**

Pääsääntöisesti potilaat kokevat leposidehoidon kaikkein vähiten hyväksyttäväksi toimenpiteeksi (Journal of Advanced Nursing 2016). Sitominen tai eristäminen koetaan usein rangaistuksena, nöyryyttävänä kohteluna sekä pelottavaa kokemuksena (Lääkärilehti 2009). Monet voivat kokea, etteivät saa tarvitsemaansa huomiota eristyksen aikana ja että heitä kohdellaan epäoikeudenmukaisesti (Huipero & Koponen 2014).

Leposide-eristys voidaan kuitenkin kokea myös positiivisena kokemuksena. Leposide-eristetyn potilaan inhimillinen kohtelemine, asianmukainen informointi sekä esimerkiksi aktiviteetit hoidon aikana voi edesauttaa positiivisten tunteiden syntymistä. Kun potilaat kokevat tulevansa kohdelluksi inhimillisesti, he voivat herkemmin ymmärtää eristämisen syyn ja nähdä leposidehoidon positiivisten vaikutuksien kautta (Huipero & Koponen 2014).

## **11 Pohjois- Karjalan keskussairaalan osastot 25L ja 26L**

Pohjois-Karjalan keskussairaalan osastot 25L ja 26L sijaitsevat L2- talossa, kolmannessa kerroksessa. Osastoilla potilaat saavat olla joko omissa vaatteissaan tai vaihtoehtoisesti sairaalan vaatteissa. Turvasolu sijaitsee osastojen yhteydessä siten, että kummaltakin osastolta on pääsy turvasolun tiloihin.

Osastolla 25L hoidetaan pääsääntöisesti henkilöitä, jotka ovat elämässään joutuneet psyykkisiin kriisitilanteisiin, psyykkisesti sairaita päihdeongelmaisia henkilöitä, jotka tarvitsevat turvallisen hoitoympäristön sekä korvaus- ja vieroitus-hoidon aloittavia potilaita. Pääsääntöisesti aina osastolle tulevat tarvitsevat lääkärin lähetteen. Osastolla jokaiselle potilaalle tehdään yhdessä omahoitajan ja lääkärin kanssa hoitosuunnitelma. Pääsääntöisesti osastohoitoon kuuluu potilas-kohtainen lääkehoito, tarvittavia tutkimuksia sekä potilaan tilanteen selvittelyä ja keskusteluja hoitajan kanssa. Keskimääräisesti potilaiden hoitajakso osastolla kestää kaksi viikkoa, mutta voi vaihdella potilaskohtaisesti muutamasta päivästä useampaan kuukauteen. (Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2019.)

Osasto 26L on oikeuspsykiatrinen osasto. Myös osastolla 26L potilaan hoidon perustana on yksilöllinen hoitosuunnitelma. Moniammatilliseen työryhmään voi omahoitajan ja lääkärin lisäksi kuulua myös esimerkiksi psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Lääkehoidon lisäksi keskeisiä asioita potilaiden hoidossa ovat esimerkiksi psykoedukaatio, kognitiivinen psykoterapia, rentoutus sekä toiminnallinen- ja sosiaalinen kuntoutus. (Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2019.)

## **12 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä**

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa rajoitustoimenpiteistä ja erityisesti leposide-eristyksestä sekä niihin johtavista tekijöistä psykiatrisella osastolla.



Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opaslehtinen leposide-eristyksen toteuttamisesta hoitohenkilökunnalle, heidän ammatillisen osaamisen tueksi.

## **13 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat**

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Pohjois-Karjalan keskussairaalan osastot 25L ja 26L. Halusin tehdä opinnäytetyöni koskien psykiatrista hoitotyötä ja kysyin mahdollisia opinnäytetyön aiheita osastojen 25L:n ja 26L:n osastonhoitajalta. Pian kävi ilmi, että heillä on tarve oppaalle koskien leposide-eristystä. Alkuperäinen tarkoitus oli tehdä henkilökunnalle opasvideo leposideiden käytöstä, mutta koimme käytännöllisemmäksi tavaksi tehdä opaslehtisen, sillä se olisi helpommin saatavilla. Tapaamisessa suunnittelimme yhdessä toimeksiantajan kanssa opaslehtisen tarkoitusta ja sen mahdollista sisältöä. Pidimme prosessin aikana yhteyttä sähköpostilla sekä pidimme muutaman tapaamisen, jossa keskustelimme opinnäytetyön etenemisestä.

Hyvänä opinnäytetyön aiheena voidaan pitää sellaista aihetta, johon ajatus syntyy koulutuksen opinnoista ja aiheen avulla on mahdollisuus luoda uusia yhteyksiä työelämään tai puolestaan ylläpitää vanhoja suhteita esimerkiksi aiempien harjoittelupaikkojen kautta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16-18).

### **13.1 Toiminnallinen opinnäytetyö**

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulussa toteutettavaksi opinnäytetyöksi. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy jonkinlainen käytännön toiminta, kuten ohjeistaminen tai tapahtuman järjestäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön produktin toteutustapa voi olla kohderyhmästä riippuen esimerkiksi opas, kirja, näyttely tai esimerkiksi konferenssi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.) Oman opinnäytetyöni tein opaslehtisen muodossa, sillä se vastaa parhaiten toimeksiantajan toiveita.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä oleellista on löytää toimeksiantaja. Toimeksianto mahdollistaa itsensä kehittämisen ja omien kykyjen näyttämisen tulevaa työelämää varten. Sellaisen opinnäytetyön tekeminen, johon on saanut toimeksiantannon, lisää vastuuntuntoa, tiimityötaitoja sekä suunnitelmallisuutta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16-18.)

### **13.2 Kohderyhmä**

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheanalyysissä olennaista on kohderyhmän raja-  
aus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoite on tuottaa jonkinlainen tapahtuma, ohje tai tuote jollekin tietylle ryhmälle. Kohderyhmä voi määräytyä esimerkiksi koulutuksen, iän tai ammattiaseman mukaan. Ilman tarkkaan rajattua kohderyhmää on työn laajuutta hankala rajata. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38-40.)

Opinnäytetyössäni kohderyhmän raja-  
aus on selkeä. Kohderyhmänä toimii Pohjois-Karjalan keskussairaalan osastojen 25L ja 26L henkilökunta. Tuotos on laadittu suoraan toimeksiantajan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Opaslehtisen avulla työntekijöillä on konkreettinen väline kerrata unohtuneita asioita leposidehoitoon liittyen sekä ylläpitää ammatillista osaamista. Halutessaan työntekijät voivat palata opaslehtisen ääreen kertaamaan tietojaan ja taitojaan. Lehtinen soveltuu hyvin myös esimerkiksi opiskelijoiden perehdytykseen harjoittelun aikana.

### **13.3 Hyvä opaslehtinen**

Kirjalliset ohjeet ja -oppaat voivat olla kuinka pitkiä vain, yhden sivun mittaisesta ohjeesta pieneen kirjaan. Olennaisinta on määritellä ohjeen pituus ja laajuus kohderyhmän tarpeen mukaan. Kirjallinen opas on hyvä väline esimerkiksi suullisen ohjeistuksen lisäksi. Kirjalliseen tuotokseen on helppo palata aina silloin, kun sen kokee tarvittavaksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007,124.)

Tärkeää ohjeen laatimisessa on huomioida kohderyhmän tarpeet. Esimerkiksi potilasohje tulee kertoa selkeällä kielellä, siten, että potilas kykenee sen ymmärtämään. Hoitohenkilökunnalle suunnattu ohje puolestaan voi sisältää enemmän ammattisanoja. Hyvän oppaan tulee olla selkeä ja ytimekäs, jotta oleelliset asiat tulevat selkeästi esille. (Kyngäs ym. 2007,125.)

Selkeä opas kertoo mikä oppaan tarkoitus on ja kenelle se on suunnattu. Esimerkit ovat konkreettisia ja apuna voi käyttää esimerkiksi kuvia. Tekstissä kirjaintyyppi on selkeä ja fonttikoko tarpeeksi suuri. Helppolukuisuutta edesauttaa tekstin asettelun selkeys. Tekstiä on helpompi lukea, jos asioita on ryhmitelty esimerkiksi kaavioihin tai taulukoihin. (Kyngäs ym. 2007,125-126.)

#### **13.4 Tuotoksen suunnittelu**

Opinnäytetyöprosessin aloitin tekemällä tietoperustaa mahdollisimman pitkälle, jonka jälkeen on luontevaa lähteä kokoamaan tuotosta. Aluksi pohdin, millainen opaslehtinen on selkeä ja ymmärrettävä. Luin ohjeita hyvän opaslehtisen tekemiseen ja etsin valmiita opaslehtisiä tarkastelua varten. Opaslehtisiä tarkastellessa mietin mikä lehtisessä oli hyvää ja mitä tekisin itse toisin, jotta tuotoksesta voisi saada enemmän irti.

Opaslehtisen sisältöä varten kokosin asioita sisällysluetteloksi, jotta olisi helppompi hahmottaa, mitkä asiat ovat oleellisia lehtisessä ja mitkä puolestaan eivät ole olennaisia. Sisällön pohdinnan jälkeen sommittelin toteutuksen ulkoasua, etsien sellaista lopputulosta, jossa asiat tulisivat esille selkeästi ja ymmärrettävästi. Pian päätin, että haluavani jakaa eri osa-alueita selkeästi tekstilaatikoiden muodossa, sekä nostaa oleellisia asioita vielä erikseen esille.

### 13.5 Tuotoksen toteutus

Toimeksiannon saatua keskustelin toimeksiantajan kanssa tuotoksen sisältöön ja ulkoasuun liittyvistä toiveista ja päädyimme siihen tulokseen, että saan itse valita tuotoksen ulkoasun. Alusta saakka olimme yhtä mieltä siitä, mitä asioita tuotoksessa tulee käsitellä. Tuotoksen tulisi olla mahdollisimman selkeä ja tarvittavan tiivis, jottei opaslehtinen jäisi käyttämättä laajuuden takia.

Toimeksiantajani kysyi osastojen työntekijöiden joukosta vapaaehtoisia henkilöitä malliksi tuotoksen kuvia varten ja melko nopeasti löytyi vapaaehtoinen hoitaja. Oli haastavaa löytää sopivaa aikaa kuvien ottamiselle, sillä osastolla olevien potilaiden määrä ja henkilökunnan aikataulut vaikuttivat asiaan huomattavasti. Lopulta löysimme sopivan ajan ja kävin osaston turvasolussa ottamassa kahden vapaaehtoisen hoitajan avustuksella kuvat tuotosta varten.

Tuotoksen kansilehdellä on otsikko, josta käy selkeästi ilmi opaslehtisen tarkoitus ja kohderyhmä. Otsikon alla on Siun Soten logo ja alareunassa tekijän nimi. Opaslehtisen seuraava sivu on sisällysluettelo. Sisällysluettelon otsikot ovat: Lukijalle, Leposidehoito, Leposidehoitoon päätyminen, Eristämispäätös, Eristykseen siirtyminen, Kiihtynyt potilas, Hoito leposide-eristyksen aikana, Eristyksen päättäminen, Potilaan näkökulma, Tahdosta riippumaton hoito, Yhteystiedot, sekä Muistiinpanoja sinulle. Tuotoksen alussa kerron mikä opaslehtisen tarkoitus on ja kenelle se on suunnattu. Seuraavaksi tuotoksessa tulee ilmi mitä leposide-eristys tarkoittaa ja milloin sen käyttöön siirrytään. Tuotoksessa olen kuvannut eristämisen eri vaiheet eristämispäätöksestä eristämisen lopettamiseen saakka. Jokaisen vaiheen olen laittanut omiin tekstilaatikoihin tehdäkseeni asettelusta siten selkeän. Olen käyttänyt myös luetteloa ja muistikolmiota asioiden selkeään hahmottamiseen. Leposidehoidon toteutuksen olen kuvannut kuvien ja kuvatekstien kautta. Lopuksi olen vielä maininnut potilaan näkökulmasta ja leposidehoidon aiheuttamista tunteista potilaalle. Työn loppuun lisäsin vielä potilasasiamiehen, sekä sosiaaliasiamiehen yhteystiedot, sekä muutaman rivin tilaa omille muistiinpanoille ja huomioille.

### **13.6 Tuotoksen arviointi**

Opinnäytetyön aloittaminen tuntui aluksi hankalalta, mutta mitä enemmän sopivia lähteitä löysin, sitä helpommaksi se kävi. Aihe on kiinnostava, monipuolinen sekä minulle ennestään tuttu ja koin mukavaksi tavaksi tehdä opinnäytetyön yksin. Mitä enemmän luin aiheeseen liittyviä artikkeleita ja tutkimuksia, sitä enemmän halusin lukea lisää.

Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen opinnäytetyöprosessin lopputulokseen. Opinnäytetyön ohjaukset koin hyväksi ja niistä oli paljon apua, mikä helpotti aikataulussa pysymistä huomattavasti. Oli helpottavaa kuulla muiden mielipiteitä opinnäytetyön sisällöstä koko prosessin ajan. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin ja olimme alusta saakka yhteisymmärryksessä tuotokseen liittyvistä asioista. Toimeksiantaja oli tyytyväinen tuotokseen ja sain siitä paljon positiivista palautetta.

## **14 Pohdinta**

Pohdinta osuudessa tarkastelen tuotoksen valmistumisprosessia. Lisäksi tarkastelen tuotoksen luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttavia tekijöitä, joiden kautta arvioin lopputulosta. Tuon esille opinnäytetyöprosessin vaikutusta ammatilliseen kasvuuni sekä esitän myös jatkokehitysmahdollisuuksia tulevaisuutta varten.

### **14.1 Tuotoksen tarkastelu**

Opinnäytetyöprosessin aikana ei juurikaan tullut merkittäviä muutoksia alkuperäiseen suunnitelmaan nähden. Opinnäytetyön nimeä tarkensin siten, että se keskittyy nimenomaan leposidehoidon toteuttamisen psykiatrisella osastolla. Sain rajattua aihetta siten, että en käsittele ollenkaan asioita, joita tulee vastaan esimerkiksi leposidehoidon toteuttamisessa ikäihmisten hoidossa. Tekemäni tietoperusta oli alusta asti laaja ja vaarana oli, että olennaisin asia tietoperustassa jäisi

kaiken muun varjoon. Sen vuoksi pyrin keskittymään tietoperustassa eniten leposidehoitoon liittyviin seikkoihin ja käsittelin esimerkiksi muita rajoitustoimenpiteitä pinnallisemmin. Tarkoituksena oli karsia loppua kohden sellaisia asioita, jotka eivät olleet olennaisimpia. Kuitenkin koin haastavaksi lähteä karsimaan aiemmin kirjoittamaani tekstiä pois.

Opinnäytetyöprosessi ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa meni hyvin. Yhteys-henkilöni vaihtui kesken opinnäytetyöprosessin, mutta sillä ei ollut vaikutusta prosessin etenemiseen. Olimme koko prosessin ajan yhteisymmärryksessä tuotoksen sisältöön ja aikatauluun liittyvistä seikoista.

## 14.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön arviointikriteerejä ovat riippuvuus, siirrettävyys, uskottavuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen 2013). Olen tarkastellut luotettavuutta ja eettisyyttä näiden kriteerien pohjalta.

Riippuvuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että tutkimuksen tekijän täytyy olla tietoinen omista lähtökohdistaan. Tekijän tulee arvioida kuinka hän itse vaikuttaa prosessiinsa sekä kuvata lähtökohtiaan. (Kylmä & Juvakka 20017, 129.) Minulle leposidehoito aiheena on jo ennestään melko tuttu, sillä olen tehnyt työharjoittelun osastolla 25L ja näin ollen päässyt näkemään leposidehoidon toteutumista.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksessa saatujen tulosten siirrettävyys mahdollisuutta muihin samankaltaisiin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Hyvin pitkälti laki ohjaa leposidehoidon toteutusta, jonka vuoksi käytännöt ovat hyvin samankaltaiset koko maassa. Jokaisella yksiköllä voi olla omanlaisia tarkentavia ohjeita, mutta laissa määritetyt ohjeet pätevät kaikkialla. Opinnäytetyön tuotos on kohdistettu Siun Soten yksiköille, mutta on käyttökelpoinen muuallakin Suomen alueella.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksessa saatujen tulosten uskottavuutta sekä uskottavuuden osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän vastuulla on huolehtia siitä, ettei hän itse vaikuta tutkimuksen tuloksiin vaan tulokset todellisuudessa ovat tutkimukseen osallistuneiden näkemyksiä ja käsityksiä tutkittavasta kohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyöprosessini uskottavuutta lisää se, että olemme keskustelleet koko prosessin ajan toimeksiantajan kanssa kummankin osapuolen ajatuksista ja toiveista tuotoksen tiimoilta. Olen keskustellut säännöllisesti myös opinnäytetyön ohjaajien kanssa tuotoksen sisällöstä. Uskottavuutta lisää myös se, että olen prosessin aikana kysynyt ulkopuolisten henkilöiden mielipiteitä tuotoksen sisällöstä ja tiedon kattavuudesta.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä kirjaa tutkimusprosessia tarpeeksi kattavasti, jotta toinen tutkija kykenee seuraamaan prosessin kulkua. Apuna kirjaamisessa voi käyttää muistiinpanoja tai päiväkirjaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Pidin koko opinnäytetyöprosessin ajan pienimuotoista päiväkirjaa siitä, missä tahdissa olen edennyt tavoitteisiini nähden. Ennen jokaista opinnäytetyö palaveria suunnittelin, minkä verran minulla on tarkoitus edetä kutakin palaveria varten.

Opinnäytetyöni luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että olen käyttänyt melko vähän kansainvälisiä lähteitä. Niin leposideteiden käytön kuin eristämisenkin vertailu kansainvälisellä tasolla on hankalaa, sillä eristämiseen johtavien tilanteiden määrät ja eristämisen kesto vaihtelee todella paljon maittain ja alueittain. Hoitokulttuurit ovat myös erilaisia eri maissa ja luonnollisesti se näkyy myös pakkotoimien käytössä. (Lääkärilehti 2009.)

### **14.3 Opinnäytetyön eettisyys**

Kaiken tieteellisen toiminnan lähtökohtana on tutkimuksen eettisyys. Jo tutkimusaihetta valittaessa tutkija joutuu pohtimaan eettisiä kysymyksiä, sillä tutkimusaiheen vaikutuksia yhteiskuntaan tai tutkimukseen osallistuviin henkilöihin tulee miettiä. Tutkijan tehtävä on minimoida kaikki mahdolliset haitat ja riskit, joita tut-

kimus voi aiheuttaa. Vapaaehtoisuus ja itsemääräämisoikeus on kaikkien tutkimuksien lähtökohta. Osallistujilla tulee olla täysi vapaus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, tai omalta osaltaan keskeyttää tutkimus, mikäli se tuntuu heistä epämukavalta tai väärältä. Tutkija huolehtii myös tutkimuksen oikeudenmukaisuudesta. Jokaisen tutkimukseen osallistuvan tulee olla tasa-arvoisia, eikä ketään ei rajata tutkimuksen ulkopuolelle väärin perustein. Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla on myös oikeus säilyttää anonymiteetti. Kenelläkään ulkopuolisella ei tule olla pääsyä tutkimustietoihin tai saada selville tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyksiä tai vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 218-219.)

Plagioinnilla tarkoitetaan jonkun toisen valmiiksi kirjoittaman tekstin julkaisemista tai suoraa lainaamista ilman asianmukaista lähdeviitettä. Plagioinniksi lasketaan myös tutkimustulosten tekaiseminen tai väärentäminen mieluisammaksi. Tulokset tulee kuvata juuri sellaisina, kuin ne ilmenee, eikä negatiivisiakaan tuloksia saa kaunistella tai muuttaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 224-225.)

Opinnäytetyöni kohdalla haasteeksi ilmeni se, että suuri osa leposide-hoitoon vaikuttavista tekijöistä pohjautuu lakiin, ja näin ollen lähes kaikissa aiheesta kirjoitetuissa artikkeleissa tai tutkimuksissa sivutaan lakia. Tämä lisää riskiä siihen, että useista töistä löytyy samankaltaisuuksia. Alusta saakka olen kuitenkin merkinnyt lähdeviitteet huolellisesti. Kaikki opinnäytetyöhöni käyttämistä lähteistä perustuvat tutkittuun tietoon. Opinnäytetyöni tuotoksen kuvat on otettu itse ja kuvissa on käytetty mallina vapaaehtoista psykiatrisella osastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Missään vaiheessa ei ole ollut vaaraa potilaiden tai asiakkaiden itsemääräämisoikeuden tai anonymiteetin menettämisestä. Näin ollen myös kuvien tuottaminen tukee työn eettisyyttä.

#### **14.4 Ammatillinen kasvu**

Tiesin jo opinnäytetyön aihetta miettiessäni, että haluan tehdä toiminnallisen opinnäytetyön ja mieluiten psykiatriseen hoitotyöhön liittyen. Syksyllä 2017 laitoin Pohjois-Karjalan keskussairaalan osastojen 25L ja 26L osastonhoitajalle sähköpostia ilmaisten mielenkiintoni tehdä opinnäytetyötä osastolle. Osastonhoitajalta



löytyi sopiva aihe, jonka otin vastaan. Keväällä 2018 suunnitelma muuttui siten, että tarkoitukseni olikin tehdä opinnäytetyö parin kanssa ja kirjoitimme toimeksiantosopimuksen. Tarkoituksena oli aloittaa opinnäytetyön tekeminen viimeistään seuraavana syksynä. Syksyllä kuitenkin tilanne muuttui jälleen ja jäin yksin opinnäytetyöni aiheen kanssa. Olin saanut aiheen työlle jo ennen suunnitelmaa pari työstä, joten pidin vanhan aiheeni. Keväällä 2018 kirjoitimme toimeksiantajan kanssa uuden toimeksiantosopimuksen ja pääsin pikkuhiljaa työstämään aihe-suunnitelmaani. Aihe-suunnitelma hyväksyttiin pian ja pääsin työstämään tietopuustaa enemmän.

Käytin useita eri tietokantoja lähteiden etsimisessä. Eniten käytössä oli Cinahl, Finlex, Julkari, Lääkärilehti, Medic ja PubMed. Hakusanoina käytin sekä suomenkielisiä, että englanninkielisiä sanoja. Eniten käyttämiäni hakusanoja olivat leposidehoito, pakkokeinot, rajoitustoimenpiteet, tahdonvastainen hoito, psykiatrisen potilas, limb restraint treatment, coercive measures, involuntary treatment sekä psychiatric patient. Lähteenä käytin myös useita oppikirjoja sekä osastojen 25L ja 26L työohjetta leposidehoidosta

#### **14.5 Tuotoksen jatkokehitysmahdollisuudet**

Tuotoksena opaslehtinen leposidehoidosta on monikäyttöinen. Se soveltuu helposti työntekijöiden käyttöön silloin, kun he haluavat varmistaa jonkin unohtuneen asian tai muuten vain kerrata tietämäänsä. Opaslehtinen sopii myös uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden perehdytykseen.

Jatkokehitysmahdollisuutena olisi hyvä tehdä vastaavanlainen opas aggressiivisen tai kiihtyneen potilaan kohtaamisesta. Psykiatrisella osastolla voi tulla tilanteita, joissa potilaat käyttäytyvät aggressiivisesti tai hyökkäävästi. Opaslehtinen voisi sisältää tietoa uhkaavien tilanteiden ennakoimisesta, aggressiivisen potilaan kohtaamisesta sekä AVEKKI otteiden käyttämisestä.

## Lähteet

- Avekki- toimintatapamalli, oppilaan käsikirja. Savonia ammattikorkeakoulu.  
[https://www.ely-keskus.fi/documents/10191/492058/AVEKKI-toimintatapamalli\\_Oppilaan\\_kasikirja.pdf/b1cb4133-f331-4191-8bc9-3746072c4512](https://www.ely-keskus.fi/documents/10191/492058/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf/b1cb4133-f331-4191-8bc9-3746072c4512). 28.9.2019.
- 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. 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. 2017.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436925/pdf/Bookshelf\\_NBK436925.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436925/pdf/Bookshelf_NBK436925.pdf) 7.10.2019.
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., Othman, S. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6673758/>. 10.10.2019.
- Ennakoi väkivaltaa töissä. Savonia ammattikorkeakoulu. <http://ennakoivakivaltaa.savonia.fi/tiedostot/Ennakoi%20vakivaltaa.pdf>. 28.9.2019
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S., Brophy, L. Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units In Victoria Australia: Staff Perspectives. Us National Library of Medicine National Institutes of Health. 2019.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635577/>. 7.10.2019.
- Goldberg, J. Psychosis and Psychosis Episodes. WebMD Medical Reference. 2019. <https://www.webmd.com/schizophrenia/guide/what-is-psychosis#2>. 8.10.2019.
- Haahtinen, S., Rustari, S., Saari, R. 2017. Potilasturvallisuus psykiatrisen potilaan eristämisessä. Turun ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajakoulu. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131466/Haahtinen\\_Sari\\_Rustari\\_Sami\\_Saari\\_Riku.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131466/Haahtinen_Sari_Rustari_Sami_Saari_Riku.pdf?sequence=1&isAllowed=y) 12.11.2019.
- Henriksson, M. & Hietanen, S. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Terveysportti. <https://www.terveysportti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo92766.pdf>. 3.9.2019.
- Huipero, S., Koponen, K. 2014. Potilaan oikeudet ja niiden rajoittaminen. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81516/Huipero\\_Sini\\_Koponen\\_Kaisamari.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81516/Huipero_Sini_Koponen_Kaisamari.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Huttunen, M. Juoppohulluus. Terveyskirjasto. 2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00376&p\\_haku=Juoppohulluus](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00376&p_haku=Juoppohulluus). 5.10.2019.
- Huttunen, M. 2017. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00025&p\\_teos=lam](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00025&p_teos=lam). 3.9.2019.
- Huttunen, M. Psykoosi. Terveyskirjasto. 2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00411&p\\_haku=Psykoosi%20\(mielisairaus\)](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_haku=Psykoosi%20(mielisairaus)). 6.10.2019.
- Huttunen, M. 2018. Päihde- ja huumeriippuvuus. Terveyskirjasto. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00414&p\\_hakusana=p%C3%A4ihderiippuvuus](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414&p_hakusana=p%C3%A4ihderiippuvuus). 5.9.2019.
- Huttunen, M. Sekavuustila (delirium). Terveyskirjasto. 2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357&p\\_haku=Sekavuustila%20\(delirium\)](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357&p_haku=Sekavuustila%20(delirium)). 5.10.2019.
- Hyvärinen, R. Millainen on toimiva opaslehtinen? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. 2005. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>. 10.10.2019.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen terveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18, 72-78. 22.8.2019.
- Järvelin, J., Kääriäinen, S., Passoja, S. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2017. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33\\_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y). 10.10.2019.
- Kaltiala-Heino, R. Pakkotoimia psykiatrisen hoidon aikana voi vähentää. Lääkärilehti. 2009. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/pakkotoimia-psykiatrisen-hoidon-aikana-voi-vahentaa/>. 10.11.2019
- Kinnunen, M. Huone-eristyspotilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. 2013. Itä-Suomen yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130999/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130999.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf). 27.10.2019.
- Komulainen, J. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. <https://thl.fi/documents/10531/124365/Opas%202012%202017.pdf>. 4.10.2019.
- Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/18/duo96004>. 19.8.2019.
- Kuosmanen, L. Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. <https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Tahdosta+riippumaton+hoito+ja+potilaan+oikeudet/357ee9cd-4678-c9d0-c8e2-d60043cfa473> 11.10.2019.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki. 124-126. 28.11.2019.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 23.8.2019.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN\\_ISBN\\_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 19.8.2019.

- Mielen hyvinvoinnin edistäminen oppilaitoksissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys/mielen-hyvinvoinnin-edistaminen-oppilaitoksissa>. 24.8.2019.
- Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>. 6.9.2019.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1>. 23.8.2019.
- Mielenterveyden edistäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>. 6.9.2019.
- Mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. 4.10.2019
- Mitä on aggressio? Mielenterveystalo. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/aggression\\_tunteen\\_omahoito/Pages/mita\\_on\\_aggressio.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/aggression_tunteen_omahoito/Pages/mita_on_aggressio.aspx). 27.9.2019.
- Moring, J., Bergman, V., Nordling, E., Markkula, J., Partanen, A. & Soikkeli, M. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114817/URN\\_ISBN\\_978-952-245-907-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114817/URN_ISBN_978-952-245-907-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 6.9.2019.
- Osasto 25L. Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. <http://www.pkssk.fi/osasto-25l>. 12.10.2019.
- Osasto 26L. Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. <http://www.pkssk.fi/osasto-26l>. 12.10.2019.
- Pakkausseloste Klexane. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2018. <https://spc.fimea.fi/indox/nam/html/nam/humpil/6/237986.pdf>. 20.11.2019.
- Pettit, S., Bowers, L., Tullock, A., Cullen, A., Moylan, L., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., Stewart, D. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*. 2016. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13197>. 8.10.2019.
- Potilaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>. 7.9.2019.
- Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. 5.9.2019.
- Rikoslaki. 19.12.1889/39. Finlex. 2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L4>. 11.11.2019.
- Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Finlex. 2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. 30.10.2019.
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Finlex. 2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>. 6.9.2019.
- Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen lupa- ja valvontavirasto. 2013. [https://www.soite.fi/media/document/Tahdosta\\_riippumaton%20hoito\\_Valvira%202013.pdf](https://www.soite.fi/media/document/Tahdosta_riippumaton%20hoito_Valvira%202013.pdf). 6.9.2019.
- Työohje: Eristämiskäytäntöjen ohje ja muistilista. Siun Sote. 2018. 27.10.2019

- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Finlex. 2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. 11.11.2019.
- Vilkka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Helsinki. 9-160.11.2019.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M., & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki. Fioca. 15-16, 105. 20.9.2019.
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantus, T. Terveysportti. 2017. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13731.pdf>. 6.9.2019.

Opaslehtinen

Leposidehoidon toteutus psykiatrisella  
osastolla

- Opas henkilökunnalle



Tekijä: Iina Tuononen  
Karelia ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö 2019

## Sisältö

1. Lukijalle
2. Leposidehoito
3. Leposidehoitoon päätyminen
4. Tahdosta riippumaton hoito
5. Eristämisspätös
6. Eristykseen siirtäminen
7. Kiihtynyt potilas
8. Lepositeiden kiinnittäminen
9. Hoito leposide-eristyksen aikana
10. Eristyksen päättäminen
11. Potilaan näkökulma
12. Tahdosta riippumaton hoito
13. Yhteystiedot
14. Muistiinpanoja Sinulle

---

## LUKIJALLE:

---

Tämä opaslehtinen kertoo lyhyesti oleelliset asiat, jotka Sinun, hoitotyön ammattilaisena tulee tietää leposidehoidosta ja sen toteutuksesta. Tämän opaslehtisen tarkoitus on olla ammatillisen osaamisen tukena leposidehoidon oikeaoppisessa toteutuksessa ja palauttaa mieleen tärkeimmät huomioitavat asiat.





## LEPOSIDEHOITO

Leposide-eristyksessä potilas sidotaan vöillä eristyshuoneessa olevaan sänkyyn. Leposidehoito ei ole missään tapauksessa rangaistus potilaalle, vaan se on suojele- ja hallintakeino silloin kun potilas on vaaraksi itselleen tai muille. Mielenterveyslain mukaan psykiatrisessa hoidossa oleva potilas voidaan sitoa ainoastaan silloin, **jos hän todennäköisesti uhkauksensa tai käyttäytymisensä perusteella vahingoittaisi joko itseään tai muita, ja jos muut toimenpiteet kuten vierihoito, lääkitys, kiinnipitäminen tai eristäminen eivät ole riittäviä.**

Ainoastaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan voi laittaa leposide-eristykseen. Jokaisen potilaan kohdalla tulee myös ensisijaisesti valita sellainen toimenpide, joka rajoittaa mahdollisimman vähän potilaan itsemääräämiskykyä. Toimenpiteiden tulee olla järkevässä suhteessa kunkin potilaan kohdalla tavoiteltavaan tulokseen. Toimenpiteissä edetään siis vähiten pakottavasta toimenpiteestä vähitellen kohti pakottavampaa toimenpidettä, mikäli lievemmät toimenpiteet eivät tuota tulosta. Leposide-eristys ei siis koskaan ole ensisijainen toimenpide.

### Leposidehoitoon päätyminen

Monet eri asiat voivat johtaa päätökseen siitä, että potilaan kohdalla aloitetaan leposide-eristys. Jokaisen potilaan kohdalla tehdään yksilöllinen päätös siitä, onko leposide-eristys tarpeellinen.

Syitä leposidehoidon aloittamiseen voi olla esimerkiksi:

- potilaan uhkaava käytös
- arvaamattomuus
- aggressiivisuus
- itsetuhoisuus
- psykoottisuus
- sekavuus



Leposidehoito ei ole missään tapauksessa rangaistus potilaalle,  
vaan se on suojele- ja hallintakeino silloin,  
kun potilas on vaaraksi itselleen ja muille



## Eristämispäätös

Päätöksen leposidehoidosta tekee lääkäri. Kuitenkin kiireellisissä tilanteissa, joissa sitominen on hoidollisista syistä välttämätöntä, hoitohenkilökunta saa väliaikaisesti sitoa potilaan. Ilman lääkärin päätöstä tehdystä sitomisesta tulee kuitenkin ilmoittaa lääkärille viipymättä. Heti leposide-eristyksen aloittamisen jälkeen hoitohenkilökunta kirjaa eristyksen aloittamisen ja siihen johtaneet syyt potilaan sairaskertomustietoihin.

Joskus eristämispäätös joudutaan tekemään yllättäen esimerkiksi väkivaltatilanteen vuoksi, eikä hoitohenkilökunta ole välttämättä ehtinyt ennakoida eristämisen tarpeellisuutta. Mikäli mahdollista, tulisi eristämispäätöksen kertominen kuitenkin tehdä rauhallisessa tilassa ja potilaan intymiteettisuoja huomioiden. Kun potilaan kohdalla on tehty eristämispäätös, on tärkeää, että potilaalle kerrotaan eristämiseen johtaneet syyt ja perustellaan päätös eristämisen tarpeellisuudesta. Jo kertomistilanteessa tulee olla paikalla useampi hoitaja, samoin kuin itse eristystiloihin siirtämisessäkin.

## Eristykseen siirtäminen

Siirtäminen eristystiloihin pyritään tekemään lähtökohdaisesti vuorovaikutuksen avulla. Kaikenlainen fyysinen kontakti siirtymistilanteessa pyritään välttämään ja siihen turvaudutaan vain tilanteissa, joissa potilas voi olla vaaraksi muille läsnäolijoille tai itselleen.

Eristystiloihin siirrettäessä potilaalle tehdään henkilöntarkastus, jolla varmistetaan, ettei hän kuljeta mukanaan esimerkiksi välineitä, joilla voi satuttaa itseään tai muita henkilöitä. Turvallisuussyistä potilas on pääsääntöisesti eristystiloissa sairaalanvaatteissa. Vielä eristystiloihin saattamisen jälkeen on tärkeää kerrata potilaan kanssa asioita, jotka ovat johtaneet eristämispäätökseen. Potilaalle tulee antaa kaikki tarvitsemansa informaatio eristämishoidosta. Potilaan tulee myös saada tietää, ettei eristäminen ole rangaistus vaan turvallisuussyistä tehty toimenpide. Potilasta tulee myös informoida mahdollisesta kameravalvonnasta ja siitä, että henkilökunta on aina saatavilla.

Jokaisella osastolla ja yksiköllä on omat ohjeensa potilaan saattamiseksi eristystiloihin. Joillakin osastoilla koetaan tarpeelliseksi, että turvallisuussyistä ainoastaan mieshoitajat osallistuvat siirtoon, kun taas muualla pyritään ottamaan tilanteeseen potilaalle ennestään tuttu hoitaja tai lääkäri sukupuolesta riippumatta.

Eristyksen aloittamisen ajankohta ja siihen johtaneet syyt kirjataan potilaan sairaskertomustietoihin.

## Kiihtynyt potilas

Joskus potilas voi olla kiihtynyt tai aggressiivinen eristyshuoneeseen siirron yhteydessä. Tärkeää on pystyä ennakoimaan uhkatilanteita ja pystyä toimimaan kiihtyneen potilaan kanssa.

---

### *Kiihtyneen potilaan kohtaamisessa*

#### MUISTA:

---

- Pysy rauhallisena
- Älä provosoi tai provosoidu
- Keskustele rauhalliseen sävyyn
- Ole kiinnostunut
- Pidä riittävä etäisyys
- Älä käännä selkää kiihtyneelle
- Vältä äkkinäisiä liikkeitä
- Kerro mitä aiot tehdä
- Kerro työyhteisön jäsenille, jos menet mahdollisesti kiihtyvän potilaan kanssa suljettuun tilaan

## Lepositeiden kiinnittäminen

Pääsääntöisesti lepositeet kiinnitetään keskivartaloon, ranteisiin ja nilkkoihin. Lepositeet ovat säädettävät, joten jokaisen potilaan kohdalla kireys tulee säätää erikseen potilaan koon mukaan. Siteet eivät koskaan saa olla niin kireällä, että verenkierto heikentyy, mutta potilaan ei tulisi myöskään saada irrotettua rajojaan voistä itse.



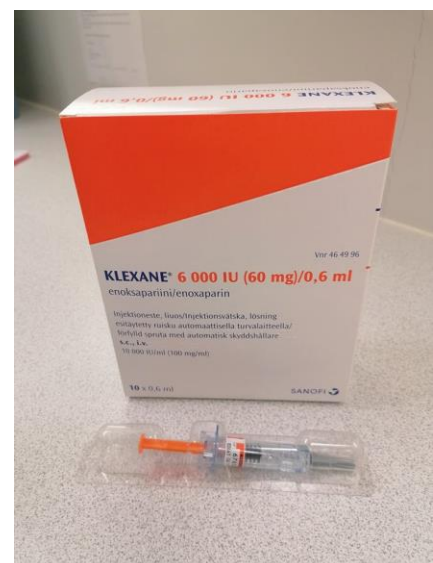
Ruokailun ajaksi sängyn pääty nostetaan ylös ja potilaan kädet vapautetaan lepositeistä ruokailua varten. Sängyn päädyn korkeutta muutetaan potilaan toiveen mukaan myös esimerkiksi potilaan katsoessa tv:tä.



Leposidehoito lisää veritulpan riskiä ja huono asento puolestaan voi heikentää verenkiertoa. Sen vuoksi potilaan tulee päästä vaihtamaan asentoa niin usein, kuin tarvitsee. Potilaalta voidaan irrottaa siteet joko ranteista tai nilkoista, jotta raajoilla on mahdollisuus liikkua. Vaihtoehtoisesti siteet voidaan irrottaa vain toiselta puolelta, jolloin potilas pääsee kääntymään kyljelleen. Hoitajan tulee kehottaa potilasta liikuttelevaan raajoihin aktiivisesti ja kysyä mahdollista toivetta asennon vaihtamiseen.



Lääkäri päättää mahdollisesta veritulppia ennaltaehkäisevästä lääkityksestä, Klexanesta. Klexane estää veritulppien muodostumista ja estää jo olemassa olevien hyytymien suurenemista. Valmiste on esitäytetyssä ruiskussa ja se annetaan ihon alle pistoksena.





## Hoito leposide-eristyksen aikana

Lepositeissä olevalla potilaalla on aina vierihoitaja, joka huolehtii potilaan hoidosta koko vuoron ajan. Huomiot sidotusta potilaasta kirjataan 15 minuutin välein potilasasiakirjoihin.

Vierihoitajan tulee tarkkailla sidotun potilaan peruselintoimintoja koko eristyksen ajan. Potilaan tarkkailussa hoitajan tulee huomioida myös mahdolliset taustalla olevat sairaudet tai aiemmat vammat, jotka voivat vaikuttaa potilaan hyvinvointiin leposidehoidon aikana

Rintakehälle tai vatsalle kohdistuva paine voi hankaloittaa hengittämistä ja aiheuttaa hapenpuutetta

Hapenpuute sekä esimerkiksi potilaan oksentaminen voi johtaa tukehtumiseen

Liian kireät lepositeet tai potilaan huono asento voivat heikentää verenkiertoa tai aiheuttaa nivelille liikaa venytystä.

## Eristyksen päättäminen

Potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde jatkuu niin eristyksen aikana, kuin sen jälkeenkin. Hoitajan tulee aktiivisesti pyrkiä etsimään yhdessä potilaan kanssa keinoja eristämisen lopettamiseen jo pian eristyksen alkamisen jälkeen.

Eristys on myös purettava välittömästi, kun sen ei koeta olevan enää välttämätöntä. Lääkäri arvioi eristetyn tai sidotun potilaan tilan niin usein, kuin kunkin potilaan terveydentila sitä edellyttää ja tekee päätöksen eristyksen tai sitomisen jatkamisesta tai päättämisestä.

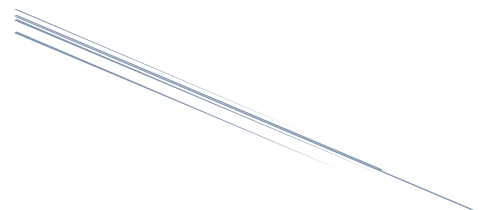
Potilaalla on myös oikeus jälkipuintiin rajoitustoimenpiteen jälkeen. Tilanteessa, jossa potilas kieltäytyy jälkipuinnista, käy henkilökunta kuitenkin tilanteen keskenään läpi. Jälkipuinnit kirjataan aina myös potilasasiakirjoihin.

Mikäli potilaan sitominen on jatkunut yli kahdeksan tuntia, on mielenterveyslain mukaan asiasta ilmoitettava viipymättä potilaan lailliselle edustajalle tai edunvalvojalle. Aluehallintavirastolle tulee toimittaa kahden viikon välein ilmoitus potilaiden sitomisesta ja eristämisestä. Ilmoituksen tulee sisältää potilaan tunnistetiedot, toimenpiteen tiedot, syy sekä sen lääkärin nimi, joka toimenpiteen on määrännyt.

## Potilaan näkökulma

Leposide-eristys voi olla potilaalle ahdistava, pelottava ja nöyryyttävä kokemus ja pahimmassa tapauksessa se voi aiheuttaa potilaalle vihaa, katkeruutta tai pelkoa, niin hoidon aikana, kuin sen jälkeenkin.

Potilas voi kokea leposidehoidon hoitajan vallankäytön välineenä ja se voi aiheuttaa epäluottamusta hoitosuhteessa. Hoitaja voi kuitenkin omalla toiminnallaan helpottaa ja ehkäistä näitä tunteita.



## Tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa sitä, että mikäli lain nojalla katsotaan tarpeelliseksi, **potilasta voidaan hoitaa psykiatrisessa sairaalassa ilman hänen suostumustaan.**

Potilas voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan, jotta voidaan selvittää täyttyvätkö edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lääkäri tekee päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määrittämisestä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyä potilasta voidaan pitää hoidossa enintään kolme kuukautta, jonka jälkeen tilanne tulee arvioida uudelleen.

Potilaalla on myös oikeus saada tietoa hoitoaan koskevista asioista ja osallistua omien asioidensa käsittelyyn sekä tutustua itseään koskeviin potilasasiakirjoihin.

---

## MIELENTERVEYSLAIN MUKAAN HENKILÖ VOIDAAN MÄÄRÄTÄ TAHDOSTA RIIPPUMATTOMAAN PSYKIATRISEEN SAIRAALAHOITON

### JOS:

---

- Todetaan hänen olevan mielisairas
- Jos hän mielisairautensa vuoksi tarvitsee hoitoa siten, että hänen hoitoonsa toimittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti hänen omaa tai toisen henkilön terveyttä ja turvallisuutta tai pahentaisi hänen mielisairautaan
- Jos mitkään muut mahdolliset mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai eivät sovellu käytettäväksi henkilön kohdalla




---

Potilaalla on aina oikeus hyvään hoitoon, vaikka hän tilanteensa vuoksi vastustaisi hoitoa, tai ei ymmärrä hoidon tärkeyttä ja hyötyä

---





---

## YHTEYSTIEDOT

---

Potilasasiamies

Lea Kilpeläinen

Puh. 013 330 8261

Ma-pe klo 9-14

lea.kilpelainen(at)siunsote.fi

Sosiaali- ja potilasasiamies

Harri Suhonen

Puh. 013 330 8265

Ma-to klo 9-11.30

harri.suhonen(at)siunsote.fi

## Muistiinpanoja Sinulle

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

