



FYYSINEN VAPAUDEN RAJOITTAMINEN SOMAATTISESSA HOIDOSSA

Anni Kivioja
Melisa Lindström

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KIVIOJA ANNI & LINDSTRÖM MELISA:
Fyysinen vapauden rajoittaminen somaattisessa hoidossa

Opinnäytetyö, 56 s., liitteet 9 s.
Lokakuu 2011

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin fyysisen vapauden rajoittamisen keinoja sekä niiden syitä somaattisilla vuodeosastoilla. Lisäksi selvitettiin vapauden rajoittamiseen liittyvää päätöksentekoa ja eettistä näkökulmaa. Tavoitteena oli luoda kokonaiskuva fyysisestä vapauden rajoittamisesta somaattisella vuodeosastolla siten, että se hyödyttäisi vuodeosastojen henkilökuntaa ja olisi avuksi eettisen ajattelun ja toimintatapojen kehittämisessä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 30 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kirurgisten osastojen hoitajaa. Kyselylomake oli puolistrukturoitu, jossa oli muutamia avoimia kysymyksiä lisäselvitystä antamaan. Aineisto analysoitiin SPSS -ohjelmalla ja sisällönanalyysillä, ja tuloksista saadut havainnollistavat kuvat tehtiin Excel-ohjelmalla.

Opinnäytetyömme tuloksien mukaan suurin osa hoitajista tuntee fyysiseen vapauden rajoittamiseen liittyvät lait ja ohjeet. Lääkäri tekee päätöksen rajoittamisesta, jonka hoitajat toteuttavat - tämä päätös saattaa kuitenkin tulla viiveellä. Hoitajien mukaan rajoittaminen pystytään toteuttamaan pääosin turvallisesti. Rajoitettavien potilaiden kanssa keskustellaan tuloksien mukaan hyvin, mikä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Puolet hoitajista oli sitä mieltä, että fyysinen vapauden rajoittaminen loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta samalla lähes kaikki olivat sitä mieltä, että rajoittaminen on kuitenkin hyväksyttävää, koska se suojelee potilaiden ja henkilökunnan turvallisuutta.

Somaattisessa hoidossa tapahtuu melko paljon fyysistä vapauden rajoittamista, mutta rajoittamistilanteita voisi vielä kehittää. Hoitajat itse ovat toivoneet lisää koulutusta rajoitustilanteisiin sekä selkeitä ja tarkkoja ohjeita, miten näitä tilanteita toteutetaan. Vain 40 % osastojen hoitajista kirjaa aina rajoitustoimenpiteistä ja myös kirjaamista tulisikin kehittää ja sen tulisi olla systemaattista.

Asiasanat: Vapauden rajoittaminen, itsemääräämisoikeus, turvallisuus.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

Kivioja, Anni & Lindström, Melisa:
Physical Restraining of Patients in Somatic Care

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 9 pages
October 2011

The aim of this study was to determine a general view on the physical restraining of patients in somatic care, the restraining methods used, and how the restraining should be organized so it would help the nursing staff most in their work and support their ethical thinking. The purpose of this thesis was to obtain an understanding on the physical restraining methods currently in use in somatic care, and the reasoning behind them. Another aim was to clarify the decision-making processes and ethical considerations that go with the subject.

The study was quantitative in nature and the data were collected via a questionnaire. The sample consisted of the surgical nursing staff in the Pirkanmaa hospital district. The data were analysed using statistical methods and quantitative content analysis.

The respondents' view was that, in the inspected wards, the most commonly used means of restriction were different kinds of restraints, for example limb restraints. By protocol, the doctor should always make the decisions regarding physical restriction, but in reality this cannot always be the case, as it is often unexpectedly required. 50% of the nurses felt that restraining a person's freedom hinders their autonomy as patients, but at the same time nearly all (96.7%) of them deemed it acceptable, when it ensures that the patients will not hurt themselves or others.

Key words: Physical Restraining, Autonomy, Safety.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Mitä on fyysinen vapauden rajoittaminen.....	7
3.2 Syyt fyysiseen vapauden rajoittamiseen	8
3.2.1 Turvallisuuden vaarantuminen	9
3.2.2 Sekava potilas turvallisuuden vaarantajana	11
3.3 Vapauden rajoittamista säätelevät lait ja ohjeet.....	14
3.3.1 Vapauden rajoittamista oikeuttavat lait ja ohjeet	14
3.3.2 Potilaan itsemääräämisoikeus ja eettiset ohjeet	15
3.4 Päätöksenteko ja keinot hoitotyössä.....	18
3.4.1 Päätöksenteko	18
3.4.2 Rajoittamiseen käytettävät keinot	19
3.4.3 Hoitotyö ja vapauden rajoittaminen	20
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1 Kvantitatiivinen menetelmä	25
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä	26
5 TULOKSET	28
5.1 Fyysinen rajoittaminen	28
5.2 Turvallisuus.....	30
5.3 Rajoittamisen päätöksenteko.....	31
5.4 Itsemääräämisoikeuden loukkaaminen.....	32
6 POHDINTA	34
6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet	34
6.2 Luotettavuus ja eettiset kysymykset	39
6.3 Yhteenveto.....	40
LÄHTEET	43
LIITTEET	48

1 JOHDANTO

Hoitotyön eettisenä periaatteena on hyvän tekeminen. Se merkitsee hoitotyöntekijöiden velvollisuutta tehdä hyvää ja välttää pahaa, velvollisuutta hoitaa ja suojella potilaita, sekä velvollisuutta puolustaa potilaiden oikeuksia. Itsemääräämisoikeus on yksi potilaiden perusoikeuksista. Joskus kuitenkin sen kunnioittamisessa täytyy tehdä poikkeus, jotta hoitotyöntekijöillä olisi mahdollisuus toimia muiden eettisten periaatteiden mukaisesti. (Rosqvist 2003, 19–20, 43) Näiden poikkeustilanteiden aikana potilasta täytyy usein hoitaa hänen tahtonsa vastaisesti, rajoittamiskeinoja käyttäen. Näihin keinoihin kuuluu henkinen, fyysinen ja lääkkeellinen rajoittaminen. (Tuohimäki 2007, 21–22) Lainsäädännön ohella vapauden rajoittamista ohjaa hoitotyön ammattietiikka ja ammattikäytännöt (Koivuranta 2002).

Fyysinen vapauden rajoittaminen on paljon esillä psykiatrisella puolella, mutta somaattisessa hoidossa se on usein vaiettu asia. Fyysisiä rajoitteita käytetään kaikessa hiljaisuudessa, eikä niitä aina edes mielletä vapauden rajoittamiseksi. Syitä fyysiseen rajoittamiseen on monia, mutta kenen etua lopulta ajetaan ja liittyykö siihen eettisiä ristiriitoja. Aiheesta ei ole olemassa juurikaan suomenkielisiä tutkimuksia tai tilastotietoja, eikä lakia fyysisestä rajoittamisesta nimenomaan vapaaehtoisessa somaattisessa hoidossa ole. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Etene, onkin esittänyt, että itsemääräämisen rajoitteista säädettäisiin erillislaissa siten, että säädökset kirjattaisiin tarpeeksi yleisellä tasolla. Lain tulisi käsitellä esimerkiksi suoja- ja rajoitustoimenpiteiden ehkäisemistä sekä sallittuja suoja- ja rajoitustoimenpiteitä vapaaehtoisessa hoidossa. Perustavoite olisi näiden toimenpiteiden vähentäminen, mutta turvallisuuden kannalta välttämättömien toimien salliminen. (Etene 2009)

Tässä opinnäytetyössämme käsittelemme laajasta vapauden rajoittamisen kokonaisuudesta fyysistä, suoraan tapahtuvaa vapauden rajoittamista aikuisten somaattisessa hoidossa. Aiheen työellemme saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä, ja tutkimuksen toteutamme kyselylomakkein useammalla osastolla samanaikaisesti. Olimme kiinnostuneita tarttumaan työhön, koska aihetta on tutkittu vähän, ja meitä kiinnostaa sen eettinen näkökulma.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa fyysisen vapauden rajoittamisen keinoja ja niiden syitä somaattisilla vuodeosastoilla. Selvitämme myös vapauden rajoittamiseen liittyvää päätöksentekoa ja eettistä näkökulmaa.

Opinnäytetyömme tehtävät ovat:

Mitä on fyysinen vapauden rajoittaminen?

Miksi fyysistä vapauden rajoittamista käytetään?

Kuka tekee päätöksen fyysisestä vapauden rajoittamisesta?

Mitä keinoja hoitajat käyttävät fyysiseen vapauden rajoittamiseen?

Miten fyysinen vapauden rajoittaminen rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta?

Tavoitteenamme on luoda kokonaiskuva fyysisestä vapauden rajoittamisesta somaattisella vuodeosastolla siten, että se hyödyttäisi vuodeosastojen henkilökuntaa ja olisi avuksi eettisen ajattelun ja toimintatapojen kehittämisessä.

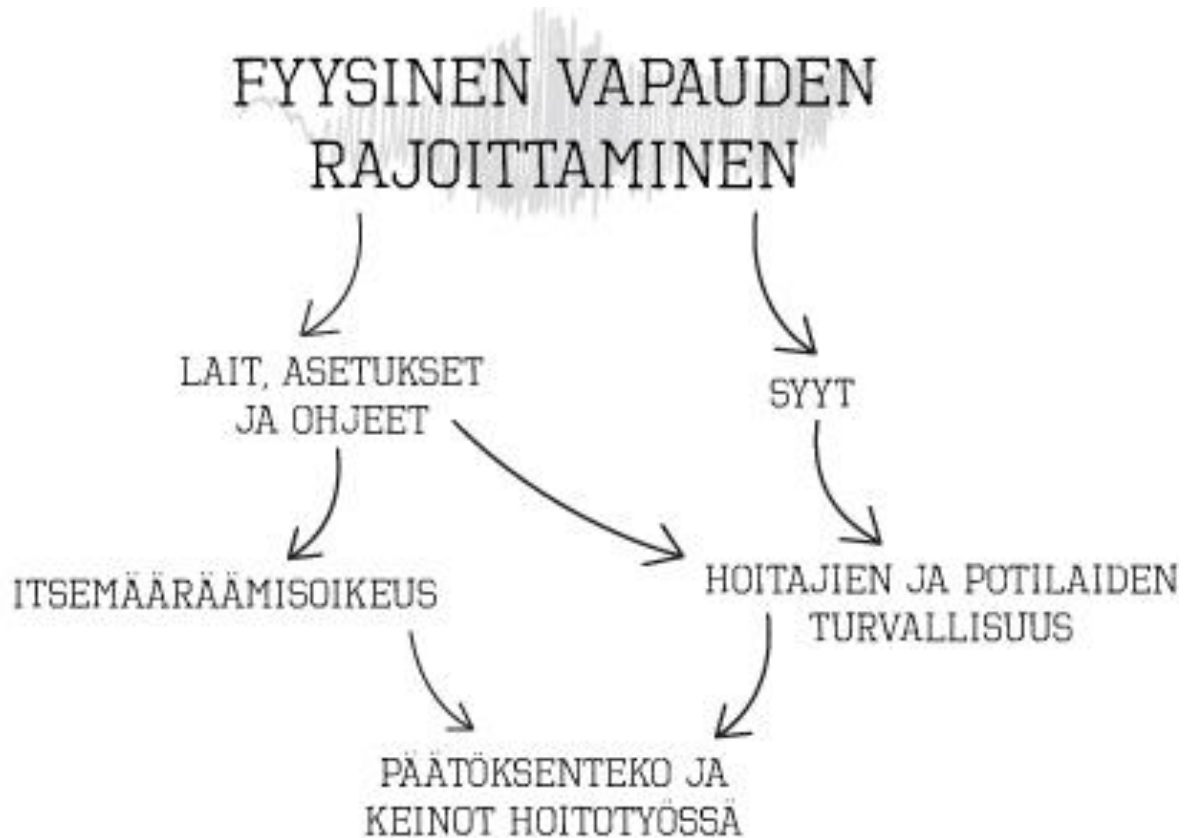
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Mitä on fyysinen vapauden rajoittaminen

Fyysinen vapauden rajoittaminen voidaan määritellä monella tavalla. Laajimmassa merkityksessään fyysinen rajoittaminen tarkoittaa mitä tahansa puuttumista, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toimintaa tai valvoa hänen käytöstään. Tässä työssä näemme fyysisen vapauden rajoittamisen sen suppeammassa merkityksessä. Tämän näkemyksen mukaan se tarkoittaa laitetta tai apuvälinettä, jonka käytöllä tietoisesti estetään, tai pyritään estämään henkilön vapaa liikkuminen. (Saarnio 2009, 22–23)

Fyysisestä vapauden rajoittamisesta puhuttaessa voidaan käyttää myös termiä pakkokeinot. Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on luokitellut pakkokeinoiksi eristämisen, pakkolääkityksen, sitomistoimien käytön, pakkosyöttämisen, osaston vaihdon vastoin potilaan tahtoa ja muut näihin rinnastettavat toimenpiteet. Pakkokeinoksi määritellään toimintatavat ja toimenpiteet, joilla puututaan lailla suojattuihin oikeuksiin. Toimenpiteeltä ei välttämättä edellytetä voimakeinojen käyttöä, vaan riittää myös se, että toimenpide voidaan tarvittaessa toteuttaa voimakeinoin. Pakkokeinosta on kysymys myös silloin, kun potilas ei vastusta sen toimeenpanoa. Pakko vailla laissa annettua oikeutusta on oikeudenvastainen. (Pahlman 2003, 172–176) Vapauden rajoittamisen tuleekin aina olla viimeisin keino, jota käytetään vain jos tilannetta ei muulla tavalla, kuten puhumisella tai lääkityksellä, pystytä rauhoittamaan ja väkivallan uhka on ilmeinen (Leppänen 2004, 23).

Opinnäytetyössämme tarkastelemme vapauden rajoittamista kuvion 1 mukaisesti. Lähtökohtanamme on fyysinen vapauden rajoittaminen, jonka olemme jakaneet kahteen pääryhmään: lait, asetukset ja ohjeet, sekä syyt vapauden rajoittamiselle. Lakien ja ohjeiden kautta käsittelemme teeman eettistä puolta, tärkeimpänä terminä itsemääräämisoikeus. Sen alla käsittelemme muun muassa potilaan asemaa ja oikeutta. Potilaiden ja henkilökunnan turvallisuus on teeman kääntöpuoli, ja se liittyy olennaisesti rajoittamisen syihin. Molemmista päädyimme lopulta vapauden rajoittamisen päätöksentekoon ja hoitotyön keinoihin.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys; Fyysinen vapauden rajoittaminen

3.2 Syyt vapauden rajoittamiseen

Voimatoimiin turvautuminen on yleistä hoitoalalla. Sekavia vanhuksia sidotaan kiinni sänkyihin, etteivät he vahingoittaisi itseään, tai levotonta hypoglykemiapotilasta pidetään paikoillaan, jotta hänelle pystyttäisiin antamaan asiaankuuluva lääkitys. (Jaakkola, Koivunen & Lehestö 2004, 90) Esimerkkejä on lukuisia. Fyysisten rajoitteiden käytölle altistaa esimerkiksi korkea ikä, dementoiva sairaus ja siihen liittyvä haasteellinen käyttäytyminen, psyykkiset ja neurologiset sairaudet, kehitysvammaisuus, runsas lääkkeiden tai päihteiden käyttö sekä aikaisempi kaatumis- tai putoamishistoria. (Halila 2010, 11; Saarnio 2009, 26) Hyväksytyimpänä syynä vapauden rajoittamiselle pidetään yleisesti aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä, joka potentiaalisesti johtaa potilaan vahingoittamaan itseään tai muita (Kontio 2011, 11). Pitkäaikaishoidossa rajoitustoimille altistaa kaatumisten lisääntyminen ja toimintakyvyn heikentyminen (Engberg, Castle, & Mc Caffrey 2008, 442–452).

Konfliktitilanteiden riskiä lisää muun muassa henkilökunnan liian pienet resurssit. Aggressiivisen käytöksen riskiä lisää sairaudesta aiheutuva stressi ja hätä, tyytymättömyys saatuun kohteluun ja hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat. Väki-valtatilanteeseen liittyy laukaisevia tekijöitä, jotka voivat johtua potilaasta, henkilökunnasta tai itse tilanteesta. Henkilökunta voi esimerkiksi käyttäytymisellään provosoida potilasta uhkaavassa tilanteessa. Välttämättä kuitenkin yhtä selittävää tekijää ei löydy. (Jaakkola ym. 2004, 87) Rajoittamiseen liittyen potilaat ja heidän omaisensa kokevat usein saman ristiriidan kuin hoitohenkilöstökin: toisaalta rajoittaminen tuo turvallisuutta, mutta toisaalta taas loukkaa itsemääräämisoikeutta (Backman, Isola & Saarnio 2007, 110)

3.2.1 Turvallisuuden vaarantuminen

Aggressiivisuus, väkivalta ja erilaiset uhkaavat tilanteet ovat monen terveydenhuollon yksikön arkipäivää - psyykkisesti ja fyysisesti sairaiden potilaiden kanssa tekemisissä oleminen lisää riskiä joutua väkivaltatilanteisiin. (Jaakkola ym. 2004, 86; Kyngäs & Timlin 2007, 183). Potilaiden taholta tuleva väkivalta kohdistuu vaihtelevasti hoitohenkilökuntaan, muihin potilaisiin ja väkivallan tekijään itseensä. Väki-valtatapahtumista sairaalassa 94 % kohdistuu henkilökuntaan, 8 % toisiin potilaisiin ja 7 % ulkopuolisiin, kuten potilaiden omaisiin (Karvinen 2010, 14). Aggressiivinen käyttäytyminen voi ilmetä myös riehumisena ja paikkojen rikkomisena, jolloin läsnäolijat kokevat turvallisuutensa uhatuksi (Kyngäs & Timlin 2007, 183). Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta ja turvallinen hoitoympäristö kaikkien potilaiden oikeus. Hoitajien tulee taata potilaalle tämä turvallinen hoitoympäristö, jolloin toisinaan täytyy käyttää kovempia menetelmiä, kuten fyysistä vapauden rajoittamista, pyrittäessä hallitsemaan väkivaltaisen potilaan käyttäytymistä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, 11; Kyngäs & Timlin 2007, 183) Potilasturvallisuuden taatakseen hoitajat yrittävät suojella potilasta loukkaantumiselta, tai pyrkivät suojelemaan sekavan ja aggressiivisen potilaan ympäristöä, kuten toisia potilaita ja itseään. (Backman ym. 2007, 105, 115; Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, 465.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. (Knuutila ym. 2007, 7; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.) Tavallisimpia potilasvahinkoja Sairaanhoidotalouden tutkimuksen (2005) mukaan ovat kaatumiset, putoamiset ja karkaamiset. (Partanen ym. 2005, 4.) Potilasturvallisuutta edistämään on kehitetty erilaisia raportointijärjestelmiä. Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen kehittämä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, HaiPro-järjestelmä, on otettu käyttöön lähes kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä vaaratapahtumien tilastoimiseksi. (Avelin & Lepola 2008, 8; Ruuhilehto & Knuutila 2008, 3) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä vuodelta 2008 on selvitetty HaiPro-ilmoitusten perusteella, että kaikista tapaturmista (n=809) potilaita kaatuu 65,5 % ja putoaa 21,1 %. Kaikista väkivaltatapahtumista (n= 373) 35,1 %:ssa tekijänä on toinen potilas ja 30,3 %:ssa tapauksista potilaalla on itsetuhoista käyttäytymistä. Tahdonvastaisia toimenpiteitä ilmoitusten mukaan kaikista väkivaltatapahtumista seurasi 3,2 %. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 59)

Terveydenhuollossa säädetään lailla ja ohjeilla turvallisuudesta. Hoitotyön pitää olla turvallista sekä potilaan että työntekijän kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Strategian avulla kehitetään potilasturvallisuutta, joka on koko terveyden ja sairaanhoidon laadun perusta. Sekä työturvallisuuslaki että potilasturvallisuusstrategia korostavat johdon osuutta turvallisessa hoitotyössä. Työnantajien tulisi varmistaa, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa ja että työntekijöillä on riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. Terveydenhuollossa olisi hyvä koko ajan tutkia mahdollisia potilas- ja työturvallisuusriskejä ja yrittää ennakoida niitä. (Työturvallisuuslaki; Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009, 11–14) Hallituksen terveydenhuoltolakiesitykseen on tulossa vaatimus potilasturvallisuussuunnitelman tekemisestä jokaiseen terveydenhuollonyksikköön. Suunnitelmassa tulisi olla huomioitu lainsäädäntö, valtakunnan suositukset sekä hyvät hoitokäytännöt, sekä potilasturvallisuusstrategian sisältämät tavoitteet potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011)

Kuten sanottu, hoitotyössä myös hoitohenkilökunnan turvallisuus voi olla uhatuna. Lähi- ja perushoitajaliitto Superin julkaiseman tutkimuksen mukaan vuonna 2001 83 % hoitajista oli työssään kokenut fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen työssäolovuotensa aikana. 29 % hoitajista oli kokenut samaisen vuoden aikana pistoaseella lyöntejä tai uhkailuja. (Jaakkola ym. 2004, 87) Hoitohenkilökunta joutuu psyykkisesti ja fyysisesti lujille kohdatessaan näitä väkivaltaisia tai uhkailevia potilaita. Väkivaltilanteet aiheuttavat pelkoa, kiukkua ja ahdistusta ja se olennaisesti vaikuttaa työssä jaksamiseen ja viihtyvyyteen sekä sitä kautta myös hoidon laatuun ja potilaiden hyvinvointiin. (Jaakkola ym. 2004, 86, 99; Leppänen 2004, 6) Hoitohenkilökunnalle aiheutuneet vammat ja vahingot tulisi aina raportoida. Uhkaavassa tilanteessa tai hengenvaarassa voidaan tehdä hätäilmoitus poliisille. (Eriyistarkkailuhuoneen ja lepositeiden käyttö Ensiapu Acutassa 2009) Väkivaltaista käyttäytymistä hoitaja pystyy kuitenkin usein välttämään ennakoinnilla. (Jaakkola ym. 2004, 86, 99; Leppänen 2004, 22) Kun hoitaja tutustuu hyvin potilaan tietoihin hän tietää jotakin potilaasta jo siinä vaiheessa, kun hän kohtaa tämän, esimerkiksi onko potilas päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjä, onko hän menettänyt läheisen lähiaikoina tai onko sattunut muita traumaattisia tilanteita. Työyhteisössä olisi hyvä miettiä etukäteen mitä mahdollisia vaaratilanteita voi tapahtua ja mitä mahdollisen vaaratilanteen tapahtuessa tehdään. (Jaakkola ym. 2004, 86, 99)

3.2.2 Sekava potilas turvallisuuden vaarantajana

Tämä opinnäytetyö tehtiin kirurgisille osastoille. Näillä osastoilla yleisimmät potilaan sekavuutta ja aggressiivisuutta ja sitä kautta vapauden rajoittamista aiheuttavat tekijät ovat potilaiden sairastuminen postoperatiiviseen tai alkoholiperäiseen deliriumiin sekä dementoiva sairaus. Näitä tekijöitä ja niiden taustoja käsittelemme seuraavaksi tarkemmin.

Deliriumilla tarkoitetaan äkillistä, elimellisten tekijöiden aiheuttamaa aivotoiminnan häiriötä joka ilmenee muutoksina kognitiivisissa toiminnoissa, ajattelussa ja käyttäytymisessä (Pitkälä, Laurila, Erkinjuntti & Leppävuori 2010, 213). Tällainen sekavuustila on yleistä tehohoidossa ja postoperatiivisessa hoidossa (Kivelä, Rahkonen & Sulkava 2002, 4807–4810). Yleissairaaloiden vanhuspotilailla

deliriumin esiintyvyys on noin 15 %, mutta akuuttihoitossa olevilla ja leikkauspotilailla sen esiintyvyys- ja ilmaantuvuusluvut ovat huomattavasti korkeampia, jopa yli 50 % (Laurila 2005, 4751–4755). Delirium on iäkkäiden potilaiden yleisin komplikaatio ortopediassa ja sitä esiintyy myös muiden kirurgisten toimenpiteiden, kuten silmäleikkausten jälkeen (Väänänen 2006). Toisin kuin dementoivat sairaudet, delirium kehittyy nopeasti ja oireiden voimakkuus saattaa vaihdella eri vuorokauden aikoina. Deliriumille on aina löydettävissä jokin ulkoinen syy. (Laurila 2005, 4751–4755) Oireisto voi olla hyper- tai hypoaktiivista, joista ensin mainittu on yleisempi delirium tremensissä sekä kirurgisissa potilasryhmissä ja jälkimmäinen somaattisilla vuodeosastoilla ja terminaalivaiheen potilailla. Keskeisimmät oireet hyperaktiivisessa deliriumissa ovat tajunnantason ja tarkkaavaisuuden häiriöt. Usein niihin liittyy myös erilaisia havaintohäiriöitä - ympäristöä tulkitaan väärin ja hallusinaatioita eli aistiharhoja esiintyy. Muita oireita ovat levottomuus, kiihtyneisyys ja uni-valverytmin häiriöt. Usein tilaan liittyy potilaan täydellinen sairaudentunnottomuus ja paranoidisia uhkaamis- tai myrkyttämispelkoja, jolloin rohkaisevia sanoja potilaan rauhoittamiseksi on vaikea löytää. (Laurila 2005, 4751–4755; Laurila 2007; Pitkälä ym. 2010, 213–215)

Postoperatiivisen deliriumin syitä ovat lääkkeet, hypoksia eli hengitysvajaus, hypovolemia eli verimäärän vähyys, anemia, kardiovaskulaariset ja endokriiniset syyt sekä kipu ja infektiot. (Laurila 2007). Altistavia tekijöitä ovat myös matala verenpaine, pitkä leikkausaika, korkea ikä, aliravitsemus, aineenvaihdunnan ongelmat, heikko näkö tai kuulo, dementoiva sairaus, aivoverenkiertohäiriöt, eteisvärinä, sydämen vajaatoiminta, Parkinsonin tauti sekä alkoholin suurkulutus. (Huusko, 2008) Postoperatiivisessa deliriumissa ensimmäiset oireet ilmaantuvat yleensä kolmantena päivänä leikkauksesta ja ovat ohimeneviä (Väänänen 2006). Geriatrinen delirium taas saattaa alkaa milloin tahansa (Pitkälä ym. 2010). Deliriumoireilu lisää loukkaantumisriskiä ja vaikeuttaa postoperatiivista hoitoa (Laurila 2007).

Geriatrisen deliriumin yleisimmät syyt ovat lääkkeet ja monisairastavuus. Altistavista lääkkeistä esimerkkinä antikolinergisesti vaikuttavat, eli parasympaattista hermostoa hillitsevät lääkkeet, bentsodiatsepiinit, litium, opioidit ja monet sytosfaatit. (Huusko, 2008; Pitkälä ym. 2010, 216–217) Syitä puhkeamiseen on usein monia, jotka eivät yksinään deliriumia aiheuttaisi, mutta yhdessä ne kykenevät

muodostamaan riittävän kuorman vanhemman ihmisen kognitiivisen kapasiteetin romahduttamiseen. Myös nuorilla ja työikäisillä esiintyy deliriumia, mutta he tarvitsevat moninkertaisesti suuremman ärsykkeen, esimerkiksi septisen tai korkeakuumeisen keuhkokuumeen. (Laurila 2005, 4751–4755)

Dementiaa sairastavilla yksi yleisimmistä käytösoireista on levottomuus. Siihen liittyy lyömistä, raapimista ja potkimista, esineiden särkemistä ja paiskomista, huutamista, vaeltamista sekä karkailua. Usein levottomuuden taustalla on jokin syy, kuten huono olo tai kipu, mutta sitä on vaikea tunnistaa eivätkä dementoituneet potilaat välttämättä osaa näitä tunteitaan ilmaista. Katastrofireaktio on äkillinen levottomuusoireisto, johon liittyy itkua, huutoa ja aggressiivisuutta. Tällaiseen tilaan muistipotilas voi joutua kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. Etenkin vieraalla osastolla hoidossa olevalle muistipotilaalle ympäristö voi tuntua vieraalta, turhauttavalta ja pelottavalta, ja laukaista katastrofireaktion. Usein reaktio liittyy johonkin arkitilanteeseen, kuten potilaan kosketteluun esimerkiksi peseytymisessä avustettaessa. Harhaluuloisen muistipotilaan aggressiivisuus on usein vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista. (Vataja 2010, 93–94) Varsinkin fyysisesti hyväkuntoisten dementiaapotilaiden vapautta joudutaan usein rajoittamaan, jotta he eivät vahingoittaisi itseään ja karkailua estetään ovien lukitsemisella (Koponen & Sillanpää 2005, 382).

Päihteet heikentävät kontrollikykyä ja saattavat laukaista väkivaltaista käyttäytymistä. Aggressiivisuuteen taipuvaisilla ihmisillä päihteet lisäävät väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä. Päihtyneen potilaan mielialat vaihtelevat nopeastikin ja häntä on aina pidettävä mahdollisena riskinä väkivallan uhkaan. (Jaakkola ym. 2004, 96–97) Pitkään jatkuneen runsaan alkoholinkäytön lopettaminen aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä vieroitusoireita yleensä toisena tai kolmantena alkoholittomana päivänä. Oireita ovat ahdistuneisuus- ja pelkotilat, sekä unettomuus. Vaikeammassa tiloissa ilmenee myös hetkellisiä harha-aistimuksia, ja vielä vakavammassa tapauksessa voi kehittyä alkoholipsykoosi, joka on hermoston toimintahäiriö. Delirium tremens, eli kansanomaisesti juoppohulluus, on eräs alkoholipsykoosin muoto. Sen oireet ovat aluksi samankaltaisia kuin lievemmissä vieroitusoireissa, mutta tilan pahentuessa ilmentyy usein levottomuutta, vapinaa, hikoilua sekä sydämen tykytystä ja tajunnantaso hämärtyy. Potilas muuttuu sekavaksi ja menettää ajan- ja paikantajunsa. Kuulo-, näkö- ja tuntoharhat

ovat voimakkaita, ja potilas kokee harhaluulonsa hyvin todellisina. Delirium tila kestää muutamia vuorokausia ja voi olla hengenvaarallinen. Potilas voi yrittää vahingoittaa itseään tai muita, jolloin häntä sairaalassa hoidettaessa leposidehoito tulee tarpeeseen. (Mäkelä 2010)

3.3 Vapauden rajoittamista säätelevät lait ja ohjeet

3.3.1 Vapauden rajoittamista oikeuttavat lait ja ohjeet

Kaikki pakko edellyttää perusoikeusajattelumme mukaan taakseen selkeitä, yksiselitteisiä, täsmällisiä ja tarkkarajaisia lain säännöksiä (Paunio 2005, 6). Monissa Suomen laeissa sivutaan vapauden rajoittamista, niin sanotusti poikkeuksia itsemääräämisoikeudessa, mutta somaattisesti sairaan potilaan rajoittamista ei suoranaisesti mainita missään. Aikuisten vapauden fyysisestä rajoittamisesta säädetään mielenterveyslaissa (1990), tartuntatautilaissa (1986), päihdehuoltolaissa (1986) ja rikoslaissa (1889). Lainsäädäntöä tulisi täsmentää, sillä se on vapauden rajoittamisen suhteen liian ylimalkainen. Terveystieteiden tutkimuksessa ei ole mitään yleisiä säännöksiä tai yleistä oikeutta sitoa tai lukita potilaita, ei edes turvallisuuden takaamiseksi. Tämä edellyttäisi lain nimenomaisia säännöksiä. Kun säännöksiä kuitenkin ei ole, tarvitaan rajoituksille jokin muu perusta. Voitaisiin ajatella sen olevan suostumukseen perustuvaa, mutta tällainen suostumus on usein vaikeaa tai mahdotonta saada tilanteissa, joissa rajoittamista tarvitaan. Tämän vuoksi fyysinen vapauden rajoittaminen on oikeudellisesti ongelmallista. (Paunio 2005, 6-7)

Mielenterveyslaissa määrätään, että tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä henkilö, joka on mielisairas tai vaarallinen itselleen tai muille. Päätöksen tulee aina tehdä lääkäri, jonka on myös tehtävä potilaasta tarkkailulähetteen. Viimeistään neljäntenä tarkkailupäivänä on tehtävä tarkkailulausunto, josta tulee perustellusti esiin tahdosta riippumattoman hoidon syyt. Hoitoa voidaan jatkaa kolme kuukautta, ja jos ehdot tahdosta riippumattomaan hoitoon edelleen täytyvät, voi se edelleen jatkua vielä kuusi kuukautta. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai turvallisuustekijät vaativat. Potilaalla on oikeus myös fyysisen sairautensa

hoitoon, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää. Fyysisen sairauden hoitoa saa antaa vasten potilaan tahtoa vain, jos hoitamattomuus uhkaa hänen henkeään tai hoidolla voidaan torjua terveyttä uhkaava vaara. Potilaan saa eristää, jos hän antaa ymmärtää että aikoo vahingoittaa itseään tai muita, vaarantaa tai vahingoittaa muiden potilaiden hoitoa tai omaisuutta, tai jonkin muun painavan hoidollisen syyn nojalla. Näissä tapauksissa on hoitajilla lupa käyttää voimakeinoja, kuten sitomista. Voimakeinojen käytöstä tulisi keskustella lääkärin kanssa. Kiinnipito, eristys ja sitominen on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. Hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tila ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta. (Mielenterveyslaki 1990)

Tartuntatautilaki antaa lääkärille valtuudet määrätä yleisvaarallista tautia sairastava potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon ja tutkimuksiin (Kurki & Pammo 2010, 140). Päihdehuoltolain nojalla taas voidaan lääkärin päätöksellä ottaa päihteidenkäyttäjät tahdosta riippumattomaan hoitoon korkeintaan viideksi vuorokaudeksi terveysvaaran tai vakavan väkivaltaisuuden vuoksi. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 103) Rikoslaisissa (1889) puolestaan on pakkotila-pykälä, joka antaa oikeuden ”välttämättömiin toimiin”, jos tilanne on uhkaava, tai on torjuttava pakottavaa vaaraa. Pakkotilalla tarkoitetaan tilanteita, joissa ihmisen perusoikeudet, kuten oikeus elämään, on uhattuna. Tällöin joudutaan uhraamaan toinen oikeudellisesti suojattu etu, kuten itsemääräämisoikeus. Pakkotoimissa on otettava huomioon teon edut ja haitat ja potilaiden etujen arvo on punnittava.

3.3.2 Potilaan itsemääräämisoikeus ja eettiset ohjeet

Vapauden rajoittamiseen oikeuttavien lakien kääntöpuoli on eettiset ohjeistukset. Jo Suomen perustuslaissa (1999) vaaditaan oikeutta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Nämä valtiosääntömme periaatteet ohjaavat lainsäädäntötyötä, mutta niiden toteutumista koetellaan arjessa (Paunio 2005, 1). Somaattisesti sairaiden potilaiden fyysisen vapauden rajoittamisen osalta tulee noudattaa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännöksiä. Lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, joka on

hänen etunsa mukaista. Hänen hoitonsa on järjestettävä, ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Jos potilas ei ole kykeneväinen päättämään hoidostaan, voidaan kuulla potilaan lähiomaisia, läheisiä tai laillista edustajaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992)

Itsemääräämisoikeus on Suomen ihmisoikeussopimuksien ja perusoikeuksien keskeinen käsite ja oikeus, jolle rakentuvat monet muut oikeudet. Myös potilaslain tärkein oikeus on potilaan itsemääräämisoikeus. (Pahlman 2003, 182) Itsemääräämisoikeutta koskevat kysymykset ovat vaikeimpia kysymyksiä, koska tilanteet kattavat niin laajan alueen terveydenhuollossa - arkipäivän asioista elämän ja kuoleman kysymyksiin (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141). Itsemääräämisellä tarkoitetaan, että yksilö päättää itse itseään koskevista asioista. Sen piiriin kuuluvat oman mielipiteen muodostus, tahdonilmaisu ja päättäminen omista asioistaan sekä omasta terveydestään. (Launis 2010, 136–137) Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan ole absoluuttinen oikeus, vaikka kuuluukin moraalisiin perusoikeuksiin. Esimerkiksi sen turvin ei voida ajatella olevan oikeutta oman henkensä tai terveytensä vaarantamiseen, eikä oikeutta vahingoittaa muita tai rajoittaa heidän itsemääräämisoikeuttaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141) Itsemääräämisoikeutta ja potilaan itsenäistä päätöksentekoa on siis kunnioitettava, ellei se ole ristiriidassa elämän kunnioittamisen periaatteen kanssa. Yksittäisissä tilanteissa voidaan punnita suhde uudelleen, ja esimerkiksi elämää ylläpitävät hoidot lopettaa. Tällöin kunnioitetaan myös yksilön ihmisarvoa. (Pahlman 2003, 171) Jotta ihminen voisi päättää omista asioistaan, hänellä täytyy olla määrätyt henkiset, fyysiset ja sosiaaliset valmiudet itsenäiseen ajatteluun, tahdonmuodostukseen ja yhteistoimintaan. Ilman näitä kykyjä henkilö ei kykene päättämään asioistaan, eikä tällöin itsemääräämisoikeus voi toteutua. (Launis 2010, 136–137) Tahdosta riippumaton hoito on yleensä loukkaus itsemääräämisoikeutta vastaan. Siksi potilasta olisi hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja hänellä on oltava mahdollisuus myös kieltäytyä hoidosta. Potilaan oman tahdon ohitus aiheuttaa aggressiota ja ahdistusta - väkivaltaa laukaisevat tekijät liittyvät usein potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. (Halila 2010, 11; Lajärvi ym. 2003, 239)

Terveysthuollossa käsite paternalismi tarkoittaa potilaan itsemääräämisoikeuden kaventamista potilaan parhaaksi - oikeutuksena voidaan nähdä potilaan itselleen aiheuttamien vahinkojen kieltämisen oikeus. Oikeutettua paternalismi on kolmessa tapauksessa: Kun sen kohteella ei ole koskaan ollut potilaslaissa tarkoitettua itsemääräämisoikeutta, siis lapset ja kehitysvammaiset, Kun itsemääräämisoikeus on lääketieteellisesti todentaen kohteelta väliaikaisesti poissa, siis henkilöt jotka ovat sairauden tai vamman vuoksi kykenemättömiä päätöksentekoon. Tai jos kohde on menettänyt itsemääräämisoikeutensa lopullisesti, siis esimerkiksi dementiaa sairastavat henkilöt. (Pahlman 2003, 181)

Hoitava henkilö ei voi hoitotyössä toimia ainoastaan omien vakaumuksiensa ja arvojensa mukaan. Ammattikunta on tehnyt eettiset ohjeet, joita hoitotyössä tulisi noudattaa. Nämä ohjeet takaavat sen, että potilaita hoidetaan tasapuolisesti ja että toiminta on laadukasta. Hoitotyön eettiset ohjeet antavat työntekijöille käytännön ohjeita siitä, miten tulee toimia jos tapahtuu jotakin eettisesti ristiriitaista. Eettisten ohjeiden avulla hoitajat voivat myös tarkastella omaa eettistä ajatteluaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 165) Sairaanhoidajaliiton eettisissä ohjeissa ohjeistetaan hoitajaa pyrkimään tukemaan ja lisäämään potilaiden omia voimavaroja ja parantamaan heidän elämänlaatuaan. Sairaanhoidaja on toimistaan vastuussa potilaalle, hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaiden yksilöllistä hyvää oloa. Hoitokulttuurissa on huomioitava yksilön arvot, vakaus ja tavat. Sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja antaa mahdollisuuden osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon, hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Potilasta on hoidettava yksilöllisen hoitotarpeen mukaisesti riippumatta esimerkiksi terveysongelmasta tai iästä. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet) Terveysthuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (1994) taas säädetään, että hoitohenkilökunnan tulisi lieventää kärsimyksiä ja parantaa sairauksia, sekä huomioida potilaalle aiheutuva hyöty ja haitta. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, mutta hoidon laiminlyönti vakavasti haittaa hänen terveyttään tai potilas uhkaa muita henkilöitä, on edelleen pyrittävä tilanteen selvittämiseen ensisijaisesti ilman pakon käyttöä. Etenen eettisissä ohjeissa puhutaan kunnioittamisesta, ihmiselämän suojelusta ja terveyden edistämisestä (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 167).

3.4 Päätöksenteko ja keinot hoitotyössä

3.4.1 Päätöksenteko

Potilaan ei välttämättä tarvitse olla vastentahtoisessa hoidossa, jotta häntä pystytään hoitamaan vastentahtoisesti (Jaakkola ym. 2004, 89), mutta määräyksen vapauden rajoittamistoimenpiteistä pitäisi aina tulla lääkäriltä ja sen myös pitäisi perustua lääkärin arvioon. (Jaakkola ym. 2004, 90) Arvioinnissa lääkärin on kuitenkin syytä käyttää potilaan ja hoitopaikan olosuhteet tuntevaa hoitajan asiantuntemusta. (Valvira 2011). Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta voi väliaikaisesti päättää fyysisestä vapauden rajoittamisesta, mutta asiasta on ilmoitettava lääkärille mahdollisimman nopeasti (Kaivola & Lehtonen 2006, 3354). Päätöstä tehdessä tulisi myös keskustella kyseessä olevan potilaan kanssa, tai jos hän ei pysty ottamaan kantaa asiaan, hänen lähiomaisensa tai edustajansa kanssa viimeistään pikaisesti rajoitustoimien käyttöönoton jälkeen. Kun vapauden rajoittamisesta on tehty jo päätös, voidaan toteuttaminen jättää potilaan hoidosta välittömästi vastaavien hoitotyöntekijöiden vastuulle. (Valvira 2011) Vastentahtoisesti tehdyt toimenpiteet on aina voitava perustella erittäin hyvin, pelkät tuntemukset hoidon tarpeellisuudesta eivät riitä. (Jaakkola ym. 2004, 90) Hoidon on oltava hyödyllisempää kuin hoitamatta jättäminen (Halila 2010, 11). Vapaudenrajoittamisen päätös on aina potilaskohtainen ja sitä ennen on harkittava voidaanko käyttöön ottaa muita soveltuvia ja turvallisuutta lisääviä menetelmiä. (Valvira 2011) Vastentahtoisesti tehty hoito tulisi myös lopettaa heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Lääkärin tulisi arvioida rajoittamistoimenpiteiden jatkaminen sekä potilaan terveydentila niin usein kuin tilanne edellyttää. (Kaivola & Lehtonen 2006, 3354) Lääkärin tulee myös informoida hoitohenkilökuntaa siitä, milloin turvavälineiden käyttö voidaan lopettaa. (Valvira 2011)

Etenen kannanotossa (2009) suoja- ja rajoitustoimenpiteistä mainitaan erilaisia asioita, joita tulisi toimenpiteitä suunniteltaessa, käytettäessä ja arvioitaessa huomioida. Näitä ovat esimerkiksi oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus. Ennen rajoittamista tulisi arvioida sen merkitys ihmisarvolle, yhdenvertaisuudelle ja henkilökohtaiselle vapaudelle, sekä erityisesti liikkumisvapaus, turvallisuus ja suhteellisuus, sekä heitteillejätön mahdollisuus ja mielivaltaisen vapaudenriiston kielto. Terveystieteiden laitoksissa tulee olla suunnitelma suoja- ja rajoitus-

toimenpiteiden mahdollisesta käytöstä, jossa kuvataan toimenpiteet, niiden päätös- ja toteutusprosessit, tarvittavat täsmennykset esimerkiksi yleisperiaatteista, liikkumisesta, eristämisestä ja sitomisesta sekä määritellään toimenpiteiden käytön vastuu. (Etene 2010)

Vaaratapahtumien tarkan kirjaamisen tavoitteena on potilasturvallisuuden parantuminen. Kirjaamisten avulla voidaan oppia tapahtumista ja siinä tähdätään järjestelmässä olevien virheiden löytymiseen. (Kinnunen 2009, 117) Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto on antanut ohjeistusta liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytölle. Lääkärin päättämästä turvavälineiden käytöstä on aina tehtävä hoitopäätös ja se on kirjattava potilaan asiakirjoihin osana hoitosuunnitelmaa. Asiakirjoihin tulisi kirjata myös turvavälineen käytön peruste, käyttö ja käytön kesto. Kaikki kirjaaminen vapauden rajoittamisen aikana tulisi olla systemaattista. (Valvira 2011)

3.4.2 Rajoittamiseen käytettävät keinot

Vapautta rajoitetaan laitteilla, apuvälineillä, tai estämällä liikkuminen voimankäytöllä. Fyysinen vapauden rajoittaminen voi olla suoraa tai epäsuoraa. Suora rajoittamismuoto on esimerkiksi ylösnostetut sängynlaidat ja erilaiset laitteet, varusteet ja apuvälineet, kuten geriatrinen tuoli, pyörätuoli vyökiinnityksellä, huoneen oven lukitseminen, hoitajan voimankäyttö, raajojen sitomiseen käytettävät rannekkeet ja magneettivyöt. Epäsuoraa rajoittamista on liikkumisen apuvälineiden, vaatteiden tai soittokellon pois ottaminen ja passivoiva toimintatapa. (Saarnio 2009, 5, 22–23, 25) Tässä opinnäytetyössämme käsittelemme suoraa vapauden rajoittamista. Mielenterveyslaissa annetaan fyysisen vapauden rajoittamisen keinoiksi muun muassa liikkumisvapauden rajoittaminen, eristys ja sitominen. Päihtyneitä henkilöitä rajoitetaan muun muassa eristyksellä (Halila 2010, 4-8). Fyysinen vapauden rajoittamisen tulee olla kohtuullista tilanteeseen nähden ja voiman käytön mahdollisimman vähäistä uhkaan nähden. Se on toteutettava mahdollisimman kivuttomasti erilaisia rajoittamistekniikoita apuna käyttäen. (Leppänen 2004, 23)

Yleinen keino fyysisessä rajoittamisessa on sitominen. Yleensä käytetään siihen tarkoitukseen kehiteltyjä lepositeitä. Leposide -termiä taas käytetään leposidekäyttöön hyväksytyistä turvavälineistä. (Erityistarkkailuhuoneen ja lepositeiden käyttö Ensiapu Acutassa 2009) Lepositeiksi voidaan luokitella magneettivyöt, joilla potilas kiinnitetään vuoteeseen vyötäröltä, ja erilaiset rannekkeet ja siteet, joilla voidaan kiinnittää raajoja esimerkiksi sängyn laitoihin. Lääkelaitoksen (2005) antaman ohjeistuksen mukaan sidontajärjestelmän tulee olla asianmukainen, sen tulee noudattaa terveydenhuollon laitteille ja tarvikkeille säädettyjä vaatimuksia ja sen käytössä tulee noudattaa valmistajan antamia käyttöohjeita.

3.4.3 Hoitotyö ja vapauden rajoittaminen

Potilailla on tutkimuksien mukaan sekä positiivisia että negatiivisia asenteita ja kokemuksia vapauden rajoittamista kohtaan. Koivistolla (2003) ja Kontiolla (2011) on keskenään samansuuntaisia tuloksia: Potilaat kokevat rajoittamisen harvemmin turvallisuudentunnetta lisäävänä tai rauhoittavana kuin negatiivisena. Lepositeiden käyttö koettiin rangaistuksena, pakottamisena ja alistamisena, autonomian rikkomisena ja jopa kiduttamisen muotona. Negatiivisten kokemusten esiintyminen lisääntyi tilanteissa, joissa potilas ei ollut tiennyt rajoittamisen syytä. Asenne oli positiivisempi, jos rajoitteiden käyttö koettiin osaksi aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden hoitoa. Rajoitteiden käyttö aiheutti potilaissa monenlaisia tunteita, kuten viha, avuttomuus, nöyryytys, hämmennys ja pelko. He myös kokivat vapauden rajoittamisen lisäävän potilaiden ja henkilökunnan välisen selkkausten mahdollisuutta. (Koivisto 2003, 58; Kontio 2011, 21)

Saarnio on tutkinut väitöskirjassaan (2009) vanhusten fyysistä vapauden rajoittamista. Väitöksen tuloksien pohjalta fyysistä vapauden rajoittamista voitaisiin ehkäistä ja vähentää käyttämällä vaihtoehtoisia toimintatapoja, kuten apuvälineiden käyttö ja koulutuksella hoitajien asenteisiin vaikuttaminen. Koulutuksella voitaisiin lisätä hoitajien tietoa vaihtoehtoisista ja luovista tavoista kohdata esimerkiksi haasteellisesti käyttäytyvä vanhus, jolloin fyysisen vapauden rajoittamisen keinoja voitaisiin vähentää. (Saarnio 2009, 33–34)

lääkäät henkilöt menevät sairaalaoloissa usein sekaviksi. Tapaturmien riskiä voi vähentää käytettävissä olevilla apuvälineillä, kuten yöksi jalkaan laitettavilla jarrusukilla. Hyvä kivunhoito ja infektioiden hoito vähentää lievemmän sekavuuden ja deliriumin syntyä. Kaikki tarvittavat tavarat olisi yöaikaan hyvä laittaa lähelle sänkyä, ettei potilaiden tarvitse yöllä lähteä hakemaan esimerkiksi juomamukiin. Jos potilaan kulkua on kuitenkin tarpeen rajoittaa, on sänky laskettava mahdollisimman matalalle, ettei potilas tipu mahdollisesti laitojen yli tullessaan korkealta. Myös soittokello on hyvä laittaa potilaan lähelle. (Potilasturvallisuus ensin 2009, 91–92) Uhkaava potilas olisi hyvä sijoittaa rauhalliseen paikkaan, jossa hän saa olla yksin. Tällöin muiden potilaiden ei tarvitse pelätä ja sekava potilas voi rauhoittua, koska vilkasta ohiliikennettä ja hermostuttavia ääniä ei ole ympärillä. (Koponen & Sillanpää 2005, 382; Halila 2010, 5-8)

Kyngäksen ja Timlinin tutkimuksessa (2007) hallitusta hoidollisesta rajoittamisesta 99 % vastaajista käytti keskustelua ensi- tai toissijaisena keinona väkivaltaisen tai aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen. Läsnaoloa käytti rauhoittamiseen ensisijaisena keinona 26 % ja toissijaisena keinona 52 % vastaajista. Vastajat luettelivat omiksi rauhoittamiskeinoikseen pakon käytön, kuten eristämisen ja fyysisen kiinnipidon, ja vaihtoehtoisiksi ratkaisuksiksi potilaan oman yrityksen rauhoittua yksinään, potilaan ohjaamisen pois tilanteesta toiseen tilaan, ja hoitajan poistumisen paikalta. Suurimman osan tutkittavista mielestä aggressiivista tai väkivaltaista potilasta on mahdollista hoitaa käyttämättä fyysistä rajoittamista. (Kyngäs & Timlin 2007, 185–186) Tämä tutkimus on kuitenkin toteutettu psykiatrisen hoidon alueella, jolloin täytyy vertailussa muistaa somaattisen hoidon erilaiset resurssit ja fyysisten sairauksien tuomat rajoitukset. Useinkaan esimerkiksi potilaan eristäminen tai jättäminen aggressiivisena ilman valvontaa ei ole mahdollista.

Eristetyn tai rajoitetun potilaan huomioimisen toteutumisesta on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Kyngäksen ja Timlinin (2007) tutkimuksen mukaan potilaita huomioidaan fyysisen rajoittamisen aikana hyvin, mutta he toteavat, että tämä tulos ei ole yhdenmukainen toisen tutkimuksen kanssa, jossa huomioiminen ei aina ollut onnistunut (Kyngäs & Timlin 2007, 189). Raija Kontion tuoreen väitöskirjan mukaan potilaat kokivat saavansa eristämisen- ja sitomistilanteissa vain vähän huomiota, ja tämän kuvasivat myös hoitajat ja lääkärit. Potilaiden kehitysehdo-

tuksia tutkimuksessa fyysisen rajoittamisen suhteen olivat vuorovaikutuksen parantaminen henkilökunnan ja potilaiden välillä, aktiviteettien lisääminen, wc-toiminnoista ja hygieniasta huolehtiminen, mukavuuden lisääminen ja hälytyksellön saatavuus. (Kontio 2011, 5, 21) Hoitajilta toivottiin erityistä rauhallisuutta sidottuna olevan potilaan suhteen (Koivisto 2003, 58), sekä autonomian kunnioittamista niin pitkälle kuin mahdollista. Omista asioista haluttiin päättää edes pienissä asioissa, kuten päätöksenteko siitä mitä syö tai juo, ja koska käy suihkussa. Rajoittamistoimien jälkeen potilaat toivoivat keskustelua ja aitoa kiinnostusta kokemuksesta. (Kontio 2011, 21)

Lepositeiden käytöllä ja muulla fyysisellä rajoittamisella pyritään lisäämään turvallisuutta, mutta niiden käytöllä on todettu olevan myös haittavaikutuksia. Löyhästi laitetut sidokset mahdollistavat pienen liikkeen, mutta potilaan päästessä rimpuilemaan sidoksistaan saattaa aiheutua vaaratilanteita. Toisaalta tiukat sidokset aiheuttavat herkästi puristusta. Tyypillisiä haittatapahtumia ovat tromboembolia sekä lihas- ja hermovauriot. Haittatapahtumien välttämiseksi lepositeiden käytön tulisi olla mahdollisimman lyhytaikaista ja olla aina viimesijainen hoitotoimenpide. (Kaivola & Lehtonen 2006, 3354) Rajoittamisen hyötyjä ei ole myöskään pystytty aukottomasti todistamaan, ja monet tutkimukset viittaavat jopa niiden hyödyttömyyteen, esimerkiksi vanhusten kaatumisten ehkäisemisessä tai väkivaltaisuuden vähentämisessä. Hoitajat ja potilaat ovat erimielisiä rajoittamisen hyödyllisyydestä ja oikeutettavuudesta siten, että hoitajat kokevat rajoittamisen vaikuttavuuden ja oman toimintansa pääosin hyväksi. (Kontio 2011, 11, 21–22) Fyysinen rajoittaminen myös altistaa potilaan kognitiivisen toiminnan, fyysisen toiminta- ja kävelykyvyn heikentymiselle (Engberg ym. 2008, 442–452), ja sillä saattaa olla deliriumia pahentava ja jopa kuolleisuutta lisäävä vaikutus (Pitkälä, Laurila, Erkinjuntti & Leppävuori 2010, 223).

Lepositeiden käyttöön päädyttäessä on potilasta hoidettava kaikkien hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Leposidehoidon aikana tulee tarkkailla potilaan emotionaalista tilaa ja peruselintoimintoja, kuten tajunnantasoja, hengitystä ja sydämen sykettä. Lisäksi tarkkaillaan kipua, raajojen verenkiertoa ja turvotuksia, ihon kuntoa ja väriä. Mikäli potilas liikehtii levottomasti, on huolehdittava, ettei hänen nilkkoihinsa tai ranteisiinsa tule hiertymiä ja etteivät raajat mene sijoiltaan. (Dementjeff 2005, 3) Lääkelaitos on antanut ohjeistuksen koskien sidonta-

järjestelmien turvallista käyttöä. Sänkyyn kiinnitettäessä tulisi aina varmistaa, että levoton potilas ei yllä sähkösäätöisen sängyn ohjainyksikköön. Vyötäröosan kanssa tulisi käyttää sivukiinnityshihnoja, joilla varmistetaan potilaan pysyminen sängyn keskellä. Sängynlaidat on lukittava yläasentoon. Tarkistettava on myös, ettei potilas ei pysty kuristumaan patjan ja sivulaitojen tai sängynpäätysten väliin ja tarvittaessa on käytettävä sivulaitojen suojuksia estämään potilaan raajojen jäämistä puristuksiin. (Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö 2005; Skogberg 2005)

Eri sairaanhoitopiireissä ja yksiköissä on tehty myös omia ohjeistuksia haittapahtumien ehkäisemiseksi. Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintaohjeiden mukaan potilaan vointia tulee tarkkailla puolen tunnin välein ja hänen tilastaan tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Potilaan asentohoidosta tulee huolehtia vähintään neljän tunnin välein painehaavojen ja ihorikkojen välttämiseksi. Asentohoittoa annettaessa tulee huomioida potilaan mahdollinen aggressiivisuus. (Karvonen 2009) Tampereen yliopistollisen sairaalan Ensiapu Acutan ohjeistuksessa (2009) koskien lepositeiden käyttöä sekavilla potilailla sanotaan lisäksi seuraavaa: Lepositeiden laittamisen yhteydessä on tarkistettava, ette potilaan saatavilla ole mitään, millä hän voisi itseään tai muita vahingoittaa. Käytön aikana on potilasta jatkuvasti valvottava, jolloin varmistetaan hoidon turvallisuus. Potilas vaatii aina tehostettua seurantaa, johon kuuluu turvallisuudesta ja hyvinvoinnista huolehtiminen vitaalielintoimintoja seuraamalla, raajojen lämmön ja värin seuranta ja lepositeiden käyttöön johtaneiden syiden seuranta ja arviointi. Sidotulla potilaalla tulee olla nimetty hoitaja. Hoito tulee merkitä potilasasiakirjoihin, ja merkinnät seurannasta on oltava jopa 20 minuutin välein tai tarpeen mukaan useammin. Potilaskertomuksesta on löydyttävä merkintä lepositeiden käytön syystä ja perusteluista muiden keinojen riittämättömyydestä, käytön alkamis- ja päättymisaika, sekä päätöksentekijän ja suorittajien nimet. Leposidehoidon jälkeen potilasta on valvottava tromboosien varalta. Hänelle on joko leposidehoidon aikana, tai viimeistään sen jälkeen selitettävä hoidon syy, ja hänelle kerrotaan oikeudestaan valittaa, jos hän on tyytymätön saamaansa kohteluun. (Eri-tyistarkkailuhuoneen ja lepositeiden käyttö Ensiapu Acutassa 2009)

Kun potilaan vapautta lähdetään rajoittamaan, on otettava huomioon laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010). Siinä ohjeistetaan, että käyttäjän tulisi hallita käyttämänsä laite niin, että hän ymmärtää miten se toimii ja mikä sen toiminnassa voi mennä pieleen. Terveysthuollon yksikössä olisi huolehdittava siitä, että laite on toimintakunnossa ja säännölliset huollot tehty. Käytettävien laitteiden tuntemus on tärkeää, sillä esimerkiksi levottoman potilaan sitomiseen käytettyihin välineisiin liittyviä kuolemia on ilmoitettu Lääkelaitokselle. Pelkällä vyötäröosalla sidottuja potilaita on pudonnut sängystä ja jäänyt roikkumaan rintakehän alueelle liukuneesta vyöstä, jolloin rintakehään kohdistunut paine on aiheuttanut potilaiden puristuskuolemia. (Skogberg 2005)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Tutkimusstrategia on tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuus, jonka suppeampana alakäsitteenä käytetään termiä tutkimusmetodi eli tutkimusmenetelmä. Tutkimusstrategian ja – menetelmän määrittää aiemmin valitut tutkimustehtävät ja – ongelmat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 128) Kvantitatiivista tutkimusta kutsutaan monella eri nimityksellä, kuten määrällinen, hypoteettis-deduktiivinen, eksperimentaalinen ja positivistinen tutkimus. (Hirsjärvi ym. 2007, 135–136) Se on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista vastaten kysymykseen kuinka moni, kuinka paljon, tai kuinka usein. (Vilkkä 2007, 13–14). Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat pohjaaminen ja johtopäätösten tekeminen aiemmista tutkimuksista ja teorioista, käsitteiden määrittely, havaintoaineiston soveltuminen määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen, muuttujien muodostaminen taulukomuotoon ja aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon, sekä päätelmien teko tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2007, 135–136)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa asioita, ominaisuuksia tai ilmiöitä. Tutkittavat asiat ja niiden ominaisuudet käsitellään numeerisesti, siis kuvaillen niitä numeroiden avulla. Tähän vaaditaan verraten suuri vastaajien määrä. Mitä suurempi otos on perusjoukosta, sen paremmin toteutunut otos vastaa keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta, ja siten sitä luotettavampi tutkimus on. Tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta säännönmukaisuuksia, jotka sitten esitetään teorioina. (Vilkkä 2007, 13–19)

Opinnäytetyössämme selvitämme muun muassa vapauden rajoittamisen keinoja ja syiden yleisyyttä, siis laskettavia asioita. Se pyrkii vastaamaan kysymyksiin kuinka paljon ja kuinka usein, kuten on kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä. Tällä tutkimusmenetelmällä saamme tietoa, jonka voimme esittää havainnollisesti taulukoin ja kuvioin. Menetelmä sopii työhön myös siksi, että siten saam-

me tutkimukseen mukaan kaikki kolme vuodeosastoa, joille aiheemme on merkityksellinen, sillä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista, ja tarkoituksenmukaista, olla suurempi otos.

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä aiheeksi käsitellä hoitajien keinoja vapauden rajoittamisessa somaattisessa hoidossa. Mukaan yhteistyöhön lähti kolme osastoa, joista tutkimuksen kohteena olivat kaikki hoitajat riippumatta nimikkeestä tai työsuhteen pituudesta. Aineiston keruun toteutimme kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisesti kyselylomakkeella. Kysymykset laadimme pohjaten ne hyväksytyihin tutkimustehtäviimme, joihin perustuu myös teoriakehyksemme (liite1). Kysymysten muoto oli vakioitu, joka tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysyttiin samat asiat. (Vilka 2007, 28) Muotoilussa käytimme likertinasteikkoa ja nominaaliasteikkoa. Likertinasteikko on järjestysasteikko, jota käytetään usein mielipidekyselyissä. Asteikossa keskikohdasta ylöspäin mentäessä samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan mentäessä samanmielisyys vähenee, esimerkiksi samaa mieltä ja eri mieltä. Nominaali- eli laatueroasteikoilla mitataan numeraalisesti asioiden samankaltaisuutta ja erilaisuutta. Tämän kaltaisia mitattavia asioita ovat esimerkiksi sukupuoli, ammatti ja siviilisääty. (Vilka 2007, 46–50) Lisäksi lomakkeessa oli muutama lisätietoa antava avoin kysymys. Esitestauslomakkeen vastauksen perusteella muotoilimme muutaman kysymyksen selkeämmäksi. Kyselylomakkeita vietiin osastoille yhteensä 50 kappaletta.

Aineiston analyysimenetelminä käytimme kysymyksistä riippuen tilastollista analyysia ja sisällönanalyysia. Strukturoitujen kysymysten analysointiin käytimme Statistical Package for Social Sciences, eli SPSS -ohjelmaa. SPSS on monipuolinen tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla voidaan täyttää tavallimmat tilastollisen analyysin tarpeet ja tehdä monia vaativampiakin tarkasteluja. Se on suunniteltu käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden tarpeisiin. (Nummenmaa 2004, 17) SPSS:llä voi aineistoa esittää ja kuvailla taulukkoina, tunnuslukuina ja grafiikkana. (Taanila 2009, 1) SPSS:ään syöttämämme aineiston muutimme taulukoista kuviomuotoon kuitenkin Excel-ohjelmalla, koska niiden

ulkoasu oli selkeämpi. Avoimet kysymykset analysoimme laadullisena materiaalina sisällönanalyysilla. Se merkitsee, että aineisto pelkistetään helposti kuvailtavaksi ja siitä erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Laadullinen aineistomme oli melko suppea ja tekstiosuudet pääosin lyhyitä, joten teemoittelun jälkeen ei enää ollut tarpeen tehdä tarkentavia luokitteluja.

5 TULOKSET

Kolmella yhteistyöosastollamme työskentelee yhteensä 76 hoitajaa. Näistä hoitajista kyselyymme vastasi 30. Vastausprosentti opinnäytetyömme kyselyssä oli siis 39 %. Hoitajien ikäjakauma oli melko tasainen, eniten vastaajia oli ikäluokista 25–30 (23,3 %) ja 41–50 (23,3 %). Myös hoitoalan työkokemus jakautui taysaisesti ja mukaili ikäjakaumaa.

5.1 Fyysinen rajoittaminen

37 % vastaajista kuvasi potilaan fyysistä rajoittamista potilaan vapaan liikkumisen tai liikkeen rajoittamiseksi. (Kysymyksessä ”Fyysinen vapauden rajoittaminen tarkoittaa mielestäni...”)

”Potilaan oman tahdon mukaisen liikkumisen estämistä.”

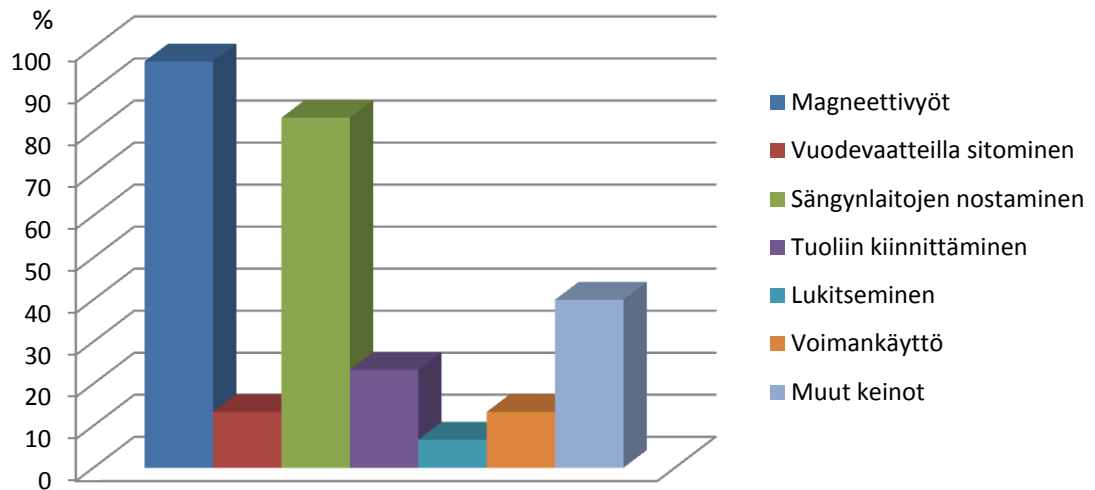
”Potilaan fyysinen liikkuminen rajoitetaan.”

Loput vastasivat kysymykseen luettelemalla fyysisen vapauden rajoittamisen keinoja, kuten kiinni pitäminen, sitominen eri tavoin, kiinnittäminen tuoliin, sängynlaitojen ylös nostaminen ja sulkeminen huoneeseen. 26,7 % kaikista vastaajista kuvasi fyysistä rajoittamista pelkästään sitomiseksi.

”Lepositeisiin laittoa.”

”Potilaan sitomista vuoteeseen.”

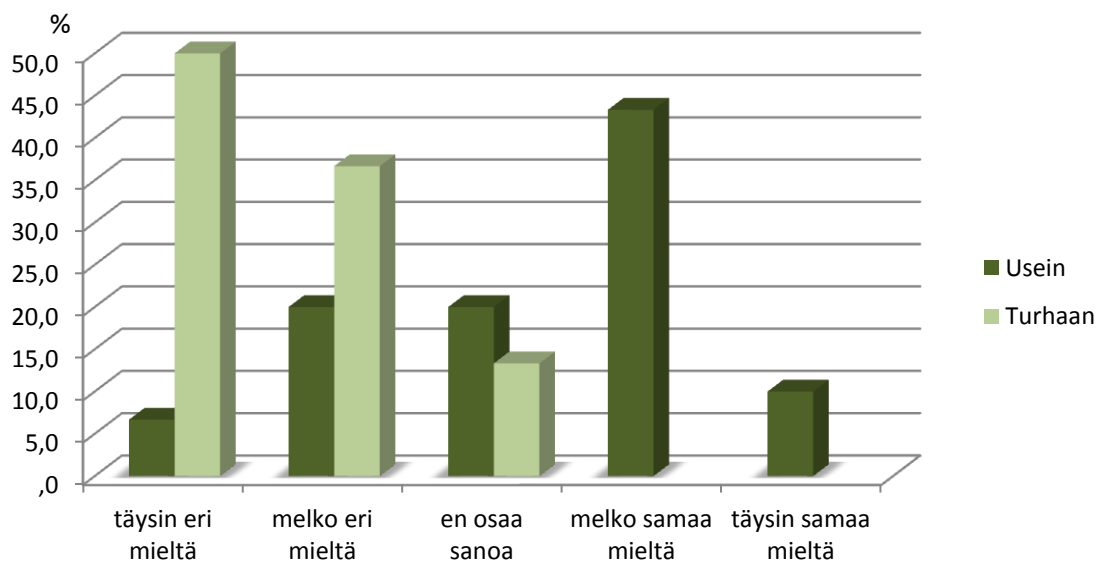
Kun vastaajille annettiin vaihtoehdot rajoittamiseen käytettävien keinojen selvittämiseksi, mainitsivat lähes kaikki vastaajat (96,7 %) magneettivyöt erääksi osastollaan käytettäväksi tavaksi rajoittaa potilasta. Toiseksi yleisin keino (83,3 %) oli sängynlaitojen ylös nostaminen (kuvio 2).



KUVIO 2. Vapauden rajoittamisen keinot

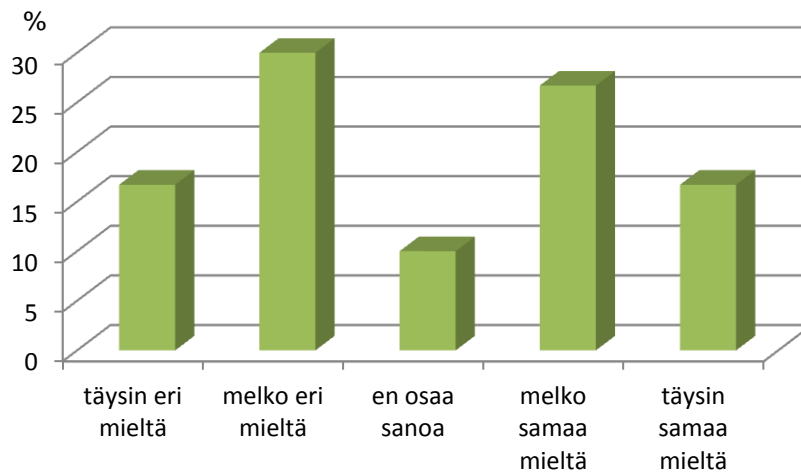
Useimmat vastaajat (81,8 %), jotka merkitsivät kohdan ”muut keinot”, mainitsivat käytettäväksi keinoksi käsiin tai jalkoihin kiinnitettävät tarrarannekkeet. Lisäksi yksi vastaaja mainitsi keinoksi vartijoiden käytön, ja yksi vastaaja lääkitsemisen.

Kysyimme myös, kokevatko hoitajat fyysisiä rajoitteita käytettävän usein tai turhaan. Yli puolet (53,3 %) vastaajista oli lähes samaa mieltä siitä, että fyysistä rajoittamista käytetään osastolla usein. Samalla jopa 86,7 % vastaajista oli täysin tai melko sitä mieltä, että rajoittamista ei käytetä turhaan (kuvio 3).



KUVIO 3. Fyysisen vapauden rajoittamisen käyttö osastoilla usein tai turhaan

46,7 % vastaajista oli melko tai täysin sitä mieltä, että uhkaavissa tilanteissa ei ole muita vaihtoehtoja kuin vapauden rajoittaminen. Lähes yhtä moni vastaaja (43,4 %) oli sitä mieltä, että vaihtoehtoja vapaudenrajoittamiselle saattaisi olla. (kuvio 4)



KUVIO 4. Fyysiselle vapauden rajoittamiselle on muita mahdollisuuksia osastolla

5.2 Turvallisuus

76,7 % hoitajista vastasi, että useimmiten potilaita rajoitetaan potilaan oman turvallisuuden takaamiseksi, eikä niinkään muiden potilaiden tai hoitajien turvallisuuden takaamiseksi. 86,6 % vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä, että he osaavat toteuttaa fyysistä vapauden rajoittamista turvallisesti itsensä kannalta, ja potilaan kannalta jopa 96,7 % vastaajista. Eräs vastaajista koki, että vaikka tilanne hoidetaan hyvinkin niin hoitajan turvallisuus saattaa vaarantua.

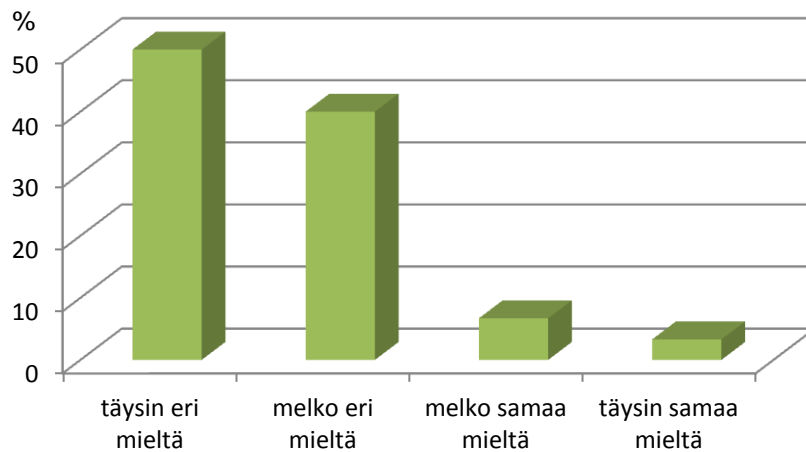
”Henkilökuntaa liian vähän, tilanne tulee nopeasti, vartija saadaan paikalle myös, silti tulee mustelmia, raajat saattavat vääntyä, selkävammoja, raapimavammoja.”

Myös potilaan turvallisuuden vaarantumisesta oli mainintoja, vaikka lähes kaikki vastaajat kokivatkin osaavansa turvallisen rajoittamisen keinot.

”Mustelmia, hiertymiä tarrasidoksista (INR-arvot pielessä, herkistää mustelmille) infektiot riski – ei ehdi vaihtaa hanskoja tai käsihuuhdetta käyttää jos tilanteet vaihtuvat nopeasti.”

”En ole saanut virallista koulutusta asiasta, vaan oppinut ”kikkoja” vanhemmilta kollegoilta. Koulutus olisi mielestäni tarpeen.”

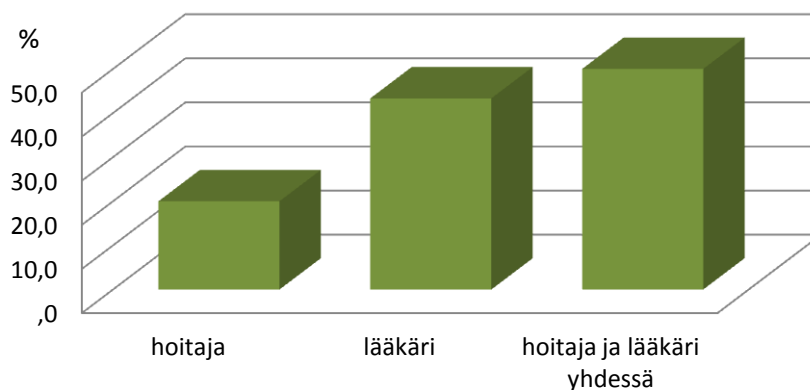
90 % kyselyn vastaajista oli täysin tai melko sitä mieltä, että osastolla ei ole tarpeeksi henkilökuntaa turvalliseen vapauden rajoittamiseen (kuvio 5). Vain 10 %, eli 3 vastaajaa, oli melko tai täysin sitä mieltä että henkilökuntaa on riittävästi.



KUVIO 5. Henkilökuntaa on riittävästi turvalliseen rajoittamiseen

5.3 Rajoittamisen päätöksenteko

Kyselyymme vastauksien mukaan hoitaja ja lääkäri päättävät yleensä yhdessä rajoittamisen aloittamisesta, kuitenkin lääkäri yksinään useammin kuin hoitaja yksinään (kuvio 6). Lähes kaikki (96,7 %) vastaajista kokivat, että aloitteen rajoittamisesta tekee useimmiten hoitaja. Eräs vastaajista vielä mainitsi, että lääkärin osallistuminen voisi olla parempaa, ja ohjeistukset selkeämpiä.



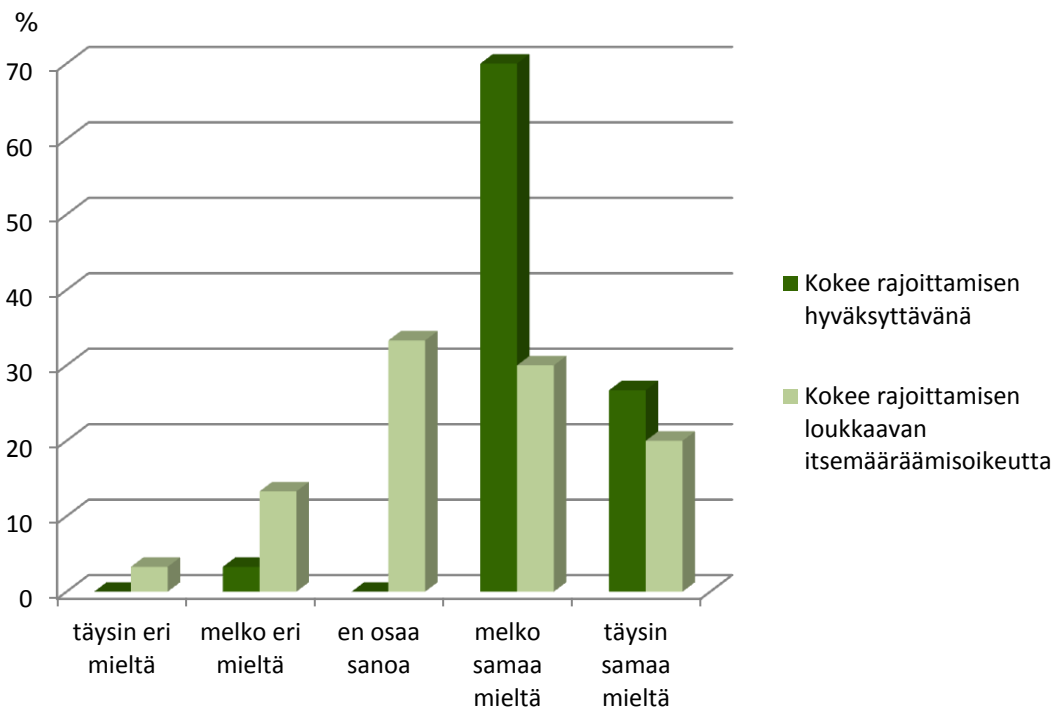
KUVIO 6. Päätöksentekijä rajoittamisen aloittamisessa

Yhteistyöosastoillamme määrystä rajoittamiselle kysytään useimmiten (70 %) ennen rajoittamisen aloittamista. Yli puolet vastaajista (56,7 %) mainitsi kuitenkin määrystä kysyttävän toisinaan myös rajoittamisen aikana, ja 20 % rajoittamisen jo päätyttyä.

5.4 Itsemääräämisoikeuden loukkaaminen

Kysyimme myös itsemääräämisoikeuteen liittyviä kysymyksiä. Kyselyssämme 76,7 % vastaajista oli melko tai täysin sitä mieltä, että he tuntevat fyysisen vapauden rajoittamisen taustalla olevan lainsäädännön ja ohjeet. 50 % vastaajista oli melko tai täysin sitä mieltä, että fyysinen rajoittaminen loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta (kuvio 7). Näistä vastaajista 25 % koki rajoittamisen loukkaavan itsemääräämisoikeutta sen vuoksi, että se estää potilaan vapaan liikumisen ja toimimisen. Toinen 25 % koki, että potilas menettää rajoittamistilanteissa koko itsemääräämisoikeutensa.

”No tietenkin niin, ettei ole itsemääräämisoikeutta, ne otetaan väliaikaisesti pois.”



KUVIO 7. Fyysisen vapauden rajoittamisen kokeminen hyväksyttävänä ja itsemääräämisoikeutta loukkaavana

Lähes kaikki (96,7 %) olivat melko tai täysin samaa mieltä siitä, että rajoittaminen on kuitenkin hyväksyttävää (kuvio 7). Tässäkin vastaajalla oli mahdollisuus selventää kirjallisesti, millaisissa tilanteissa hän kokee rajoittamisen hyväksyttäväksi. 68,9 % vastaajista mainitsi hyväksyttäväksi syyksi sekä potilaan itsensä tai jonkun muun henkilön turvallisuuden takaamisen.

”Jos potilas vahingoittaa itseään tai muita.”

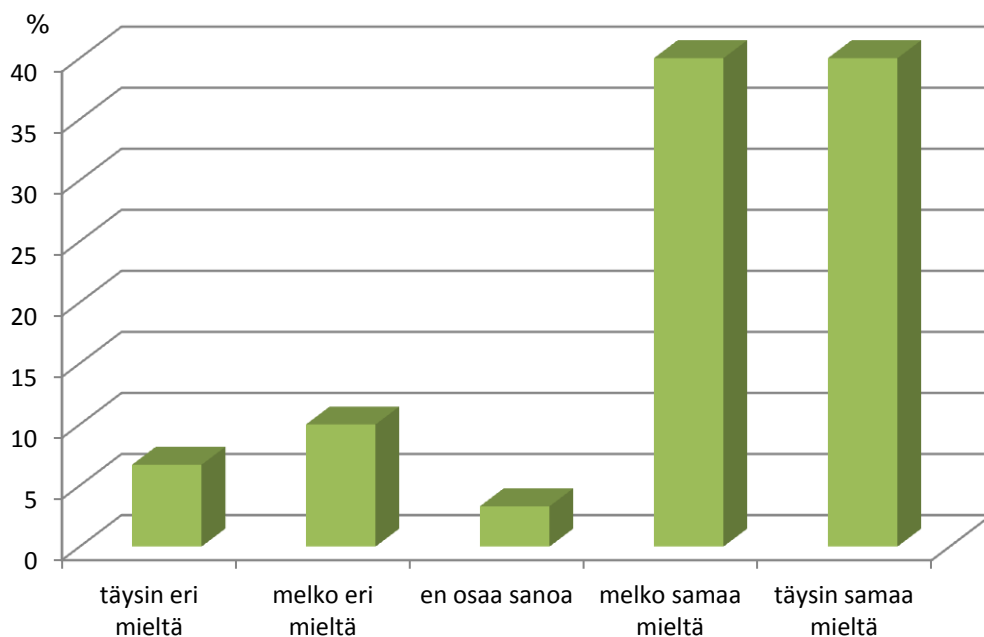
”Kun potilas on sekava, ei pysty keskustelemalla yhteistyökykyiseksi. On vaaraksi itselleen, muille potilaille tai/ja henkilökunnalle, kun hoito ei mahdollista.”

27,6 % mielestä vain potilaan oman turvallisuuden tai hänen hoitonsa vaarantuminen on hyväksyttävä syy rajoittamiselle.

”Potilaan oman turvallisuuden turvaamiseksi.”

”Jos se on ehdotonta potilaan oman turvallisuuden turvaamiseksi.”

80 % vastaajista mukaan potilaiden kanssa keskustellaan fyysisestä vapauden rajoittamisesta tai sen mahdollisuudesta. Kirjauksen suhteen 40 % oli täysin sitä mieltä, että rajoittamisesta kirjataan aina, kun 16,7 % vastaajista oli täysin tai melko eri mieltä (kuvio 8).



KUVIO 8. Vapauden rajoittamisesta kirjataan aina potilasasiakirjoihin

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimushaasteet

Seuraavaksi käsitellään tarkemmin saatuja tuloksia ja rinnastetaan niitä aikaisempiin tutkimuksiin. Tulokset käsitellään yhteydessä opinnäytetyön tehtäviin, jotka ovat tutkimussuunnitelmaan laadittu. Aihepiirit ovat fyysisen vapauden rajoittamisen määrittely, vapauden rajoittamisen syyt somaattisessa hoidossa, päätöksentekijä rajoitustoimissa, hoitajien rajoittamiseen käyttämät keinot ja itsemääräämisoikeus suhteessa vapauden rajoittamiseen.

Fyysisen vapauden rajoittamisen merkitys koetaan kyselymme tuloksien perusteella hyvin samaan tapaan. 37 % vastaajista oli yhtä mieltä kuvatessaan potilaan fyysistä rajoittamista yleisesti potilaan vapaan liikkumisen tai liikkeen rajoittamiseksi. Tämä käsitys on linjassa tutkimusteoriamme kanssa, jonka mukaan fyysinen vapauden rajoittaminen on jonkin välineen avulla tietoisesti tapahtuvaa vapaan liikkumisen estämistä (Saarnio 2009, 22–23). Myös muut kyselymme vastaajat ajattelivat samansuuntaisesti, mutta luettelivat keinoja, jotka kokevat rajoittamiseksi. Yleisin yksittäinen keino oli selvästi sitominen jo senkin vuoksi, että 23 % vastaajista mainitsi sen ainoaksi fyysisen rajoittamisen keinoksi, ja kaikki vastaajat jotka luettelivat keinoja, mainitsivat sitomisen. Vielä tällä perusteella ei voida ajatella sitomisen olevan kuitenkaan välttämättä yleisimmin käytetty fyysisen rajoittamisen muoto, vaan vastaajien mielle rajoittamisesta. Vastaajien luettelemat keinot olivat kuitenkin pääosin samoja kuin mitä annoimme vaihtoehtoisiksi kysymyksessämme: magneettivyöt, vuodevaatteilla sitominen, sängynlaitojen nostaminen, tuoliin kiinnittäminen, lukitseminen ja voimankäyttö (kuvio 2). Tässä kohtaa yleisimmäksi keinoksi osoittautuivat magneettivyöt, ja muutkin sitomiseksi lukeutuvat vaihtoehdot (vuodevaatteilla sitominen ja tuoliin kiinnittäminen) olivat käytössä muutaman (13–23 %) hoitajan mielestä. Lisäksi 30 % vastaajista merkitsi ”muu” kohtaan tarrarannekkeet eli lepositeet, joilla sidotaan potilaan raajoja kiinni, yleensä vuoteeseen. Nyt voidaan tehdä johtopäätös, että sitominen eri menetelmin on vastaajien mukaan osastoilla yleisin fyysisen rajoittamisen keino. Toiseksi yleisin keino olisi sängynlaitojen ylös nos-

taminen, joskin yhteensä viisi vastaajaa koki, ettei heidän toimipisteessään käytetä tätä keinoa potilaan rajoittamiseksi ollenkaan.

Kun fyysinen vapauten puuttuminen pitäisi kuitenkin olla viimeinen vaihtoehto puututtaessa esimerkiksi aggressiivisen potilaan toimintaan (Leppänen 2004, 23), voi ajatella sitomisen olevan melko raskas yleisimmäksi rajoittamisen keinoksi. Toisaalta emme tarkastelleet hoitajien vaihtoehtoisia toimintakeinoja fyysisen vapauden rajoittamisen rinnalla kovin tarkasti. Kysyimme, kokevatko hoitajat uhkaavissa tilanteissa olevan vaihtoehtoisia toimintatapoja, mutta vastaukset olivat kovin hajanaisia (kuvio 4). Hoitajat eivät siis tämän tutkimuksen tuloksen mukaan olleet johdonmukaisen samanmielisiä siitä, onko vaihtoehtoja tai resursseja niihin olemassa. Tässä voisi olla hyvä jatkotutkimusaihe – mitä ensisijaisia keinoja käytetään pyrittäessä välttämään fyysistä rajoittamista, ja kuinka paljon, ja olisiko hoitajilla tai potilailla kehitysehdotuksia. Somaattisessa hoidossa tätä ei ole tutkittu, mutta Kyngäksen ja Timlinin tutkimuksessa (2007) psykiatriset hoitajat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että vaihtoehtoisia tapoja on, ja lähes kaikki hoitajat käyttivätkin keskustelua ensisijaisena keinona potilaan rauhoittamiseen.

Yhteistyöosastoillamme tapahtuu fyysistä vapauden rajoittamista melko paljon. Tämä johtuu pitkälti osastojen luonteesta. Fyysistä vapauden rajoittamista käytetään viitekehyksemme mukaan muun muassa dementian, runsaan lääkkeiden tai päihteiden käytön (Halila 2010, 11; Saarnio 2009, 26), tai postoperatiivisessa hoidossa yleisen sekavuustilan aiheuttaman sekavan ja mahdollisesti väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi (Kivelä, Rahkonen & Sulkava 2002, 4807–4810). Meidän tutkimuksemme mukaan syyt ryhmittäytyvät neljään ryhmään: vahingollisuus itselle tai muille, dementia, postoperatiivinen delirium ja delirium tremens. Valitettavasti vastaajamme ovat esitestauksen jälkeen tehdyistä korjauksista huolimatta kokeneet aiheutta koskevan kysymyksemme hieman eri tavoin kuin tarkoitimme, ja jopa 100 % vastaajista kertoi syyksi vahingollisuuden. Heistä vain 26,7 % mainitsi jonkin perimmäisen syyn tälle vahingollisuudelle. 16,7 % kaikista vastaajista mainitsi delirium tremensin, 10 % postoperatiivisen deliriumin ja 10 % dementian. 16,7 % hoitajista toi oma-aloitteisesti esiin resurssien tarpeen, ja kertoi, että lisäämällä henkilökunnan määrää rajoittamista voitaisiin

vähentää. Kuitenkaan Etenen (2009) mukaan henkilökunnan liian pieni mitoitus ei saisi olla peruste rajoitustoimenpiteiden käyttöön.

Turvallisuusnäkökulmasta osastoilla rajoitetaan potilaita yleisimmin potilaan oman turvallisuuden vuoksi (76,7 %), esimerkiksi sekavat potilaat eivät anna hoitaa itseään tai levottomuus aiheuttaa kaatumisriskin. Turvallinen ympäristö on kuitenkin jokaisen potilaan oikeus (Bacman, Isola & Saarnio 2007, 105, 115; Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, 465). Hoitajat eivät niinkään käytä fyysistä vapauden rajoittamista oman turvallisuutensa takia: vain 3,3 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilasta rajoitetaan hoitajien turvallisuuden vuoksi. Useasti potilaiden aggressiivisuus kuitenkin kohdistuu hoitajiin, ja hoitohenkilökunnalla on yhtenevä oikeus turvalliseen työympäristöön kuin potilailla (Kyngäs & Timlin 2007, 183). Fyysisen vapauden rajoittamisen aikana hoitohenkilökunta pystyy hallitsemaan potilasta paremmin ja näin hoitotyöstä tulee turvallisempaa sekä potilaalle, että hoitajille (Bacman, Isola & Saarnio 2007, 105, 115; Fitzgerald, Hadjistavropoulos & MacNab 2009, 465.). Vastaajat (90 %) myös kokivat, että aina ei ole tarpeeksi henkilökuntaa suorittamaan fyysistä vapauden rajoittamista turvallisesti. Tilanteet tulevat äkkinäisesti ja silloin potilaalle saattaa tulla mustelmia ja erilaisia vammoja. Kumpi on siis eettisesti oikein, sillä molemmissa tapauksissa potilas saa olla kärsijänä. Hoidon on oltava rajoittamisen aikana hyödyllisempää kuin hoitamatta jättäminen ja fyysinen vapauden rajoitus on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä (Halila 2010, 11; Kaivola & Lehtonen 2006, 3354). Rajoittaminen on siis vain hetkellistä ja potilas saa sekavuudestaan huolimatta tarvitsemansa hoidon.

Vapauden fyysisestä rajoittamisesta säädetään mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa, päihdehuoltolaissa ja rikoslaissa, mainitsematta kuitenkaan varsinaisesti somaattista hoitoa (Paunio 2005, 6-7). Potilaan itsemääräämisoikeutta taas tarkastellaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sekä Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996). Kyselyssämme varsin moni hoitaja (76,7 %) oli sitä mieltä, että he tuntevat asiaan kuuluvat lait ja ohjeet. Kaksi hoitajaa kuitenkin toivoi tarkempia ohjeita fyysiseen vapauden rajoittamiseen liittyen. Lisäksi melko moni hoitaja koki tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta, jotta rajoittamista voisi toteuttaa turvallisesti potilaan ja työntekijän kannalta. AHHA-koulutus esimerkiksi on kehitetty Pitkänniemen sairaalassa ja Tampereen yliopistollises-

sa sairaalassa. Koulutus on väkivallan ennaltaehkäisyyn ja turvalliseen hoitoon sosiaali- ja palvelu- ja terveysalalla. (Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö)

Hoito tulisi tapahtua sairaalassa potilaan kanssa yhteistyössä ja potilaan tahtoa kuunnellen. Näin säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista ja sekä sanotaan myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa. Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan aina vapauden rajoittamisen yhteydessä, koska se on aina potilaan tahdon vastaista. Yhteistyösastomme vastaajista vain puolet oli sitä mieltä, että fyysinen vapauden rajoittaminen jollain tapaa loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta (kuvio 7). Näistä vastaajista neljäsosa koki rajoittamisen loukkaavan itsemääräämisoikeutta sen vuoksi, että se estää potilaan vapaan liikumisen ja toimimisen. Toinen neljäsosa koki, että potilas menettää rajoittamistilanteissa koko itsemääräämisoikeutensa. Samoilla linjoilla on Irma Pahlman väitöskirjassaan (2003), jossa hän toteaa, että itsemääräämisoikeus voidaan katsoa olevan potilaalta tilanteen mukaan joko väliaikaisesti kai kokonaan menetetty. Tällöin on paternalismi, eli itsemääräämisen kaventaminen potilaan parhaaksi sallittavissa. (Pahlman 2003, 181) Kuitenkin, jos potilas itse ei pysty toiveistaan kertomaan, kuten usein on kun fyysistä vapauden rajoittamista tarvitaan, tulisi ensin keskustella omaisten tai edunvalvojan kanssa. Tällöin hoitaja toimii potilaan asianajajana.

Koiviston ja Kontion tutkimuksissa potilaat ovat kertoneet vapauden rajoittamisen olleen sekä positiivinen että negatiivinen asia. Hoitajan käytöksestä vapauden rajoittamisen aikana paljon riippuu se miten potilaat ajattelevat asiasta jälkikäteen ja minkälainen kuva itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta muodostuu. Backman, Isola ja Saarnio artikkelissaan kertovat potilaiden ja heidän omaisensa kokevan vapauden rajoittamisen yleensä ristiriitaisena: toisaalta rajoittaminen koettiin tuovan turvallisuutta, mutta toisaalta taas loukkaa itsemääräämisoikeutta. (Backman ym. 2007, 110). Helpotusta tähän ristiriitaan varmastikin tuo keskustelu, jota 80 % vastaajistamme kertoi käyvänsä potilaiden kanssa fyysisestä vapauden rajoittamisesta ja sen mahdollisuudesta. Potilaat saavat kertoa hoitajille mielipiteensä ja asioista voidaan keskustella, esimerkiksi vapauden rajoittamistilanteen jälkeen, kun sekavuus helpottuu.

Määräyksen fyysisen rajoittamisen aloittamisesta tulisi aina tulla lääkäriltä, ja hänen tulisi myös arvioida rajoitustoimien tarve. (Jaakkola ym. 2004, 90) Yhteistyösastollamme päätöksen tekevät useimmiten (50 %) lääkäri ja hoitaja yhdessä, ja joissain tilanteissa (20 %) päätöksen saattaa tehdä myös hoitaja yksin (kuvio 6). Hoitaja on kuitenkin useimmiten (96,7 %) aloitteen tekijänä. Tämä on hyvin loogista, koska hoitaja on potilaan kanssa koko ajan ja tarkkailee potilasta, mutta lääkäri vain hetken. Valvirankin (2011) mukaan lääkärin olisi suotavaa käyttää hoitajan asiantuntemusta arvionsa tekemisessä. Käytännössä lääkärin arviointia rajoittamisen aloittamiselle ei monesti pystytä toteuttamaan ainakaan reaaliajassa. 30 % vastaajistamme oli sitä mieltä, ettei määräystä rajoittamiselle päästä kysymään ennen rajoittamisen aloittamista, ja 20 %:n mukaan lupa saatetaan kysyä myös rajoittamisen jälkeen. Valviran (2011) mukaan kiireellisissä tapauksissa hoitajien onkin sopivaa tehdä päätös, kunhan lääkäriä informoidaan mahdollisimman nopeasti.

Valvira ohjeistaa kirjaamaan potilaan hoitosuunnitelmaan fyysisestä vapauden rajoittamisesta. Hoitosuunnitelmiin tulisi kirjata myös turvavälineen käytön peruste, käyttö ja kesto. Lisäksi kirjaamisen tulisi olla rajoittamisen aikana säännöllistä. (Valvira 2011) Yhteistyösastollamme kirjaa aina vastauksien mukaan ainoastaan 40 % hoitajista (kuvio 8). Myös erilaiset ohjeet, esimerkiksi Uudenaan sairaanhoitopiirin toimintaohjeet, kehottavat kirjaamaan vapauden rajoittamisen aikana hyvin useinkin. Kehittämisehdotuksena osastoille voisi tehdä lomakkeen, johon kirjataan systemaattisesti potilaan tilaa vapauden rajoittamisen aikana. Tämän lomakkeen voisi liittää potilaan asiakirjoihin.

Tulevaisuudessa fyysistä vapaudenrajoittamista voisi tutkia HaiPro-ilmoitusten perusteella. Materiaali tutkimukseen olisi silloin valmis ja silloin saataisiin todellista tietoa siitä kuinka paljon fyysistä vapaudenrajoittamista todellisuudessa tapahtuu, minkälaista se pääosin on ja millaisissa yhteyksissä sitä tapahtuu. HaiPro-ilmoitusten käyttö on vielä melko uusi asia, mutta muutaman vuoden sisällä sitä varmastikin uskalletaan käyttää enemmän. Jos fyysistä vapauden rajoittamista tutkittaisiin tarkemmin, ehkä voitaisiin keksiä toisenlaisia, pehmeämpiä tapoja hoitaa muun muassa sekavia potilaita. Lisätutkimukset herättäisivät myös uusia ajatustapoja hoitohenkilökunnassa.

6.2 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta kuvataan käsitteillä reabiliteetti ja validiteetti. Nämä yhdessä muodostavat mittarin, jolla voidaan mitata kokonaisluotettavuutta. Validiteetti kuvaa sitä, onko onnistuttu mittaamaan sitä, mitä alussa haluttiin. Validius liittyy aina tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Kyselytutkimuksissa tämä tarkoittaa sitä, saadaanko kysymysten avulla vastaus tutkimusongelmaan. Reabiliteetti mittaa sitä, voidaanko tulokset toistaa ja ovatko tulokset pysyviä. (Tuomi 2007, 149–150)

Haimme tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme yhteistyösairaalamme Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Validiteetin toteutumista huomioimme jo alusta alkaen. Tässä yhteydessä lupauduimme toteuttamaan tutkimuksen anonymisti niin, ettei kenenkään nimeä tule näkyviin. Myöskään kyseenomaista sairaalaa tai osastoja ei opinnäytetyössämme nimetä, vaan puhumme Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä. Tunnistettavuuden estäminen eli anonymisointi on tärkeää eettisesti – lähtökohtana on suojella tutkittavia mahdollisilta negatiivisilta seurauksilta. Tunnistettavuuden lupaus takaa myös luotettavimmat tulokset. (Kuula 2006, 201) Anonymisointi on myös lain edellyttämää; muun muassa henkilötietolaki määrää tietosuojasta (Vilkka 2007, 95).

Aineiston keruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta (liite 2). Opinnäytetyössämme käytetty kyselylomake pohjautuu teoriaan, jota tutkimme ennen kuin lähdimme suunnittelemaan ja tekemään itse lomaketta. Kysymykset lomakkeeseen olemme itse kehitelleet, miettien miten saisimme parhaiten vastaukset tutkimustehtäviimme. Kyselylomakkeen liitimme tutkimuslupahakemukseen. Luvan saatuaamme lähetimme kyseisen lomakkeen kolmelle osastolle, jo alkuvaiheessa nimetyille työelämätahon hoitajille, esitestausta varten. Yhdestä lomakkeesta saimme takaisin palautetta ja muokkasimme hieman kysymyksiä haluttuun suuntaan. Myös ohjaavan opettajan kanssa kävimme lomakkeen kysymyksiä tarkasti läpi. Tämä kaikki parantaa työmme validiutta. Tuloksien siirrossa analysointiohjelmaan noudatimme ehdotonta huolellisuutta, jotta vastaukset tulisivat kirjatuiksi oikein. Alkuperäiset kyselylomakkeet olemme säilyttäneet prosessin ajan lukitussa

kaapissa ja ne tuhotaan polttamalla, jolloin tiedot jäävät talteen vain sähköisessä muodossa täysin anonyymeinä.

Osastoilla oli tarkoitus järjestää työntekijöille esittely ennen kyselylomakkeiden jakoa. Valitettavasti esittely järjestyi vain yhdelle osastolle, ja se vaikuttikin huomattavasti saamiemme vastausten määrään. Kaikkiaan 76 hoitajasta 30 vastasi, jolloin vastausprosentti koko ryhmästä jäi melko pieneksi (39 %). Eniten vastaajia oli sillä osastolla, johon oli osastonhoitaja järjestänyt esittelytilaisuuden. Osastoilla oli myös paljon sijaisia työssä, joten he saattoivat jättää vastaamatta, koska eivät tienneet tarpeeksi osastojen fyysisestä vapauden rajoittamisesta. Toisaalta saimme vastauksia kuitenkin enemmän kuin tutkimussuunnitelmaa tehdessä odotimme. Koska kyselymme oli vain kolmella osastolla ja vastausprosenttikin jäi melko pieneksi, jäi reabiliteetin suhteen parantamisen varaa. Tällöin tuloksia ei voida yleistää. Tuloksista saa kuitenkin suuntaa antavan kuvan näiden kolmen osaston toiminnasta ja siellä tapahtuvasta fyysisestä vapauden rajoittamisesta. Tuloksia tarkastelemme rehellisesti, sepittelemättä ja kaunistelematta.

Eettisesti hyväksytyssä tutkimuksessa ei saa olla luvatta lainattua tekstiä eli plagiointia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26) Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet kaikessa lainatussa tekstissä asiaan kuuluvia, oikeanlaisia lähdeviitteitä. Lähdekritiikkiä olemme käyttäneet valitessamme lähteitä. Olemme käyttäneet muun muassa paljon väitöskirjoja, joista on asialliset viitteet lähdeluettelossa. Internet-lähteistä olemme käyttäneet verkko-lehtiä ja alan ammattilaisten kirjoittamia artikkeleita. Olemme pyrkineet käyttämään uusinta tietoa ja uusimpia artikkeleita.

6.3 Yhteenveto

Teoreettisessa viitekehyksessämme (kuvio 1) esittelemme itsemääräämisoikeuden ja potilaan oikeudet ikään kuin vastapuolena rajoittamisen syille, jotka perustuvat turvallisuuden ylläpitämiseen. Ne linkittyvät kuitenkin vahvasti toisiinsa ja rajoitustoimia tehtäessä onkin otettava molemmat huomioon. Hoidettaessa on hyödyn oltava haittaa suurempi, mutta aina rajan veto ei ole helppoa.

Monet eettiset ohjeet asettavat fyysisen rajoittamisen huonoon valoon sikäli, että itsemääräämisoikeutta, vapautta ja koskemattomuutta pidetään niin suuressa arvossa. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen rajoittamista ei pystytä toteuttamaan. Kyselyssämme puolet hoitajista koki rajoittamisen itsemääräämisoikeutta loukkaavaksi, mutta lähes kaikki kuitenkin hyväksyivät sen. Äkiseltään asetelma voi tuntua ristiriitaiselta, mutta ajattelussa on kuitenkin perää. Perustuslaissakin vaaditaan kaikille ihmiselle oikeutta turvallisuuteen, ja potilasturvallisuus on hyvän hoidon perusta ja jokaisen potilaan oikeus. Voidaan ajatella, ettei itsemääräämisoikeus kata oikeutta oman hengen tai muiden turvallisuuden vaarantamiseen. Tästä saamme oikeutuksen fyysiselle vapauden rajoittamiselle: Rajoittaminen on pienempi paha potilaalle, kuin mitä saattaisi tapahtua ilman sitä, ja rajoittamisen avulla turvataan myös muiden potilaiden ja henkilökunnan turvallisuutta. Huomiota ei voida kiinnittää vain yhteen ihmiseen ja tämän oikeuksiin, vaan on ajateltava yhteistä hyvää.

Tässä kohtaa on kuitenkin tarpeen pohtia, onko kaikki rajoittaminen aiheellista. Opinnäytetyömme mukaan fyysistä vapauden rajoittamista tapahtuu melko paljon. Rajoittamisen tulisi olla aina viimeisin keino ja tilanne on selvitettävä ensisijaisesti ilman pakkoa. Tavoitteena on oltava rajoitustoimien vähentäminen. Pohdimme, onko rajoittamisesta muodostunut osittain tapa? Onko sitominen ”liian helppo” keino saada levoton potilas rauhoittumaan? Käytetäänkö ennaltaehkäiseviä keinoja systemaattisesti, vai menneenkö rajoittamiseen oikoteitä? Usein vedotaan resurssien puutteeseen, vaikka hoitajien vähyys ei saisi olla rajoittamisen syynä. Toisaalta osastoilla ei usein kerta kaikkiaan ole varaa laittaa useaa hoitajaa vahtimaan jatkuvasti potilasta, tai tiloja sijoittaa heitä omiin huoneisiinsa. Tällöin sitomisen usein katsotaan olevan ainoa keino osaston rauhan ja turvallisuuden takaamiseksi. Toisaalta sitominen ilman valvontaa ei sekään ole potilaalle turvallista ja väkivaltaisellakin potilaalla on oikeus turvalliseen hoitoon.

On myös hyvä pohtia keitä potilaita on sopiva fyysisesti rajoittaa. Järkevän aikuisen rajoittaminen ei ole sallittua, vaan hänellä on täysi oikeus kieltäytyä hoidosta. Toki muiden turvallisuuden ollessa uhattuna on ketä hyvänsä oikeus rajoittaa, ja paikalle voidaan kutsua vartijat. Potilaalta kannattaa pyytää kirjallinen dokumentti hoidosta kieltäytymisestä siltä varalta, että tämä muuttaa mielensä

myöhemmin. Joskus on kuitenkin vaikea sanoa kuka on kykenevä tekemään itseään koskevia päätöksiä. Tässäkin tilanteessa on rajoittamislupaa kysyttävä lääkäriltä, jonka tulee tehdä päätös kaikissa rajoittamistilanteissa. Tarvittaessa lääkäri voi konsultoida psykiatriaan erikoistunutta lääkäriä.

Ennaltaehkäisyllä voisimme välttyä monelta väkivaltatilanteelta ja sitä kautta vapauden rajoittamiselta. Ennakointia voisi kehittää, ja laatia yhteisiä toimintamalleja uhkaaviin tilanteisiin. Keskustelua ja hoitajan asennetta potilasta kohtaan voisi korostaa erityisesti varhaisessa puuttumisessa. Stressi, hätä ja tyytymättömyys lisäävät riskiä väkivaltatilanteisiin. Myös hyvällä kivunhoidolla ja rauhoittavien lääkkeiden asianmukaisella käytöllä on suuri merkitys. Ennaltaehkäisy on olennaista paitsi potilaiden turvallisuuden myös hoitajien hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen vuoksi. Lisäksi resurssit saadaan säästettyä normaaliin hoitotyöhön, jos rajoitustilanteilta vältytään. Potilaan rajoittamiseen tarvitaan usein useampaa hoitajaa ja sillä työllistetään myös lääkäriä, lisäksi kirjaustyöt lisääntyvät ja omaisiinkin tulisi olla yhteydessä.

Rajoitustoimiin päädyttäessä voitaisiin panostaa ”lievempiin” rajoituskeinoihin. Lievemmillä keinoilla tarkoitamme menetelmiä, jotka mahdollistavat potilaan liikkumista ja tahdon toteutumista mahdollisimman paljon, esimerkiksi kiinnittäminen pyörätuoliin. Yleisin osastoilla käytettävä fyysinen rajoituskeino on kuitenkin sitominen. Voisiko potilaalle epämiellyttävältä ja haitalliseltakin toimenpiteeltä välttyä, jos esimerkiksi osaston ovet voitaisiin lukita tai potilaalle järjestää oma huone? Työnantajalla on velvollisuus huolehtia henkilökunnan riittävästä osaamisesta myös fyysisen rajoittamisen suhteen. Koulutuksessa voisi käsitellä ennaltaehkäisyä, vaihtoehtoisten lievempien menetelmien käyttämistä sekä turvallista leposidehoitoa. Myös eettisiä näkökulmia voisi tuoda esiin.

LÄHTEET

Avelin, T & Lepola, L.2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. HAMK. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Backman, K., Isola, A., Saarnio, R. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44: 109–119.

Dementjeff, K., Haukkapaasi, M., Jussila, T. & Pirttilahti, A. 2005. Potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen KYSin somaattisilla vuodeosastoilla ja päivystysalueella sekä turvasäilöseuranta päivystysalueella. Hallinnollinen ohje 26/2005. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009–2013, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Luettu: 27.4.2011.http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Engberg, J., Castle, N. & McCaffrey, D. 2008. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The Gerontologist* 48(4), 442-452.

Erityistarkkailuhuoneen ja lepositeiden käyttö Ensiapu Acutassa. 2009. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito.
<http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix01379>.

Etene. 2009. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. Sosiaali- ja terveysministeriön kannanotto. Luettu 23.11.2010.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17279&name=DLFE-582.pdf.

Fitzgerald, T.G., Hadjistavropoulos, T. & MacNab, Y.C. 2009. Caregiver Fear of Falling and Functional Ability among Seniors Residing in Long-Term Care Facilities. *Gerontology* 55, 460—467.

Halila, R. 2010. Itsemääräämisoikeuden rajat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys. Luettu 29.12.2010.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1199380&name=DLFE-10933.pdf.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 103.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 128, 135–136.

Huusko, T. 2008. Leikkauksen yhteydessä ilmenevälle deliriumille altistavia tekijöitä. Julkaistu 2.4.2008. Luettu 26.1.2011. Käypä hoito suositukset.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00888>.

- Jaakkola, H., Koivunen, O. & Lehestö, M. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita, 89-90.
- Kaivola, J. & Lehtonen, L. 2006. LePOSITEIDEN KÄYTTÖ LEVOTTOMALLA MYRKYTYSPOTILAALLA. Suomen lääkäri-lehti 34/2006 vsk 61, 3351–3355.
- Karvinen, M. 2010. Väkivalta tunkee sairaalaan. Sairaanhoitaja-lehti 3/2010, 12-17.
- Karvonen, J. 2009. Potilaaseen kohdistuvat suoja-/rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa. Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki. 117
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kivelä, S-L., Rahkonen, T. & Sulkava, R. 2002. Iäkkäiden delirium ja sen seuraukset – mitkä ovat ehkäisyn mahdollisuudet? Suomen lääkäri-lehti 47/2002 vsk 57, 4807–4810.
- Knuutila, J. & Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1:2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadunhallinta. Yliopistopaino. Helsinki.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 382.
- Koivuranta, E. 2002. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, Helsinki.
- Kurki, R. & Pammo, H. 2010. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY, 140.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino, 201.
- Kyngäs, H. & Timlin, U. 2007. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotiede vol. 20, 4/2008, 185-186, 189.

Laijärvi, H., Pitkänen, A. & Välimäki, M. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* vol. 17, 4/2005, 239.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkola, M. (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 21-29.

Launis, V. 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2/2010. Vammalan kirjapaino Oy: Sastamala, 136-137.

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium, *Suomen lääkirlehti* 46/2005 vsk 60, 4751-4755.

Laurila, J. 2007. Vanhuksen perioperatiivinen sekavuus. *Anestesia*luennot. Suomen anestesia sairaanhoitajat ry.
http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_07/VANHUSTEN%20PERIOPERATIIVINEN%20SEKAVUUS%20JOUKO%20LAURILA.pdf.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Leppänen, M. 2004. Hallittu terapeuttinen fyysinen rajoittaminen-toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. *Terveyshallinnon ja -talouden laitos*. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. 2011. Valvira. Luettu: 11.5.2011:
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mäkelä, R. 2010. Juoppohulluus ja muut alkoholipsykoosit. Julkaistu 6.4.2006. Päivitetty 3.2.2010. Luettu 6.12.2010. Päihdelinkki.
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/236-juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit>.

Nummenmaa, L. 2004. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Vammalan Kirjapaino Oy: Vammala

Pahlman, I. 2003. *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Oikeustieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Partanen, P. & Heikkinen, T. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2004. Työolosuhteet hoitotyössä vuonna 2005. *Sairaanhoitajakyselyn tuloksia*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Paunio, R-L. 2005. Ihmisoikeudet demensihoidossa. Suomen demensiyhdistyksen järjestämä seminaari: Eettiset arvot demensoituneiden hoidossa – de-

mentiapotilaan itsemääräämisoikeus, 1, 6-7.

<http://www.oikeusasiamies.fi/dman/Document.phx?documentId=aa15305134400481&cmd=download>.

Pitkälä, K., Laurila, J., Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2010. Sekavuustila. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 213-225.

Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö. 2005. Lääkelaitos. Laiteturvallisuuustiedote 1/2005.

http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/Ajan_kohtaista_Laiteturvallisuuustiedote_1_2005.pdf

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 26/2006. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>, luettu 3.5.2011.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Rikoslaki. 19.12.1889/39.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Terveystieteiden laitoksen lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Sarvimäki, A & Stenbock-Hult. 2009. Hoitotyön etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Skogberg, N. 2005. Laitteiden käytettävyydessä on vielä kehitettävää. Sairaanhoitajaliitto 4/2005. Luettu 25.5.2011.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajan_lehti/4_2005/muut_artikkelit/laitteiden_kaytettavyydessa_on_v/.

Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 –2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 3/2009. Luettu 11.5.2011:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Taanila, A. 2009. SPSS OPAS. Helsinki: Haaga-Helia ammattikorkeakoulu:
<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/spss.pdf>

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Potilasturvallisuussuunnitelma. Luettu:
11.5.2011:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus/potilasturvallisuussuunnitelma

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi, 149-150.

Työturvallisuus ja turvallinen hoitotyö. Koulutusta palvelu- ja sosiaalialan sekä hoitotyön ammattilaisille Luettu: 9.8.2011: <http://mapa.nettisivu.org/ahhamapa/>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 93-94.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi, 13-19.

Väänänen, H. 2006. Postoperatiivinen delirium. Orton invalidisäätiön verkkolehti. Luettu 4.1.2011.
<http://orton.navigo.fi/html/orton/www.invalidisaatio.fi/verkkolehti/alasivue112.html?cd=210962&doc=212706&bigcd=210957>.

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

LIITE 1: 1 (3)

TEKIJÄT, VUOSI	MITÄ TUTKITTIIN	KOHDERYHMÄ, TUTKIMUSAINEI STO	TUTKIMUSMENETE LMÄ	KESKEISET TULOKSET
Reetta Saarnio 2009, Väitöskirja Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto	Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Tutkimuksessa kuvataan ja selitetään fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta.	Tutkimusaineistoa kerättiin: 1. vaihe: 1148 hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta 2. vaihe: 7 vanhukselta, 7 omaiselta sekä 16 vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta ja 5 hoitotyön esimieheltä	1. vaihe: kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, toteutettiin kyselylomakkeilla 2. vaihe: kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, toteutettiin osallistuvan havainnoinnin sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluiden menetelmillä	Fyysisten rajoitteiden käyttö oli yleistä vanhusten laitoshoidossa, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen käytettiin sekä suoria että epäsuoria rajoittamismuotoja. Yleisimmin käytetty suora rajoittamismuoto oli ylösnostetut sängynlaidat (84 %).
Raija Kontio 2011 Väitöskirja Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto	Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Tutkimuksen tavoitteena oli tukea näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä potilaan eristämisen ja sitomiskäytännöissä	Tutkimusaineistoa kerättiin: 1.vaihe: 30 potilaan kokemuksi eristämisen ja sitomiskäytännöistä sekä heidän kehitysehdotuksiaan 2. vaihe: 27 hoitajan ja lääkärin näkemyksiä ja kehitysehdotuksia eristämisen ja sitomiskäytännöistä 3. vaihe: 158 hoitajalle annetun eristämisen ja sitomiskäytännöistä annetun verkkokurssin vaikutuksista ammatilliseen osaamiseen.	1. vaihe: kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, toteutettiin haastatteluilla 02. kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, ryhmähaastattelut hoitajille ja lääkäreille 3. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, analysoitiin SPSS-ohjelmalla, kyselyllä verkkokurssille osallistuville	Potilaat kertoivat saavansa eristämisen- ja sitomistilanteiden aikana vain vähän huomiota. Potilaiden esittämät kehitysehdotukset eristämisen ja sitomiskäytäntöihin eivät toteutuneet käytännössä. Hoitajat ja lääkärit kuvasivat, että potilaat saivat eristämisen ja sitomistilanteissa liian vähän huomiota. Verkkokurssin ja nykyisen koulutuskäytännön välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

(jatkuu)

<p>Eerika Rosqvist 2003. Väitökirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.</p>	<p>Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla.</p> <p>Tutkimuksessa kuvataan suomalaisten potilaiden kokemuksia yksityisyyden säätelystä yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikan vuodeosastoilla, henkilökohtaisen tilan avulla.</p>	<p>Tutkimusaineistoa kerättiin:</p> <p>1 vaihe: 250 haastateltavalta potilaalta</p> <p>2. vaihe: havainnoimalla 25 potilaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutustilannetta</p>	<p>1. vaihe: kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, toteutettiin strukturoiduilla haastatteluilla, analysoitiin sisällönanalyysillä sekä SSPS-ohjelmalla</p> <p>2. vaihe: havainnointimenetelmä, analysoitiin apuna käyttäen luokitteluteemoja</p>	<p>Potilaiden itsemääräämisoikeus suhteessa omaa kehoa koskeviin hoitotoimenpiteisiin toteutui parhaiten nuorten ja enemmän koulutettujen potilaiden kohdalla. Potilaat käyttivät henkilökohtaisentilansa suojaamiseksi erilaisia kipuun ja itsemääräämisoikeuteen liittyviä verbaalisia ja nonverbaalisia viestejä. Väliverhoja käytettiin suojaamaan omaa yksityisyyttä ja mahdollistamaan oma intimitteettisuoja, mutta myös suojaamaan potilastoverin yksityisyyttä ja mahdollistamaan hänelle intimitteettisuoja. Merkityksellisiä olivat taktillisen ja olfaktorisen tilan säilymisen loukkaamattomana.</p>
<p>Kaisa Koivisto 2003 Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.</p>	<p>Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi.</p> <p>Tutkimuksessa kuvaillaan aikuisten potilaiden kokemuksia psykoosin ja autetuksi tuleminen todellisuudesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Tutkimusaineistoa kerättiin:</p> <p>8 erimuotoista psykoosia kokeneen potilaan haastattelua</p>	<p>- fenomenologisen lähestymistapa</p> <p>- haastatteluista kuvataan yksilöllisiä sekä yleisiä merkitysverkostoja</p>	<p>Potilaat kokivat psykoosin hallitsemattomana minuu-tena ja esim. itsehallinnan menetyksen tunteena. Se merkitsi herkistyneisyyden lisääntymistä itsen ja muiden suhteen, omaisten ja ystävien tärkeyttä ja vaihtelevaa vaikeutta selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Elämäntilanteeseen liittyvä hallitsematon minuus oli kokonaisvaltainen ja uuvuttava kokemus. Tällöin sairaalahoido koettiin vaikeana, mutta välttämättömänä.</p>

<p>Carita Tuohimäki 2007 Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian klinikka. Oulun yliopisto.</p>	<p>The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project Paternalism and Autonomy.</p> <p>Tutkimuksessa kartoitettiin tahdosta riippumattoman hoidon määrää ja laatua psykiatrisessa sairaalahoidossa.</p>	<p>Tutkimusaineistoa kerättiin:</p> <p>1. vaihe: kaikki 6 kk aikana tutkimussairaaloihin tulleiden potilaiden tiedot 2. vaihe: haastattelututkimus, johon osallistui 50 tahdosta riippumattomalla läheteellä tullutta ja heille 50 vapaaehtoisesti tullutta verrokkia</p>	<p>Sekä rekisteritutkimuksessa, että haastattelututkimuksessa käytettiin strukturoitua lomaketta, joka on osa yhteis-pohjoismaista tutkimushanketta Paternalism and Autonomy – A Nordic Study on the Use of Coercion in the Mental Health Care System.</p> <p>1. ja 2. vaihe: kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä</p>	<p>Psykoosi oli vapauden rajoitusta ennustava tekijä. Psykoosi on tahdosta riippumattoman hoidon edellytys. Vaarallinen muille kriteeriä käytettiin harvoin tahdosta riippumattoman hoidon perusteena. Desorientaatio oli yleisin syy eristämiseksi. Miehiä eristettiin hieman yleisemmin kuin naisia ja naisten eristys edellytti ajankohtaisen väkivaltaisuuden, kun miehiä eristettiin uhkaavan väkivallan vuoksi. Vapauden rajoituksen runsasta käyttöä ennusti aiempi tahdosta riippumaton hoito sekä ajankohtainen tahdosta riippumaton status.</p>
--	--	---	--	---



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Hyvä vastaaja,

Teemme sairaanhoidon opinnäytetyötämme aiheesta "Fyysinen vapauden rajoittaminen somaattisella osastolla". Työmme tarkoituksena on kartoittaa fyysisen vapauden rajoittamisen keinoja ja niiden syitä somaattisilla vuodeosastoilla. Selvitämme myös vapauden rajoittamiseen liittyvää päätöksentekoa ja eettistä näkökulmaa.

Tutkimus toteutetaan kyselylomakkein kolmella osastolla samanaikaisesti, ja vastausaikaa on toukokuun 17. päivään 2011 asti. Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselymme, jotta tulokset olisivat luotettavia, kuitenkin vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Kyselylomakkeita käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömänä, eikä tietoja käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen.

Etukäteen kiittäen,

Anni Kivioja
anni.kivioja@piramk.fi

Melisa Salmi
melisa.salmi@piramk.fi

(jatkuu)

Ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseksi

Luotettavien tulosten saamiseksi pyydämme kaikkia tutkimukseen osallistujia täyttämään lomakkeen itsenäisesti, muiden kanssa keskustelematta.

Lomakkeessa on avoimia kysymyksiä, joihin vastataan jatkamalla lausetta.

Täysin samaa mieltä/täysin erimieltä –kysymyksiin valitaan omaa mielipidettä kuvaava numero. 1 tarkoittaa täysin eri mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

Rasti ruutuun kysymyksissä voi valita useamman vaihtoehdon, ellei erikseen toisin mainita.

1. Ikä

- Alle 25 vuotta
- 25–30 vuotta
- 31–40 vuotta
- 41–50 vuotta
- yli 50 vuotta

2. Hoitoalan työkokemus vuosissa

- alle 1 vuotta
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11–20 vuotta
- yli 20 vuotta

3. Fyysinen vapauden rajoittaminen tarkoittaa mielestäni...

4. Osastollamme rajoitetaan fyysisesti potilaita, jotka...

(jatkuu)

5. Osastollamme käytetään fyysistä vapauden rajoittamista usein.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

6. Vapauden fyysistä rajoittamista käytetään osastollamme toisinaan turhaan.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

**7. Osastollamme käytetään fyysiseen vapauden rajoittamiseen...
(Ympyröi lisäksi useimmiten käytetty keino (1).)**

- magneettivoimia.
- vuodevaatteilla sitomista.
- ylösnostettuja sängynlaitoja.
- geriatriseen- tai pyörätuoliin kiinnittämistä.
- ovien lukitsemista.
- hoitajan voimankäyttöä.
- muuta keinoa, mitä?

8. Koen, että fyysiselle vapauden rajoittamiselle olisi olemassa vaihtoehtoisia toimintatapoja ratkaista ongelmatilanteita.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

9. Tunnen fyysisen vapauden rajoittamisen taustalla olevan lainsäädännön ja ohjeet

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

10. Fyysisen rajoittamisen aloittamisesta päättää osastollamme

- hoitaja
- lääkäri
- hoitaja ja lääkäri yhdessä
- muu taho, kuka? _____

11. Määräystä rajoittamiselle kysytään

- ennen rajoittamisen aloittamista
- rajoittamistoimien aikana
- rajoittamistoimien jälkeen

12. Aloitteen fyysisestä rajoittamisesta tekee *useimmiten* (valitse 1 vaihtoehto)

- hoitaja
- lääkäri
- omainen
- muut potilaat
- muu taho, kuka? _____

13. Keskustellaanko potilaiden kanssa fyysisestä vapauden rajoittamisesta tai sen mahdollisuudesta? (valitse 1 vaihtoehto)

- Kyllä
- Ei

14. Osastollamme kirjataan *aina* fyysisen rajoittamisen käytöstä potilasasiakirjoihin.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

15. Potilaita rajoitetaan useimmiten... (valitse 1 vaihtoehto)

- hoitajien turvallisuuden takaamiseksi.
- muiden potilaiden turvallisuuden takaamiseksi.
- rajoitettavan potilaan turvallisuuden takaamiseksi.

16. Osaan toteuttaa vapauden fyysistä rajoittamista turvallisesti...

A) itseni kannalta

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

ellen, niin millä tavalla turvallisuus vaarantuu

B) potilaan kannalta

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

ellen, niin millä tavalla turvallisuus vaarantuu

17. Osastollamme on tarpeeksi henkilökuntaa turvalliseen vapauden rajoittamiseen

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä
- 5 olen täysin samaa mieltä

18. Fyysinen vapauden rajoittaminen on mielestäni hyväksyttävää.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä *
- 5 olen täysin samaa mieltä *

* Missä tilanteissa fyysinen rajoittaminen on hyväksyttävää?

19. Fyysinen vapauden rajoittaminen loukkaa mielestäni potilaan itsemääräämisoikeutta.

- 1 olen täysin eri mieltä
- 2 olen melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 olen melko samaa mieltä *
- 5 olen täysin samaa mieltä *

* Millä tavalla fyysinen rajoittaminen loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta?

20. Jotakin muuta mitä haluaisit sanoa asiaan liittyen

Kiitos vastauksistasi!

Voit jättää täytetyn lomakkeen oheiseen "palautus" -laatikkoon.