



# **TILANNEJOHTAJUUS AGGRESSIIVISEN POTILAAN HOIDOLLISESSA KIINNIPIDOSSA**

Mikko Peltonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2014  
Ylempi ammattikorkeakou-  
lututkinto  
Kliinisen asiantuntijan kou-  
lutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Mielenterveys- ja päihdetyö

MIKKO PELTONEN

Tilannejohtajuus aggressiivisen potilaan hoidollisessa kiinnipidossa

Opinnäytetyö 43 sivua, joista liitteitä 9 sivua

Lokakuu 2014

---

Uhkaavat ja väkivaltaiset tilanteet ovat uhka hoitotyössä, varsinkin psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitajien suojaksi kehitettiin vuonna 1984 Control & Restraint –tekniikka, jonka avulla hoitajat osasivat puolustaa itseään ja hallita aggressiivista potilasta. Ajan saatossa aggressiivisen potilaan kohtaamiseen on kehitetty useita tekniikoita, joiden tarkoituksena on hoidollisen kiinnipidon keinoin auttaa aggressiivista tai kontrollin menettänyttä potilasta rauhoittumaan ja kiinnipidon keinoin tukea potilasta saamaan oma käytös hallintaan. Hoidollisessa kiinnipidossa on mukana aina vähintään kaksi hoitajaa, joista toinen johtaa tilannetta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tilannejohtajuutta hoidollisen kiinnipidon aikana kirjallisuuskatsauksen keinoin. Kirjallisuutta aiheesta löytyi vähän, joten opinnäytetyössä perehdyttiin lisäksi aggressiivisuuteen, aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, potilaan itsemääräämisoikeuteen, psykiatrisiin pakkotoimiin ja hoidolliseen kiinnipitoon.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan tilannejohtajaksi valitaan yksi hoitaja, joka johtaa tilannetta alusta loppuun. Mikäli kiinnipidossa on mukana enemmän kuin kaksi hoitajaa, vastaa tilannejohtaja potilaan päästä hoidollisen kiinnipidon aikana samalla seuraten potilaan vitaalifunktioita. Tilannejohtajana oleva hoitaja kommunikoi potilaan kanssa ja ohjaa puheellaan myös toisia tilanteessa mukana olevia hoitajia. Tilannejohtamisen tyyli on tilanneriippuvaista. Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan tilanteessa jo alusta lähtien mukana ollut hoitaja valitaan tilannejohtajaksi.

Tutkitun tiedon vähäisyyden vuoksi jatkotutkimusehdotuksena on tutkia kokonaisuudessaan tilannejohtajuutta lisää hoidollisiin interventioihin liittyen. Lisäksi kokemuksia tilannejohtajuudesta sekä tilannejohtajuuden vaikuttavuutta olisi hyvä tutkia aggressiivisen potilaan hoidollisiin kiinnipitotilanteisiin liittyen.

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

**PELTONEN, MIKKO:**

Team Leadership when Applying Therapeutic Physical Intervention to an Aggressive Patient

Master's thesis 43 pages, appendices 9 pages  
October 2014

---

Threats of aggression and violence are common in psychiatric nursing. The Control and Restraint –technique was developed for nurses for a physical intervention model in 1984 and the goal was to deal with aggressive and violent patients. Different techniques have been developed since and they are more patient-friendly nowadays. The meaning of therapeutic physical intervention is to help a patient to calm down and to reach the point of self-control. For the implementing of physical intervention there must be at least two nurses and one of them is a team leader. The aims of this study were to determine team leadership during therapeutic physical interventions using the method of literature review as well as to familiarize oneself with the topics concerning aggression, encountering aggressive patients, patient autonomy, psychiatric coercive measures and physical interventions.

According to the literature review the team leader should be one team member and take the responsibility for leading the team through the physical intervention process. The team leader ensures the patient's airway and monitors vital signs. The team leader communicates with the patient and tells the the staff what to do next. The medical staff's view is that the team leader should be the one who has been there at the beginning.

Further study could survey more about team leadership during therapeutic interventions.

---

Key words: Leadership, aggressiveness, therapeutic psysical intervention, psychiatry

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TAUSTA .....	7
2.1	Aggressio, aggressiivisuus ja väkivalta .....	7
2.2	Aggressiivisen potilaan kohtaaminen .....	8
2.3	Potilaan oikeudet ja hoidolliset pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa .....	10
2.3.1	Itsemääräämisoikeus .....	10
2.3.2	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.....	11
2.3.3	Pakon käyttö psykiatrisessa hoitotyössä .....	13
2.3.4	Hoidollinen kiinnipito .....	16
2.3.5	Tilannejohtajuus .....	19
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	20
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS.....	21
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	21
4.2	Aineiston keruu.....	22
5	TULOKSET .....	25
6	POHDINTA.....	26
6.1	Eettiset kysymykset ja luotettavuus .....	26
6.2	Jatkotutkimusehdotukset .....	27
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET .....	35
	Liite 1. Tiedonhaku Cochrane -tietokannasta.....	35
	Liite 2. Tiedonhaku ebrary -tietokannasta.....	36
	Liite 3. Tiedonhaku Ebsco -tietokannasta .....	37
	Liite 4. Tiedonhaku Medic -tietokannasta.....	38
	Liite 5. Tiedonhaku Melinda -tietokannasta.....	39
	Liite 6. Tiedonhaku Pubmed -tietokannasta.....	40
	Liite 7. Tiedonhaku Pubmed Central -tietokannasta .....	41
	Liite 8. Tiedonhaku Scirus -tietokannasta .....	42
	Liite 9. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien esittely.....	43

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2007 kaikista työssäkävijöistä neljä prosenttia oli kokenut jonkinasteista väkivaltaa omassa työssään. Väkivaltaa työssään kohdanneista suurimman ryhmän muodostavat terveyden- tai sairaanhoidon aloilla työskentelevät eli noin 40 prosenttia. Sanallinen uhkailu oli yleisin väkivallan muoto. (Piispa & Hulkko 2009.) Poliisin ja vartijan kuuluminen riskiammatteihin on ilmeistä, mutta sairaanhoitajien, lääkärin ja sosiaalihoitajien kuuluminen nykyisin riskiammattien joukkoon kertoo väkivaltakokemusten lisääntyneestä määrästä terveydenhuollossa. Riittävät valmiudet uhka- ja väkivaltatilanteiden kohtaamista varten ovat tärkeässä asemassa riskiammateissa työskentelevien työväkivallan ehkäisyssä. Lisäksi uhkaavien ja väkivaltaisten tilanteiden kohtaamistaitojen opiskelun tulisi kuulua työntekijöiden niin perus- kuin täydennyskoulutukseen, unohtamatta väkivaltatilanteiden jälkihoitoa. Suurentuneen väkivaltariskin omaavilla työpaikoilla tulisi olla asianmukainen valmius väkivaltatilanteiden ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. (Piispa & Hulkko 2010, 7.)

Yleinen huolehtimisvelvoite antaa työnantajalle vastuun työntekijän turvallisuuden huolehtimisesta. Tämä tähtää kokonaisvaltaiseen riskien hallintaan. (Kanerva 2008, 8.) Työturvallisuuslaissa (738/2002, 27§) huomioidaan työhön liittyvän väkivallan uhan olemassaolo. Työpaikalla mahdollisesti esiintyvät uhkatilanteet tai väkivallan uhat on huomioitava ja työolot tulee järjestää siten, että ne ennaltaehkäistään mahdollisuuksien mukaan. Myös Työterveyshuoltolaki (1383/2001, 12 §) velvoittaa työnantajaa huomioidaan työssä ilmenevän väkivaltavaaran. Velvoite kattaa myös työmenetelmät, työtilojen suunnittelun ja työolojen muuttamisen. Tähän työnantajan velvoitteeseen vastaa sairaaloissa käytössä olevat erilaiset väkivallan hallintamallit. Niiden tarkoituksena on antaa toimintaohjeet hoitohenkilökunnalle aggressiivisen potilaan kohtaamis- ja hoitotilanteissa, jotta hoitohenkilökunta osaa toimia yhdessä turvallisesti ja hoidollisesti potilaan parhaaksi haastavassa hoitotilanteessa. (Pilli 2009, 123–125.)

Kohdattaessa aggressiivisesti tai uhkaavasti käyttäytyvä potilas on hoitohenkilökunnan toimittava rauhallisesti. Tilanteen selviämisen kannalta on hyväksi, että vältetään monen eri ihmisen samanaikainen asian toimittaminen. (Holmberg 2006, 208.) Aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteessa yksi hoitajista pitää puhetta yllä potilaaseen ja samalla johtaa tilannetta (Tardiff 1996, 32–34) eli toimii tilannejohtajana. Tilannejohtajana toi-

mii tilanteessa ensimmäisenä paikalle saapunut ammattihenkilö (Hakala 2012, 49). Tilannejohtaminen ja tilannejohtajuus on toiminnan johtamiseen liittyvää kykyä vastata tilanteeseen tarvittavalla tavalla, jolloin johtamisessa huomioidaan ympäristö ja sieltä esiin nousevat johtamisen tarpeet (Huotari 2009, 134), esimerkiksi sivullisten ohjaaminen pois vallitsevasta tilanteesta. Tilannejohtajuus koostuu johtamisen eri osa-alueista. Se sisältää taktista johtamista (Hakala 2002, 64) ja teknistä johtamista (Saukonoja 1999, 10). Lisäksi sillä on yhtäläisyyksiä akuutin kriisijohtamisen kanssa (Nurmi 2006, 136).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää tilannejohtajuutta aggressiivisen potilaan hoidollisessa kiinnipidossa psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Kiinnostus aiheeseen heräsi kokemusten kautta, mitä edelleen syvensi hoidollisen kiinnipidon tilannejohtajuudesta käyty keskustelut hoidollisen kiinnipidon kouluttajien kanssa. Hoidollisen kiinnipidon koulutuksessa kerrotaan toimintatavat aggressiivisen potilaan kohtaamiseen liittyen, mutta teoreettiseen tietoon pohjautuvien perustelujen vähyys sekä käytännön ohjeiden vähyys tilannejohtamisesta edelleen syvensivät mielenkiintoa aiheen tutkimiselle. Tarkoituksena oli tehdä tilannejohtajuudesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus, mutta tiedonhaun jälkeen tämä todettiin mahdottomaksi tutkimusten vähäisyyden vuoksi. Näin ollen päädyttiin tekemään kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kaiken kaikkiaan kirjallisuuden määrä tilannejohtajuudesta oli niukka, minkä vuoksi työssä päädyttiin käsittelemään asiakokonaisuutta laajemmin. Työssä perehdyttiin lisäksi potilaan itsemääräämisoikeuteen, itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen, pakon käyttöön psykiatrisessa hoitotyössä sekä hoidolliseen kiinnipitoon.

## 2 TAUSTA

### 2.1 Aggressio, aggressiivisuus ja väkivalta

Aikaisemmin aggression on ymmärretty tarkoittavan aggressiivista käyttäytymistä ja aggressiivisuuden tarkoittavan luonteen piirrettä. Sanojen merkitykset ovat sekoittuneet puhekielessä ajan myötä. (Viemerö 2006, 18.) Aggressiolla on kaksi ilmenemismuotoa, progressiivinen ja regressiivinen. Progressiivinen aggressio on positiivista, se on kehitettävää, eteenpäin vievää ja tavoittelee hyvää. Regressiivinen aggressio taas on vaikeasti hallittavaa, se aikaan saa kärsimystä ja tuhoa. (Brummer 2005, 199–200.) Lauerma (2009) määrittää aggression neutraaliksi, ei hyväksi eikä pahaksi, vaan ihmisessä olevaksi reagoimistavaksi. Ihmisellä on synnynnäisesti kyky aggressioon, mikä on lajityypillinen ominaisuus. Aggressio on myös tärkeänä voimana ihmisessä. Ihminen on tarvinnut aggressiota selviytymiseen ja hierarkian säätelyyn. Parhaimmillaan aggressio on hyvää aikaan saava ja energiaa tuottava tekijä. (Lauerma 2009, 22–30.)

Aggressio on myös uhkaavaa tai vahingoittavaa käyttäytymistä tunnetilan ollessa suuttumusta, raivoa tai vihamielisyyttä. Ihminen voi kohdistaa aggressiota joko itseensä tai itsestään ulospäin. Itseensä aggressiota kohdistessa oireina voivat olla masennus, itsetuhoisuus ja huonommuuden tunne. Aggression suuntautuessa ihmisestä ulospäin ilmentymismuotoina voivat olla vihamielisyyttä, raivo tai väkivalta. Kuitenkin väkivalta ja aggressiivisuus poikkeavat toisistaan eivätkä ole sama asia. Yleisesti ottaen väkivaltaisuus nähdään reaktionä aggressiivisuudelle. (Kiviniemi ym. 2007, 125–126.)

Lagerspetzin (1998) mukaan aggressio on myös ahdistuksen hallintakeino. Säädellensä aggressiota ihminen tuntee kontrolloivansa tilannetta paremmin kuin reagoidessaan suoralla ahdistuksella. (Lagerspetz 1998, 20.) Aggressiivisuus on myös osa ihmistä ja ihmisen persoonaa. Lisäksi aggressiivisuus on ominaista kaikille. Aggressiivisuus on osa ihmisen käyttäytymistä, mutta sen esiintyvyys ja esiintymisen muodot ovat yksilökohtaisia. Aggressiivisuus voi myös olla seurausta jostain tapahtumasta. (Lehestö, Koi-vunen, & Jaakkola. 2004, 87.) Aggressiivisuus käsitetään niin tunnepohjaisena käyttäytymisenä kuin harkittuna käyttäytymisenä. Erona näillä on tunnepohjaisen aggressiokäyttäytymisen sisältämä vihan tai raivon tunne. Lisäksi tunnepohjaiseen aggressiokäyttäytymiseen liittyy fysiologinen virittyneisyys, mikä aikaan saa hyökkäävän

käyttäytymisen. (Weizmann-Henelius 1997, 14.) Ihmisten kokemukset kohtaamastaan aggressiosta sekä kyvyt käsitellä kohtaamansa aggressiota vaihtelevat yksilöllisesti ja osalla ihmisistä niiden kokeminen saattaa aiheuttaa halun vahingoittaa aggression aiheuttajaa. Psykkinen sairaus saattaa vielä madaltaa kynnyistä muuttaa aggressiiviset ajatukset toimiksi toisen vahingoittamiseksi eli väkivallaksi. Tästä syystä psykiatristen potilaiden kanssa työskentelevien olisi hyvä tuntea potilaitaan, heidän sairauksiaan, hoitohistoriaa, aggressiivisuuden teorioita ja aggressiivisen käyttäytymisen ennakkomerkkejä, jotta työntekijöiden on turvallista työskennellä psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa. (Lehestö ym. 2004, 88–89.)

Väkivalta on ihmisen ulkoisen käyttäytymisen muoto, joka syntyy yksittäisen ihmisen ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden tuloksena. Väkivalta on usein reaktio tilanteessa, jossa ihminen tuntee avuttomuutta. Tällöin ihminen kokee, että tilanteessa ei ole muita selviytymiskeinoja kuin väkivallan käyttö tilanteesta selviämiseksi. (Weizmann-Henelius 1997, 12.) Väkivalta on usein tilannesidonnaista ja tapahtumana yleensä yksittäinen. Väkivaltaan liittyy tahallisuus ja tarkoituksellisuus. Tästä syystä se eroaa vahingossa tapahtuneesta vahingoittamisesta. (Rasmus 2002, 35.) Lagerspetz (1998) määrittää väkivallan olevan toisen yksilön pakottamista johonkin vastoin tämän tahtoa tai fyysisistä vahingoittamista. Väkivalta on yleensä vahingollista ja liittyy aggression tunteisiin. Kuitenkaan väkivallan tekijällä ei aina ole aggression tunteita kohdettaan kohtaan. Väkivalta voi olla suorite jonkin päämäärän saavuttamiseksi. (Lagerspetz 1998, 26–27.) Väkivaltaa käytetään myös selviytymiskeinona tilanteissa, jotka koetaan ylivoimaisina tai pelottavina (Leppänen 2004, 13). Väkivaltainen käytös on ulkoisten tekijöiden ja geeniperimän aikaan saamaa. Väkivaltainen henkilö saattaa tulkita toisen käytöksen olevan uhkaavaa tai hyökkäävää, vaikka todellisuudessa näin ei olisi. (Haapasalo 2008, 248.)

## **2.2 Aggressiivisen potilaan kohtaaminen**

Kohdattaessa potilaan taholta aggressiota ja väkivaltaa, on hoitajan neutraali käytös eduksi tilanteen rauhoittumiselle. Perättömät lupaukset sekä aggressiolla aggressioon vastaaminen ovat huonoja keinoja tällaisessa tilanteessa. Aggression vähentyminen on paremmin saavutettavissa empaattisuudella. Aggressiotilanteisiin ei tule mennä yksin, vaan mukana tulee olla useita henkilökuntaan kuuluvia. Hoitohenkilökunnan kohdatessa



aggressiota ja väkivaltaa, on hyvä muistaa itsensä suojeleminen, jolloin tilanteesta poistuminen on myös hyvä vaihtoehto. (Kiviniemi ym. 2007, 125–132.) Aggressio- ja väkivaltatilanteessa osapuolten välinen kommunikaatio nousee olennaiseen asemaan tilanteen etenemisen ja päättymisen kannalta. Potilaan on vaikea omaksua tietoa ollessaan kiihtynyt. Lauseiden tulee olla lyhyitä ja selkeitä. Lisäksi eri riskitekijöiden tunnistaminen etukäteen ja niiden huomioiminen auttavat hoitohenkilökuntaa kohtaamaan aggressiota ja väkivaltaa. (Miettinen & Kaarne 2008, 272–275.) Toimintamallit, henkilökunnan kouluttaminen, ennakoiminen ja tilanteiden tunnistaminen tähtäävät turvallisempaan työympäristöön ja turvalliseen työn tekemiseen (Kanerva 2008, 70).

Ympäristötekijät tulee ottaa huomioon aggressiivisen potilaan kohtaamistilanteessa. Tila tulisi järjestää esteettömäksi esimerkiksi poistamalla irralliset esineet tai huonekalut. Aggressiivisesti käyttäytyvälle potilaalle voi ehdottaa tuoliin istumista rauhoittumisen tukemiseksi. Tämä tulee kuitenkin tapahtua niin, että hoitaja istuu myös tai vaihtoehtoisesti antaa potilaalle tilaa rauhoittua itsekseen. Mikäli hoitaja jää seisomaan lähteville potilaan istuessa, voi potilas kokea alemmuutta ollessaan hoitajaa alempana. Kaikki huoneessa olevat poistumistiet tulee olla hoitajan tiedossa. Tilanteessa sivullisina olevat henkilöt tulisi poistaa. Näin toimien voidaan vähentää konfliktien syntyä aggressiivisen potilaan ja sivullisten välillä. Potilaan ollessa aggressiivinen, on hänelle hyvä antaa aikaa rauhoittua. (Henriksson & Hietanen 2002, 281.)

Väkivaltatilanteeseen tulee puuttua heti ja tilanne tulisi saada hallintaan mahdollisimman nopeasti. Tämän tulee tapahtua kuitenkin niin, että hoitaja ei joudu kohtaamaan tarpeettomia riskejä. Väkipoltaista potilasta tulee lähestyä varovasti ja rauhallisesti ja hoitajan on hyvä puhutella potilasta nimeltä. Tämä auttaa potilasta ymmärtämään, että hän ei ole hoitajalle tuntematon. Lisäksi hoitajan on hyvä antaa tilanteessa potilaalle vaihtoehtoja. Näin potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa itse kuinka vallitseva tilanne etenee. Annetuista vaihtoehdoista potilas voi itse valita mieleisensä ja kontrolloida käytöstään. Näin potilas saa myös tilaisuuden poistua tilanteesta kunnialla. Mikäli kohtaamistilanne väkivaltaisen potilaan kanssa päättyy fyysiseen kiinnipitoon, on tilanteessa toimittava määrätietoisesti ja kiinnipidon aikana potilaalle on kerrottava mitä ollaan tekemässä. Tämä auttaa potilasta ymmärtämään, että kyseessä on hoitotoimenpide eikä nöyryytys. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 123–126.)

## 2.3 Potilaan oikeudet ja hoidolliset pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa

### 2.3.1 Itsemääräämisoikeus

Suomen perustuslaki määrittää, että sosiaali- ja terveyshuoltoa annettaessa on turvattava potilaan ja asiakkaan perusoikeuksien toteutuminen. Laissa määritellään jokaisen Suomen kansalaisen perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, uskonnon- ja omantunnonvapaus, omaisuudensuoja, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus sosiaaliturvaan ja oikeusturva, perusturvan turvaaminen sekä perusturva poikkeusoloissa. (Suomen perustuslaki, 11.6.1999/731.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää potilaalle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaan hoitoon sekä hoitoon liittyvään hyvään kohteluun. Lisäksi laki määrittää sen, että potilaalla on itsemääräämisoikeus hoitoonsa liittyen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Itsemääräämisoikeuden katsotaan olevan keskeinen käsite Suomen ratifioimissa ihmisoikeussopimuksissa. Lisäksi sen katsotaan olevan yksilön perusoikeuksien keskeinen käsite ja oikeus, joka luo pohjan muille yksilön oikeuksille. Nämä aikaan saavat sen, että itsemääräämisoikeus on potilaan tärkein oikeus. Itsemääräämisoikeuden tarkoitus on toimia potilaan suojana, jos potilaan katsotaan olevan puutteellisesti kykenevä huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan. (Pahlman 2003, 182.) Psykkisesti sairaat potilaat ovat erityisryhmä, joiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tämä korostuu siksi, että alentuneen terveydentilansa vuoksi potilaat ovat usein regressoituneita ja sen vuoksi alttiita manipuloinnille ja suostuttelulle. (Pahlman 2003, 177.)

Potilaalla on oikeus saada hoitoa ja hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä ja avoimesti keskustellen. Näin saavutetaan yhteisymmärrys ja yhteinen päätöksen teko helpottuu. Kuitenkin on muistettava, että potilas voi kieltäytyä hoidosta. Ja vaikka potilaan hoidossa toteutuisi potilaan itsemääräämisoikeus, ei potilas voi saada itselleen haluamiaan tutkimuksia tai hoitoja ilman lääketieteellisiä perusteluja. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 49.) Sairaanhoidotalon julkaisemien eettisten ohjeiden mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa annettaessa potilaalle hoitoa. Lisäksi hoitajan tulee luoda hoitokulttuuri, jossa huomioidaan yksilön arvot, vakaumus ja tavat. (Suomen sairaanhoidotalo 1996.)

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu osana myös paternalismi. Se on alun perin valtiokeskeinen käsite, jonka mukaan valtiohallinto tekee ratkaisuja toimien kansalaisten etua ajatellen ja näin turvaa hyvinvoinnin eikä kansalaisilla ole omaa päätäntävaltaa. Sairaanhoidossa paternalismin periaatteen mukaisesti lääkäri tekee päätöksiä potilaan puolesta asiantuntijuutensa perusteella asioista, jotka normaalisti kuuluisivat potilaan päätettäväksi. Paternalismin kohteena ovat tavallisesti itsemääräämiseen kykenemättömät potilaat. Tarkoituksena on rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta potilaan omaksi parhaaksi ja estää potilasta aiheuttamasta itselleen vahinkoa. (Pahlman 2003, 177, 180-181.)

### **2.3.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen**

Mielenterveyslaki määrittää potilaan perusoikeuksien rajoittamisen tavat ja keinot tahdosta riippumattoman hoidon aikana (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa tai loukata, mutta vain lain määrittämin tavoin ja keinoin (Pahlman 2003, 183). Potilaan itsemääräämisoikeutta voi rajoittaa ainoastaan sen verran kuin sairauden hoito, potilaan turvallisuus, toisten turvallisuus tai jokin muu erityinen syy välttämättä vaatii. Potilaalle suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää aina potilasta hoitava lääkäri. (Valvira, tarkkailuun...)

Yhteiskunnassa sekä ajassa tapahtuneet muutokset ovat luoneet muutostarvetta lakien uudistamiselle. Ala-aho ym. (2003) kirjoittavat artikkelissaan lainsäädännön ja ohjeistuksen puutteellisuudesta eristämisen toteuttamisessa. He toteavat, että mielenterveislain soveltamisesta ei ole annettu juurikaan ohjeita. Tämä johtaa heidän mukaan riittämättömään oikeusturvaan niin potilaille kuin henkilökunnalle. Ohjeistuksen puutteesta johtuen jokainen psykiatrinen sairaala on tehnyt omat ohjeet lain soveltamisesta. (Ala-aho ym., 2003, 1972.) Tämä mahdollistaa laajan kirjon käytännön toteutuksissa ja saattaa potilaita eriarvoiseen asemaan, vaikka näin ei tulisi olla.

Kovinkaan moni potilas ei mieti itsemääräämisoikeutta. Potilaat eivät tutustu itseään koskeviin lakiteksteihin ennen kuin kokevat, että heidän oikeuksiaan on loukattu. Potilaat kokevat eristämisen olevan ahdistavaa, vaikka se ei itseä koskisikaan. Siitä huolimatta potilaat ajattelevat rajoitteiden olevan pikemminkin huolenpitoa kuin vääryyttä.

Potilaiden kokemusten mukaan itsemääräämisoikeus koostuu kunnioittavasta kohtelusta, kuulluksi tulemisesta ja päätöksen tekoon osallistumisesta. Potilaiden kokemusten mukaan näitä osa-alueita on vaikea erotella toisistaan. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on potilaille tärkeää. Yhtä tärkeää on hyvän hoidon toteutuminen, vaikka se sisältäisi itsemääräämisoikeuden rajoituksia. (Suhonen, 2007, 53–54.) Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on haasteellista, koska potilaslain määrittelemä itsemääräämisoikeus ja mielenterveyslain mukaiset itsemääräämisoikeuden rajoittamisen keinot eivät ole hoitohenkilökunnalle aina selvillä. Itsemääräämisoikeuden rajoittamista ja pakkoa kohdistetaan potilaisiin mahdollisesti enemmän kuin mikä lain mukaan on mahdollista. Mielenterveyspotilaan hoidossa on yleistä, että potilas ja hoitohenkilökunta eivät ole samaa mieltä hoidon tarpeesta. Tällöin on vaikeaa hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä potilaslain tarkoittamalla tavalla. (Bärlund-Toivonen 2000, 172–175.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi työryhmälle toimeksi ehdotuksen laatimisen, joka koskisi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Ehdotus koskisi myös valvontaa ja oikeusturvakeinoja. Uuden lain tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveyshuollossa, millä saadaan suojeltua asiakkaan ja potilaan perusoikeuksia nykyistä paremmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014, 14–15.) Potilaan aseman parantamiseen tähtävien toimien tarpeellisuutta korostaa myös Laineen ja Suomisen (2007) tekemä kirjallisuus- ja dokumenttikatsaus, jonka mukaan varsinaisia arvokeskusteluja käydään melko niukasti. Tutkimuksen aineisto koostui pääosin julkisten tahojen ja yhteisöjen arvolinjauksista sekä yksittäisten ihmisten tärkeäksi kokemista asioista. Yleisinä perusarvoina esiintyi oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, terveys ja terveyden edistäminen. Arvokeskustelu on haasteellista, koska abstrakteista arvoista harvoin puhutaan konkreettisin esimerkein. (Laine & Suominen, 2007, 70–71.)

Uuden lakiesityksen mukaan mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeutta voitaisiin rajoittaa myös avohoidossa sekä sosiaalihuollon asumispalveluissa. Mielenterveyden keskusliitto teetti Mielenterveysbarometri 2013 -kyselyn, jossa kysyttiin uuden lakiesityksen itsemääräämisoikeuden rajoituksiin liittyviä kysymyksiä. Barometriin vastanneista mielenterveyskuntoutujista 75% sekä 61% heidän omaisistaan eivät kannattaneet lakiesitystä. Psykiatreista 39% vastusti, kolmannes ei ilmaissut mielipidettään ja 27% kannatti lakiesitystä. Psykologeista taas puolet jätti mielipiteensä ilmaisematta, 39%

vastusti ja 10% kannatti uutta lakiesitystä. (Mielenterveyden keskusliitto 2013.) Suomen mielenterveysseuran keskeisenä suuntauksena on pyrkiä vähentämään tahdosta riippumatonta hoitoa, mitä vireillä oleva lakimuutos ei Suomen mielenterveysseuran mukaan edistä (Suomen mielenterveysseura, HE 199/2013).

### **2.3.3 Pakon käyttö psykiatrisessa hoitotyössä**

Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen psykiatrisessa hoidossa perustuu mielenterveyslakiin (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Potilas voidaan määrätä psykiatriseen, tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon, mutta vain tietyin ehdoin. Hoitoon määrätyn potilaan tulee olla joko todettu mielisairaaksi tai potilas on hoidon tarpeessa mielisairautensa vuoksi niin, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi mielisairauttaan, tai henkilö olisi vaarallinen itselleen tai muille. Lisäksi muut käytettävät mielenterveyspalvelut eivät sovellu potilaan hoitamiseen tai ne ovat riittämättömiä. Mielenterveyslaki mahdollistaa potilaan perusoikeuksiin kuuluvan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tarkkailuun otetulle, hoitoon määrätylle tai tutkimukseen määrätylle potilaalle. Tämän tulee kuitenkin tapahtua vain Mielenterveyslain 4 a luvun mukaisin pakkokeinoin, joita ovat psyykkisen ja ruumiillisen sairaudenhoito, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen, henkilötarkastus ja -katsastus sekä yhteydenpidon rajoittaminen. Näiden lisäksi potilaalle voidaan asettaa muita rajoituksia. Tällaisia ovat eristäminen muista potilaista ja sitominen. Lisäksi hoitohenkilökunnalla on lain mukaan oikeus käyttää välttämättömiä voimakeinoja potilaan eristämiseksi. Potilaan kiinnipitoa voidaan käyttää muulloinkin, mutta sen tulee olla hoidon kannalta välttämätöntä. Lakiteknisesti kiinnipito rinnastetaan sitomiseen. Potilasta hoitavan tahon tulee lähettää määräajoin paikalliselle aluehallintovirastolle ilmoitus potilaiden eristämisestä ja sitomisesta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Tahdosta riippumattomilla läheteillä hoidossa olleiden potilaiden määrä kasvoi tasaisesti 2000-luvun alusta. Vuonna 2002 tahdosta riippumattomia läheteitä tehtiin 9171, kun vuonna 2006 niitä tehtiin 10 377. (Tiihonen 2009, 32.) Vuoden 2006 huipun jälkeen tahdosta riippumattomien läheteiden määrä lähti laskuun. Vuonna 2012 tahdosta riippumattomia läheteitä tehtiin 8449. Vuosina 2008–2012 tahdosta riippumattomien läheteiden määrät eivät olleet riippuvaisia potilaiden iästä. Samaan aikaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen määrä on myös laskenut. (Terveiden ja hyvinvoinnin

laitos 2014a.) Suoritettujen pakkotoimenpiteiden määrä on myös laskenut. Vuonna 2008 pakkotoimia suoritettiin 3563 kertaa, kun vuonna 2012 2798 kertaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b).

Suomen mielenterveysseura muistutti Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokuntaa siitä, että pakolla toteutettu hoito voi traumatisoida, estää hoitoon hakeutumista tulevaisuudessa ja hankaloittaa yhteistyömahdollisuuksia pitkäksi aikaa. Heidän asiantuntijalauseuntonsa mukaan tuloksellisin hoito syntyy hoidettavan ja hoitotahon yhteistyönä. (Suomen mielenterveysseura, HE 199/2013.) Soinisen (2013) tutkimuksen mukaan potilaiden kokemus yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa ei välttämättä aina ole kovin positiivinen. Osa potilaista koki, että heidän mielipiteitä ei otettu huomioon, hoidon tavoitteita ei asetettu yhdessä ja hoitokeinoissa nähtiin eroavaisuuksia. Vaikka potilaat saivat aikaa hoitajilta, osalla potilaista oli kokemus, että heidän huoliaan ei ymmärretty riittävästi. Sairaaloissa tapahtuva psykiatrinen hoitotyö vaatii hoitajilta tasa-arvoista asennoitumista potilaita kohtaan. Heidät tulee kuulla hoitonsa asiantuntijoina. Potilaat tulee ottaa huomioon hoitotyötä tehtäessä, päätöksenteossa sekä palveluiden suunnittelussa. Lisäksi potilaita tulisi kuulla kehiteltäessä ennaltaehkäiseviä ja vaihtoehtoisia keinoja eristämiseksi ja lepositeille. Potilaiden kokemukset ja mielipiteet lepositeisiin ja eristämiseen liittyen olivat hieman ristiriitaisia hoitomuotojen tarpeen ja koetun hyödyn suhteen. Vaikka potilaat kokivat eristämisen tai lepositeiden käytön tarpeettomiksi omalle kohdalleen, niin silti potilailla oli kokemus eristämisestä olleen hyötyä heille. Eristämisestä saatu hyöty kuitenkin koettiin olevan pieni. (Soininen, 2013, 44–47.) Potilaista noin 45 % arvioi eristämisen olleen omalla kohdallaan tarpeellista ja noin 20 % piti sitä hyödyttömänä, kun taas 81 % hoitajista koki eristämisen rauhoittaneen potilaita (Ala-aho ym., 2003, 1971–1972).

Eräs huomioitava seikka on myös potilaan aikaisemmat elämäkokemukset, jotka voivat vaikuttaa potilaan kokemukseen pakonkäytöstä. Clarck ym. (2005) käsitelivät tutkimuksessaan naispotilaita, joilla oli elämänhistoriassa kaltain kohdelluksi tulemisen kokemuksia. He totesivat aiheen olevan hyvin vähän tutkittu. Tutkimuksen mukaan kaltain kohdeltu nainen kohtaa todennäköisemmin toistuvasti pakkotoimia psykiatrisen sairaalahoitonsa aikana. Aikaisemmat kokemukset, ja niiden käsittely tai käsittelemättömyys, vaikuttavat potilaan psyykkiseen oireiluun ja sitä kautta pakkotoimiin kohtamisen määrään. Jatkotutkimusehdotuksena tutkimuksessa annettiin pakkotoimien vai-

kuttavuuden ja käytänteiden tahattomien vaikutusten tutkimisen. (Clarck ym. 2005. 167–168, 179.)

Vaikka pakkokeinot ovat osa psykiatrista sairaalahoitoa osalla potilaista, hoitajat kokevat rajoitustoimenpiteet usein eettisesti ongelmallisiksi. Erityisesti vastentahtoisien lääkityksen anto sekä lepositeiden käyttö ovat eettisesti ongelmallisia suurimmalle osalle hoitajista. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää tukea hoitajien keskustelua hoitotyön eettisistä ongelmista. Käydyillä keskusteluilla voidaan välttää käytännön työhön liittyviä ongelmia. Hoitajien kokemiin eettisiin ongelmiin vaikuttaa myös hoitajan sukupuoli sekä osasto. (Lind ym. 2004, 383–384.) Hoitohenkilökunnan paremmalla de-eskalaatiostrategioiden koulutuksella ja aikaisemmin tehdyillä interventiolla voi olla suotuisa vaikutus tahdon vastaisen lääkityksen käytön minimoimisessa. Potilaat kokevat usein negatiivisia tunteita vastentahtoiseen lääkitsemiseen liittyen. Siitä huolimatta potilaat usein ymmärtävät jälkikäteen vastentahtoisien lääkityksen olevan osa heidän hoitoaan. (Jarrett, Bowers & Simpson, 2008, 546.)

Potilaiden ja hoitohenkilökunnan mielestä eristämisen- ja leposide-eristämiskäytänteiden kehittämisessä tulisi ottaa huomioon myös potilaan näkökulma. Lisäksi henkilöstön ammatillisen osaamisen vahvistaminen kirjallisten ohjeiden avulla, hoitohenkilöstön lisäkoulutuksen tarpeen huomiointi sekä hoitohenkilökunnan tuen tarve tulisi huomioida kehitettäessä eristämisen- ja leposide-eristämiskäytänteitä. (Kontio, 2011, 40-43.) Lisäksi kehittämistoimissa apuna voitaisiin käyttää Bergkin ym. (2010) kehittämää kyselyä, jolla voidaan mitata psykiatrisen rajoitustoimenpiteen psykologisia vaikutuksia rajoitustoimenpiteiden aikana. Tutkimuskäyttöä ajatellen mittarin avulla voidaan vertailla eri interventioita keskenään. Käytännön työssä taas sillä voidaan seuloa esiin ne, jotka tarvitsevat tukea rajoitustoimenpiteen jälkiseurauksien estämiseksi. (Bergk ym. 2010, 9.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi kannanoton ”Pohjoismaisen verkosto pakon käytön vähentämiseksi, Halikko Statement 13.12.2012”. Se on Suomen verkoston antama kannanotto, joka tukee pakonkäytön vähentämisen pyrkimystä. Samalla se tähtää sitomisen lopettamiseen psykiatrisessa hoidossa. Kannanoton mukaan Suomessa on vuosittain 800–1000 potilasta leposide-eristyksessä hoidon aikana. Kannanotossa todetaan myös leposide-eristyskäytännön olevan lopetettu monissa maissa. Perusteluna kannanotolle on se, että sitomisen hyödyistä ei ole tutkimusnäyttöä, mutta potilaan sitominen sisältää mahdollisesti haittavaikutuksia. Kannanotto ehdottaa sitomisen lopet-

tamista ja ehdottaa käytettäväksi lievempiä ja vähemmän rajoittavia vaihtoehtoisia menetelmiä. Näitä kannanoton mukaan olisivat suljettuun huoneeseen eristäminen sekä väkivaltaisten ja itsetuhoisten potilaiden hoitomallien laatiminen. Nämä tähtäisivät vähemmän potilaan koskemattomuutta loukkaaviin hoitomuotoihin. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen koordinoimalle työryhmälle, joka toimii pakon käytön vähentämiseksi, ehdotetaan kannanotossa, että he lisäisivät tavoitteisiinsa ohjelman, joka tavoittelee sitomisen lopettamista psykiatriassa vuoteen 2020 mennessä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Psykiatriseen hoitotyöhön liittyviin pakkotoimiin ja pakon käytön vähentämiseen liittyy problematiikkaa. Potilaiden omaiset usein toivovat esimerkiksi pakkohoitoon toimittamista, mistä potilas saattaa olla samaa mieltä voinnin kohennuttua. Lisäksi yleinen keskustelu pakkotoimista ja niiden käytöstä saattaa vääristyä, mikäli asiaa tutkitaan liian yksipuolisesti eikä oteta huomioon kaikkia asiaan vaikuttavia tekijöitä. Mikäli asioita tutkii vain tilastojen pohjalta, eroavaisuuksia on alueellisesti, sairaaloiden välillä sekä eri osastojen välillä. Pakkotoimien vähentämiseksi ratkaisuja voitaisiin hakea vaikka työyhteisöä koskevista rakenteellisista tekijöistä, henkilökunnan lisäkoulutuksesta väkivaltaisuuteen liittyen sekä työtiloista. Hoitoyksikön innostuminen oman työn miettimisestä sekä reflektoinnista saattaa vaikuttaa suotuisasti tuloksien saavuttamiseen pakkotoimien vähentämisessä. Tällöin työryhmässä keskustellaan vaihtoehdoista pakkotoimille ja niiden ehkäisylle. (Rovasalo & Jüriloo, 2011, 5-7.)

### **2.3.4 Hoidollinen kiinnipito**

Yhtenä hoitomuotona psykiatrisissa sairaaloissa on hoidollinen kiinnipito. Tämän tarkoituksena on auttaa ja tukea potilasta. Hoidollisen kiinnipidon muotoja on olemassa monia ja niitä on kehitetty edelleen potilaslähtöisempään suuntaan. Yksi ensimmäisistä kiinnipitotekniikoista oli Control & Restraint –toimintamalli. Se kehitettiin Englannissa vuonna 1984 ja se perustui kipua tuottaviin kamppailu- ja taistelulajeihin. Tekniikoiden alkuperästä johtuen toimintamallin soveltuvuutta ja hyväksymistä alettiin epäillä. (Pilli 2009, 124–125.)

Suomessa pohjana useille eri toimintamalleille on toiminut MAPA eli The Management of Actual or Potential Aggression. Tämä toimintamalli syntyi Birminghamissa Englan-



nissa, Reaside-klinikan, Keelen yliopiston ja St. Edwardin sairaalan yhteistyön tuloksena 1980-luvun loppupuolella. Toimintamallin kehittivät neljä psykiatrista sairaanhoitajaa: Albert McHugh, Chris Stirling, Ian Wain ja Mark West. (Pilli 2009, 125.)

Vuonna 1994 Kellokosken sairaalassa mietittiin ensimmäisen kerran yhteisen väkivalta-tilanteiden hallintamallin luomista Suomeen. Kyseinen mietintä ei johtanut välittömiin toimenpiteisiin, mutta vuonna 1999 Kellokosken sairaalassa aloitettiin systemaattinen hoitajien väkivallanhallintakoulutus. (Defconsys 2012.) Vuonna 2000 Turussa kehitettiin Hallittu fyysinen rajoittaminen (HFR) -toimintamalli, joka on rekisteröity Turun ammattikorkeakoulun käyttöön. Kyseinen toimintamalli pohjautuu Control & Restraint -tekniikkaan, jota on kehitetty hoidollisempaan ja vähemmän kipua tuottavaan suuntaan. (Kiikko 2005, 17–19.)

MAPA:n pohjalta kehitetyistä toimintamalleista Suomessa on käytössä myös Aggression hoidollinen hallinta Aggression hoidollinen hallinta (AHHA) -toimintamalli, joka kehitettiin Pitkäniemen sairaalassa 2002 (Uusitalo 2005, 26). Kuopiossa kehitettiin samana vuonna Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä Hallittu terapeutinen fyysinen rajoittaminen (HTFR) -toimintamalli osana Väkivallaton terveydenhuolto -kampanjaa (Leppänen 2004). Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikassa on käytössä Hallittu hoidollinen rajoittaminen (HHR) -toimintamalli (Ukonmaanaho 2006). MAPA:n pohjalta kehitetyistä toimintamalleista Suomessa on käytössä myös Väkivallan ehkäisy ja turvallinen hoito (VEHT) -toimintamalli, missä arvoperustat sekä interventiot ovat samat kuin AHHA:ssa (Laurea 2013).

Vuonna 2002 Pitkäniemen sairaalassa alkoi Aggression hoidollisen hallinnan (AHHA) -projekti. Aluksi toimintamalliin kouluttauduttiin Management of Actual or potential Aggression -kurssilla (MAPA) Englannissa. Koulutuksen sisältöinä olivat väkivallan uhkatilanteet ja väkivaltatilanteet. Kurssin jälkeen osallistujat toimivat Pitkäniemen sairaalassa kouluttajina psykiatrian vastualueella kouluttaen AHHA -tekniikoita hoitajille. AHHA perustuu toimintatavoiltaan sekä ideologialtaan MAPA -toimintamalliin. (Uusitalo 2005, 26-27.) AHHA -projekti kesti suunnitellusti joulukuuhun 2004, jolloin se lopetettiin. Koulutuksia jatkettiin ja niitä annetaan tarpeenmukaisena koulutuksena sekä ylläpitokoulutuksena kouluttajien toimesta. (Pilli 2006, 5.) Vakituksessa työsuhteessa olevat hoitajat käyvät viisipäiväisen peruskoulutuksen lisäksi vuosittain yhden päivän mittaisen kertauskurssin taitojen ylläpitämiseksi. Jotta tähän koulutustarpeeseen

voidaan kunnolla vastata, koulutetaan kouluttajia tarpeen vaatiessa lisää. (Pitkänen ym. 2011, 26.)

Vuonna 2004 alkoi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa AVEKKI -projekti, joka tulee sanoista: aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy/hallinta, kehittäminen, koulutus ja integraatio. Kuopin yliopistollisen sairaalan yhteistyökumppaneina oli Savonia ammattikorkeakoulu sekä eri alojen ammattilaisia. Yhdessä he alkoivat kehittää yhteistä toimintamallia terveydenhuollon eri organisaatioissa aggressiota, väkivaltaa ja niiden uhkia työssään kohtaaville. (Savonia AMK 2013.) Erityispiirteenä AVEKKI:ssa on korostunut yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen (Hakkarainen ym. 2007, 6).

Iso-Britannian National Institute for Health and Care Excellence (NICE) loi yleisohjeistuksen koskien aggression hallintaa ja kiinnipitoa, NICE guideline [CG25], vuonna 2005. Ohjeistus on tarkoitettu lyhytaikaiseen väkivallanhallintaan psykiatrisissa yksiköissä. Ohjeistus pitää sisällään de-eskalaatiotekniikoiden käytön, potilaan seurannan, fyysisen kiinnipidon, eristämisen, lääkitsemisen sekä näiden interventioiden harjoittelun. (National Institute for Health and Care Excellence 2005a.) NICE:en laatima ohjeistus aggressiivisen potilaan hallintaan on huomioitu laajasti koko Euroopassa (Lepping ym. 2009, 630).

Kiinnipitotekniikoiden välillä on olemassa eroavaisuuksia. Kuitenkin yhteistä näille kiinnipitotekniikoille on työntekijän turvallisuus, varhainen puuttuminen, ennaltaehkäisy, kivuttomuus sekä rajoittamisen ja voimankäytön pitäminen mahdollisimman vähäisenä (Hakkarainen ym. 2007, 4). Hoidollinen kiinnipito suoritetaan vähintään kahden hoitajan toimesta (Pilli 2009, 126) ja se on ennakoiva interventio, jonka tarkoituksena on estää potilasta satuttamasta itseään tai muita. Se tähtää potilaan tukemiseen ja uusien tapojen opetteluun, jotta potilas saisi uusia keinoja oman aggression tai aggressiivisuuden käsittelyyn ja ilmaisuun. Kiinnipidon aikana yksi hoitajista keskustelee potilaan kanssa potilaan tuntemuksista ja käyttäytymisestä. Tämä keskustelu voi mahdollistaa potilaalle tunteidensa tunnistamista ja uuden oppimista. Hoitajan päähuomio kiinnipidon aikana tulisi keskittyä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen ja sen ylläpitoon, yhdessä potilaan kanssa tilanteen hyväksi työskentelyyn, luottamuksen ja positiiivisen yhteistyön kehittämiseen. (Stirling & McHugh 1998, 504.) Ennen kiinnipidon aloittamista tilannetta johtava hoitaja, eli tilannejohtaja, kertoo kullekin kiinnipitoon

osallistuvalla hoitajalla, mitä kenenkin tulee tehdä. Tilannejohtaja kertoo myös potilaalle ennen kiinnipidon aloittamista mitä hoitajat ovat tekemässä. (Tardiff 1996, 32-34.)

### **2.3.5 Tilannejohtajuus**

Tilannejohtajana voi olla kuka tahansa, kunhan johtovastuussa toimiva on alalle koulutettu henkilö. Yksittäisessä tilanteessa tilannejohtajana toimii ensimmäisenä paikalle saapunut. (Hakala 2012, 49). Tilannejohtaja johtaa tilannetta, pitää puheyhteyttä yllä ja ohjaa toisten hoitajien toimia. Mahdollinen kiinnipito aloitetaan ennalta sovittujen menettelytapojen mukaisesti. (Tardiff 1996, 32-34.)

Tilannejohtajuus on kykyä toimia tilanteen vaatimusten mukaisesti. Se on toiminnan johtamiseen liittyvää kykyä mukauttaa asioita työyhteisön, työntekijöiden ja olosuhteiden mukaisesti. Tilannejohtamisessa johtajalta odotetaan tilanneanalyttistä päätöksentekoa, nopeaa arviointikykyä, varautumista nopeaan reagointiin työyhteisö- ja toimialatasolla. (Huotari 2009, 134.)

Tilannejohtajuus pitää sisällään niin taktisen kuin teknisen johtamisen piirteitä. Taktinen johtaminen on ennalta määrättyyn tavoitteeseen pyrkimistä (Hakala 2002, 64). Teknisessä johtamisessa korostuu johtajan omat tiedot ja taidot. Niiden pohjalta johtaja valitsee yksittäisessä tilanteessa käytettävät menetelmät. (Saukonoja 1999, 10–11.) Tilannejohtamisen tyyli on myös yhtäläisyyksiä akuutin kriisijohtamisen kanssa, johtamistyyli on ohjaava tai käskävä (Nurmi 2006, 136).

### 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tilannejohtajuutta aggressiivisen potilaan kiinnipitotilanteessa psykiatrisen sairaalahoidon aikana kirjallisuuskatsauksen avulla. Lisäksi perehdyttiin aggressiivisuuteen, aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, potilaan itsemääräämisoikeuteen, psykiatrisiin pakkotoimiin sekä hoidolliseen kiinnipitoon.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mitä taustatietoa liittyy hoidolliseen kiinnipitotilanteeseen?
2. Mitä tietoa on tilannejohtajuudesta hoidolliseen kiinnipitoon liittyen?

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tulosten perusteella tilannejohtajuutta voidaan edelleen kehittää aggressionhallintamallista riippumatta.

## 4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on keino, jolla voidaan selvittää miten aihetta on aikaisemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsauksessa valittuun aiheeseen syvennytään ja siihen perehdytään monipuolisesti tekemällä aiheesta tiedonhaku. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 99.) Kirjallisuuskatsauksien eri muodoista kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä ja sitä voi kuvailla yleiskatsaukseksi. Metodisesti kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ei sido tiukat säännöt. Aineistot voivat olla laajoja eivätkä metodiset säännöt rajaa aineiston valintaa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on oma metodinsa ja siinä tutkimuskysymykset voivat olla väljempiä kuin muissa kirjallisuuskatsaustyypeissä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on erotettavissa kaksi toisistaan hieman poikkeavaa tyyliä, integoiva ja narratiivinen katsaus. (Salminen 2011, 6.) Tässä opinnäytetyössä tehtiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus.

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on erotettavissa kolmeen toteuttamistapaan: toimitukselliseen, kommentoivaan ja yleiskatsaukseen (Green, Johnson & Adams 2006, 103). Tässä opinnäytetyössä käytettiin yleiskatsauksen toteuttamistapaa. Katsauksen analyysimuoto on kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto on ytimekäs ja johdonmukainen (Salminen 2011, 7). Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella voidaan kerätä hajallaan olevaa tietoutta yhteen, tuottaa tiivistettyä tietoa tutkitusta aiheesta (Baumeister & Leary 1997, 312) ja saada aikaan helppolukuinen lopputulos (Green ym. 2006, 103).

Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella hankittu tutkimusaineisto ei ole systemaattisesti seulottua. Siitä huolimatta sillä voidaan tuottaa johtopäätöksiä, joita voi kuvailla kirjallisuuskatsauksen mukaiseksi synteetiksi. Tutkimusteknisesti narratiivisella kirjallisuuskatsauksella autetaan saattamaan tutkimustietoa ajan tasalle, kuitenkin tarjoamatta varsinaista analyttistä tulosta. (Salminen 2011, 7.)

## 4.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä hakusanoina tiedonhaussa olivat aggression hallinta, aggressiivinen potilas, fyysinen rajoitus, kiinnipito, psykiatrinen sairaalahoito, tilannejohtaja, tilannejohtajuus ja tilanteen johtaminen. Englanninkieliset hakusanat olivat aggression management, aggressive patient, incident manager, mental health, physical restraint, psychiatry, psychiatric hospital, restraint leader, situation management, situation manager ja team leader. Englanninkielisten hakusanojen valinnassa kysyttiin neuvoa Albert McHugh:lta, joka on psykiatrinen sairaanhoitaja ja MAPA -toimintamallin kehittäjä. McHugh'in konsultaation perusteella hakusanoiksi valikoituivat sanat team leader ja incident manager (McHugh 2013). Kaikissa tietokannoissa käytettiin samoja hakusanoja sekä hakusanapareja. Tiedonhaussa sanapareina haussa käytettiin:

- tilanteen johtaja AND aggressio
- tilanteen johtaja AND aggressiivinen potilas
- tilanteen johtaja AND aggression hallinta
- tilanteen johtaja AND kiinnipito
- tilanteen johtaja AND fyysinen rajoitus
- tilanteen johtaja AND psykiatrinen sairaalahoito
- tilanteen johtaja AND tilannejohtaja
- team leader AND aggression
- team leader AND aggression management
- team leader AND aggression patient
- team leader AND incident manager
- team leader AND mental health
- team leader AND physical restraint
- team leader AND psychiatry
- team leader AND psychiatric hospital
- team leader AND restraint leader
- team leader AND situation management

Haussa käytetyistä sanapareista osa oli katkaistu katkaisumerkillä (? tai \* tietokannasta riippuen), millä aikaan saatiin hakusanojen eri taivutusmuotojen mukana olo. Näin toimien saatiin samalla suurempi ja sitä kautta luotettavampi hakutulos aikaiseksi. Lisäksi osassa tietokannoista käytettiin haun yhteydessä lainausmerkkejä (") hakusanojen ym-

pärillä hakua rajaamaan (katso liitteet 1-8). Näin haut saatiin rajattua. Kaikki käytetyt hakusanat olivat samoja jokaisessa mukaan valitussa tietokannassa. Laadun varmistamiseksi käytettiin TAMK:n kirjaston informaation henkilökohtaista ohjausta.

Tiedonhaku tehtiin käyttämällä Cochrane, CINAHL, CINAHL with Full text, ebrary-, Ebsco- (sisältäen Academic Search Elite), Medic-, Melinda-, Pubmed- , Pubmed Central- ja Scirus-tietokantoja. Näitä tietokantoja käyttämällä oli tarkoitus kerätä sekä suomalaista että ulkomaista tutkittua tietoa. Tiedonhaku suoritettiin 10/2013 – 1/2014 välisenä aikana. Jokaisessa tietokannassa oli käytössä tietokantakohtaiset rajaukset haulle, koska haun rajaamisen termistö, hakutavat ja rajaamisen mahdollisuudet eivät ole standardisoituja, vaan aina tietokantakohtaisia. Tiedon haku on kuvattu tietokannoittain liitteissä 1-8. Tiedonhaku on esitetty yksinkertaistettuna taulukossa 1 sivulla 14.

Tutkimukseen mukaan otettavista tutkimuksista päättää tutkija sen perusteella, kuinka tutkimukset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41). Tehdyssä tiedonhaussa hyväksyttiin mukaan vuonna 2003 tehdyt tai sitä uudemmat julkaisut. Hyväksytyjen aineistojen tuli olla vapaasti saatavilla kokotekstinä ja elektronisessa muodossa. Mukaan hyväksytyjen tutkimusten tuli olla joko suomen- tai englanninkielisiä. Ensimmäisenä sisäänottokriteerinä hakutuloksia läpikäydessä, oli tutkimuksen nimi; antoiko nimi ymmärtää, että tutkimus tai artikkeli sisälsi tietoa aggressiotilanteen tilannejohtajuudesta. Otsikoiden perusteella valikoitui 655 tutkimusta tai artikkelia, joiden abstraktit käytiin läpi. Abstraktien sisällön perusteella valittiin 14 tutkimusta tai artikkelia sisällön arviointiin, jolloin tarkasteltiin tutkimuksen tai artikkelin sisältöä ja sen sisältämää tietoa liittyen tutkittavaan aiheeseen. Lopulta aineistoksi valikoitui kolme artikkelia ja yksi kokoomateoksen artikkeli. Artikkelit on tarkemmin esittely liitteessä 9.

TAULUKKO 1. Tiedonhaku

<b>TIETOKANTA</b>	<b>Kaikki osumat</b>	<b>Sisällön perusteella hyväksytyt artikkelit</b>
<b>Cochrane</b>	2 880	0
<b>ebrary</b>	1 658	1
<b>Ebsco host</b>	7 451	2
<b>Medic</b>	965	0
<b>Melinda</b>	34	0
<b>Pubmed</b>	50	0
<b>Pubmed Central</b>	917	1
<b>Scirus</b>	3 524	0
<b>Yhteensä</b>	17 479	4



## 5 TULOKSET

Aggressiivisen potilaan hoidollisessa kiinnipidossa Buckleyn (2003, 231–272) mukaan tulisi hoitohenkilökunnasta valita tilanteen johtaja ja suorittaa toimenpide määräysten mukaisesti ja rauhallisesti toimien (Rueve, 2008, 44). National Institute for Health and Care Excellence määrittä tilannejohtajaksi hoidollisessa kiinnipitotilanteessa sen hoitajan, joka on vastuussa potilaan päästä kiinnipidon aikana. Tilannejohtaja johtaa potilaalle tehtävää interventiota alusta loppuun, samalla tukien potilaan päätä, seuraten hengitystä sekä muita potilaan vitaalifunktioita. (National Institute for Health and Care Excellence 2005b, Nelstrop ym., 2006, 14 mukaan.) Fyysisen intervention tulisi olla koordinoitu ja vastuu tulee olla kohdennettu yhdelle interventiota suorittavista hoitajista. Tällä tavoin kommunikointi on selkeämpää niin potilaalle kuin henkilökunnalle. (Sookoo, 2004, 738.)

Tilannejohtajuuden otto on hoitajien mukaan monitahoinen ja sanattoman neuvottelun tulos, joka tapahtuu hoidollisessa kiinnipidossa mukana olevan hoitohenkilökunnan kesken. Hoitajien mukaan tilannejohtajuus oletetaan olevan hoitohenkilökunnalla, jotka olivat jo olleet tekemisissä kyseisen potilaan kanssa. Tämän katsottiin johtuvan siitä olettamuksesta, että tilanteessa koko ajan mukana olleet hoitajat olivat paremmin tietoisia edeltäneistä tapahtumista, tilanteeseen johtaneista asioista ja näin ollen paremmin tietoisia valittavasta toimintatavasta. Johtamistapaan vaikutti myös lisähenkilökunnan saatavuus. Lisähenkilökunta voisi auttaa tilanteessa jo olevaa hoitohenkilökuntaa. Tässä yhteydessä kokeneemman henkilökunnan odotettiin ottavan johtajuus tilanteessa. Eri-tyisesti silloin, jos hoitohenkilökunnalla oli tunne kompetenssin puutteesta tilanteen johtamiseen liittyen. Hoitohenkilökunnan keskinäisissä neuvotteluissa sukupuoli nousi olennaiseen asemaan kysymyksessä kenen tulisi johtaa tilannetta. Potilaan käyttäytyessä aggressiivisesti miehillä katsottiin olevan taipumus ottaa tilanteessa johtajuus itselleen. (Ravoux ym., 2011, 197–198.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettiset kysymykset ja luotettavuus

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa pyrittiin noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisia arvoja; rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Samalla pyrittiin kunnioittamaan toisten tekemää työtä sekä saavutuksia. Avoimuus ja vastuullinen viestintä kuvastuu kirjallisuuskatsauksen tuloksia esitettäessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimusaiheen päättäminen on sinällään eettinen valinta ja valinta tulee tehdä aihetta monipuolisesti pohdiskellen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24–25). Opinnäytetyön aiheen valintaa vahvisti se, että tuotettua tietoa on mahdollista hyödyntää hoidollisen kiinnipitotilanteen tilannejohtajuuden kehittämisessä, riippumatta hoidollisen kiinnipidon toimintamallista. Lisäksi opinnäytetyössä käsitellyt aihealueet ovat sekä ajankohtaisia että merkityksellisiä niin hoitohenkilökunnalle kuin potilaalle.

Kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta hakustrategia on olennaisessa asemassa (Johansson 2007, 4). Lisäksi tiedonhaussa käytettävien kriteerien avulla voidaan varmistaa kirjallisuuskatsauksen tiedon ajankohtaisuus ja luotettavuus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 99–113). Tiedonhaun hakustrategian oikeellisuus varmistettiin TAMK:in kirjaston informaatikolta kahteen kertaan. Lisäksi informaatikon kanssa pohdittiin tiedonhaussa käytettäviä tietokantoja. Tämä lisää luotettavuutta tiedonhaun tulokselle. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut artikkelit valikoituivat sisällön perusteella. Luotettavuutta tiedonhakuprosessiin luo huolellinen dokumentointi sekä raportointi, kuten myös sisäänotto- ja poissulkukriteerien pysyminen samoina tiedonhakuja tehtäessä.

Hyvän tieteellisen tutkimustavan mukaisesti tekstiä ei saa luvatta lainata tai tekstisisältöä esittää omanaan eikä ilman lähdeviitteitä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26). Sen takia opinnäytetyössä käytettiin asianmukaisia lähdeviitteitä.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku on tarkasti määritelty ja rajattu prosessi, joka voidaan tarvittaessa toistaa (Tähtinen 2007, 10). Opinnäytetyön piti alun perin olla systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja tehty tiedonhaku suoritettiin järjestelmällisesti. Tiedonhaun tapa sai aikaan myös sen, että opinnäytetyön tekovaiheessa ei kohdat-

tu eettisiä ongelmia. Käytössä olleen metodin mukaan toistettavuus on olennainen osa tiedonhakua. Toistettavuutta opinnäytetyössä heikentää osin se, että yksi käytetyistä tietokannoista, Scirus, lopetti toimintansa tiedonhaun tekemisen jälkeen. Tämä ei ollut tiedossa opinnäytetyön aloitusvaiheessa, ilmoitus tietokannan Internet -sivuille tuli vasta tiedonhaun lopussa. Kyseisestä tietokannasta ei valikoitunut yhtään artikkelia, joten se ei sinällään heikennä saatujen tulosten luotettavuutta.

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä on otettava huomioon se seikka, ettei se välttämättä tuota vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Jos tutkimus ei tuota vastauksia tutkimuskysymyksiin, voi se tarkoittaa tutkitun ilmiön riittämättömästä tutkimuksesta, mikä on samalla tärkeä tulos. (Johansson 2007, 6.) Tässä opinnäytetyössä tehty tiedonhaku tuotti niukasti kirjallisuutta. Tiedonhaun tulos kertoi aiheen niukasta tutkimisesta ja kirjoittamisesta, koska tiedon haku oli laaja ja hakukriteerit olivat löyhät.

Tutkimustapana kirjallisuuskatsaus vaatii yhtäläillä tarkkuudella ja huolellisuudella kuin muukin tutkimustyö (Metsämuuronen 2009, 31). Metodisesti ajatellen se on tutkimus jo tehdystä tutkimuksista (Salminen 2011, 39). Huolelliset ja tarkat muistiinpanot tiedonhausta vahvistavat sen tulosta ja aiheen vähäistä tutkimusta. Toisia hakusanoja tiedonhaussa käyttämällä olisi löydettyjen artikkelien tai tutkimusten määrä saattanut olla suurempi. Artikkelien tieto tilannejohtajuudesta ei ollut kovinkaan laajaa ja artikkeleissa toistui samoja asiasisältöjä. Artikkeleissa joissa käsiteltiin aggressiivisen potilaan kohtaamista tai väkivaltaisen potilaan hallintaa, oli usein käytetty lähteenä NICE Guideline [CG25] (National Institute for Clinical Excellence).

On muistettava, että tehty opinnäytetyö on yksi versio käsitellystä aiheesta eikä siitä syystä voi tarjota absoluuttisen objektiivista totuutta. Lisäksi on muistettava, että aikaansaadut tulokset ovat sidoksissa aikaan, paikkaan ja opinnäytetyön tekijään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

## **6.2 Jatkotutkimusehdotukset**

Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia tilannejohtajuutta lisää kaiken kaikkiaan. Aiheesta löytyi tutkittua tietoa niukasti. Kokemuksia tilannejohtajuuteen liittyen olisi hyvä tutkia

niin potilaiden kuin hoitajien näkökulmista. Lisäksi tilannejohtajuuden vaikuttavuutta olisi myös hyvä tutkia.

## LÄHTEET

- Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Duodecim* 119 (20), 1969–1975.
- Baumeister, R. & Leary, M. 1997. Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*. 1 (3), 311-320.
- Bergk, J., Flammer, E. & Steinert, T, 2010. “Coercion Experience Scale” (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* (10), 5.
- Brummer, M. 2005. Aggressiiviset ja käytöshäiriöiset lapset ja nuoret. Teoksessa Brummer, M. & Enckell, H. (toim.) *Lasten ja nuorten psykoterapia*. Helsinki: WS Bookwell Oy. 198–207.
- Bärlund-Toivonen, E. 2000. Tahdosta riippumaton hoito: Psykiatrisen potilaan oikeuksien toteutuminen. Teoksessa *Potilaan asema ja oikeudet*. Sundman, E. (toim.) Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 168–177.
- Clark, C., Becker, M., Giard, J., Mazelis, R., Savage, A. & Vogel, W. 2005. The Role of Coercion in the Treatment of Women With Co-occurring Disorders and Histories of Abuse. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 32 (2), 167-181.
- Defconsys, 2012. Luettu 12.12.2013. <http://www.defconsys.fi/mapa>
- Green, B., Johnson, C. & Adams, A. 2006. Writing Narrative Literature Reviews for Peer-Reviewed Journals: Secret of The Trade. *Journal of Chiropractic Medicine*. 5 (3), 101-117.
- Haapasalo, J. 2008. *Kriminaaripsykologia*. Jyväskylä: Ps-Kustannus.
- Hakala, T. 2002. Ensihoidon taktiikka. Teoksessa Castrén, Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) *Ensihoidon perusteet*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 63–73.
- Hakala, T. 2012. Ensihoidon taktiikka. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. (toim.) *Ensihoidon perusteet*. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava. 49-53.
- Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2007. *Avekki- toimintatapamalli oppilaan käsikirja*. 1. painos. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, terveystalo.
- Henriksson, M. & Hietanen, S. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. *Duodecim* 118. (3), 279-284.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki. Tammi.
- Huotari, P. 2009. *Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa*. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.

- Holmberg, J. 2006. Aggressiivisesta ja väkivaltaisesta käyttäytymisestä selviäminen. Teoksessa Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A., 2008. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. (9), 538-548.
- Johansson K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto. Turku. 3-9.
- Kanerva, R. 2008. Työ turvalliseksi. Työpaikan hyvät työturvallisuuskäytännöt. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kiikko, A. 2005. Väkivaltatilanteiden hoitomalli Turun psykiatrian yksiköissä. *Sairaanhoitaja* 78 (6-7), 17-19.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikonen, P. 2007. Minä mielenterveytyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.
- Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals - towards evidence based clinical nursing. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Lagerspetz, K. 1998. Naisten aggressio. Helsinki: Tammi.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laine, V. & Suominen, H. 2007, Terveyspoliittisten arvojen tarkastelua systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja artikkelianalyysin pohjalta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lauerma, H. 2009. Pahuuden anatomia. Porvoo: Edita.
- Laurea. 2013. Laurea-ammattikorkeakoulu. Luettu 13.2.2013. <http://mapa.laurea.fi/opetussuunnitelma.htm>
- Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E., & Schmid, P. 2009. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (16), 629–635.

Leppänen, M-L. 2004. Hallittu terapeuttinen fyysinen rajoittaminen –toimintamalli väkivaltatilanteiden kohtaamiseen. Koulutuksen vaikutusten ja toimintamallin soveltuvuuden arviointi. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (11), 379–385.

McHugh, A., psykiatrinen sairaanhoitaja, About MAPA, sähköpostiviesti, amchugh@crisisprevention.com- Luettu 25.1.2013.

Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Mielenterveysbarometri 2013. <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Barometri+2013+yhteenveto.pdf>. Luettu 18.6.2014

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Miettinen, P. & Kaarne, M. 2008. Väkivallaton vuorovaikutus. Teoksessa J.Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 271–282.

National Institute for Clinical Excellence. 2005a. Notes on the scope of the guidance. Luettu 28.8.2014. [www.nice.org.uk/guidance/CG25/chapter/2-Notes-on-the-scope-of-the-guidance](http://www.nice.org.uk/guidance/CG25/chapter/2-Notes-on-the-scope-of-the-guidance)

National Institute for Clinical Excellence. 2005b. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Luettu 25.8.2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg25/chapter/guidance#other-interventions>

Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D-M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R. & Tsuchiya, A. 2006. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (1),8–18.

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pahlman I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Luettu 19.3.2013. [http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka\\_2009\\_3.html](http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka_2009_3.html)

Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työturvallisuuskeskuksen julkaisusarja 1/2010. [http://www.tyoturva.fi/files/1660/Tyovakivallan\\_riskiammatit.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf)

- Pilli, M. 2006. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopistollinen sairaala. Aggression hoidollinen hallinta (AHHA) – kehittämisprojekti, Loppuraportti. TAYS-intranet. Luettu 16.12.2013.
- Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito – perusteet. Teoksessa Hentinen, k., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi. 122–130.
- Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. ja Mäkelä, J. 2011. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisut 2/2011.
- Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työoverina – turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystys poliklinikalla. Väitöskirja. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto.
- Ravoux, P., Baker, P & Brown, H. 2011. Thinking on Your Feet: Understanding the Immediate Responses of Staff to Adults Who Challenge Intellectual Disability Services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* (25), 189–202.
- Rueve, M. E. & Welton, R. S. 2008. Violence and mental illness. *Psychiatry* (3),34-48.
- Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei morali-sointi auta. *Duodecim* 127. (1), 5-7.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen arviointi – reflektointia. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [verkkojulkaisu]. Luettu 15.9.2014. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html)
- Saukonoja, I. 1999. Pelastustoiminnan johtaminen kriisi- ja suuronnettomuustilanteessa. Kuopio: Pelastusopisto.
- Savonia AMK. 2013. AVEKKI –hanke. Luettu 10.2.2014. <http://webd.savonia-amk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=HANKE>
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppei-hin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 62. Vaasan yliopis-to.
- Soininen, P. 2013. Coersion, perceived care and quality of life among patients in psy-chiatric hospitals. *Hoitotieteen laitos*. Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Sookoo, S. 2004. Therapeutic management of aggression and violence. Teoksessa Norman, I. & Ryrie, I. (ed.) *Art and Science of Mental Health Nursing: a Textbook of Principles and Practice*. McGraw-Hill Professional Publishing. 729-746.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Asiakkaan itsemääräämisoikeus, työryhmän loppu-raportti. Luettu 18.6.2014. [www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf)



Stirling, C. & McHugh, A. 1998. Developing a non-aversive intervention strategy in the management of aggression and violence for people with learning disabilities using natural therapeutic holding. *Journal of Advanced Nursing*. 27. 503-509.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Suomen mielenterveysseura, HE 199/2013. Luettu 13.6.2014.

[http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus\\_ja\\_julkaisut/lausunnot/lausunto\\_mielenterveyslain\\_muuttamisesta\\_\(he\\_199\\_2013\).2428.news](http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/lausunnot/lausunto_mielenterveyslain_muuttamisesta_(he_199_2013).2428.news)

Suomen sairaanhoitajaliitto, 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 29.8.2014

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_työ/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Suomen perustuslaki, 11.6.1999/731. Luettu 13.6.2014.

Tardiff, K. 1996. *Concise Guide to Assessment and Management of Violent Patients*. 2. ad. Yhdysvallat: American Psychiatric Press, Inc.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa, Verkostokokoukset. Luettu 22.7.2014.

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyö/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/yhteistyöohjelmat/pohjoismainen-verkosto-pakon-käytön-vähentämiseksi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014a. Tahdosta riippumattomat sairaalahoidot sekä tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt. Luettu 29.7.2014

<http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/KZ2/109,110,111,112,113/3/3A/0/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014b. Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa.

Luettu 29.7.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/ku/109,110,111,112,113/3/3A/0/>

Tiihonen, P. 2009. Navigointia ahtaalla väylällä. Diskurssianalyttinen tutkimus tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta. Sosiaalitutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 16.9.2014.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf\\_0.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf_0.pdf)

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.- L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 51. Turku: Turun yliopisto. 10-45.

Ukonmaanaho, U. 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. Sairaanhoidajalehti ( 6-7), 26-27.

Valvira. Tarkkailuun ottaminen ja hoito. Luettu 29.8.2014.

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/tarkkailu\\_ja\\_hoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/tarkkailu_ja_hoito)

Viemerö, V. 2006 Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu. (3), 18-22.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen potilaan kohtaaminen. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku Cochrane -tietokannasta

COCHRANE						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
<b>Hakutapa</b> • Search All Text • Boolean lauseke <b>Search limits</b> • Cochrane reviews: All • 2003-2013	<b>Tilanteen johta*</b>	0				
	tilanteen johta* AND aggress*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivinen potilas	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
	<b>Team lead*</b>	1946				
	team lead* AND aggression	82	2	0	0	0
	team lead* AND aggress* manag*	245	7	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	233	6	0	0	0
	team lead* AND incident manag*	175	3	0	0	0
	team lead* AND mental health	751	18	0	0	0
	team lead* AND physical restraint	41	4	0	0	0
	team lead* AND psychiatry	181	6	0	0	0
	team lead* AND psychiatric hospital	445	11	0	0	0
	team lead* AND restraint lead*	47	2	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	680	12	0	0	0
	Osumat yhteensä	2880	71	0	0	0

## Liite 2. Tiedonhaku ebrary -tietokannasta

ebrary						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
<b>Hakutapa</b> • Search in: Text and key fields  • Boolean lauseke, hakusanat samassa laatikoissa  •Julkaisupäi vämäärä: 2003- 2013  • subject: nursing (vain englannin kielisissä)	”Tilanteen johta*”	0				
	”tilanteen johta* AND aggress*”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta*” AND ”aggressiivinen potilas”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta*” AND ”aggression hallinta”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta* ” AND ”kiinnipito”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta*” AND ”fyysinen rajoitus”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta*” AND ”psykiatrinen saira*”	0	0	0	0	0
	”tilanteen johta*” AND ”tilannejohta*”	0	0	0	0	0
	”Team lead*”	279				
	”team lead*” AND ”aggression”	114	8	2	0	0
	”team lead*” AND ”aggress* manag*”	1	1	0	0	0
	”team lead*” AND ”aggress* patient”	1	1	0	0	0
	”team lead*” AND ”incident manag*”	186	19	0	0	0
	”team lead*” AND ”mental health”	275	19	1	1	1
	”team lead*” AND ”physical restraint”	285	20	1	1	1
	”team lead*” AND ”psychiatry”	177	28	1	1	1
	”team lead*” AND ”psychiatric hospital”	232	40	1	1	1
	”team lead*” AND ”restraint lead*”	102	16	1	1	1
	”team lead*” AND ”situation manag*”	285	0	0	0	0
	Osumat yhteensä	1685	152	7	5	5, kaksoiskappaleet pois, jää 1

## Liite 3. Tiedonhaku Ebsco -tietokannasta

Ebsco						
Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt	
<b>Hakutapa</b>	<b>Tilanteen johta*</b>	0				
	tilanteen johta* AND aggress*	0	0	0	0	0
	Rajoittimet					
	• Julkai- supäivämää- rä:					
	tammikuu 2003 – joukokuu 2013					
	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	Laajenti- met					
	• Hakusana kenttään valinta ”all text”					
	tilanteen johta* AND fyysinen ra- joitus	0	0	0	0	0
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
	<b>Team lead*</b>	44968				
	• Boolean lauseke					
	team lead* AND aggression	976	28	5	1	1 (1.)
	team lead* AND aggress* manag*	711	27	7	2	2 (1. ja 2.)
	team lead* AND aggress* patient	521	17	4	0	0
	team lead* AND incident manag*	391	25	2	1	1 (2.)
	team lead* AND mental health	1974	42	2	0	0
	team lead* AND physical restraint	144	18	7	2	2 (1. ja 2.)
	team lead* AND psychiatry	1142	27	2	0	0
	team lead* AND psychiatric hospital	993	32	6	2	2 (1. ja 2.)
	team lead* AND restraint lead*	28	5	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	571	14	0	0	0
	Osumat yhteensä	7451	235	35	8	8, kaksois- kappaleet pois, jää 2

## Liite 4. Tiedonhaku Medic -tietokannasta

Medic						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
	<b>Tilanteen johta*</b>	347				
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND aggress*	13	1	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivi- nen potilas	24	2	0	0	0
Rajoittimet • Julkais- päivä- määrä: tammikuu 2003 – joukokuu 2013	tilanteen johta* AND aggression hallinta	9	2	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*	180	5	0	0	0
Laajenti- met • Hakusana kenttään valinta ”all text”	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
	<b>Team lead*</b>	309				
Hakutapa • Boolean lauseke	team lead* AND aggression”	2	0	0	0	0
	team lead* AND aggress* manag*	2	0	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	132	3	0	0	0
	team lead* AND incident manag*	57	0	0	0	0
	team lead* AND mental health	140	2	0	0	0
	team lead* AND physical restraint	15	0	0	0	0
	team lead* AND psychiatry	4	0	0	0	0
	team lead* AND psychiatric hospital	58	0	0	0	0
	team lead* AND restraint lead*	206	5	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	206	5	0	0	0
	Osumat yhteensä	965	21	0	0	0

## Liite 5. Tiedonhaku Melinda -tietokannasta

<b>Melinda</b>						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
	<b>Tilanteen johta*</b>	2				
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND aggress*	1	1	1	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivi- nen potilas	0	0	0	0	0
Rajoittimet • Julkaisu- päivämää- rä: tammikuu 2003 – joukokuu 2013	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
Laajenti- met • Hakusana kenttään valinta ”all text”	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*			0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
<b>Hakutapa</b> • Boolean lauseke	<b>Team lead*</b>	17				
	team lead* AND aggression”	3	0	0	0	0
	team lead* AND aggress* manag*	1	0	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	0	0	0	0	0
	team lead* AND incident manag*	2	1	0	0	0
	team lead* AND mental health	10	0	0	0	0
	team lead* AND physical restraint	2	0	0	0	0
	team lead* AND psychiatry	2	0	0	0	0
	team lead* AND psychiatric hospital	3	0	0	0	0
	team lead* AND restraint lead*	0	0	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	13	2	0	0	0
	Osumat yhteensä	34	3	0	0	0

## Liite 6. Tiedonhaku Pubmed -tietokannasta

Pubmed						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
	<b>Tilanteen johta*</b>	11				
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND aggress*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivi- nen potilas	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
	<b>Team lead*</b>	428				
	team lead* AND aggression”	1	1	0	0	0
	team lead* AND aggress* manag*	2	1	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	2	1	0	0	0
	team lead* AND incident manag*	0	0	0	0	0
	team lead* AND mental health	28	3	0	0	0
	team lead* AND physical restraint	0	0	0	0	0
team lead* AND psychiatry	13	2	0	0	0	
team lead* AND psychiatric hospital	3	0	0	0	0	
team lead* AND restraint lead*	0	0	0	0	0	
team lead* AND situation manag*	0	0	0	0	0	
Osumat yhteensä	50	8	0	0	0	



## Liite 7. Tiedonhaku Pubmed Central -tietokannasta

Pubmed Central						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
	<b>Tilanteen johta*</b>	0				
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND aggress*	2	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivi- nen potilas	0	0	0	0	0
Rajoittimet • Julkaisu- päivä- määrä: tammikuu 2003 – joukukuu 2013	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
Laajentimet • Hakusana kenttään valinta ”all text”	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*			0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
Hakutapa • Boolean lauseke	<b>Team lead*</b>	1563				
	team lead* AND aggression”	26	2	2	2	1
	team lead* AND aggress* manag*	95	3	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	98	4	1	1	0
	team lead* AND incident manag*	8	0	0	0	0
	team lead* AND mental health	409	17	2	2	1
	team lead* AND physical restraint	12	3	2	2	1
	team lead* AND psychiatry	144	6	1	1	0
	team lead* AND psychiatric hospital	123	4	1	1	0
	team lead* AND restraint lead*	0	0	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	0	0	0	0	0
	Osumat yhteensä	917	39	9	9	3, kaksois- kappaleet pois, jää 1

## Liite 8. Tiedonhaku Scirus -tietokannasta

Scirus						
	Hakusanat	kaikki	nimi	abstr.	aineisto	hyväksytyt
	<b>Tilanteen johta*</b>	64				
<b>Hakutapa</b>	tilanteen johta* AND aggress*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND aggressiivi- nen potilas	0	0	0	0	0
Rajoittimet • Julkaisu- päivä- määrä: tammikuu 2003 – joukukuu 2013	tilanteen johta* AND aggression hallinta	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND kiinnipito	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND fyysinen rajoitus	0	0	0	0	0
Laajentimet • Hakusana kenttään valinta ”all text”	tilanteen johta* AND psykiatrinen saira*	0	0	0	0	0
	tilanteen johta* AND tilannejohta*	0	0	0	0	0
Hakutapa • Boolean lauseke	<b>Team lead*</b>	21157				
	team lead* AND aggression”	939	29	1	1	0
	team lead* AND aggress* manag*	79	3	0	0	0
	team lead* AND aggress* patient	11	4	0	0	0
	team lead* AND incident manag*	218	11	0	0	0
	team lead* AND mental health	1000	28	10	1	0
	team lead* AND physical restraint	53	8	0	0	0
	team lead* AND psychiatry	1000	28	1	1	0
	team lead* AND psychiatric hospital	160	12	0	0	0
	team lead* AND restraint lead*	1	0	0	0	0
	team lead* AND situation manag*	63	3	0	0	0
	Osumat yhteensä	3524	126	12	3	0

## Liite 9. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien esittely

	Julkaisun tekijä(t), julkaisuvuosi, julkaisumaa	Tarkoitus/tavoite	Metodologia	Keskeiset tulokset
1	Nelstrop, L, Chandler-Oatts, J, Bingley, W, Bleetman, T, Corr, F, Cronin-Davis, J, Fraher, D-M, Hardy, P, Jones, S, Gournay, K, Johnston, S, Pereira, S, Pratt, P, Tucker, R, Tsuchiya, A. 2006. Englanti. Artikkel.	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida ovatko pakkotoimet ja eristäminen turvallisia ja tehokkaita interventiota lyhyen aikavälin hallintakeinoiksi levottoman tai väkivaltaisen käytöksen hallitsemiseen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	36 tutkimusta oli hyväksytty tutkimukseen, mistä yksikään ei ollut satunniaskontrolloitu tutkimus. Suurinosa katsauksen hyväksytyistä tutkimuksista sisälsivät rajoituksia, kuten esimerkiksi pieni otanta, sekoittavia tekijöitä ei oltu otettu asian mukaisesti huomioon, valinnassa valinnan puolueellisuutta tai harhaa, huonosti raportoidut tulokset sekä epäselvyyttä oliko käytetty lepositeitä vai ei. Tämän vuoksi katsaus tulee huomioida pikemminkin kartoituksena, mikä selvittää tutkimustiedon laajuutta ja laatua, mitä tähän asti on alalla tehty.
2	Sookoo, S. 2004 Englanti.	-	Kokoomateoksen artikkeli	Aggression, vihan ja väkivallan hallintaan on olemassa erilaisia interventiotekniikoita. Koulutettu hoitohenkilökunta on olennaisessa asemassa aggression hallinnassa. Toisiinsa luottava henkilökunta on avainasemassa turvallisen ja terapeutin ympäristön luomisessa.
3	Ravoux, P, Baker, P & Brown, H 2012 Englanti. Artikkel.	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia hoitohenkilökunnan näkökantoja haasteellisesti käyttäytyvien potilaiden hallinnasta kuntoutuskodeissa.	Puolistrukturoidut haastattelut tehtiin yhdelletoista työntekijälle, kahdella eri osastolla. Tutkimuksen kvalitatiivisella metodilla tutkittiin potilaiden haastavan käytöksen aiheuttamia välittömiä reaktioita hoitohenkilökunnassa sekä heidän päätöksentekoprosessiaan.	Hoitohenkilökunnan välittömät reaktiot käsitteellistettiin monimutkaisten arviointien seurauksena. Ne muotoutuivat koskemaan palvelukontekstin mukaisesti oikean päätöksen valitsemisen ja kaikkien tilanteissa mukana olijoiden parhaaksi toimimisen ydinprosesseja.
4	Rueve, M. E, & Welton, R. S. 2008. Yhdysvallat. Artikkel.	Artikkelin kirjallisuuskatsauksen avulla käsiteltiin peruskäsitteitä käsiteltävästä aiheesta sekä tutkimaan aiheeseen liittyviä muita tärkeitä aiheita, kuten etiologiaa, liitännäissairauksia, riskitekijöiden hallintaa ja hoitoa.	Artikkeli	Psykiatrit, jotka ovat hyvin perehtyneet väkivallan tunnistamiseen ja hallintaan, voivat edistää vaarallisen käyttäytymisen asianmukaista hoitamista sekä minimoida riskejä potilaille, heidän perheilleen, hoitohenkilökunnalle ja koko yhteisölle.