

Mikko Mustonen

Mika Puhakka

Hanna Pulkkinen

Hoitajien kirjaamat väkivaltatilanteet
Niuvanniemen sairaalan interventio-osastoilla

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2010



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU


Mikkeli University of Applied Sciences

SISÄLTÖ


1	JOHDANTO.....	1
2	TAHDOSTA RIIPPUMATTOMIEN HOITOKEINOJEN KÄYTTÄMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....	2
2.1	Tahdosta riippumaton hoitotoimenpide	2
2.1.1	Tahdosta riippumaton hoito	2
2.1.2	Eristäminen	3
2.1.3	Liikkumisvapauden rajoittaminen	4
2.2	Historiasta nykyaikaan.....	4
2.3	Niuvanniemen sairaalan potilasryhmät.....	8
2.3.1	Vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavat potilaat ja väkivaltainen käyttäytyminen	9
2.3.2	Skitsofreniaa sairastavat potilaat	9
2.3.3	Epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä sairastavat potilaat.....	10
2.3.4	Elimellistä mielialahäiriötä sairastavat potilaat.....	10
3	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO.....	11
3.1	Tahdosta riippumatonta hoitoa ohjaavat lait ja asetukset	11
3.2	Tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon lähettäminen.....	11
3.3	Tahdosta riippumattomien toimien käyttö	11
3.4	Tahdosta riippumaton hoito Niuvanniemen sairaalassa.....	13
3.5	Niuvanniemen sairaalan toimintaa valvovat viranomaiset.....	15
3.6	Uhkatilanteet.....	17
3.6.1	Aggressiivisuus.....	17
3.6.2	Väkivalta	18
3.6.3	Fyysinen väkivalta.....	18
3.6.4	Väkivaltaisuuteen vaikuttavat tekijät.....	18
3.6.5	Ennalta ehkäisevä toiminta	20
3.7	Väkivallan hallinta Niuvanniemen sairaalassa ja AVEKKI-ohjelma.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	22
5	OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT.....	22
5.1	Tutkimuksen lähestymistapa	22
5.2	Kohderyhmän kuvaus.....	23
5.3	Aineiston keruu ja analyysi	23

5.4	Eettisyys ja luotettavuus.....	25
6	TULOKSET.....	26
6.1	Väkivaltatilanteiden määrä.....	26
6.2	Väkivaltatilanteet osastoittain ja ajankohdan mukaan.....	27
6.3	Lääkäri kontakti väkivaltatilanteiden yhteydessä.....	31
6.4	Väkivaltatilanteen tapahtumapaikka.....	31
6.5	Potilaiden rajoittaminen maassa.....	33
6.6	Tapahtumien kulku väkivaltatilanteiden yhteydessä.....	34
6.7	Tulosten tarkastelu.....	38
7	POHDINTA.....	42
7.1	Tutkimusprosessin tarkastelu.....	44
7.2	Jatkotutkimusaiheet.....	44
	LIITE/LIITTEET	

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p style="text-align: center;">24.11.2010</p>
<p>Tekijä(t) Mikko Mustonen, Mika Puhakka, Hanna Pulkkinen</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Savonlinna, sairaanhoitaja</p>
<p>Nimeke</p> <p>Hoitajien kirjaamat väkivaltatilanteet Niuvanniemen sairaalan interventio-osastoilla</p>	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata Niuvanniemen sairaalan kahden interventio-osaston väkivaltatilanteita hoitajien kirjaamien väkivaltailmoitusten pohjalta.</p> <p>Opinnäytetyömme teoriaosuudessa luomme katsauksen tahdosta riippumattoman hoidon käsitteisiin. Käsittelemme mielenterveystyötä historiasta nykyaikaan ja kuvaamme tahdosta riippumatonta hoitoa Niuvanniemen sairaalassa ja väkivalta- ja uhkatilanteissa toimimista sekä niiden hallitsemisessa käytettyä Avekki -ohjelmaa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin tilastoimalla ja analysoimalla kerättyä aineistoa kvalitatiivisilla sekä kvantitatiivisilla tutkimusmenetelmillä. Aineiston kokosimme henkilökunnan väkivaltailmoituksista kahdelta interventio-osastolta. Tilastoimme yhteensä 146 väkivaltailmoitusta vuoden 2009 ajalta interventio-osastoilta. Opinnäytetyö kattaa 100 % henkilökunnan väkivaltailmoituksista vuodelta 2009.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat väkivaltatilanteiden keskittyvän tiettyihin kellonaikoihin. Tuloksien perusteella väkivaltatilanteita tulee melko tasaisesti interventio-osastoilla, jotka sijoittuvat päiväaikaan, yleensä tilanteita aiheuttavat yksittäiset potilaat, tapahtumapaikkana on usein osaston käytävä tai eristystilat. Tutkimustulokset osoittivat myös sen, että fyysisellä paikalla, potilaan käyttäytymisellä, erilaisilla tilanteilla ja hoitajien toiminnalla on oma merkityksensä väkivaltatilanteiden syntyemisessä.</p> <p>Toivomme, että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää väkivaltatilanteiden ennakoinnissa ja vähentämisessä sekä hoitomenetelmien ja organisaatiokulttuurin muuttamisessa. Hoitajien tekemiin väkivaltailmoituksiin tulisi kirjata enemmän hoitotyössä käytettyjen menetelmiä.</p>	
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>psykiatrinen hoitotyö, tahdosta riippumaton hoito, väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä</p>	
<p>Sivumäärä</p> <p>54 sivua + liitteet 2 sivua</p>	<p>Kieli</p> <p>suomi</p>
<p>URN</p>	
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>	
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Leena Uosukainen</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Niuvanniemen sairaala</p>

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 24.11.2010	
Author(s) Mikko Mustonen, Mika Puhakka, Hanna Pulkkinen		Degree programme and option Degree Programme of Nursing, Savonlinna, Registered Nurse	
Name of the bachelor's thesis Violent incidents on the intervention wards at Niuvanniemi Hospital recorded by nurses			
Abstract This thesis focuses on nurses' written reports in regard to violent incidences on the two intervention wards at Niuvanniemi Hospital. The investigation was conducted by analysing reports previously filed as violent incidents and by characterizing any symptoms preceding the violent situations. The theoretical framework concentrates on the concepts involved in involuntary patient care. It discusses the history of mental health care to the present day as well as involuntary patient care at Niuvanniemi Hospital. The thesis describes the violent situations that have occurred and the Avekki treatment protocol at Niuvanniemi to manage violent situations at the hospital. The investigation was conducted through statistical analysis and with qualitative and quantitative methods. The data was collected from the staff reports of violence in the intervention wards. One hundred and forty six (146) reports of violence from the year 2009 were analysed, i.e. the total number of reports of violence for the given year. The findings of the research indicated that the violent situations occurred at specific times of the day. There was a regular occurrence of violence in the intervention wards and daytime was the most prevalent. The results showed that violent incidents often involved only single patients and that the location of the incidents often occurred in the ward corridor or the secure cells. The findings also indicated that the physical place, behaviour of the patient, different situations and the nurse's actions had their own meaning the progress of a violent situation. We hope the findings of the thesis and the information gathered can act as a mechanism anticipate violent situations, reduce the number of situations that occur and change the care system and organisational culture. Our recommendation is that the nurses' reports of the violent incidents would record the methods of care administered in more detail, as more information would be beneficial.			
Subject headings, (keywords) Psychiatric nursing, involuntary treatment, violent situations in forensic psychiatry nursing			
Pages 54 pages + appendices 2 pages		Language Finnish	
URN			
Remarks, notes on appendices			
Tutor Leena Uosukainen		Bachelor's thesis assigned by Niuvanniemi Hospital	

1 JOHDANTO

Niuvanniemen sairaalassa on vuonna 2008 käynnistetty pakkokeinojen vähentämisen projekti. Tiedustelimme Niuvanniemen sairaalan ylihoitajilta mahdollista opinnäytetyön aihetta, jonka yhteydessä kiinnostuksemme heräsi Pakkokeinojen vähentämisen projektiin liittyvään väkivaltatilanteiden kartoittamiseen. Niuvanniemen sairaalan kehittämishankkeen yhteydessä vuonna 2009 tutkimme tahdosta riippumattomia hoitokeinoja, ja väkivaltatilanteita kahdella Niuvanniemen sairaalan interventio-osastolla.

Väkivaltatilanteiden tilastointi on tärkeää, että voimme alkaa muuttaa työssämme käytettäviä toimintatapoja sekä käytänteitä potilasystävällisemmäksi. Tahdonvastaisia hoitokeinoja käytettäessä potilaat saattavat joutua voimakeinojen kohteeksi. Psykiatriassa hoidossa voimakeinoina käytetään mm. eristämistä, sitomista, hoidollista kiinnipitämistä, tahdonvastaista lääkitsemistä ja potilaan liikkumista rajoittavia vaatteita. Tilastointi voimakeinojen käyttämisestä on välttämätöntä oikeuspsykiatrisen hoidon kehittämiseksi.

Tavoitteenamme opinnäytetyötä tehdessämme on väkivallattomien käyttäytymiskeinojen oppiminen ja turvallisen hoitoympäristön luominen. Käymme opinnäytetyössämme läpi erilaisia psykiatrisia sairauksia ja sitä, millaisia oireita ne sairastuneessa aiheuttavat. Kerromme myös AVEKKI-ohjelmasta, jonka avulla pyritään ottamaan potilas haltuun ilman kiinniotosta aiheutuvia fyysisiä vammoja. Tuomme opinnäytetyössä esiin myös psykiatrisessa sairaalassa hoitajien toimintaa ohjaavat lait sekä asetukset.

Käytimme opinnäytetyössämme sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineiston analysointimenetelmää, jotta tutkimuksemme tulos olisi mahdollisimman luotettava ja yleistettävissä oleva. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että otos oli 100 % kaikista hoitajien kirjaamista uhkaavista sekä väkivaltatilanteista vuonna 2009.

2 TAHDOSTA RIIPPUMATTOMIEN HOITOKEINOJEN KÄYTTÄMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Tahdosta riippumaton hoitotoimenpide

Potilaan perusoikeuksia ja itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain siinä määrin kuin hänen turvallisuutensa, sairaudenhoitonsa tai toisen henkilön turvallisuus sitä välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava potilaan ihmisarvoa kunnioittaen ja mahdollisimman turvallisesti. Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää erityistä huomioita potilaan sairaalassa olon perusteisiin, kun tehdään päätös itsemääräämisoikeuksien rajoittamisesta. (Mielenterveyslaki 2001, 22, a §.)

2.1.1 Tahdosta riippumaton hoito

Tahdosta riippumaton hoito on ollut osa hoitoperinnettä. Suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa käytetään tahdosta riippumattomia keinoja runsaasti. Erilaisia tahdosta riippumattomia toimia ja rajoituksia on monenlaisia. Yleisin käytetty tahdosta riippumaton keino on kävelyn rajoittaminen, joka tarkoittaa, ettei potilas saa lähteä osaston tiloista tai sairaala-alueelta omatoimisesti. Sitä perustellaan halulla kontrolloida häiritsevää käytöstä tai pelolla potilaan itsensä vahingoittamisesta. Myös tahdosta riippumaton lääkitys ei ole harvinaista. Eristämisen käyttäminen on tahdosta riippumattomista hoito keinoista yleisin, vuoteeseen sitominen on taas harvinaisempaa. Suurelta osin eristämistä toteutetaan, koska näin on totuttu tekemään niin. Vasta viime aikoina sairaaloissa eristämiskäytäntöjen kehittäminen on käynnistynyt korvaamaan näitä tahdosta riippumattomaan liittyviä hoitomuotoja. Kansainvälisten tutkimusten valossa tahdosta riippumattoman hoidon runsas käyttö on yhteydessä hoitopaikkaan ja -käytäntöihin, olosuhteisiin ja henkilökunnan asenteisiin, ei niinkään potilaiden diagnooseihin tai ominaisuuksiin. Myös lääkkeiden sivuvaikutukset ovat osaltaan voineet vaikuttaa potilaaseen sekä esim. eristämistilanteeseen. (Salovaara ym. 1997, 10.)

Punkasen (2001) mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt potilaat ovat usein psykoottisia tai sairastavat vaikeaa mielenterveyshäiriötä. Tahdosta riippumaton hoito on aina pitkälle harkittu toimenpide sisältäen hoidollisia tavoitteita esim. tahdonvastaisen syöttämisen, tahdonvastaisen lääkitsemisen, eristämisen huoneeseen vuoteeseen sidottuna tai ilman. Tahdosta riippumaton toimenpide tulee suorittaa aina

mahdollisimman hienovaraisesti, kun kaikki muut keinot on käytetty. Potilaan tulee saada mahdollisuus perääntyä ja suostua tahdosta riippumattomaan toimenpiteeseen menettämättä kasvojaan. Potilas voi olla vaarallinen itselle ja/tai muille. Tällöin potilas on uhkaava ja käyttäytyy aggressiivisesti. (Punkanen 2001, 88.)

Psykiatrisessa hoidossa käytetään tahdonvastaisesti toteutettua hoitoa esimerkiksi seuraavin tavoin: tahdonvastainen lääkitys, tahdonvastainen sähköhoito, tahdonvastainen ruokinta ja raajojen liikkumista rajoittavien vaatteiden käyttäminen. Myös hengenvaarallinen ylensyönti voi olla rajoituksen kohteena, tuolloin perusteluna tulee olla sisätautilääkärin ja psykiatrin yhteistyössä tekemä päätös. Potilaan tullessa sairaalaan tahdosta riippumattomaan hoitoon aloitetaan potilaille liikkumisvapauden rajoittaminen, jonka aloittamisesta päättää lääkäri yksilöllisesti. Potilas voidaan eristää sulkemalla potilas omaan huoneeseen tai muuhun tilaan, päätöksen eristämisestä tekee lääkäri. Potilas voidaan sitoa sänkyyn vyöllä tai hihnoilla, mikäli potilaan käyttäytymisen tai uhkauksen perusteella vahingoittaisi todennäköisesti itseään tai muita, eivätkä muut toimenpiteet ole riittäviä. Henkilön tarkastus ja -katsastaminen ovat tahdosta riippumattomia toimenpiteitä, jos on perusteltua epäillä potilaalla olevan hallussaan päihteitä tai huumausaineiden käyttöön tarkoitettuja välineitä. Potilaalla saattaa olla toisten henkilöiden turvallisuutta tai terveyttä vaarantavia esineitä tai aineita. Henkilön katsastus käsittää potilaan kehon tarkastamisen, puhalluskokeen, veri-, virtsa- tai sylkinäytteen ottamisen. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

2.1.2 Eristäminen

Eristäminen tarkoittaa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan siirtämistä eristyshuoneeseen tai muuhun tilaan (Salovaara ym. 1997, 8). Eristäminen on joko pelkästään eristyshuoneeseen eristämistä, jossa potilaalla on mahdollisuus liikkua vapaasti, tai erittäin vaikeissa aggressiopusuuskissa sitomista vuoteeseen, jolloin potilas sidotaan vuoteeseen kiinni leveillä nahkanyöreillä käsistään, jaloistaan ja keskivartalostaan. Sitominen vaatii välitöntä hoitajan läsnäoloa. Eristystilanteisiin on oltava riittävästi henkilökuntaa. Puheella pyritään saamaan eristettävään kontakti, ja potilaan olisi hyvä voida hyväksyä eristäminen. Eristämistilanne tulee olla koko ajan henkilökunnan hallinnassa. Väkivaltaisissa eristämisisä, joissa usein myös potilasta tahdosta riippumatta lääkitään, henkilökunta on pääasiassa miespuolisia. Nämä tilanteet ovat

hyvin voimia vaativia ja fyysinen ylivoima on tarpeellinen. Jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa on yksityiskohtaiset toimintaohjeet. (Punkanen 2001, 90.)

2.1.3 Liikkumisvapauden rajoittaminen

Mielenterveyslain perusteella voidaan rajoittaa potilaan liikkumista: ”Potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa tai luvan saatuaan jää palaamatta sinne, hänet voidaan noutaa sairaalaan. Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämiseksi saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä päättää häntä hoitava lääkäri. Voimakeinojen puolustettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan sairaalassa olon syy, hänen poistumisestaan aiheutuva vaara hänen tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle, käytettävissä olevat voimavarat sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat.” (Mielenterveyslaki 2001, 22, d §).

Voimakeinojen käytön liioittelusta säädetään rikoslaissa seuraavasti: Rikoslain 4. luvun 6. §:ssä on määrätty oikeudesta käyttää voimakeinoja virkatehtävän hoitamiseksi tai muun siihen rinnastettavan syyn vuoksi. Oikeudesta avustaa järjestystä ylläpitämään asetettuja henkilöitä säädetään erikseen lailla. Voimakeinoja käytettäessä saa turvautua vain sellaisiin tehtävän suorittamiseksi tarpeellisiin toimenpiteisiin, joita on pidettävä kokonaisuutena arvioiden puolustettavina, kun otetaan huomioon tehtävän tärkeys ja kiireellisyys, vastarinnan vaarallisuus sekä tilanne muutenkin.

”Jos voimakeinojen käytössä on ylitetty 2 momentissa säädetyt rajat, tekijä on kuitenkin rangaistusvastuusta vapaa, jos on erittäin painavia perusteita katsoa, ettei tekijältä kohtuudella olisi voinut vaatia muunlaista suhtautumista, kun otetaan huomioon hänen asemansa ja koulutuksensa sekä tehtävän tärkeys ja tilanteen yllätyksellisyys” (Rikoslaki 39/1889).

2.2 Historiasta nykyaikaan

Mielensairauksiin on eri aikoina ja eri kulttuureissa suhtauduttu hyvin monin tavoin. Useat luonnonkansat eivät ole pitäneet tarpeellisena eristää psykiatrisesti sairastunutta

pois yhteisöstään. Sivistyneemmissä kulttuureissa on taas käytetty koviakin otteita, jos yksilön käyttäytyminen on epänormaalia. Eri puolilla Eurooppaa, myös Suomessa on mielisairaita mm. näytetty kahleissa rahasta yleisölle. Keskiajalla mielisairaajat vangittiin ja pidettiin erillään muista ihmisistä. Noitavainoissa kuoli kymmeniä tuhansia ihmisiä, joista luultavasti suurin osa psykiatrisesti sairaita. He olivat omasta tai muiden mielestä joutuneet pahan valtaan. Ajatuksena oli kurittaa ihmisessä olevaa pahaä eikä häntä itseään. 1700-luvulla ajateltiin pelon parantavan hulluuden, ja kohtelu oli sen mukaista. 1800-luvulla mielisairaaloita oli hyvin vähän ja valtaosa mielisairaajista olivat huutolaisia. Vaikeimmin sairastuneet saatettiin kahlehtia seinään, josta juontaa nimitys ”seinähullu”. (Salovaara ym. 1997, 7.)

Suomessa mielisairaaloitten rakentaminen alkoi 1600-luvulla. Sairaalat olivat enemmänkin säilytyspaikkoja kuin hoitolaitoksia varten, tällöin vaikeimmin sairaat laitettiin sellisiin. Potilaiden kohtelu oli huonoa. Mielisairaissa ajateltiin asuvan ”paha”, joka oikeutti hoitohenkilökunnan heidän huonoon kohteluun. Syynä tähän oli heikosti koulutettu ja vähäinen henkilökunta. Hoitaminen oli enemmänkin vartioimista. Yleinen käsitys oli, ettei mielisairaudesta voi parantua. Vasta vuonna 1840 annettu mielisairaanhoidon asema sisälsi ajatuksen, että mielisairaudesta voi parantua. Hoidon järjestäminen nähtiin valtion velvollisuutena. Mielisairaaloitten määrä alkoi kasvaa vuosisadan lopussa ja niiden rakentamishuippu saavutettiin 1930-luvulla. Suomeen perustettiin 1950-luvulla B-mielisairaaloitten verkosto. Ne rakennettiin syrjään asutuskeskuksista ja toimivat pitkäaikaispotilaiden säilytyspaikkoina. (Salovaara ym. 1997, 8.)

1950-luvulla alussa oli Suomessa noin 10 000 mielisairaaloipaikkaa isoissa mielisairaaloissa. Sairaalat oli rakennettu eristyneille alueille, luonnonkauniille paikoille. Samaan aikaan länsimaissa kehitettiin psykiatrista avohoitoa, mutta Suomen linja kulki päinvastaiseen suuntaan. Valtionkomitean työn perusteella vuonna 1952 alettiin rakentaa uutta sairaalaverkostoa, joka täydensi keskusmielisairaaloita. Näitä sairaaloita kutsuttiin ns. B-mielisairaaloiksi. B-mielisairaalat oli tarkoitettu kroonisille pitkäaikaispotilaille. Tämän tuloksena 1970-luvulla oli parhaimmillaan 20 000 mielisairaaloipaikkaa. (Taipale 1998.)

B-mielisairaaloitten rakentamiseen saatiin aikoinaan valtionosuudet, mutta sosiaalipuolen rakennuksiin ei. Tämän vuoksi suuri mielisairaaloipaikkojen määrä osaksi selit-

tyy, kun mielisairaaloissa hoidettiin asunnottomia, kehitysvammaisia, dementiaa sairastavia, hoidon ja huolenpidon tarpeessa olevia potilaita eli hoidon tarve ei ollut aina psykiatrinen. Hoitokäytäntöjen muuttuminen ja kehittyneet lääkehoidot vähensivät radikaalisti sairaalahoitoa sekä sairaalahoitajaksot lyhenivät. Monet B-mielisairaalat sijaitsivat kaukana asutuskeskuksista, jopa satojen kilometrien päässä potilaan kotipaikkakunnasta tai lähisairaalasta. Palveluiden lähemmäksi tuominen supisti sairaaloiden käyttöä, ja näin niiden toiminta loppui. (Sjöholm 2004.)

Vuonna 1937 mielisairaslaki määritteli psykiatrisen hoidon valtion mielisairaaloiden tehtäväksi. Vuonna 1952 säädettiin uusi mielisairaslaki, jolloin hoitaminen siirtyi ensisijaisesti kuntien tehtäväksi. Uuden mielisairauslain seurauksena psykiatrinen hoito kehittyi voimakkaasti, mihin kuitenkin vaikutti sotavuosien tuoma kehityksen viivästyminen ja 1950-luvulla keksittyjen psykelääkkeiden kehitysoptimismi. 1960-luvun lopussa Suomessa oli ennätyselliset 20 000 sairaspaiikkaa. Reilussa kymmenessä vuodessa psykiatrinen hoito Suomessa eteni yleismaailmallisesti verrattuna korkeatasoiseksi. Sairaalat kehittivät toimintaterapiaa ja kuntoutumista. Keskusmielisairaaloissa tehtiin tieteellistä tutkimus- ja julkaisutoimintaa. (Lepola ym. 2002, 15 - 17.)

1970-luvulta lähtien Suomessa kiinnitettiin huomiota psykiatrisen hoidon laitospainotuneisuuteen. Vuoden 1978 alussa tuli voimaan mielisairauslain osittaisuudistus, jossa tahdosta riippumaton hoito säädettiin uusin tavoin. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981 - 1987) tuotti tietoa tärkeimmän mielenterveyshäiriön hoidon kehittymiseksi. Vuoden 1991 alusta tuli voimaan mielenterveyslaki, joka sisältää edellytykset tahdosta riippumattoman hoidon perusteista. Nämä kriteerit noudattavat pääosin länsimaiden vastaavia periaatteita. Vuonna 1995 laskettiin Suomessa olevan noin 7 000 psykiatrista sairaspaiikkaa, joka tarkoittaa sairaalapaikkojen vähentymistä kolmanneksen huippuvuosista viimeisten 15 vuoden aikana. Psykiatristen sairaalapaikkojen alasajo on johtanut toiminnan vähentymiseen kaikissa sairaaloissa, ja kokonaisia psykiatrisia sairaaloitakin on suljettu. Suomessa toimii kaksi valtion mielisairaala, Vaasassa ja Kuopiossa. Sairaaloilla on mahdollisuus lähettää niihin vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita. Valtion mielisairaaloissa hoidetaan pääsääntöisesti kriminaalipotilaita ja rikokseen syyllistyneitä, jotka on syyntakeettomuuden vuoksi jätetty tuomitsematta. (Lepola ym. 2002, 290 - 292.)

Sunnuntaina 22.8.2010 Helsingin sanomissa oli Anna-Sofia Bernerin kirjoitus ”kovat keinot”, joka käsitteli opinnäytetyön aiheitamme. Berner kirjoittaa artikkelissaan yleisesti psykiatrian historiasta Suomessa sekä nykypäivästä. Berner kertoo, että jo 1990-luvulla on huomattu tahdosta riippumattomien keinojen liiallinen käyttö, mutta toimia ei paljoakaan ole vähennetty. Suomi on kansainvälisesti keskitasoa tahdosta riippumattomien keinojen käytössä. Bernerin mielestä Suomen mielenterveyslaki on tarkka, koska se määrittelee potilaan eristämisen vaatetusta myöten. Berner sanookin mielenterveyslakia pakkotoimilaiksi. Berner arvostelee myös 2000-luvulla tehtyä lakimuutosta, joka hänen mielestään ei ole vähentänyt tahdosta riippumattomia toimia. Vuonna 2008 10-prosenttia kaikista psykiatrisista potilaista oli joutunut tahdosta riippumattomien toimien kohteeksi. (Berner 2010, D1).

Artikkelissaan Berner viittaa Alice Keski-Valkaman 2010 tekemään väitöskirjaan, jossa tahdosta riippumattomien toimien syy on sekavuus. Keski-Valkaman keräsi aineistoaan koko Suomesta 15 vuoden ajalta. Kerätyssä aineistossa sekavuus oli kaikkein yleisin tahdosta riippumattomien toimien käyttämisen syy, ennen uhkaavaa väkivaltaa ja toteutunutta väkivaltaa. Keski-Valkama toteaa myös, että ”*on todella vaikeaa erottaa se, milloin sekavuus aktualisoituu väkivallaksi*”. Hän ihmettelee väitöskirjassaan myös pelkän sekavuuden riittämistä eristämisperusteeksi, ilman väkivallan uhkaa. Tahdosta riippumattomia toimia tulee perustella turvallisuudella. Artikkelin mukaan kyse on hoitokulttuurista ja asenteista, eli siitä miten potilaita on totuttu kohtelemaan. (Berner 2010, D1).

Berner haastatteli artikkelissaan skitsofreniaa sairastavaa Jyri Hännistä, joka kertoi tahdosta riippumattomien toimien kokemuksistaan. Hänninen kertoi kaivanneen sairaalassa ollessaan keskustelua hoitajien kanssa. Hän teki tuhotöitä vain saadakseen hoitajien huomion. Hänninen ihmettelee, että hoitajat pitävät itseään hyvinä keskustelijoina mutta eivät sitten kuitenkaan käytä ammattitaitoaan. Hänninen miettii ratkaisua tuhotöihinsä ”*onko parempi laittaa potilas eristykseseen ja siteisiin vai keskustella tapahtuneesta*”? (Berner 2010, D2).

Bernerin mukaan asenteet ovat alkaneet muuttua ja hänen mielestään tahdosta riippumattomien toimien käyttö sotii hoitajien ammattietiikkaa vastaan. Hoitamisen tarkoituksena on auttaa eikä sitoa ja sulkea lukkojen taakse. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos on perustanut työryhmän, jonka tehtävänä on vähentää tahdosta riippumattomien toimien käyttöä valtakunnallisesti. (Berner 2010, D2).

Lahdessa toimiva ylihoitaja Kimmo Mustonen kertoo oppineensa eristämisen perusteet työskennellessään Niuvanniemen sairaalassa 1990-luvulla. Mustosen mielestä koulutuksessa ja perehdytyksessä ei opeteta riittävästi tahdosta riippumattomien toimien käyttämistä, ja siksi erilaiset hoitokulttuurit säilyvät. Mustonen onkin ottanut asiakseen muuttaa käytäntöjä Lahdessa ja hänen tavoitteenaan on tahdosta riippumattomien toimien vähäisin käyttö Suomessa viiden vuoden kuluttua. Mustonen kokee hyväksi, että hoitajan on valvottava potilaan vointia tahdosta riippumattomien toimien aikana. Samalla hän ihmettelee sitä, ettei sairaalan somaattisella puolella tällaista käytäntöä ei ole pakko toteuttaa. (Berner 2010, D1-D2).

2.3 Niuvanniemen sairaalan potilasryhmät

Niuvanniemen sairaala hoitaa vaarallisia ja/tai vaikeahoitaisia potilaita sekä rikoksesta syytettyjä mutta tuomitsematta jätettyjä potilaita. Lisäksi sairaalassa tehdään tuomioistuimen määräämiä mielentilatutkimuksia. Vuonna 2008 tehtiin 45 mielentilatutkimusta. Vuoden 2008 lopussa oli tuomitsematta jätettyjä potilaita 54,8 %, vaarallisia ja/tai vaikeasti hoidettavia 42,9 % ja mielentilatutkittavia 2 % Sairaalamme potilailla yleisin yksittäinen sairausryhmä on skitsofrenia. (Niuvanniemen sairaala 2009a.)

Mielisairauden akuuttiin vaiheeseen kuuluu usein aggressiivisuutta, sairaalahoitoon päätyvistä potilaista jopa 40 prosentilla on ollut viimeisen kahden viikon aikana väkivaltaisuutta. Väkivaltaa on helpompi hallita sairaalaolosuhteissa kuin avohoidossa. Väkivaltaisuus on yleistä psykiatrisissa sairaaloissa. Suuri ongelma on väkivallan riskin arvioinnin vaikeus; on hankala arvioida väkivallan riskin vähentymistä. Psykiatristen sairaalapaikkojen väheneminen on aiheuttanut sen, että potilaat tulevat hoitoon keskimääräistä sairaampina. Erityisesti vaikeaoireiset ja väkivaltaiset potilaat ovat kertyneet valtion mielisairaaloihin. Potilaan hoitamisen kannalta ensisijaista on ymmärtää väkivaltainen käyttäytymisen ja uhkailemisen syyt. Tärkeintä hoitamisessa on rajojen asettaminen. Rajat luovat virstapylvään turvallisuuden tunteen kehittymiselle. Rankaiseminen ei kuulu potilaan hoitoon vaan on yhteiskunnallista toimintaa. Rajoittamiset ja tahdosta riippumattomat toimet tulee tehdä ja lopettaa johdonmukaisesti, perustellusti ja harkitusti. (Tiihonen 2004, 297.)

2.3.1 Vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavat potilaat ja väkivaltainen käyttäytyminen

Vakavia mielenterveyshäiriöitä ovat skitsofrenia, maanis-depressiiviset mielisairaudet, psykoottiset masennukset ja älyllinen kehitysvammaisuus. Näissä väkivallan riski on 4,5-kertainen verrattaessa yleisväestöön syntymäkohorttitutkimuksella. Väkivaltakäyttäytymisen tärkeimmäksi psykoosiryhmäksi nousevat skitsofreniaa sairastavat miehet, joiden riski on 5 - 10 kertainen. Mikäli samanaikaisesti esiintyy alkoholismia ja skitsofreniaa, lisääntyy väkivaltakäyttäytyminen 25-kertaiseksi. Myös persoonallisuushäiriö, varsinkin epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö, komorbidina esiintyessään nostaa riskiä. (Tiihonen 2004, 295.)

2.3.2 Skitsofreniaa sairastavat potilaat

Skitsofrenia on krooninen mielisairaus, jolle on tavanomaista ajatustoiminnan, puheen ja käytöksen häiriintyminen. Sairastuneella saattaa olla tunne, että naapurit vakoilevat ja kuuntelevat esim. seinien läpi. Tämän vuoksi hän on saattanut muuttaa useita kertoja asunnosta toiseen. Positiiviseen oireistoon kuuluu esim. harhaääniä, jotka ovat kehottavia, käskeviä tai potilaan päivittäisiä toimia kommentoivia. Negatiiviset oireet tarkoittavat normaalitoimintojen heikkenemistä ja ovat vähemmän huomiota herättäviä. (Naukkari 1998, 42.)

Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus, johon liittyy monia eri alatyyppejä. *Disorganisoidussa skitsofreniassa* käyttäytyminen on hyvin hajanaista, estotonta ja potilaan yleiskuva on huolittelematon. Häiriötila alkaa yleensä ennen 25 ikävuotta. *Katatoni* *ssessa skitsofreniassa* potilas saattaa jähmettyä paikalleen. Potilaan asentoa voidaan muuttaa, mutta potilas voi jäädä pitkäksi aikaa asentoon, mihin hänet jätetään. Vastaoireiluna voi esiintyä äärimmäistä kiihtyneisyyttä. (Naukkari 1998, 43.)

Paranoidisessa skitsofreniassa vainoamisharhaluulot ovat tyypillisimpiä. Tämä skitsofreniamuoto alkaa usein vanhempana, ja toimintakyky säilyy parempana verrattaessa toisiin skitsofrenian alaryhmiin. *Jäsentymättömässä skitsofreniassa* oireilu on monimuotoista. Tässä skitsofreniamuodossa oireita voi esiintyä jokaisesta skitsofrenian alaryhmästä. Tämä on skitsofrenian yleisin muoto. *Jäännöstyyppisestä skitsofreniassa* potilaalla on ollut yksi skitsofreeninen jakso; jäännösoireita esiintyy vielä, mutta ne

eivät ole varsinaisesti aktiivisia todellisuudesta poikkeavia oireita. (Naukkarinen 1998, 45 - 46.)

2.3.3 Epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä sairastavat potilaat

Epäsosiaalisesta persoonallisuudesta kärsiviä kutsutaan sosiopaateiksi tai psykopaateiksi. Heillä ei ole halua sitoutua sääntöihin eikä normeihin. He eivät myöskään kykene oppimaan kokemuksistaan. Henkilö saattaa esim. kertoa varastaneensa ystävältä aikomatta palauttaa varastamaansa. Henkilö ei välitä ihmisistä, vaikka on heitä kaltoin kohdellut. (Naukkarinen 1998, 128.)

Epäsosiaalinen persoonallisuus ei omaa kykyä kuvitella toisen ihmisen tunteita ja kipua. Tällainen ihminen hyväksyy väkivaltaisen käyttäytymisen ja monet päätyvätkin vankilaan tai tulevat kaltaistensa taholta tapetuiksi. Käyttäytymistä puolustellaan valheellisin syin, eikä nähdä itsessä ikinä mitään syytä. Muuan epäsosiaalinen henkilö surmasi kiinteistön tarkastuskierroksella olleen vartijan. Hän oli kauniisti kehottanut vartijaa poistumaan, mutta tämä oli alkanut rähistä, mikä oli johtanut vartijan tappamiseen. Syyllinen ikävään tapaukseen oli siis työtään tehnyt vartija. (Takala & Joensuu 2000, 775 - 776.)

2.3.4 Elimellistä mielialahäiriötä sairastavat potilaat

Elimellisessä mielialahäiriössä on kyseessä maltin menettämisestä herkästi, jolloin henkilö voi hyökätä toisen henkilön kimppuun mitättömästäkin ärsykkeestä eikä hyökkääminen ole ennalta arvattavissa. Tällöin henkilö yksinkertaisesti raivostuu ilman näkyvää syytä. Häiriötilaa esiintyy yleisemmin miehillä ja on havaittavissa jo nuorella iällä, ennen 20 ikävuotta. Häiriön omaavalla on vaikeuksia työelämässä ja ihmissuhteissa. Henkilö on myös usein lain kanssa tekemisissä pidätysten muodossa. Nykytiedon mukaan taustalla on keskushermoston serotoniinitoiminnan säätelyhäiriö, joka johtaa impulsiivisuuden lisääntymiseen. (Naukkarinen 1998, 118.)

3 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

3.1 Tahdosta riippumatonta hoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Tahdosta riippumatonta hoitoa ohjaavia lakeja ovat Suomen perustuslaki (2. luku perusoikeudet), mielenterveyslaki ja -asetus, laki ja asetus valtion mielisairaaloista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, kansainvälinen ihmisoikeussopimus (asetus 8/1976 kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen sekä siihen liittyvän valinnaisen pöytäkirjan voimaansaattamisesta), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, potilasvahinkolaki, yhdenvertaisuuslaki, tasa-arvolaki, laki holhustoimesta ja rikoslaki. (Niuvanniemen sairaala 2010a.)

3.2 Tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon lähettäminen

Suomen lainsäädäntö määrittelee tarkkaan, miten potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon psykiatriseen sairaalaan. Lähetettäessä potilas tarkkailuun käytetään lähetteenä M I - lähetettä. Potilaan tulee täyttää seuraavat kriteerit, jotta hänet voidaan määrätä mielisairaalaan hoitoon: hänen tulee sairastaa mielisairautta, ja hän on mielisairautensa vuoksi välittömän sairaalahoidon tarpeessa ilman, että avohoidon keinot riittävät hänen hoidossaan, ja ilman, että hänen tilanteensa huononisi, lisäksi hän on vaarallinen itselleen ja/tai muille. Lääkäri arvioi potilaan, ja mikäli hän havaitsee mielisairauden, voidaan potilas ottaa tarkkailuun enintään neljäksi päiväksi. Viimeistään neljäntenä päivänä tulee tehdä päätös hoidon tarpeellisuudesta edeltävin kriteerein. Potilaasta tulee tehdä M II - tarkkailulausunto, jonka perusteella voidaan tehdä M III – hoitoon määräämispäätös. Potilasta voidaan hoitaa tällä päätöksellä kolme kuukautta potilaan tahdosta riippumatta. Mikäli potilas on edelleen hoidon tarpeessa, tulee hänestä tehdä uusi tarkkailulausunto sekä päätös hoidon jatkamisesta. Tämän lain tarkoitus on varmistaa hoito sitä tarvitseville sekä niille, jotka eivät pysty itsenäisesti hakeutumaan hoitoon. (Naukkarinen 1998, 163 - 164.)

3.3 Tahdosta riippumattomien toimien käyttö

Taulukossa 1 esitellään tahdosta riippumattomien toimien käyttö Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja valtionmielisairaaloissa. Eristyspotilaat ovat sellaisia potilaita, joille vähintään yhdessä tahdosta riippumattomien toimien ilmoituksessa on merkitty

eristys. Vuoteeseen sidotut potilaat ovat sellaisia potilaita, joille vähintään yhdessä tahdosta riippumattomien toimien ilmoituksessa on merkitty vuoteeseen sitominen. Tahdonvastaisen injektio­lääkityksen potilaat ovat sellaisia potilaita, joille vähintään yhdessä tahdosta riippumattomien toimien ilmoituksessa on merkitty tahdonvastainen injektio­lääkitys. Fyysisen kiinnipitämisen potilaat ovat sellaisia potilaita, joille vähintään yhdessä tahdosta riippumattomien toimien ilmoituksessa on merkitty fyysinen kiinnipitäminen potilaan rauhoittamiseksi. (Stakes 2008, 89 - 98.)

TAULUKKO 1 Ilmoitettujen tahdosta riippumattomien hoitotoimien käyttö Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja suluissa valtion mielisairaaloissa ja hoitojaksojen alkamisvuoden mukaan (Stakes 2008, 89 – 98.)

Vuosi	Potilaat	Eristys	Sitominen	Tahd.v.inj.	Fyys.kiinni.
2002	1877 (58)	66 /3,5 % (41/30,6 %)	108/5,8 % (7/5,2 %)	64/3,4 % (18/13,4 %)	41/2,2 % (3/2,2 %)
2003	1791 (57)	92/5,1 % (39/33,3 %)	118/6,6 % (5/4,3 %)	63/3,5 % (19/16,2 %)	37/2,1 % (1/0,9 %)
2004	1926 (53)	121/6,3 % (39/34,2 %)	171/8,9 % (15/13,2 %)	71/3,7 % (17/14,9 %)	21/1,1 % (5/4,4 %]
2005	2036 (54)	136/6,7 % (42/30,9 %)	149/7,3 % (11/8,1 %)	42/2,1 % (21/15,4 %)	18/0,9 % (1/0,7 %)
2006	2033 (56)	197/9,7 % (38/32,2 %)	189/9,3 % (8/6,8 %)	35/1,7 % (15/12,7 %)	20/1,0 % (4/3,4 %)
2007	2073 (57)	168 (8,1 %) (30/25 %)	162/7,8 % (11/9,2 %)	30/1,4 % (24/20,0 %)	5/0,2 % (3/2,5 %)

Taulukosta 1 voimme tulkita, että eristämistä käytettiin valtion mielisairaaloissa huomattavasti enemmän Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin verrattuna. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä eristämistä käytettiin tahdosta riippumattomana hoitotoimena 3,5-9,7 % vuosina 2002 - 2007 alkaneiden hoitojaksojen aikana, kun taas valtion mielisai-

raaloissa eristämistä käytettiin 25 - 32,2 % potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. (Stakes 2008, 89 – 98.)

Vuoteeseen sitominen tahdosta riippumattomana hoitotoimena oli melko tasaista Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä sekä valtion sairaaloissa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä vuoteeseen sitomista käytettiin tahdosta riippumattomana hoitotoimena 5,8 - 9,3 %, kun taas valtion mielisairaaloissa vuoteeseen sitomista käytettiin 4,3 - 13,2 % potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. (Stakes 2008, 89 – 98.)

Valtion sairaaloissa käytettiin tahdonvastaista injektiota selvästi enemmän Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin verrattuna. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä tahdonvastaista injektiota käytettiin tahdosta riippumattomana hoitotoimena 1,4 - 3,7 %, kun taas valtion mielisairaaloissa tahdonvastaista injektiota käytettiin 12,7 - 20 % potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. (Stakes 2008, 89 – 98.)

Fyysinen kiinnipitäminen oli tahdosta riippumattomista hoitokeinoista vähiten käytetty menetelmä sekä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä että valtion sairaaloissa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä fyysistä kiinnipitämistä käytettiin tahdosta riippumattomana hoitotoimena 0,2 - 2,2 %, kun taas valtion mielisairaaloissa fyysistä kiinnipitämistä käytettiin 0,7 - 4,4 % potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. (Stakes 2008, 89 – 98.)

Tahdosta riippumattomien hoitotoimien käyttö on ollut tasaista vuosina 2002 - 2007. Valtion mielisairaaloissa oli tahdosta riippumattomia hoitotoimia käytetty 53 - 58 potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä oli tahdosta riippumattomia hoitotoimia käytetty 1877 - 2073 potilaaseen hoidon alkamisvuoden mukaan. (Stakes 2008, 89 – 98.)

3.4 Tahdosta riippumaton hoito Niuvanniemen sairaalassa

Tahdosta riippumattomat hoitokeinot tarkoittavat eristämistä omaan huoneeseen, eroon muista potilaista sekä vuoteeseen sitomista. Tahdosta riippumattomilla hoitokeinoilla voidaan tarkoittaa myös yhteydenpidon sekä ulkoilun rajoittamista. Niuvanniemen sairaalan yleisen turvallisuuden vuoksi päihdyttävien aineiden käyttö sairaalal alueella on kokonaan kielletty. Niuvanniemen yleinen suositus on, ettei sairaalaan

myöskään tuoda omia lääkkeitä erityistilanteita lukuun ottamatta. Potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan usein rajoittamaan potilaan sairautentunnottomuuden vuoksi. Tällöin potilas ei itse kykene päättämään, mikä on hänelle parasta. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta säädetään mielenterveyslain 4a-luvussa. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

Rajoituksia ja tahdosta riippumattomia hoitotoimia ei saa käyttää rangaistuksena. Tilanne tulee arvioida yksilöllisesti ja valita siihen tilanteeseen sopiva, vähiten potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittava vastentahtoinen toimi. Potilaan ihmisarvoa, yksityisyyttä eikä hänen vakaumustaan tule loukata tahdosta riippumattomia keinoja käytettäessä. Potilaan äidinkieli, kulttuuri sekä yksilölliset tarpeensa tulee ottaa huomioon, mikäli se on mahdollista. Kun itsemääräämisoikeutta rajoitetaan, tehdään siitä aina merkintä potilasasiakirjoihin. Merkinnöissä tulee näkyä toimenpiteen syy, luonne, kesto, arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon ja toimenpiteen määränneen lääkärin sekä suorittajien nimet. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

Potilas voidaan eristää, mikäli hän käyttäytymisellään tai puheillaan vahingoittaa vakavasti itseään tai muita tai jos hänen käyttäytymisensä vahingoittaa muiden potilaiden hoitoa. Eristäminen on perusteltua myös, jos potilaan sairaus pahenee osaston normaaleista ärsykkeistä tai vuorovaikutustilanteista muiden potilaiden/hoitajien kanssa. Sitominen vuoteeseen on perusteltua, mikäli muut tahdosta riippumattomat hoitokeinot eivät ole riittäviä ja vain mielenterveyslain ensimmäisen perusteen ollessa voimassa. Tahdosta riippumattomien keinojen käytöstä päättää aina lääkäri, akuuteissa tilanteissa hoitaja voi aloittaa eristämisen, mutta siitä tulee viipymättä ilmoittaa lääkärille, joka tulee toteamaan tilanteen ja tutkii potilaan. Sitomisen ja eristämisen aikana hoitajilla on oikeus käyttää voimakeinoja esim. kiinnipitämistä sekä kantamista tarpeen niin vaatiessa. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

Turvallinen eristäminen varmistetaan riittävällä henkilökuntamäärällä, tarvittaessa voidaan pyytää lisäapua vartijoilta tai tehdä poliisille virka-apupyyntö. Vuoteeseen sitomisen aikana tapahtuu potilaan välitön valvonta, joka tarkoittaa sitä, että potilaalla tulee olla nimetty vastuuhoitaja, jolla on koko ajan näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. Vastuuhoitajalla ei saa olla muita tehtäviä samanaikaisesti. Hoitaja huolehtii potilaan turvallisuudesta ja hyvinvoinnista sekä kirjaa tarvittavat merkinnät eristämislomakkeisiin. Henkilökunta ei saa mennä yksin eristetyn potilaan huoneeseen, eivätkä kaikki

osaston hoitajat saa mennä eristyshuoneeseen samanaikaisesti. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

Henkilökunnan on taattava eristetyn potilaan riittävä nesteytys sekä ravinnon saaminen, virtsaamis- sekä ulostamistarpeet ja puhtaus. Jos potilas tupakoi, hänelle on järjestettävä mahdollisuus savukkeeseen ruuan sekä kahvin jälkeen. Potilaalle ei saa antaa tulentekovälineitä. On muistettava myös ottaa huomioon eristetyn potilaan oma sekä petivaatetus. Peitot ovat usein ns. repijäntäkkejä, ja makuualustan tulee olla pehmeä. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

Eristämisestä ilmoitetaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle, mikäli eristäminen on jatkunut yli 12 tuntia tai yli 8 tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta. Sihteeri tekee ilmoituksen lääkärin määräyksestä. Sihteeri toimittaa lääninhallitukselle kahden viikon välein ilmoituksen potilaan eristämisestä ja sitomisesta sekä hoitajan tekemän selvityksen potilaan tilasta. (Niuvanniemen sairaala 2010b.)

3.5 Niuvanniemen sairaalan toimintaa valvovat viranomaiset

Useat viranomaiset valvovat sairaalan toimintaa, ja ne antavat tiedotteita joilla esitellään niiden toimintaa. Seuraavassa on lyhyt luonnehdinta (Niuvanniemen sairaala 2010a):

Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto (Valvira):

- ohjaa ja valvoo sairaalan toimintaa sekä sairaalassa toimivaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä
- kantelujen käsittelyä

Itä-Suomen aluehallintovirasto

- valvoo sekä ohjaa sairaalan tuottamia terveyspalveluja
- järjestää koulutuksia ja antaa lausuntoja sekä arvioi ja seuraa palvelujen kehittämistä, että toteuttamista
- käsittelee kanteluja ja ilmoituksia sekä tekee sairaalaan tarkastuskäyntejä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

- päättää sairaalassa työskentelevien työntekijöiden henkilötyövuosista ja sairaalassa tuotettavien hoito- ja tutkimuspäivien määrästä ohjaten ja valvoen tulosopimuksella
- käsittelee ilmoituksia ja kanteluja sekä tekee tarkastuskäyntejä sairaalaan
- tekee päätöksen mielentilatutkimukseen tulevan potilaan sairaalapaikasta
- määrää mielentilatutkimuksessa hoidon tarpeessa olevaksi todetun potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon
- määrittelee sairaalahoidon aloittamispaikan
- päättää kriminaalipotilaiden valvonta-ajalle päästämisen ja sairaalahoidon lopettamisen

Kuopion hallinto-oikeus

- hoitoonmääräämispäätöksiä vahvistaminen
- käsittelee valitusasiat hoitoonmääräämisistä ja perusoikeuksien rajoittamisista

Eduskunnan oikeusasiamies

- sairaalan ja virkamiesten lakien ja velvollisuuksien täyttämisen valvonta
- valvoo ihmis- ja perusoikeuksien toteutumista
- tekee sairaalaan tarkastuksia, käsittelee kanteluja ja tutkii sairaalan toimintaa

Eurooppalainen kidutuksen ja huonon kohtelun vastainen komitea

- tutkii laitoksiin suljettujen ihmisten kohtelua ja olosuhteita tekemällä tarkastuskäyntejä sairaalaan
- tekee suositusmuotoisia lausuntoja Suomen hallitukselle
- komitean suomalainen jäsen on Veronika Pimenoff

Euroopan ihmisoikeustuomioistuin

- jäsenvaltioiden ihmisoikeussopimusten toteutumisen valvonta
- käytettyään kaikki kansalliset oikeussuojakeinot hyväkseen valittaja voi käännyä ihmisoikeustuomioistuimen puoleen

3.6 Uhkatilanteet

Käsitteitä aggressio ja väkivalta käytetään monesti synonyymeinä, mutta usein niille annetaan myös toisistaan poikkeavat määritelmät. Yhtenä erona voidaan pitää sitä, että väkivalta nähdään monesti konkreettisina tekoina ja aggressio taas pikemminkin tunteena. (Mustonen 1991, 7 - 11.)

Useimmissa väkivalta- ja aggressiivisuustilanteissa kysymys on pelon ja vihan tunteesta. Mikäli ihminen jostain syystä myötävaikuttaa näiden tunteiden yltymiseen sen sijaan, että pyrkisi niitä lievittämään tällöin väkivaltaisten tekojen riski kasvaa. Monet ihmisten väliset ongelmat ja ristiriidat johtuvat puutteellisesta kommunikoinnista. (Weizmann-Helenius 1997, 94.)

3.6.1 Aggressiivisuus

Aggressiivisuudella tarkoitetaan käyttäytymistä, joka tähtää toisen ihmisen, ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen. Aggressiivisuudesta ja väkivallasta puhuttaessa tarkoitetaan yleensä toisen ihmisen fyysistä vahingoittamista, mutta aggressiivisuutta on myös toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat sekä epäsuora vihamielisyys, joka ilmenee kielteisenä käyttäytymisenä. Aggressio ei ilmene ainoastaan toimintana, vaan siihen liittyy myös vihamielistä ajatussisältöä ja tunteita, kuten pelkoa ja vihaa. Jollain tavalla siihen liittyy myös mielihyvää ja iloa sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä. (Weizmann-Helenius 1997, 11.)

Weizmann-Helenius (1997, 11 - 12) jatkaa, että suuttumuksen ja ärtymyksen tunteen kokeminen on inhimillistä. Jokaisella ihmisellä herää eriasteisia aggressiivisia tunteita. Vihan ja suuttumuksen herätessä ihmisessä tapahtuu fysiologisia muutoksia, ja hänen toimintavalmiutensa paranee. Aggressiivinen tunne on ihmisen normaali reaktio tilanteissa, jossa hän on turhautunut ja pyrkii siksi aggressiivisuudellaan ratkaisemaan tilanteeseen. Ihmisen kyky kokea aggressiota on osa hänen perinnöllistä varustustaan, mutta ihmisten välillä on ero siinä, kuinka herkästi ja voimakkaasti he reagoivat aggressiivisin tuntein. Joillakin ihmisillä aggressiivisten tunteiden puuttuminen voi nimenaan olla ongelma; tällöin he eivät kykene pitämään puoliaan. Toisaalta taas voimakas aggressiivisuus ja väkivaltaisuus on ongelma.

3.6.2 Väkivalta

Sinkkosen (2008, 126) mukaan väkivalta on vihamielinen teko, jonka tavoitteena on toisen ihmisen vahingoittaminen, eikä se rakenna tai edistä mitään myönteisiä pyrkimyksiä. Weizmann-Helenius (1997, 12) määrittää väkivaltaisuuden siten, että se tarkoittaa ihmisen ulkoista käyttäytymistä ja on reaktio tilanteeseen, jossa ihminen kokee avuttomuudentunnetta ja jossa hänellä ei ole muita keinoja selviytyä tilanteesta. Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen psyykkinen kehitys on häiriintynyt, hänen persoonallisuutensa on puutteellisesti kehittynyt ja hänen kykynsä hallita omaa käyttäytymistään on jäänyt vaillinaiseksi.

3.6.3 Fyysinen väkivalta

Lagerpets (1998, 26) kuvaa fyysistä väkivaltaa toisen ihmisen ruumiilliseksi vahingoittamiseksi tai pakottamiseksi johonkin vastoin hänen tahtoaan. Fyysisessä väkivallassa toisen ihmisen kimppuun käydään avoimesti joko lyömällä, potkimalla, tönimällä tai muuten tekemällä suoranaista väkivaltaa. Vuorio (1995, 24) lisää, että lieväksi fyysiseksi väkivallaksi voidaan mainita töniminen, huitominen, sylkeminen ja lähenteily. Vakavaksi väkivallaksi teko katsotaan silloin, kun väkivalta ilmenee potkuina, raapimisena, puremisena tai kuristamisena.

Omaisuuksien tuhoaminen voidaan luokitella fyysiseksi väkivallan muodoksi. Se voi ilmetä esimerkiksi pienten käyttöesineiden tuhoamisena, kirjojen repimisenä, huonekalujen rikkomisena ja vaatteiden rikkomisena. Itseä vahingoittavaan käyttäytymiseen kuuluvat esimerkiksi pään hakkaaminen esineisiin tai oman kehon osaan, silmien painelu, itsensä pureminen, hiuksien repiminen, nivelten vääntäminen, sopimattomien esineiden syöminen, tietyn kehonosan raapiminen tai hankaaminen vahingollisesti. (Weizmann-Helenius 1997, 57.)

3.6.4 Väkivaltaisuuden vaikuttavat tekijät

Syitä väkivaltaiseen käyttäytymiseen on haettu biologisista ja psykologisista perintötekijöistä, ympäristö- ja tilannetekijöistä sekä näiden yhteisvaikutuksista. Perinnöllisyyden merkityksestä ihmisen väkivallan synnylle ei ole olemassa yksiselitteisiä tu-

loksia. Voidaan kuitenkin olettaa, että ihmisen temperamenttieroit voivat olla periytyviä. (Weizmann-Helenius 1997, 16.)

Weizmann-Helenius (1997, 33- 34) kirjoittaa, että ihmisen kehityksen kannalta ympäristötekijöistä tärkeimmät ovat varhaisimmat kokemukset ja kasvuolosuhteet. Ihmisen persoonallisuus kehittyy ja muotoutuu varhaisten ihmissuhteiden ja varusteiden vaikutuksesta. Mikäli persoonallisuuden kehitys häiriintyy jostakin syystä, voi sillä olla merkitystä myöhemmässä elämänvaiheessa. Sinkkonen (2008, 129) jatkaakin, että lapsi, joka on joutunut kohtaamaan henkistä ja/tai fyysistä väkivaltaa, sisäistää väkivaltaisia malleja.

Weizmann-Helenius (1997, 33 - 34) jatkaa, että persoonallisuus- ja luonnehäiriöitä on paljon erilaisia, mutta niillä on yhteisiä piirteitä. Uhkaavasti käyttäytyvä ja väkivaltaisuuden taipuva ihminen on usein lyhytjänteinen ja hänen on vaikea sopeutua ympäristöönsä. He osoittavat heikkoa kykyä toimia itsenäisesti ja heidän ihmissuhteensa ovat ristiriitaisia ja vaihtuvia. Heidän stressinsietokyky on heikkoa ja vaikeuksiin joutuessa he kokevat vian olevan ympäristössä ja muissa henkilöissä. Heidän on vaikeata hallita aggressiivisia tunteitaan, ja he kokevat oman käyttäytymisensä itselleen hyväksyttävänä. Ahdistuksen sietokyky on heikko, ja he käsittelevät ristiriitoja purkamalla tunteet väkivaltaiseen käyttäytymiseen.

Väkivaltaisuuden liittyy myös ulkoisia stressitekijöitä, esimerkiksi samat rasittavat asiat ja tilanteet, jotka eivät suju, kovat ja ärsyttävät äänet sekä ahtaus. Väkivaltaisuutta voi edeltää myös turhautuminen tai pitkäaikainen stressi. Ne purkautuvat tilanteessa, jossa vaikeudet kasaantuvat. Näiden lisäksi jännitys ja kireä ilmapiiri voi laukaista väkivaltaista käyttäytymistä. (Weizmann-Helenius 1997, 17 - 19.) Roti ja Ihanus (1997, 76 - 82) lisäävät, että provosointi ja moralisointi ovat myös tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa väkivaltaista käyttäytymistä.

Kehityspsykologian näkökulmasta Sinkkonen (2008, 134 - 135) toteaa yhdeksi väkivallan tekijäksi myös video- ja tietokonepelit. Runsaalla väkivaltaisten pelien pelamisella on eri tutkimuksissa osoitettu olevan negatiivisia seurauksia lasten ja nuorten asenteille, empatiakyvylle sekä impulssien hallinnalle.

3.6.5 Ennaltaehkäisevä toiminta

Väkivaltaisia tilanteita ennalta ehkäisevätoiminta ja aggressiivisuuden hallintaan suuntaavat toimenpiteet ovat äärimmäisen tärkeitä. Väkivaltaan varautuminen käsittää aggressiivisten ihmisten arvioimista. Aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen voidaan varautua tekemällä ympäristö turvalliseksi. Ympäristön turvalliseksi tekeminen tarkoittaa, että huolehditaan työtilojen tarkoituksenmukaisuudesta ja yrittään minimoida ihmisiä ärsyttävät seikat. (Weizmann-Helenius 1997, 53.)

Weizmann-Heleniusen (1997, 61) mukaan vuorovaikutus on oleellinen osa väkivaltaisuuden hallintaa. Vuorovaikutuksessa saadaan tietoa toisesta ihmisestä, hänen tunnetilastaan sekä pyrkimyksistään, niin että ne voidaan ottaa huomioon. Vuorovaikutussuhteessa vaikutetaan toiseen ihmiseen, muutetaan käyttäytymistä ja parannetaan vuorovaikutustaitoja sekä vastataan tarpeisiin niin, että vältettäisiin aggressiivisen tunteen syntyminen. Roti ja Ihanus (1997, 76 - 82) lisäävät, että provosointia ja moralisointia on syytä välttää. Oman äänen tietoinen, rauhallinen käyttö ja jopa äänen korkeuden madaltaminen on eduksi.

Turva- ja toimintaohjeiden tekeminen ja laadinta kuuluu myös keskeisenä osana ennaltaehkäisyyn. Lisääntyvää turvallisuutta saavutetaan ohjeilla, jotka sisältävät neuvoja väkivaltatilanteista. Pysyvät ratkaisut, esimerkiksi lukot ja hälytyslaitteet, luovat turvallisuutta. (Rasimus 2002, 158; Weizmann- Helenius 1997, 61.)

Hyvin olennainen ennaltaehkäisyyn tähtäävä toiminta on työntekijöiden koulutus. Koulutuksen tulee sisältää tietoa aggressiivisuudesta ja väkivaltaisen henkilön persoonallisuudesta. Olennaista tietoa ovat myös väkivaltaisuutta ennustavista merkeistä sekä vuorovaikutuksessa ilmenevistä vaaratilanteista ja vuorovaikutukseen vaikuttavista seikoista. Koulutuksen tulee sisältää myös itsepuolustustaitojen oppimista. (Rasimus 2002, 158; Weizmann-Helenius 1997, 53, 61.)

Aggressiivisen käyttäytymisen hallinta tähtää turvallisuuden paranemiseen. Se voi olla lyhytaikaista tai tähdätä tulevaisuuteen. Lyhytaikaisella aggressiivisen käyttäytymisen hallinnalla tarkoitetaan hetkellistä tai määräaikaista hallitsemista, esimerkiksi raivos-tuneen potilaan riehuminen estämistä. Pidemmällä tähtäävästä hallinnasta on kyse, kun

henkilö oppii hallitsemaan omaa käyttäytymistään muissakin kuin valvotuissa tilanteissa. (Weizmann-Helenius 1997, 61.)

3.7 Väkivallan hallinta Niuvanniemen sairaalassa ja AVEKKI-ohjelma

Niuvanniemen sairaalassa käytetään AVEKKI-ohjelmaa väkivallan hallinnassa. AVEKKI-koulutus antaa koko sairaalan henkilökunnalle valmiudet kohdata aggressiivinen potilas turvallisesti aiheuttamatta potilaalle tai henkilökunnalle fyysisiä vammoja. Koko organisaation henkilökunta sitoutetaan koulutukseen. Koulutuksen erittäin tärkeänä osana on tunnistaa ennalta vaaratilanteet ja pyrkiä ennaltaehkäisemään niiden syntymistä. AVEKKIä käytetään kriittisissä tilanteissa, jossa väkivallan uhka on havaittavissa. AVEKKI tulee sanoista Aggressio, VäkiValta, Ennaltaehkäisy, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio. Väkivallan ennaltaehkäisyyn liittyvän koulutuksen lähtökohdista on myös yhteisöllisyys sekä yhdessä tekeminen. (Niuvanniemen sairaala 2008.)

AVEKKI-toimintatapa määrittelyssä on kolme keskeistä periaatetta (Niuvanniemen sairaala 2008):

1. Henkilön ihmisarvoa kunnioitetaan hänen aggressiivisesta käyttäytymisestään huolimatta. Henkilöä autetaan hallitsemaan aggressionsa.
2. VäkiValtaa kohdatessa pidetään mielessä henkilökunnan turvallisuus. Ennakoidaan vaaratilanteet etukäteen.
3. VäkiValtatilanteen kohdatessa valitaan yksilöllinen ja tilanteeseen sopiva toimintamalli, joka kunnioittaa potilasta sekä hänen itsemääräämisoikeuttaan. Tilanteita pyritään hallitsemaan ennaltaehkäisemällä, minimaalisen rajoittamisen, voimankäytön sekä kivuttomuuden periaatteiden pohjalta.

Yhteiskunnan säätämät aggressiivista ja väkiValtaista toimintaa koskevat lait ja asetukset sekä potilaan hoitoon ja työturvallisuuteen liittyvät lait ja asetukset on otettu huomioon AVEKKI-koulutuksessa. Niuvanniemen sairaalassa AVEKKI-koulutusta ylläpidetään ja kehitetään sairaalan omien hoitajien toimesta, jotka ovat käyneet erilli-

sen AVEKKI-koulutuksen Savonia ammattikorkeakoulussa. Henkilökunnan peruskoulutus kestää 24 tuntia, jonka jälkeen taitoja ylläpidetään kuukausittain 2 tunnin mittaisilla koulutuksilla. (Niuvanniemen sairaala 2008.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa Niuvanniemen sairaalan kahden hoito- ja tutkimusosaston potilaille käytettäviä tahdosta riippumattomia hoitokeinoja hoitotyössä. Tutkimuksessa selvitimme, onko väkivaltatekijöillä yhteisiä piirteitä, tilan, ajan tai muiden esille nousevien asioiden suhteen. Pyrimme selvittämään opinnäytetyömme mahdolliset kehittämiskohteet. Opinnäytetyötämme käytetään osana Pakkokeinojen vähentämisen Niuvanniemen sairaalassa-projektia, jossa kartoitus toimii lähtökohtana kehittämistyölle.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Kuinka paljon väkivaltatilanteita tapahtui?
2. Millä tavalla väkivaltatilanteet jakautuivat?
3. Kuinka usein väkivaltatilanteessa oli lääkäri mukana?
4. Millä tavalla väkivaltatilanteet sijoituivat osastolla?
5. Kuinka paljon potilaita rajoitetaan maassa?
6. Millaisia väkivaltatilanteet olivat?

5 OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimuksemme aineisto antoi mahdollisuuden tehdä sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimus. Mikäli aineiston tutkiminen olisi jätetty pelkästään kvantitatiiviseksi tai kvalitatiiviseksi tutkimukseksi, olisi tärkeää aineistoa jäänyt tutkimatta. Tiedostimme valinnan aiheuttaman ongelman ja lisääntyvän työmäärän. Tutkimuksessa selvitimme väkivaltatilanteiden kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tunnusmerkkejä.

Kvantitatiivisen eli määrällisen sekä kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen erotteleminen on usein ongelmallista, joskin monien tutkijoiden mielestä myös tarpeetonta. Ongelmallisuudet johtuvat vallitsevista tutkimusten määrittelyjen epäselvyyksistä.

Esimerkiksi kvalitatiivinen tutkimusmetodi saatetaan nähdä suppeasti ja yhdistetään vain tiettyihin aineistonkeruutapoihin, kuten ei-numeraalisiin piirteisiin. Kuitenkaan tutkimustapaa ei voida määritellä ainoastaan aineistonkeruumenetelmän perusteella. (Hirsjärvi ym. 2007 131 - 132.)

Syrjälä ja Numminen (1998, 80) sekä Hirsjärvi ja Huttunen (1995, 152) lisäävät, että päämääränä on tutkittavien henkilöiden oman näkökulman tai omien näkökulmien esille tuominen sekä tämän avulla pyritään ilmiön kokonaisvaltaiseen kontekstuaaliseen ymmärtämiseen. Olennaista on kuvata ilmiön merkitystä.

5.2 Kohderyhmän kuvaus

Teimme tutkimuksen kahdella osastolla: osasto X on 26-paikkainen miesten hoito- ja tutkimusosasto, jossa hoidetaan ja kuntoutetaan mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätettyjä henkilöitä sekä vaarallisia ja vaikeahoitaisia psykiatrisia potilaita. Osasto toimii vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastona kriminaali- ja vaikeahoitoisille potilaille. Osastolla tehdään lisäksi mielentilatutkimuksia. (Niuvanniemen sairaala 2009b.)

Osasto Y on 23-paikkainen miesten hoito- ja tutkimusosasto, jossa hoidetaan ja kuntoutetaan mielentilan vuoksi rangaistukseen tuomitsematta jätettyjä henkilöitä sekä vaarallisia ja vaikeahoitaisia psykiatrisia potilaita. Osasto toimii vastaanotto-, tutkimus- ja hoito-osastona kriminaali- ja vaikeahoitoisille potilaille. Osastolla tehdään lisäksi mielentilatutkimuksia. (Niuvanniemen sairaala 2009b.)

5.3 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimusaineistoa kerättiin vuoden 2009 aikana. Lomakkeen luominen tapahtui yhteistyössä opinnäytetyöryhmän ja pakkotoimien vähentämistyöryhmän kanssa. Työryhmä on auttanut lomakkeen valmistamisessa, ja sen ohjeiden mukaisesti lomake laadittiin. Aineistoa keräsimme Niuvanniemen sairaalassa olevan hoitajien väkivalta-ilmoitusjärjestelmän avulla. Hoitajien väkivalta-ilmoitusjärjestelmään tallennetaan sairaalassa tapahtuneet väkivalta- sekä uhkatilanteet. Tulokset kerätään numeerisiksi, mm. kerrotaan aikaan tahdosta riippumattomia hoitokeinoja käytetään, aiheuttavatko tietyt potilaat tahdosta riippumattomia hoitokeinojen käytön ja millaisia tahdosta riip-

pumattomia hoitokeinoja käytetään. Pyritään saamaan mahdollisimman paljon erilaisista ja hyödynnettävää tietoa lomakkeen avulla. Aineistonkeruussa syntyi sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineistoa.

Kvantitatiivisella tutkimuksella saatiin esille erilaisia tunnusmerkkejä väkivaltatilanteista. Tutkimuksessa käymme läpi väkivaltatilanteiden määrää osastoilla, sitä jakaantuvatko väkivaltatilanteet usean potilaan kesken, kuinka usein lääkäri on väkivaltatilanteessa mukana, miten väkivaltatilanteet sijoittuvat kellon ajan ja viikonpäivän mukaan sekä mihin paikkaan väkivaltatilanteet sijoittuvat ja millainen on käytetty fyysinen voimakeino.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytettävät tiedot voivat olla jo valmiiksi kerättyinä esimerkiksi erilaisissa rekistereissä tai tiedot kerätään itse (Heikkilä 2002, 28 - 29). Aiemmat teoriat ja johtopäätökset ovat tärkeitä. Keskeistä on myös käsitteiden määrittely, aineistonkeruu, joka perustuu numeraaliseen mittaamiseen, sopiva otos, sekä muuttujien esittäminen tilastollisesti käsiteltävässä ja analysoitavassa muodossa. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään siis mittaamaan joitain ilmiöitä ja niihin vaikuttavia tekijöitä mahdollisimman tarkasti ja keskeistä on toistettavuus. (Koivula ym, 2003, 22, 37).

Opinnäytetyömme kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on kerätty kyselykaavakkeen avoimista kysymyksistä. Aineiston käsittelyssä on käytetty induktiivista sisällönanalyysia, ja aineisto on kategorioitu Microsoft EXCEL-taulukolla, joka helpottaa aineiston jäsentelyä.

Kvalitatiivinen aineisto tutkimukseemme on kerätty tutkimuslomakkeemme (liite 1) avoimista kysymyksistä, jotka kertovat, mitä tapahtui, missä ja miten tilanne raukesi. Kvalitatiivista aineistoa käsiteltäessä alkuperäiset ilmaukset luokiteltiin aihealueittain alaluokkiin ja alaluokat yläluokkiin. Käytimme luokittelussa Microsoft EXCEL-ohjelaa, koska se oli mielestämme yksinkertaisin ja nopein tapa. Näin saimme kattavan kuvan osastoilla tapahtuneista uhkatilanteista ja hoitajien toiminnasta uhkatilanteissa. Tuloksien pohjalta mietimme myös, mikä aiheuttaa potilaan uhkaavan käyttäytymisen tietyissä tilanteissa ja pystyykö hoitaja mahdollisesti ennakoimaan uhkaavaa käytöstä.

Hirsjärven ym. (2000, 152) mukaan kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tavoitteena ymmärtävä selittäminen. Todellisuus on moninainen; tapahtumat muovaavat toisiaan eikä niitä haluta rikkoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdetta pyritäänkin tutkimaan ja kuvaamaan kokonaisvaltaisesti ja luonnollisissa tilanteissa. Tämän myötä laadullinen tieto on elävää, konkreettista ja yksityiskohtaista kuvausta luonnollisista tapahtumista, tilanteista, ihmisten kokemuksista, tunteista, mielipiteistä ja näkemyksistä.

Laadullisen tutkimuksen yksi piirteistä on aineistolähtöisyys. Aineiston keruuvaiheessa tutkittavasta ilmiöstä pyritään samaan mahdollisemman rikas kuva. Aineistoa tutkitaan hyvin yksityiskohtaisesti kokonaisuutena ja monesta eri näkökulmasta. Laadullinen tutkimus on pääosin induktiivista päättelyä, jossa edetään yksittäistapauksista mahdollisiin yleistyksiin, eli tutkimuksen aineiston avulla päädytään johonkin yleistävään havaintoon. (Alasuutari 1999, 248; Hirsjärvi ja Huttunen 1995, 201 -204.) Hirsjärvi ym. (2000, 169) muistuttaa, että aineistosta ei tehdä pelkästään päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen, vaan tavoitteena on kohteen ymmärtäminen. Tutkimalla yksityistä tapausta tarkasti saadaan kuitenkin näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisimmällä tasolla.

Induktiivisella sisällönanalyysillä analysoidaan usein päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen artikkeleiden ja muiden kirjallisten tuotosten materiaaleja. Induktiivisen sisällön analyysin ominaispiirteenä on tutkimusaineiston pelkistäminen ja ryhmittely. Ryhmittelyn tarkoituksena on löytää ilmaisujen erilaisuudet ja yhtäläisyydet. (Kyngäs ja Vanhanen 1997, 4 - 6.)

5.4 Eettisyys ja luotettavuus

Pakkokeinojen vähentämistyöryhmä ehdotti aihetta opinnäytetyöhön ja kommentoi tutkimuslomaketta (Liite 2). Työryhmä haki Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettiselta toimikunnalta puoltavan lausunnon kehittämistyöhön liittyvälle tutkimukselle, johon tämä opinnäytetyö liittyy. Opinnäytetyöryhmä haki tutkimusluvan Niuvanniemen sairaalan johtavalta ylilääkäriltä. Niuvanniemen sairaalan moniammatillinen työryhmä kokosi tutkimukseen tehtävät kysymykset ja miettivät jo kokoamisvaiheessa tutkimuslomakkeen eettisyyden sekä potilaiden anonymiteetin. Työryhmä arpoi osastojen osallistumisen tutkimukseen. Osastoiksi valikoituivat eniten sekä vähi-

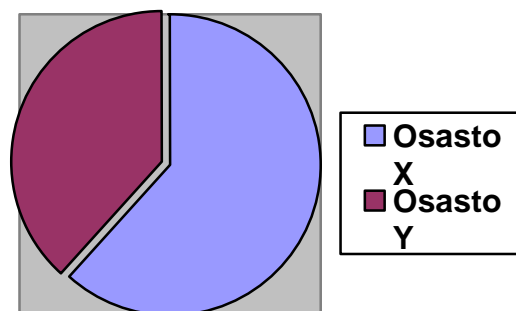
ten tahdosta riippumattomia hoitokeinoja käyttävät osastot. Lomaketta ei esitettävä, koska kyseessä ei ollut lomakekysely vaan tutkimuslomake, jota tutkijat käyttivät apuvälineenä tutkimustulosten saamiseksi.

Tutkimuksen tulokset tulevat olemaan luotettavia, koska lomake täytetään kaikista hoitajien ilmoittamista väkivaltatilanteista, otanta tulee olemaan siis 100 prosenttia hoitajien ilmoittamista väkivaltatilanteista. Aineiston luotettavuutta heikentää, että hoitajat eivät aukottomasti täytä kaikista tilanteista väkivaltailmoitusta. Keräsimme tutkimustuloksia toiselta osastolta kuin olemme itse töissä. Sairaalan ulkopuolinen tutkija ei osallistunut tiedon keräämiseen eikä potilastietojen käsittelyyn.

6 TULOKSET

6.1 Väkivaltatilanteiden määrä

Tilastoimme kahdelta osastolta 100 % vuoden 2009 aikana kirjattuja väkivaltatilanteita Niuvanniemen sairaalassa. Yhteensä väkivaltatilanteita tilastoimme 146, osastolta X 90 tilannetta ja osastolta Y 56 tilannetta. Osaston X väkivaltatilanteita oli vuodessa 3,5/potilaspaikka ja 0,010 tilannetta/potilasvuorokausi (8919 potilasvuorokautta 2009). Osastolla Y vastaavasti väkivaltatilanteita oli 2,4/potilaspaikka ja 0,008tilannetta/potilasvuorokausi (7381 potilasvuorokautta 2009). Osastolla X tapahtui 61,6 % osastojen väkivaltatilanteista ja osaston Y osuudeksi jäi 38,4 %. (Kuvio 1.)

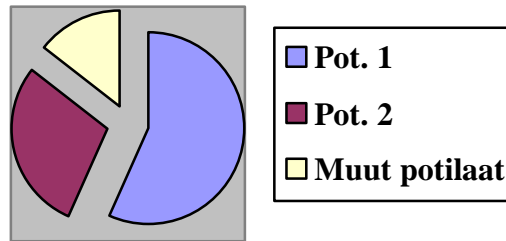


KUVIO 1. Väkivaltatilanteet 2009 kahdella osastolla

6.2 Väkivaltatilanteet osastoittain ja ajankohdan mukaan

Osaston X väkivaltatilanteet

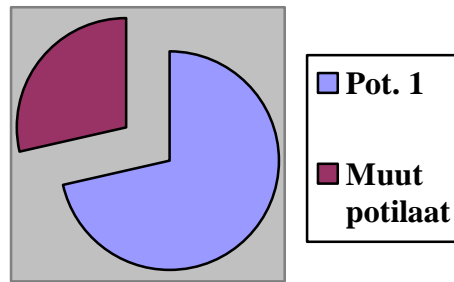
Osastolla X väkivaltatilanteet tapahtuivat yhteensä 10 eri potilaan toimesta. Suurimman osan väkivaltatilanteista aiheutti potilas yksi 51:lla tilanteella ja 56,7 %:n osuudella kaikista väkivaltatilanteista osastolla X. Toiseksi suurimman osan väkivaltatilanteista aiheutti potilas kaksi 26 tilanteella ja 28,9 %:n osuudella väkivaltatilanteista. Potilas 3 oli osallisena kolmeen väkivaltatilanteeseen 3,3 %:n osuudella. Kolme potilasta oli osallisina kahteen väkivaltatilanteeseen 2,2 %:n osuudella kukin. Neljä potilasta aiheutti yhden väkivaltatilanteen; heidän osuudekseen kullekin jäi 1,1 %. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Potilaittain jakaantuneet väkivaltatilanteet osastolla X

Osaston Y väkivaltatilanteet

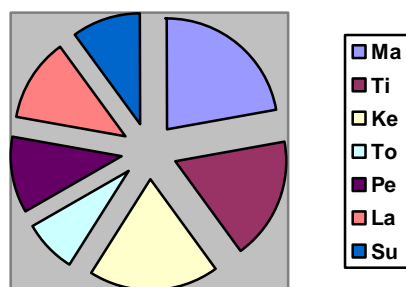
Osastolla Y kirjattiin 56 väkivaltatilannetta 14:sta eri potilaasta. Potilaasta yksi oli kirjattu 40 väkivaltatilannetta ja 71,4 % kaikista vuoden 2009 väkivaltatilanteista. Kolmesta potilaasta oli kirjattu kaksi väkivaltatilannetta, ja heidän osuutensa on 3,6 % väkivaltatilanteista. 10 potilaasta oli tehty yksi väkivaltatilanneraportti, ja heidän kunkin osuus oli 1,8 % väkivaltatilanteista vuonna 2009 osastolla Y. (Kuvio 3.)



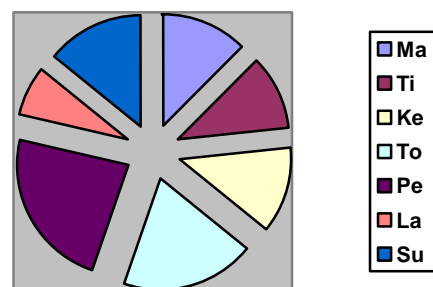
KUVIO 3. Potilaittain jakaantuneet väkivaltatilanteet osastolla Y

Väkivaltatilanteet viikonpäivän mukaan

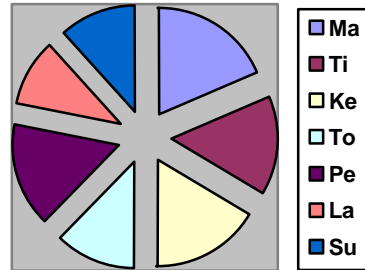
Osastolla X suurin osa väkivaltatilanteista tapahtui alkuviikosta maanantaista keskiviikkoon, yhteensä 53 kappaletta ja osuus on prosentuaalisesti 58,9 % kaikista väkivaltatilanteista. Muina viikonpäivinä vaihtelu oli 7 - 11 (7,8 - 12,2 %) (Kuvio 7.) Osaston Y väkivaltatilanteet painottuvat torstaille sekä perjantaille: 24 väkivaltatilannetta (42,9 %) kaikista viikonpäivistä. Muiden päivien osuus oli tasaisempi vaihtelu 4-8 (12,5 - 14,3 %) tilannetta viikonpäivässä. (Kuvio 8.) Osastojen yhdistetyssä kuviossa (kuvio 9) huomaamme, että maanantaisin väkivaltatilanteita on ollut 27 kpl, mikä on lähes puolet enemmän kuin lauantaisin 15 kpl. Muuten tilastot ovat melko tasaisia viikonpäivien kesken.



KUVIO 4. Osaston X väkivaltatilanteet



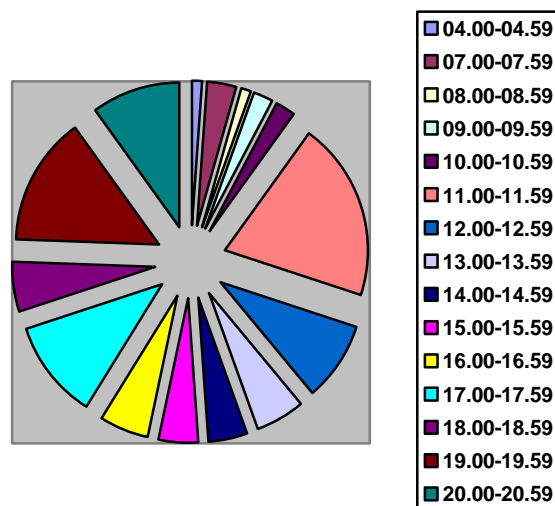
KUVIO 5. Osaston Y väkivaltatilanteet



KUVIO 6. Väkivaltatilanteet viikonpäivän mukaan molemmilla osastoilla

Väkivaltatilanteet kellonajan mukaan

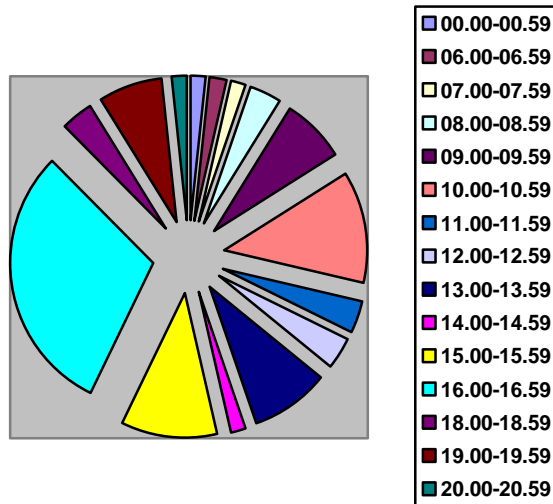
Osastolla X väkivaltatilanteista oli tapahtunut suurin osa (18 kpl, 20 %) kello 11.00 - 11.59. Toiseksi suurin määrä (13 kpl, 14,4 %) oli kello 19.00 - 19.59. Kello 17.00 - 17.59 oli (10 kpl, 11,1 %), 20.00 - 20.59 (13 kpl, 14,4 %) ja 12.00 - 12.59 (8 kpl, 8,9 %) väkivaltatilanteita oli (8 - 13 kpl, 8,9% - 14,4 %). Päivän aikana väkivaltatilanteita oli tasaisesti 1 - 5 kpl (1,1% - 5,56 %). Yön aikaan kello 21.00 - 6.59 väkivaltatilanteita oli tehty ainoastaan 1 kpl (1,11 %) oli kello 4.00 - 4.59 (Kuvio 10.)



KUVIO 7. Väkivaltatilanteet kellonajan mukaan osastolla X

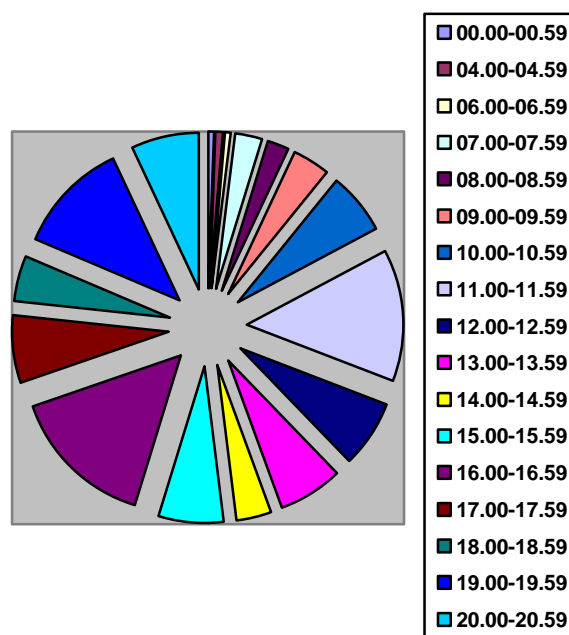
Osastolla Y väkivaltatilanteita tapahtui selvästi eniten kello 16.00 - 16.59 eli 17 tilannetta (30,4 %). Esille nousee myös kello 13.00 - 13.59 5 tilannetta (8,9 %), 15.00 - 15.59 6 tilannetta (10,7 %) ja 10.00 - 10.59, 7 tilannetta (12,5 %). Päivän aikana väki-

valtatilannetta oli tapahtunut 1 - 4 kpl (1,8% - 7,1 %). Yön aikana kello 21.00 - 6.59, väkivaltatilanteita oli ainoastaan 2 tilannetta, kello 00.00 - 00.59 vain 1 tilanne (1,8 %) sekä 6.00 - 6.59 1 tilanne (1,8 %). (Kuvio 11.)



KUVIO 8. Väkivaltatilanteet kellon ajan mukaan osastolla Y

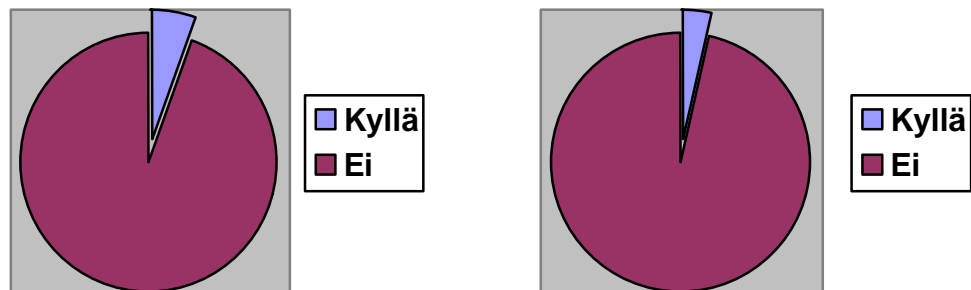
Osastojen yhdistelmässä esille nousee väkivaltatilanteiden määrässä kello 16.00 - 16.59 (22 kpl, 15,1 %), 11.00 - 11.59 (20 kpl, 13,7 %) ja 19.00 - 19.59 (17 kpl, 11,6 %). Muuten päivä on tasaisesti raportoitu 3 - 10 tilanteesta (2,1% - 6,9 %). Yövuoron aikana 21.00 - 6.59 tilanteita on ollut vain 3 klo 00.00 - 00.59 yksi tilanne (0,68 %), 4.00 - 4.59 1 tilanne (0,7 %) ja 6.00 - 6.59 1 tilanne (0,7 %) (Kuvio 12.)



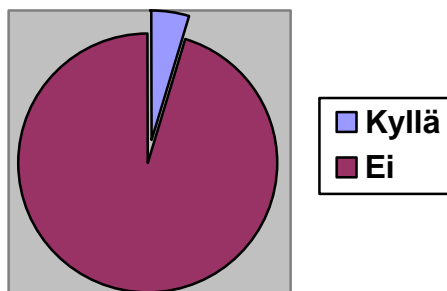
KUVIO 9. Väkivaltatilanteet kellon ajan mukaan molemmilla osastoilla

6.3 Lääkärikontakti väkivaltatilanteiden yhteydessä

Osassa hoitajien ilmoittamissa väkivaltatilanteissa oli maininta lääkärin kontakti, mutta väkivaltailmoitusjärjestelmässä ei ole erikseen kohtaa lääkärin kontaktista. Ainakin näissä tapauksissa oli lääkäri tavannut potilaan välittömästi väkivaltatilanteen aikana tai sen jälkeen. Osastolla X lääkäri oli joko mukana väkivaltatilanteessa tai hänet oli kutsuttu tilanteeseen 5 tilanteessa (5,6 %) 90:stä (94,4 %). (Kuvio 4.) Osastolla Y lääkäri oli joko mukana väkivaltatilanteessa tai hänet oli kutsuttu 2 tilanteessa (3,6%) 56:sta (96,4 %). (Kuvio 5.) Kahden osaston yhdistetyssä kuviossa (Kuvio 6) lääkärin kontakti on ollut 4,8 % kaikista väkivaltatilanteista.



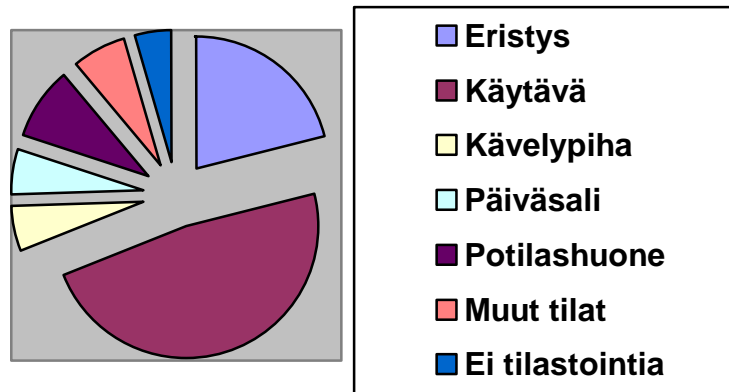
KUVIO 10. osastolla X lääkärinkontakti KUVIO 11. osastolla Y lääkärinkontakti



KUVIO 12. Lääkärikontakti molemmilla osastoilla

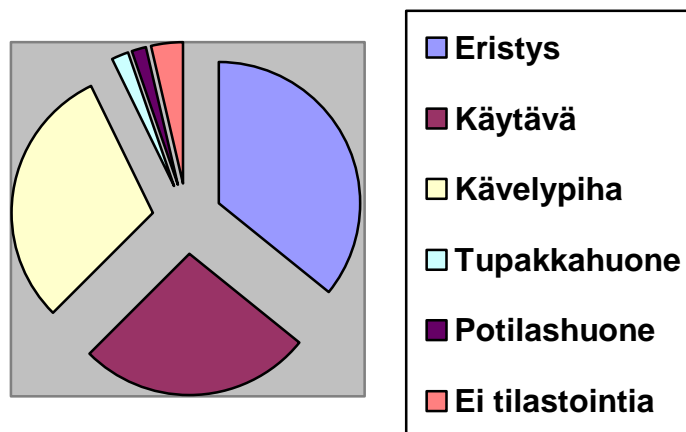
6.4 Väkivaltatilanteen tapahtumapaikka

Osastolla X väkivaltaan johtaneen tilanteen tapahtumapaikka on ollut useimmiten joko käytävä (43 kpl, 47,8 %) tai eristys (19 kpl, 21,1 %). Muut potilastilat ovat olleet selvästi rauhallisempia, niiden osuudeksi jää (28 kpl, 31,1 %). (Kuvio 13.)



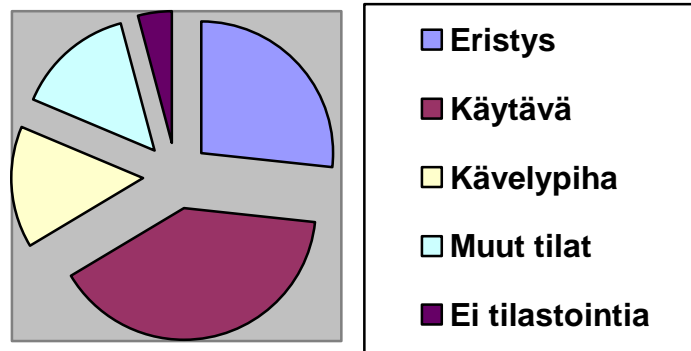
KUVIO 13. Väkivaltatilanteen paikka osastolla X

Osastolla Y on 3 väkivaltaan johtanutta tapahtumapaikkaa: eristys (20 kpl, 35,7 %), kävelypiha (17 kpl, 30,4 %) ja käytävä (15 kpl, 26,8 %). Muiden potilaiden käytössä olevien tilojen osuudeksi jää (4 kpl, 7,2 %). (KUVIO 14.)



KUVIO 14. Väkivaltatilanteen paikka osastolla Y

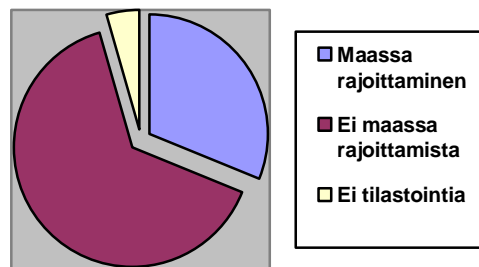
Havaitsemme molemmilla osastoilla 3 pääasiallista tapahtumapaikkaa: käytävä (58 kpl, 39,7 %), eristys (39 kpl, 26,7 %) ja kävelypiha (22 kpl, 15,1 %). Muiden tilojen osuudeksi jää (27 kpl, 19,5 %) (Kuvio 15.)



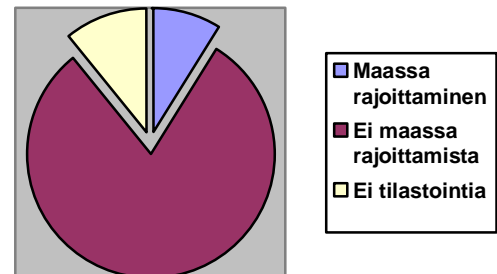
KUVIO 15. Väkivaltatilanteen tapahtumapaikka molemmilla osastoilla

6.5 Potilaiden rajoittaminen maassa

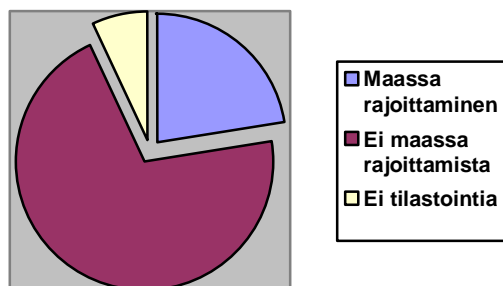
Potilaita rajoitettiin maassa osastolla X 28 kertaa (31,1 %) kaikista hoitajien ilmoittamista väkivaltatilanteista. Tilastointia vaille jäi 4 tilannetta (4,4 %). (Kuvio 16.) Osastolla Y potilaita rajoitettiin maassa 5 kpl (8,9 %) kaikista tilanteista. Tilastointia vaille jäi 6 tilannetta (10,7 %). (Kuvio 17.) Osastot yhdistettyinä potilaita rajoitettiin maassa 33 kertaa (22,6 %) ja tilastoimatta jäi 10 tilannetta (6,9 %). (Kuvio 18.)



KUVIO 16. Maassa rajoittaminen osastolla X



KUVIO 17. Maassa rajoittaminen osastolla Y



KUVIO 18. Maassa rajoittaminen molemmilla osastoilla

6.6 Tapahtumien kulku väkivaltatilanteiden yhteydessä

Tutkimuslomakkeen kysymykset: ”Mitä tilanteessa kokonaisuudessa tapahtui? ja Millaisia voimakeinoja käytetty ennen voimakeinoja” olivat niin erillisiä, että analysointi induktiivisesti oli vaikeaa. Yhdistimme kysymykset helpommin luettavaksi ja paremmin tutkimukseen vastaavaksi ja muodostimme yhdistetyn kysymyksen: ”Mitä tilanteessa tapahtui?”

Mitä tilanteessa tapahtui?

Osaston X:n aineistossa yläkategoriaksi muodostui **fyysiseen paikkaan liittyvä ärsyke** ja alakategorioiksi:

1. Ulkoiluun liittyvät toiminnot, esim. ”Ulkoiluun meno” ja ”Ulkoilusta palaaminen osastolle”.
2. Potilaiden tekemiseen liittyvät toiminnot, esim. ”Raapi toista potilasta” ja ”Potilas uhkailee henkilökuntaa”.
3. Tupakointiin liittyvät toiminnot, esim. ”Tupakkahuoneessa koskettelee muita potilaita”.
4. Sairaalan arkisiin toimintoihin liittyvät toiminnot, esim. ”Lääkkeen otto” ja ”Lääkärin kiertäminen eristyksessä”.
5. Eristykseen meneminen, esim. ”Kieltäytynyt palaamasta eristykseen sovitusti”.

Seuraavaan taulukkoon (taulukko 2) on koottu syntyneet kategoriat.

Taulukko 2 Tilanteen kuvaaminen

Ulkoiluun meno	Ulkoiluun liittyvät toiminnot	Fyysinen paikka ärsykkeenä
Ulkoiluun lähtö		
Ulkoiluun lähtö		
Ulkoilusta palaaminen osastolle		
Ulkoiluun meno		

Osaston Y:n aineiston alakategoriaksi muodostui **potilaan käyttäytymiseen liittyvä toiminta**, ilman yläkategorioita. Aineistossa esiintyi ainoastaan seuraavat ilmaisut ”Potilas haluaa tupakalla ennen ect-hoitoa” ja ”Fyysinen kontakti”.

Voimakeinoja edeltävä tilanne

Osaston X aineistossa oli yhdistävinä kategorioina: **Avoin väkivaltainen toiminta, erilaisten tilanteiden aiheuttama ärsyyntyminen ja väkivallalla uhkaaminen.**

Avoin väkivaltainen toiminta sisälsi seuraavat alakategoriat:

1. Ympäristön vahingoittaminen, esim. ”Potilas istui tuolissa josta nousi ja paiskasi tuolin lattiaan”.
2. Itsensä vahingoittaminen, esim. ”Potilas hakkasi päätänsä lattiaan”.
3. Toiseen ihmiseen kohdistunut väkivalta, esim. ”Potilas ryntää hoitajan päälle” ja ”Potilaan harhat käskeneet lyödä hoitajaa”.

Seuraavassa taulukossa on koottuna avoimeen väkivaltaiseen toimintaan liittyvät alakategoriat. (taulukko 3)

Taulukko 3 Avoin väkivaltainen toiminta

Potilas lyö toista potilasta kasvoihin		
Potilas ärhentelee, sylkee, raapii	Toiseen ihmiseen kohdistunut väkivalta	Avoin väkivaltainen toiminta
Potilaan harhat käskeneet lyödä hoitajaa		
Potilas ryntää hoitajan päälle		

Erilaisten tilanteiden aiheuttama ärsyyntyminen sisälsi seuraavat alakategoriat:

1. Eristykseen ja rajoittamiseen liittyvät toiminnot, esim. ”Ohjattu pitämään sandaaleja osaston puolella (tupakkahuoneessa). Kiihtyy, sadattelee kovaa. Poti-

lasta yritetty rajata sanallisesti, ei puheella tavoitettavissa. Otettu käsistä kuljetusote. Potilas sylkee ja repii irti otteesta. Rajoitettu maassa”.

2. Osaston päivittäisiin liittyvät toiminnot, esim. ”Iltalääkkeen ottaminen” ja ”Potilasta autettu riisuuntumis tilanteessa, jolloin löi, sylki ja potkaisi hoitajaa”.
3. Tutkimus toimenpiteet, esim. ”Potilas ei suostu verinäytteeseen” ja ”Potilasta pyydetty ekg:n yhteydessä kääntymään sängyssä vatsalta selälleen”.

Kolmantena yläkategoriana ilman alakategorioita tuli **Väkivallalla uhkaaminen**, esim. ”Potilas uhkasi lyödä turpaan” ja ”Potilas vienyt luvatonta tavaraa huoneeseensa. Huoneesta poistettu luvattomat tavarat. Potilas kiivastui ja pyrki tappelemaan vastaan”.

Osaston Y aineistossa yhdistävänä kategoriana oli potilaan **väkivaltainen toiminta**, ja **potilaan eristämiseen ja rajoittamiseen liittyvät toimet**.

Potilaan väkivaltainen toiminta sisälsi alakategoriat:

1. Väkivallan uhka, esim. ”Potilas ruokaa viedessä potilas yrittää rynnätä kohti hoitajaa” ja ”Potilas kiristyy ja uhkaa hoitajaa kun rajoitettu tupakalle menemistä”.
2. Avoin väkivaltatilanne, esim. ”Lääkärin kierrolla keskusteltu potilaan kanssa potilas käy hiljaiseksi ja tuijottaa ak:ta. Hetken kuluttua potilas syöksyy kohti hoitajaa” ja ”Kävelypihalta tullessa, potilas ryntää rappusilla hoitajaa kohti, ilman näkyvää syytä”.
3. Aggressiivinen käytös, esim. ”Potilas hyökkää hoitajan päälle, kun potilasta ollaan ottamassa ulkoiluun” ja ”Potilas makoillut tupakka huoneessa, jolloin toinen potilas tyrkkää makoilevaa potilasta ja samalla huitaisee korvalle”.
4. Uhkaava ja aggressiivinen käytös, esim. ”Potilaalla ollut riitaa toisen potilaan kanssa ja uhannut lyödä puukolla toista potilasta” ja ”Aamupalaa vietäessä potilas pyrkii makuulta hoitajien päälle. Pidetty kiinni maassa noin viisi minuuttia jona aikana pystyi potkaisemaan tasolta ruuat lattialle”.
5. Esineiden heittämiseen liittyvät tilanteet, esim. ”Potilas heittänyt partakoneen eristyksen seinään” ja ”Potilas heitellyt paljua ympäri eristystä”.

Lisäksi aineistosta saimme yläkategoriaksi ilman alakategorioita **Potilaan eristämiseen ja rajoittamiseen liittyvät toimet**, esim. ”Potilasta rajoitettu. Sanallisesti uhkaava” ja ”Huonevalvonnassa polydipsian vuoksi. Pyytää lisää vettä ja kun tähän ei suostuta uhkailee hoitajille. Potilas uhkaa: Tämä ei varmasti jää tähän, odota kun pääsen täältä... häivy! Antaa hyvin uhmakkaan vaikutelman”.

Mitä tilanteessa kokonaisuutena tapahtui ja millaisia keinoja on käytetty ennen voimakeinoja

Mitä tilanteessa kokonaisuutena tapahtui ja millaisia keinoja on käytetty ennen voimakeinoja -kysymyksen yläkategoriaksi saimme osastolla X: **Palaaminen huoneeseen/eristykseen, pukeutuminen, rajoittaminen ja lääkitseminen ja niitä yhdistävä** kategoria: **Päivittäisten rutiinien mukainen toiminta**.

Lisäksi yläkategoria **tupakointi, tavaran heittäminen ja kosketteleminen** yhdistettiin kategoriaksi: **Potilaan käyttäytyminen käytävällä**.

Alakategorioita olivat seuraavat

1. Potilaan siirtyminen huoneeseen / eristyshuoneeseen, esim. ”Käytävällä huoneeseen ohjatessa ryntää hoitajien yli; huutaa ja uhkaa tappaa hoitajat” ja ”Potilasta eristykseen vietäessä lyö toista potilasta yhtäkkiä ilman syytä otsaan”.
2. Potilaan pukeutuminen, esim. ”Eristys potilasta riisuttaessa potilas pääsi raapimaan hoitajaa jalasta” ja ”Kehoitettu useaan otteeseen riisuuntumaan itsenäisesti. Hoitajan täytyy riisua potilas; rajoitettu patjaa vasten riisuuntumisen ajan”.
3. Potilaan rajoittaminen, esim. ”Potilasta pyydetty siirtymään pois ruokasalista, sopimattoman käytöksen vuoksi. Potilas provosoituu ja kaataa piimänsä lattialle. Otetaan potilaasta hallinta ote, jolloin potilas alkaa vastahankaisen taistelun; raapii, yrittää lyödä” ja ”Otettu potilas turvallisesti kiinni ja saatu verinäyte”.
4. Potilaan lääkitseminen, esim. ”Potilas kieltäytyy lääkkeistä, jolloin potilas lyö yllättäen hoitajaa silmään”.
5. Potilaan tupakoiminen, esim. ”Potilas kävi tupakalla, puristi käden nyrkkiin ja kysyi: haluatko turpaan? Otettu potilas kiinni ja rajoitettu lattialle. Saatettuna potilas takaisin eristykseen”.

6. Potilaan pakkomielle kosketella, esim. ”Hoitajan avatessa huoneen ovea, potilas tuli ulos kosketellen ja työntäen hoitajaa selästä. Syyksi sanoi pakkomielle kosketella”.
7. Potilaan ohjaaminen, esim. ”Tavoitettu potilas kahden metrin juoksun jälkeen ja ohjattu takaisin istumaan. Potilas ei laittanut vastaan tilanteessa”.
8. Tavarain heittäminen, esim. ”Potilas potkinut huoneensa ovea. Ei halunnut sen olevan kiinni. Heitti paljulla huoneensa katossa olevan lampun alas. Eristykseen vietäessä heittäytynyt jalattomaksi ja rimpuilua, viety kantamalla. Rauhoittui patjalle makaamaan”.

Osaston Y aineistosta yläkategoriaksi saimme: **Rajoittaminen, keskustelu, lääkitys ja harhaisuus.**

1. Potilaan hallinta / rajoittaminen, esim. ”Rajoitettu kiinni pitäen ja pyritty rauhoittamaan keskustelun avulla, tilanne tasaantunut ja potilas ohjattu takaisin eristykseen. Syytä potilas ei osaa kertoa” ja ”Rajoitettu potilaan liikkumista käsivarsista kiinni pitämällä. Tilanne rauhoittui nopeasti ja potilaaseen saadaan keskustelu yhteys; sanoo ettei tahallaan tehnyt, äänet olivat käskeneet”.
2. Ohjaaminen eristykseen, esim. ”Neljän hoitajan avustuksella saatetaan potilas eristykseen. Potilas saa tarvittavan lääkkeen i.m. ja hänen kanssaan keskustellaan”
3. Lääkitseminen, esim. ”Keskusteltu potilaan kanssa ja annettu iltalääkkeet aikaisemmin. Potilas jatkanut osastolla oloa, joka sujunut iltapalaan asti hyvin. Eristykseen mentäessä pyrkinyt jälleen hoitajiin kiinni, rajoitettu kiinnipitäen ja ohjattu potilas eristykseen”.
4. Käskivät harhat, esim. ” Sanoi että äänet käskivät heittämään” ja ”Potilas saadaan nopeasti hallintaan ja potilaaseen saadaan nopeasti puheyhteys. Potilas kertoi ääni harhojen käskeneen käydä hoitajien päälle. Talutettu takaisin eristykseen”.

6.7 Tulosten tarkastelu

Kvantitatiivisten tulosten pohjalta olemme analysoineet seuraavasti: Osastolla X oli enemmän väkivaltatilanteita sekä potilas määrään että potilas vuorokautta kohden. Väkivaltatilanteiden määrä ei siis selity yksistään osaston potilasmäärän perusteella.

Osaston X väkivaltatilanteet jakautuivat kymmenelle eri potilaalle, joista yksi potilas aiheutti yli puolet tilanteista. Kaksi eniten väkivaltatilanteista aiheuttaneet potilaat osastolla X aiheuttivat melkein 80 % kaikista tilanteista. Osaston yleiskuva olisi huomattavasti rauhallisempi ilman kahden potilaan aiheuttamia tilanteita. Osaston henkilökunta joutuu antamaan suurimman osan työpanoksestaan juuri näiden kahden potilaan vuoksi. Tämä vaatii paljon resursseja työryhmältä.

Osastolla Y väkivaltatilanteista yksi potilas aiheutti hieman yli 70 %. Yksi potilas siis aiheuttaa levottomuutta osastolla ja vaikuttaa muiden potilaiden psyykkiseen vointiin, koska henkilökunta joutuu antamaan yhdelle potilaalle paljon resursseja. Osastolla Y väkivaltatilanteita aiheutti yhteensä 14 eri potilasta vaikka osaston potilasmäärä on pienempi kuin toisella kohortiosastolla.

Sekä osastolla X että Y lääkärikontakti on huono välittömästi väkivaltatilanteen aikana tai heti sen jälkeen. Osastolla X lääkärikontakti oli vain noin hieman yli 5 %:ssa tilanteista. Myös osaston Y lääkärikontakti oli vain 3,6 %. Suuri osa väkivaltatilanteissa olleet potilaat ovat olleet jo valmiiksi eristettyinä, joten lääkärin ei ollut tarve tulla aloittamaan eristämistä. Näin ollen lääkäri tapaa potilaan vasta myöhemmin jopa seuraavana päivänä tarkastaessaan eristys tarvetta.

Väkivaltatilanteet ovat sijoittuneet osastolla X alkuvuokkoon lähes 60 % tilanteista. Viikonlopun rauhallisen jakson jälkeen tilanteet vaikuttavat kiristyvän arkipäivien koittaessa. Osastolla Y väkivaltatilanteet painottuvat taas loppu viikon arkipäiville 43 %. Näistä prosentteista voimme päätellä, ettei arkipäivillä ole väkivaltaa aiheuttavaa vaikutusta. Viikonloppu sen sijaan oli molemmilla rauhallista väkivaltatilanteiden valossa.

Osaston X väkivaltatilanteet sijoittuvat ruokailuiden, kahvin ja huoneeseen/eristykseen menojen yhteyteen. Osastoilla on ollut rauhallista öisin. Osastolla Y väkivaltatilanteet sijoittuvat selkeästi kello 16.00 - 16.59 aikaan yli 30 %. Muut esille nostettavat kellonajat ovat ruokailut sekä kahvin aika. Osastojen yhdistetyssä tilastossa esiin nousevat selvästi ruokailuajat ja jolloin on eristyksessä käyntiä.

Osastolla X lähes 70 % väkivaltatilanteen tapahtuma paikkoina oli osaston käytävä sekä eristystilat. Syynä osaston käytävällä tapahtuviin väkivaltatilanteisiin saattaa olla

potilaan kieltäytyminen huoneeseen tai eristykseen menemisestä. Osastolla Y väkivaltatilanteen syntyminen on lähes poikkeuksetta eristyksessä, osaston käytävällä tai kävelytunnelilla yli 90 %. Suurin osa osaston Y tilanteista oli yhden potilaan aiheuttamia ja tuloksista voisi päätellä, että potilaan väkivaltainen käyttäytyminen sijoittuu osastolla oloaikoihin. Tilastot eivät muutu osastojen tulosten yhdistämisellä. Väkivaltatilanteiden paikat ovat siis hyvin samankaltaisia molemmilla osastoilla.

Osastolla X rajoitettiin potilaita maassa joka kolmannessa kaikista väkivaltatilanteista. Osastolla Y taas rajoitettiin potilaita vähemmän kuin joka kymmenessä tilanteessa. Osastojen kesken on siis huomattavaa eroa maassa rajoittamisen suhteen. Voisivatko osaston ilmapiiri tai osaston käytännöt kuvata eron syytä?

Hoitajien ilmoittamien väkivaltatilanteiden kirjauksien mukaan osastojen tahdosta riippumattomien toimenpiteiden aikana potilaille ei juurikaan tullut tapaturmia. Kaikista hoitajien ilmoittamien väkivaltatilanteiden vapaasta tekstistä havaitsimme ainakin 4 lievää naarmua/ruuhetta. Tilastoista voimme päätellä, että henkilökunta osaa toimia oikein ja turvallisesti tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden aikana. Uskomme, että AVEKKI -koulutus on osaltaan suurella merkityksellä tapaturmien aiheutumisen ehkäisemisessä väkivallanuhan alla sekä fyysisissä väkivaltatilanteissa.

Kvalitatiivisten tulosten analysointi tilanteen kuvauksesta ”Mitä tilanteessa tapahtui?” kysymys kertoo mikä on aiheuttanut potilaan käyttäytymishäiriöitä osastoilla. Eniten käyttäytymishäiriöitä osastolla X on aiheutunut, kun fyysinen paikka on ollut ärsykeksi, esim. ulkoiluun meno ja ulkoilusta pois palaaminen ja arkipäiväiseen toimintaan liittyvät tilanteet, esim. ruokailutilanteet ja lääkkeiden ottaminen. Toiseksi eniten potilaan käyttäytymishäiriöitä on ilmennyt hoitajan työn toteuttamisen yhteydessä, esim. verinäytteenotto ja potilaan rajoittamistilanteissa.

Y osastolla ”Mitä tilanteessa tapahtui?” kysymyksen tilanteita on kuvattu vain 2 kappaletta, joten niistä ei pysty suurempia päättelemään. Kuitenkin nämä 2 tilannetta ovat liittyneet potilaan käyttäytymiseen, ”fyysinen kontakti” ja ”potilas haluaa tupakalle ennen ect-hoitoa”.

”Kuvaile tilannetta joka edelsi voimakeinojen käyttöä” kysymys osastolla X kertoo, että erilaiset tilanteet aiheuttavat potilaille käyttäytymishäiriöitä, esimerkiksi potilaan

käyttäytymisen rajoittaminen ja osaston päivittäisiin toimintoihin liittyvät toiminnot, tällaisia ovat mm. ruokailutilanteet, lääkkeiden ottaminen sekä potilaan rajoittaminen ja eristykseen siirtäminen. Tulosten mukaan toiseksi eniten potilaat ovat aiheuttaneet fyysistä väkivaltaa joko tavaroille, itselleen tai muille ihmisille, esimerkiksi potilas on heittänyt tuolia lattiaan. Osastolla X tuli esiin myös paljon henkistä väkivaltaa potilaiden osalta. Potilaat uhkasivat ja yrittivät lyödä hoitajia erilaisissa tilanteissa.

Osastolla Y potilaiden väkivaltainen toiminta nousi esiin suurimmassa osassa vastauksista. Väkivaltainen toiminta oli väkivallanuhkaa, sanallista aggressiivista käytöstä, esineiden heittelemistä sekä yrityksiä käydä hoitajaan kiinni. Osastolla Y oli ilmoitettu enemmän esineiden heittelemisiä kuin osastolla X. Tilastoitujen tulosten mukaan osastolla potilaan käyttäytymisen rajoittaminen ja eristykseen siirtäminen aiheuttivat jonkin verran sekä sanallista, että fyysistä väkivaltaa hoitajia kohtaan.

”Mitä tilanteessa kokonaisuutena tapahtui ja millaisia keinoja on käytetty ennen voimakeinoja” kysymyksessä kuvataan mitä tilanteessa tapahtui. Osastolla X eniten käyttäytymishäiriöitä aiheuttivat tilanteet joissa potilas oli menossa omaan huoneeseen rauhoittumaan. Seuraavaksi eniten käyttäytymishäiriöitä nousi huoneeseen meneminen ja vuoteeseen sitomistilanne. Myös potilaan liikkumisen rajoittaminen aiheutti potilaissa käytöshäiriöitä monessa tilanteessa esimerkiksi kun potilasta on jouduttu pitämään paikoillaan. Potilaan riisuuntumisesta ja vaateustilanteista aiheutui tutkimuksen mukaan joitakin vaaratilanteita, kun potilas ei ole suostunut vaihtamaan vaatteitaan tai laittamaan vaatteita päälleen. Osastolla X esineiden heittäminen oli vähäistä, mutta muutamia vaaratilanteita niistä oli aiheutunut kun potilashuoneeseen oli jäänyt peseytymisvati. Potilaan lääkitseminen ja tupakointi aiheuttivat kumpikin vähän vaaratilanteita osastolla, potilaat siis ottavat yleensä lääkkeensä yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä hoitajien kanssa. Kahdessa vaaratilanteessa rauhoittuminen kerrotaan tapahtuneen keskustelemalla potilaan kanssa. Kahdessa tilanteessa kuvataan fyysinen kontakti potilaan toimesta kun potilaalla oli pakkomielle kosketteluun. Onko mahdollista, että tilanteet ja potilaat rauhoittuisivat, jos tilanteet pyrittäisiin ratkaisemaan aina keskustelemalla?

Osastolla Y eristämiseen johtaneet tilanteet olivat yleisimpiä. Potilaiden käytöshäiriöitä rauhoitettiin puheella yhtä usein kuin jouduttiin rajoittamaan potilaan liikkumista. Tilanneraporttien mukaan osastolla Y potilaan harhat aiheuttivat käytöshäiriöitä. Tar-

vittavien lääkkeiden antaminen rauhoitti potilaan muutamassa tapauksessa niin, ettei vaaratilannetta ehtinyt aiheutumaan. Raporttien mukaan yhdessä tilanteessa potilaan fyysinen aggressiivisuus purkautui osaston oviin.

Tuloksista emme suoranaisesti pysty päättämään mikä on aiheuttanut aggressiivisen käyttäytymisen potilaan arvaamattomuuden vuoksi. Ainoastaan tilanteet, jotka laukaisevat potilaiden aggressiivisen käytöksen voidaan ennakoida esimerkiksi siirtämällä tai lisäämällä hoitajaresursseja potilaiden ulkoilemiseen sekä sieltä osastolle palaamisen ajankohtaan.

7 POHDINTA

Nykyisin julkisuudessa on keskusteltu paljon tahdosta riippumattomien toimien käytöstä psykiatrisessa hoitotyössä, tosin aiheesta on tehty vähän tutkimuksia. Alice Keski-Valkama toivoo väitöskirjassaan (The use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry, 2010) eristämistä ja sitomista perusteltavan paremmin. Muuten aiheeseen liittyviä tutkimuksia on vain vähän. Useat sairaalat ovat aloittaneet omia projektejaan tahdosta riippumattomien keinojen vähentämiseksi.

Tuloksia näistä tutkimuksista ei vielä ole saatavilla. Tahdosta riippumattomat keinot ovat kuuluneet perinteisesti psykiatriseen hoitamiseen, ajatuksena auttaa ja kontrolloida potilasta. Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden käyttö on joskus välttämätöntä hallittaessa välitöntä vaaratilannetta. Tavoitteena tulee olla mahdollisimman vähäinen tahdonvastaisten toimenpiteiden käyttäminen. Suomen lainsäädännön muutokset eivät ole vähentäneet eristämistä, mutta se on tuonut mukanaan paljon keskustelua asiasta. Voisimmeko tehdä jotain toisin, ennen kuin potilas joudutaan ohjaamaan eristykseen? Mikä on jälkipuinnin merkitys eristetyn ja **väkivaltilanteessa** olleen potilaan hoitamisessa? Nämä ovat asioita, joita tahdosta riippumattoman potilaan hoidossa tulee keskustella ja avata läpinäkyviksi.

Referoimamme artikkeli kertoo opinnäytetyömme ajankohtaisuudesta. Tahdosta riippumattomat toimet tuovat esille voimakkaita tunteita ja reaktioita potilaissa sekä henkilökunnassa. Psykiatrisessa hoitotyössä pyritään nykyään voimakkaasti vähentämään tahdosta riippumattomien toimien tarpeetonta käyttöä. Niuvanniemen sairaalassa käynnissä olevassa Pakkokeinojen vähentämisprojektissa osaltamme selvitimme tah-

dosta riippumattomien toimien käyttöä kahdella suljetulla osastolla. Yritimme löytää mahdollisia yhteneväisyyksiä tahdosta riippumattomien toimien tilanteista osastoilla. Tuloksia voisi käyttää suunnitelmallisesti psykiatrisessa hoitotyössä tunnistamaan tahdosta riippumattomien toimien syntymisen.

Syyt vaarallisuuteen ovat yksilöllisiä. Diagnoosi voi olla sama, mutta yksilöinä potilaat ovat erilaisia. Pystyäksemme auttamaan vaarallista potilasta on pyrittävä ymmärtämään syitä vaarallisuudelle. Useasti kysymyksessä on skitsofrenia, vaikeahoitoisuus tai mielentilatutkimus. Skitsofreniapotilas on harvoin vaarallinen, mutta voi muuttua väkivaltaiseksi kun voimakkaat harhat saavat vallan. Potilas tuntee olevansa uhattu, joka on hänelle todellinen tunne, ja potilas saattaa alkaa puolustautumaan väkivaltaisesti uhkaajiaan kohtaan. Sairaudentunnottomuus sekä harhat edesauttavat väkivaltaisen tilanteen syntymiseen. Vaarallinen tilanne saattaa myös syntyä tilannekohtaisesti. Potilas voi kokea, että häntä on kohdeltu väärin, eikä ole tullut haluamallaan tavalla ymmärretyksi.

Usein potilaat ovat käyttäytyneet vaarallisesti jo ennen sairaalaan tuleamista. Henkilökunta saa epikriisistä tai lähetteestä tietoa potilaan vaarallisuudesta, ja tältä pohjalta ennakoidaan tulevan potilaan vastaanottoa. Ammatillisesti vaatii paljon ymmärtää kriminaalitekoihin syyllistyneitä potilaita. Vaarallisuus on hoidossa vakavasti huomioitava asia niin potilaan kuin hoitajan näkökulmasta. On tärkeää olla yhteiset säännöt, joita hoidossa noudatetaan. Hoitolinjat on oltava kaikkien tiedossa ja niihin sitoudutaan. Tiedetään perustelut menettelyille, jotta ymmärrys siitä, miksi juuri nyt on tärkeä toimia näin. Potilaan on itsensäkin helpompi ymmärtää miten ja miksi häntä hoidetaan. Näistä asioista puhutaan lääkärin ja omahoitajan kanssa sekä moniammatillisessa työryhmässä, huomioiden potilaan kyvyt ottaa vastaan informaatiota. Potilas kertoo omaehtoisesti, kuinka yksilöllinen hoito toteutuisi hänen kohdallaan. Osastolla seurataan potilaan käyttäytymistä ja ennusmerkkejä. Mikäli huomataan joitakin ennakoivia merkkejä, niihin puututaan ennen kuin käyttäytyminen muuttuu arvaamattomaksi. Toimenpiteenä voisi esim. olla rauhoittaminen keskustelemalla, tarvittavan lääkkeen antaminen, lääkityksen tarkistaminen jne. Äärimmäisessä tilanteessa tarjotaan mahdollisuutta mennä vapaaehtoiseen huonevalvontaan, tai lääkäri määrää potilaan eristykseen, jonka jälkeen tilanne jälkipuidaan. Jälkipuinti tapahtuu yhdessä potilaan kanssa.

7.1 Tutkimusprosessin tarkastelu

Opinnäytetyömme kohtasi ensimmäisen ongelman, kun opintojen harjoittelut veivät aikaa työpaikaltamme, emmekä voineet virkavapaalla tehdä kirjauksia väkivaltatilanteista. Hetken aikaa tarkasteluvuodesta olimme kaikki poissa työstämme. Yhden opinnäytetyöntekijän virkasuhde sairaalaan loppui, ja kaksi opiskelijaa jäi tekemään opinnäytetyötä. Keväällä 2010 kolmas tekijä liittyi ryhmäämme, joka omalla panoksellaan auttoi opinnäytetyömme valmistumista. Olisimme voineet ottaa tämän kolmannen osapuolen mukaan jo alusta alkaen, vaikka ryhmän koko olisikin noussut neljään. Opinnäytetyömme valmistumista viivästytti omat henkilökohtaiset asiamme opintojen ulkopuolella. Tiiviimpi seuranta ei olisi ollut mahdollista osastoilla, koska oma työ ja opiskelu ovat vieneet paljon aikaa. Jokainen opinnäytetyönjäsen on antanut oman panostuksensa työn etenemiseen, ja yhteistyö on sujunut hyvin.

7.2 Jatkotutkimusaiheet

Pakkokeinojen vähentämis -projekti on lisännyt hoitajien ilmoittamien väkivaltakirjauksien määrää sekä parantanut kirjaamisen laatua. Jatkotutkimuksena voisi tehdä vertailevan tutkimuksen miten tilanteet osastoilla ovat muuttuneet, ja onko samat ongelmat edelleen nähtävissä. Jatkotutkimus aiheeksi haluaisimme esittää myös tahdosta riippumattomien hoitokeinojen käytössä hoitohenkilökunnalle tapahtuvien tapaturmien tilastointia. Jatkossa olisi myös erittäin hyvä tutkia konkreettisia tahdosta riippumattomien hoitokeinojen vähentämistä valtakunnallisesti.

LÄHTEET

Alasuutari, Pentti 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Berner, Anna-Sofia 2010. Kovat keinot. Helsingin Sanomat 22.8.2010, D1 - D2.

Heikkilä, Tarja 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka ja Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka ja Huttunen, Jouko 1995. Johdatus kasvatustieteeseen. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Koivula, Ulla-Maija, Suihko, Kristiina & Tyrväinen, Jari 2003. Opas opinnäytetyöntekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Kyngäs, Helvi ja Vanhanen, Liisa 1997. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, no 1/-99.

Lagerpets, Kirsti 1998. Naisten aggressio. Helsinki: Tammi.

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanhi, Matti & Hakola, Panu 2002. Psykiatria. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Mielenterveyslaki ja -asetus. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Luettu 14.10.2010. Päivitetty 1.1.2010.

Mustonen, Anu 1991. Aggressio Suomen televisiossa. Yleisradion tutkimusraportti 9. Helsinki: Hakapaino.

Naukkarinen, Hanna 1998. Tietoa terveydestä. Mielitaudit. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Niuvanniemen sairaala 2008. Avekki-toimintatapamalli. 4.8.2008.

Niuvanniemen sairaala 2009b. Hoitotyö ja potilasasiamies. Osastot. Osastojen esittelyt. WWW-dokumentti. <http://www.niuva.fi/hoitotyö/esittelyt.htm>. Päivitystietoa ei saatavilla. Luettu 18.11.09.

Niuvanniemen sairaala 2009a. Potilaan tutkimus ja hoito. Tutkimus. WWW-dokumentti. <http://www.niuva.fi/toiminta/tutkimus/saadokset.htm>. Päivitystietoa ei saatavilla. Luettu 18.11.09.

Niuvanniemen sairaala 2010a. Potilaan tutkimus ja hoito. Ohjaavat säädökset. WWW-dokumentti. <http://www.niuva.fi/toiminta/tutkimus/saadokset.htm>. Päivitystietoa ei saatavilla. Luettu 6.11.09.

Niuvanniemen sairaala 2010b. Niuvanniemen yleinen järjestys ja ohjeet. 1.4.2009.

Salovaara, Inkeri, Immonen, Sirkku & Tyybäkinaja, Mauri 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Printway Oy.

Sinkkonen, Jari 2008. Väkivaltainen nuori. Teoksessa Purjo, T. (toim.) Väkivaltaisesta nuoruudesta vastuulliseen aikuisuuteen. Nuorten erityiskasvatuksen mahdollisuudet ja keinot. Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print.

Sjöholm, Mari 2004. Erikoissairaanhoidosta poistetut sairaalat ja sairaalarakennukset 1980 - 2004. WWW-dokumentti.

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;553;66831;46959. Päivitetty 2.07.2004. Luettu 1.10.2010.

Stakes 2008. Psykiatrian erikoisalan laitushoito 2008. WWW-dokumentti. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt36_08.pdf.html. Päivitetty 2008. Luettu 22.2.2010.

Taipale, Vappu 1996. Mielekäs elämä. WWW-dokumentti. <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimenpideohjelma/raportti.htm>. Luettu 1.10.2010. Päivitetty 15.9.1997.

Takala, Heikki ja Joensuu, Jyrki 2000. Joka kodin suuri lääkärikirja II/II. Keuruu: Otavan kirjapaino OY.

Tiihonen, Eila 2004. Duodecim 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=t100140&p_haku=akuutin. Päivitetty 2009. Luettu 18.4.2010.

Punkanen, Tiina 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rikoslaki 39/1889. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Päivitetty 10.9.2010. Luettu 19.4.2010.

Roti, Outi ja Ihanus, Juhani 1997. Terveys ja psykologia. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Syrjälä, Leena ja Numminen, Merja 1998. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 51/1998.

Vartia, Maarit ja Perkkä-Jortikka, Katriina 1994. Henkinen väkivalta työpaikoilla. Tampere: Tammer-paino oy.

Vuorio, Osmo 1995. Potilaiden väkivallan käsittely olennainen osa työsuojelua. Sairaanhoidajalehti 5,5.

Weizmann- Helenius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. http://www.peda.net/img/portal/263398/KUOPION_ERITYISOPETUKSEN_OHJEIS_TO_2008_100209.pdf?cs=1234357437. Päivitystietoa ei saatavilla. Luettu 11.2.2010.

LIITE 1

Kvalitatiivisen luokittelun esimerkki

Vapaa teksti	Alakategoria	Yläkategoria
Ulkoiluun meno	Ulkoiluun liittyvät toiminnot	Fyysinen paikka ärsykkeenä
Ulkoiluun lähtö		
Ulkoiluun lähtö		
Ulkoilusta palaaminen osastolle		
Ulkoiluun meno		

Osaston X:n aineistossa yläkategoriaksi muodostui **fyysiseen paikkaan liittyvä ärsyke** ja alakategorioiksi (Taulukko 2.):

LIITE 2

Voimakeinojen käytön seurantalomake

Voimakeinojen käytön seuranta

Mistä tieto saatu?	Raportti
	SOAS
	Käynti
	HK ilm.
	Rajoiterek.

Osasto	
Potilas nro	
Lääkäri kontakti	

Juokseva nro

Päivämäärä	
Viikonpäivä	
Kellonaika	
Paikka	

1. Käytetty fyysinen voimakeino ("hands on" - tilanne, fyysinen kontakti)

Kuvaile tarkemmin omin sanoin:

Maassa rajoittaminen

Kuvaile tilannetta, joka edelsi voimakeinojen käyttöä:

2. Mitä tilanteessa kokonaisuutena tapahtui? Millaisia keinoja käytetty ennen voimakeinoja?

Kuvaile tarkemmin omin sanoin tilanteen rauhoittumiseen asti:

3. Voimankäytön laukaisijat vamma tilanteessa.

Hoitajien mielipide:

Potilaan mielipide:

4. Potilaalla havaitut vammat?

Mustelma Kuvaile tarkemmin omin sanoin:Ruhje Kipu Haava Vääntyminen Liikerajoitus Jatkohoito? KYS/Niuva Vanha vamma?

5. Vamman komplikaatiot

Haavan tulehtuminen

Kuvaile komplikaatiota omin sanoin:

Nyrjähdys Pitkittynyt kipu Liikkumisen rajoittuminen