

POTILAIKEN FYYSSINEN RAJOITTAMINEN SOMAATTISESSA HOIDOSSA

Jaana Kinnari
Minja Suomalainen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2009

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveysala



Tekijä(t) KINNARI, Jaana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14122009
SUOMALAINEN, Minja	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Potilaiden fyysinen rajoittaminen somaattisessa hoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden fyysistä rajoittamista somaattisessa hoidossa Keski-Suomen keskussairaalassa. Tarkoituksena oli selvittää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ja kestoa. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää rajoittamistoimenpiteiden valvontaa sekä kirjaamista.</p> <p>Tutkimuksen kohteena olivat päivystysyksikön, kahden konservatiivisen ja yhden operatiivisen osaston potilaat. Heistä tutkimukseen otettiin potilaat, joita rajoitettiin fyysisesti ja joista sairaanhoitajat olivat täyttäneet tutkimuslomakkeen. Tutkimus toteutettiin neljän viikon mittaisena periodina. Lisäksi koko sairaalan rajoittamistapauksia koskeva tutkimus suoritettiin yhden vuorokauden ajalta somaattisilla osastoilla pois lukien vasta-syntyneiden teho-osasto. Tiedonkeruu toteutettiin tutkimuslomakkeilla, joiden täyttämistä vastasivat rajoitetun potilaan hoitamiseen osallistuneet hoitajat. Kyselylomakkeita palautui täytettynä yhteensä 22 kpl</p> <p>Fyysisesti rajoitetuista potilaista suurin osa oli miehiä. Nuorin potilaista oli 19-vuotias ja vanhin 88-vuotias. Useimmiten potilailla oli taustalla päihteiden käyttöä. Myös rajoittamisen käytön syistä suurimman ryhmän muodostivat syyt, jotka liittyivät päihteiden väärinkäyttöön. Näissä tapauksissa joko rajoittamisen syy tai hoitoon tulon syy liittyi päihteisiin. Yleisin rajoittamistoimenpide oli potilaskohtaisen vartijan käyttö. Vartija oli kutsuttu paikalle tiettyä potilasta varten yhdeksässä tapauksessa. Valtaosa rajoittamisista aloitettiin yöllä klo 21 - 6 välillä. Lyhyimmillään rajoittaminen kesti yhden tunnin ja pisimmillään useamman vuorokauden. Lääkärin lupaa oli kysytty jossain rajoittamisen vaiheessa miltei kaikissa rajoittamistapauksissa. Rajoittamisen kirjaaminen oli säännöllistä, mutta poikkesi toisistaan sisällöllisesti. Fyysisen rajoittamisen käytön syy sekä sen aloittamisen määräyksen antaja olivat eniten kirjattuja tekijöitä. Rajoittamisia valvottiin useimmiten joko hoitajan tai vartijan jatkuvalla läsnäololla. Suurimmassa osassa rajoittamistapauksista potilaan suostumusta ei ollut kysytty tai sitä ei voitu kysyä potilaan tilan vuoksi. Tutkimustuloksia voidaan käyttää pohjana keskustelun avaamiselle koskien potilaiden fyysistä rajoittamista somaattisessa hoidossa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) fyysinen rajoittaminen, suojoitoimenpide, hoitotyö, etiikka, itsemääräämisoikeus		
Muut tiedot		

Author(s) KINNARI, Jaana SUOMALAINEN, Minja	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 14122009
	Pages 55	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title PHYSICAL RESTRAINING OF PATIENTS IN SOMATIC CARE		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of thesis was to describe physical restraining of patients in somatic care in Central Finland Central Hospital. The purpose was to examine the use and duration of restraining measures. Furthermore, the purpose of thesis was to study the supervision and recording of restraining measures. The subjects of our study were the patients of the emergency ward, two conservative wards and one surgical ward. The patients who had been physically restrained, and of whom the nurses had filled in a questionnaire, were chosen to be the subjects of the study. The study took place in one four-week period. The study was carried out with the help of questionnaires that the nurses participating in the care of a restrained patient were responsible for filling in. 22 filled questionnaires were returned.</p> <p>The majority of the restrained patients were men. The youngest of the patients was 19 years old and the oldest 88 years. In most cases the patients had a background of substance abuse. In these cases either the reason for restraining or being admitted to the ward was related to intoxicants. The most common restraining method was the use of a personal guard with a patient. In 9 cases a guard was called in because of a single patient.</p> <p>Most of the restraining cases took place at night, between 9.00 pm and 6.00 am. The shortest duration of restraining was one hour and the longest several days. In nearly all of the cases the authorization of a doctor was being asked at some phase of restraining. The recording of the restraining cases was done regularly, but the contents of the recordings differed. Most often the reason for physical restraining and the person authorising the use of restraining were recorded. Most often the restraining was supervised with a constant presence of either a nurse or a guard. In most cases the consent of the patient had not been requested or it had not been possible to attain it because of the condition of the patient. The results of the study can be used to initiate discussion on restraining patients physically in somatic care.</p>		
Keywords Physical restraining, protective measure, nursing, ethics, self-determination		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 LAINSÄÄDÄNTÖ JA TOIMINTAA SUUNTAAVAT OHJEET	4
2.1 Potilaan oikeuksia säätelevät lait ja sopimukset.....	4
2.2 Hoitohenkilökunnan toimintaa määrittävät periaatteet	5
2.3 Tartuntatautilaki, päihdehuoltolaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta	7
2.4 Mielenterveyslaki vertailukohtena.....	10
2.5 Kannanotot lainsäädännön uudistamiselle somaattisessa hoidossa	11
3 FYYSSINEN RAJOITTAMINEN	12
3.1 Fyysisen rajoittamisen määrittely	12
3.2 Fyysisen rajoittamisen käytön syyt.....	13
3.3 Fyysisen rajoittamisen käytön yleisyys	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
5.1 Kohderyhmä.....	17
5.2 Tiedonkeruu	17
5.3 Aineiston analysointi	20
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	21
6.1 Potilaiden taustatiedot.....	22
6.2 Fyysisen rajoittamisen käytön syy.....	23
6.3 Käytetty rajoittamistoimenpide	27
6.4 Rajoittamisen ajankohta.....	29
6.5 Rajoittamisen kesto	31
6.6 Lupa rajoittamiselle	33

	2
6.7 Rajoittamisen kirjaaminen	34
6.8 Rajoittamisen valvonta	35
6.9 Potilaan suostumus	36
7 TUTKIMUSTULOKSET YHDEN VUOROKAUDEN AJALTA.....	36
8 POHDINTA.....	37
8.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset.....	38
8.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	44
8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	50
Liite 1. Tutkimuslomakkeen malli	50
Liite 2. Lomakkeen täytön ohjeistuksen malli	52

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Fyysisesti rajoitettujen potilaiden taustamuuttujat	23
TAULUKKO 2. Fyysisen rajoittamisen käytön syyt (n=8)	25
TAULUKKO 3. Rajoittamisen syy vs. potilaan sukupuoli (n=8)	26
TAULUKKO 4. Käytetty rajoittamistoimenpide (n=14).....	27
TAULUKKO 5. Rajoittamisen aloitusajankohta (n=22)	30
TAULUKKO 6. Fyysisen rajoittamisen kesto tunteina (n=22).....	32

1 JOHDANTO

Hoitotyössä tulee toistuvasti esiin tilanteita, joissa potilaan fyysistä vapautta rajoitetaan. Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO) eli nykyinen Valvira ja oikeusasiamies ovat ottaneet kantaa osaan näistä tapauksista (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja lääninhallitusten ratkaisuja 2005, 2007; Lyhennelmiä terveystieteiden tutkimuskeskuksesta 2007; Paunio 2007). Mielenterveyslaki (L 14.12.1990/1116) määrää mielenterveyspalveluissa käytettävästä tahdosta riippumattomasta hoidosta. Somaattisessa hoidossa potilaan fyysistä vapautta voidaan rajoittaa vain päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41), tartuntatautilain (L 25.7.1986/583) ja kehitysvammaisten erityishuollosta (L 23.6.1977/516) annetun lain nojalla. Nämä lait soveltuvat kuitenkin vain osaan somaattisessa hoidossa eteen tulevista tilanteista, joissa potilaan fyysistä vapautta rajoitetaan. Mikäli potilaaseen eivät päde edellä mainitut lait, on potilaan fyysinen rajoittaminen lainvastaista perustuslakiin (L 11.6.1999/731) ja potilaan asemaa ja oikeuksia säätelevään lakiin (L 17.8.1992/785) nähden. Yhdistyneiden kansakuntien kansalaisyhteiskuntaa ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (8/1976) sekä Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) takaa yksilölle oikeuden vapauteen, jos lakiin perustuvia syitä vapaudenriistoon ei ole. Näiden lakien ja sopimusten puitteissa ei hoitohenkilökunnalla ole oikeutta fyysisesti rajoittaa vapaasta tahdostaan hoidossa olevaa potilasta.

Aihetta on tutkittu lähinnä psykiatrisen sairaanhoidon osalta. Somaattisen puolen tutkimukset käsittelevät enimmäkseen iäkkäiden fyysistä rajoittamista. Tutkittua tietoa on kaiken kaikkiaan hyvin vähän saatavilla. Saarnion, Isolan & Backmanin (2007) vanhusten fyysistä rajoittamista selvittävässä tutkimuksessa tuli esiin, että jopa 88 % vanhusten hoitoyksiköistä oli käytetty fyysistä rajoittamista edeltävän viikon ajalla. Myös Vakkurin (2004, 20) artikkelista tulee esiin, että dementoituneiden kohdalla potilaan sitomisen perusteena käytetään hänen turvallisuutensa takaamista. Kosken-tausta, Seppälä & Valkama (2003) ovat tutkineet kehitysvammaisten laitoshuollossa käytettyjä rajoittamistoimenpiteitä. Laitoshoidossa olevista kehitysvammaisista noin 10 prosentilla rajoitettiin fyysistä vapautta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata fyysisen rajoittamisen käyttöä Keski-Suomen keskussairaalan somaattisilla osastoilla. Aihetta lähestytään potilaan oikeuksien näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä fyysisellä rajoittamisella ja rajoittamistoinpiteillä tarkoitetaan sellaisia toimia, joilla puututaan potilaan fyysiseen vapauteen estämällä sitä.

2 LAINSÄÄDÄNTÖ JA TOIMINTAA SUUNTAAVAT OHJEET

2.1 Potilaan oikeuksia säätelevät lait ja sopimukset

Suomen perustuslain 1 §:ssä on vahvistettu Suomen valtiosääntö, joka turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauden ja oikeuden sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Perustuslain 2. luvussa perusoikeuksissa määritetään ihmiset yhdenvertaisiksi lain edessä. Toista ihmistä ei saa asettaa eri asemaan esimerkiksi sukupuolen, iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (6 §). Perusoikeuksiin kuuluu myös, että jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Toista ihmistä ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Yksilölle taataan myös henkilökohtainen koskemattomuus eikä vapautta saa riistää ilman laissa määriteltyä perustetta. Vapautta voi rajoittaa vain tuomioistuimien määrätessä vapaudenmenetyksen sisältävän rangaistuksen. Jos muuten vapautta rajoitetaan, voidaan sen laillisuus asettaa tuomioistuimen tutkittavaksi. (7 §.) Myös perustuslain 10 § yksityiselämän suojasta sivuaa aiheuttamme, sillä yksityiselämään kuuluu muun muassa yksilön oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan. Perustuslain 15 § takaa omaisuudenturvan. (L 11.6.1999/731.)

Yhdistyneiden kansakuntien kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus ohjaa 7. artiklassaan seuraavasti: ”Ketään ei saa kiduttaa eikä kohdella tai rangaista julmalla, epäinhimillisellä tai halventavalla tavalla.” 9. artiklassa korostetaan jokaisen oikeutta vapauteen ja turvallisuuteen sekä kielletään vapaudenriisto ilman laissa säädettyä perustetta. (8/1976.) Euroopan ihmisoikeussopi-

muksen 5. artiklan mukaan jokaisella on oikeus vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. Vapauden saa riistää vain tuomioistuimen tuomion perusteella erilaisissa rikostapauksissa, alaikäisen kasvatuksen valvomiseksi, tartuntataudin leviämisen estämiseksi tai mielenterveydellisistä tai päihteidenkäytöstä johtuvista syistä. Henkilöllä on oikeus tutkituttaa, onko vapaudenriisto laillinen ja saada vahingonkorvausta, mikäli vapaudenriisto ei ole artiklan mukainen. (63/1999.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää ensinnäkin jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan vakaumusta sekä yksityisyyttä tulee kunnioittaa. (3 §.) Potilaslaki takaa siis potilaalle oikeuden fyysiseen koskemattomuuteen. Potilaslain 6 §:n mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Potilaan hoidossa häntä tulee kuulla, ja hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas kieltäytyy esimerkiksi hoitotoimenpiteestä, tulee häntä mahdollisuuksien mukaan hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei itse pysty ilmaisemaan tahtoaan, on tällöin kuultava potilaan laillista edustajaa, lähiomaisista tai muuta läheistä, jotta saataisiin selvitettyä millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Jos tätä ei saada selvitettyä, tulee potilasta hoitaa siten, mitä voidaan pitää hänen etunsa mukaisena. (L 17.8.1992/785.)

2.2 Hoitohenkilökunnan toimintaa määrittävät periaatteet

Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat laki terveydenhuollon ammattihenkilöille (L 28.6.1994/559), Sairaanhoidtajaliiton sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) sekä valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan Etenen laatimat terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2002). Näissä korostuvat muun muassa potilaan hyvinvoinnin turvaaminen sekä potilaan itsemääräämisoikeus. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden laissa 15 §:ssä määritellään terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettisiä velvollisuuksia, joissa hoidon päämäärinä ovat terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Tervey-

denhuollon ammattihenkilön tulee käyttää yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä menettelytapoja työssään sekä arvioida ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. (L 28.6.1994/559.)

Sairaanhoitajaliiton hyväksymien sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtäväksi kuvataan väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Hoitaja pyrkii lisäämään asiakkaan voimavaroja sekä parantamaan hänen elämänlaatuaan. Sairaanhoitajan tehtävä on suojella ihmiselämää ja potilaan hyvää oloa sekä huomioida yksilön arvot, vakautus ja tavat. Hänen tulee myös kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätösten tekoon. Eettisissä ohjeissa mainitaan myös, että hoitajan ja asiakkaan hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet, 1996.)

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan Etenen laatimassa terveydenhuollon yhteisissä eettisissä periaatteissa korostetaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ja ihmisarvon kunnioittamista. Etene on listannut terveydenhuollon eettisiksi periaatteiksi seuraavat asiat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Hyvä hoito takaa potilaalle tunteen asiantuntevasta ja turvallisesta hoidosta sekä hyvästä kohtelusta ja hoidosta. Terveydenhuollon henkilöstön tasolla tämä tarkoittaa, että tarvittavat tutkimukset ja hoito tulee toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa soveltaen lääketieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä. Ihmisarvon kunnioittamiseen liittyy inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Etenen dokumentin mukaan itsemääräämisoikeus terveydenhuollossa merkitsee potilaan oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on haettava yhteisymmärrystä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Oikeudenmukaisuus

taas edellyttää samojen periaatteiden toteutumista eri potilaiden hoidossa. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2002.)

Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seuraamisessa tarvittavat tiedot. Mikäli potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan hoidon aikana rajoittamaan, on siitä tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. Merkinnöistä on käytävä ilmi rajoittamisen syy, miten potilasta on rajoitettu sekä kuinka kauan rajoittaminen on kestänyt. Lisäksi on arvioitava rajoittamisen vaikutus potilaan hoitoon. Potilasasiakirjoista tulee myös selvittää rajoittamisesta määränneen lääkärin ja rajoittamisen toteuttajien nimet. (A 30.3.2009/298.)

2.3 Tartuntatautilaki, päihdehuoltolaki ja laki kehitysvammaisten erityishuollosta

Tartuntatautilaki (L 25.7.1986/583), päihdehuoltolaki (L 17.1.1986/41) ja kehitysvammaisten erityishuoltoa koskeva laki (L 23.6.1977/519) mahdollistavat potilaan fyysisen rajoittamisen. Tartuntatautilain mukaan yleisvaarallisena tartuntatautia pidetään, mikäli sen tarttuvuus on suurta tai se leviää nopeasti, jos se on vaarallinen ja jos sen leviäminen voidaan estää siihen sairastuneeseen tai sairastuneeksi epäiltyyn kohdistettavilla toimenpiteillä. (4 §.) Tartuntatautilain 17 §:n mukaan tällainen henkilö voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos sen leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä tai henkilö ei halua alistua muihin taudin leviämisen estämiseksi tarvittaviin toimenpiteisiin.

Tartuntatautilain mukaan eristämisestä päättää sosiaali- ja terveysministeriö, läänin alueella lääninhallitus tai tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin terveyslautakunta, mutta eristämisen vaatiessa kiireellisyyttä voi sen päättää myös terveyskeskuslääkäri, jonka jälkeen päätöksen alistaa tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin. Toimielin voi tehdä päätöksen henkilön eristämisestä enintään yhden kuukauden ajaksi, pidemmältä ajalta siitä päättää hallinto-oikeus päätöksen tehneen tahon esityksestä. (15 §.) Eristämispaikassa voidaan potilasta hoitaa tahdon vastaisesti siten, mikä on välttämätöntä taudin leviämisen estämiseksi. Kun eristykselle ei

ole enää edellytyksiä, tulee se heti lopettaa. Päätöksen tästä tekee vastaava terveyskeskuslääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri (19 §). (L 25.7.1986/583.)

Päihdehuoltolaki säättää tahdosta riippumattomasta hoidosta 2. luvussa. Sen mukaan tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä, mikäli vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole olleet mahdollisia tai riittäviä. Lisäksi potilaan tulee olla välittömässä hengenvaarassa tai saamassa vakavan kiireellisen vaativan terveydellisen vaurion, mikäli hänen päihteiden käyttöönsä ei saada keskeytetyksi ja asianmukaista hoitoa aloitetuksi. (10 §.) Tällöin terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Päätöstä varten pitää kuitenkin olla toisen lääkärin antama lääkärinlausunto, jonka antajaa ei erikseen ole laissa määrätty. Johtosäännöllä voidaan kuitenkin määrätä, että päätöksen tahdosta riippumattomaan hoitoon asettamisesta voi tehdä myös joku muu lääkäri kuin mitä laissa on asetettu (11 §). Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä myös potilaan vaarantaessa väkivaltaisuuden vuoksi perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä päihteiden käytöstä johtuen. Tällöin päätöksen tekee kunnan sosiaalityöntekijän ammatillisen kelpoisuuden omaava viranhaltija. Päätös on alistettava heti lääninoikeuden vahvistettavaksi. Päätös on voimassa enintään viisi vuorokautta. (12 §.) Mikäli tämä aika ei ole riittävä, voi lääninoikeus määrätä hoidon jatkuvan enintään 30 vuorokautta. (13 §.) Ennen päätöstä on asianosaiselle annettava mahdollisuus tulla kuulluksi. Selvitys päätöksenteon perusteena olevista seikoista sekä mahdollisuuksien mukaan selvitykset henkilön elinolosuhteista ja aikaisemmista toimenpiteistä hänen kuntouttamisekseen on tehtävä ennen väkivaltaisuuden perusteella tehtävää tahdosta riippumattoman hoidon päätöstä (14 §). Hoito on lopetettava heti, kun edellytyksiä sille ei enää ole (17 §). (L 17.1.1986/41.) Ensihoidon vastuulääkäri Vuori ja lääketieteen tohtori Kärkkäinen tuovat esille Suomen lääkärilehden laatimassaan mielipidekirjoituksessaan, että päivystyksessä tämän väkivaltaisuuskriteerin perusteella potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen ei ole yksinkertaista; sosiaalityöntekijän ammatillisen kelpoisuuden täyttävän viranhaltijan päätökseen on päihdehuoltolain mukaan ensin laadittava selvitys päätöksenteon perusteena olevista seikoista, henkilön elinolosuhteista sekä aiemmista kuntouttamistoimenpiteistä. Lisäksi ongelmalliseksi lain

täyttymisen tekee se, että väkivaltaisuuden on lain täyttymiseksi kohdistuttava päivystyksen hoitohenkilökunnan lisäksi myös muihin ihmisiin. (Vuori & Kärkkäinen 2007.)

Päihdehuoltolaki oikeuttaa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan eristämiseen, jonka kriteereinä on, että potilas on vaaraksi itselleen tai muille, tai eristäminen on muuten potilaan hoidon kannalta perusteltua. Eristäminen ei saa jatkua yhtämittaisesti yli 24 tuntia, jos siitä ei ole tehty uutta päätöstä. Eristäminen tulee tapahtua hoitopaikan henkilöstön jatkuvan huolenpidon alaisena. Ilman erityisiä laissa määriteltyjä syitä eristystä ei tule välittömästi jatkaa. Kuitenkaan eristämisaika ei saa olla 48 tuntia pidempi. (26 §.) 27 §:n mukaan hoitopaikan tulee ottaa haltuun potilaalta päihteitä, niiden käyttöön liittyviä välineitä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Jos on perusteltu syy epäillä, että hoidossa olevalla henkilöllä on näitä hallussaan, voidaan hänelle tehdä henkilöntarkastus. Myös hänelle tulleet lähetykset voidaan tarvittaessa perustellusti tarkastaa. (L 17.1.1986/41.) Käytännössä päihdehuollon tahdosta riippumattomaan hoitoon pääsystä tehdään nykyään vain vähän päätöksiä. Koirurannan (2002, 61) selvityksessä vuosittaisen määrän arvioidaan olevan korkeintaan vain kymmenen tapausta.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa voidaan kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevan lain mukaan antaa henkilölle, jonka kehitys on heikentynyt sairauden, vian tai vamman takia ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvittavia palveluita. Erityishuoltoon määrätyn kehitysvammaisen henkilön rajoittamiselle ei laissa ole tarkasti määritelty asiakasta rajoittavia toimenpiteitä. Kuitenkin 32 § mainitsee seuraavasti:

Vastoin tahtoa voidaan erityishuoltoa antaa, jollei lastensuojelulain (52/36) säännöksistä muuta johdu, vain henkilölle, jonka huoltoa ei muutoin voida järjestää ja jonka on syytä olettaa ilman huoltoa joutuvan vakavaan hengen- tai terveydenvaaraan tahi jonka käytöksestä ja muista seikoista käy ilmi, että hän on vammaisuutensa vuoksi vaarallinen toisen henkilön turvallisuudelle ja välittömän erityishuollon tarpeessa.

42 §:n mukaan erityishuollossa olevaan henkilöön saadaan soveltaa pakkoa vain siinä määrin kuin tarvitaan erityishuollon järjestämisessä tai toisen henkilön turvallisuuden kannalta. (L 23.6.1977/519.) Ennen erityishuoltoon määräämistä on siihen kuitenkin tehtävä huoltajan tai sosiaalilautakunnan taholta kirjallinen hakemus, jonka perusteella erityishuollon johtoryhmä voi määrätä henkilön tutkimuksiin, jotka on suoritettava

viipymättä. Tutkimusten perusteella voi johtoryhmä määrätä henkilön erityishuoltoon, jonka kahden viikon sisällä vahvistaa lääninhallitus. (L 23.6.1977/519.)

Rikoslaissa olevan pakkotilalain perusteella oikeudellisesti suojattua etua uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen teko on sallittua pakkotilatekona, jos pelastettavan etu ja teolla aiheutetun haitan laatu ja suuruus, vaaran alkuperä ja muut olosuhteet huomioiden teko on kokonaisuutena arvioiden puolustettava. Tätä lakia voidaan hyödyntää tilanteissa, jossa potilaan yhden oikeuden turvaaminen johtaisi toisen oikeuden menettämiseen. Esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan sivuuttaa, mikäli se on välttämätöntä hänen henkensä turvaamiseksi. (13.6.2003/515, 5 §.)

2.4 Mielenterveyslaki vertailukohteena

Mielenterveyslaki (L 14.12.1990/1116) antaa myös oikeuden fyysiseen rajoittamiseen potilaan tahdosta riippumatta. Mielenterveislain nojalla henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli hänellä todetaan mielisairaus, mielisairauden hoitamatta jättämisen takia mielisairaus pahenisi tai hänen tai muiden terveys tai turvallisuus olisi vaarassa sekä jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (8 §.) Edellä mainituin perustein voi lääkäri tehdä potilaasta tarkkailulähetteen. Lähetteen tekemisestä viimeistään 3. päivänä on potilas otettava tarkkailuun, josta neljän päivän päästä on lääkärin tehtävä hänelle tarkkailulausunto tai jos hoitoon ei ole enää tarvetta, tarkkailu on lopetettava. (9 § 10 §.)

Luvun 4 a säännösten nojalla saa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa potilasta rajoittaa vain siinä määrin kuin on tarpeen huomioiden sairauden hoito, hänen ja muiden henkilöiden turvallisuus sekä muiden olennaisten etujen turvaaminen. Potilaan turvallisuus ja ihmisarvon kunnioittaminen tulee taata (22a §). 22 b §:n mukaan potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan käyttää vain sellaisia hoitotoimenpiteitä, joiden tekemättä jättäminen vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Sekä psyykkisen että fyysisen sairauden hoidossa hoitava lääkäri päättää tahdosta riippumattomista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä, kiinnipitämisestä ja sitomisesta

hoitotoimenpiteen ajaksi sekä muista rajoitustoimenpiteistä. (22 b §, 22 c §.) Fyysistä sairautta hoidetaan vastoin potilaan tahtoa, mikäli se on tarpeen potilaan hengen tai terveyden säilyttämiseksi. Hoitoa voidaan antaa myös muualla kuin psykiatrissa hoitoa antavissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, jolloin hoidosta päättää vastaava lääkäri yhteistyössä potilasta psykiatrisessa hoitopaikassa hoitavan lääkärin kanssa. (22 c §.)

Mielenterveyslaki sallii tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan liikkumisen rajoittamisen, eristämisen, omaisuuden haltuunoton ja tarkistamisen, lähetysten tarkastamisen, henkilöntarkastuksen ja -katsastuksen sekä yhteydenpidon rajoittamisen. Rajoittamistoimenpiteistä ja niiden lopettamisesta päättää lääkäri, toimenpiteiden tulee olla valvottuja ja kaikista rajoittamistoimenpiteistä pidetään luetteloa. (22 k §.) (L 14.12.1990/1116.)

2.5 Kannanotot lainsäädännön uudistamiselle somaattisessa hoidossa

Psykiatrisen potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon kuuluvat rajoittamistoimenpiteet ovat laissa tarkkaan säänneltyjä. Somaattiseen hoitoon vastaavaa lakia on myös kaivattu sekä turvaamaan potilaiden oikeuksia (Huusko 2004; Paunio 2005; Koivuranta 2002) että ohjaamaan hoitohenkilökunnan toimintaa (Huusko 2004; Koivuranta 2002). Suomen dementiahoitoyhdistys, nykyään Suomen muistiasiantuntijat ry, on esittänyt, että lainsäädännöllä tulisi kieltää sitomisen käyttö hoitokeinona ja ohjeistaa riittävästi sitä, millaisissa poikkeustilanteissa sen käyttö olisi sallittua (Huusko 2004, 19). Koivuranta (2002, 95 - 97) on ehdottanut tiettyjen ryhmien, esimerkiksi vaikeasti dementoituneiden, asemaa tarkennettavan erityissäännöksin hyväksyttävien rajoitusperusteiden, niiden suhteellisuuden sekä teknisen valvonnan tarpeen ja perusteiden osalta.

Oikeusasiamies Paunio (2005) on pitämänsä puheen ihmisoikeudet dementiahoidossa mukaan joutunut ottamaan kantaa siihen, milloin rajoittaminen olisi sallittua. Kannanotoissaan hän on pitänyt sitomista hyväksyttävänä potilaan oman turvallisuuden takaamiseksi siinä määrin kuin se on välttämätöntä. Tämän hetkinen lainsäädäntö ei

anna oikeutta sitomiseen edes turvallisuusnäkökulman nojalla, vaan Paunion mukaan lakimuutoksia tarvittaisiin potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi. (Paunio 2005, 6 - 7.) Mikäli potilas ei itse pysty päättämään häntä koskevista asioista, kuullaan hänen omaistaan tai laillista edustajaa (L 17.8.1992/785). Mikäli omaiset kieltävät potilaan fyysisen vapauden rajoittamisen, esimerkiksi turvallisuuden takaamiseksi potilaan sekavuuden vuoksi, on hoitohenkilökunnalla vähän mahdollisuuksia hoidon toteuttamiseksi ja lisävahinkojen estämiseksi. Fyysisen pakon käytön oikeus on lähtökohtaisesti vain poliisilla, hoitajilla ei siihen ole oikeutta. (Kaivola & Lehtonen 2006, 3354.)

3 FYYSINEN RAJOITTAMINEN

3.1 Fyysisen rajoittamisen määrittely

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan erilaisin välinein ja materiaalein tapahtuvaa kiinnittämistä siten, että henkilön vapaa liikkuminen estetään. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi magneettivyön, turvaliivien ja lepositeiden käyttö, tuoliin tai pyörätuoliin sitominen vyöllä, vuodevaatteiden laittaminen patjan alle (Saarnio 2009, 59; Saarnio, Isola & Backman 2007, 112) ja yhden tai useamman raajan sitominen (Saarnio ym. 2007, 112; Salo-Sirkiä, 4). Fyysiseksi rajoittamiseksi katsotaan myös sängynlaitojen ylösnostaminen, erilliseen tilaan lukitseminen sekä geriatrisen tuolin käyttö pöytälevyn kanssa siten, että siitä vapaa poisnouseminen estetään (Saarnio 2009, 59; Saarnio ym. 2007, 112).

Saarnio (2009) määrittelee väitöskirjassaan edellä mainitut keinot vapaan liikkumisen suoraksi rajoittamismuodoksi. Hän tuo esille lisäksi epäsuoria rajoittamismuotoja, joihin kuuluvat esimerkiksi vapaan liikkumisen mahdollistavan apuvälineen (rollaattori, keppi) tai soittokellon ottaminen pois potilaalta. Saarnion mukaan fyysinen rajoittaminen voi olla myös toimintaa, jonka hoitaja jättää tekemättä. Tällaista toimintaa voi olla esimerkiksi soittokellon kutsuun vastaamatta jättäminen tai kieltäytyminen liikkumisavun antamisesta. (Saarnio 2009, 70.)

Kirjallisuudessa fyysisestä rajoittamisesta käytetään myös käsitettä suojatoimenpiteet. Koskentausta ym. (2003, 500) määrittelevät suojatoimenpiteet seuraavasti: ”...yksilön itsemääräämisoikeutta rajoittavat toimenpiteet, jotka ovat välttämättömiä hoidon turvaamiseksi tai henkilön tai muiden henkilöiden turvallisuuden, terveyden tai fyysisen koskemattomuuden takaamiseksi.” (Koskentausta ym. 2003, 500). Suojatoimenpiteinä pidettiin edellä mainittujen lisäksi lukitsemista omaan huoneeseen, kiinnipitämistä, henkilön tarkastusta, liikkumisen ja tapaamisoikeuden rajoittamista sekä välttämätöntä hoitotoimenpidettä (Koskentausta ym. 2003, 500)

3.2 Fyysisen rajoittamisen käytön syyt

Salo-Sirkiä (2005) on jaotellut fyysisen rajoittamisen käytön syyt potilaasta, hoitajasta tai toimintaympäristöstä johtuviin syihin. Potilaasta johtuvia syitä olivat kaatuilu, muistamattomuus, vaeltelu, potilaan toisia potilaita kohtaan osoittama aggressiivisuus, potilaan itseään kohtaan osoittama aggressiivisuus, eritteillä sotkeminen ja häiritsevä käyttäytyminen. Myös sairaudet kuten dementia, virtsatieinfektio sekä lonkkamurtumat olivat syinä fyysiseen rajoittamiseen. (Salo-Sirkiä 2005, 26 – 27.)

Edellä mainitut sairaudet voivat aiheuttaa vanhukselle harhaisuutta, levottomuutta tai aggressiivisuutta, jota sanotaan äkilliseksi sekavuusoireyhtymäksi eli deliriumiksi. Deliriumiin voi olla monta erilaista syytä: infektio, sydän- ja verisuonisairaudet, elektrolyyttihäiriöt, operaatiot tai soveltumaton lääke. Äkillinen sekavuusoireyhtymä voi kehittyä nopeasti ja oirekuvaltaan se on vaihteleva. Se vaikuttaa potilaan tarkkaavaisuuteen, muistiin, ajatteluun ja havainnointiin. Deliriumin aikana potilas voi olla sairaudentunnoton, mikä ilmenee esimerkiksi tarvittavien infuusioletkujen ja kanyylien tai virtsakatetriksen irto repimisenä. Delirium vanhuspotilailta voi ilmetä myös psykomotorisena hitautena, jähmeytenä esimerkiksi ruokailujen yhteydessä. Deliriumiin ei ole näyttöön perustuvaa hoitoa. Sen hoitoon kuuluu potilaan rauhoittaminen ja nestetasapainosta sekä ravitsemuksesta huolehtiminen. Turvallisuuden tunteen ylläpitäminen on myös tärkeää. Se ei saisi tapahtua potilaan kiinni sitomisella, sillä se usein lisää levottomuutta. (Laurila 2005, 4751 - 4753.) Päihteitä käyttäneen potilaan sekavuuden syynä voi olla alkoholidelirium (delirium tremens). Se voi olla hankalimmassa tapa-

uksessa seurausta pitkään jatkuneen, runsaan alkoholinkäytön äkillisestä lopettamisesta. Oireina tässä deliriumin muodossa ovat esimerkiksi tajunnantason hämärtyminen, sekavuus ja aistiharhat. (Leppävuori & Alho 2007, 169 - 170.)

Lisäksi potilaasta johtuviin fyysisen rajoittamisen syihin on määritelty potilaan rajoittaminen hoitotoimenpiteiden ajaksi, esimerkiksi nenämahaletkun pysymiseksi (Salo-Sirkiä 2005, 27). Heikkilän tutkimuksesta voitaisiin tähän samaan luokkaan katsoa kuuluvaksi seuraavia rajoittamisen syitä: potilas on uhka itselleen, potilas ei pysty kävelemään, mutta ei muista sitä, aggressiivisuus ja levottomuus, tahriminen, tavaroiden rikkominen, toisten potilaiden häiritseminen, vaeltaminen sekä rajoittaminen toimintaa (syöttäminen, peseminen) varten. (Heikkilä 2002, 32.)

Hoitajista johtuvista syistä yleisin oli ”jotkut hoitajat”. Tämä Salo-Sirkiän (2005, 30) mukaan viittaisi hoitajan persoonalliseen tekijään tai tekijöihin, sillä hoitajan iällä, työkokemuksella tai ammatilla ei nähty olevan yhteyttä potilaan fyysiseen rajoittamiseen. Tämä vastasi Heikkilän tutkimuksen tulosta, jossa hoitajan toiminnalla ei ollut yhteyttä hänen koulutukseensa, asemaansa (vakituinen/sijainen) tai työkokemuksensa (Heikkilä 2002, 33 - 37).

Toimintaympäristöstä johtuviin syihin lukeutuvat henkilökunnan vähäisyys sekä osaston arkkitehtoninen rakenne (Salo-Sirkiä 2005, 33). Heikkilän tutkimuksessa rajoittamista käytettiin hoitajien työskennellessä muissa potilashuoneissa, jotta potilaalle ei tapahtuisi vahinkoa ilman valvontaa (Heikkilä 2002, 31). Saarnio päätyy samankaltaisiin tuloksiin. Fyysisen rajoittamisen käytölle altistavat hänen mukaansa hoitotilojen epäkäytännöllisyys ja ahtaus. Yhtenä tekijänä hän nostaa esiin apuvälineiden puutteen ja henkilökunnan vähäisyyden. (Saarnio 2009, 56.) Kyseenalaistamaton, rutiinomainen toimintalinja sallii työyhteisössä rajoitteiden käytön (Saarnio 2009, 56; Heikkilä 2002, 32). Heikkilä (2002, 32) kuvasi tätä toimintana, jossa potilaat vietiin istumaan päiväsaliiin.

Fyysisen rajoittamisen syyt voivat olla omaisesta johtuvia, kuten omaisen vaatimus tai toivomus potilaan liikkumisen rajoittamisesta. Saarnio (2009) tuo väitöskirjassaan

esiin yhteiskunnallisen aspektin. Hänen mukaansa rajoittamisen käytölle altistava tekijä on sitä säätelevän lainsäädännön puuttuminen. (Saarnio 2009, 56.)

3.3 Fyysisen rajoittamisen käytön yleisyys

Saarnion (2009) tutkimuksessa 88 % vastaajista kertoi työyksiköissään käytetyn kyse-lyä edeltävän viikon aikana jotakin fyysisen rajoittamisen muotoa. Keskimäärin rajoit-teita oli käytetty kuudella vanhuksella. (Saarnio 2009, 54.) Yleisimmin käytetty rajoit-tamismuoto oli ylösnostetut sängynlaidat (84 %) sekä geriatrisen tuolin käyttö pöytä-levyn kanssa (75 %). Hoitajat pitivät näitä ”arkisina” rajoitteina, joita he eivät mieltä-neet fyysiseksi rajoittamiseksi. ”Todellisina” rajoitteina hoitajat pitivät esimerkiksi magneettivyötä. Magneettivyötä käytettiin 14 % rajoittamistapauksista, lepositeitä 12 %, huoneen oven sulkemista 7 %, pyörätuoliin vyöllä kiinnittämistä 64 % ja tavalli-seen tuoliin vyöllä kiinnittämistä 33 %. (Saarnio 2009, 59.)

Koskentausta ym. (2003) ovat tutkineet kehitysvammaisten laitoshuollossa käytettyjä rajoittamistoimenpiteitä. Laitoshoidossa olevista kehitysvammaisista noin 10 %:n fyysistä vapautta rajoitettiin. Yleisimmin asukkaita lukittiin omaan huoneeseen, 95 % kaikista tapahtumista. Kiinnipitämistä, eristyshuoneen käyttöä tai sitomista käytettiin vain kolmessa prosentissa tapauksista. Kahdeksaantoista asukkaaseen kohdistui puo-len vuoden seurantajaksolla yhteensä 570 rajoittamistoimenpidettä, keskimäärin 32 asukasta kohti. Yleisimmin asukkaiden fyysistä vapautta rajoitettiin yöaikaan. Puolet rajoittamistoimenpiteistä tehtiin asukkaan rauhoittamiseksi ja puolet hoitotoimenpitei-den tekemisen mahdollistamiseksi. (Koskentausta ym. 2003, 501.)

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa (Minnick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig 2007) selvitettiin fyysisen rajoittamisen määrää 40:ssä akuuttia hoitoa anta-vassa sairaalassa kuudessa eri kaupungissa kahden tunnin aikana. Rajoittamiseksi kat-sottiin kaikki fyysinen rajoittaminen mukaan lukien sängynlaitojen nosto. Tulosten mukaan sairaaloissa rajoitettiin 50 henkilöä tuhatta potilaspäivää kohden, minkä pe-rusteella päivittäin amerikkalaisissa sairaaloissa rajoitetaan 27 000 potilasta. Miehiä rajoitettiin useammin kuin naisia, mutta ikä ei kaikissa yksiköissä ollut yhteydessä

rajoittamisen määrään. Teho-osastoilla ikäryhmien välisiä eroja ei ollut, mutta muissa tutkimuksessa mukana olleissa yksiköissä iäkkäämpiä potilaita rajoitettiin enemmän. Yleisin syy fyysisen rajoittamisen käyttöön oli hoidon häiriöiden ehkäiseminen. Eniten potilaita rajoitettiin teho-osastoilla ja vähiten pediatriisilla osastoilla.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata fyysisen rajoittamisen käyttöä Keski-Suomen keskussairaalan somaattisilla osastoilla. Tavoitteena on selvittää rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ja kestoja. Lisäksi tarkoituksena on selvittää rajoittamistoimenpiteiden valvontaa. Tutkimustuloksia voidaan käyttää pohjana keskustelun avaamiselle koskien potilaiden fyysistä rajoittamista somaattisessa hoidossa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Miksi potilaan fyysiseen rajoittamiseen on päädytty?
2. Mitä rajoittamistoimenpidettä on käytetty ja kuinka kauan?
3. Kuka on päättänyt fyysisen rajoittamisen aloittamisesta?
4. Kuka on valvonut sen toteuttamista ja miten sitä on valvottu?
5. Mitä rajoittamistoimenpiteistä on kirjattu?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jonka avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia (Heikkilä 2001, 16). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, koejärjestelyjen ja aineiston keruun suunnitelmat, koehenkilöiden/tutkittavien valinta, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston

saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien teko havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 140).

5.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohteena olivat päivystysyksikön, kahden konservatiivisen ja yhden operatiivisen osaston potilaat. Heistä tutkimukseen otettiin potilaat, joita rajoitettiin fyysisesti ja joista sairaanhoitajat olivat täyttäneet tutkimuslomakkeen. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri määrittelee seuraavasti: ”potilaan suojatoimenpiteet ovat yksilön itsemääräämisoikeutta rajoittavia hoitotoimenpiteitä, jotka ovat välttämättömiä sairauden hoidon ja tutkimuksen toteuttamiseksi”. Suojatoimenpiteillä tarkoitetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yleisohjeen, Ohjeet potilaan suojatoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa, mukaan potilaan sitomista lepositein tai potilaan siirtämistä erityiseen turvahuoneeseen, joka on suunniteltu hänen turvallisuutensa huomioiden. (Luotola, Konttinen & Janhunen 2009, 1.)

Tutkimus toteutettiin neljän viikon mittaisena periodina keväällä 2009 helmikuun puolivälistä maaliskuun puoliväliin. Lisäksi koko sairaalan rajoittamistapauksia koskeva tutkimus suoritettiin yhden vuorokauden ajalta maaliskuussa 2009 Keski-Suomen keskussairaalan ja Sädesairaalan somaattisilla vuodeosastoilla. Vastasyntyneiden teho-osastoa ei otettu tutkimukseen mukaan. Tutkimuksessa mukana olleet yksiköt päätettiin yhteistyössä potilasasiamiehen ja suojatoimenpiteiden ohjeistusta päivittäneen työryhmän kanssa. Tutkimusluvan myönsi johtajaylilääkäri.

5.2 Tiedonkeruu

Tiedonkeruu toteutettiin tutkimuslomakkeilla (ks. liite 1.), joiden täyttämistä vastasivat rajoitetun potilaan hoitamiseen osallistuneet hoitajat. Opinnäytetyön tekijät olivat ennen tutkimusta yhteydessä osastoilta valittuihin vastuuhenkilöihin, joille lomakkeet toimitettiin, joilta ne tutkimuksen päätyttyä haettiin ja joilla oli päävastuu huolehtia, että henkilökunta täyttäisi lomakkeet jokaisen rajoittamistapauksen yhteydessä.

Opinnäytetyöntekijät kävivät lisäksi kolmessa yksikössä pitämässä pienimuotoisen tiedotustilaisuuden henkilökunnalle tutkimuksen syistä ja toteutuksesta. Kahdessa yksikössä katsottiin, että kirjallinen tiedote (ks. liite 2.) oli riittävä ja vastuuhenkilö pystyi sen pohjalta tiedottamaan tutkimuksesta muuta yksikön henkilökuntaa. Täytetyt lomakkeet palautettiin kullakin osastolla niille ennalta sovittuun paikkaan, ja niiden palauttamisesta opinnäytetyöntekijöille tutkimuksen päättyessä opinnäytetyöntekijät sopivat kunkin yksikön vastuuhenkilön kanssa. Tutkimuslomakkeista ei tullut ilmi potilaiden henkilötietoja. Lomakkeesta ei myöskään pysty tunnistamaan sen täyttäneitä hoitajaa.

Opinnäytetyöntekijät lähettivät ennakkoon tutkittavien yksiköiden esimiehille sähköpostilla tutustumista varten tutkimussuunnitelman, tutkimuslomakkeen sekä ohjeistuksen siihen. Samaisessa sähköpostissa kerrottiin, että opinnäytetyöntekijät tuovat lomakkeet yksiköihin valmiiksi tulostettuina. Epähuomiossa esimiehet saivat tutkimuslomakkeesta sähköpostin liitteenä raakaversioiden. Tämä huomattiin ja siitä kerrottiin viimeistelyjen tutkimuslomakkeiden viemisen yhteydessä. Yksi yksiköistä oli ehtinyt tulostaa käyttöönsä raakaversiot. Opinnäytetyöntekijät jäivät käsitykseen, että nämä ennalta tulostetut tutkimuslomakkeet tullaan hävittämään, ja yksikkö ottaa käyttöön heille viedyt viimeistellyt lomakkeet. Tutkimuslomakkeiden haun yhteydessä opinnäytetyöntekijät huomasivat yksikössä käytetyn lomakkeiden raakaversioita. Se poikkeaa muutamalta kohdalta viimeistellystä versiosta. Raakaversiolomakkeessa fyysisen rajoittamisen käytön syy oli strukturoitu kysymys, jonka vastausvaihtoehtona olivat kohdat somaattinen ja potilasturvallisuus. Lopullisessa lomakkeessa tämä kohta esitettiin avoimena kysymyksenä. Samoin kysymys rajoittamistoimenpiteestä oli raakaversiolomakkeessa strukturoitu, kun se lopullisessa lomakkeessa oli avoin kysymys. Raakaversiolomakkeesta puuttui lisäksi rajoittamistoimenpiteen kirjaamisen liittyvä kysymys, jolla selvitettiin mitä asioita rajoittamisesta on kirjattu, sekä avoin tila kommentoida vapaasti joko tutkimusta tai rajoittamista yleensä. Koska yksikön, jossa käytössä oli raakaversiolomake, rajoittamistapaukset muodostavat suuren osan kaikista rajoittamistapauksista, eivät opinnäytetyöntekijät halunneet hylätä sen tuottamia tuloksia kokonaan. Poikkeavilta kohdiltaan tulokset esitetään erikseen ja tämä on mainittu niiden yhteydessä.

Aineisto kerättiin 15 kysymystä sisältäneellä tutkimuslomakkeella (ks. liite 1). Tutkimuslomakkeelle ei ollut valmista mallia vaan se tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan potilasasiamiehen ja suojatoimenpiteiden ohjeistusta päivittäneen työryhmän kanssa. Yhteistyötahot toivat esille niitä asioita, joita he halusivat tutkittavan. Lisäksi tutkimuslomakkeen suunnittelussa käytettiin apuna Keski-Suomen keskussairaalan Potilaan suojatoimenpiteiden määräys ja seuranta -lomaketta. Opinnäytetyön tekijät vastasivat tutkimuslomakkeen tekemisestä.

Kvantitatiivista aineistoa kerätessä kyselylomakkeessa voidaan käyttää tutkijan ennalta laatimia monivalintakysymyksiä, joihin vastataan esimerkiksi rastittamalla oikea vaihtoehto. Näihin lomakkeen laatija on päättänyt valmiit vastausvaihtoehdot. Kun tutkija haluaa antaa lomakkeen täyttäjälle mahdollisuuden kertoa näkökulman, jota tutkija ei ennakkoon ole osannut ajatella, voi kyselyssä käyttää strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 199.) Monivalintakysymysten etuina pidetään vastausten mielekästä vertailua, koska ne tuottavat samankaltaisia vastauksia. Vastaaminen on helpompaa, koska monivalinnat eivät edellytä lomakkeen täyttäjän muistavan asiaa, vaan auttavat ilmiön tunnistamisessa. (mts. 201.) Tämän opinnäytetyön tutkimuslomakkeen kysymyksistä yhdeksän oli strukturoituja, joissa vaihtoehdot olivat valmiina. Osa näistä kysymyksistä oli strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja. Kokemuksen perusteella tiedämme, että hoitotyöntekijöillä on usein kiire, jonka pelkäsimme vaikuttavan kyselylomakkeiden täyttöön. Siksi valitsimme strukturoidut vastausvaihtoehdot lomakkeen täyttämisen helpottamiseksi.

Avoimissa kysymyksissä lomakkeessa esitetään vain kysymys. Vastaukselle jätetään tyhjää tilaa, johon vastaaja sen omin sanoin muotoilee. (Hirsjärvi ym. 2009, 199.) Tutkimuslomakkeessamme avoimia kysymyksiä oli kuusi kappaletta. Päätimme käyttää avoimia kysymyksiä niissä kohdin, joissa monivalintavaihtoehtojen antaminen olisi ollut hankalaa niiden lukumäärän vuoksi. Esimerkiksi potilaan taustatiedoissa kysyimme hänen perussairauksiaan (kysymys 4). Jotta ne kaikki olisi pystytty huomioimaan, olisi monivalintaskaalasta tullut liian laaja. Emme myöskään halunneet luokitella perussairauksia valmiiksi pienempiin ryhmiin (esim. neurologiset sairaudet tai päihteiden käyttö), koska näin tehden olisi joitain sairauksia voinut jäädä huomioimatta. Halusimme tehdä taustalla mahdollisesti vaikuttavien sairauksien jaon ryhmiin itse.

Kysyimme avoimella kysymyksellä myös fyysisen rajoittamisen keinoa, johon halusimme saada kaikki mahdolliset variaatiot esiin. Lomakkeen täytön ohjeistuksessa olimme antaneet vaihtoehtoja selventääksemme mitä kysymyksellä tarkoitamme.

Tutkimuslomakkeen alussa selvitetään, mikä osasto on kyseessä sekä rajoittamistoimenpiteen aloittamis- ja lopettamisaika. Kysymykset 1 - 2 koskivat potilaan taustatietoja: sukupuoli ja ikä. Kysymyksessä 3 kysyttiin taustatiedoksi potilaan päihtymystilaa. Kysymyksessä 4 selvitettiin avoimella kysymyksellä potilaan perussairaudet ja kysymyksessä 5 avoimella kysymyksellä hoitoon tulon syy. Kysymykset 6 - 13 käsittelevät itse rajoittamiseen liittyviä asioita: avoimilla kysymyksillä kartoitettiin rajoittamisen käytön syytä, rajoittamistapaa sekä sitä, minkä ammattikunnan edustaja rajoittamista on valvonut. Strukturoiduilla kysymyksillä selvitettiin kysymyksissä 6 - 13, kuka rajoittamisesta on päättänyt, oliko lääkärin määräys rajoittamiselle varalla tai kysyttiinkö sitä jälkeempään, oliko rajoittamiselle omaisen tai potilaan suostumus ja miten rajoittamista oli valvottu. Kysymyksissä 14 - 15 selvitetään strukturoiduilla kysymyksillä, mihin ja mitä rajoittamisesta on kirjattu. Lomakkeen lopussa sen täyttäjällä oli mahdollisuus vapaasti kommentoida rajoittamistapausta tai fyysisen rajoittamisen käyttöä yleensä.

5.3 Aineiston analysointi

Lomakkeiden vastaukset kirjattiin Excel-taulukko-ohjelmalla. Tulokset kuvataan suorina jakaumina sekä ristiintaulukointia hyödyntäen. Opinnäytetyön tulosten visuaalinen havainnollistaminen tapahtui taulukoiden avulla. Kolme yhden vuorokauden aikana koko sairaalasta kerättyä lomaketta käsitellään omana kappaleenaan.

Taustamuuttujista luotiin vertailuryhmät potilaiden sukupuolen, iän, taustalla vaikuttavien perussairauksien ja hoitoon tulon syyn perusteella. Potilaiden ikä jaoteltiin 0 - 20-, 21 - 40-, 41 - 60-, 61 - 80- ja 81 - 100-vuotiaisiin. Taustalla vaikuttavat perussairaudet jaoteltiin päihteiden käyttöön, psyykkisiin sairauksiin, neurologisiin sairauksiin sekä ryhmään, jossa taustalla ei ole selittäviä perussairauksia. Tällaisia olivat esimer-

kiksi diabetes tai kohonnut verenpaine. Osassa lomakkeista ei ollut mainintaa perussairauksista, ja näistä muodostettiin oma ryhmänsä.

Hoitoon tulon syyt jaoteltiin yleistilan laskuun, neurologiseen sairauteen tai traumaan, psyykkiseen sairauteen sekä päihteisiin, intoksikaatioon ja deliriumiin. Jaotteluun sisältyi myös ryhmä, jossa syiden ei voida katsoa selittäneen rajoittamista sekä ryhmä, jossa hoitoon tulon syytä ei ole mainittu.

Jo tutkimuslomakkeen suunnitteluvaiheessa fyysisen rajoittamisen käytön syyt päätettiin jakaa kahteen kategoriaan: somaattinen ja potilasturvallisuus. Tämä jako mukaillee Keski-Suomen sairaanhoitopiirin potilaiden suojatoimenpiteiden käytön seurantalomaketta. Vain kohta psyykinen syy jätettiin opinnäytetyön tutkimuksesta pois. Tutkimuslomakkeen viimeiseen versioon päätettiin lopulta jättää fyysisen rajoittamisen käytön syytä koskeva kohta avoimeksi. Tällä haluttiin ehkäistä tutkimuslomakkeen täyttäjien erilaiset tulkinnat käsitteistä somaattinen ja potilasturvallisuus. Koska yhdessä yksikössä oli käytetty lomakkeen raakaversiota (n=8), oli niissä kysymys strukturoitu, vaihtoehtoina somaattinen ja potilasturvallisuus. Näiden lomakkeiden tulokset jaoteltiin suoraan näihin kategorioihin. Lisäksi käytettiin kategoriaa, jossa syyhyn oli liitetty molemmat vaihtoehdot.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Lomakkeita jaettiin yhdelle operatiiviselle ja kahdelle konservatiiviselle osastolle sekä kahteen päivystyksikköön. Tutkimuslomakkeita palautui täytettynä yhteensä 22 kappaletta: operatiiviselta osastolta yksi (n=1), konservatiivisilta osastoilta yhteensä yhdeksän (n=9) sekä päivystyksiköstä kaksitoista kappaletta (n=12). Näistä kahdeksan kappaletta oli yksiköstä, jossa käytössä oli lomakkeen raakaversio.

6.1 Potilaiden taustatiedot

Potilaista suurin osa oli miehiä (n=16). Naisia potilaista oli kuusi. Nuorin potilaista oli 19 -vuotias ja vanhin 88 -vuotias. Suurin osa potilaista oli 61 - 80 -vuotiaita. Potilaiden iän keskiarvo oli 52,8 vuotta. (Taulukko 1.)

Potilaiden perussairauksia oli kirjattuna 19 lomakkeeseen. Useimmiten potilailla oli taustalla päihteiden käyttöä (n=8). Psykkinen sairaus oli ilmoitettu perussairautena viidellä potilaalla. Kolmen potilaan kohdalla oli ilmoitettu sekä psykkinen sairaus että päihteiden käyttö. Neurologinen sairaus (aivoinfarkti, parkinsonismi, dementia) oli kolmen potilaan taustalla. Kuuden potilaan kohdalla ei perussairauksissa ollut selkeää selittävää sairautta, joka olisi voinut olla syynä fyysisen rajoittamisen käyttöön. Näiden potilaiden kohdalla perussairauksiksi oli mainittu esimerkiksi kohonnut verenpaine ja aikuistyyppin diabetes. (Taulukko 1.)

Suurimman ryhmän fyysisesti rajoitetuista potilaista muodostivat potilaat, jotka olivat tulleet hoitoon liiallisen päihteiden käytön, intoksikaation tai deliriumin vuoksi (n=10). Tämä ryhmä kattoi 45 % kaikista tapauksista. Yleistilan lasku oli hoitoon tulon syynä viidellä potilaalla. Taustalla oli erilaisia syitä yleistilan laskulle, kuten hyponatremia, epäselvä infektio tai huono hapettuminen. Muita hoitoon tulon syitä olivat neurologinen sairaus tai trauma (n=4), psykkinen sairaus (n=1) tai taustalla ei ollut rajoittamista selittävää hoitoon tulon syytä (n=2) (vatsakivut, jalan tulehdus). Psykkinen sairaudeksi luokiteltiin potilaan itsetuhoisuus. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Fyysisesti rajoitettujen potilaiden taustamuuttujat

Taustamuuttuja	n
Sukupuoli	
Nainen	6
Mies	16
Yhteensä	22
Ikä (vuosina)	
0 - 20	2
21 - 40	5
41 - 60	5
61 - 80	8
81 - 100	2
Yhteensä	22
Perussairaudet	
Psykinen sairaus	2
Päihteiden käyttö	5
Päihteiden käyttö sekä psykinen sairaus	3
Neurologinen sairaus	3
Ei selittävää sairautta	6
Ei tietoa	3
Yhteensä	22
Hoitoon tulon syy	
Yleistilan lasku	5
Neurologinen sairaus/trauma	4
Psykinen sairaus	1
Päihteet/intoksikaatio/delirium	10
Ei selittävää	2
Ei tietoa	0
Yhteensä	22

6.2 Fyysisen rajoittamisen käytön syy

Yksiköissä, joissa käytössä oli tutkimuslomakkeen lopullinen versio, fyysisen rajoittamisen käytön syy oli kirjattu 14 lomakkeeseen. Suurimman ryhmän (n=7) muodostivat syyt, jotka liittyivät päihteiden väärinkäyttöön. Näissä tapauksissa joko rajoittamisen syy tai hoitoon tulon syy liittyi päihteisiin. Potilaan perussairauksiin tässä ryhmässä neljän potilaan kohdalla oli mainittu alkoholismi. Heistä kahdella oli lisäksi

kirjattu psyykkinen sairaus. Yhdellä potilaista oli perussairaudeksi kirjattu pelkkä psyykkinen sairaus. Yhden potilaan kohdalla ei ollut selittävää perussairautta, mutta hoitoon tulon syynä hänen kohdallaan oli intoksikaatio. Yhden potilaan kohdalla perussairautena oli veriteitse tarttuva sairaus ja hoitoon tulon syynä hänen kohdallaan delirium.

Kolmessa tapauksessa potilaan hoitoon tulon syyksi oli kirjattu joko delirium tai humala, ja rajoittamisen syyksi epäasiallinen, aggressiivinen tai uhkaava käytös. Yhden potilaan kohdalla hoitoon tulon syyksi oli mainittu kouristaminen, ja rajoittamisen syynä hänen kohdallaan oli deliriumin alkaminen. Mainintaa mahdollisesta sairaudentunnottomuudesta tai aggressiivisuudesta ei ollut. Kolmen päihteidenkäyttäjän kohdalla rajoittaminen oli aloitettu varalle, ilman senhetkistä epäasiallista tai uhkaavaa käytöstä. Näiden potilaiden kohdalla rajoittamisen syyksi oli mainittu epäily päihteidenkäytöstä, deliriumin vaara, epämääräiset vieraat sekä kahden potilaan kohdalla oli kirjattu syyksi potilaan aiempi aggressiivinen käyttäytyminen. Hoitoon tulon syynä heidän kohdallaan oli kaksi suoraan päihteisiin liittyvää syytä, vaikea alkoholimyrkytys ja intoksikaatio, sekä yhden potilaan kohdalla hoitoon tulon syynä oli vatsakipu.

Toiseksi suurimman ryhmän (n=4) muodostivat potilaat, joiden rajoittaminen liittyi neurologisesta syystä johtuvaan sairaudentunnottomuuteen tai sekavuuteen. Heidän hoitoon tulon syynä olivat aivoinfarkti tai subduraalihakematooma. Kolmen potilaan kohdalla perussairauksista ei löytynyt sekavuuteen liittyvää syytä. Yhden potilaan kohdalla perussairauksiksi oli mainittu muun muassa dementia ja harhaisuus. Rajoittamisen syynä näiden potilaiden kohdalla olivat sairaudentunnottomuus, jolloin potilas joko pyrki sängystä ylös tarvittavasta vuodelevosta huolimatta, karkaili tai poisti itse tarvittavia hoitovälineitä kuten nenä-mahaletkun tai katettrin.

Yhden potilaan kohdalla rajoittamisen syyksi oli kirjattu sekavuus. Tämän potilaan perussairauksissa ei ollut sekavuuden selittävää syytä, mutta hoitoon tulon syynä hänellä oli veren elektrolyyttihäiriö, hyponatremia. Yhden potilaan kohdalla ei myöskään perussairauksissa ollut selittävää syytä hänen levottomalle käyttäytymiselle, joka oli mainittu hänen fyysisen rajoittamisen syykseen. Hoitoon tulon syynä tämän potilaan kohdalla oli jalan infektio. Yhden potilaan kohdalla pyyntö fyysiseen rajoittami-

seen oli tullut poliisilta. Hänen perussairauksistaan ei ollut mainintaa. Hoitoon tulon syynä oli itsetuhoisuus.

Potilaat, joiden fyysiseen rajoittamiseen liittyi tai sen taustalla oli päihteiden käyttöä, olivat kaikki miehiä (n=7). Iältään he olivat 23 - 62 -vuotiaita. Neurologisesta syystä rajoitetuista potilaista (n=4) kolme oli miestä ja yksi nainen. Iältään he olivat huomattavasti vanhempia kuin ensimmäinen ryhmä. Nuorin neurologisesta syystä rajoitettu potilas oli 70- ja vanhin 88-vuotias. Muista syistä rajoitetut potilaat olivat kaikki naisia (n=3). Heidän ikävaihtelunsa oli laajin nuorimman potilaan ollessa 19-vuotias ja vanhimman 73-vuotias.

Yksikössä, jossa käytössä oli lomakkeen raakaversio, fyysisen rajoittamisen käytön syy oli kirjattuna kaikkiin lomakkeisiin. Joka toiseen lomakkeista oli valittu syyksi sekä somaattinen että potilasturvallisuus (n=4). Pelkästään potilasturvallisuus oli mainittu kolmessa lomakkeessa, kun taas somaattinen syy oli valittu vain yhdessä lomakkeessa. (Taulukko 2.) Lisäksi yhteen lomakkeeseen oli strukturoidun kysymyksen yhteyteen kirjoitettu rajoittamisen syyksi henkilökunnan turvallisuus ja toiseen lomakkeeseen samaan kohtaan psyykinen syy.

TAULUKKO 2. Fyysisen rajoittamisen käytön syyt (n=8)

Rajoittamisen syy	n
Somaattinen	1
Potilasturvallisuus	3
Molemmat	4
Yhteensä	8

Miehiä rajoitettiin enemmän potilasturvallisuussyystä kuin naisia. Pelkästään potilasturvallisuus oli syynä kolmeen miesten rajoittamistoimenpiteeseen. Naisia ei rajoitettu pelkästään tästä syystä ollenkaan. Molemmat, somaattinen syy ja potilasturvallisuus-

syy, olivat mainittu kahdessa miesten ja kahdessa naisten rajoittamisessa. Naisia ei jouduttu yksikössä rajoittamaan ollenkaan pelkästä somaattisesta syystä, kun taas miesten kohdalla se oli mainittu yhdessä tapauksessa. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Rajoittamisen syy vs. potilaan sukupuoli (n=8)

Rajoittamisen syy	Nainen	Mies
Somaattinen	0	1
Potilasturvallisuus	0	3
Molemmat	2	2
Yhteensä	2	6

Somaattisesta syystä yksikössä rajoitettiin vain yhdessä tapauksessa, joka kohdistui tutkimusyksikössä rajoitettujen potilaiden vanhimpaan ikäluokkaan. Pelkkä potilasturvallisuus oli syynä 41 - 80-vuotiaiden rajoittamisissa. Molemmat syyt olivat mainittuina tasaisesti kaikissa ikäluokissa lukuun ottamatta 81 - 100-vuotiaita, joiden fyysisistä vapautta ei yksikössä rajoitettu tutkimusajankohtana. Rajoitetuissa ikäluokissa oli kaikissa yksi tapaus, jonka syyksi oli kirjattu sekä somaattinen että potilasturvallisuus.

Fyysisen rajoittamisen käytön syyt jakautuivat tasaisesti eri perussairauksien välille. Somaattisesta syystä (n=1) rajoitettiin potilasta, jolla taustalla oli sekä psyykinen sairaus että päihteiden käyttö. Päihteiden käyttö oli mainittu perussairautena kahdessa tapauksessa, jossa rajoittamisen syy oli potilasturvallisuus (n=3). Lisäksi samasta syystä rajoitettiin yhtä potilasta, jolla perussairautena oli neurologinen sairaus. Kun potilasta rajoitettiin sekä somaattisesta että potilasturvallisuussyystä (n=4) oli hänen perussairauksissaan yhdessä tapauksessa mainittu alkoholin käyttö, yhdessä psyykinen sairaus, yhdessä aivoinfarkti ja yhdessä tapauksessa ei perussairauksista löytynyt selittävää tekijää rajoittamiselle.

Somaattisesta syystä (n=1) rajoitetun potilaan hoitoon tulon syynä oli yleistilan lasku, sekavuus sekä epäselvä infektio. Hänen perussairauksissaan oli mainittu sekä

psykkinen sairaus että alkoholin käyttö. Potilasturvallisuussyistä (n=3) rajoitettujen potilaiden hoitoon tulon syinä olivat intoksikaatio, yleistilan lasku sekä yhden potilaan kohdalla huono hapettuminen ja tajunnantason lasku. Molemmista syistä (n=4) rajoitettujen potilaiden hoitoon tulon syynä kolmessa tapauksessa oli päihteiden liiallinen käyttö (delirium, intoksikaatio). Yhdessä tapauksessa hoitoon tulon syynä oli tajunnan aleneminen.

6.3 Käytetty rajoittamistoimenpide

Yksiköissä, joissa oli käytössä tutkimuslomakkeen viimeisin versio, sitomista käytettiin kolmessa tapauksessa rajoittamistoimenpiteenä, osittaista sitomista kahdessa tapauksessa. Vyötäröltä sänkyyn kiinni sitomista joko magneetti- tai lepoliivein käytettiin kahdessa tapauksessa. Yhdessä tapauksessa potilas oli sidottu ”turvavyöllä” tuoliin istumaan. Osittaisissa sitomisissa oli kyse pelkkien käsien sitomisesta. Potilaskohtaisen vartijan käyttö oli yleisin rajoittamistoimenpide. Vartija oli kutsuttu paikalle tiettyä potilasta varten yhdeksässä tapauksessa. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Käytetty rajoittamistoimenpide (n=14)

Rajoittamistoimenpide	n
Potilaskohtainen vartija	9
Osittainen sitominen	2
Sitominen	3
Yhteensä	14

Potilaskohtaista vartijaa käytettiin rajoittamismuotona kuudella miehellä ja kolmella naisella. Miehiä (n=2) sidottiin enemmän kuin naisia (n=1). Molemmat osittaiset sitomiset koskivat miespotilaita.

Potilaskohtaisen vartijan käyttö painottui nuorempiin potilaisiin. Eniten vartijaa käytettiin 21 - 40-vuotiaiden (n=4) potilaiden rajoittamiseen. 41 - 60- vuotiailla vartijaa

käytettiin kolmessa tapauksessa, ja sekä 0 - 20-vuotiailla että 61 – 80-vuotiailla vartijaa käytettiin yhdessä tapauksessa. Yli 81-vuotiailla potilaskohtaista vartijaa ei käytetty ollenkaan rajoittamistoimenpiteissä. Iäkkäämmillä potilailla käytettiin selkeästi enemmän sitomista tai osittaista sitomista fyysisenä rajoittamisena, kun taas alle 60-vuotiaita potilaita ei sidottu ollenkaan. Potilasmäärät osittaisen sitomisen sekä sitomisen kesken jakaantuivat tasaisesti ikäryhmien, 61 - 80- ja 81 - 100-vuotiaat välille. Sitomista käytettiin kummassakin ikäryhmässä kahdessa tapauksessa, ja osittaista sitomista kummassakin ryhmässä yhdessä tapauksessa.

Sitomista käytettiin potilailla, joiden perussairaudet erosivat toisistaan. Yhdellä potilaalla taustalla oli neurologisia sairauksia, yhdellä potilaalla alkoholin käyttöä sekä yhden potilaan kohdalla ei ollut selittävää perussairautta. Hoitoon tulon syinä kahdella sidotulla potilaalla oli akuutti neurologinen sairaus, ja yhdellä potilaalla kouristelu, joka liittyi deliriumin alkamiseen. Osittain sidotuilla potilailla molemmilla hoitoon tulon syynä oli akuutti neurologinen sairaus. Toisen potilaan perussairauksissa ei ollut sairautentunnottomuutta selvittävää tekijää, ja toisen potilaan perussairauksista ei ollut tietoa.

Potilaskohtaista vartijaa käytettäessä yhdellä potilaalla perussairauksissa oli mainittu pelkkä alkoholin käyttö, kahdella sen lisäksi psyykkinen sairaus sekä yhdellä pelkästään psyykkinen sairaus. Kolmen potilaan kohdalla perussairauksissa ei ollut selittävää tekijää, ja kahden potilaan kohdalla perussairauksista ei ollut tietoa. Hoitoon tulon syyt liittyivät viiden potilaan kohdalla päihteisiin deliriumin tai intoksikaation muodossa. Yhden potilaan kohdalla hoitoon tulon syy ei selittänyt rajoittamisen käyttöä, mutta hänen perussairautenaan oli psyykkinen sairaus. Yhden potilaan kohdalla hoitoon tulon syynä eikä perussairautena ollut selittävää tekijää hänen epäasialliselle käytökselleen. Yhden potilaan kohdalla hoitoon tulon syynä oli hyponatremia ja sekaavuus.

Tutkimuslomakkeen raakaversioon täyttäneessä yksikössä osittainen sitominen oli yleisin käytetty rajoittamistoimenpide (n=5). Vartalon sitomista käytettiin kolmessa rajoittamistapauksessa. Potilaskohtaista vartijaa ei käytetty yhdessäkään rajoittamistapauk-

nessa ainoana rajoittamistoimenpiteenä, vaan vartija oli paikalla yhdessä tapauksessa osittaisen sitomisen ja yhdessä tapauksessa koko vartalon sitomisen lisäksi.

Kahdesta fyysisesti rajoitetusta naispotilaasta yhtä rajoitettiin osittaisella sitomisella ja yhtä koko vartalon sitomisella. Osittain sidotulla naisella oli lisäksi paikalla potilaskohtainen vartija. Fyysisesti rajoitetusta miespotilaista (n=6) neljää rajoitettiin osittaisella sitomisella ja kahta koko vartalon sitomisella. Lisäksi yhdellä koko vartalon sitomisella rajoitetulla potilaalla oli läsnä potilaskohtainen vartija.

0 - 20-vuotiaissa (n=1) rajoittamistoimenpiteenä käytettiin yhtä aikaa osittaista sitomista ja potilaskohtaista vartijaa. 21 - 40-vuotiaissa (n=1) käytettiin koko vartalon sitomista. 41 - 60-vuotiaissa oli kaksi rajoittamistapausta, joista yhtä rajoitettiin osittaisella ja yhtä koko vartalon sitomisella. Koko vartalon sitomisella rajoitetulla potilaalla oli myös potilaskohtainen vartija. 61 - 80-vuotiaista (n=4) yhtä rajoitettiin koko vartalon sitomisella ja kolmea osittaisella sitomisella. Yli 81-vuotiaita ei tässä yksikössä ollut.

Potilailla, jotka olivat sidottuina vartalolta (n=2), joko perussairaus tai hoitoon tulon syy liittyi päihteiden käyttöön. Potilas, jolla vyötäröltä sitomisen lisäksi käytettiin vartijaa rajoittamisen toteuttamisessa, oli tullut hoitoon intoksikaation vuoksi. Hänellä oli myös alkoholin käyttö perussairauksissa mainittu. Osittaista sitomista käytettiin potilailla, joista kahdella perussairautena oli neurologinen sairaus ja yhdellä psyykinen sairaus sekä alkoholin käyttö. Kaikilla heillä hoitoon tulon syynä oli yleistilan lasku. Lisäksi yhdellä potilaalla taustalla oli alkoholin käyttöä ja hoitoon tulon syy oli intoksikaatio. Osittaisen sitomisen lisäksi vartijaa käytettiin potilaalla, jolla perussairautena oli psyykinen sairaus ja hoitoon tulon syynä intoksikaatio.

6.4 Rajoittamisen ajankohta

Valtaosa (n=9) rajoittamisista aloitettiin yöllä klo 21 - 6 välillä, joista kaikki aloitettiin päivystysyksikössä. Päivystysyksikön rajoittamisista yksi tapahtui klo 6 - 14 välillä ja kahdessa tapauksessa aloittamisajankohtaa ei ollut ilmoitettu. Muissa yksiköissä yöai-

kaan kello 21 - 6 välillä rajoittamisia ei ole merkitty alkavan lainkaan. Kyseisissä yksiköissä päivällä kello 6 - 14 rajoittaminen aloitettiin neljällä potilaalla ja illalla kello 14 - 21 kolmella potilaalla. Kolmessa tapauksessa aloittamisajankohtaa näillä kolmella osastolla ei ole merkitty. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Rajoittamisen aloitusajankohta (n=22)

Rajoittaminen aloitettu	n
Yö 21 - 6	9
Ilta 14 - 21	3
Päivä 6 - 14	5
Ei tietoa	5
Yhteensä	22

Miesten rajoittamisten aloitusajankohta oli pääsääntöisesti yöaikaan kello 21 - 6 välillä (n=7). Muina ajankohtina naisten ja miesten rajoittamisia aloitettiin suunnilleen yhtä paljon. Päivällä 6 - 14 aikaan naisten fyysisiä rajoittamisia aloitettiin kahdessa tapauksessa ja miesten kolmessa. Illalla kello 14 - 21 välillä naisten fyysisiä rajoittamisia aloitettiin kerran ja miesten kahdesti. Yhdestä naisen ja neljästä miesten fyysisen rajoittamisen aloitusajankohdasta ei ole tietoa.

Päiväaikaan rajoittaminen aloitettiin kahdella 21 - 40-vuotiaalla, kahdella 61 - 80-vuotiaalla sekä yhdellä 81 - 100-vuotiaalla. Illalla alkaneista rajoittamisista 21 - 40-vuotiaita oli yksi tapaus, 61 - 80-vuotiaita yksi tapaus ja 81 - 100-vuotiaita yksi tapaus. Yöaikaan rajoittaminen aloitettiin useimmin 61 - 80-vuotiaalla potilaalla (n=4). Lisäksi yöllä rajoittaminen aloitettiin kahdella 0 - 20-vuotiaalla ja kahdella 41 -60-vuotiaalla, sekä yhdellä 21 - 40-vuotiaalla.

Potilailla, joiden rajoittaminen aloitettiin päivällä, perussairauksina oli alkoholin käyttöä (n=1) ja psyykkinen sairaus (n=1). Yhdellä potilaalla ei ollut perussairauksissa sellaista sairautta, josta rajoittamisen aloittamiselle voisi johtaa syyn. Yhden potilaan perussairauksista ei ollut tietoa. Ilta-aikaan rajoittaminen aloitettiin potilailla, joiden

perussairauksina oli neurologinen sairaus (n=1) sekä päihteiden käyttöä ja psyykkinen sairaus (n=1). Yhdellä potilaalla ei ollut selittävää perussairautta. Alkoholin käyttö oli mainittu perussairauksissa kahdella potilaalla, joiden rajoittaminen aloitettiin yöllä. Psyykkinen sairaus oli yhden potilaan perussairautena, ja alkoholin käyttö sekä psyykkinen sairaus yhden potilaan taustalla. Yöaikaan rajoittaminen aloitettiin myös kahdella potilaalla, joilla oli neurologinen perussairaus. Yhden potilaan perussairauksissa ei ollut rajoittamista selittävää sairautta. Kahden potilaan kohdalla perussairauksista ei ollut tietoa.

Kun rajoittaminen oli aloitettu päiväaikaan, hoitoon tulon syinä potilailla oli yhdessä tapauksessa neurologinen syy, yhdessä elektrolyyttihäiriö ja yhdessä intoksikaatio. Potilaiden, joiden rajoittaminen oli aloitettu illalla, hoitoon tulon syinä olivat kahdessa tapauksessa neurologinen syy ja yhdessä tapauksessa ei selittävää syytä hoitoon tulon syystä löytynyt. Yöaikaan aloitetuissa rajoittamisissa hoitoon tulon syissä korostui päihteiden käyttö. Neljässä tapauksessa hoitoon tulon syy oli joko intoksikaatio (n=2) tai delirium (n=2). Kahdessa tapauksessa syynä oli yleistilan lasku potilailla, joiden perussairauksissa oli mainittu alkoholin käyttö. Neljässä yöllä alkaneessa rajoittamisessa potilas oli päihtynyt. Yhden potilaan kohdalla rajoittamisen syy oli itsetuhoisuus. Kahden potilaan hoitoon tulon syynä oli tajunnantason aleneminen.

6.5 Rajoittamisen kesto

Rajoittamistoimenpiteen kesto oli mainittu tai se oli pääteltävissä hieman yli puolessa lomakkeista (n=14). Tutkimuslomakkeen täyttämässä ohjeistettiin, että mikäli potilas on lyhyitä aikoja ilman rajoittamista, sitä ei tarvitse erikseen mainita. Rajoittamisen katsottiin kestävänsä kunnes se kokonaan lopetettiin. Osassa tutkimuslomakkeista (n=6) oli laitettu vain rajoittamisen aloitusajankohta, kun taas osassa (n=3) oli mainittu ainoastaan päivämäärä ilman tarkempaa kellonaikaa.

Rajoittamisten kestot jakaantuivat tasaisesti tutkimuslomakkeiden kesken. Lyhyimmillään rajoittaminen kesti yhden tunnin ja pisimmillään useamman vuorokauden. Alle kymmenen tuntia rajoittaminen kesti neljässä tapauksessa. Myös neljässä tapauk-

nessa rajoittaminen kesti yli kymmenen tuntia, mutta vähemmän kuin kaksikymmentäneljä tuntia. Viisi rajoittamistilannetta kesti vähintään vuorokauden. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Fyysisen rajoittamisen kesto tunteina (n=22)

Kesto	n
Alle 10 h	4
10 - 24 h	4
Yli 24 h	5
Ei tietoa	9
Yhteensä	22

Sekä miesten että naisten fyysisen rajoittamisen kestoissa valtaosassa (n=9) ei ollut selkeää merkintää. Suurin osa tiedossa olevista miespotilaiden rajoitusten määristä kesti yli 10 tuntia (n=8), kun taas naispotilaiden rajoittamisissa painopiste oli alle 10 tunnin rajoituksissa (n=2). Miespotilaista kolme rajoitettiin yli 24 tuntia ja viittä 10 - 24 tuntia. Kahta miespotilasta rajoitettiin alle 10 tuntia. Naisista yhtä rajoitettiin yli 24 tuntia, 10 - 24 tuntia kestäneitä rajoittamisia ei ollut yhdelläkään naispotilaalla, ja alle 10 tuntia kestäneitä rajoittamisia tehtiin kahdelle naispotilaalle.

Pidemmät rajoittamiset painoutuivat iäkkäisiin potilaisiin. Alle 41-vuotiaita rajoitettiin korkeintaan vuorokauden verran, ainoat yli 24 tunnin rajoittamiset tapahtuivat yli 41-vuotiaiden ryhmässä. Yli 61-vuotiaiden rajoittamisista kaikki kestivät vähintään 10 tuntia. 0 - 20-vuotiaiden ikäryhmässä oli tieto yhden rajoittamisen kestoista, joka oli alle 10 tuntia. 21 - 40-vuotiaiden ikäryhmässä oli kaksi alle 10 tunnin rajoittamistapausta sekä yksi 10 - 24 tuntia kestävä rajoittaminen. Yhdessä tämän ikäryhmän rajoittamistapauksessa kesto ei ollut merkitty. 41 - 60-vuotiaiden ryhmässä oli yksi alle 10 tunnin ja yksi 10 - 24 tunnin rajoittaminen sekä kaksi tapausta, joissa rajoittaminen oli kestänyt yli vuorokauden. Yhden tämän ikäryhmän potilaalla rajoittamisen kesto ei ollut mainittu. 61 - 80-vuotiaissa kolme potilasta oli rajoitettu 10 - 24 tuntia ja kahta yli vuorokauden ajan. Kolmen 61 - 80-vuotiaan potilaan rajoittamisesta ei ollut mai-

nittu tietoja. 81 - 100-vuotiaissa oli kaksi rajoittamistapausta, joissa kummassakaan rajoittamisen kesto ei ollut mainittu.

Alle 10 tunnin rajoituksissa kahdessa ei ollut mainittu perussairautta, yhdessä ei löytynyt rajoittamisen selittävää perussairautta ja yhdessä taustalla oli psyykkistä sairautta. 10 - 24 tunnin rajoituksissa kahdella oli taustalla neurologinen sairaus, yhdessä taustalla oli päihdeongelmaa ja yhdessä päihdeongelmaa ja psyykkistä sairautta. Yli 24 tunnin rajoittamisissa kahdessa oli perussairautena päihdeongelma, joista toisessa lisänä oli psyykinen sairaus. Yhdessä tapauksessa perussairautena oli psyykinen sairaus, yhdessä ei ollut tietoa perussairaudesta ja yhdessä ei ollut selittävää perussairautta.

Alle 10 tunnin rajoituksissa hoitoon tulon syynä olivat päihtymys (n=1), delirium (n=1), intoksikaatio (n=1) ja yhdessä ei ollut rajoittamisen selittävää syytä. 10 - 24 tunnin rajoittamisissa hoitoon tulon syitä olivat yleistilan lasku (n=1), tajunnantason aleneminen (n=1), neurologinen syy (n=1) ja yhdessä selittävää syytä ei ollut. Yli 24 tuntia rajoitettiin elektrolyyttihäiriön (n=1), deliriumin (n=1) ja intoksikaation (n=2) takia, ja yhdessä tapauksessa selittävää syytä ei ollut.

6.6 Lupa rajoittamiselle

Lääkärin lupaa on kysytty jossain rajoittamisen vaiheessa miltei kaikissa rajoittamistapauksissa (n=21). Yhdessä tapauksessa lääkärin lupaa ei ole kysytty, vaan rajoittaminen on tapahtunut sairaanhoitajan toimesta. Lääkärin lupa on ollut etukäteen varalla miltei puolessa (n=10) tapauksia, jälkikäteen lääkärin lupaa rajoittamiseen on kysytty kahdeksassa tapauksessa.

Neljässä rajoittamistapauksessa, jossa fyysiselle rajoittamiselle on lääkärin lupa etukäteen, on taustalla päihteiden käyttöä. Osalla näistä potilaista (n=2) on myös psyykinen sairaus. Etukäteen lupa rajoittamiselle on myös kaikilla niillä potilailla, joilla on neurologinen sairaus (n=3). Lupa oli varalla potilailla, joilla esiintyi yleistilan laskua tai tajunnan alenemista (n=3), sekavuutta (n=1), deliriumin alkamista (n=1) ja

intoksikaatiota (n=1). Jälkikäteen lääkärin lupaa on kysytty potilaille, joilla on delirium (n=2), intoksikaatio (n=2), itsetuhoista käytöstä (n=1) ja tajunnantason alenemista (n=1). Jälkikäteen luvan saaneissa rajoittamisissa kolmella potilaalla oli taustalla päihteidenkäyttöä. Rajoittamisen aikana lupaa kysyttiin yhdelle potilaalle, jolla oli intoksikaatio. Potilas, jonka rajoittamiselle ei ollut lupaa lainkaan, oli hoitoon tulon syynä intoksikaatio.

6.7 Rajoittamisen kirjaaminen

Rajoittamisen kirjaaminen oli riippuvainen yksikön kirjaamistavasta. Yksiköissä, joissa sähköinen potilaskertomusjärjestelmä oli käytössä, kirjattiin rajoittamistapaukset siihen. Yksikössä, jossa sähköistä kirjaamista ei ollut käytössä, kirjaaminen tehtiin potilaan hoitosuunnitelmakaavakkeelle. Lisäksi yksikössä pitää täyttää rajoittamistoimenpiteistä Potilaan hoidollisten suojatoimenpiteiden määräys- ja seurantalomake.

Yksiköissä, joissa sähköinen kirjaaminen oli käytössä, kirjaaminen rajoittamistapauksista oli säännöllistä. Kirjaaminen oli tehty kaikista tapauksista (n=10). Yksikkö, joka käytti kirjaamiseen hoitosuunnitelmakaavaketta, rajoittamisen kirjaaminen oli mainittu yhdessätoista tutkimuslomakkeessa. Yhdessä tutkimuslomakkeessa ei ollut mainintaa kirjaamisesta ollenkaan. Lisäksi rajoittamistapahtumasta oli viidessä tapauksessa täytetty Potilaan hoidollisten suojatoimenpiteiden määräys- ja seurantalomake.

Yksikössä, jossa käytössä oli tutkimuslomakkeen raakaversio, kysymys rajoittamisen kirjaamisesta poikkesi muiden yksiköiden lopullisen tutkimuslomakkeen kysymyksestä. Muissa yksiköissä tutkimuslomakkeella selvitettiin, oliko rajoittamisesta kirjattu syy, määrääjä, valvonta ja aika. Raakaversiosta tämä kysymys puuttui.

Muiden yksiköiden 14:sta tutkimuslomakkeesta selviää, että eniten oli kirjattu rajoittamisen syy (n=9) sekä määrääjä (n=7). Aika on kirjattu kahdesta ja valvonta kolmesta tapauksesta. Ainostaan yhdessä rajoittamistapauksessa kirjatuiksi mainittiin kaikki neljä seikkaa: syy, määrääjä, valvonta ja aika.

6.8 Rajoittamisen valvonta

Melkein kaikissa (n=20) rajoitetun potilaan valvonta tapahtui hoitajan (n=7), vartijan (n=6) tai molempien (n=2) jatkuvalla läsnäololla potilaan vieressä. Viidessä tapauksessa potilaalla oli muun valvonnan lisäksi kameravalvonta. Kahdessa tapauksessa valvonta tapahtui käymällä potilaan luona säännöllisesti 15 minuutin välein.

Miehiä rajoitettaessa käytettiin valvonnassa eniten hoitajan (n=6) ja vartijan (n=4) läsnäoloa. Molempia valvontamuotoja yhtä aikaa käytettiin kahdessa tapauksessa, säännöllistä huoneessa käyntiä kahdessa tapauksessa ja valvontakamera oli lisäksi kahdessa tapauksessa. Naisten rajoittamisissa vartijan läsnäoloa käytettiin kahdessa, hoitajan läsnäoloa yhdessä tapauksessa ja kahdessa tapauksessa lisäksi oli kameravalvonta.

Ainoastaan vartijan läsnäoloa käytettiin valvonnassa kolmessa tapauksessa 21 - 40-vuotiaille, kahdessa tapauksessa 41 - 60-vuotiaille ja yhdessä tapauksessa 61 - 80-vuotiaille. Ainoastaan hoitajan läsnäoloa käytettiin valvonnassa eniten 61 - 80-vuotiaille (n=6). Ainoastaan hoitajan läsnäoloa käytettiin lisäksi yhdessä 81 - 100-vuotiaan fyysisessä rajoittamisessa. Vartija ja hoitaja valvoivat yhdessä yhtä 21 - 40-vuotiasta sekä yhtä 41 - 60-vuotiasta potilasta. Säännölliset käynnit potilaan luona olivat ainoana valvontamuotona iäkkäämmillä potilailla, yhdellä 61 - 80-vuotiaalla ja yhdellä 81 - 100-vuotiaalla. Kameravalvonta oli muun valvonnan lisäksi kahdessa 0 - 20-vuotiaiden, kahdessa 41 - 60-vuotiaiden ja yhdessä 21 - 40-vuotiaiden fyysisessä rajoittamisessa

Kuudessa tapauksessa valvontana oli yksin vartijan läsnäolo. Näillä potilailla perussairauksina oli päihdeongelmaa (n=1), psyykkistä sairautta (n=1) ja molempia (n=2). Kahdessa tapauksessa mainintaa perussairauksista ei ole. Ainoastaan hoitajien valvontana olleilla potilailla perussairauksina oli neurologinen sairaus (n=3), päihdeongelmaa (n=1), päihdeongelma ja psyykinen sairaus (n=1) ja ei selittävää perussairautta (n=2). Hoitajan ja vartijan yhdessä valvotuista potilaista yhdellä oli päihdetausta ja yhdellä ei mainittua perussairautta. Säännöllisillä käynneillä valvottiin potilaita, joilla yhdellä oli päihdeongelma ja yhdellä ei perussairauksia. Kameravalvonta on ollut li-

sänä potilailla, joiden perussairauksina oli päihdeongelmaa (n=1), psyykkistä sairautta (n=1), ei perussairauksia (n=2) tai ei selittävää sairautta (n=1).

Yksin vartijan valvomilla potilailla oli hoitoon tulon syynä intoksikaatio (n=2), delirium (n=1), yleistilan lasku (n=1), vatsakivut (n=1) ja jalan tulehdus (n=1). Ainoastaan hoitajan valvomat potilaat tulivat hoitoon yleistilan laskun (n=4) ja neurologisen syyn (n=3) vuoksi. Vartijan ja hoitajan valvomat potilaat tulivat hoitoon intoksikaation takia (n=2). Säännöllisillä käynneillä valvottiin potilaita, joiden hoitoon tulon syynä olivat neurologinen (n=1) syy ja deliriumin alkaminen (n=1). Kameravalvonta oli lisäksi potilailla, jotka tulivat hoitoon intoksikaation (n=2), deliriumin (n=2) ja itsetuhoisuuden vuoksi (n=1)

6.9 Potilaan suostumus

Potilaan suostumus rajoittamisille oli kahdessa tapauksessa. 17 rajoitetuista potilaista ei suostunut rajoittamiseen tai lupaa ei voitu kysyä potilaan tilan vuoksi. Kolmeen tutkimuslomakkeeseen ei ollut merkitty tietoa potilaan suostumuksesta. Kahdesta fyysiseen rajoittamiseen suostuneesta potilaasta molemmat olivat miehiä, ja heillä molemmilla oli perussairautena päihteidenkäyttöä. Toisella heistä oli ollut aikaisempaa aggressiivisuutta, toisella oli alkava delirium. Toista rajoitettiin potilaskohtaisella vartijalla, toista koko vartalon sitomisella.

7 TUTKIMUSTULOKSET YHDEN VUOROKAUDEN AJALTA

Vuorokauden ajan kaikilta muilta osastoilta saatuja lomakkeita oli yhteensä kolme. Kahdessa tapauksessa rajoitettiin naista ja yhdessä miestä. Rajoitettujen potilaiden keski-ikä oli 55,7 vuotta. Potilaiden perussairauksista ei löytynyt rajoittamiselle selit-

tävää syytä. Hoitoon tulon syynä yhdellä potilaalla oli intoksikaatio, yhdellä infektio ja yksi potilas oli tullut hoitoon operaation vuoksi.

Kaikkien potilaiden kohdalla rajoittamisen syynä oli tarvittavien hoitovälineiden pois ottaminen. Hoitovälineet olivat välttämättömiä potilaille esimerkiksi hengityksen turvaamiseksi. Kahden potilaan kohdalla rajoittamisen syyksi oli lisäksi mainittu rauhattomuus ja sängystä ylös pyrkiminen. Kahdessa tapauksessa potilasta rajoitettiin osittain, yhdessä täysin sitomalla. Yksi rajoittaminen oli kestoltaan alle 10 tuntia, yksi kesti 10 - 24 tuntia ja yksi rajoittaminen oli kestoltaan yli 24 tuntia.

Kahdessa tapauksessa lääkärin lupa rajoittamiseen kysyttiin jälkikäteen, yhdessä määräys oli varalla. Yhden yksikön kahdessa rajoittamistapauksessa kirjaamiset tehtiin yksikön omaan tietojärjestelmään, ja kirjauksissa oli mainittu syy, aika ja määrääjä. Toisen yksikön rajoittamistapauksessa rajoittaminen kirjattiin potilaspapereihin, ja kirjauksissa oli mainittu syy, aika, määrääjä ja valvonta. Rajoittamista valvoi kaikissa tapauksissa hoitaja ollen potilaan vieressä. Lupaa rajoittamiseen potilaalta tai omaiselta ei ollut missään kolmesta tapauksesta.

8 POHDINTA

Suomen lakien mukaan potilaan fyysinen rajoittaminen somaattisessa hoidossa on mahdollista vain erityisissä tilanteissa (L 17.1.1986/41; L 25.7.1986/583; L 23.6.1977/519). Sairaanhoidajan eettiset ohjeet eivät myöskään oikeuta suojoimenpiteiden käyttöä. Kuitenkin eri tutkimusten mukaan (ks. Saarnio 2009; Salo-Sirkiä 2005; Heikkilä 2002), kuten myös tämän opinnäytetyön mukaan, potilaita rajoitetaan lakien ja ohjeistusten vastaisesti. Koivuranta (2002) on ottanut kantaa rajoitteiden käyttöä ohjeistavien lakien puutteellisuuteen, joka voi aiheuttaa potilaiden eriarvoista kohtelua. Hänen mukaansa lainsäädäntöä selkeyttämällä rajoittamisten suhteen edistettäisiin perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista. Lisäksi sillä olisi merkitystä henkilöstön oikeusturvan paranemisen kannalta. (Koivuranta 2002, 79.)

8.1 Tutkimustulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää fyysisen rajoittamisen määrää Keski-Suomen keskussairaalan viidellä osastolla. Tutkimuksessa täytettyjä lomakkeita kerääntyi 22 kappaletta. Muilta osastoilta yhden vuorokauden ajalta lomakkeita tuli kolme kappaletta. Tutkimusta aloittaessa oli muistettava, että lomakkeiden määrästä ei voitu tehdä ennako-olettamuksia. Oli varauduttava siihenkin vaihtoehtoon, että lomakkeita tulisi hyvin vähän tai mahdollisesti ei ollenkaan. Lain nojalla fyysistä rajoittamista ei tulisi somaattisessa hoidossa esiintyä lainkaan, mutta esimerkiksi geriatrian saralla tehty tutkimus kertoo muuta (Saarnio 2009). Koska tutkimuksemme tarkoitus oli saada tietoa siitä, tapahtuuko osastoilla fyysistä rajoittamista ja minkä verran, tavoitteena ei ollut saada mahdollisimman paljon täytettyjä lomakkeita. Suuri lomakkeiden määrä olisi mahdollistanut luotettavamman analysoimisen ja tutkimustulosten yleistämisen mahdollisuuden, mutta mitä suurempi määrä lomakkeita olisi ollut, sitä enemmän potilaiden oikeuksia olisi loukattu. Vähäinen täytettyjen lomakkeiden määrä olisi siis sinällään hyvä tulos, ja tutkimuksen tavoitteet täyttyvät silloinkin, jos lomakkeiden määrä olisi vähäinen.

Joitain kohtia tutkimuslomakkeissa oli puutteellisesti täytetty, mikä vaikutti tulosten analysointiin. Lomakkeen täyttämiseen toi haasteellisuutta se, että sitä ei täytetty kerralla yhden henkilön toimesta. Tutkimuslomakkeen täyttämisen aloitti hoitaja fyysisen rajoittamisen alkaessa, ja sitä säilytettiin potilaspapereiden välissä siihen asti, kunnes fyysinen rajoittaminen lopetettiin. Tällöin tutkimuslomakkeeseen tehtiin viimeiset merkinnät. Lomakkeen täyttämisen aloittanut hoitaja saattoi olla eri hoitaja kuin sen lopettanut hoitaja. Tutkimuslomakkeen täytön puutteet näkyivät erityisesti fyysisen rajoittamisen keston merkinnöissä, jotka olivat nähtävissä vain reilussa puolessa lomakkeista. Lomakkeeseen tehtävä viimeinen merkintä oli fyysisen rajoittamisen lopetusajankohta, joka tuli merkitä sen hoitajan toimesta, joka lopetti fyysisen rajoittamisen. Useaan lomakkeeseen oli merkitty esimerkiksi rajoittamisen aloittamis- ja lopettamispäivämäärä. Tällaiset epätarkat rajoittamisaikojen merkinnät olisi voitu mahdollisesti välttää lisäämällä kysymyslomakkeeseen puoliavoimella kysymyksellä tarkemmin rajoittamisen päivämäärän ja kellonajan.

Fyysisen rajoittamisen käytön syyt jakaantuivat kahteen ryhmään, joita kumpaakin voidaan Salo-Sirkiän (2005) jaottelun mukaan pitää potilaasta johtuvina syinä. Rajoittamistapauksista suurin osa liittyi päihteiden käyttöön potilaan ollessa sekava ja käyttäytyessä epäasiallisesti tai aggressiivisesti. Usein näillä potilailla oli myös psyykinen sairaus. Näiden potilaiden kohdalla kolmessa tapauksessa rajoittaminen oli aloitettu ikään kuin varalle, ilman senhetkistä syytä. Rajoittamisten syiksi oli mainittu esimerkiksi aikaisempi aggressiivisuus. Hoitohenkilökunta saattaa aloittaa rajoittamisen tällaisissa tapauksissa omaan mielikuvaansa liittyen potilaan senhetkistä käyttäytymistä huomioimatta. Kaikki nämä rajoittamiset aloitettiin samalla osastolla. On vaarana, että toiminta voi osastolla olla rutiininomaista rajoittamisten aloittamisten suhteen, jolloin tietynlaisissa tapauksissa fyysinen rajoittaminen saatetaan aloittaa sen syytä enempiä miettimättä (vrt. Saarnio 2009, 56; Heikkilä 2002, 32.)

Fyysisen rajoittamisen käytön syyt liittyivät lisäksi sekavuuteen ja sairautentunnottomuuteen, joka johtui esimerkiksi neurologisesta sairaudesta/vammasta, elektrolyyttihäiriöstä, infektiosta tai hapen puutteesta (vrt. Laurila 2005, 4751). Osa näistä sekavuuden syistä on korjattavissa puuttamalla sen tekijään, kuten elektrolyyttihäiriön korjaaminen. Rajoittaminen näissä tapauksissa usein lisää potilaan levottomuuden tunnetta (Laurila 2005, 4753).

Päihteiden käyttöön liittyvistä rajoittamistoimenpiteistä kaikki kohdistuivat miehiin. Yhdessä tapauksessa tutkimuslomakkeeseen fyysisen rajoittamisen käytön syyksi oli kirjattu hoitohenkilökunnan turvallisuus. Rajoittamistoimenpiteillä haluttiin turvata toisia potilaita ja henkilökuntaa. Koivuranta (2002) selvityksessään tuo esiin miten potilaslain mukaan potilaan hoitamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan voitaneen tulkita niin, että potilaan tullessa vapaaehtoisesti hoitoon hän voi antaa suostumuksensa myös kiinteästi sairaanhoitotoimenpiteisiin liittyviin rajoitustoimenpiteisiin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita suostumuksen antamista rajoittamiseen silloin, kun se tehdään suojehtaessa toisen henkilön turvallisuutta tai omaisuutta. (Koivuranta 2002, 86.)

Yhdessä raakaversiolomakkeessa fyysisen rajoittamisen käytön syyksi oli kirjattu somaattisen ja potilasturvallisuussyyn lisäksi psyykinen syy. Psyykkisestä syystä potilasta voidaan rajoittaa vain mielenterveyslakiin perustuen. Tällöin lääkärin tulee määrätä potilas hoitoon sekä tehdä hänestä tarkkailulähete. (L 14.12.1990/1116.) Tutkimuslomakkeessa ei ollut mainintaa tarkkailulähetteen teosta.

Salo-Sirkiä (2005) jaotteli yhdeksi kategoriaksi fyysisen rajoittamisen käytön syistä hoitajaan liittyvät syyt. Niitä tässä opinnäytetyössä ei pystytty kysymystenasettelun vuoksi tutkimaan, eikä niitä tullut ilmi avoimista kommentteistakaan.

Yksikössä, jossa käytössä oli lomakkeen raakaversio, fyysisen käytön syyt oli jaoteltu somaattiseen ja potilasturvallisuuteen. Puoleen vastauksista oli kirjattuna molemmat syyt. Ohjeet potilaan suojoitoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yleisohje (Luotola ym. 2009) ei määrittele millaiset fyysisen rajoittamisen käytön syyt kuuluvat somaattisiin syihin ja millaiset potilasturvallisuussyihin. Opinnäytetyön tutkimuksesta tuli ilmi, että hoitohenkilökunnalle on vaikeaa määrittää selkeää syytä rajoittamistoimenpiteelle, päättää kumpaan ryhmään se kuuluu. Tämän vuoksi olisi aihetta miettiä Potilaiden hoidollisten suojoitoimenpiteiden määräys- ja seurantalomakkeen (Luotola ym. 2009) selkiyttämistä.

Käytetyistä rajoittamistoimenpiteistä sitominen magneetti- tai lepoliivein vyötäröltä, sitominen vyöllä tuoliin sekä raajojen sitomiset esiintyivät myös Saarnion (2009, 59) tutkimuksessa. Opinnäytetyön tutkimuksessa rajoittamistoimenpiteenä käytettiin useimmiten potilaskohtaista vartijaa. Tällaista rajoittamismuotoa ei tullut esiin opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa. Tämä tosin johtunee siitä, että kirjallisuuskatsauksen tutkimukset käsittelivät lähinnä ikääntyneiden fyysistä rajoittamista, kun taas opinnäytetyön tutkimuksessa rajoitettujen potilaiden ikäskala oli laajempi.

Opinnäytetyön tuloksissa sitominen oli yleinen rajoittamismuoto ikääntyneiden keskuudessa, sillä yli 81-vuotiailla potilaskohtaista vartijaa ei käytetty rajoittamisessa ollenkaan ja toisaalta alle 60-vuotiaita potilaita ei sidottu lainkaan. Täten tuloksia voidaan pitää Saarnion (2009) tulosten suuntaisena. Mielenkiintoista on se, että nuoremmille ikäluokille annetaan useimmin mahdollisuus vapaampaan liikkumiseen vartijan

kanssa. Iäkkäämpien kohdalla tätä ei selkeästikään pidetä yhtä tärkeänä, vaan heidät helpommin sidotaan kiinni vuoteeseen tai tuoliin. Vartijan käyttö olisi inhimillisempää sitomisen sijaan myös niin sanotuilla vuodepotilailla, sillä vyötäröltä sitomisen jälkeen potilaan mahdollisuudet omatoimiseen asennon vaihtamiseen vuoteessa ovat hyvin rajallisia.

Sitomiset keskittyivät selkeästi kahteen yksikköön. Tämä antaa mielikuvan rutiininomaisesta toiminnasta rajoittamismuotojen suhteen. Vartijaa käytettiin näissä yksiköissä vain sitomisen tai osittaisen sitomisen lisänä. Toisaalta joissain yksiköissä on käytössä erityiset valvontahuoneet, joissa hoidetaan potilaita, joiden tila vaatii hoitajan jatkuvaa läsnäoloa. Näissä yksiköissä potilaan sitominen ja siihen liittyvä potilaan tilan valvonta hoitajan kokoaikaisella läsnäololla on helpompi järjestää verrattuna yksiköihin, joissa hoitajalla on useammassa huoneessa potilaita hoidettavana. Sitomisten keskittymiseen voi vaikuttaa myös hoitoympäristö ja potilasainees. Mikäli potilas tarvitsee esimerkiksi vuodelepoa ja sairaudentunnottomuuden vuoksi pyrkii nousemaan ylös, on hänen kohdallaan sitominen vartijaa parempi vaihtoehto. Potilaskoh- taista vartijaa käytettäessä potilaan levossa pysyminen voisi olla hankalampi toteuttaa kuin sitomisin. Lisäksi potilaskohtaisia vartijoita voi olla yllättävissä tilanteissa hankala saada pidempiaikaisen valvonnan toteuttamiseen.

Tutkimuksesta selvisi, että ainoastaan päivystysyksiköissä on aloitettu fyysisiä rajoit- tamisia yöaikaan kello 21 - 6 välillä, kun taas vuodeosastoilla kello 21- 6 välillä ei ole merkitty alkaneen lainkaan fyysisiä rajoittamisia. Yöaikaan päivystykseen saapuu mahdollisesti enemmän päihtyneitä. Yhdeksässä päivystysyksiköiden yöllä alkaneista fyysisistä rajoittamisista neljään liittyi päihtymys, yhteen delirium ja yhteen intoksi- kaatio. Yhdessä tapauksessa potilaalla oli alkoholitausta ja yleistilan lasku, vaikka hän ei hoitoon tullessaan ollut päihtynyt. Vain kahdessa tapauksessa yöllisistä rajoittami- sista voi selkeästi todeta, ettei päihteillä ole osuutta asiaan, vaan kyseessä on neurolo- ginen sairaus.

Vuodeosastolla fyysisen rajoittamisen ajankohdat ovat jakautuneet tasaisesti klo 6 - 21 välille, ja yöllä rajoittamisia ei lomakkeiden mukaan ole aloitettu. Vuodeosastoilla hoitoajat ovat pidempiä ja potilaan käyttäytymistä voidaan mahdollisesti ennakoida

paremmin, jolloin yöllisiä yllättäviä rajoittamisia ei välttämättä tule eteen. Potilas on saattanut saada lääkitystä ja hoitoa jo päiväaikaan.

Rajoittamisten kestot vaihtelivat tunnista useaan vuorokauteen. Miehiä rajoitettiin hieman pidempään kuin naisia, tosin naisten rajoittamisista vain puolessa lomakkeista oli nähtävillä fyysisen rajoittamisen kokonaisaika, joten suoranaisia johtopäätöksiä ei voida tehdä. Iäkkäiden fyysisen rajoittamisen pitkät kestot olivat tuloksista selvemmin nähtävissä, yli 41-vuotiaiden fyysinen rajoittaminen kesti jokaisessa tiedossa olevassa tapauksessa vähintään 10 tuntia. Fyysisen rajoittamisen kestot poikkesivat eri yksiköissä, päivystysyksiköissä rajoittamisajat olivat lyhyempiä kuin vuodeosastoilla. Tätä selittänee ainakin osittain päivystysyksiköiden lyhyemmät hoitoajat vuodeosastoihin verrattuna. Yhdessä lomakkeessa oli merkintä, että fyysinen rajoittaminen oli alkanut päivystyksessä ja jatkunut osastolle siirtyessä. On mahdollista, että muitakin vastaavia tapauksia on. Tämän olisi voinut huomioida jo tutkimuslomaketta suunniteltaessa, jolloin lomakkeessa olisi voinut olla rajoittamisen kestossa vaihtoehto, jossa potilas siirtyy toiseen yksikköön.

Potilaan hoidosta päättää aina laillistettu lääkäri (L 28.6.1994/559). Tätä korostaa myös suojatoimenpiteiden käytön ohjeistus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä (Luotola ym. 2009, 1). Lääkärin pitää siten tehdä päätös myös potilaan fyysisestä rajoittamisesta. Lääkärin lupa oli lähes puolessa rajoittamistapauksista kysytty etukäteen varalle. Tällöin potilaan tilanteesta ja käyttäytymisestä luodaan ennakkokäsityksiä, ottamatta huomioon hänen senhetkistä tilaansa. Tilanteet hoitotyössä voivat olla hyvin nopeita, mistä kertoo se, että kahdeksassa tapauksessa lääkärin lupa rajoittamiseen on kysytty vasta toimenpiteen aloittamisen jälkeen. Äkillisissä tilanteissa lääkäri onkin kutsuttava välittömästi paikalle rajoittamisen aloittamisen jälkeen, ja hän päättää rajoittamisen jatkamisesta (Luotola ym. 2009, 2). Lähes kaikissa rajoittamistapahtumissa oli toimittu ohjeiden mukaan, mutta yhdessä tapauksessa sairaanhoitaja oli itse päättänyt rajoittamisen aloittamisesta ja jatkamisesta tutkimuslomakkeiden mukaan.

Rajoittamisen kirjaaminen oli yksiköissä säännöllistä, mutta se ei toteutunut ohjeistettulla tavalla. Rajoittamisen kirjaamisesta on hoitohenkilökuntaa ohjeistettu kirjaamaan rajoittamisen syy, toimenpide, potilaan seuranta (kuka, miten ja kuinka usein), kesto

sekä arvio siitä, miten se on vaikuttanut potilaan hoitoon (Luotola ym. 2009, 2). Vain yhdessä tapauksessa kirjattuna oli syy, määrääjä, seuranta ja rajoittamisen kesto. Valtaosassa yksiköistä kirjaaminen tapahtui sähköisiin potilasasiakirjoihin, joka ei ohjaa kirjaamisessa kuten Potilaan suojoimenpiteiden määräys- ja seurantalomake. Lomakkeessa kohdat on esitetty yksitellen, jolloin ne todennäköisesti tulee helpommin huomioitua kuin omin sanoin sähköisiin asiakirjoihin kirjatessa. Ainoastaan yhdessä yksikössä tämä lomake on käytössä. Henkilökunnan tulisi saada lisää ohjeistusta kirjaamiseen rajoittamistapahtumien yhteydessä erityisesti yksiköissä joissa rajoittamistapahtumat kirjataan sähköiseen järjestelmään, jotta ne olisivat säännönmukaisia ja potilaan oikeusturva kohenisi.

Potilaan fyysisen rajoittamisen valvonta tulisi ensisijaisesti toteuttaa hoitohenkilökunnan toimesta, ja sitä voidaan täydentää kameravalvonnalla erityisissä tilanteissa. Hoitajia on lisäksi ohjeistettu käyttämään vartijapalveluita, joita voidaan käyttää myös potilaan hoituhuoneessa. Tällöin potilaan suostumus tähän on selvitettävä. (Luotola ym. 2009, 4-5.) Rajoittamistapausten valvonta oli yhdenmukainen tämän ohjeistuksen kanssa. Valtaosassa rajoitetun potilaan vieressä oli läsnä kaiken aikaa joko hoitaja tai vartija. Kameravalvontaa käytettiin tukena potilaan seuraamiseen tai potilaat olivat näköetäisyydellä hoitajista. Kun rajoittamismuotona käytetään potilaskohtaista vartijaa, kokoaikainen valvonta tapahtuu luonnostaan. Vartijan runsaalla käytöllä rajoittamistoimenpiteenä, on vaikutusta myös seurannan hyvään tasoon. Sidotuilla potilailla hoitajan läsnäolo on hyvin tärkeää, sillä esimerkiksi äkillinen pahoinvointi voi aiheuttaa huomattavan aspiraatiovaaran potilaalle. Opinnäytetyön tutkimuksen aikana sidotuista potilaista kahta potilasta valvottiin käymällä hänen vierellään säännöllisin väliajoin.

Sairaanhoitopiirin yleisohje suojoimenpiteiden käytöstä nostaa esiin suostumuksen kysymisen ennen rajoittamistoimenpiteen aloittamista. (Luotola ym. 2009, 1). Potilaan suostumus omaan hoitoonsa nojaa myös potilaslakiin. Mikäli potilas ei pysty määräämään hoidostaan, tulee hoitoon saada laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. (L 17.8.1992/785.) Valtaosaan opinnäytetyön tutkimuksessa olleista rajoittamistoimenpiteistä ei ollut potilaan suostumusta tai sitä ei ollut voitu kysyä potilaan tilan vuoksi. Kaksi potilasta oli suostunut omaan rajoittamiseensa. Tutki-

muslomakkeiden lopussa oli hoitajilla mahdollisuus vapaaseen kommentointiin. Yksi hoitaja oli kyseenalaistanut potilaan suostumuksen kysymisen rajoittamistoimenpiteeseen: ”...*kuka suostuisi oman itsensä rajoittamiseen tai kuka rajoittamista tarvitseva potilas on siinä kunnossa, että pystyy päättämään omasta rajoittamisestaan.*”. Missään tutkimuslomakkeista ei ollut merkitty omaisen suostumusta, ja yhdessä lomakkeessa oli merkintä, ettei omaista tavoitettu. Tämän perusteella omaisia ei ollut yritetty tavoittaa muissa kuin yhdessä tapauksessa. Ymmärrettävää on, ettei omaisia aleta fyysisen rajoittamisen takia tavoittelemaan esimerkiksi keskellä yötä, jolloin moni fyysinen rajoittaminen on aloitettu. Potilaan oma suostumuskaan ei automaattisesti anna oikeutta hänen perustuslaillisten oikeuksiensa rikkomiseen. Sama pätee omaisten tai hänen laillisten edustajiensa luvan antamiseen. Suostumuksen merkitys vaikuttaa kuitenkin arvioitaessa toimenpiteiden hyväksymistä. (Koivuranta 2002, 86.) Potilasta voidaan silti jossain tapauksessa fyysisesti rajoittaa, vaikka suostumusta häneltä tai omaisilta ei olisikaan. Potilaslain mukaan tapauksessa, jossa omaisten tai potilaan tahto eroavat hoitohenkilökunnan näkemyksistä potilaan hoidosta, voidaan potilasta tällöin hoitaa tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (L 17.8.1992/785).

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuslomakkeiden suunnittelu ja arviointi toteutettiin yhdessä potilaan suojaustoimenpiteiden käytön ohjeistusta päivittäneen työryhmän kanssa. Työryhmässä jäseninä olivat esimerkiksi tutkimuksen kohteena olevien yksiköiden sairaanhoitajia ja lääkäri. Tutkimuslomaketta muokattiin myös yhdessä potilasasiamiehen kanssa. Tutkimuslomakkeesta ei pysty tunnistamaan fyysisesti rajoitettua potilasta eikä lomakkeen täyttäneitä hoitajaa.

Tutkimuslomake päätettiin olla esitestaamatta. Tähän päätökseen vaikuttivat osaltaan aikataulun kiireellisyys sekä tutkimuksen luonne. Olisi ollut mahdotonta tietää etukäteen, missä ja milloin fyysistä rajoittamista tapahtuu ja kertyykö esitettuja lomakkeita lainkaan. Lisäksi suojaustoimenpiteiden ohjeistusta päivittäneessä työryhmässä oli mukana kaksi eri osastoilla työskentelevää sairaanhoitajaa, jotka osallistuivat myös

tutkimuslomakkeen suunnitteluun ja antoivat hyväksyntänsä lopulliselle tutkimuslomakkeelle.

Koska lomakkeiden täytöstä vastasivat rajoittamisen kohteena olevan potilaan hoidosta vastaavat sairaanhoitajat, ei voida olla varmoja, mikä rajoitettujen potilaiden todellinen määrä tutkimusajankohtana oli. Tutkimuslomakkeita haettaessa yhden yksikön edustaja oli varma, että kaikki tapaukset olivat dokumentoitu. Kolmen yksikön edustajat sanoivat, että kaikista tapauksista tutkimuslomaketta ei ollut täytetty. Opinnäytetyön tulokset eivät täten välttämättä vastaa täydellisesti rajoittamistapauksien lukumäärää tutkimusajankohtana.

Tutkimusta tehdessämme pidimme tärkeänä, että osastoilla hoitajat olisivat tietoisia tutkimuksestamme, ja kävimme kertomassa tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta kolmella osastolla. Kahdella osastolla tiedottamiseen katsottiin riittävän kirjallinen ohje. Vaikka tiedotuksesta huolehdittiin niin suullisesti kuin kirjallisesti, on mahdollista, että kaikki hoitajat eivät olleet täysin tietoisia tutkimuksen toteutuksesta. Esimerkiksi mahdollinen hoitohenkilökunnan sijaisten käyttö on voinut myös vaikuttaa tutkimuslomakkeiden täyttämättä jättämiseen. Mikäli rajoittamistapahtumien todellinen määrä ja laatu haluttaisiin saada selville, edellyttäisi se lupaa potilasasiakirjojen tarkasteluun. Tähän tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ollut mahdollisuutta.

8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, koska tutkimuskohteena oli muutaman osaston fyysisesti rajoitetut potilaat. Opinnäytetyön tutkimus osoittaa fyysisen rajoittamisen olevan todellisuutta somaattisessa hoidossa. Tulokset antavat kuvan siitä, millaisissa tilanteissa rajoittamista käytetään ja millaisia rajoittamistoimenpiteitä on käytössä, sekä niiden aloittamisesta, valvonnasta ja kirjaamisesta.

Somaattisessa hoidossa tapahtuvasta fyysisestä rajoittamisesta on saatavilla vähän tutkittua tietoa. Tutkimukset keskittyvät lähinnä iäkkäisiin potilaisiin. Tässä tutkimuksessa tutkittiin fyysisen rajoittamisen määrää aikuispotilaiden kohdalla viidellä eri

osastolla. Tutkimuksen voisi toteuttaa laajemmin, jolloin tutkittaisiin fyysisen rajoittamisen määrää kaikilla sairaalan osastoilla. Mielenkiintoista olisi selvittää myös erityisten potilasryhmien kuten päihteiden käyttäjien ja lapsipotilaiden kohdalla tapahtuvaa fyysistä rajoittamista.

Tämä tutkimus käsitteli fyysistä rajoittamista potilaan oikeuksien näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi tietää fyysisesti rajoitettujen potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia rajoittamistoimenpiteiden aikana sekä niiden päätyttyä. Fyysistä rajoittamista somaattisilla osastoilla voisi tutkia myös hoitajien kokemusten ja ajatusten näkökulmasta. Voittaisiin selvittää myös toimintamalleja, joiden avulla potilaiden fyysistä rajoittamista pystyttäisiin vähentämään.

LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 22.10.2009. Valtion tietosäädöspankki Finlex, [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Heikkilä, R. 2002. Dementoituneen potilaan fyysinen sitominen ja hoitajien ongelmanratkaisukyvyt. Pro gradu. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuskeskus.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 13 uud. p., Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uud.p., Helsinki: Tammi.

Huusko, T. 2004. Dementoituneiden hoitoon tarvitaan pakotteiden käyttöä ohjaava erityislaki. Suomen dementiahoitoyhdistyksen kannanotto 13.5.2004. Dementiauutiset 2, 19.

Kaivola, J. (toim.) & Lehtonen, L. (toim.) 2006. Lepositeiden käyttö levottomalla myrkytyspotilaalla. Suomen lääkirilehti 61, 34, 3354.

Koivuranta, E. 2002. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, Helsinki.

Koskentausta, T., Seppälä, H. & Valkama, H. 2003. Kehitysvammahuollon haasteelliset asiat asiakkaat. Suojatoimenpiteet Pääjärven kuntayhtymässä. Suomen lääkirilehti 58, 5, 499 - 504.

L 19.12.1889/39. Rikoslaki. Viitattu 17.12.2008. Valtion tietosäädöspankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 23.6.1977/519. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. Viitattu 12.11.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki. Viitattu 12.11.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 25.7.1986/583. Tartuntatautilaki. Viitattu 12.11.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 12.11.2008. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 5.11.2008. Valtion tietosäädösrankki Finlex. [Http://www. finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 16.11.2009. Valtion tietosäädösrankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Laurila, J. 2005. Vanhuspotilaan delirium. Suomen lääkäri-lehti, 46, 60, 4751-4755.

Leppävuori, A. & Alho, H. 2007. Alkoholideliriumin hoito. Duodecim 123, 2, 169-175.

Luotola, J., Konttinen, I. & Janhunen, H. 2009. Ohjeet potilaan suojaustoimenpiteistä somaattisessa sairaanhoidossa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yleisohje 1/2008, päivitetty versio 2009.

Lyhennelmiä terveydenhuollon kantelupäätöksistä. 2007. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset 2006. Vantaa: Keili.

Minnick, A.F., Mion, L.C., Johnson, M.E., Catrambone C. & Leipzig, R. 2007. Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. Journal of Nursing scholarship 39, 1, 30-37

Paunio, R-L. 2005. Ihmisoikeudet dementiahoidossa. Eduskunnan oikeusasiamies Paunio puhe Suomen dementiahoitoyhdistyksen järjestämässä seminaarissa Eettiset arvot dementoituneiden hoidossa – dementia-potilaan itsemääräämisoikeus. 17.5.2005.

Paunio, R-L. 2007. Päähtyneen ja häiritsevästi käyttäytyneen potilaan eristäminen ja omaisuuden haltuunotto terveyskeskuksessa. Oikeusasiamiehen ratkaisuja. Viitattu 13.11.2008. [Http://www.oikeusasiamies.fi](http://www.oikeusasiamies.fi), oikeusasiamiehen ratkaisut, ratkaisuja, vuoden 2007 ratkaisuja, päähtyneen ja häiritsevästi käyttäytyneen potilaan eristäminen ja omaisuuden haltuunotto terveyskeskuksessa Dnro 3285/4/04.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Viitattu 2.10.2009. [Http://www.kirjasto.oulu.fi](http://www.kirjasto.oulu.fi), Yliopiston elektroniset väitöskirjat, 2009.

Saarnio, R., Isola, A. & Backman, K. 2007. Fyysisten rajoitteiden käytön syyt, yleisyys ja eri muodot vanhusten laitoshoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41, 2, 109-119.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 13.11.2008. Sairaanhoitajaliiton sivusto. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi), sairaanhoitajan työ, ohjeita ja suosituksia, sairaanhoitajan eettiset ohjeet.

Salo-Sirkiä, A. 2005. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta. Pro gradu. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten ratkaisuja 2005. 2007. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Helsinki: Edita Prima.

Vakkuri, R. 2004. Dementiapotilaiden liikkumista rajoitetaan perusteettomasti. *Dementiauutiset* 2, 20-21.

Vuori, A. & Kärkkäinen, J. 2007. Päihdehuoltolain väkivaltaisuuskaiteeri ei sovellu käytännön tilanteisiin päivytyksessä. *Suomen lääkarilehti* 62, 44, 4084.

Yhteiset eettiset periaatteet, 2002. Viitattu 14.11.2008. Valtakunnallisen eettisen terveydenhuollon neuvottelukunnan sivusto. [Http://www.etene.org](http://www.etene.org), dokumentit, yhteiset eettiset periaatteet.

8/1976. Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus. Viitattu 14.11.2008. Valtion tietosäädösrankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), valtiosopimukset.

63/1999. Euroopan ihmisoikeussopimus. Viitattu 11.11.2008. Valtion tietosäädösrankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), valtiosopimukset.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslomakkeen malli

LOMAKE POTILAIEN FYYSISEN RAJOITTAMISEN KÄYTÖN SELVITTÄMISEKSI

Osasto _____ Rajoittamistoimenpiteen aloitusaika _____ lopetusaika _____

1. Potilaan sukupuoli nainen _____ mies _____

2. Potilaan ikä: _____

3. Potilas päihtynyt hoitoon tullessa (koskee vain päivystystä) kyllä _____ ei _____

4. Perussairaudet: _____

5. Hoitoon tulon syy: _____

6. Fyysisen rajoittamisen käytön syy: _____

7. Kuka on päättänyt fyysisen rajoittamisen käytön aloittamisesta?
 lääkäri _____ sairaanhoitaja _____ moniammatillinen työryhmä _____
 joku muu, kuka? _____

8. Oliko lääkärin määräys varalla mahdollista rajoittamista varten? kyllä _____ ei _____

9. Kysyttiinkö määräystä rajoittamisen aloittamisen jälkeen? kyllä _____ ei _____

10. Oliko rajoittamiselle
 omaisen suostumus _____ potilaan suostumus _____
 Suostumusta ei voitu kysyä
 potilaan tilan vuoksi _____ omaista ei tavoitettu _____
 Potilas ei suostunut rajoittamiseen _____

11. Miten potilaan fyysistä vapautta rajoitettiin?

12. Kuka on valvonut fyysisen rajoittamisen käyttöä? _____

13. Miten sitä on valvottu?

hoitaja vieressä _____ vartija vieressä _____

kameravalvonta _____

potilaan luona käyty säännöllisin väliajoin _____ millaisella aikavälillä? _____

14. Onko edellä mainitut asiat fyysisen rajoittamisen toteuttamisesta kirjattu

potilaspapereihin _____

potilaan suojaustoimenpiteiden määräys- ja seurantalomakkeelle _____

muu, mikä? _____

15. Onko kirjattu

rajoittamisen syy _____

rajoittamiseen käytetty aika _____

rajoittamisen valvonta _____

rajoittamisen määrääjä _____

Muuta:

Kiitos lomakkeen täyttämisestä!

Liite 2. Lomakkeen täytön ohjeistuksen malli

POTILAAN FYYSISET RAJOITTAMISTA KARTOITTAVAN LOMAKKEEN TÄYTTÖ-OHJE

Tämän lomakkeen tarkoitus on kartoittaa potilaan fyysisen rajoittamisen määrää ja käytäntöjä osastollanne. Täytä lomake huolellisesti jokaisesta toimenpiteestä, jossa käytät fyysistä rajoittamista.

1.-5. Merkitse potilaan taustatiedot.

6. Minkä toiminnan vuoksi potilasta rajoitettiin? Esimerkiksi: potilas yritti ottaa katetriaan irti, potilas käyttäytyi aggressiivisesti, potilas yrittää lähteä kävelemään, vaikka sairauden takia se on kiellettyä jne.

7. -9. Kenen luvalla rajoittaminen on tapahtunut?

11. Kerro tapa, jolla potilasta fyysisesti rajoitettiin. Rajoittamistapoja ovat kaikki toimenpiteet, jolla estetään potilaan liikkuminen. Esimerkiksi sitominen (mihin, millä, osittain/kokonaan), huoneeseen eristäminen, vartijan käyttö. Tapoja voi olla yhtä aikaa useampia, merkitse kaikki. Kemiallista rajoittamista (lääkkeet) ei tarvitse mainita.

13.- 14. Määrittele, kuinka rajoittamista on valvottu ja minkälaisin aikavälein.

15. Merkitse, mitkä mainituista asioista ovat kirjattuna potilaspapereihin ja/tai potilaan suojatoimenpiteiden määräys- ja seurantalomakkeelle.

Muuta: Sana on vapaa. Voit kommentoida potilaan fyysistä rajoittamista juuri tässä tapauksessa tai yleisellä tasolla. Jääkö jokin asia lomakkeesta puuttumaan? Voit tuoda sen tässä esiin? Mitä ajatuksia fyysinen rajoittaminen herättää sinussa työntekijänä? Voit antaa myös palautetta opinnäytetyön tekijöille.

MUITA OHJEITA:

- Rajoittamistoimenpiteen aloittaja täyttää lomakkeeseen aloitusajankohdan. Lopetusajankohdan merkitsee rajoittamistoimenpiteen lopettamisen toteuttaja. Tämä tulisi huomioida rajoittamisen jatkuessa vuoronvaihdon yli.
- Mikäli rajoittamisessa pidetään taukoa esimerkiksi potilaan nukkumisen ajan, tapauksesta ei tarvitse tehdä uutta lomaketta, vaan rajoittamistoimenpiteen lopetuskellonajaksi merkitään aika, jolloin rajoittamistoimenpide katsotaan täysin päättyneeksi.
- Lomakkeita täytetään viikot 8-11 vuonna 2009.

Mikäli teillä ilmenee jotain kysymyksiä koskien tutkimusta tai tätä lomaketta, voitte ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijöihin: Jaana Kinnari ***_***** tai Minja Suomalainen ***_*****.