



KIINNIPITOTILANTEIDEN ESIINTYVYYS ERITYISEN VAIKEAHOITOISTEN ALAIKÄISTEN PSYKIATRISSESSA TUTKIMUS- JA HOITOYKSIKÖSSÄ (EVA)

Janne Virta

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Mielenterveys- ja päihdetyö

JANNE VIRTÄ:

Kiinnipitotilanteiden esiintyvyys Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisessa tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA)

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Maaliskuu 2014

Väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet kuluneiden viime vuosikymmenten aikana terveydenhuoltoalalla ja erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä. Toisaalta taas aivan viime vuosien aikana on pyritty vähentämään pakkotoimien käyttöä psykiatrisessa sairaalahoidossa. Erityisesti huone ja leposide-eristyksiä on pyritty vähentämään vaihtoehtoisilla menetelmillä, kuten esimerkiksi hoidollisella kiinnipidolla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisessa tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA). Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää resurssien ja toiminnan kohdentamiseen sekä uusien tilojen rakenteelliseen suunnitteluun.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen aineistona olivat vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeet”. Havaintoyksikkönä oli näille lomakkeille kerätyt seuraavat tiedot; kokonaislukumäärä, aika, paikka, pakkotoimenpiteet ja henkilökunnan osallistuminen. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelmalla ja aineistosta tarkasteltiin sekä prosenttijakaumia että absoluuttisia lukuja.

Tulosten mukaan yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita esiintyi iltapäivällä (38 %) ja potilashuoneessa (45,4 %). Yleisin käytetty pakkotoimi oli hoidollinen kiinnipitäminen (78,1 %) sekä kiinnipidon ja jonkun tai joidenkin muun pakkotoimenpiteen yhdistelmä (20,8 %). Leposide-eristyksiä oli alle 20 %. Henkilökuntaa tilanteisiin osallistui yleisimmin kaksi tai kolme henkilökunnan edustajaa. Tuloksia voidaan hyödyntää resurssien ja toiminnan kohdentamiseen sekä uusien tilojen rakenteelliseen suunnitteluun.

Kehittämisehdotuksena voisi tutkia rajoitusten kestoja, kartoittaa kiinnipitoasentoja sekä EVA-yksikössä käytössä olevan turvamattohoidon vaikuttavuutta. Myös debriefingkeskusteluosion analysointi tuottaisi hyvää informaatiota potilaiden kokemuksista pakkotoimista.

Avainsanat: psykiatrinen hoitotyö, aggressiivisuus, pakkotoimet, kiinnipitoterapia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampere University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

VIRTA, JANNE:

Prevalence of Physical Restraint in Psychiatric Treatment and Research Unit for Adolescent Intensive Care (EVA)

Master's thesis 46 pages, appendices 6 pages

March 2014

Patients' violent behavior has increased in psychiatric nursing during past decades. Researchers have only recently focused on how to decrease the use of coercive measures in psychiatric nursing.

The purpose of this study was to detect the prevalence of aggressive behavior that has led to physical restraint in Psychiatric Treatment and Research Unit for adolescent intensive care (EVA). The data were collected from forms used to monitor physical restraint in the unit.

The results indicate that most of aggressive situations inquiring physical restraints occur during afternoon (38 %), and in patients' room (45,4 %). The most common coercive measure used was physical restraint such as holding (78,1 %). Mechanical restraints occurred less than 20 %. The numbers of staff participating was two or three members. The results of this study gave information that could be used while allocating resources and also for planning new premises in the unit.

Further study could give more detailed information of physical restraint and its influence on patients.

Key words: mental health nursing, aggressiveness, coercive measures, holding therapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KOHDEORGANISAATION ESITTELY	8
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Aggressio ja aggressiivisuus	10
4.1.1	Aggressio ja aggressiivisuuden määrittelyä	10
4.1.2	Teoriat aggression synnyn taustalla	10
4.2	Aggressiivisuuden esiintyvyys psykiatrisessa hoitotyössä	12
4.3	Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä	14
4.3.1	Hoidollinen kiinnipitäminen pakkokeinona	15
5	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	18
5.1	Kvantitatiivinen tutkimus	18
5.2	Aineiston keruu	19
5.3	Aineiston analysointi	21
6	TULOKSET	23
6.1	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden kokonaismäärä	23
6.2	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtuma-aika	23
6.3	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtumapaikka	24
6.4	Pakkotoimien käyttö kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa	25
6.5	Henkilökunnan osallistuminen kiinnipitoon johtaneisiin väkivaltatilanteisiin	26
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	28
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	28
7.2	Tutkimuksen eettisyys	30
7.3	Tulosten tarkastelu	31
7.3.1	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden kokonaismäärä	31
7.3.2	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtuma-aika	32
7.3.3	Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtumapaikka	32
7.3.4	Pakkotoimien käyttö kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa	33
7.3.5	Henkilökunnan osallistuminen kiinnipitoon johtaneisiin väkivaltatilanteisiin	34
7.4	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset	35
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	41
	Liite 1. Kiinnipitämistilanteiden seurantalomake	41
	Liite 2. Väkivaltatilanteet tunneittain tarkasteltuna	45

Liite 3. Pakkotoimien koodit.....	46
-----------------------------------	----

1 JOHDANTO

Väkivaltatilanteet ovat nykyään yleistyneet terveydenhuoltoalallakin. Hoitotyö luokitellaan ja rinnastetaan tänä päivänä sellaisiin riskiammatteihin, joissa kohdataan väkivaltaa. Muita tällaisia riskiammatteja ovat esimerkiksi poliisit ja vartijat. (Pitkänen, Laijärvi & Välimäki 2005, 240.) Monissa terveydenhuoltoalan ammattilehdissäkin on käsitelty viime vuosien aikana runsaasti hoitohenkilökunnan kohtaamaa väkivaltaa (Ellilä 2005; Hankonen 2007, 20–23; Soisalo 2011, 1560-1561). Syitä väkivaltaisuuden lisääntymiseen ovat yhteiskunnassa vallitseva epävarmuus, yleistynyt alkoholin- ja huumaiden käyttö, yleinen aggressiivisuuden lisääntyminen ja sen hyväksyminen sekä uudet rikollisryhmät (Weizmann-Helenius 1997, 7).

Syitä potilaiden tai asiakkaiden aggressiivisen käyttäytymiseen voi olla monia, kuten potilaan halu hallita tilannetta, saada itselleen oikeudettomia etuuksia, kuten lääkkeitä, psykoottinen harhaluulo, päihtymys tai deliriumiin liittyvä tilanteen väärinymmärtäminen. (Lauerma 2001, 1019.) Toisaalta taas potilaat myös käyttäytyvät aggressiivisesti yrityksenään säilyttää tai hahmottaa minuuttaan hoitosuhteessa. Tällöin potilailla on tarve puolustautua, purkaa pahaa oloa tai reagoida kokemaansa vääryyteen. Syitä tällaiseen käytökseen ovat kokemus provosoinnin kohteeksi joutumisesta erilaisten hoidollisiksi tarkoitettujen toimenpiteiden seurauksena, tietoisuus kyvystä satuttaa hoitajaa, hoitajan kokeminen pelottavana, avuttomuuden tunne sekä tunne ettei arvosteta. (Keiski 2008, 41-42.)

Väkivallan kohteeksi joutuminen tai sen pelko on aina traumaattinen kokemus. Väkivallalle altistuminen asettaa työntekijän kestävyyyden koetukselle ja alentaa työtehoa. Tilanteet, joissa väkivaltaa tai aggressiivisuutta kohdataan ovat vuorovaikutustilanteita. Väkivallan laukaisevia tekijöitä voi olla vaikea havaita, mutta jälkeenpäin katsottuna tekijät ovat olleet yleisesti vuorovaikutuksessa esiintyneitä seikkoja tai ärsykyksiä. (Weizmann-Helenius 1997, 8.) Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään myös, että esimerkiksi ajalla ja paikalla on merkitystä väkivaltatilanteiden syntyyn ja esiintyvyyteen (Cohen ym. 2008).

Kiinnostuin kyseessä olevasta aiheesta kun siirryin työskentelemään Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatriseen tutkimus- ja hoito-yksikköön (EVA-yksikkö) kesällä 2010. Yksikössä kerätään tiedot jokaisesta kiinnipitämiseen johtaneesta väkivaltatilanteesta "Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeeseen", johon merkitään tilanteen alkamis- ja loppumisajankohdat sekä paikat. Tämän opinnäytetyön tarkoitus onkin selvittää kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä EVA-yksikössä "Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeiden" pohjalta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa jota voidaan hyödyntää resurssien ja toiminnan kohdentamiseen sekä uusien tilojen rakenteelliseen suunnitteluun.

2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö, EVA-yksikkö, sijaitsee Nokialla Pitkäniemen sairaalan alueella. EVA -yksikkö on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen, nuorisopsykiatrian vastuualueen toimintayksikkö. Yksikkö tarjoaa nuorisopsykiatrisia palveluja valtakunnallisesti. EVA-yksikössä tutkitaan, hoidetaan, kasvatetaan ja kuntoutetaan alle 18-vuotiaita potilaita, joiden tutkimiseen ja hoitoon tavanomaisilla lasten- ja nuorisopsykiatrisilla yksiköillä ei ole riittäviä edellytyksiä ja joiden hoitopaikkana aikuispsykiatriset osastot, sosiaalihuollon laitokset tai vankila eivät tule kyseeseen. Osastolla on 12 sairaansijaa, jotka jakautuvat kahteen erilliseen ja eri kerroksessa toimivaan kuuden potilaspaikan moduuliin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Hoitohenkilökuntaa EVA-yksikössä työskentelee noin 2,7 työntekijää potilaspaikkaa kohden (Kaltiala-Heino ym. 2007, 148). Päivittäistä välitöntä potilastyötä tekevät hoitohenkilökunnan edustajat jakautuvat ammattikunnittain seuraavasti: 23 sairaanhoitajaa, 9 mielenterveyshoitajaa sekä 2 osastonhoitajan varahenkilöä. Lisäksi osastolla työskentelee 1 nuoriso-ohjaaja, 1 toimintaterapeutti, 1 osastonlääkäri, 1 erikoislääkäri, 1 psykologi, 1 sosiaalityöntekijä sekä osastonhoitaja. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.) Aamuvuoron henkilökuntamäärä EVA-yksikössä on 7 hoitotyöntekijää ja 1 erityistyöntekijä (nuoriso-ohjaaja tai toimintaterapeutti), iltavuorossa 8 hoitotyöntekijää ja yövuorossa 4 hoitotyöntekijää.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä EVA-yksikössä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Kuinka paljon kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita oli vuonna 2011?
2. Mihin aikaan kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita esiintyi?
3. Missä paikassa kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita esiintyi?
4. Mihin mielenterveyslain pakkotoimeen väkivaltatilanne mahdollisesti johti?
5. Kuinka paljon henkilökuntaa väkivaltatilanteisiin osallistui?

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää resurssien ja toiminnan kohdentamiseen sekä uusien tilojen rakenteelliseen suunnitteluun.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Aggressio ja aggressiivisuus

4.1.1 Aggressio ja aggressiivisuuden määrittelyä

Vaikka arkikielessä aggressiota ja aggressiivisuutta käytetään pitkälti toistensa synonyymeinä, ovat ne kuitenkin kaksi eri asiaa (Lagerspetsz 1992). Aggressio on ihmisen sisäistä energiaa ja voimaa, joka voi toimia viettinä ja motiivina aggressiiviselle käyttäytymiselle. (Meren ym. 2002). Aggressiot eivät yleisesti ilmene vain toimintana. Ne voivat ilmetä myös vihamielisinä ajatuksina ja tunteina, kuten vihana ja pelkona, mutta myös mielihyvänä ja ilona. (Weizmann-Henelius 1997, 11.)

Alkuperäisesti aggressiivisuus on ollut positiivista energiaa, jonka avulla ihminen on voinut suojella omaa minuuttaan sekä tavoitella valtaa (Vuori-Kemilä 2003, 175). Nykyään aggressiivisuudella tarkoitetaan ihmisen käyttäytymistä, joka tähtää toisen ihmisen tai ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen. Fyysisen väkivallan tarkoitus on aiheuttaa ruumiinvamma tai vahingoittaa toista ihmistä (Taipale & Välimäki 2002, 169). Myös henkinen väkivalta on ihan yhtä vakava tapa loukata ja satuttaa toista ihmistä (Weizmann-Henelius 1997, 11). Kun aggressiivisuus suuntautuu sisään, kääntyy se silloin ihmistä itseään vastaan. Tässä tilanteessa ihminen saattaa tuntea itsehalveksuntaa ja itsevihaa (Vuori-Kemilä 2003, 175).

4.1.2 Teoriat aggression synnyn taustalla

Aggression synnystä on olemassa erilaisia teorioita. Tällaisia teorioita ovat psykoanalyttinen viettiteoria, teoria aggressiosta frustraation seurauksena ja oppimisteoreettinen lähestymistapa. (Weizmann-Henelius 1997, 11–12.)

Viettiteorian pohjautuu psykoanalyysin perustajan Sigmund Freudin ajatteluun (Vuori-Kemilä 2003, 175). Freudin teorian mukaan ihmisellä on kaksi viettiä, jotka ohjaavat

ihmistä. Ohjaavat vietit ovat libido sekä kuolemanvietti. Freudin teorian käsitys perustuu siihen, että jokainen ihminen taistelee elämänsä aikana libidon eli elämänvietin kanssa. Jokaisesta ihmisestä löytyy myös yleinen tuhoava voima eli kuolemanvietti. Kuolemanvietin suuntautuessa ulospäin, se ilmenee aggressiona. Freudin käsityksen mukaan, nämä kaksi viettiä aiheuttavat välilleen tietynlaisen jännityksen, joka ohjaa kaikkea inhimillistä käyttäytymistä. Viettiteoriaa tukee myös sosiobiologi Lorenz, jonka mukaan ihmisen tulisi saada purkaa näistä vieteistä aiheutuneita aggressioita säännöllisesti tai ne kasaantuvat säilöön, joka täyttyy äärilaitojaan myöden. (Weizmann-Henelius 1997, 12–13.)

Teoria aggressiosta frustraation seurauksena pohjautuu Dollarin teoriaan. Teorian mukaan turhautuminen aiheuttaa aina aggressiota (Vuori-Kemilä 2003, 175). Myöhemmin tämä käsitys on tosin jonkin verran lieventynyt kun on todettu, ettei turhautuminen aina välttämättä aiheuta aggressiota, vaan ihminen voi myös reagoida muulla tavalla. Tämäkin teoria tukee sitä, että aggressioita pitäisi pyrkiä purkamaan johonkin. Aggression purkaminen primäärikohteeseen ei ole tämän teorian mukaan välttämätöntä vaan sen voi purkaa sekundäärisesti vaikkapa väkivaltaelokuvien katsomiseen. Aggression purkamattomuus ja sitä kautta syntyvä turhautuminen ainoastaan lisää aggressiivisuutta tilanteessa, joissa ihmisen turhautumisen tunne on hyvin voimakas ja koetaan epäoikeudenmukaisena. (Weizmann-Henelius 1997, 13–14.)

Oppimisteoreettinen lähestymistapa pitää aggressiivisuutta opittuna sosiaalisen käyttäytymisen muotona (Vuori-Kemilä 2003, 175). Tämä opitaan samalla tavalla kun muut sosiaaliset käyttäytymismuodot (Weizmann-Henelius 1997, 14). Ihminen on siis oppinut ottamaan mallia toisten aggressiivisesta käyttäytymisestä (Taipale & Välimäki 2002, 169). Teorian mukaan ihmiset, jotka käyttäytyvät aggressiivisesti ovat sen menisyydessään oppineet ja kuvittelevat käytöksellään saavansa palkinnon. Heitä tähän yllyttävät erilaiset sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Tämän teorian kannattajat eivät näe aiheuttajan olevan vain yksi ja ainut tekijä vaan laajempi kokonaisuus, johon liittyvät aikaisemmat käyttäytymismallit, aikaisemmat kokemukset aggressiivisuudesta ja monet ulkoiset sekä tilannekohtaiset tekijät. Ihmisen kyvystä oppia olemaan aggressiivinen kertoo se, että ihminen ehdollistaa pelkoa enemmän joitakin eläimiä ja esineitä kohtaan helpommin kuin toisia ihmisiä kohtaan. (Weizmann-Henelius 1997, 14–15.)

4.2 Aggressiivisuuden esiintyvyys psykiatrisessa hoitotyössä

Hoitajia kohtaan esiintyvä aggressiivisuus on suhteellisen paljon tutkittu aihealue hoitotyössä. Muun muassa Jansen ym. (2005) ovat tehneet aiheesta kirjallisuuskatsauksen. Siinä esiin tulleet tulokset ovat käsitelleet aggressiivisuuden ennakoitavuutta sekä ennaltaehkäisemistä. (Jansen ym. 2005, 3.)

Aggressiivisuuden esiintymistä on tutkittu etenkin psykiatrisissa hoitoyksiköissä. Aggressiivisuuden ilmeneminen liittyy usein aikuisiän mielenterveyden ongelmiin, käyttäytymisen häiriöihin sekä päihdeongelmiin ja dementiaan. (Taipale & Välimäki 2002, 169; Schulman 2004, 149.)

Sukupuolen on todettu vaikuttavan aggressiivisuuden esiintymiseen. Miesten on tutkimusten mukaan todettu olevan enemmän aggressiivisia toisia kohtaan, kun taas naisten on todettu satuttavan enemmän itseään. Muita tekijöitä, jotka provosoivat aggressiiviselle käyttäytymiselle ovat muun muassa osastoilla tapahtuva yhteenotto, riittämätön määrä henkilökuntaa, yksityisyyden puute suljetuilla osastoilla sekä potilaiden välinen ärtymys. (Jansen ym. 2005, 10; Bisconer ym. 2006, 516.) Aggressiivisuuden on todettu olevan potilaalle ehkä ainoa puolustautumiskeino tai keino hallita sisäisesti uhkaavana koettu tilanne. Psykykkisesti sairaalle ihmiselle aggressiivinen käyttäytyminen voi siis olla ainoa keino tunteiden käsittelemiseen ja niiden ilmaisemiseen sekä yritys säilyttää tai hahmottaa siinä tilanteessa minuuttaan. (Taipale & Välimäki 2002, 169; Schulman 2004, 149; Meehan ym. 2006, 24; Keiski 2008, 41.)

Terveystenhoitoalalla eniten väkivaltaa työssään kohtaavat psykiatrisella osastolla työskentelevät hoitajat. Heistä noin 57–88% on kohdannut väkivaltaista käytöstä työssään. (Bisconer ym. 2006, 516.) Pitkänen (2003) haastatteli hoitajia Suomessa heidän kohtaamastaan väkivallasta psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimustuloksissa ilmeni aggressiivisuuden ilmenemisen monimuotoisuus sekä sen yleisyys psykiatrisessa hoitotyössä. (Pitkänen, 2003, 27.) Välimäki ym. (2013) mukaan psykiatristen ja ei-psykiatristen hoitajien välillä on merkitsevä ero joutua väkivalta- ja uhkatilanteiden uhriksi. Psykiatriset hoitajat ovat merkitsevästi alttiimpia joutua tilanteisiin mihin liittyy paikkojen rikkomista, esineillä heittäilyä, fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai aseella

uhkaamista. 35% psykiatrisista hoitajista koki vuoden 2012 aikana fyysistä väkivaltaa, 59% psyykkistä väkivaltaa (esimerkiksi uhkailua), 46% oli tilanteessa, johon liittyi paikkojen rikkomista sekä esineiden heittäilyä ja 5% joutui uhatuksi joko lyömä- terä- tai ampuma-aseella. Tutkimuksen pohjalta kaikista alteimmaksi ja suurimpaan riskiryhmään kokemaan kaikenlaista väkivaltaa profiloitui vakituisessa työsuhteessa oleva epäsäännöllistä vuorotyötä tekevä nuori mies. (Välimäki ym. 2013, 60.)

Jansen ym. (2005) kirjallisuuskatsauksessaan saivat samankaltaisia tutkimustuloksia aggressiivisuuden esiintyvyydestä. Aggressiivisuus esiintyi useimmiten verbaalisena väkivaltana ja uhkailuna, puremisena, lyömisenä, potkimisena, raapimisena, sylkemisenä tai hiusten vetämisenä. Useilla hoitajilla todettiin olevan heikkouksia käsitellä aggressiivista käytöstä. Työvuosien määrällä todettiin olevan merkitystä siihen, miten hoitajat suvaitsevat väkivaltaa. Mitä pidempi hoitajien työkokemus oli, sitä paremmin he hyväksyvät väkivaltaa tai aggressiivista käytöstä työssään. (Jansen ym. 2005, 10–12.)

Nolan ym. (1999) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin kyselylomakkeiden avulla psykiatrien (n=47) ja hoitajien (n=301) kokemaa potilaiden taholta ilmenevää väkivaltaa. Tutkimuksessa todettiin jo tuolloin potilaiden aiheuttaman väkivallan olevan lisääntymässä hoitotyössä ja väkivallan lisääntymisen näyttävän olevan yleismaailmallinen suuntaus. Suurin osa hoitajiin kohdistuvasta väkivallasta oli sanallista uhkaamista ja loukkaamista, eikä siihen liittynyt fyysistä väkivaltaa. (Nolan ym. 1999.) Kuitenkin tulisi huomioda, että potilaan sanalliset uhkaukset ja loukkaukset saattavat olla yhtä vahingollisia hoitajan psyykkiselle tasapainolle kuin joutuminen fyysisen väkivallan uhriksi. Kaikki ulkoiset tapahtumat, jotka koetaan uhkana fyysiselle olemassaololle, sosiaaliselle identiteetille tai turvallisuudelle, vaikuttavat aina psyykkiseen tilanteeseen. (Pitkänen 2003, 7)

Cohen ym. (2008) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden aggressiivista käyttäytymistä ja sen yhteyttä diagnoosiin sekä sairaudentuntoon irlantilaisessa 18-paikkaisessa psykiatrisessa intensive care unit – yksikössä. Tutkimukseen osallistuivat kaikki 99 tutkimuksen aikana yksikköön sisäänkirjoitettua ja osastosiirtona tullutta potilasta. Tutkimuksessa kirjattiin jokainen verbaalinen ja non-verbaalinen aggressiivinen vaaratilanne tutkimus- ja hoitojakson ajalta käyttäen Staff-Observed Aggression Scale Revised -menetelmäasteikkoa. Asteikko mittaa verbaalista ja fyysistä väkivaltaa, sitä

kehen se on kohdistunut, mitä siitä on seurannut kohteelle ja mitä toimenpiteitä väkivallan pysäyttämiseksi on tehty. (Cohen ym. 2008).

Cohen ym. (2008) tutkimuksen tulokset potilaiden väkivaltaisuuden osalta ovat pitkälti samankaltaisia kuin Jansen ym. (2005) ja Bisconer ym. (2008) saamat tulokset. Tutkimuksen aikana ilmeni yhteensä 82 vaaratilannetta, jotka tapahtuivat 26 potilaan toimesta. Näistä 26 potilaasta puolet oli naisia ja puolet miehiä. Miehet harjoittivat useammin fyysistä väkivaltaa kuin naiset. Aggression kohteena oli yleisimmin joko henkilökunta (63%) tai toinen potilas (36%), itsetuhoisuutta sen sijaan esiintyi vain harvoissa tapauksissa (2%). Moneen vaaratilanteeseen liittyi useita kohteita. (Cohen ym. 2008).

Sen sijaan väkivaltatilanteiden ilmenemisen esiintymisaikoja verrattaessa Cohen ym. (2008) tutkimuksessa oli eroja esimerkiksi Jansen ym. (2005) saamiin tuloksiin. Cohenin mukaan suurin osa vaaratilanteista tapahtui aikavälillä maanantai-torstai (75 %) ja loput (25 %) aikavälillä perjantai-sunnuntai. Aggressiiviset vaaratilanteet tapahtuivat yleisimmin viikolla päiväsaikaan, mahdollisesti koska osastolla oli tällöin kiireisempää ja tämä loi näin epävakaamman ympäristön räjähdysherkille potilaille. (Cohen ym. 2008). Jansenin mukaan taas eniten aggressiivista käytöstä kohdattiin ilta- ja yövuorojen aikana (Jansen ym. 2005, 10–12).

4.3 Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä

Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen perustuu mielenterveyslakiin ja sen toteuttamista valvoo paikallinen hallinto-oikeus. Psykiatriseen tahdosta riippumattomaan sairaalahoittoon voidaan määrätä täysi-ikäinen henkilö vain siinä tapauksessa, että kolme mielenterveyslain mukaista hoitoon määräämisen edellytystä täyttävät. Nämä edellytykset ovat: hoitoon määrätyn henkilö tulee olla todettu mielisairaaksi, henkilön tulee olla hoidon tarpeessa mielisairautensa vuoksi siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen oleellisesti pahentaisi mielisairautta tai henkilö olisi vakavasti vaarallinen itselleen taikka muille. Näiden edellytysten lisäksi henkilölle ei tule soveltua mitkään muut käytettävät mielenterveyspalvelut tai ne ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Alaikäisen henkilön kohdalla psykiatriseen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon määrääminen edellyttää, että henkilö on vakavan mielenterveyshäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hänen sairautensa oleellisesti pahenisi, vaarantaisi omaa taikka muiden terveyttä tai turvallisuutta vakavasti ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole soveltuvia käytettäviksi. Sairaalahoidossa olevaa alaikäistä henkilöä tulee hoitaa yksikössä, jossa on edellytykset ja valmiudet hoitoon ja häntä tulee hoitaa erillään täysikäisistä, ellei muunlaisen menettelyn katsota olevan alaikäisen edun mukaista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otetun, hoitoon määrätyn tai tutkimukseen määrätyn potilaan perusoikeuksiin kuuluvaa itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa mielenterveyslain 4 a luvun mukaisin pakkokeinoin. Tällaisia pakkokeinoja ovat muun muassa yhteydenpidon rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, liikkumisvapauden rajoittaminen sekä psyykkisen sairauden hoito (Lista koodeista liitteessä 3). (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyslaissa määritellään myös erityisiä rajoituksia, joita edellä kuvatulla tavalla psykiatrisessa hoidossa olevalle potilaalle voidaan suorittaa. Tällaisia pakkokeinoja ovat eristäminen muista potilaista ja sitominen. Potilaan eristämisestä ja sitomisesta vastaa potilaan hoidosta vastaava lääkäri tekemänsä tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta voi väliaikaisesti aloittaa myös eristämisen tai sitomisen, mutta tilanteesta on välittömästi ilmoitettava hoidosta vastaavalle lääkärille. Tämän lisäksi potilasta voidaan pitää kiinni ja käyttää voimakeinoja, siinä määrin kuin se on välttämätöntä, edellä mainittujen toimenpiteiden suorittamiseksi. Potilasta voidaan myös kiinni pitää muissakin tilanteissa, jos se on hoidon kannalta välttämätöntä. Kiinnipitämisestä on välittömästi ilmoitettava hoidosta vastaavalle lääkärille. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

4.3.1 Hoidollinen kiinnipitäminen pakkokeinona

Hoidollinen kiinnipitäminen lukeutuu mielenterveyslain 4 a luvun mukaisiin pakkokeinoihin. Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa psykiatrisessa sairaalassa kiinnipitämällä potilasta esimerkiksi tahdosta riippumattoman hoitotoimenpiteen ajan tai vaikka-

pa potilaan eristyksen yhteydessä. Päätöksen kiinnipitämisestä tekee hoitava lääkäri ja jos hoitohenkilökunta on joutunut ennalta arvaamattomasti pitämään kiinni potilaasta pakkotoimen toteuttamiseksi tai välttämättömistä hoidollisista syistä, on asiasta ilmoitettava välittömästi hoitavalle lääkärille. Potilaan kiinnipitäminen on lopetettava heti kun se ei enää ole välttämätöntä ja siitä pitää tehdä merkintä sekä yksikkökohtaiseen mielenterveyslain 4 a rajoitusluetteloon (Liite 3) koodilla 300, että asianmukainen merkintä potilasasiakirjoihin. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Hoidollisen kiinnipidon perimmäisenä tarkoituksena on estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita. Potilaat kokevat usein erilaiset pakkotoimenpiteet rangaistuksina ja ne saavat potilaissa aikaan esimerkiksi raivon, vihan ja pelon tunteita. (Kaltiala-Heino ym. 2004, 4017; Schulman 2004, 149; Keski-Valkama 2010, 44; Hottinen 2013, 38.) Potilaat itse kokevatkin, että parempia rajoituskeinoja ovat menetelmät ja toimenpiteet, joissa heihin ei suoranaisesti kajota. Tällaisia menetelmiä ja keinoja, joihin potilaat suhtautuvat myönteisemmin ovat muun muassa lääkkeellinen rajoittaminen, tarvittavan lääkkeen anto, vierihoito sekä kulkemisen rajoittaminen. (Jansen ym. 2005, 11; Hottinen 2013, 35.) Kiinnipitotilanteen välittömänä tarkoituksena onkin pyrkiä luomaan luottamuksellinen ja positiivinen vuorovaikutussuhde tuottamatta kipua potilaalle. Pitkän ajan tavoite hoidossa taas on potilaan sisäisen hallinnan lisääminen, jolloin ulkoista hallintaa voidaan vähentää. (Kaltiala-Heino ym. 2004, 4017-4018; Schulman 2004, 149).

Jotta olosuhteet luottamuksellisella ja positiivisella vuorovaikutussuhteella kyetään luomaan, hoitohenkilökunnan tulisi myös huolehtia omasta turvallisuudesta aina kun ollaan tekemisissä fyysisesti uhkaavan tai väkivaltaisen käyttäytyvän potilaan kanssa. Tilanteeseen tulisi saada aina riittävä määrä ihmisiä, mieluummin liian paljon kuin liian vähän. Potilaalle tulisi sanoittaa mitä tehdään, miksi ja mikä on tilanteen tarkoitusperä. Äkkinäisiä ja provosoivia liikkeitä ja eleitä tulisi välttää. Joissain tapauksissa on todettu hyväksi mennä mukaan potilaan mahdollisiin harhoihin tämän rauhoittamiseksi. Huumori on todettu myös hyväksi tilanteen laukaisijaksi joissain tilanteissa asosiaalisten ja psykoottisten potilaiden kanssa. Toisaalta väärässä tilanteessa ja väärinkäytettynä huumori saattaa saada aikaan raivonpurkauksia ja väärinkäsityksiä. Huumorin tulee aina kohdistua joko itse tilanteeseen tai henkilökuntaan, mutta ei koskaan potilaaseen. (Laurma 2001, 1020.)

Kiinnipitotilanteessa potilasta tulee ohjata työskentelemään hänen oman itsensä hyväksi, koska näin pystytään antamaan potilaalle ajatus siitä, että vuorovaikutussuhteet voivat olla myös positiivisia ja palkitsevia. Hoidollisessa kiinnipitämisessä tärkeää on ymmärtää se, että potilaan väkivaltaisella käyttäytymisellä on aina jokin syy. Käyttäytyessään väkivaltaisesti ja aggressiivisesti potilas toimii tavalla, joka siinä hetkessä tuntuu hänestä itsestään järkevimmältä. Tällä tavalla käyttäytyvä potilas ei pysty muuttamaan käyttäytymistään ennen kuin hänelle on tarjottu ja opetettu malleja vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen. Väkivaltaista ja aggressiivista käyttäytymistä tulee siis ymmärtää, jotta potilaalle voidaan tarjota ja opettaa muita käyttäytymismalleja, joita hänen kanssaan voidaan työstää. Missään olosuhteissa väkivaltaista käyttäytymistä ei silti kuitenkaan tule hyväksyä. (Kaltiala-Heino ym. 2004, 4018.)

5 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivista tutkimusta käytetään paljon muun muassa sosiaalitieteissä. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään selvittämään syyn ja seurauksen suhteita, joiden mukaan todellisuuden voidaan todeta rakentuvan objektiivisesti havaittavista tosiasioista. (Hirsjärvi ym. 2003, 130.) Kvantitatiivisella tutkimuksella voi olla yksi tarkoitus tai useampia tarkoituksia. (Hirsjärvi ym. 2003, 129). Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää määrällisesti ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeiden” pohjalta väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä tutkimuskysymyksiin vastaten.

Kvantitatiivissa tutkimuksessa siis hyödynnetään tutkittavan ilmiön määrällisyyttä. Määrällisyydestä voidaan katsoa ja tulkita esimerkiksi määrien eroja, jakautumista ja muutoksia. Näiden edellä mainittujen asioiden eroavaisuuksien pohjalta tulkitaan ja kuvataan tutkittavaa ilmiötä sekä siinä havaittavia vaikutussuhteita ja yhteyksiä. (Ronkainen ym. 2011, 83). Tärkeää on jo myös alkuvaiheessa valita otos siten, että sen voidaan katsoa edustavan perusjoukkoa sekä tutkittavaa ilmiötä tutkimusongelmaan vastaten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoidaan tilastollisin menetelmin. (Kananen 2008, 10). Ennen analysointia tutkittavat määrät ja muutokset muutetaan tunnusluvuiksi eli tutkimuskysymykseen vastaavat vastaukset muunnetaan tiettyjä arvoja sisältäviksi muuttujiksi. Nämä havaintoyksiköt tallennetaan havaintomatriisiin, jonka jälkeen aineistoa voidaan alkaa analysoidaan. (Ronkainen ym. 2011, 83 – 84).

Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyy myös erityisiä ongelmia, joiden kanssa tarvitsee olla tarkkana jo tutkimuksen alkuvaiheesta saakka, koska kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään yleistämään saadut tutkimustulokset ja tutkimus tulisi olla toistettavissa (Kananen 2008, 13; Koivula ym. 2002, 37). Mahdollisuudet virheisiin piilevätkin siinä, että otos valitaan virheellisesti eikä se edusta perusjoukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa onnistutaan harvoin täydellisesti otoksen valinnassa eikä tutkimus aina onnistu täydellisesti. Mutta kun tutkija käy työssään luotettavuuteen liittyvät asiat ja kysymykset läpi, antaa se lukijalle vaikutelman että tutkija on asiat huomionnut. (Kananen 2008, 13).

5.2 Aineiston keruu

Määrällisen tutkimuksen aineisto voi olla monin eri tavoin kerättyä. Se voi olla vaikka kysely joka tapahtuu lomakkeen avulla tai puhelimitse, havainnoinnin avulla tapahtuvaa materiaalia tai valmiiden dokumenttien käyttöä. (Vilkka, 2005, 73). Aineiston ei välttämättä tarvitse olla itse kerättyä, vaan se voi olla myös muiden keräämää aineistoa tai erilaisten rekistereiden käyttöä (Vilkka, 2005, 76; Heikkilä 2002, 28.) Ennen tällaisten aineistojen käyttöä on selvitettävä mihin tarkoitukseen aineistoa on kerätty ja tutkijan on oltava lähdekriittinen sekä varmistettava aineiston pätevyys ja luotettavuus. (Vilkka, 2005, 76).

Tämän opinnäytetyön aineisto koostui Pitkäniemen sairaalan EVA-yksikön ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeiden” kerätyistä tiedoista (liite 1), jotka ovat osa potilaiden hoitokertomusta. Lomake täytetään aina, kun potilasta rajoitetaan kiinnipitämällä väkivaltatilanteen tai muun tilanteen yhteydessä jossa väkivalta tai sen uhka on läsnä. Aineistoa on koottu EVA-yksikön avaamisesta asti, vuodesta 2003.

Tähän tutkimukseen valikoitiin vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeeseen” dokumentoidut kiinnipidot, koska vuoden 2011 aineisto oli jo kokonaisuudessaan saatavilla. Otokseen arvioitiin tutkimussuunnitelmavaiheessa tulevan olemaan noin 350, mutta todellisuudessa se oli 453.

Koska käytössä oli näin suuri määrä aineistoa, käytettiin otantamenetelmän valitsemiseen pitkällistä harkintaa. Otantamenetelmän valitsemiseen vaikutti muun muassa tutkimuksen tavoitteet, perusjoukon koko, havaintoyksiköiden ilmenemistavat sekä jo olemassa olevat asiakirjat. (Vilkka, 2007, 56.) Tärkeintä oli valita tarkoituksenmukaisin otantamenetelmä tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimuskysymyksien kannalta. Valinnassa tärkeänä pidettiin, että perusjoukosta esiin tulevilla havaintoyksiköillä olisi yhteneväinen mahdollisuus valikoitua otokseen. (Vilkka, 2005, 78). Varsinaista otantamenetelmää ei tässä tutkimuksessa käytetty, vaan vuoden 2011 kiinnipitolomakkeille päätettiin tehdä kokonaisotanta (Vilkka, 2007, 52; Vilkka, 2005, 78). Kokonaisotannassa koko perusjoukko muodostaa tutkittavan joukon eli koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen. Kokonaisotanta sopii käytettäväksi kun perusjoukko on suhteellisen pie-

ni, esimerkiksi yhden osaston kaikki potilaat kuten tässä tutkimuksessa. (Vilka, 2007, 52; Koivula ym., 2002, 25)

Tämän tutkimuksen perusjoukko on vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeet”. Havaintoyksikköinä on näille lomakkeille kerätyt seuraavat tiedot; kiinnipitotilanteiden kokonaislukumäärä, aika, paikka, pakkotoimenpiteet ja henkilökunnan osallistuminen. Kiinnipitojen lukumäärä kirjattiin numeraalisesti. Aikatiedot kirjattiin täsmällisinä kellonaikoina. Mielenterveyslain mukaiset pakkotoimenpiteet kirjattiin käytössä olevien koodien mukaan. Henkilökuntamäärä kirjattiin numeraalisesti. Paikkatiedot kirjattiin niin, että osaston kaikki tilat luokiteltiin ja koodattiin. Jokaiseen koodiin löytyi mainintoja lomakkeista. Paikkatietojen koodit kirjattiin alla olevan taulukon 1 mukaisesti havaintomatriisiin.

Taulukko 1. Paikkatietojen luokittelu

Koodi	Paikka	Selitys
1	"Osaston käytävä"	Osastolla olevat käytävät
2	"Nuoren huone"	Osaston potilashuoneet
3	"Henkilökunnan työtilat"	Kanslia, lääkärin työhuone, psykologin työhuone ja muiden erityistyöntekijöiden työhuoneet.
4	"Osaston yleiset tilat"	Ruokasali, päiväsalin ja rentola
5	"Osaston yhteiset tilat"	Kodinhoitohuone, rauhoittumishuone, potilaspuhe- lin ja wc:t
6	"Osaston ulkopuoliset tilat"	Kaikki samassa rakennuksessa olevat tilat; alakerran toimintatilat, perhe- ja neuvotteluhuoneet, potilaspäät, sauna yms.
7	"Yksikön ulkopuoliset tilat"	Kaikki rakennuksen ulkopuolella olevat tilat.

Luokittelussa pyrittiin selkeyteen sekä siihen, että paikan yleiskäsité olisi mahdollisimman kuvaava. Osaston yleiset ja yhteiset tilat on eritelty siten, että yleiset tilat (koodi 4 taulukossa) määrittyvät sen mukaan, että niissä voi olla samaan aikaan yksi tai useampi potilas. Yhteiset tilat (koodi 5 taulukossa) taas määrittyvät sen mukaan, että niissä voi olla vain yksi potilas kerrallaan mutta ne ovat yhteisessä käytössä kaikkien potilaiden kesken.

Tulosten tarkastelun selkeyttämiseksi tapahtuma-ajat jaettiin kuudeksi neljän tunnin sykliksi ja nimettiin vuorokaudenaikojen mukaan. Ne olivat seuraavat; aamu käsitti kellonajat 07:00 - 10:59, päivä kellonajat 11:00 - 14:59, iltapäivä kellonajat 15:00 - 18:59, ilta kellonajat 19:00 - 22:59, yö kellonajat 23:00 - 02:59 ja aamuyö kellonajat 03:00 - 06:59. Jaottelu aloitettiin aamusta koska vakiintuneiden käytäntöjen mukaan hoitopäivän katsotaan alkavan kello 07:00 ja neljän tunnin syklit mukailevat osaston päiväohjelmaa.

Lomakkeista, joista pakkotoimenpiteitä kuvaava kohta ”koodit” oli täyttämättä, etsittiin muualta lomakkeista potilaalle toteutetut mielenterveyslain mukaiset pakkotoimenpiteet ja kirjattiin mukaan aineistoon. Lomakkeista ilmeni myös väkivaltatilanteita, joissa rajoitettiin mielenterveyslain mukaisin pakkotoimenpitein vapaaehtoisena hoidossa olevaa potilasta mutta potilasta ei asetettu tarkkailuun. Kaikki tällaiset tilanteet olivat hoidollisia kiinnipitoja eikä niihin liittynyt muita pakkotoimenpiteitä. Nämä vapaaehtoisessa hoidossa oleville potilaille toteutetut hoidolliset kiinnipidot on otettu mukaan tutkimusaineistoon.

EVA-yksikössä käytössä oleva turvamattohoito, jossa potilas kääritään maton sisään, tulkitaan ja kirjataan yksikkökohtaiseen mielenterveyslain 4 a rajoitusluetteloon EVA-yksikön käytännön mukaisesti hoidollisena kiinnipitona koodilla 300. Tilanteet joissa siis turvamattohoitoa käytettiin sisältyvät hoidollisiin kiinnipitoihin eikä niitä ole erikseen eritelty.

5.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi on prosessi jonka tarkoituksena on tuottaa havaintoja. Aivan ensimmäiseksi tulee hahmottaa mitä aineisto pitää sisällään ja mistä se kertoo. Hahmottamisen jälkeen voidaan aineistoa alkaa järjestelemään systemaattisesti esimerkiksi havain-

tomatriisin. Tämän jälkeen analysoinnin tuottamista havainnoista haetaan mahdollisia yhtäläisyyksiä sekä eroja ja lopulta aineistosta muodostuneita havaintoja tarkastellaan intuitiivisesti. Yksinkertaisimmillaan onnistunut aineiston analysointi on katsomista mikä aineistossa on tyypillistä ja millaisia yhteyksiä erilaisten muuttujien välillä on. (Ronkainen ym., 2011, 124-126).

Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin siten, että tuloksia ei voida henkilöidä yksittäiseen potilaaseen. Lomakkeille kerättyjä henkilötietoja ei tallennettu. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin SPSS -tilasto-ohjelmaa ja aineistosta tarkasteltiin prosenttijakaumia ja absoluuttisia lukuja. Ristiintaulukoinnin avulla pyrittiin löytämään muuttujien välisiä riippuvuuksia (Vilkka, 2007, 129.) Ristiintaulukoinnin avulla ei kumminkaan löytynyt mitään tutkimukselle oleellista, tuloksista jo havaittavissa ja pääteltävissä olevaa, tietoa varsinaisten taustamuuttujien puuttumisen vuoksi. Tulososiossa tulokset on esitelty tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

6 TULOKSET

6.1 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden kokonaismäärä

Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden kokonaismäärä vuonna 2011 oli 453.

6.2 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtuma-aika

EVA-yksikössä kiinnipitoon johtavia väkivaltatilanteita tapahtui kaikkina vuorokaudenaikoina. Yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteina tapahtui iltapäivällä kello 15:00 – 18:59 välisenä aikana (N= 172, 38 %). Toiseksi yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteina tapahtui päivällä kello 11:00 – 14:59 välisenä aikana (N= 103, 22,8 %). Kolmanneksi yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteina tapahtui illalla kello 19:00 – 22:59 välisenä aikana (N= 91, 20,1 %). Yöllä ja aamuyöllä kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteina tapahtui yhteensä kaksi kertaa kello 23:00 – 02:59 välisenä aikana. Yhdestä lomakkeesta puuttui aikamerkintä kokonaan. (Taulukko 2.)

Kun väkivaltatilanteita tarkasteltiin tunneittain (Liite 2), väkivaltatilanteita oli eniten 15:00 – 15:59 välillä (N= 63, 13,9 %). Seuraavat esiin nousseet yhden tunnin pituiset ajanjaksot olivat kello 17:00 - 17:59 (N= 45, 9,9 %), kello 18:00 - 18:59 (N= 43, 9,5 %), kello 20:00 - 20:59 (N= 40, 8,8 %), kello 14:00 - 14:59 (N= 38, 8,4 %) sekä kello 09:00 - 09:59 (N= 34, 7,5 %). Nämä yhteensä kuusi yhden tunnin pituista yksittäistä ajanjaksoa käsittivät reilusti yli puolet (N= 264, 58,4 %) koko vuorokauden väkivaltatilanteista.

Taulukko 2. Kiinnipitotilanteisiin liittyvät ajat jaksoittain.

Aika jaksoittain	Määrä	%
Ei aikaa	1	
Aamu (07:00 - 10:59)	84	18,6
Päivä (11:00 - 14:59)	103	22,8
Iltapäivä (15:00 - 18:59)	172	38,0
Ilta (19:00 - 22:59)	91	20,1
Yö (23:00 - 02:59)	1	0,2
Aamuyö (03:00 - 06:59)	1	0,2
Yhteensä	452	100,0

6.3 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtumapaikka

Kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita tapahtui kaikissa EVA-yksikön tiloissa. Yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita tapahtui nuoren huoneessa (N= 205, 45,4 %). Toiseksi yleisimmin kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita tapahtui osaston käytävällä (N= 114, 25,3 %) ja kolmanneksi yleisimmin osaston yleisissä tiloissa (N= 64, 14,2 %). Alle 10 % kiinnipitoon johtaneista väkivaltatilanteista tapahtui osaston yleisissä tiloissa (N= 29, 6,4 %), yksikön ulkopuolisissa tiloissa (N= 17, 3,8 %), osaston ulkopuolisissa tiloissa (N= 12, 2,7 %) ja henkilökunnan työtiloissa (N= 10, 2,2 %). Kahdessa lomakkeessa ei ollut merkintää paikasta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kiinnipitotilanteisiin liittyvät paikat.

Paikka	Määrä	%
Ei paikkatietoa	2	
Nuoren huone	205	45,4
Osaston käytävä	114	25,3
Osaston yleiset tilat	64	14,2
Osaston yhteiset tilat	29	6,4
Yksikön ulkopuoliset tilat	17	3,8
Osaston ulkopuoliset tilat	12	2,7
Henkilökunnan työtilat	10	2,2
Yhteensä	451	100,0

6.4 Pakkotoimien käyttö kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa

Yleisin pakkotoimenpide oli hoidollinen kiinnipittäminen (sisältäen turvamattohoidon) (taulukko 4). Pelkkiä kiinnipitoja oli yhteensä 354 (78,1 %) ja kiinnipitoja sekä jonkun/joidenkin toisen pakkotoimenpiteen yhdistelmiä oli 94 (20,6 %). Toiseksi yleisin pakkotoimenpide oli sitominen (leposide). Pelkkiä sitomisia oli 3 (0,7 %) ja sitomisen sekä jonkun/joidenkin toisen pakkotoimenpiteen yhdistelmiä oli 77 (17 %). Kolmanneksi yleisin pakkotoimenpide oli tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus (esimerkiksi lääkkeen anto). Pelkkiä tahdonvastaisia lääkkeen antoja ei ollut yhtään vaan se liittyi aina johonkin muuhun pakkotoimenpiteeseen. Tällaisia yhdistelmiä oli 16 (3,5 %). Neljänneksi yleisin pakkotoimenpide oli omaisuuden haltuunotto. Pelkkiä omaisuuden haltuunottoja ei ollut yhtään vaan omaisuuden haltuunotto liittyi aina johonkin toiseen pakkotoimenpiteeseen. Tällaisia yhdistelmiä oli 6 (1,3 %). Viidenneksi yleisin pakkotoimenpide oli potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen. Pelkkiä potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastamisia oli 1 (0,2 %). Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastamisten ja jonkun/joidenkin toisen pakkotoimenpiteen yhdistelmiä oli 3 (0,6 %). Pelkkiä henkilöntarkastuksia ja –katsastuksia ei ollut yhtään, vaan ainoastaan kerran oli tehty henkilöntarkastus kiinnipidon yhteydessä.

Kiinnipitoja oli siis 448 tilanteessa 453 tilanteesta (98,9 %). Kiinnipitotilanteista yleisin oli kiinnipidon lisäksi toteutettu sitominen. Tällaisia tilanteita oli 73 tilannetta 448 tilanteesta (16,3 %). Toiseksi yleisin yhdistelmä oli kiinnipidon lisäksi toteutettu tahdonvastainen lääkkeen anto (N= 12, 2,7 %) ja kolmanneksi yleisin oli kiinnipidon, sitomisen (leposide) ja tahdonvastaisen lääkkeen annon yhdistelmä (N= 3, 0,7 %). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kiinnipitotilanteissa käytetyt pakkotoimenpiteet.

Pakkotoimenpide	Määrä	%
Kiinnipito (300)	354	78,1
Kiinnipito ja leposide-eristys (300+500)	73	16,1
Kiinnipito ja tahdonvastainen lääkitys (300+100)	12	2,6
Leposide-eristys (500)	3	0,7
Kiinnipito, leposide-eristys ja tahdonvastainen lääkitys (300+500+100)	3	0,7
Kiinnipito, omaisuuden haltuunotto (300+600)	2	0,4
Kiinnipito, omaisuuden haltuunotto ja tahdonvastainen lääkitys (300+600+100)	1	0,2
Kiinnipito, omaisuuden haltuunotto ja potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (300+600+700)	1	0,2
Kiinnipito ja henkilöntarkastus ja -katsastus (300+800)	1	0,2
Kiinnipito, leposide-eristys ja omaisuuden haltuunotto (300+500+600)	1	0,2
Omaisuuden haltuunotto ja potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (600+700)	1	0,2
Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (700)	1	0,2
Yhteensä	453	100,0

6.5 Henkilökunnan osallistuminen kiinnipitoon johtaneisiin väkivaltatilanteisiin

Kiinnipitoon johtaneisiin väkivaltatilanteisiin osallistui 2-11 henkilöä jokaista yksittäistä tilannetta kohden. Kaiken kaikkiaan henkilökuntaa väkivaltatilanteissa osallisena oli yhteenlaskettuna 1470 eli keskimäärin yhdessä väkivaltatilanteessa osallisena oli 3,2 henkilökunnan edustajaa. Tilanteisiin osallistui monien eri ammattiryhmien edustajia: sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia, toimintaterapeutti, nuoriso-ohjaaja, opettaja, vartijoita sekä sairaanhoitajaopiskelija.

Yleisimmin kiinnipitoon johtaneeseen väkivaltatilanteeseen osallistui kaksi (N= 158, 34,9 %) tai kolme (N= 152, 33,6 %) henkilökunnan edustajaa. Kolmanneksi yleisimmin tilanteisiin osallistui neljä henkilökunnan edustajaa (N= 77, 17 %). Alle 10 % kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa osallisena oli viisi (N= 34, 7,5 %), kuusi (N= 16, 3,5 %), seitsemän (N= 10, 2,2 %) ja kahdeksan (N= 3, 0,7 %) henkilökunnan edustajaa. Tilanteita joihin osallistui enemmän kuin kahdeksan henkilökunnan edustajaa oli ollut kolme. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Henkilökunnan osallistuminen kiinnipitotilanteissa.

Ihmisiä	Määrä	%
2	158	34,9
3	152	33,6
4	77	17,0
5	34	7,5
6	16	3,5
7	10	2,2
8	3	0,7
9	1	0,2
10	1	0,2
11	1	0,2
Yhteensä	453	100,0

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tarkoitus on pyrkiä yleistämään. Jotta tuloksia voitaisiin yleistää, ne olisivat luotettavia ja niiden voitaisiin katsoa edustavan koko perusjoukkoa, täytyy havaintoyksiköitä olla riittävästi. (Kananen 2008, 10; Koivula ym., 2002, 37). Tämän tutkimuksen perusjoukko oli EVA-yksikön kaikki koko vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeet” (kts. Liite 1). Tutkimuksessa ei käytetty varsinaista otantamenetelmää, vaan vuoden 2011 kiinnipitolomakkeille tehtiin kokonaisotanta (Vilka, 2007, 52; Vilka, 2005, 78). Havaintoyksiköinä olivat näille lomakkeille kerätyt tiedot; kiinnipitotilanteiden kokonaislukumäärä, aika, paikka, pakotoimenpiteet ja henkilökunnan osallistuminen.

Kvantitatiivista tutkimusta tehdessä on tärkeää arvioida validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla, eli pätevyydellä, tarkoitetaan sitä onko tutkimuksessa saatu tietoa juuri siitä asiasta mitä on ollut tarkoitus mitata. Mittarin sisäinen validiteetti kertoo siitä mitaako mittari todellisuudessa sitä asiaa tai ilmiötä jota sen on tarkoituskin mitata sekä systemaattista luotettavuutta. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä kuinka hyvin saadut tutkimustulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–153; Heikkilä 2008, 29; Kananen 2008, 83.) Sisäisen validiteetin onnistumista on lähes mahdotonta arvioida aukottomasti, mutta määrittelemällä käsitteet ja dokumentoimalla koko tutkimusprosessi tarkasti voidaan pyrkiä poistamaan sisäistä validiteettia pienentäviä tekijöitä. (Kananen 2008, 84). Hyvin valitulla ja pätevällä mittarilla saadut tulokset ovat yleensä oikeita. Tutkimuslomakkeen tuleekin yksiselitteisesti mitata oikeita asioita tutkimusongelmiin vastaten. Myös riittävän tarkka perusjoukon valitseminen sekä tarkoituksenmukaisen otoksen saaminen edesauttavat validiteettia. (Heikkilä, 2008, 30.) Koska tässä tutkimuksessa mukana ollut osasto on ainutlaatuinen, ei tuloksia voida yleistää koskemaan muiden osastojen kiinnipitotilanteita. Koska otannassa oli kokonaisen vuoden ajalta tilanteita, voidaan sen olettaa kuvaavan kattavasti osaston kiinnipitotilanteita yleensä ja tulokset ovat näin yleistettävissä perusjoukkoon.

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja sitä kuinka pysyviä tutkimuksen tulokset ovat ja sitä voisiko samalla mittarilla saada samansuuntaisia tuloksia myös toisesta aineistosta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–153; Heikkilä 2008, 30). Tutkimuksen tulokset eivät siis saa olla sattumanvaraisia ja se tulisi olla toistettavissa samankaltaisin tuloksin. Tulosten ei kuitenkaan pidä olettaa olevan yleistettävissä vuosien päästä tai toisessa kulttuurissa. Tulosten sattumanvaraisuuteen taas vaikuttaa pieniotoskoko ja mahdollinen kato. Otos tulee myös valita siten, että se edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2008, 30-31.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden osoittaminen ja todentaminen on suhteellisen yksinkertaista. Riittää että tutkimuksen kaikki vaiheet on dokumentoitu tarkasti, tutkimuksen vaiheet ovat toistettavissa ja ratkaisut perusteltu, jotta prosessin aukottomuus on todettavissa. (Kananen 2008, 83.) Kokonaisotannalla saatiin tässä tutkimuksessa kattavaa tietoa koskien kyseisen osaston kiinnipitotilanteita ja niiden esiintymiseen liittyviä seikkoja, joita voidaan hyödyntää kyseisen osaston toimintaa suunniteltaessa jatkossa. Perusjoukolle tehdyn kokonaisotannan voidaan siis katsoa vastanneen tutkittavan ilmiön tutkimusongelmaan. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin myös vastaukset eikä lomakkeissa ollut katoa, joten nämä seikat puhuvat tutkimuksen luotettavuuden puolesta. Tutkimus on myös helposti toistettavissa tutkimuksen kohteena olleessa yksikössä koska samat lomakkeet ovat siellä edelleen käytössä. Samalla aineistolla toistettuna tutkimuksen tulosten voidaan olettaa pysyvän samankaltaisina.

Tätä tutkimusta varten ei tehty tai kehitetty uutta mittaria. Tutkimuksessa analysoitiin EVA-yksikön vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeet”. Lomakkeita on täytetty EVA-yksikössä sen alusta asti, vuodesta 2003 lähtien. Jokainen henkilökuntaan kuuluva saa lomakkeen täyttöönsä perehdytyksen ja niiden täyttöä valvotaan sekä seurataan. Lomakkeet käydään läpi moniammatillisissa tilaisuuksissa säännöllisesti. Lomakkeen täyttö on siis juurtunut vuosien aikana hyödylliseksi ja jokapäiväiseksi työvälineeksi EVA-yksikköön. Lomakkeet oli pääsääntöisesti täytetty huolellisesti, mutta tästä huolimatta kohta ”koodit” oli täyttämättä 53 lomakkeesta (11,7 %). Potilaille toteutetut pakkotoimet olivat kumminkin helposti löydettävissä muualta lomakkeista, joten tätäkään kautta katoa ei päässyt muodostumaan. Lomakkeista saatiin tutkimuskysymyksiä vastaavat tiedot eli juuri ne tiedot ilmiöstä ja asiasta, joita oli tarkoitus mitatakin.

Tutkimuksen aineisto koostuu lomakkeista ajalta jolloin työskentelin itse EVA-yksikössä. Tutkimusprosessin alkaessa olin siirtynyt jo toiseen yksikköön töihin. En siis ole voinut tarkoituksellisesti itse mitenkään vaikuttaa tutkimusaineiston muodostumiseen tai tutkimuksen tuloksiin. Tähän tutkimukseen valikoitiin vuoden 2011 ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeeseen” dokumentoidut kiinnipidot, koska vuoden 2011 aineisto oli jo kokonaisuudessaan saatavilla tutkimuksen alkuvaiheesta. Tutkijana aineistoa käsitellessäni olen pyrkinyt käsittelemään tutkimusaineistoa mahdollisimman objektiivisesti.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekeminen on inhimillistä ja tutkimuksen tekijän arvoihin perustuvaa toimintaa. Tutkimuksen pääsääntöisenä tarkoituksena on löytää eri tieteenaloilla totuus tutkittavasta asiasta tieteellisesti hyväksytyillä, luotettavilla ja eettisillä tavoilla. Erilaisien eettisten ratkaisujen pohtiminen on hyvin tärkeää varsinkin tieteenaloissa, joilla tutkitaan inhimillistä toimintaa ja tiedonlähteenä käytetään toista ihmistä tai toisen ihmisen tuottamaa materiaalia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 290.) Tässä tutkimuksessa aineistona olivat hoitohenkilökunnan täyttämät lomakkeet. Lomakkeiden täyttöhetkellä ei ole ollut tiedossa, että ne joskus tulevat päätymään tutkimuskäyttöön, joten niistä saadun tiedon voidaan olettaa olevan hyvin todellisuutta kuvaavaa. Toki myös ammattieettisesti hoitajien niihin merkitsemien tietojen tulee olla todenmukaisia myös potilaan oikeuksien näkökulmasta.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet linjaavat hyvän tieteellisen käytännön, joka toimii perustana hyvälle tutkimusetiikalle. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimuksen teon vaiheissa. Tutkimuksen tulee olla hyvin suunniteltu ja raportoitu riittävän yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkija ei saa käyttää tutkijan asemaa tai tutkimustuloksia oman etunsa ajamiseen eikä vaikuttaa kanssaihminen asemaan tutkimuksellaan. Tutkimustulokset on raportoitava niin, ettei niistä tunnista yksittäistä vastaajaa. Tutkijan on pidättäydyttävä vain tutkimuksen tuloksien osoittamissa faktoissa ja sisällytettävä tulosten tulkintaan myös yhteiskunnallinen merkitys tutkimuksen tekemiselle (Heikkilä 2008, 178; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132-133.) Tässä tutkimuksessa

kaikki toiminta lupakäytäntöineen on hoidettu ja pyritty kuvaamaan myös tähän raporttiin mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Tutkimustulokset itsessään eivät tuota tämän tutkimuksen tekijälle hyötyä niin taloudellisen kuin muunkaan edun nimissä. Tutkimuksen tulokset ovat sidoksissa hyvin erityisen yksikön toimintaan. Tutkimuksen tekijällä ei enää ole vahvaa sidonnaisuutta kyseiseen yksikköön työsuhteen muodossa, koska on jo siirtynyt toiseen yksikköön työskentelemään. Sen sijaan kyseiselle yksikölle tulosten toivotaan olevan hyödynnettävissä jatkosuunnitelmia tehdessä yksikön toimintaan liittyen.

Viime vuosina on alettu enenevissä määrin hyödyntämään erilaisia potilasrekistereitä, potilaan hoitoon liittyviä asiakirjoja ja potilasdokumentteja tutkimusaineistona. Tämä on aiheuttanut tavallaan tutkimuseettisen ongelmankohdan koska on eettisesti haasteellista jos potilas ei ole ollut tietoinen joko ennen, hoitosuhteen aikana tai sen jälkeen, että hänen hoitoonsa liittyviä tietoja käytetään tai tullaan käyttämään tutkimusmateriaalina. Tämänkaltaisissa tapauksissa tutkimusluvan myöntäjän rooli, merkitys ja vastuu tietojenluovutuksesta korostuvat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 179.)

Tähän tutkimukseen anottiin ja saatiin asianmukaiset tutkimusluvat sekä potilastietojen luovutus- ja käyttöluvut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyöluvan päätöksen edellyttämien ehtojen mukaisesti potilasasiakirjojen anonymiteetin toteutuminen varmistettiin sekä tulokset raportoitiin niin, että potilastiedot eivät ole tunnistettavissa. Tutkimuksen kvantitatiivinen luonne ja tulosten esittämistapa eivät mahdollista yksittäisen potilaan tunnistamista, aineisto on käsitelty numeerisesti. Lupa yksikön nimen mainintaan otsikossa sekä ”Kiinnipitämistilanteiden seurantalomakkeen” käyttöön tämän tutkimuksen julkaisun ja raportoinnin yhteydessä saatiin ylihoitajalta. Tutkimuksessa käytettyjä lomakkeiden kopioita ei kuljetettu sairaala-alueen ulkopuolelle ja niitä säilytettiin lukitussa tilassa. Analysoinnin ja raportoinnin jälkeen kopiot lomakkeista tuhottiin.

7.3 Tulosten tarkastelu

7.3.1 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden kokonaismäärä

Vastaavanlaista kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden esiintyvyyttä selvittävää tutkimusta ei ole Suomessa tehty, ja kansainvälisestikin tutkimuksia on hyvin vähän.

Van de Sande ym. (2011) tutkivat riskinarviointimenetelmien vaikuttavuutta aggressiotilanteiden esiintyvyyteen ja rajoittamistoimenpiteiden määrään sekä eristämisaikojen pituuteen. Tutkimusosastolla väkivaltatilanteita oli 49 10 viikon tutkimusjakson aikana (Van de Sande ym. 2011, 473).

Mustonen, Puhakka & Pulkkinen (2010) opinnäytetyössään kartoittivat väkivaltatilanteita Niuvanniemen sairaalassa vuonna 2009. Opinnäytetyössä kerättiin tiedot kahden osaston väkivaltatilanteista hoitajien kirjaamina. Väkivaltatilanteita näillä kahdella osastolla oli vuoden aikana yhteensä 146. Toisella osastolla väkivaltatilanteita oli selvästi enemmän vuoden aikana. Tällä osastolla väkivaltatilanteita oli 90 ja 3,5 potilaspaikkaa kohden. (Mustonen, Puhakka & Pulkkinen 2010, 26.)

Tässä tutkimuksessa kiinnipitoon johtaneita väkivaltatilanteita oli kaikkiaan 453, joka siis tarkoittaa 37,8 potilaspaikkaa kohden. Koska vastaavaa tutkimusta vastaavanlaisella osastolla ei ole aiemmin tehty on vaikea verrata luvun suuruutta esimerkiksi toisten osastojen väkivaltatilanteiden määrään. Myös EVA-yksikön erityisluonne saattaa vaikuttaa kokonaislukuun, mutta sitäkin on hyvin vaikea arvioida vastaavanlaisen tutkimuksen puuttuessa.

7.3.2 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtuma-aika

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin mitä aiemmat tutkimukset ovat esittäneet väkivaltatilanteiden tapahtuma-ajoista (Välimäki ym. 2013, 64; Cohen ym. 2008.) Väkivaltatilanteita tapahtui eniten iltapäivällä, iltaa kohden mentäessä väkivaltatilanteet laskivat lähes puolella iltapäivän luvuista ja yöllä väkivaltatilanteita ei ollut juuri lainkaan. Tulokset ovat lähes identtisiä Välimäen ym. (2013) tuloksien kanssa (Välimäki ym. 2013, 64). Tulokset sen sijaan eroavat Jansen ym. (2008) tuloksista, joiden mukaan eniten aggressiivista käytöstä kohdattiin ilta- ja yövuorojen aikana (Jansen ym. 2005, 10–12). Tässä tutkimuksessa ilta- ja yöaikaan väkivaltatilanteita oli yhteensä noin viidennes kaikista.

7.3.3 Kiinnipitoon johtaneiden väkivaltatilanteiden tapahtumapaikka

Paikat, joissa väkivaltatilanteita tapahtui, olivat joiltakin osin samansuuntaisia kuin Välimäki ym. (2013) tutkimuksen tuloksissa. Tässä tutkimuksessa pääosa väkivaltatilan-

teista tapahtui joko potilashuoneissa tai osaston käytävillä. Näissä kahdessa tilassa väkivaltatilanteita tapahtui yli 70 %. Eristystiloissa taas väkivaltatilanteita ei juuri tapahtunut toisin kuin Välimäki ym. (2013, 63) tutkimuksen tuloksissa. Tämä eroavaisuus tosin saattaa selittyä sillä, että Välimäen ym. (2013) tutkimuksessa mukana olleet osastot olivat aikuispsykiatrian osastoja, jotka eroavat tässä tutkimuksessa olleesta osastosta muun muassa eristysmahdollisuuksiltaan ja luonteeltaan. Esimerkiksi huone-eristystä, jonne Välimäen ym. (2013, 63) mukaan suurin osa väkivaltatilanteista sijoittui, ei EVA-yksikössä ole lainkaan. Välimäen ym. (2013) tutkimuksessa ei ilmennyt lainkaan hoitollisia kiinnipitoja potilaisiin kohdistettuina pakkotoimina mikä osaltaan saattaa johtua tiloihin liittyvistä eroavaisuuksista. Väkivaltatilanteen on saatettu kokea alkaneen vasta huone- tai leposide-eristys huoneessa, vaikka se on saattanut alkaa jo aiemmin muualla, mutta potilaaseen on jouduttu kohdistamaan pakkotoimia vasta nimenomaisissa paikoissa. (Välimäki ym. 2013, 63, 68.)

7.3.4 Pakkotoimien käyttö kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa

Kiinnipitoon johtaneissa väkivaltatilanteissa käytettiin monia erilaisia pakkotoimia sekä yksistään että eri pakkotoimien yhdistelmiä. Kiinnipitoja sekä jonkun/joidenkin toisen pakkotoimen yhdistelmiä oli 448 (98,9 %). Kiinnipidon voidaan siis katsoa kuuluneen lähes jokaiseen kiinnipitoon johtaneeseen väkivaltatilanteeseen vuonna 2011 EVA-yksikössä. Väkivaltatilanteita, jotka johtivat leposide-eristykseen oli 80 (17,7%). Tahdonvastainen lääkitys väkivaltatilanteissa annettiin 16 kertaa (3,5%).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportista ”Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011” mukaan vuoden 2011 aikana kaikista psykiatrisista erikoissairaanhoidon potilaista fyysistä kiinnipitoa koki 1,7% potilaista, leposide-eristystä 2,9% ja tahdonvastaisen injektion sai 2,2% potilasta. 14 – 17 –vuotiaiden osalta vastaavat luvut ovat fyysinen kiinnipito 2,8%, leposide-eristys 4,9% ja tahdonvastainen injektio 1,6%. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 10, 38.)

Lukuja ei voi verrata tämän tutkimuksen tuloksiin koska Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot ovat potilaskohtaisia kun taas tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää tilanteiden esiintyvyyttä yleisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Tarkasteltaessa taas pakkotoimien trendiä voidaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastosta

todeta, että pakkotoimia kokeneiden potilaiden määrä on laskenut vuodesta 2005 (17,5%) lähtien vuoteen 2011 (13%) (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 11; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006, 4).

EVA-yksikössä sen sijaan pakkotoimenpiteisiin johtavat väkivaltatilanteen näyttäisivät olevan kasvussa. Sekä kiinnipitotilanteiden (N= 448 vs. N= 595) että leposide-eristysten (N= 80 vs. N= 196) määrä on EVA-yksikössä kasvanut vuodesta 2011 vuoteen 2012. (Savolainen 2013, 100). Kiinnipitojen voidaan siis todeta vuosi tämän tutkimuksen jälkeen lisääntyneen reilusti yli neljänneksellä ja leposide-eristysten yli kaksinkertaistuneen.

7.3.5 Henkilökunnan osallistuminen kiinnipitoon johtaneisiin väkivaltatilanteisiin

Henkilökuntaa tilanteisiin osallistui kahdesta yli kymmeneen ihmiseen, yleisimmin 2-3 henkilöä yksittäistä tilannetta kohden. Eri ammattiryhmiä olivat sairaanhoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, toimintaterapeutti, nuoriso-ohjaaja, opettaja, vartija sekä sairaanhoitajaopiskelija. Bisconer (2006) on todennut, että noin 57–88% hoitajista on kohdannut väkivaltaista käytöstä työssään (Bisconer ym. 2006, 516.) Välimäki ym. (2013) mukaan psykiatriset hoitajat ovat merkitsevästi alttiimpia joutua tilanteisiin, joihin liittyy paikkojen rikkomista, esineillä heittäilyä, fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai aseella uhkaamista. 35% psykiatrisista hoitajista koki vuoden 2012 aikana fyysistä väkivaltaa, 59% psyykkistä väkivaltaa (esimerkiksi uhkailua), 46% oli tilanteessa, johon liittyi paikkojen rikkomista sekä esineiden heittäilyä ja 5% joutui uhatuksi joko lyömä- terä- tai ampuma-aseella. (Välimäki ym. 2013, 60.) Tässä tutkimuksessa henkilökuntaa osallisena kaikki tilanteet yhteenlaskettuna oli yhteensä 1470 henkilökunnan edustajaa. Vastaavia tutkimuksia vertailukohteeksi ei löytynyt mutta tulee pohtia, että osallistuuko tilannetta kohden kiinnipitoihin riittävä määrä henkilökuntaa. Monet tavanomaiset kiinnipidot eri asennoissa vaativat vähintään 3-5 työntekijää, jotta niitä voidaan toteuttaa turvallisesti ja aggression hoidollisen hallinnan ideologiaa mukaillen. (MAPA-Finland 2012.)

7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Yksikkötasolla tutkimus olisi hyvä toistaa jonkin ajan kuluttua ja tarkastella mahdollisia muutoksia. Lomakkeita itsessään voisi hyödyntää edelleen rajoitusten kestoja ja esimerkiksi kiinnipitoasentojen kartoittamiseksi. Lomakkeista voisi myös tutkia EVA-yksikössä käytössä olevan turvamattohoidon vaikuttavuutta, esimerkiksi analysoimalla onko pelkän hoidollisen kiinnipidon ja turvamattohoidon välillä yhteyttä leposideeristysten määrään. Myös debriefingkeskusteluosion analysointi tuottaisi hyvää informaatiota potilaiden kokemuksista pakkotoimista.

Kehittämisehdotuksena tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää resurssien ja toiminnan kohdentamiseen sekä uusien tilojen rakenteelliseen suunnitteluun. Panostamalla ennakointiin tai muuttamalla yksikön toimintaa aikoina, jolloin väkivaltatilanteita yleisimmin esiintyy, voidaan pakon käyttöä mahdollisesti vähentää. Olisi myös hyvä pohtia minkä vuoksi väkivaltatilanteita yleisimmin tapahtuu juuri potilaan omassa huoneessa ja minkälaisen toiminnan kehittämisen avulla nuorelle voitaisiin tehdä omasta potilashuoneesta turvallisempi ja väkivallattomampi paikka.

LÄHTEET

Bisconer, S., Green, M., Mallon-Czajka, J. & Johnson, J. 2006. Managing aggression in a psychiatric hospital using a behavior plan: a case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13/2006, 515-521.

Cohen, D.P., Akhtar, M.S., Siddiqui, A., Shelley, C., Larkin, C., Kinsella, A., O'Callaghan, E., Lane, A. 2008. Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *The Psychiatrist* 2008; 32, 455-458.

Ellilä, H. 2005. Väkivaltaan ei saa tottua. *Sairaanhoitaja-lehti*. 6-7/2005, pääkirjoitus.

Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö (EVA-yksikkö). 2010. TAYS. Osastoesite.

Finlex. 2014. Luettelo mielenterveyslain 4 a luvun rajoituksista. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/data/normit/29777-luettelo2.pdf>

Hankonen, R. 2007. Palapeli väkivaltaa vastaan. *Tehy* 15/2007, 20–23.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hottinen, A. 2013. Containment Measures in Adolescent Psychiatric Care - Focus on Mechanical Restrain. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Jansen, G., Danssen, T. & Groot Jebbinik, G. 2005. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12/2005, 3-13.

Kaltiala-Heino, R., Työläjärvä, M., Kahila, K., Niemi, S. & Pilli, M. 2004. Vaativien kiihtymystilanteiden arviointi ja aggressiohallinnan parantaminen psykiatrisella osastolla. *Suomen lääkärilehti* 42/2004, 4017–4021.

Kaltiala-Heino, R., Berg, J., Selander, M., Työläjäarvi, M. & Kahila, K. 2007 Aggression Management in an Adolescent Forensic Unit. *International journal of forensic mental health*. 6 (2), 147 – 157.

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Keiski, P. 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry - A Persistent Challenge over Time. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: possible – opas opinnäytetyön tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1.

Lagerspetz, K. 1992. Onko ihminen luonnostaan väkivaltainen? *Duodecim* 1992; 108(3):214.

Lauerma, H. 2001. Aggressiivisen potilaan kohtaaminen. *Suomen lääkäri* 9/2001, 1019-1021.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

MAPA-Finland. 2012. Luettavissa: <http://www.mapafinland.fi>

Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. 2006. Aggressive behavior in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 19-25.

Meren, P., Pilli, M., Uusitalo, T. 2002. © AHHA TAYS. Toimintaohje.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. www.finlex.fi.

Mustonen, M., Puhakka, M., & Pulkkinen H. 2010. Hoitajien kirjaamat väkivaltatilanteet Niuvanniemen sairaalan interventio-osastoilla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. 1999. Violence in mental health care: experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing* 30, 934-941.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2010. EVA -yksikön osastoesite.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Ohjausyksiköiden esitteet. Nuorisopsykiatrian vastualue. Nuorisopsykiatrian EVA-yksikkö. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=18809&GUID={D4C11091-8E8C-4B3B-9527-A3CAF18B6F0D}>

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatriassa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Pitkänen, A., Laijärvi, H. & Välimäki, M. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatriassa hoitotyössä. *Hoitotiede* 4/2005, 239–248.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.

Savolainen, J. 2013. Aggression Replacement Training-toiminnan kehittäminen Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoitoyksikössä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Schulman, G. 2004. Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Suomen lääkäri-lehti 3/2004, 149–155.

Soisalo, R. 2011. Väkivaltaan ei saa turtua. Suomen Lääkärilehti 66 (19), 1560-1561.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2006. Psykiatrian erikoissairaanhoito 2005. Tilastotiedote 24/2006. Suomen virallinen tilasto, Helsinki.

Taipale, J., Välimäki, M. 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä –katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede 4/2002, 167-180.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2013. Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2011. Tilastoraportti 4/13. Suomen virallinen tilasto, Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

van de Sande, R., Nijman, H., Noorthoorn, Wierdsma, E., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder, C. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assesment. The British Journal of Psychiatry 2011, 199:473-478.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Pounen, M & Vehviläinen-Julkunen, K (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Helsinki.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A. 2003. Uhkaavasti käyttäytyvän asiakkaan kohtaaminen. Teoksessa: Saarelainen, R, Stengård, E & Vuorio-Kemilä, A (toim.). Mielenterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 175–181. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M., Lantta, T., Anttila, M., Pekurinen, V., Alhonkoski, M., Suvanne, T., Laine, A., Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. (Hanke 111298) loppuraportti. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A66.

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

LITTEET

Liite 1. Kiinnipitämistilanteiden seurantalomake

1 (4)



Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten
PSYKIATRINEN TUTKIMUS- JA HOITOYKSIKKÖ

1

20.12.2012

Kiinnipitämistilanteiden seurantalomake

Tämän lomakkeen täyttää **kiinnipitämistilanteesta vastaava hoitaja** joka kerta, kun on jouduttu potilaan kiinnipitotilanteeseen.

[illegible]

2 (4)



Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten
PSYKIATRINEN TUTKIMUS- JA HOITOYKSIKKÖ

2

20.12.2012

ASENTO Ympyröi sarakkeessa 1 kaikki asennot, joissa potilasta pideltiin tilanteen aikana. Sarakkeeseen 2 merkitään se asento, jossa potilas oli suurimman osan ajasta.			Suojavaatteiden tai muiden suojien käyttö: Joutuiko kukaan henkilökunnasta käyttämään suojavaatteita tai muita suojavarusteita? Kyllä ____ (mitä: _____) Ei ____																																
Istumassa tuolissa / sohvalla 1 2 Istumassa sängyllä 1 2 Istumassa lattialla 1 2 Polvillaan lattialla 1 2 Makuulla sängyllä, kasvot ylöspäin 1 2 Makuulla sängyllä, kasvot alaspäin 1 2 Makuulla lattialla, kasvot ylöspäin 1 2 Makuulla lattialla, kasvot alaspäin 1 2 Seisoi 1 2 Käveli paikasta toiseen 1 2 Matossa 1 2	Tilanteessa syntyneet vammat: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Potilas</th> <th>Vamma</th> <th>Työntekijä</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>Ei näkyviä vammoja</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Mustelma/punotus</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Turvotus</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Nirhauma/viiltohaava</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Avohaava</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Naarmut</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Hankaus/palovammat</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Palovammat/kuumakosketuksesta</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Muut - tarkenna</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>					Potilas	Vamma	Työntekijä	_____	Ei näkyviä vammoja	_____	_____	Mustelma/punotus	_____	_____	Turvotus	_____	_____	Nirhauma/viiltohaava	_____	_____	Avohaava	_____	_____	Naarmut	_____	_____	Hankaus/palovammat	_____	_____	Palovammat/kuumakosketuksesta	_____	_____	Muut - tarkenna	_____
Potilas	Vamma	Työntekijä																																	
_____	Ei näkyviä vammoja	_____																																	
_____	Mustelma/punotus	_____																																	
_____	Turvotus	_____																																	
_____	Nirhauma/viiltohaava	_____																																	
_____	Avohaava	_____																																	
_____	Naarmut	_____																																	
_____	Hankaus/palovammat	_____																																	
_____	Palovammat/kuumakosketuksesta	_____																																	
_____	Muut - tarkenna	_____																																	
Välittömät jatkotoimenpiteet: Tarvittava lääke, suun kautta ____ pistoksena ____ Lääkäri paikalla ____ Vastuuhoitaja paikalla ____ Vuorovaikutukseen perustuva de-eskalaatio ____ Hoitaja(t) valvoi(vat) omassa huoneessa ____ Hoitaja(t) valvoi(vat) rauhoittumishuoneessa ____																																			

3 (4)



Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten
PSYKIATRINEN TUTKIMUS- JA HOITOYKSIKKÖ

3

20.12.2012

Leposide-eristys alkoi kello: _____	
Leposide-eristyksestä vastaava lääkäri: _____	
Leposide-eristyksen kokonaiskesto _____	
Miten potilas voi leposidetilanteen aikana, psyykkinen tila, erityistä _____	

Mikä auttoi potilasta leposidetilanteen aikana? _____	

Mikä kiihdytti potilasta leposidetilanteen aikana? _____	

Muuta mainittavaa _____	

Tilanne käyty läpi hoitavan lääkärin kanssa (pvm, kuvaus): _____	

De-briefing potilaan kanssa (pvm, kuvaus): _____	

Lisätietoja: lisätietoja mahdollisista vammoista, suojavaatteiden yms. käyttö ja muut mahdolliset lisätiedot _____	

Seurantalomake täytetty, pvm: _____	Tilanteesta vastaavan hoitajan nimi: _____
Leposidetilanne merkitty lääninhallituksen ilmoituslomakkeeseen pvm _____	Allekirjoitus: _____
Tilanne merkitty yksikkökohtaiseen luetteloon rajoituksista pvm _____	

4 (4)



Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten
PSYKIATRINEN TUTKIMUS- JA HOITOYKSIKKÖ

4

20.12.2012

EVA-yksikkö / Stone Institute of Psychiatry, Northwestern Memorial Hospital, Chicago

Potilaan debriefingkeskustelu fyysisen rajoitustilanteen jälkeen

Potilas: _____ pvm: _____

Tilanteessa käytettiin: pitelyä _____ mattoa _____ lepositeitä _____

- hoitaja keskustelee nuoren kanssa rajoitustilanteesta tämän rungon avulla mahdollisimman pian pitely, matto- tai leposidetilanteen jälkeen; kirjataan vastaukset
 - tavoitteena on terapeuttisesti jäsentää tilannetta, jossa nuori menetti hallinnan ja henkilökunta joutui käyttämään fyysistä väliintuloa tavalla tai toisella
 - kysymykset voi muotoilla toisinkin, pääasia, että nuori ymmärtää
1. Olisiko henkilökunta voinut millään muulla keinolla auttaa sinua saavuttamaan itsehillintäsi ennen kuin sinua rajoitettiin pitelemällä / matolla / lepositeillä (mainitse oikea)? kyllä _____ ei _____
 2. Yrititkö itse antaa muille jotain vihjettä, että tarvitsisit erityistä huomiota tai apua tai että aloit tuntea menettäväsi tilanteen hallinnan? kyllä _____ ei _____
 3. Tiedätkö, miksi henkilökunta arveli sinun tarvitsevan pitelyä / mattoa / lepositeitä?
 4. Oliko mielestäsi rajoitustilanteen (pitelyn, sitomisen, leposide) kesto sopiva? kyllä _____ ei _____
Arveltko itse, että se olisi voitu lopettaa jo aikaisemmin? kyllä _____ ei _____
 5. Tämä rajoitustilanne kesti _____ minuuttia. Miten se sujui sinun kannaltasi?
 6. Mitä mieltä olet tilanteesta saamastasi huolenpidosta:
Otettiin tarpeesi huomioon? (jano, virtsaamistarve yms.)? kyllä _____ ei _____
Kohdeltiin sinua kunnioittavasti? kyllä _____ ei _____
Huolehdittiin yksityisyydestäsi? kyllä _____ ei _____
Sattuiko sinua johonkin? kyllä _____ ei _____
• jos sattui: mihin, minkä takia, miten olisi voitu välttää kipua?
 7. Mikä tässä rajoitustilanteessa (pitely / matto / leposide) auttoi sinua eniten?

Mikä auttoi vähiten?
 8. Olisimmeko voineet jotenkin helpottaa normaalitilanteen palautumista? (palaamista yhteisiin tiloihin, toisten nuorten joukkoon)?

Liite 2. Väkivaltatilanteet tunneittain tarkasteltuna.

Kellonaika	Määrä	%
Ei aikaa	1	
00:00 - 00:59	1	0,2
01:00 - 01:59	0	0
02:00 - 02:59	0	0
03:00 - 03:59	0	0
04:00 - 04:59	0	0
05:00 - 05:59	0	0
06:00 - 06:59	1	0,2
07:00 - 07:59	2	0,4
08:00 - 08:59	23	5,1
09:00 - 09:59	34	7,5
10:00 - 10:59	25	5,5
11:00 - 11:59	25	5,5
12:00 - 12:59	17	3,8
13:00 - 13:59	23	5,1
14:00 - 14:59	38	8,4
15:00 - 15:59	63	13,9
16:00 - 16:59	21	4,6
17:00 - 17:59	45	9,9
18:00 - 18:59	43	9,5
19:00 - 19:59	29	6,4
20:00 - 20:59	40	8,8
21:00 - 21:59	20	4,4
22:00 - 22:59	2	0,4
22:00 - 22:59	0	0
Yhteensä	452	100,0

Liite 3. Pakkotoimien koodit

100	Tahdonvastaisesti toteutettu hoitotoimenpide ja/tai tutkimus (esim. lääkkeen anto, sisältää myös raajojen liikkeitä osittain rajoittavat vaatteet)
200	Liikkumisvapauden rajoittaminen
300	Hoidollinen kiinnipitäminen
400	Eristäminen muista potilaista
500	Sitominen (leposide)
600	Omaisuuuden haltuunotto
700	Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen
800	Henkilöntarkastus ja -katsastus
900	Yhteydenpidon rajoittaminen

(Finlex, 2014)