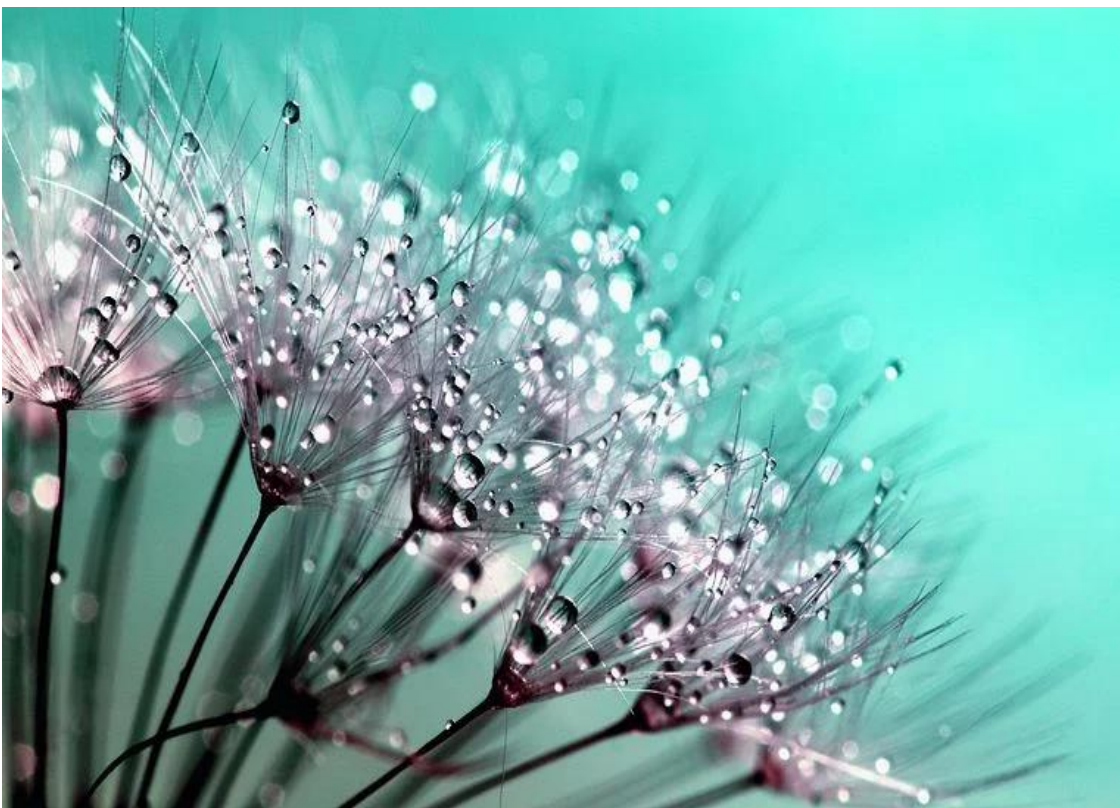


Huotari Hanna ja Karppinen Jenni

”Psykiatrisesta hoitotahdosta ei tiedetä”

-Hoitohenkilökunnan kokemuksia psykiatrisesta hoitotahdosta



Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö

Syksy 2020



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijät: Huotari Hanna ja Karppinen Jenni

Työn nimi: ”Psykiatrisesta hoitotahdosta ei tiedetä” -Hoitohenkilökunnan kokemuksia psykiatrisesta hoitotahdosta

Tutkintonimike: Sairaanhoidaja (AMK)

Asiasanat: psykiatrinen hoitotahto, itsemääräämisoikeus, psykoosisairaudet, potilaan oikeudet

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärä kasvaa vuosittain. Suhtautuminen mielenterveysongelmiin on muuttunut ymmärtäväisemmäksi tietämyksen lisääntyessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate on potilaan itsemääräämisoikeus. Se korostaa potilaan vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumiseen, ja oikeutta hoidosta tai hoitotoimenpiteistä kieltäytymiseen. Psykiatrinen hoitotahto on keino itsemääräämisoikeuden toteutumisen edistämiseksi ja osallisuuden lisäämiseksi. Se on kehitetty vahvistamaan potilaan itsemääräämisoikeutta tilanteissa, joissa potilas ei ole itse kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Psykiatrisen hoitotahdon käyttäminen antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa omaa hoitoaan koskevissa asioissa. Psykiatrinen hoitotahto ei kuitenkaan kumoa mielenterveyslakia, ja sen tekeminen edellyttää tekijältä riittävää ymmärrystä hoitotahdon merkityksestä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia haasteita ja ratkaisuehdotuksia Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoidon yksiköiden hoitohenkilökunnalla on psykiatrisen hoitotahdon toteuttamiseen. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, millaisena hoitohenkilökunnan jäsenet kokevat psykiatrisen hoitotahdon käyttämisen ja millaisia haasteita siihen liittyy. Aineiston keräsimme ryhmäistunnolla 635 -menetelmää käyttäen. Tässä menetelmässä aineisto koostuu toistensa kanssa kirjoittamisen avulla vuorovaikutuksessa olevien osallistujien tekstien pohjalta. Opinnäytetyö on laadullinen ja sen aineisto käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysimenetelmän mukaisesti.

Opinnäytetyön aineiston mukaan suurimpina ongelmina psykiatrisen hoitotahdon käytössä koettiin potilaan psyykinen vointi ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden tiedon vähäisyys. Haasteellisenä koettiin myös psykiatrisen hoitotahdon puheeksi otto ja sen ajankohta. Ratkaisuksi ehdotettiin potilaan psyykkisen voinnin arviointia työryhmässä sekä psykiatrisesta hoitotahdosta tiedottamisen ja puheeksi oton ajankohdan määrittelyn.

Jatkotutkimuksena voisi tutkia potilaiden ja omaisten tiedonpuutetta tai kokemuksia hoitotahdosta. Tämän opinnäytetyön pohjalta olisi myös mahdollista tehdä tuotteistettu opinnäytetyö, jossa tehtäisiin psykiatrisen hoitotahdon käytöstä opetusvideo tai koulutustapahtuma.

Abstract

Authors: Huotari Hanna and Karppinen Jenni

Title: "Psychiatric advance directive is relatively unknown" -nursing staff's experiences of psychiatric advance directive

Degree programme in: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: psychiatric advance directive, self-determination, psychotic illnesses, patient rights

The number of patients in specialist psychiatric care is growing every year. Attitudes towards mental health problems have become more understanding as knowledge has increased. The guiding principle in social and health care is the patient's right to self-determination. It emphasizes the patient's willingness to seek treatment voluntarily and the right to refuse treatment or treatment measures. The psychiatric advance directive is an excellent tool for realizing and promoting patients' self-determination and increasing inclusion. It has been developed to strengthen the patient's right to self-determination in situations where the patient is unable to make decisions about his or her care. The use of a psychiatric advance directive allows the patient to participate in and influence matters of their care. However, the psychiatric advance directive does not revoke the Mental Health Act, and making the directive requires that the patient has a sufficient understanding of the directive. The purpose of this thesis was to find out what challenges and solution proposals the nursing staff of the adult psychiatric and addiction units in Kajaani had for the implementation of the psychiatric advance directive. The purpose was to provide information on how the nursing staff experienced the use of the psychiatric advance directive and the challenges involved. The material was collected in a group session using the 635 method. In this method, the material consists of the texts of the participants interacting with each other by writing. This thesis is qualitative, and the collected material was processed according to the inductive content analysis method. The results showed that the biggest problems in the use of the psychiatric advance directive were the mental well-being of the patients and insufficient knowledge of both the nursing staff and patients. Broaching of the psychiatric advance directive and timing of broaching were also perceived as challenging. The solutions proposed were the assessment of patients' mental well-being in a working group and the definition of the time when to broach the subject and to give information about the psychiatric advance directive. A follow-up study could focus on either increasing the knowledge of the psychiatric advance directive or studying patients and their close ones' experiences of the directive. Based on this thesis, it would also be possible to make a productized thesis which would include a teaching video or training session in the use of psychiatric advance directive.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Psykiatrinen sairaus ja itsemääräämisoikeus	3
2.1	Psykoosi	3
2.1.1	Psykoosisairaudet.....	3
2.1.2	Psykoosin spesifit oireet.....	4
2.2	Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus	6
2.2.1	Tahdosta riippumaton hoito psykiatriassa.....	7
2.2.2	Rajoittavat toimenpiteet	7
3	Psykiatrinen hoitotahto	9
3.1	Psykiatrinen hoitotahto ja sen hyödyt	9
3.2	Psykiatrisen hoitotahdon laatiminen	9
3.3	Psykiatrisen hoitotahdon noudattaminen	10
4	Psykiatrisen potilaan osallisuus	11
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät.....	13
6	Opinnäytetyön toteutus	14
6.1	635- ryhmäistunto aineistonkeruun menetelmänä	14
6.2	Kohderyhmä	16
6.3	Ryhmäistunto	17
6.4	Induktiivinen sisällön analyysi	19
7	Tulokset	22
7.1	Potilaaseen liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset	23
7.2	Hoitohenkilökuntaan liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset.....	25
7.3	Organisaatioon liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset.....	27
8	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset.....	30
9	Pohdinta	33
9.1	Ammatillinen kehittyminen.....	34
9.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	35

Lähteet39

Liitteet

1 Johdanto

Suomessa hoidettiin vuonna 2018 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa yhteensä 192 242 potilasta, joista vuodeosastohoidossa oli 24 881 potilasta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avokäyn-
tejä oli yhteensä 2,2 miljoonaa. Kaiken kaikkiaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä kasvoi 0,4 prosenttia vuodesta 2017. (Martikainen & Järvelin 2019.)

Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan vastuullista ja itsenäistä työtä, joissa olennaisia asioita ovat hoitosuhdetyöskentely, terapiatyö ja erilaiset ryhmätoiminnot. Työskentely tapahtuu moniammatillisena tiimityönä, jossa korostuu potilaan kohtaaminen, ymmärtäminen ja kokonaisvaltainen hoitaminen. Työntekijän tehtävänä on huolehtia yksilöiden ja ryhmien terveydestä, hyvinvoinnista sekä tukea selviytymään sairauden tuomista päivittäisistä ongelmista. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 16 - 18.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtavana periaatteena on potilaan itsemääräämisoikeus. Se korostaa potilaan vapaaehtoisuutta hoitoon hakeutumiseen ja oikeutta kieltäytyä hoidosta, vaikka se vahingoittaisi potilaan terveyttä tai henkeä. Hoitoon osallistuvien tulee kunnioittaa potilaan päätöksiä hoidosta ja siihen sitoutumisesta. Sairastumisen myötä henkilön toiveet ja käsitykset itsestä voivat muuttua. Siksi henkilökunnan on hyvä ymmärtää psykoosisairauden vaikutus itsemääräämisoikeuteen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 758/1992) velvoittaa hoitohenkilökuntaa hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, tulee häntä hoitaa mahdollisuuksien mukaan muulla lääketieteen hyväksymällä tavalla. Mielenterveyslain (L 1116/1990) mukaiset rajoittamistoimenpiteet koskevat ainoastaan tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita.

Hyvä keino potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen tukemiseen on psykiatrinen hoitotahto. Psykiatrinen hoitotahto on kehitetty vahvistamaan potilaan itsemääräämisoikeutta tilanteissa, joissa hän ei ole itse kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Psykiatrinen hoitotahto ei kuitenkaan kumoaa mielenterveyslakia tahdosta riippumattomasta hoidosta. Pätevän psykiatrisen hoitotahdon tekeminen edellyttää tekijältä riittävää ymmärrystä hoitotahdon merkityksestä ja sisällöstä, tämän vuoksi hoitotahto olisi hyvä tehdä mahdollisimman terveenä. (Psykiatrinen hoitotahto tuo potilaan toiveet näkyviin 2014.)

Psykiatrinen hoitotahto on Suomessa vielä melko uusi ja vähän käytössä ollut. Sillä voidaan tulevaisuudessa tukea potilaan kokonaisvaltaista hoitoa entistä enemmän. Opinnäytetyön tekeminen antaa meille laajemman näkemyksen mielenterveyshoitotyöstä ja potilaan oikeuksista. Se auttaa meitä toimimaan potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia haasteita sekä ratkaisuehdotuksia hoitohenkilökunnalla on psykiatrisen hoitotahdon toteuttamisessa. Tavoitteenamme on edistää psykiatrisen hoitotahdon toteuttamista Kainuun Soten Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuussien hoidon tulosalueella. Kainuun Soten Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoidon yksiköt voisivat jatkossa hyödyntää näitä tietoja psykiatrisen hoitotahdon käytön lisäämisessä. Tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi tuotteistetun opinnäytetyön pohjana tai koulutusten kehittämisessä.

Aineisto on kerätty 635- menetelmällä psykiatristen yksiköiden hoitohenkilökunnilta ryhmäistunnolla. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus ja tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysimenetelmällä.

Viitekehys koostuu käsitteistä: psykiatrinen hoitotahto, psykoosisairaudet, potilaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus.

2 Psykiatrinen sairaus ja itsemääräämisoikeus

2.1 Psykoosi

Psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö, jossa sairastuneen on vaikeaa erottaa, mikä on todellisuutta ja mikä ei. Tällöin henkilön todellisuudentajunsa hämärtyy eikä hänellä usein ole sairautentuntoa. Psykoottisella henkilöllä esiintyy spesifeinä oireina aistiharhoja, hajanaista käytöstä ja puhetta sekä harhaluuloisuutta. Epäspesifejä oireita ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus, aloitekyvyttömyys ja väsyneisyys. Psykoosipotilaan toimintakyvyn aleneminen ilmenee yleensä ihmissuhteissa ristiriitaisuutena ja niistä vetäytymisenä. Myös opiskelu ja työkyky voivat heiketä. Sairastuneella voi ilmetä perustarpeiden laiminlyömistä, esimerkiksi ravitsemuksessa ja hygieniassa voi ilmaantua puutteita. (Salokangas ym. 2007, 18.)

Erilaiset tutkimukset ovat osittaneet, että skitsofrenia on periytyvää. Ensisukulaisen skitsofrenia kasvattaa sairastumisriskiä kymmenkertaiseksi, mutta riski pienenee mitä kauemmaksi sukulaisuus kasvaa. Myös kasvuperheen ilmapiirillä on vaikutusta psykoosin puhkeamiseen. (Salokangas ym. 2007, 23.)

2.1.1 Psykoosisairaudet

Psykoosi voi kroonistua, jolloin puhutaan skitsofreniasta. Skitsofrenia koskettaa maailman laajuisesti n. 1% väestöstä. Heistä vain 10% paranee kokonaan. (Tamminga & Lahti 2001.) Vaikka kaikki eivät toivu täysin, niin sairaudesta voi kuitenkin parantua osittain. Skitsofreniaa on luonnehdittu aivojen tiedon ohjauksen säätelyhäiriöksi. Sen tausta on vielä puutteellisesti tunnettu, ja se on yksi haastavimmista sairauksista. Oireet vaihtelevat suuresti yksilöiden välillä. Skitsofrenian yleisimpiä esioireita ovat huolestuneisuus, mielialanlasku, keskittymisvaikeudet ja vähäenergisyys. Psykoottiset oireet, kuten aistiharhat ja harhaluulot tulevat vasta myöhemmässä vaiheessa. (Lönngqvist ym. 2014, 137 - 140.)

Harhaluuloisuushäiriön oireisiin kuuluu harhaluuloisuutta, mutta siihen ei liity yleensä muita psykoosin tyyppillisiä oireita. Harhaluuloisuushäiriöön liittyy usein vainoamisen kohteeksi joutumisen

tunnetta, ja siksi harhaluuloisuushäiriösävytteistä psykoosia kutsutaan paranoidiseksi psykoosiksi. Harhaluuloisuushäiriöitä on erilaisia, muun muassa somaattis-, erotomani-, suuruus- ja mustasukkaisuusharhaiset, sekä indusoituneet harhaluuloisuushäiriöt. (Lönqvist ym. 2014, 206 - 208.)

Somaattisharhaisessa häiriössä henkilö uskoo, että hänellä on jokin somaattinen sairaus, josta oireet johtuvat. Potilas voi kuvitella haisevansa erityisen pahalle, tai hän voi luulla ihonsa alla olevan matoja. Erotomanisessa häiriössä potilas uskoo, että tietty ihminen on rakastunut häneen. Sairastunut ihminen ei välttämättä todellisuudessa tunne kohdetta, ja kohde voi tuntea yhteydenotot häiritseviksi. Suuruusharhaisessa häiriössä on tyypillistä, että sairastunut kokee olevansa jotenkin erityisen etevä tai hänellä on käsitys, että hänellä on jokin suuri tehtävä tai rooli maailmassa. Se on yleistä maanisessa psykoosissa. Mustasukkaisuusharhaisessa harhaluulossa henkilö etsii kuviteltuja todisteita siitä, että kumppani on ollut uskoton, ja pyrkii kontrolloimaan kumppaninsa elämää. Indusoitunut eli jaettu harhaluuloisuus ikään kuin leviää ympäristössä. Hallitseva perheenjäsen, jolla on harhaluuloisuutta voi levittää muihin perheenjäseniin uskomuksia ja harhaluuloja. Ja tästä voi muodostua psykoottinen yhteisö. (Lönqvist ym. 2014, 206 - 208.) Synnytyksen jälkeinen psykoosi puhkeaa nimensä mukaisesti synnytyksen jälkeen. Sen puhkeamisen syyksi on epäilty synnytyksen jälkeisen hormonitoiminnan voimakasta muutosta. Riski on kasvanut sellaisella naisella, jolla on ollut ennestään taustalla psykoottinen häiriö. (Lönqvist ym. 2014, 211.) Päihdepsykoosi syntyy henkilölle, jonka runsaan päihteiden käytön seurauksena syntyy aistiharhoja tai harhaluuloja (Lönqvist ym. 2014, 213 - 214). Psykoottinen masennus on vaikea masennustila, johon masennuksen oireiden lisäksi liittyy hallusinaatioita ja harhaluuloja (Huuhka & Leinonen 2011, 127).

2.1.2 Psykoosin spesifit oireet

Näkemyksemme mukaan psykoosin oireet voivat muuttaa merkittävästi sairastuneen todellisuudentajua. Esimerkiksi potilaan arvot ja arkirutiinit voivat muuttua harhauskomusten myötä, tai hallusinaatiot vaikeuttavat tahdonilmausta. Tällöin psykiatrinen hoitotahto on avainasemassa todellisten tarpeiden ilmaisemiseen ja osallisuuden lisäämiseen. Sen avulla psykoosioireista huolimatta potilaan tarpeet ja arvot säilyvät muuttumattomina läpi hoitajakson. Psykiatrisen hoitotahdon avulla voidaan tuoda osastoarkeen tuttuutta ja poistaa mahdollisia kuormittavia tekijöitä.

Aistiharhat

Psykoosiin sairastunut ihminen aistii asioita, joille ei ole ulkoista aistielimeen kohdistuvaa ärsykettä. Näitä ärsykejä kutsutaan aistiharhoiksi eli hallusinaatioiksi. Kuulohallusinaatioissa henkilö voi esimerkiksi kuulla puhetta, vaikka todellista puhujaa ei ole. Ne voivat olla vaarallisia silloin, kun potilas kuulee käskyjä vahingoittaa toista tai itseään. Kuuloharhat ovat varsinkin skitsofreniassa yleisimpiä harhoja. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 140.)

Näköhallusinaatiot voivat olla epämääräisiä kokemuksia, jotka saavat visuaalisen luonteen (Cullberg 2005, 56). Tuntohallusinaatioissa sairastunut voi kokea erilaisia tuntemuksia kehossaan. Esimerkiksi hallusinaatioita kokeva voi tuntea ötököiden liikkuvan ihollaan, tai jonkun ulkopuolisen ohjailevan kehoaan. Potilas voi tuntea piikinpistoja ja kuvitella, että joku antaa hänelle salaa ruskeita. (Cullberg 2005, 57 - 58.) Haju- ja makuaistiharhoissa psykoottiset ihmiset voivat haistaa kaasunhajua tai maistaa mädäntyneen makua (Cullberg 2005, 58).

Harhaluulot

Harhaluuloinen eli deluusioista kärsivä potilas voi aidosti olla sitä mieltä, että häntä seurataan tai hänen mielipiteisiinsä yritetään vaikuttaa. Harhaluulot ovat potilaan omia uskomuksia ja näkemyksiä asioista, jotka poikkeavat todellisuudesta. Uskomukset ovat kuitenkin potilaalle itselleen tosia, eikä hänen uskoaan tulisi loukata. Harhaluulojen ja hallusinaatioiden raja on häilyvä. Esimerkiksi kuulohallusinaatioissa voi olla joissain tilanteissa vaikeaa sanoa, onko kyseessä kuuloharha vai onko potilas oikeasti kuullut jotain. Skitsofreenisiin harhaluuloihin viittaa usein se, että sairastunut ajattelee, jonkun kajoineen hänen fyysiseen koskemattomuuteensa. Potilas voi uskoa esimerkiksi, että hänelle on istutettu ajatuksia tai toimintoja, tai että hänen ajatuksiaan kontrolloidaan. (Cullberg 2005, 44 - 49.)

Esimerkkitarina skitsofreenisestä harhaluulosta Cullbergin (2005) kirjasta: *"Eräällä potilaalla oli ensioireena, siitä että oli sairastumassa uudelleen psykoosiin, piinallinen kokemus, että hänen sänkynsä sijaitsi keskellä sähkökenttää, jonka ulkoavaruuden oliot aiheuttaneet. Hän tunsi epämiellyttävää oloa kauttaaltaan ruumiissaan ja nukkui paremmin lattialla toisella puolella huonetta. Seuraavina viikkoina hänestä alkoi tuntua, että tapettien taakse oli piilotettu salakuuntelulaite. Peloissaan hän repi tapetit systemaattisesti alas ja katkaisi sähköt siten, että asuntoa ei voinut enää valaista. Jääkaapin sisältö mätäni ja hän eli sietämättömän löyhkän keskellä, kun hoitohenkilökunta pääsi sisään huoneistoon poliisin ja lukkosepän avustuksella."*

Harhaluuloinen potilas ei usein hakeudu hoitoon luulojensa vuoksi, vaan joidenkin somaattisten oireiden vuoksi. Hän ei helposti kerro tuntemuksista, vaan salailee niitä, koska ei koe olevansa sairas. (Lönngqvist ym. 2014, 207.)

Hajanainen puhe ja puheen köyhtyminen

Psykoottisen henkilön puhe voi olla epäloogista, seikkaperäistä, hajanaista ja yksityiskohtiin tarktuvaa. Ajatukset ikään kuin ajautuvat pois raiteiltaan, ja ovat lopulta kaukana alkuperäisestä aiheesta. Hän voi myös keksiä omia sanoja. Puheen katsotaan köyhtyneen, jos sairastuneen spontaani puhe on vähentynyt, puuttuu kokonaan, tai puheen sisältö muuten köyhtyy. Esimerkiksi skitsofreenikko voi vastata kysymyksiin yhdellä sanalla, tai puhua paljon, mutta sisältöä on vähän. Puheen niukkuutta saattavat selittää kognitiiviset puutokset tai voimakkaat aistiharhat, jotka voivat vaikeuttaa ajatusten kokoamista. (Lönngqvist ym. 2014, 143 - 145.)

2.2 Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että potilaalla on oikeus itse päättää omasta hoidostaan. Mahdollisuutta kieltäytyä lääkärin suosittelemasta toimenpiteestä tai lääkityksestä, vaikka se olisikin parantumisen kannalta tärkeää. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai toimenpiteestä, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (L 785/1992.)

Psykiatrisen hoidon perusta on, että potilaalle annetaan kaikki mahdollinen sairauteen ja hoitoon liittyvä informaatio, jotta hän voi tehdä oman päätöksensä hoitoonsa liittyen. Potilaalle voidaan ehdottaa muita lääketieteellisiä hoitotoimenpiteitä, mikäli jokin hoitomuoto ei hänelle kelpaa. Henkilökohtaista koskemattomuutta tulee kunnioittaa, eikä vapautta saisi riistää. Kuitenkin psyykkisesti sairaan ihmisen itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan riittävän hoidon turvaamiseksi mielenterveyslain nojalla. (L 1116/1990.)

2.2.1 Tahdosta riippumaton hoito psykiatriassa

Mikäli psyykkisesti sairastunut henkilö ei halua sitoutua hoitoonsa, hänet voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Mielenterveyslaissa on määritelty hoitoon määräämisen kriteerit, joiden tulee täytyä, ja niiden tulee olla olemassa koko tahdosta riippumattoman hoidon ajan. Mikäli kriteerit jossakin vaiheessa eivät enää päde, potilaalle tarjotaan uudelleen mahdollisuutta vapaaehtoiseen hoitoon. Enää häntä ei voida kuitenkaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (L 1990/1116.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon pääsyn kriteerit:

- *Henkilön todetaan olevan mielisairas.* Suomessa mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, jossa todellisuudentaju on hämärtynyt ja sitä voidaan pitää psykoosina.
- *Jos hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaa sairautta tai vaarantaa vakavasti hänen tai muiden turvallisuutta tai terveyttä.*
- *Mikäli muut palvelut ovat riittämättömiä, eivätkä ne sovellu kyseiseen sairauteen.* (L 1116/1990.)

Tahdosta riippumattomassa hoidossakin tulisi kuitenkin turvautua vain välttämättömään rajoittamiseen. Psyykkisesti sairaskin on joiltakin osa-alueilta toimintakuntoinen ja pystyy niiltä osin päättämään omasta hoidostaan ja olemisestaan. (L 1990/1116.)

2.2.2 Rajoittavat toimenpiteet

Kun potilas on otettu tahdosta riippumattomaan hoitoon, voidaan tehdä rajoittavia toimenpiteitä, mikäli niihin on painava syy. Rajoittamisen tulee noudattaa lakeja ja säädöksiä. Säädöksiä tulee tulkita kirjaimellisesti, vaikka potilas antaisikin itse luvan rajoittamiseen. Rajoittavat toimenpiteet ovat väliaikaisia, ja niiden tarpeellisuutta tulee säännöllisesti pohtia uudestaan. (1990/1116.)

Jokaisella potilaalla on oikeus ulkoiluun, mikäli se on mahdollista hänen vointinsa kannalta. Tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva henkilö voidaan noutaa takaisin hoitopaikkaan, mikäli

hän ei saavu takaisin sovittuna aikana. Lääkäri suunnittelee potilaalle yksilöllisesti, millainen mahdollisuus hänellä on ulkoilla. Joskus voidaan eristää myös osaston sisällä muista potilaista, mikäli se on tarpeen. (1990/1116.)

Potilaan omaisuus on tahdosta riippumattomassa hoidossakin lähtökotaisesti potilaalla. Kuitenkin huumausaineisiin liittyvä välineistö ja vaaralliset esineet tulisi ottaa pois osastolta. Tarvittaessa poliisi ottaa ne haltuunsa. Joskus joudutaan rajoittamaan harmittomienkin esineiden hallussapitoa osastolla. Tällöin lääkäri tekee haltuunottopäätöksen koskien tilapäisesti jotain potilaan omaisuutta, mikäli se on haitaksi potilaan paranemiselle tai muille. (1990/1116.)

Jos on epäily, että potilaalle tulleissa lähetyksissä tai vaatteissa, on hänelle itselleen tai muille vaaraksi olevia aineita tai tavaroita, henkilökunta saa tarkistaa ne. Tämän ei kuitenkaan tule olla rutiinin omaista, vaan sen täytyy olla hyvin perusteltua, ja se tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (1990/1116.)

Potilaalla on oikeus olla yhteydessä osaston ulkopuolella oleviin ihmisiin. Mikäli siitä on haittaa hänelle tai muille, yhteydenpitoa voidaan hyvin perusteiden rajoittaa. Tällöinkin potilaalla on kuitenkin oikeus olla yhteydessä halutessaan valvoviin viranomaisiin, esimerkiksi lakiasioissa. (1990/1116.)

3 Psykiatrinen hoitotahto

3.1 Psykiatrinen hoitotahto ja sen hyödyt

Psykiatrisella hoitotahdolla tarkoitetaan henkilön tahdonilmaisua liittyen psykiatriseen hoitoon. Sairaanhoidopiirien laatimissa lomakkeissa esitetään kysymyksiä, joiden avulla potilas voi tuoda esille toiveitaan ja tapojaan toimia arjessa. Lomakkeisiin voi myös kirjoittaa vakaumuksistaan ja rutiineistaan. Lisäksi olisi merkityksellistä ilmoittaa mikä henkilöä rauhoittaa tai saa hänet suuttumaan. Näitä tietoja hoitohenkilökunta voi hyödyntää mahdollisella hoitojaksolla eri mielenterveys yksiköissä. Mikäli potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, hoitotahtoon voidaan kirjata rajoitus toimenpiteen varalle toiveita. Henkilö voi toivoa millaisia rajoittavia toimenpiteitä hän toivoo. Esimerkiksi jos potilas tietää ahdistuvansa suljetussa tilassa, hän voi toivoa jotain muunlaista rajoittamista. Psykoottisissa sairauksissa potilaan oma todellisuudentaju on hämartyntynyt, mikä voi johtaa tilanteeseen, jossa hän ei itsekään muista yllä mainittuja asioita. Psykiatrinen hoitotahto on tähän tilanteeseen hyvä työkalu. Psykiatrisen hoitotahdon avulla voidaan ennaltaehkäistä muun muassa aggressiivista käyttäytymistä, mikä taas vähentää rajoittavien toimenpiteiden tarvetta. (Tammentie-Saren 2014.)

3.2 Psykiatrisen hoitotahdon laatiminen

Jotta psykiatrinen hoitotahto vastaa potilaan toiveita mahdollisimman hyvin, se olisi hyvä tehdä jo ennen sairastumista, toipumisvaiheessa tai sairausjaksojen välissä (Tammentie-Saren 2014). Mikäli henkilöllä on sukurasitetta esimerkiksi psyykkisiin sairauksiin, sairastumista on järkevää ennakoida jo ennen ensimmäisiä oireita. Psykiatrista hoitotahtoa tehdessään potilaan tulisi ymmärtää sen tarkoitus ja merkitys. Jotta psykiatrisesta hoitotahdosta saataisi tarpeeksi kattava, olisi se hyvä täyttää yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilas voi täyttää sen yksinkin, mutta hän ei välttämättä tiedä osastohoidon tai kuntoutusyksikön sääntöjä ja käytänteitä. Lisäksi ilman ohjausta hoitotahtoon voi tulla kirjanneeksi asioita, joita ei ole mahdollista lain sallimissa rajoissa toteuttaa, tai ne ovat epäoleellisia hoidon kannalta. Hoitotahdosta voi siten tulla hyödytön, eikä siitä saada hoidon kannalta hyödyllistä tietoa. (Liite 5.)

3.3 Psykiatrisen hoitotahdon noudattaminen

Varsinkin psykoottisten sairauksien myötä ihmisen todellisuudentaju heikkenee ja joudutaan turvautumaan itsemääräämisoikeuden kaventamiseen eli tahdosta riippumattomaan hoitoon. Kuitenkin kyseisen hoidon aikana potilaan omaa tahtoa on kuultava, mikäli se ei estä paranemista, eikä ole vaaraksi muille ja hänelle itselleen, eikä riko lakia. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016.)

Hoitotahdosta voidaan kuitenkin poiketa, mikäli henkilön toiveet ovat muuttuneet, tai on epäily siitä, että hän ei ole ymmärtänyt hoitotahdon merkitystä tai tarkoitusta sitä laatiessa (Tammentie-Saren 2014).

Psykoottisessa sairaudessa harhauskomukset ja aistiharhat voivat aiheuttaa sen, että potilas alkaa käyttäytyä itselleen tai muille vaarallisella tavalla. Tällöin hoidossa joudutaan turvautumaan itsemääräämisoikeuden kaventamiseen. Esimerkiksi tahdonvastaisessa hoidossa rajaamalla potilaan tilaa liikkua tai eristämällä muista ihmisistä. Joskus jopa hoidollista sidontaa tai rauhoittavaa lääkitystä joudutaan käyttämään. Jos potilas on kirjoittanut itselleen hoitotahdon, jossa hän tuo esille toiveitaan ja tarpeitaan itsemääräämisoikeuden kaventamisen suhteen, niitä olisi hyvä noudattaa. Potilaan toiveita noudattamalla itsemääräämisoikeuden kaventamisrajoituksilta voidaan parhaillaan välttyä. Lääkäri voi kuitenkin tilanteen mukaan rajoittaa myös hoitotahdossa esitettyjä toiveita, mikäli sille on hyvät perusteet. Mielenterveyslaki määrittelee, millaista hoitoa potilaan tulisi saada. Kyseistä lakia täytyy noudattaa myös psykiatrisen hoitotahdon kohdalla. Hoitajaksojen aikana myös muita psykiatrisen hoitotahdon kohtia, joissa potilaan paraneminen ei vaarannu olisi hyvä noudattaa. Potilaalla on oikeus muuttaa hoitotahtoa, mikäli kokee että se ei enää ole hänelle sopiva. Mikäli muutos tehdään kesken hoitotahdon, siinä tulisi käyttää tarkkaa harkintaa psykoosisairauden laadun vuoksi. Harhauskomukset voivat vääristää potilaan todellista tahtoa, ja mikäli hoitotahtoa muutetaan sen mukaisesti, todelliset tarpeet voivat jäädä toteutumatta. (Liite 5; Psykiatrisen hoitotahto tuo potilaan toiveet näkyviin 2014.)

4 Psykiatrisen potilaan osallisuus

Potilaiden osallisuudesta on tullut keskeinen tavoite psykiatrisessa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee kannustaa potilaita osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa. Potilaiden osallisuuden tukeminen on perusteltua. Sen on koettu parantavan potilaan elämänlaatua ja edistävän itsemääräämisoikeuden toteutumista. Lisäksi väitetään, että potilaan osallisuutta lisäämällä, voidaan vähentää haittatapahtumia, potilaan kyetessä valvomaan oman hoitonsa toteutumista. (Jørgensen & Rendtorff 2017, 490 - 501.)

Osallisuudella tarkoitetaan sellaiseen kokonaisuuteen kuulumista, jossa henkilö voi osallistua eri laisiin elämän merkitystä lisääviin hyvinvoinnin lähteisiin ja vuorovaikutussuhteisiin. Osallisuus on vaikuttamista oman elämän kulkuun, palveluihin ja yhteisön yhteisiin asioihin. Se nähdään myös kykynä luoda vastavuoroisia sosiaalisia suhteita ja osallistua toimintaympäristönsä tapahtumiin. Jotta voi olla osallinen omassa elämässä on oltava yhteys omiin tarpeisiin ja voimavaroihin. (Isola ym. 2017, 3 - 10.)

Osallisuus mielenterveystyössä voi tapahtua mahdollisuudella vaikuttaa aktiivisesti omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palvelujen kehittämiseen sekä palvelujen järjestämiseen. Olennaista potilaan omaan hoitoon osallisuudessa on itsehoidon tuki ja oma selviytyminen. Lisäksi yksilöllinen kohtelu, itsemääräämisoikeus ja arvostava kohtelu tukevat osallisuuden toteutumista. Ammattihenkilöt määrittelevät ja toteuttavat hoidon, mutta potilaan on oltava tietoinen vaihtoehdoista, vaikutuksista ja pystyttävä tekemään valintoja niiden perusteella. Jos potilas ei ole tietoinen hoidon tavoitteista, hän ei välttämättä kykene vaikuttamaan ja osallistumaan hoitoonsa. Osallisuus ei vähennä ammatillista asiantuntijaosuutta tai siirrä vastuuta asiakkaalle. Vaan johtaa yhteistyöhön ja niin tasavertaiseen ihmissuhteeseen kuin ammattihenkilön ja potilaan välillä hoitotilanteessa on mahdollista. (Tiainen 2013, 17 - 19.)

Potilaan osallisuutta edistäviä tekijöitä ovat avoin ja tasavertainen vuorovaikutus potilaan, omaisten ja hoitavan henkilökunnan välillä. Osallisuuden toteutumisella saadaan lisättyä potilaan hyvinvointia ja tyytyväisyyttä elämään. Osallisuudella saadaan kohennettua potilaan psyykkistä vointia, itsetuntoa ja hoitoon sitoutumista. Estävinä tekijöinä ovat esimerkiksi psykiatriseen sairauteen liittyvän häpeän kokeminen ja potilaan psykiatrisen sairauden tiedon puute. (Tiainen 2016.)

Psykiatrisella hoitotahdolla saadaan lisättyä potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Lisäksi tutut asiat omasta arjesta lisäävät turvallisuuden tunnetta ja näin voidaan vaikuttaa esim. hoitoon sitoutumista. Potilas itse toimii tuolloin oman elämänsä asiantuntijana ja pystyy vaikuttamaan hyvinvointiinsa. Potilas voi jo kokemustensa avulla kertoa, millaiset asiat lisäävät hänen hyvinvointiaan arjessa. Esim. kuntoutusyksikössä parantaa itselle mieleisten harrastusten avulla esim. musiikin. Tärkeää olisikin, että hoitohenkilökunta tukisi ja kannustaisi potilaan osallisuutta hoidon eri vaiheissa. Tuki lisäisi potilaan luottamusta siihen että, hänellä on mahdollista vaikuttaa omiin päätöksiin. (Jorgensen & Rendtorff 2017; Tiainen 2013.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia haasteita ja ratkaisuehdotuksia hoitohenkilökunnalla on psykiatrisen hoitotahdon toteuttamisessa.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää psykiatrisen hoitotahdon toteuttamista Kainuun Soten Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidon tulosalueella.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia haasteita hoitohenkilökunta kokee psykiatrisen hoitotahdon käytössä?
2. Millaisia ratkaisuehdotuksia hoitohenkilökunnalla on näihin haasteisiin?

6 Opinnäytetyön toteutus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Tutkittavaa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksena on pyrkiä löytämään tai paljastamaan jo olemassa olevia asioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Laadullisessa tutkimuksessa ihmistä suositaan tiedon keruun instrumenttina. Tutkija luottaa tiedon keruussa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihinsa tutkittavien kanssa. Tiedon hankinnassa voidaan käyttää myös apuna erilaisia lomakkeita tai testejä. Aineisto analysoidaan induktiivisella aineiston analyysimenetelmällä ja lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä suositellaan mm. teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia, ryhmähaastatteluja ja erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiivisia analyysejä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Laadullinen tutkimus sopi aiheeseemme hyvin, koska opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia psykiatrisen hoitotahdon käytön haasteista ja hyödyistä, sekä heidän itsensä kehittelemiä ratkaisuehdotuksia.

6.1 635- ryhmäistunto aineistonkeruun menetelmänä

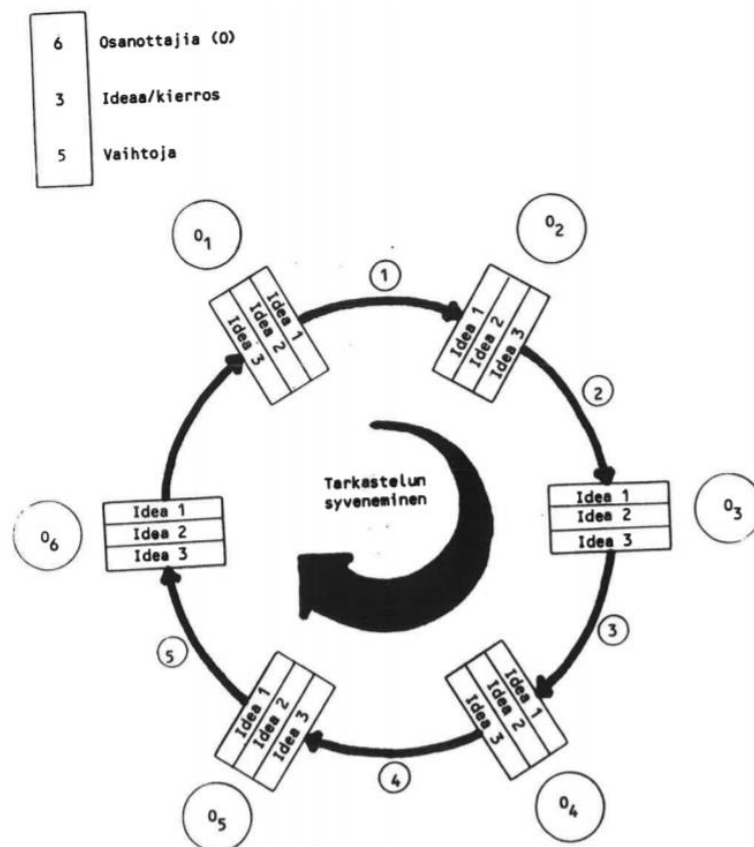
Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Aineiston keruussa aineiston määrän päättäminen on usein ongelmallista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena ei ole tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tarkoituksena on tutkia tapausta kyllin tarkasti, jotta saadaan näkyviin se, mikä ilmiössä on merkittävää ja toistuu asiaa usein yleisemmällä tasolla tarkasteltaessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 181 - 182.)

Aineiston hankintamenetelmää valittaessa tulisi ottaa huomioon omat resurssit ja sellaisten tutkimustilanteiden välttäminen, jossa aineistonkeruuseen ja analyysiin kuluu suunnattomasti aikaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 178 - 179.)

Opinnäytetyömme aineisto kerättiin 635 – ryhmäistunnolla, joka kuuluu nominaaliryhmäteknikoihin. Mielestämme menetelmä sopi meidän kohdallamme hyvin, kerättäessä tietyn kohderyhmän kokemuksia. Menetelmällä saimme lyhyessä ajassa kohtuullisen laajan aineiston, jota oli helppo työstää. Yhden istunnon aikana saimme hoitohenkilökunnan esittämät haasteet ja niihin

ratkaisuehdotukset. Lisäksi meidän oli helppo tarkistaa osallistujien kirjoittamista teksteistä, ettemme analysoitaessa muokanneet vastausten alkuperäistä merkitystä.

635-menetelmäistunto etenee seuraavasti. Vetäjä on huolehtinut etukäteen alkuvalmisteluista ja välineistä. Jonka jälkeen hän avaa istunnon kertomalla osallistujille ryhmäistunnon kulusta. Jokainen osanottaja saa kolme paperia ja joko yksilöllisen tai ryhmän yhteisen tehtävän. Jäsenet kirjoittavat papereiden yläreunaan selkeästi saamansa tehtävät ja tämän jälkeen jokainen kirjoittaa kuhunkin paperiin yhden idean. Ennalta sovitun ajan jälkeen vetäjä pyytää vaihtamaan papereja sovitussa järjestyksessä esim. myötäpäivään (KUVIO 1). Uusissa, muilta saaduissa papereissa olevia ideoita pyritään kehittämään käyttäen lähtökohtana siihen viimeksi kirjoitettua ideaa. Prosessia suositellaan läpivietäväksi noin 45 minuutin aikana, niin että joka kierroksella aikaa annetaan minuutti enemmän kuin edellisellä kierroksella. Lisäajan antaminen perustuu olettamukseen siitä, että työskentely vaikeutuu prosessin aikana. Kierroksia käydään läpi kuusi kertaa, niin että jokainen paperi on käynyt jokaisella osallistujalla ja palautuu takaisin alkuperäiselle aloittajalle. (Eloranta 1986, 17 - 18.)



KUVIO 1. Kuvaelma 635-menetelmän istunnon kulusta (Eloranta 1986, 16).

635- menetelmällä aineistoa saadaan kerättyä runsaasti kohtuullisen lyhyessä ajassa. Etuna on myös se, että kaikkien kohderyhmän osallistujien osallistuminen on tasavertaista ja jokainen käyttää vastaamisen yhtä paljon aikaansa. (Eloranta 1986, 21 - 23.)

Haasteina voidaan pitää yhteisen ajan löytymistä ja osanottajien puuttumista. Tuolloin aineistosta voi tulla tavoiteltua suppeampaa. Lisäksi joihinkin kysymyksiin voi olla vaikeaa keksiä vastauksia, joten kyseinen kohta voi jäädä vajaaksi. Ratkaisuna on istunnon ajallinen sijoittaminen riittävän kauas, jotta kaikille osallistujille löytyy sopiva yhteinen aika. Sairastumisen varalta olisi hyvä löytää osallistuja, joka voisi tarvittaessa tulla sairastuneen tilalle. Tarvittaessa istuntoa voisi siirtää, jolloin osallistujia on riittävästi tai mahdollisesti pitää pienemmällä osallistujia määrällä, jolloin otanta on suppeampi.

6.2 Kohderyhmä

Opinnäytetyömme aineiston keräämisen kohderyhmänä oli tarkoitus olla kuuden hoitohenkilökunnan jäsenen otanta Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoidon tulosalueen hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnalla kohderyhmässämme tarkoitamme psykiatrista hoitotahtoa työssään käyttäviä lähihoitajia, sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia. Aineiston keruuseen oli tarkoitus osallistua kuusi hoitohenkilökunnan jäsentä, joiden työpaikkana oli joko Eljaskartano, Ryhmätalo tai E7.

Eljaskartano on kuntoutuskoti, joka tarjoaa kodinomaiset puitteet tuettuun asumiseen sekä kuntoutumiseen ja intervallijaksoihin aikuisille kainuulaisille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Kuntoutuskodin tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn vahvistaminen sekä itsenäisen asumisen valmiuksien tukeminen. (Kajaanin kuntoutusyksikkö Eljaskartano n.d.)

Kajaanin ryhmätalo on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän avohoitoyksikkö mielenterveyskuntoutujille. Ryhmätalo tarjoaa ryhmämuotoista hoitoa ja kuntoutusta sekä yksilöohjausta, jonka tarkoituksena on tukea mm. vuorovaikutustaitoja, arjentaitoja ja toiminnallisuutta kuntoutujien yksilölliset tarpeet huomioiden. (Kajaanin ryhmätalo n.d)

E7 eli entinen osasto 12 on akuuttipotilaiden osasto, jossa toiminta perustuu hoitokokoustyöskentelyyn asiakkaan, sekä hänen perheensä ja hoitohenkilökunnan kanssa. Tarkoituksena suunnitella yksilöllinen, potilaan ja hänen lähiverkostonsa tarpeenmukainen psykiatrinen hoito ja tuki. (Osasto 12 n.d.)

6.3 Ryhmäistunto

Ennen ryhmäistunnon toteuttamista teimme tiedotteen (Liite 2), jonka lähetimme ryhmäistuntoon osallistujille. Tiedotteen tarkoituksena oli kertoa opinnäytetyömme tarkoitus, tavoite ja millaista tietoa ryhmäistunnollamme on tarkoitus tuottaa. Avasimme tiedotteessa myös tiedon keräämisen 635-ryhmäistuntomenetelmällä, kerroimme istunnon kulusta, aiheesta ja istuntoon käytettävästä ajasta. Siitä kävi myös ilmi, että aineistoa käytetään vain opinnäytetyötämme varten. Ilmoitimme myös, että saatu materiaali on salassa pidettävää ja hävitetään asianmukaisesti työn valmistumisen jälkeen. Lisäksi tiedotimme, että ryhmäistuntoon osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi peruuttaa milloin tahansa. Lisäksi teimme erillisen suostumusasiakirjan (Liite 1), joka on allekirjoitettava ennen ryhmäistuntoa tutkimus henkilöksi suostuttaessa.

Ryhmäistuntoa harjoittelimme kotona keväällä 2020. Meidän lisäksi istuntoon osallistui neljä ystäväämme. Covid-19 eli koronaepidemian vuoksi harjoitusistunnon ajankohta venyi, mutta saimme sen tehtyä kesäkuun loppupuolella. Epidemian vuoksi päätimme myös itse osallistua istuntoon, jotta Covid-19 altistumisriski olisi mahdollisimman vähäinen. Ennen istuntoa tulostimme jokaiselle osallistujalle kolme lomaketta. Lomakkeiden ensimmäisessä kohdassa kysimme, millaisia asioita osallistujat toivoisivat ystävien kesken tehtävän. Toiseen kohtaan sai kirjoittaa ratkaisuehdotuksen, jolla yhdessäoloa saataisi lisättyä. Osallistujia ohjeistettiin alussa istunnon kulusta ja aiheesta. Istuntoon aikaa käytettiin perinteisen 635-menetelmän mukaan. Ensimmäinen kierros kestää aina viisi minuuttia, jonka jälkeen aikaa lisätään joka kierroksella minuutilla. Istunto meni hyvin, ongelmia tuotti ainoastaan ajanottajan osallistuminen aineistonkeruuseen.

Aineistosta kävi ilmi, että ystävät toivoivat eniten yhdessäoloa retkeilyn ja ruuanlaiton muodossa. Ruuanlaittoehdotusta jatkettiin istunnon edetessä niin, että sitä toteutetaan aina vuorollaan jonkun kotona, ”neljän tähden illallinen - ohjelman” tavoin. Ratkaisuehdotuksia oli muun muassa, että työaikoja voisi mahdollisuuksien mukaan yrittää toivoa niin, että yhteistä vapaa-aikaa olisi ainakin kerran kuukaudessa. Lisäksi lastenhoitoa, voisi järjestää niille päville mahdollisimman säännöllisesti. Vastauksia tuli monipuolisesti, mutta tässä mainitut olivat yleisimpiä. Ryhmäistunnon harjoittelu auttoi meitä hahmottamaan istuntoon käytettävää aikaa ja istunnon rakennetta.

Varsinaisen ryhmäistunnon ajankohdasta sovimme työelämän ohjaajan kanssa jo alkuvuodesta. Sovimme tuolloin, että työelämän ohjaaja valitsee psykiatrisen hoitotahdon käyttökokemuksiltaan sopivimmat osallistajat ryhmäistuntoomme. Alun pitäen olimme suunnitelleet pitävämme ryhmäistunnon jo keväällä 2020. Kuitenkin ryhmäistunnon pitäminen myöhästyi hieman koronan sekä toisen opinnäytetyöntekijän tapaturman vuoksi. Ryhmäistunnon pidimme heinäkuussa 2020. Alun pitäen oli suunniteltu, että ryhmäistunnossa olisi kuusi osallistujaa. Työelämän ohjaaja oli myös miettinyt valmiiksi varahenkilöitä, jotka osallistuisivat istuntoon jonkun puuttuessa. Heinäkuu oli istunnon pitoon haasteellista aikaa työntekijöiden lomien sekä henkilöstövajauksen vuoksi. Sinä aamuna, jolloin istuntoa oli tarkoitus pitää, saimme ilmoituksen, että osallistujista puuttuisi kaksi. Päädyimme kuitenkin pitämään istunnon, koska seuraava ajankohta olisi voinut venyä myöhemmälle syksyyn. Päätökseen vaikuttivat mielestämme riittävän aineiston saanti neljälläkin osallistujalla ja lisäksi syksyn epävarma tilanne Covid-19 suhteen.

Noin kaksi viikkoa ennen istuntoa lähetimme työelämän ohjaajalle tiedotteen ryhmäistuntoon osallistujille (Liite 2), jonka hän puolestaan välitti osallistujille. Tiedotteessa kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksesta ja istunnon kulusta. Lisäksi kerroimme, että meihin voi olla yhteydessä, mikäli istunnon kulusta tai muusta osallistumiseen liittyvästä tulee jotakin kysyttävää.

Istunnon pidimme Kajaanin Eljaskartanon kokoustilassa. Aluksi esittelimme itsemme ja osallistujat allekirjoittivat suostumusasiakirjan (Liite 1). Kävimme vielä tuolloin istunnon kulkua hieman läpi ja sen jälkeen jaoimme jokaiselle osallistujalle aineistonkeruulomakkeen (Liite 3). Ennen ryhmäistunnon alkua osallistujat saivat rauhassa kirjoittaa lomakkeelle ennakkotietoihin työpaikkansa ja työkokemuksensa. Keräsimme aineiston nimettömänä.

Ensimmäisellä kierroksella jokainen osallistuja kirjoitti jokaiseen kolmeen lomakkeeseen yhden psykiatrisen hoitotahdon käytössä kokemansa haasteen. Seuraavilla kolmella kierroksella jokainen osallistuja kirjoitti haasteiden alle yhden ratkaisuehdotuksen tai jatkoi aiempaa toisen kirjoittamaa ratkaisuehdotusta. Ryhmäistunnon tarkoituksena on joka kierroksella lisätä käytettävää aikaa minuutilla. Kun aika tuli täyteen, ilmoitimme ajan kuluneen, mutta osallistujat saivat kuitenkin kirjoittaa asiansa loppuun. Aineiston keruu kesti yhteensä noin 40 minuuttia, joka sisälsi yhteensä neljä vaihtoa. Vaihtojen välissä vastausaika piteni hieman, koska annoimme vastaajien kirjoittaa vastaukset loppuun ennen vaihtoa.

Istunnon päätyttyä osallistujat saivat pyynnöstä lukea aloittamaansa lomakkeeseen tulleet ratkaisuehdotukset. Sen jälkeen keräsimme aineiston ja suljimme kirjekuoreen. Ryhmäistunnon lopuksi jäimme kahvittelun merkeissä keskustelemaan noin tunniksi psykiatrisen hoitotahdon käytöstä ja osallistujien kokemista haasteista, sekä hoitotyöstä yleisesti. Aihe herätti keskustelua. Osallistujat kokivat psykiatrisen hoitotahdon tärkeänä ja olivat motivoituneita osallistumaan käytön kehittämiseen.

6.4 Induktiivinen sisällön analyysi

Pääperiaatteena on, että aineistolle valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten ongelmaan ratkaisun. Laadullisen aineiston analysointiin ei ole olemassa tiukkoja sääntöjä, ja analysointitavasta tehdään usein alustavia valintoja jo aineistoon tutustuessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 224.) Tutkimusten alusta alkaen suunnataan kohti aineiston analyysia, tulkintaa ja johtopäätösten tekoa. Analyysin vaiheessa nähdään, millaisia vastauksia tutkimustehtäviin on saatu. Analyysin myötä tutkimustehtävien lopullinen muoto voi vielä täsmentyä. (Hirsjärvi ym. 2009, 221). Käytimme aineistoon induktiivista sisällönanalyysia, eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tämä tarkoittaa, että aineiston vastaukset määrittävät lopullisen aineiston luokittelun. Aloimme käydä läpi saamaamme aineistoa, hahmottaaksemme aineiston kokonaiskuvan.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet ovat: yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineiston yleiskuva hahmotetaan kokonaisuudessaan mikä mahdollistaa yksityiskohtaisen analyysin. Sen jälkeen aineistoa pelkistetään siten, että tekstistä poimitaan tutkimuksen kannalta merkittävät lauseet, jotka vastaavat tutkimusongelmaan. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin vertailemalla ja etsimällä säännöllisesti toistuvia samankaltaisia ilmauksia. Alaluokille annetaan niitä kuvaavat nimet. Nimen tulee kattaa kaikki luokassa esiintyvät pelkistetyt ilmaukset. Alaluokat ryhmitellään vielä kerran yläluokkiin, ja tuloksena on tiivistetty versio aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 - 119.)

Ennen analyysia aineisto tulee litteroida. Litteroinnilla tarkoitetaan kerätyn aineiston sanallista puhtaaksi kirjoittamista, joko sanasta sanaan tai valikoiden tekstistä osia jonkin tietyn aiheen perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Ennen analysointia litteroimme aineiston Word -tiedostolle. Materiaalia tuli yhteensä hieman reilu kolme sivua, rivivälin ollessa 1,5 ja fontin ollessa 11.

Sisällön analyysissä litteroitu aineisto pelkistetään. Tällöin karsitaan aineistosta tutkimuksen kannalta epäolennainen pois ja etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Saman kaltaiset ilmaisut voidaan merkitä saman värisillä kynillä ja erotella erilaisia ilmiöitä toisistaan erivärisillä kynillä. Pelkistämävaiheessa on huomioitava, että yhdestä lausumasta voi löytyä useampia merkityksellisiä lauseita. Lauseet pelkistetään mahdollisimman tiiviiseen muotoon ja listataan allekkain luomalla pohja ryhmittelylle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 177.)

Kokosimme aineistonkeruu lomakkeista sellaisenaan asiaankuuluvat, merkitykselliset lauseet listaksi Word -tiedostoon. Haasteita koskevia lauseita tuli yhteensä 15 kappaletta, ratkaisu ehdotuksiin vastauksia tuli yhteensä 82 kappaletta. Yhdessä vastauksessa saattoi olla useampi merkityksellinen asia, joten analysoitavaksi kelpasivat myös yksittäiset sanat sekä lauseen osat. Toteutimme vaiheen niin, että kumpikin keräsi omasta mielestään merkitykselliset lauseet merkiten ne eri värein. Tämän jälkeen vertasimme niiden yhteneväisyyden ja tällä tavalla varmistimme, että kaikki kohdat tulevat huomioiduksi. Pelkistimme merkityksellisen asiat (Taulukko 1), ilman että niiden merkitys muuttui. Palasimme myös useasti alkuperäiseen aineistoon, jotta pystyimme varmistamaan pelkistämiemme tekstien alkuperäisten merkityksen säilymisen. Sen jälkeen listasimme haasteet erilliselle listalleen ja ratkaisuehdotukset omalleen.

Alkuperäinen lainaus potilaaseen liittyvästä ratkaisuehdotuksesta	Pelkistetyt ilmaukset
<p><i>”MOTIVOINTI -> Kertoa hoitotahdon positiivisista puolista ja kannustaa potilasta omia asioitaan koskevissa päätöksissä. Kertoa että on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan motivointi • Kertoa potilaalle hoitotahdon positiivisista puolista • Kannustaa potilasta omia asioita koskevissa päätöksissä • Kertoa potilaalle mahdollisuudesta vaikuttaa omaan hoitoon

Taulukko 1. Esimerkki aineiston potilaaseen liittyvien lainausten pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen ilmaisut ryhmitellään. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään koodatut ilmaukset ja etsitään yhtäläisyyksiä ja/tai eroavaisuuksia. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään alaluokiksi ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi ym. 2018, 179.)

Lähdimme luokittelemaan hoitohenkilökunnan kokemat haasteet ja ratkaisuehdotukset erillään. Yhdistelimme saman värisillä kynillä merkattuja lauseita omiksi ryhmikseen. Muodostuneiden

ryhmien tuli olla sisällöltään saman kaltaisia ja toisensa pois sulkevia. Näistä muodostuivat alaluokat, jotka sitten nimesimme sisältöä kuvaavasti.

Abstrahoinnissa yhdistellään alaluokkia, joilla on sama merkitys. Nämä muodostavat yläluokat, joille annetaan niitä kuvaava nimi. Aineiston luokittelua jatketaan niin kauan, kuin aineiston merkitys säilyy. Yläluokat voidaan yhdistää tai niille voidaan muodostaa yksi yhteinen, kaikkia kuvaava pääluokka. Ylä- ja pääluokkien tarkoitus on vastata työn tutkimusongelmiin. (Tuomi ym. 2018, 388 - 391.)

Ryhmittelyn jälkeen abstrahoinimme alaluokat yläluokiksi sisältönsä mukaan ja nimesimme sisältöä kuvaavasti esimerkiksi potilaaseen liittyviksi haasteiksi (Liite 4). Kuvaavimmiksi yläluokiksi muodostui kolme ryhmää eli potilaaseen, hoitohenkilökuntaan ja organisaatioon liittyvät haasteet sekä ratkaisuehdotukset. Tämän jälkeen tarkistimme vielä, että pelkistetyt kategoriat vastaavat aineistonkeruulomakkeilta saatuja kokonaisuuksia ja vastaavat tutkimuskysymykseemme. Sen jälkeen aloimme tulkita ja puhtaaksi kirjoittaa saamiamme tuloksia.

7 Tulokset

Meidän opinnäytetyössämme on kaksi tutkimuskysymystä, jotka analysoimme erikseen. Tavoitteena oli saada esille haasteet ja ratkaisuehdotukset psykiatrisen hoitotahdon käytöstä. Ryhmähaastattelusta saamamme aineisto vastasi hyvin alkuperäisiä tutkimuskysymyksiämme. Ryhmäistunnossa saimme yhteensä 15 lausetta, jotka koskivat hoitohenkilökunnan haasteita psykiatrisen hoitotahtoon liittyen. Lisäksi saimme yhteensä 82 kappaletta ratkaisuehdotuksia, koska yhdessä vastauksessa saattoi olla useampi merkityksellinen vastaus. Luokiteltuamme merkitykselliset lauseet saimme haasteisiin yhteensä seitsemän alakategoriaa ja ratkaisuehdotuksiin yhteensä kuusitoista alakategoriaa.

Haasteiden alaluokat olivat potilaalla ei ole tarpeeksi tietoa, potilaalla ei ole riittävästi psyykkistä toimintakykyä, potilas ei ole motivoitunut, henkilökunnan tiedon puute, psykiatrista hoitotahtoa ei oteta puheeksi, hoitotahdon saatavuus ja käytettävyys, sekä suunnittelun ajankohta.

Ratkaisuehdotusten alaluokiksi tulivat potilaan ymmärryksen tukeminen, potilaan tiedon lisääminen, hoitotahdon täyttäminen potilaan psyykkisen toimintakyvyn mukaan, potilaan motivointi, henkilökunnan osaamisen lisääminen, keskustelu psykiatrisesta hoitotahdosta, hoitohenkilökunnan motivointi, hoitajien vastuunjaon selkeyttäminen, saatavuuden helpottaminen, henkilökunnan tiedon lisääminen, otetaan osaksi perehdytystä, psykiatrisen hoitotahdon käytettävyyden kehittäminen työyksiköissä ja puheeksioton ajankohdan suunnittelu.

Yläluokiksemme muodostuivat potilaaseen, hoitohenkilökuntaan ja organisaatioon liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset. Tulosten selkeyttämiseksi, muodostimme taulukot ja lisäsimme suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Tulosten tarkastelussa suorat lainaukset on kursivoitu ja lainausmerkeissä, sekä niiden alkuperäinen muoto on säilytetty.

7.1 Potilaaseen liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Haasteet	Potilaalla ei tarpeeksi tietoa	Potilaalla ei riittävästi psyykkistä toimintakykyä	Potilas ei ole motivoitunut
Ratkaisuehdotukset	Potilaan ymmärryksen tukeminen Potilaan tiedon lisääminen	Hoitotahdon täyttämisen potilaan psyykkisen toimintakyvyn mukaan	Potilaan motivointi

Taulukko 2. Potilaaseen liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Potilaaseen liittyvinä haasteina (Taulukko 2) vastaajat kokivat potilaan tiedon vähyyden psykiatrisen hoitotahtoon liittyen, psyykkisen toimintakyvyn riittämättömyyden ja potilaan huonon motivoitumisen.

”Psykiatrisesta hoitotahdosta ei ole potilailla tarpeeksi tietoa”

Potilas ei välttämättä vointinsa vuoksi ole kykenevä keskustelemaan psykiatrisesta hoitotahdosta. Myöskään psyykinen toimintakyky ei ole välttämättä riittävä hoitotahdon tekoon yhdessä tai itsenäisesti.

”Arvioida onko potilas /kuntoutuja psyykkisesti niin hyvässä kunnossa, että hänelle voi, tai hänen kanssaan voi tehdä hoitotahtoa. Tai hän kykenee itsenäisesti sen tekemään.”

Lisäksi potilaalla voi olla motivoitumiseen liittyviä vaikeuksia, jolloin hän ei välttämättä halua tai saa aikaiseksi täytettyä lomaketta.

”Esim. avohoitopotilaalle annettu hoitotahtolomake täytettäväksi kotiin mutta hän ei halua tai saa aikaiseksi täyttää sitä.”

Ratkaisuehdotuksina (Taulukko 2) tiedon lisäämiseen, potilasta voisi auttaa sisäistämään asiaa pienissä erissä, antamalla potilaille aikaa perehtyä aiheeseen itsenäisesti sekä hoitajan kanssa. Ohjaustilanteessa potilaalle kerrottaisi asiasta ymmärrettävästi ja varmistettaisi että potilas ymmärtää psykiatrisen hoitotahdon merkityksen.

”Hyödynnetään jos voinnissa parempi jakso. Esitetään asia selkeästi ja pienissä erissä. Varmistetaan kuitenkin että potilas on ns. oikeustoimikelpoinen ja ymmärtää varmasti mitä asia tarkoittaa.”

”Psykiatrisesta hoitotahdosta voisi keskustella yhdessä potilaan/kuntoutujan sekä hänen omaisensa kanssa.”

Ennen psykiatrisen hoitotahdon puheeksiottoa tulisi varmistaa potilaan oikeustoimikelpoisuus, esim. pyytämällä lääkärin mielipidettä potilaan kunnosta, ja ottamalla työryhmä mukaan potilaan voinnin arviointiin. Vastausten mukaan psykiatrisen hoitotahdon suunnittelu olisi hyvä ajoittaa siihen vaiheeseen, kun potilas on psyykkisesti parempi kuntoinen esimerkiksi jo hoidon varhaisessa vaiheessa tai voinnin tasaisemmassa vaiheessa.

”Työryhmä (perhe, avotyöntekijä, lääkäri...) mukana arvioinnissa, ei tehdä omia tulkintoja hoitotahdosta, jos plas ei sitä itse ilmaise.”

Ehdotettiin, että ohjaustilanteessa olisi hyvä kertoa potilaalle hoitotahdon positiivisesta vaikutuksesta ja kannustaa potilasta vaikuttamaan omaan hoitoon ja sitä koskeviin päätöksiin.

”MOTIVOINTI -> Kertoa hoitotahdon positiivisista puolista ja kannustaa potilasta omia asioitaan koskevissa päätöksissä. Kertoa että on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon”

7.2 Hoitohenkilökuntaan liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Haasteet	Henkilökunnan tiedonpuute ja ajanpuute	Psykiatrasta hoitotahtoa ei oteta puheeksi
Ratkaisuehdotukset	Henkilökunnan osaamisen lisääminen Keskustelu psykiatrisesta hoitotahdosta	Henkilökunnan motivointi Vastuunjaon selkeyttäminen

Taulukko 3. Hoitohenkilökuntaan liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Hoitohenkilökuntaan liittyvinä haasteina ja ratkaisuehdotuksina (Taulukko 3) aineistosta kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan tiedon- ja ajanpuute, olivat yleiset haasteet psykiatrisen hoitotahdon käytössä. Lisäksi hankaluuksia koettiin puheeksiotossa, eikä myöskään ollut selvää kenen vastuulla puheeksi otto on.

”Henkilökunnalla ei ole tarpeeksi tietoa psyk. hoitotahdosta, kertoakseen potilaalle/asiakkaalle asiasta.”

”Henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa hoitotahdosta tai on liian paljon muitakin asioita että aikaa ei ole”

”Henkilökunta ei tiedä hoitotahdosta eikä osaa ottaa sitä puheeksi plaan kanssa”

Ratkaisuehdotuksina (Taulukko 3) haasteisiin oli, että henkilökunta voisi lisätä tietämystään psykiatrisesta hoitotahdosta järjestämällä asiaan koskevia tietoiskuja, tai esim. keskustelemalla työryhmissä tai henkilökunta palavereissa. Lisäksi kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan ammatillisilla taidoilla ja motivoinnilla olisi merkitystä psykiatrisen hoitotahdon käytössä.

”Henkilökunnalle riittävä koulutus tai ainakin osalle asiasta.”

Vastauksissa koettiin, että vastuunjako selkiytettäisi ja esimerkiksi omahoitaja vastaisi psykiatrisen hoitotahdon puheeksiotosta ja täyttämistä. Tai vastaavasti joku muu ennalta sovittu hoitohenkilökunnan jäsen vastaisi psykiatrisen hoitotahdon täyttämistä. Lisäksi hoitohenkilökunnalla olisi vastuu hoitotahdosta tiedottamisesta ja hoitotahdosta keskustelemisesta potilaan ja omaisten kanssa. Koettiin että hoitohenkilökunta voisi ottaa asian puheeksi yhteisökokouksissa, ja varsinkin pitkäaikaispuolella asiasta voisi olla helpompi puhua. Ehdotettiin, että hankalien jaksojen jälkeen purkukeskusteluissa voisi ottaa puheeksi psykiatrisen hoitotahdon, ja tuolloin asiaa olisi helppo suunnitella ja keskustella yhdessä potilaan kanssa.

”Riittävän paljon ja usein asiasta puhutaan esim. hk-palaverissa. Motivoidaan henkilökuntaa tekemään pot. kanssa hoitotahtoa.”

”Esim. osaston/yksikön seinälle / ilmoitustaululle laitetaan kaavakkeita esille. Puhutaan yhteisesti esim. yhteisökokouksissa. Omahoitajat ottavat vastuun omien potilaiden kohdalla hoitotahdosta puhumisesta.”

Ammatillisiksi taidoiksi nimettiin mm. hoitotahto lomakkeesta asianmukainen kirjaaminen, omaaloitteinen hoitotahtoon perehtyminen ja ajantasaisen tiedon ylläpito potilaan oikeuksista, lisäksi hoitajan tulisi välttää omia tulkintoja hoitotahtoon liittyen. Ehdotuksena oli myös henkilökunnan omatoimisuus niin, ettei vastuuta kartettaisi ja hoitotahdon käytöstä tulisi rutiini.

”Henkilökunnalle lisää infoa asiasta, sekä myös omatoimisuutta pitää olla, että perehtyy aiheeseen. Puheenaiheeksi potilaan kanssa pitäisi ottaa, kun arvioi, että potilas on psyykkisesti parempivointinen (arviointi hankalaa)”

”Hoitotahtolomakkeesta kirjaaminen ja sen puheeksi ottaminen ja näin varmistetaan, että hoitotahto tulisi tehtyä ja käytyä läpi”

7.3 Organisaatioon liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Haasteet	Hoitotahdon saatavuus ja käytettävyys	Ajankohta
Ratkaisuehdotukset	Saatavuuden helpottaminen Henkilökunnan tiedon lisääminen Osaksi perehdytystä	Hoitotahdon käytettävyyden kehittäminen työyksiköissä Puheeksioton ajankohdan suunnittelu

Taulukko 4. Organisaatioon liittyvät haasteet ja ratkaisuehdotukset

Organisaation ongelmina (Taulukko 4) vastaajat kokivat haasteellisena hoitotahdon saatavuuden ja käytettävyyden. Lisäksi vastaajien mielestä henkilökunnan ajanpuute ja psykiatrisen hoitotahdon ajankohdan suunnittelemattomuus tuottivat haasteita. Hoitotahtolomake tulisi olla helposti saatavilla, johon ehdotuksena oli, että lähiesimies voisi varmistaa lomakkeiden saatavuuden.

”Missä vaiheessa hoitotahtoa olisi hyvä suunnitella? Kenen vastuulla ottaa puheeksi plaan kanssa?”

Ratkaisuehdotuksina (Taulukko 4) oli, että psykiatrisen hoitotahdon näkyvyyttä kannattaisi lisätä tulostamalla lomakkeita yksiköiden seinälle, jotta niihin olisi helppo tutustua työnlomassa. Lomakkeita olisi hyvä laittaa esille myös potilaiden ja heidän omaistensa nähtäville. Henkilökuntaa tulisi myös informoida psykiatriseen hoitotahtoon liittyen, ja toivottiin myös tietoa siitä, mistä lomake löytyy.

”Mistä hoitotahto löytyy niin, että se on saatavilla, kun tarvitaan?”

”Psykiatrisesta hoitotahdosta ei tiedetä”

Ehdotuksena oli, että henkilökunnalle kannattaisi järjestää koulutusta työn ohessa ja psykiatriseen hoitotahtoon liittyvää koulutusta toivottiin jo osaksi ammatillisia opintoja. Kaivattiin myös konkreettisia esimerkkejä psykiatriseen hoitotahtoon liittyen. Lisäksi ehdotettiin henkilökunnan motivoimista omatoimisuuteen psykiatrisen hoitotahdon käyttöönotossa.

”konkreettisia esimerkkejä, mitä hoitotahto voi koskea, jotta osattaisiin kertoa siitä plaalle”

”Osaksi mt-puolen koulutusta ja opiskeluvaiheessa”

”Henkilökuntapalaverissa puhutaan/motivoidaan henk.kuntaa tekemään hoitotahtoa niin että siitä tulisi rutiini”

Moni osallistuja oli sitä mieltä, että psykiatrinen hoitotahto olisi hyvä ottaa osaksi työyksiköiden perehdytysuunnitelmaa. Puheeksiottamista tuettaisiin eri yksiköissä esimerkiksi työparin tuella.

”Hoitotahto voisi olla osana työpaikan perehdytyslistalla. Työyksikön esimies varmistaisi, että hoitotahtopapereita on ”saapusalla” kun niitä tarvitaan.”

”Henkilökunnalle riittävästi tietoa esim. henkilökuntapalaverissa ja uuden työntekijän perehdytyksessä. (perehdytysuunnitelmassa psyk. hoitotahto kohta)”

Ehdotuksena oli, että potilaille psykiatrinen hoitotahto otettaisiin esille hoitoon hakeutuessa, osana yhteisökokouksia ja eristyksen jälkeisessä purkukeskustelussa. Toivottiin, että työyksiköiden käytäntöjä kehitettäisiin psykiatrisen hoitotahdon käyttöä tukeviksi. Vastaajien mielestä työyksiköissä tulisi järjestää selkeä aika psykiatrisen hoitotahdon käsittelyyn. Ehdotettiin, että lomake otettaisiin mukaan potilaan kanssa keskustellessa ensimmäisten mielenterveyskontaktien yhteydessä.

”kuntoutusyksiköt hyviä paikkoja asiasta kertomiseen. Yleensä vointi jo parempi, kun niissä käydään esim. lääkkeenjaossa tai toiminnallisessa kuntoutuksessa (Niissä esim. HOKO:t hyvät että voi tuoda asiaa esiin)”

”olisi hyvä jos hoitotahtoa tarjottaisiin ensimmäisten MT- kontaktien yhteydessä.”

Lisäksi työyksikön esimies varmistaisi lomakkeiden saatavuuden ja helppokäyttöisyyden. Kaivattiin myös entistä selkeämpää määritelmää siitä, missä vaiheessa hoitotahto otetaan puheeksi ja missä vaiheessa hoitokontaktia varmistetaan, että psykiatrinen hoitotahto on tehty.

"Määritellään, missä vaiheessa hoitotahto otetaan puheeksi ja kenen vastuulla se on -> varmistetaan plaan tiedonsaanti"

"Töissä järjestetään aikaa asian käsittelyyn."

"hoitotahtolomakkeesta kirjaaminen ja sen puheeksi ottaminen ja näin varmistetaan että hoitotahto tulisi tehtyä ja käytyä läpi"

8 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Aiempia psykiatriseen hoitotahtoon liittyviä tutkimuksia emme juurikaan tietokannoista löytäneet. Lähimmät löytämämme tutkimukset koskivat hoitotahtoa yleisesti sekä saattohoitoon liittyen, tai niissä oli lyhyesti viitattu psykiatriseen hoitotahtoon. Lisäksi löysimme tutkimuksia psykiatrisen potilaan osallisuuteen sekä itsemääräämisoikeuteen liittyen.

Saamastamme aineistosta kävi ilmi, että eniten haasteita hoitohenkilökunnalla oli tiedonpuutteessa. Aineistossa tuotiin esille, että hoitohenkilökunta koki, että psykiatrisesta hoitotahdosta ja sen käytöstä ei tiedetä riittävästi. Ratkaisuna ehdotettiin, että psykiatrisesta hoitotahdosta keskusteltaisiin henkilökuntapalaverissa. Ilmeni myös, että hoitotahdon käytettävyydessä ja ajankohdan suunnittelussa on haasteita. Nämä tulivat esille esimerkiksi siten, että hoitohenkilökunta koki, ettei heillä ole aikaa hoitotahtojen tekoon, eivätkä lomakkeet ole riittävän helposti käytettävissä. Hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan selkeää vastuunjakoa psykiatrisen hoitotahdon puheeksi ottamisesta ei ole. Koettiin, ettei hoitotahto ole riittävän helposti saatavilla tai hoitohenkilökunnan on hankala ottaa sitä puheeksi.

Samansuuntaisia tuloksia Siidorov (2013) esitti hoitotahdon käytöstä. Hänen tuloksistaan ilmeni, että sopivaa tilannetta potilaan kanssa hoitotahdon puheeksiottamiselle oli vaikeaa löytää. Lisäksi hoitajien kesken toivottiin enemmän keskustelua hoitotahdosta työryhmän sisällä. Toivottiin myös, että hoitotahdosta keskusteltaisiin usein.

Meidän näkemyksemme mukaan psykiatrisen hoitotahdon näkyvyyttä tulisi lisätä esimerkiksi tiedotteiden tai posterien muodossa. Esimerkiksi odotushuoneen seinällä oleva posterit voi kiinnittää potilaan huomion, ja tuoda hänen tietoonsa psykiatrisen hoitotahdon olemassaolon. Lisäksi tiedon puute nousi aineistossamme vahvasti esiin. Tiedonpuutteeseen tulisi vastata erilaisien koulutuksien tai oppaiden muodossa. Esimerkiksi oppaat voivat ohjeistaa hoitohenkilökuntaa psykiatrisen hoitotahdon täytön ohjaamisessa ja puheeksiotossa.

Potilaisiin liittyvänä haasteena koettiin potilaan psyykkisen toimintakyvyn riittämättömyys. Varsinkin psykiatriselle osastolle tullessa potilaan psyykkinen toimintakyky voi olla niin riittämätön, ettei hän kykene ymmärtämään psykiatrisen hoitotahdon merkitystä. Hoitohenkilökunta koki myös haasteita potilaan motivaatiossa ja tämä näyttäytyy esimerkiksi niin että potilas ei halua tai saa täytettyä lomaketta.

Kettusen ja Tarpilan (2013) kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat samoilla linjoilla omien tulostemme kanssa. Sen mukaan potilaiden omastakin mielestä heidän osallistumisensa hoitoon on suppeaa, tai sitä ei ole ollut lainkaan.

Aineistostamme nousi esiin, ettei potilas ole kykenevä tekemään psykiatrista hoitotahtoa välttämättä edes hoitajan kanssa. Lisäksi koettiin, että potilaalla ei toimintakyvystä huolimatta ole riittävää tietoa psykiatrisesta hoitotahdosta, tai hän ei välttämättä ole tietoinen psykiatrisen hoitotahdon olemassaolosta.

Tammentie-Sarenin (2014) diasarjassa ohjeistettiin hoitotahdon tekoon silloin kun potilaan vointi on mahdollisimman hyvä. Lisäksi suositeltiin, että psykiatrisen hoitotahdon tekemisestä keskusteltaisiin omahoitajan tai lääkärin kanssa. Tutkimus tuloksissamme oli saman kaltaisia asioita, joita oli mainittu Tammentie-Sarenin diasarjassakin.

Näkemyksemme mukaan potilaan motivoiminen on oleellisessa asemassa psykiatrisen hoitotahdon käytön varmistamisessa. Motivaatiota voidaan tukea kannustamalla osallisuuteen, kertomalla potilaalle mahdollisuudesta vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin ja lisäämällä tietoa psykiatrisesta hoitotahdosta. Työntekijöiden asenne on ratkaisevassa asemassa motivaation tukemisessa. Näkemällä potilas aktiivisena vaikuttajana omaan hoitoonsa, saadaan tuettua potilaan osallisuutta. Työntekijöiden asenteen muutokseen voidaan vaikuttaa aktiivisella tiedottamisella psykiatrisesta hoitotahdosta ja antamalla konkreettisia esimerkkejä sen käyttöön.

Aineistostamme kävi ilmi, että työtä tulisi kehittää niin, että psykiatrisen hoitotahto olisi osana hoitoketjua. Haasteena koettiin henkilökunnan ajanpuute sekä ajankohdan suunnittelemattomuus. Lisäksi psykiatrisen hoitotahdon tulisi olla helposti saatavilla ja informaatio koettiin puutteelliseksi. Ratkaisuehdotuksena hoitohenkilökunnalla oli psykiatrisen hoitotahdon käyttöön olisi ennalta suunniteltu ajankohta ja puhekesiotosta tulisi rutiini. Hoitohenkilökuntaa koulutettaisiin psykiatrisen hoitotahdon käyttöön, ja se otettaisi osaksi uuden työntekijän perehdytystä.

Siidorovin (2013) tutkimuksesta kävi myös ilmi, että hoitotahto tulisi ottaa puheeksi jo hoidon varhaisessa vaiheessa ja sen näkyvyyttä tulisi lisätä. Omassa aineistossamme ratkaisuehdotukset olivat samansuuntaisia ja lomakkeita toivottiin tulostettavan esimerkiksi ilmoitustauluille.

Meidänkin näkemyksemme hoitotahdon kehittämisestä osaksi hoitoketjua, on vahvistunut prosessin aikana. Me näemme psykiatrisen hoitotahdon käytön lisääntymisen myönteisenä asiana sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Potilaille merkitys korostuu osallisuuden lisääntymisenä

ja negatiivisten kokemusten vähentymisenä. Potilaan voidessa vaikuttaa tuttujen rutiinien säilymiseen, voidaan lisätä hoidon myönteisiä kokemuksia. Lisäksi potilaan kirjoittaessa ylös häntä provosoivat asiat, voidaan niitä välttää potilaan hoidossa, ja näin vähentää turhaa aggressiivisuutta. Myönteisinä puolina hoitohenkilökunnan osalta voidaan nähdä tieto potilaan arvoista ja tarpeista. Tiedon avulla voidaan vähentää hoitohenkilökunnan kuormitusta, kun potilaan mieltymyksiä tai rauhoituskeinoja ei tarvitse arvailla. Mietimme myös, voisiko psykiatrisen hoitotahdon käyttöä edistää lisäämällä psykiatrisen hoitotahdon lomake osaksi potilasjärjestelmää.

9 Pohdinta

Aloitimme opinnäytetyömme syksyllä 2019 orientaatiotunneilla ja aiheen valinnalla. Aluksi meidän oli tarkoitus tehdä Kainuun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tulosalueelle perehdytysvideo tai koulutus psykiatrisesta hoitotahdosta. Lopulta opinnäytetyön aiheeksi valikoitui hoitohenkilökunnan kokemien psykiatrisen hoitotahdon käytön haasteiden ja ratkaisuehdotuksien selvittäminen. Opinnäytetyösuunnitelman saimme valmiiksi huhtikuussa 2020. Tämän jälkeen teimme teoriaosuutta kevään aikana. Haasteita mukanaan toi toisen opinnäytetyöntekijän tapaturma ja kevään aikana vallinnut koronatilanne. Kevään 2020 koronarajotukset toivat oman haasteensa ryhmäistunnon testaamiseen 635-menetelmällä, mutta saimme sen suoritettua erikoisjärjestelyiden avulla. Kesän aikana tutkimuslupamme hyväksyttiin, minkä jälkeen pystyimme toteuttamaan varsinaisen aineistonkeruustunnon. Heinäkuun lopusta alkaen aloimme työstää aineiston analyysiä ja opinnäytetyön tuloksia. Lopullinen versio valmistui vuoden 2020 loppuun mennessä.

Opinnäytetyömme etenemistä on sujuvoittanut yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa. Opettaja on ollut saatavillamme haasteiden ilmaantuessa ja tukenut meitä prosessin jatkamisessa. Alussa työelämän edustaja kertoi meille opinnäytetyön tavoitteen, ja sen jälkeen lähdimme yhdessä siitä muotoilemaan opinnäytetyömme aihetta. Sen jälkeen työelämän edustaja valitsi meille työelämän ohjaajan, joka jatkossa auttoi meitä opinnäytetyön edetessä. Yhteistyömme on sujunut hyvin. Yhteydenotot ovat tapahtuneet lähinnä sähköpostitse ja työelämän ohjaaja on osallistunut palaveriin aiheprosessin alusta asti. Lisäksi hän valikoi ryhmäistuntoon osallistujat vallitsemalla henkilöt, joilla on kokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä. Tämä edesauttoi opinnäytetyö prosessin edistymistä. Koemme että työelämän ohjaaja onnistui hyvin ryhmäistuntoon osallistujien valinnassa, vaikka istunto järjestettiin keskellä kesälomia. Lisäksi koimme, että osallistujat olivat työkokemukseltaan ja motivaationsa puolesta erittäin soveltuvia aineiston tuottajia.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidon tulosalueen hoitohenkilökunnan kokemia haasteita ja ratkaisuehdotuksia psykiatrisen hoitotahdon käytössä. Aiempia opinnäytetöitä psykiatriseen hoitotahtoon liittyen emme Kainuun alueelta löytäneet. Jatkossa opinnäytetyötämme voisi hyödyntää kyseisen alueen psykiatrisen hoitotahdon käytön edistämisessä. Jatkotutkimuksena voisi tutkia myös potilaiden ja omaisten tiedon puutetta tai kokemuksia psykiatriseen hoitotahtoon liittyen. Tämän opinnäytetyön pohjalta olisi myös mahdollista tehdä tuotteistettu opinnäytetyö, jossa tehtäisiin psykiatrisen hoitotahdon käytöstä opas, posterit, opetusvideo tai koulutustapahtuma.

9.1 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyömme aihe on meille molemmille tärkeä ammatillisen kasvun kehittämisessä. Valitsimme molemmat syventäviksi ammattiopinnoiksi mielenterveystyön. Opinnäytetyö prosessi on auttanut meitä ymmärtämään mielenterveystyön haasteita ja antanut monipuolistanut omaa näkemystä mielenterveystyöstä. Lisäksi peilasimme sairaanhoitajakoulutuksen osaamistavoitteita opinnäytetyöhömmme.

Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen opinto-oppaan (n.d) koulutuskohtaiset osaamistavoitteet ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö ja sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus.

Yksi ydinkompetensseistamme opinnäytetyössämme on ollut asiakaslähtöisyys. Asiakkaan toimiessa oman elämänsä asiantuntijana hän tietää itse parhaiten millaiset asiat hoidossa olisi hyvä ottaa huomioon, psykiatrisella hoitotahdolla lisätään juuri asiakkaan osallisuutta ja kykyä vaikuttaa omaan hoitoon. Vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys potilaan hoidossa. Asiakkuusosaamista tavoiteltaessa tulisi potilasta kuulla ja vastata hänen yksilöllisistä tarpeistaan. Kuitenkin lait ja säännöt voivat rajoittaa potilaan tahtoa. Eettisiä ongelmia psykiatriseen hoitotahtoon liittyy siinä vaiheessa, kun lääkäri joutuu tekemään päätöksen psykiatrisen hoitotahdon noudattamatta jättämisessä. Sairaanhoitajan olisikin hyvä tunnistaa ammatilliset rajansa ja hyödyntää moniammatillista yhteistyötä. Sairaanhoitajan osaamisalueella psykiatrisen hoitotahdon osalta nousee tärkeäksi kliininen hoitotyöosaaminen. Kompetenssi ohjaa tuntemaan keskeisimmät perustiedot mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista sekä niiden hoitotyön menetelmät. Ilman ymmärrystä potilaan tilasta on vaikeaa tehdä ratkaisuja siitä, miten psykiatrisen hoitotahto voidaan ottaa huomioon.

Kliinisen hoitotyön kompetenssi ohjaa sairaanhoitajaa psykiatrisen hoitotahdon käytössä. Sairaanhoitajan on osattava tukea potilaan voimavaroja ja toimintakyvyn ylläpitämistä, esimerkiksi hyödyntäen psykiatrista hoitotahtoa keskustelun tukena tai suunniteltaessa potilaan arkiru-

tiineja. Sairaanhoidajan tulisi osata myös soveltaa kuntoutumista edistäviä periaatteita hoitotah-
toa hyödyntäen. Lisäksi sairaanhoidajan hoitotyön päätöksenteon tulisi olla näyttöön perustuvaa
ja hoitotyön kehitystä tukevaa. Toimintakyvyn edistämisen näkökulmamme on laajentunut opin-
näytetyöprosessin aikana, huomattuamme kuinka tärkeää hoitajana on kannustaa potilasta osal-
lisuuden tukemiseen ja motivaation lisäämiseen.

Ammatillisen kehittymisen lisäksi opinnäytetyö on kehittänyt lähdekriittisyyttämme ja tieteellisen
kirjoittamisen taitoa. Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet lisää esiintymiskoke-
musta ja ryhmätyöskentelytaitomme ovat kehittyneet. Saimme myös kokea pintaraapaisun tut-
kimusprosessista. Koska yhteisten aikojen löytäminen prosessin aikana on ollut haastavaa,
olemme saaneet oppia myös ajan käytön hallintaa ja joustavuutta.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Suunnittelimme tarkoin tutkimuskysymykset, jotta ne olisivat mahdollisimman suureksi hyödyksi
aineiston keruussa. Hyvin asenneltu kysymys rajaa ja johdattaa osallistujan vastaamaan haluttuun
aiheeseen. 635 -menetelmä on hyvä aineistonkeruumenetelmänä luotettavuuden näkökulmasta
siksi, että saamme suoraan vastaukset paperille niin kuin osallistuja haluaa sen ilmaista. Aineis-
toistunnon jälkeen suljimme vastauslomakkeet kirjekuoreen, jolloin varmistimme, ettei ulkopuo-
liset pääse käsiksi lomakkeisiin. Analysoitaessa oli otettava huomioon se, kuinka saadaan aineisto
tiivistettyä mahdollisimman totuudenmukaiseen ja tiiviiseen muotoon.

Tutkimusta tehtäessä on muistettava mainita kaikkien osallistuneiden osallisuus. Raportoinnin on
oltava kattavaa ja huolellista. Käytetyt menetelmät avataan ja havainnot selostetaan alkuperäis-
ten tulosten pysyessä muuttumattomina. Tutkimuksen puutteet tuodaan julki eikä niitä kaunis-
tella tai yleistetä. Tutkijan ei pidä myöskään plagioida itseään tai tutkimuksiaan, niin että tuotet-
taisiin uutta tutkimusta näennäisesti entistä hieman muokkaamalla. Toisten tekstiä ei myöskään
esitetä omana, vaan huolehditaan asianmukaisista lähdeviitteistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 25 - 27.)

Olemme pyrkineet avoimesti kirjoittamaan opinnäytetyössämme osallistujien osallisuudesta, niin ettemme ole esittäneet ehdotuksia ominamme. Avoimuutta pyrimme tuomaan käyttämällä tulosten esittämiseen suoria lainauksia aineistosta, sekä avaamaan analyysi prosessia taulukon (Liite 4) muodossa. Olemme avanneet tutkimuksen vaiheet mahdollisimman selkeästi ja ilmoittaneet tutkimuksessa ilmenneet puutteet, jotta niistä oltaisi tietoisia myös jatkokäyttöä ajatellen. Ehkäistäksemme plagiointia olemme huolehtineet lähdeviitteiden merkinnästä jo suunnitelma- vaiheesta lähtien.

Aineistonkeruun vastaajat tulivat kolmesta eri yksiköstä Kajaanin aikuisten mielenterveys- ja riippuvuushoidon tulosalueelta. Kun kyseessä oli neljän henkilön kokemuksia asioista ja suhteellisen pieni otanta, niin tutkimuksen toistettavuus voi olla hankalaa.

Laadullisen tutkimuksen keskeisiä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja reflektiivisyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tuloksen uskottavuutta varmistamalla, että tutkimukseen osallistujilla on samanlainen käsitys tutkittavasta asiasta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa vaihtamalla ajatuksia osallistujien kanssa tutkimuksen eri vaiheissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin, sekä riittävää tietoa osallistujista, taustoista, aineiston keruusta ja analyysin kuvauksesta. Vahvistettavuudella tarkoitetaan koko tutkimusprosessia, sen kulkua ja tutkimustulosten perustamista aineistoon. Toisen tutkijan olisi pystyttävä seuraamaan tutkimuksen kulkua tarkoin kirjoitetusta raportista. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan omien kokemusten vaikutuksen tiedostamista tutkimustuloksia arvioidessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.)

Uskottavuutta pyrimme vahvistamaan omassa opinnäytetyössämme siten, että lähetimme opinnäytetyösuunnitelmamme opettajille, työelämän ohjaajalle ja työelämän edustajalle luettavaksi. Heillä oli mahdollista antaa siitä palautetta ja vaihdoimmekin ajatuksia opinnäytetyömme kehittämiseen liittyen. Tarkoituksenamme oli alun perin lähettää suunnitelma luettavaksi myös ryhmäistuntoon osallistujille, mutta emme kokeneet sitä aiheelliseksi ennen istunnon alkua. Istuntoon osallistujia informoimme etukäteen lähetetyllä tiedotteella, ja lisäksi kävimme istunnon alussa läpi aineistonkeruun tarkoituksen ja tutkimuskysymykset.

Meillä siirrettävyys kriteerin toteutumista edistävät olennainen kuvaus tutkimukseen osallistujista sekä kattava kuvaus aineistonkeruusta ja analyysistä. Siirrettävyyttä tuki myös aineiston laajuus. Aineistossamme kuvattuja haasteita ja ratkaisuehdotuksia ei voi varauksetta yleistää, koska kyse on hoitohenkilökunnan subjektiivisista kokemuksista psykiatrisen hoitotahdon käyttöön liittyen.

Vahvistettavuus kriteeriin pyrimme kirjaamalla tutkielman kulun mahdollisimman tarkasti. Aloimme kirjoittaa aiheanalyysia heti tuoreeltaan, johon jäsensimme selkeästi tutkimuksen kulun ja vaiheet. Alun perin tarkoituksenamme oli pitää päiväkirjaa opinnäytetyömme vaiheista. Kuitenkaan emme saaneet sitä toteutettua luontevasti prosessin aikana. Tämän sijasta muistin tukena käytimme sähköpostikeskusteluja, joita olimme käyneet keskenämme tai työelämän edustajien kanssa. Muissa tapauksissa pyrimme kirjaamaan vaiheita suoraan opinnäytetyöhön.

Reflektiivisyyteen pyrkiessä, analysoimme aineistoa itsenäisesti, jonka jälkeen vertasimme niitä keskenään ja pohdimme mahdollisia näkemyseroja, ennen kun päädyimme lopulliseen muotoon. Lisäksi kirjoittamisen eri vaiheissa palasimme alkuperäiseen aineistoon, jolla saimme varmistettua, että asian alkuperäinen tarkoitus ei ole muuttunut prosessin edetessä.

Opinnäytetyössä olemme pyrkineet kirjaamaan teoriapohjaa aineiston käsittelystä ja analyysistä sekä tutkimuksen kulusta. Taulukoiden avulla pyrimme selkeyttämään ja havainnollistamaan saamiamme tuloksia. Työelämän ohjaaja toimi istunnon osallistujien valinnassa, jotta saimme mahdollisimman kattavan aineiston. Hän on mielestämme kokeneempi ja osasi mielestämme valita kokemuksiltaan sopivimmat osallistujat. Tarkoituksenamme olikin, että osallistujilla olisi kokemusta mielenterveytyöstä sekä jonkin näköinen käsitys psykiatrisesta hoitotahdosta. Meidän mielestämme työelämän ohjaaja onnistui tehtävässään erittäin hyvin.

Ihmistieteissä eettisiä ongelmia voivat aiheuttaa erityisesti tiedonhankintatavat ja koejärjestelyt. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla päätäntävalta tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuville on selvitettävä osallistumisen vapaaehtoisuus, millaista tietoa heille annetaan ja mitä riskejä osallistumiseen sisältyy. Ennen tutkimukseen suostumista henkilöiltä edellytetään yleensä etukäteistä perehtymistä tutkittavaan asiaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 25)

Opinnäytetyössämme eettisiä ennakoimme ongelmia tiedottamalla osallistujia etukäteen aiheesta. Lähetimme heille saatekirjeen työnohjaajan välityksellä ryhmäistuntoon valmistautumisesta sekä käsiteltävästä aiheesta. Lähetimme saatekirjeen työelämän ohjaajan välityksellä, koska tarkoitus oli, ettemme kerää osallistujien henkilöllisyys- ja yhteystietoja. Emme nähneet niiden keräämistä oleelliseksi tutkimuksemme kannalta. Lisäksi osallistujat kirjoittivat erillisen suostumusasiakirjan (Liite 1) ennen ryhmäistunnon alkua. Tiedotimme kirjeessä aineiston olevan salassa pidettävää ja hävitettävää asianmukaisesti heti työn valmistumisen jälkeen. Lisäksi annoimme yhteystietomme saatekirjeen mukana, jotta meihin pystyi tarvittaessa olemaan yhteydessä, mikäli kysyttävää tulisi. Istunnon aluksi pohjustimme vielä aihetta sekaannuksien välttämiseksi.

Olemme käsitelleet tutkimusaineistoa huolellisesti ja luottamuksellisesti tutkittavien henkilöllisyyttä paljastamatta. Kaikki aineistoon liittyvät paperit on säilytetty yhdessä kansiossa kolmansien osapuolien ulottumattomissa. Istunnosta saatu aineisto hävitetään heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Sähköiset litteroidut aineistot säilyvät vuoden opinnäytetyön tehneen opiskelijan OneDrivessa, ja toisen opiskelijan lukitulla koneella varmuuskopiona. Sitten poistamme ne palvelusta ja koneelta pysyvästi.

Lähteet

Alanen, N. & Savolainen, P. (2018). Hoitotahto. Opas hoitotahdon puheeksi ottamisesta terveydenhuollon hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805087049>

Cullberg, J. (2005). Psykoosit-kokoava näkökulma. Helsinki: Therapie-Säätiö.

Eloranta, K. (1986). Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö. 2. painos. Tampereen yliopisto. Tampere: Hallintotieteiden laitos.

Fors, A. (2017). Hoitajien kokemuksia hoitotahdon selvittämisestä saattohoidossa. Opinnäytetyö. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201705076679>

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

Huuhka, K. & Leinonen, E. (2011). *Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus*. Duodecim, 127, 390-6.

Isola, A., Kaartinen, H., Leemann, L., Lääperi, R., Schneider, T., Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2017). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Mitä on osallisuus? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>

Jørgensen, K. & Rendtorff, J. (2017) Dahl Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences (SCAND J CARING SCI)*, Jun2018; 32(2): 490-501. (12p). DOI: 10.1111/scs. 12531

Kajaanin kuntoutusyksikkö Eljaskartano. (n.d). Kainuun Sote. Saatavilla 19.12.2019. <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/kajaanin-kuntoutusyksikko-eljaskartano>

Kajaanin ryhmätalo. (n.d). Kainuun Sote. Saatavilla 19.12.2019. <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/kajaanin-ryhmatalo>

Kettunen, S. & Tarpila, P. (2013) Mielenterveyspotilaan osallisuuden ilmeneminen ja kokemukset -kirjallisuuskatsaus. AMK- opinnäytetyö. Laurea -ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013061013626>

Koulukohtaiset osaamistavoitteet. (n.d) Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla 14.9.2020. <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68147/fi/68088>

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla 7.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

L 1116/1990. Mielenterveyslaki. Saatavilla 19.12.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2014). *Psykiatria*. Uud. p., 11. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen J. (2016). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>

Martikainen, V. & Järvelin, J. (2019). *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2018*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112243879>

Osasto 12. (n.d) Kainuun Sote. Saatavilla 19.12.2019. <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/osasto-12>

Potilaan itsemääräämisoikeus. (2018). Valvira. Saatavilla 19.12.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

Psykiatrinen hoitotahto tuo potilaan toiveet näkyviin. (2014). TAYS. Saatavilla 19.12.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi\(37816\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrinen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi(37816))

Salokangas, R., Heinimaa, M., Svirskis, T., Huttunen, J., Laine, T., Korkeila, J., Ilonen, T., Ristkari, T., Vaskelainen, L., Rekola, J., Heinisuo, A-M., Heikkilä, J., Syvälahti, E., Hirvonen, J., Parkkola, R., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Graf von Reventlow, H., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M. & Patterson, P. (2007). *Psykoosille altis potilas*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Siidorov, N. (2013) Ylä- Savon SOTE kuntayhtymän hoitohenkilökunnan kokemuksia hoitotahdosta potilaan hoidossa. AMK- opinnäytetyö. Savonia -ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013111517119>

Tammentie-Saren T. (2014). TAYS. *Psykiatrinen hoitotahto*. <https://thl.fi/documents/10531/1415978/Tammentie-Saren+Psykiatrinen+hoitotahto.pdf/c74cd63e-f0bf-4c7b-b56b-643f9642b42f>

Tamminga, C. & Lahti, A. (2001). *Dialogues Clin Neurosci. Treatments for chronic psychosis*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181661/>

Tiainen, I. (2016). Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <https://finna.fi/Record/uefepub.9228>

Tiainen, T. (2013). Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja siihen vaikuttavat tekijät. AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121621400>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (2000). *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Juva: WS Bookwell Oy.

SUOSTUMUSASIAKIRJA

Opinnäytetyötä tekevät sairaanhoitajaopiskelijat Hanna Huotari ja Jenni Karppinen, ovat kertoneet minulle ”Psykiatrinen hoitotahto hoitohenkilökunnan näkökulmasta” -opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen. Opinnäytetyön tilaajana on Kajaanin aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito.

Suostun opinnäytetyön tutkimushenkilöksi ja hyväksyn ryhmäistunnon aikana antamieni tietojen käytön opinnäytetyön aineistona. Kaikkia annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja tutkittavan henkilöllisyyttä ulkopuolisille paljastamatta. Tiedot kerätään vain tätä työtä varten, eikä luovuteta kolmansille osapuolille. Allekirjoitettu ja alkuperäinen suostumusasiakirja jää opinnäytetyön tekijän haltuun. Tutkimushenkilö saa halutessaan kopion asiakirjasta.

Tiedän opinnäytetyöhän osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja voivani keskeyttää osallistumisen missä tahansa vaiheessa. Olen tietoinen, että valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-verkkojulkaisuarkistossa.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Päivämäärä ja paikka

TIEDOTE RYHMÄISTUNTOON OSALLISTUVALLE

Olemme Kajaanin ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden opiskelijoita. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä, jonka aihe on ”Psykiatrinen hoitotahto hoitohenkilökunnan näkökulmasta”. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia haasteita ja ratkaisuehdotuksia hoitohenkilökunnalla on psykiatrisen hoitotahdon toteuttamisessa. Tavoitteenamme on tuottaa työnantajallemme tietoa psykiatrisen hoitotahdon käytön kokemuksista ja kehittämisehdotuksista. Ryhmäistunnon on määrä toteutua **heinäkuussa 30.7.2020 klo 14**. Tiedon kerääminen tapahtuu 635 -ryhmäistuntonmenetelmällä, jolloin osallistujat ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa kirjoittamisen välityksellä. Aikaa ryhmäistuntoon menee noin tunnin verran. Ryhmäistunto pidetään **Eljaskartanossa** ja tilana voidaan käyttää rauhallista huonetta, jossa jokaiselle on kirjoitustilaa. Kukin osallistuja saa kolme paperia, joihin ensimmäisellä kierroksella kirjoitetaan kolme haastetta liittyen psykiatrisen hoitotahdon käyttöön. Aikaa tähän on viisi minuuttia. Tämän jälkeen papereita vaihdetaan ja osallistujat kirjoittavat edellisen kirjoittajan mainitsemiin haasteisiin ratkaisuehdotukset. Neljällä muulla kierroksella voidaan joko jatkaa aikaisempia ratkaisuehdotuksia tai lisätä uusi ratkaisuehdotus. Aika lisääntyy joka kierroksella minuutilla ja vaihtoja tehdään yhteensä kuusi. Niin että jokainen paperi käy kerran jokaisella osallistujalla.

Istunnon jälkeen me kokoamme ja analysoimme saadun aineiston induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisen voi halutessaan peruuttaa milloin vain. Saatu materiaali on salassa pidettävää ja hävitetään asianmukaisesti työn valmistumisen jälkeen. Aineistoa käytetään ainoastaan opinnäytetyötämme varten. Osallistujien nimet eivät tule julki lopullisessa opinnäytetyössä. Valmisopinnäytetyö julkaistaan sähköisenä Theseus -julkaisuarkistossa vuoden 2020 lopussa, josta se on julkisesti luettavissa. Ryhmäistunnon alussa osallistumisesta allekirjoitetaan erillinen suostumusasiakirja. Lisätietoa opinnäytetyöstä voi kysyä opinnäytetyön tekijöiltä.

Ystävällisin terveisin

Hanna Huotari & Jenni Karppinen

hannahuotari1@kamk.fi jennikarppinen2@kamk.fi

AINEISTONKERUULOMAKE

Kirjoita lyhyesti tämänhetkinen työtehtäväsi ja paljonko on työkokemusta mielenterveystyöstä.

1. Kirjoita yksi psykiatriseen hoitotahtoon liittyvä haaste.

2. Kirjoita ongelmaan mielestäsi sopiva ratkaisuehdotus, tai jatka aikaisempaa ehdotusta.

AINEISTONKERUULOMAKE

1. Kirjoita yksi psykiatriseen hoitotahtoon liittyvä haaste.

3. Kirjoita ongelmaan mielestäsi sopiva ratkaisuehdotus, tai jatka aikaisempaa ehdotusta.

Ala- ja yläluokkien ryhmittely potilaaseen liittyvistä haasteista

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
<p>Potilaalla ei ole tarpeeksi tietoa</p> <p>Potilas ei tiedä psykiatrisen hoitotahdon olemassaolosta</p>	<p>Potilaalla ei tarpeeksi tietoa</p>	<p>Potilaaseen liittyvät haasteet</p>
<p>Potilaan riittävä psyykkinen toimintakyky hoitotahdon tekoon</p> <p>Potilaan voinnin vuoksi hoitotahdosta ei voi keskustella</p> <p>Potilas ei kykene tekemään hoitotahtoa edes hoitajan kanssa</p>	<p>Potilaalla ei ole riittävästi psyykkistä toimintakykyä</p>	
<p>Potilas ei halua/saa aikaiseksi täytettyä lomaketta</p>	<p>Potilas ei ole motivoitunut</p>	

Ala- ja yläluokkien ryhmittely potilaaseen liittyvistä ratkaisuehdotuksista

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
<ul style="list-style-type: none"> • Esitetään asia selkeästi ja pienissä erissä • Kerrotaan psykiatrisesta hoitotahdosta pienissä erissä • Annetaan potilaalle aikaa perehtyä • Puhutaan asiasta useamman kerran • Voisi täyttää osissa • Antaa potilaan tutustua hoitotohoon ensin yksin 	Potilaan ymmärryksen tukeminen	<p>Potilaaseen liittyvät ratkaisuehdotukset</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaille infoa • Ohjausta asiasta • Potilaan tiedottaminen • Varmistetaan että potilas ymmärtää • Kerrotaan asiasta ymmärrettävästi 	Potilaan tiedon lisääminen	
<ul style="list-style-type: none"> • Pyytää lääkärin arvio potilaan voinnista • Työryhmä mukana voinnin arvioinnissa • Otetaan puheeksi psyykkisen voinnin paremmassa vaiheessa • Hyödynnetään paremmat jaksot • Varmistetaan että potilas ns. oikeustoimikelpoinen • Otetaan puheeksi kuntoutusyksikössä • Hoitotahdon suunnittelu hyvässä/varhaisessa vaiheessa • Hoitotahdon suunnittelu, kun psyykkinen vointi hyvä • Hoitotahtolomake voinnin tasaisemmassa vaiheessa 	Hoitotahdon täyttämisen potilaan psyykkisen toimintakyvyn mukaan	
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan motivointi • Kertoa potilaalle hoitotahdon positiivisista puolista • Kannustaa potilaita omia asioita koskeissa päätöksissä • Kertoa potilaille mahdollisuudesta vaikuttaa omaan hoitoon • Potilaan motivoiminen 	Potilaan motivointi	



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveys- ja
riippuvuuksien hoitopalvelut

Psykiatrinen hoitotahto

1 (7)

11.2.2014

Laatija(t)
Pietikäinen Marjo
Leinonen Marja-Leena
Moilanen Sanna-Mari
Lukkari Annikki

Psykiatrinen hoitotahto

Näin toivon minua hoidettavan

Psykiatrisessa hoitotahdossa sinulla on mahdollisuus tuoda esille hoitoasi koskevia toiveita. Voit etukäteen kertoa toiveesi hoitosi suhteen. Toiveesi ovat tärkeitä, mikäli joudut tilanteeseen, jossa itse et kykene päättämään hoidostasi.

1. Voit valtuuttaa haluamasi läheiset ja sinua hoitavat ihmiset osallistumaan hoitoasi koskevaan päätöksentekoon
2. Voit esittää toiveita hoitoosi liittyen
3. Voit myöhemmin halutessasi muuttaa hoitotahtoasi
4. Psykiatrisen hoitotahdon avulla sinua hoitavat henkilöt saavat tietoa elämänarvoistasi ja voivat ottaa ne huomioon hoidossasi.
5. Hoitotahto vahvistaa itsemääräämisoikeuttasi.
6. Psykiatrinen hoitotahto tallennetaan osaksi sairaskertomusta.

Psykiatrinen hoitotahto on uusi asia. Se on luotu osaksi potilaan hyvää hoitoa. Se on vapaaehtoinen ja kehitetty vahvistamaan potilaan itsemääräämisoikeutta tilanteissa, joissa hän ei itse kykene tekemään päätöksiä.

Mikäli hoitotahto on tehtynä, se otetaan huomioon aina kun se on mahdollista. Lain mukaan lääkäri kuitenkin päättää viime kädessä, mikä on potilaan edun mukainen hyvä hoito. Hoitotahdon ilmaisua varten on oma lomake, minkä voit täyttää itse, yhdessä läheisesi, ystäväsi tai muun luottohenkilösi kanssa. Halutessasi voit pyytää apua myös omalta työntekijältäsi. Päätyessäsi tekemään hoitotahdon sinun tulee ymmärtää hoitotahdon merkitys ja sisältö. Tämä tarkoittaa, että hoitotahtoa tehdessäsi sinun tulee olla mahdollisimman hyvässä psyykkisessä voinnissa.

Hoitotahtoa tehdessäsi voi herätä kysymyksiä hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Tuolloin sinun kannattaa neuvotella hoitavan lääkärin tai oman työntekijäsi kanssa.

Psykiatrisen hoitotahdon lomakkeita on saatavilla omalta työntekijältä, osastosihteeriltä, odotustiloista.

Postiosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@kainuu.fi
Puhelin:
08 615 61

Y-tunnus
2496986-0

Pankki:
Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet
www.kainuu.fi



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveys- ja
riippuvuuksien hoitopalvelut

Psykiatrinen hoitotahto

2 (7)

11.2.2014

Laatija(t)
Pietikäinen Marjo
Leinonen Marja-Leena
Moilanen Sanna-Mari
Lukkari Annikki

Psykiatrinen hoitotahto

1. Mitä psykiatrinen hoitotahto tarkoittaa?

Psykiatrisessa hoitotahdossa ihminen tuo esille hoitoa koskevia toiveitaan tulevaisuuden varalle. Etukäteen esitetyt toiveet ovat tärkeitä tilanteessa, jossa potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan. Psykiatrisen hoitotahdon avulla henkilökunta saa tietoa potilaan elämänarvoista ja pystyy paremmin noudattamaan niitä hoidossa. Psykiatrinen hoitotahto vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta, koska terveydenhuollon ammattilaisten on kunnioitettava potilaan tahdonilmaisuja. Terveydenhuollon ammattilaisten on otettava psykiatrinen hoitotahto huomioon aina kun se on mahdollista. Lain mukaan lääkäri kuitenkin päättää viimekädessä, mikä on potilaan edun mukainen hyvä hoito.

2. Milloin psykiatrinen hoitotahto on pätevä?

Pätevän psykiatrisen hoitotahdon tekeminen edellyttää, että sen tekijä riittävästi ymmärtää hoitotahdon merkityksen ja sisällön. Tämän vuoksi hoitotahto on hyvä tehdä mahdollisimman terveenä. Vaikeimmissa sairauksissa on suositeltavaa, että potilas keskustelee hoitavan lääkärin kanssa, milloin terveydentila on riittävän hyvä psykiatrisen hoitotahdon tekemiseen.

3. Milloin psykiatrisesta hoitotahdosta voi poiketa?

Hoitotahdosta voidaan poiketa kun:

1. potilaan tahto on muuttunut,
2. henkilökunnalla on vahva epäily, että hoitotahto perustuu potilaan virheelliseen käsitykseen,
3. sairauden luonne ja hoitoon liittyvät seikat vaativat sitä tai
4. potilaan hoitaminen edellyttää mielenterveyslain tarkoittamia pakolla toteutettavia hoitotoimenpiteitä. Näitä itsemääräämisoikeuden rajoituksia käytetään vain, kun ne ovat ehdottoman välttämättömiä.

4. Mitä psykiatrinen hoitotahto sisältää?

Tämä lomake sisältää kaksi pääosiota:

Sitovat tahdonilmaisut

Tässä osiossa ihminen valtuuttaa jonkun läheisistään osallistumaan hoitoa koskeviin ratkaisuihin. Kun hoitohenkilöstö tietää, ketkä potilaan läheiset on valtuutettu, heidän on helpompi rakentaa yhteistyötä läheisten kanssa.

Hoitoa ja hoivaa koskevat toiveet

Tässä osiossa ihminen voi esittää toiveita hoidostaan. Toiveita tulee mahdollisuuksien

Postiosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@kainuu.fi
Puhelin:
08 615 61

Y-tunnus
2496986-0

Pankki:
Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet
www.kainuu.fi



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveys- ja
riippuvuuksien hoitopalvelut**

Psykiatrisen hoitotahto

3 (7)

11.2.2014

Laatija(t)
Pietikäinen Marjo
Leinonen Marja-Leena
Moilanen Sanna-Mari
Lukkari Annikki

mukaan noudattaa, jotta hoidossa kunnioitettaisiin potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitotahtolomakkeen voi jokainen täyttää niiltä osin, kuin katsoo sen tarpeelliseksi.

5. Keneltä voin kysyä neuvoa psykiatrisen hoitotahdon tekemiseen?

Psykiatrista hoitotahtoa tehdessä voi herätä kysymyksiä hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Kysymysten selvittämiseksi hoitotahdosta kannattaa neuvotella hoitavan lääkärin ja muun hoitohenkilöstön kanssa. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä on neuvoa tässäkin asiassa. Hoitotahdosta kannattaa keskustella myös omaisten ja läheisten kanssa, jotta he osaavattarvittaessa tulkitse hoitotahtoa epäselvissä tilanteissa.

Psykiatrisen hoitotahdoni

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Olen laatinut tämän psykiatrisen hoitotahdon siltä varalta, että olen toimintakykyäni heikentävän psykiatrisen sairauden vuoksi kykenemätön ymmärtämään ja tekemään päätöksiä psykiatrista hoitoani ja hoivaani koskevista asioista.

Tällä lomakkeella osoitan toiveeni koskien tulevaa psykiatrista hoitoa.

Ymmärrän, että psykiatrisen hoitotahdoni huomioidaan silloin, kun olen itse kyvytön tekemään psykiatriseen hoitooni liittyviä päätöksiä. Psykiatrisen hoitotahdoni on voimassa ainoastaan kyvyttömyyteni ajan.

Psykiatrisen hoitotahdon tekijän allekirjoitus

Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus

Todistajien allekirjoitukset ja yhteystiedot

Paikka ja päivämäärä _____

Allekirjoitus ja nimenselvennös Allekirjoitus ja nimenselvennös

Yhteystiedot

Hoitotahto ei edellytä todistajia. Todistajia olisi kuitenkin hyvä käyttää, jotta he voivat tarpeen vaatiessa toimia hoitotahdon tulkitsijoina. Todistajien tulee olla täysi-ikäisiä.

1. Sitovat tahdonilmaukseni

Potilaslain 6.2 §:n mukaan potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa.

Huom! Jos nimeät läheisen henkilön, varmista että hän ymmärtää toiveesi.

Postiosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@kainuu.fi
Puhelin:
08 615 61

Y-tunnus
2496986-0

Pankki:
Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet
www.kainuu.fi



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveys- ja
riippuvuuksien hoitopalvelut

Psykiatrinen hoitotahto

4 (7)

11.2.2014

Laatija(t)
Pietikäinen Marjo
Leinonen Marja-Leena
Moilanen Sanna-Mari
Lukkari Annikki

1. Läheisen nimeäminen

Nimeän seuraavan henkilön/henkilöt, jolle/joille voidaan antaa tietoa sairaudestani ja kuulla tärkeiden hoitopäätösten tekemiseksi silloin, kun en itse kykene osallistumaan hoitoon. *(kysymykseen tulee omainen, läheinen tai ystävä, johon luotan ja jonka kanssa olen keskustellut hoitotoiveistani).*

Nimeämäni henkilöä/henkilöitä tulisi kuulla silloin, kun tahtoni ei selkeästi ilmene tästä asiakirjasta.

2. Potilasasiakirjojen luovuttaminen nimeämälleni henkilölle/henkilöille

kohdassa 1. mainitulla henkilöllä/henkilöillä on oikeus saada potilasasiakirjani *nähtäväkseen*.

2. Hoitoa ja hoivaa koskevia toiveitani

1. Toivon, että elämänarvojeni kunnioitetaan hoidossani

(esimerkiksi elämähistoriani keskeisiä asioita ja tapahtumia, suhteeni uskontoon, juhlapyyhiin ja haluni

osallistua hartaustilaisuuksiin sekä yksin olemiseen ja yksityisyyteni suojaan liittyviä näkemyksiäni):

2. Toivon, että perushoivassani minua kuullaan minulle tärkeissä asioissa

(esimerkiksi mieliruoat ja -juomat, peseytyminen ja pukeutuminen, liikunta- ja nukkumistottumukset,

raha-asiat, harrastukset sekä, asiat, joista pidän tai joista en pidä):

Postiosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@kainuu.fi

Puhelin:
08 615 61

Y-tunnus
2496986-0

Pankki:
Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet
www.kainuu.fi



Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä
Aikuisten mielenterveys- ja
riippuvuuksien hoitopalvelut

Psykiatrinen hoitotahto

5 (7)

11.2.2014

Laatija(t)
Pietikäinen Marjo
Leinonen Marja-Leena
Moilanen Sanna-Mari
Lukkari Annikki

3. Toivon, että tahdosta riippumattomassa hoidossani huomioidaan seuraavia toiveitani (lääkehoito, eristys, sitominen, liikkuminen):

4. Jos olen kiihtynyt, rauhoitun parhaiten seuraavalla tavalla (keskustelu, haluan istua rauhassa huoneessani, hoitaja on vierelläni koko ajan, hengitän syvään, mielekäs toiminta, lääkitys):

5. Toivon, että saan sekä ruumiillisiin että mielenterveydellisiin sairauksiini kuuluvaa, lääketieteellisesti hyväksi katsottua ja riittävää tutkimusta ja hoitoa: Rastita ruutu, jos vastauksesi on KYLLÄ.

Olen muuttanut hoitotahtoni

Päivämäärä ja tekijän allekirjoitus

Päivämäärä ja todistajan allekirjoitus Päivämäärä ja todistajan allekirjoitus
Muuttunut tahtoni:

Postiosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
PL 400
87070 Kainuu

Laskutusosoite:
Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon
kuntayhtymä,
Ostolaskut
PL 401
87070 Kainuu

Sähköposti:
etunimi.sukunimi@kainuu.fi
Puhelin:
08 615 61

Y-tunnus
2496986-0

Pankki:
Iban:
FI08 8119 9710 0089 72
BIC: DABAFIHH
OVT-tunnus
0037249698602000

Internet
www.kainuu.fi

