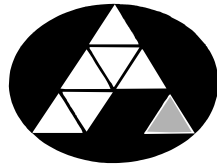


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Timo Heinänen  
Lauri Pietikäinen

PSYKIATRISTEN POTILAIEN OIKEUKSIEN TOTEUTUMINEN  
PSYKIATRISTEN HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2012



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Marraskuu 2012**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. (013) 260 6600  
p. (013) 260 6906

**Tekijät**

Timo Heinänen, Lauri Pietikäinen

Psykiatristen potilaiden oikeuksien toteutuminen psykiatristen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta

**Tiivistelmä**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaiden oikeudet toteutuvat psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimustehtäviä oli kaksi: miten psykiatrisen hoitotyöntekijät kokevat potilaiden oikeuksien toteutuvan omassa yksikössään ja voisiko potilaiden oikeuksien toteutumista parantaa. Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla viideltä hoitotyöntekijältä, jotka työskentelevät psykiatrisen sairaalan suljetuilla osastoilla. Saatu haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisältöanalyysillä.

Tulosten mukaan potilaiden oikeudet toteutuivat vaihtelevasti. Kysymystä pidettiin vaikeana, eikä siihen löytynyt yksiselitteistä vastausta. Tahdosta riippumaton hoito jo itsessään rajoittaa oikeuksia. Toisaalta rajoituksilla koettiin olevan lääketieteelliset perusteet. Koulutusta rajoittamisen ja pakkotoimien suhteen työnantajan puolelta toivottiin lisää. Asiat tulivat tutuiksi lähinnä työtehtävien kautta. Potilaiden oma tietoperusta oikeuksistaan vaihteli suuresti. Työyksiköissä käytiin asioita läpi eri tasoilla, sekä rajoituksiin, varsinkin eristämisiin, pyrittiin löytämään erilaisia ratkaisuja. Kehittämisideoista tärkeimmäksi koettiin koulutuksen lisääminen. Lisäksi kaivattiin konkreettisia ohjeita hoitajille ja potilaille.

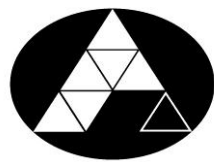
Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää aiheena jatkotutkimukselle. Jatkotutkimuksilla voitaisiin kartoittaa potilaiden kokemuksia asiasta tai tilannetta eri sairaaloissa.

Kieli  
suomi

Sivuja 52  
Liitteet 3  
Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**

psykiatrisen hoitotyö, psykiatrisen potilas, psykiatrisen potilaan oikeudet



NORTH KARELIA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**THESIS**  
**November 2012**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkariinne 9  
FIN 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358-13-260 600

**Authors**

Timo Heinänen, Lauri Pietikäinen

**Title**

Realization of Psychiatric patients' Rights from the Perspective of Nursing Staff.

**Abstract**

The purpose of this study was to describe how nursing staff experiences the realization of patient's rights in psychiatric nursing. There were two main questions: how nurses perceive the realization of patients' rights in their ward and could the realization of the rights be improved. The study used a qualitative research method. Five interviews were conducted in closed wards and analysed by using an inductive content analysis method.

According to the results, the realization of patients' rights varied. The topic itself was considered difficult with no explicit answers. Involuntary psychiatric hospitalisation in itself restricts one's rights effectively. On the other hand, these restrictions are medically justified. It was considered that more education related to the topic should be offered to the nursing staff. Nurses mainly learned about patients' rights through their work. The patients themselves were varyingly aware of their rights. Some knew them very well and some did not know or did not really care about them. In wards, there were official and unofficial discussions about the topic. Different solutions were being sought especially for the isolations of the patients. It was suggested that more education should be given to the nursing staff and there should be written instructions available for both the nursing staff and the patients.

These results can be used in further research. A research could be carried out from the patients' point of view or the situation can be compared between hospitals.

Language  
Finnish

Pages 52  
Appendices 3  
Pages of Appendices 6

**Keywords**

psychiatric nursing, psychiatric patient, psychiatric patients' rights

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Psykiatrinen potilas .....	6
3	Itsemääräämisoikeus ja tietoon perustuva suostumus.....	6
4	Psykiatrinen hoitotyö ja sen erityispiirteet .....	9
4.1	Yhteistyöprosessin vaiheet ja hoitosuhteen lähtökohdat .....	11
4.2	Hoitosuhteen auttamismenetelmiä.....	13
4.3	Ammatillisuus psykiatrisessa hoitotyössä .....	15
4.4	Omaehtoinen hoito ja potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä .....	16
5	Tahdosta riippumaton hoito ja menettely siihen määrittämisessä.....	19
5.1	Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan oikeuksien rajoitukset .....	22
5.2	Hoidolliset syyt oikeuksien rajoitukseen.....	24
6	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät .....	27
7	Tutkimusmenetelmä ja toteutus .....	27
8	Aineistonkeruu ja analysointi .....	28
8.1	Induktiivinen sisällönanalyysi .....	29
8.2	Haastattelujen ja aineiston analysoinnin eteneminen .....	30
9	Haastattelujen tulokset.....	33
9.1	Potilaiden oikeuksien toteutuminen .....	33
9.2	Potilaiden oikeuksiin liittyvä tiedonhankinta .....	35
9.3	Potilaiden tietämys oikeuksistaan .....	37
9.4	Lainsäädännölliset ongelmat potilaiden oikeuksien toteutumisessa ..	39
9.5	Potilaiden oikeuksien toteutumisen parantaminen.....	41
10	Yhteenveto tuloksista.....	43
11	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	45
12	Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet .....	48
	Lähteet.....	51

### Liitteet

Liite 1	Haastattelurunko
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Tutkimusluvan myöntämiskirje

## 1 Johdanto

Hoitotyössä potilaan hoidon lähtökohtana on tämän itsemääräämisoikeus ja hoitaminen yhteisymmärryksessä. Potilasta tulee myös kohdella kunnioittavasti. Tästä on kuitenkin poikkeuksena muun muassa psykiatriassa käytössä oleva tahdosta riippumaton hoito, jolloin potilasta voidaan hoitaa ja hänen vapauksiinsa rajoittaa riippumatta hänen tahtotilastaan. Yleisiä pakkokeinoja ovat potilaan fyysinen eristäminen tai kiinnisittäminen tai lääkkeiden antaminen injektiona väkisin. (Suhonen 2007, 11.)

Psykiatrinen sairaanhoito on tartuntatautien rinnalla ollut perinteinen tahdosta riippumattoman hoidon soveltamisalue. Jo ensimmäinen mielisairaanhoidosta annettu vuonna 1840 asetus mahdollisti tahdosta riippumattoman hoidon. Lisäksi myöhemmät vuonna 1889, 1937 ja 1952 annetut lait mahdollistivat hoitoon määräämisen tahdosta riippumatta. Toisaalta ne myös tarkensivat hoitoon määräämisen edellytyksiä ja menettelyä. Edellytykset ovat olleet aikaisemman lainsäädännön mukaan melko samanlaisia kuin nykyisessä lainsäädännössä: on edellytetty vaarallisuutta muun muassa itselle ja välitöntä hoidon tarvetta. Suuntauksena on ollut edellytysten tiukentuminen ja toisaalta valitusmahdollisuuksien lisääminen. Tämä on tapahtunut erityisesti myöhemmässä lainsäädännössä. (Tuori 2004, 447.) Hoitoidelogian muutosta kuvaa hyvin laitospaikkojen määrän väheneminen. Kun vuonna 1990 paikkoja oli yli 12 000, niin vuonna 2000 niitä oli noin 3600. Lisäksi hoitoajat ovat lyhentyneet. (Hätönen 2005, 5.)

Voimassa oleva mielenterveyslaki, joka on säädetty vuonna 1990, painottaa avohoidon palveluita potilaiden hoidossa ja korostanut asiakkaiden oma-aloitteista hakeutumista hoitoon ja itsenäisen suoriutumisen tukemista (Välimäki, Holopainen ja Jokinen 2000, 73). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaiden oikeudet toteutuvat psykiatrisessa hoitotyössä. Pääkysymyksiä oli kaksi: miten psykiatrisen hoitotyön tekijät kokevat potilaiden oikeuksien toteutuvan omassa yksikössään ja voisiko potilaiden oikeuksien toteutumista parantaa? Tämän selville saamiseksi haastattelujen kohteena ovat psykiatrisen sairaalan hoitotyöntekijät.

## **2 Psykiatrinen potilas**

Tutkimuksessamme keskeinen käsite on psykiatrinen potilas. Tällä tarkoitamme samaa kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain potilaskäsitteellä tarkoitetaan. Tässä laissa potilas-käsite tarkoittaa terveyden tai sairaanhoitopalveluiden kohteena olevaa tai muuten niitä käyttävää henkilöä (Tuori 2004, 421; L 1116/1990).

Tutkimuksessamme tarkoitamme nimenomaan psykiatrisen osastohoidon piirissä olevaa henkilöä. Koska tutkimuksemme sijoittuu suljetuille psykiatrisille hoito-osastoille, psykiatrisen osastohoidon piirissä oleva henkilö on käsitteenä oleellinen. Käsite tulee toistumaan tutkimuksessamme hyvin usein.

## **3 Itsemääräämisoikeus ja tietoon perustuva suostumus**

Potilaan asemaa ja oikeuksia psykiatrisessa sairaanhoidossa on muun hoidon tavoin suojattu lainsäädännöllä. Oikeuksista on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kunnioittavaan kohteluun, kuitenkin olemassa olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan hoito tulisi järjestää siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan sekä ihmisarvoaan kunnioitetaan. Yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee myös huomioida hoidossa ja kohtelussa mahdollisuuksien mukaan. Hoitotyössä noudatettavasta periaatteesta on säädetty lain 6 §:ssä. Sen mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys. Periaate voidaan täsmentää tietoon perustuvan suostumuksen periaatteeksi. Tällä taas on edellytyksenä suostumuksen antajan saama riittävä tieto, hänen ymmärryksensä sekä vapaaehtoisuus. Potilaan tulisi lain mukaan saada selvitys omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista ja muista seikoista, joilla voi olla merkitystä hänen hoitamisestaan. Niinpä tietoa tulisi saada hoidon riskitekijöistä, epäonnistumisen mahdollisuuksista ja komplikaati-

oista. Hoitohenkilöstön tulisi lisäksi antaa lain edellyttämät tiedot oma-aloitteisesti eikä ainoastaan erillisestä pyynnöstä. (Tuori 2004, 424 - 425.)

Itsemääräämisoikeuden keskeinen sisältö on, että henkilö saa itse, kenenkään ulkopuolisen puuttumatta ratkaisuun, ratkaista sellaiset asiat, jotka koskevat häntä itseään, hänen toimintaansa tai elämäänsä. Se on myös määritelty oikeudeksi tehdä päätöksiä, jotka koskevat yksilön elämää ja hyvinvointia. (Välimäki ym. 2000, 89.)

Käytännön hoidossa itsemääräämisoikeus merkitsee sitä, että potilaalla on oikeus kieltäytyä sekä suunnitellusta hoidosta että jo aloitetusta hoidosta. Kieltäytyminen koskee sellaisiakin hoitotoimia, joiden tekemättä jättäminen johtaa potilaan vammautumiseen tai kuolemaan. Tilanteessa, jossa potilas kieltäytyy hoidosta, tulee häntä lain mukaan hoitaa mahdollisuuksien mukaan muulla hyväksyttävällä tavalla. Kuitenkin potilaalla on viime kädessä oikeus kieltäytyä hoidosta. Vähäisissä hoitotoimenpiteissä ei sen sijaan ole katsottu vaadittavan erikseen hankittavaa suostumusta. Varsinaista "rajaa" tällaisten vähäisten erikseen suostumusta vaadittavien toimenpiteiden välillä ei ole säädetty, mutta epäselvissä tapauksissa se tulisi saada kysyä. (Alanko & Iharvaara 2000, 360 - 361.)

Yleinen syy psykiatrisessa hoidossa kieltäytyä esimerkiksi tarjotusta avohoidosta on se, ettei potilas hyväksy sairauttaan. Kieltäytyminen voi johtua myös huonoista kokemuksista tai potilas ei koe tarvitsevansa hoitoa tai tukea. (Suhonen 2007, 51 - 52.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea hoitajan, tuon päivittäisen hoitotyöntekijän, eettistä päätöksentekoa hänen päivittäisessä työssään. Ohjeiden mukaan sairaanhoitaja: *"suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen."* (Sairaanhoidajaliitto 2011.)

Mitä vakavammin puututaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, sitä tärkeämpää on hankkia hänen suostumuksensa. Suostumus tulisi hankkia myös silloin, jos valittavana on useita eri vaihtoehtoja. On varovasti väitetty, että potilaan hakeutuminen sairaalaan on jo sinänsä suostumus vähäisiin toimenpiteisiin jotka eivät vaadi erillistä tahdonilmaisua. Tahdonilmaisulle ei ole potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetty muotopakkoa eli potilaan tahdosta voidaan varmistua myös kysymällä suullisesti potilaan mielipidettä. (Tuori 2004, 435 - 436.)

Tietoon perustuvassa suostumuksessa korostetaan potilaan saaman tiedon ymmärrettävyyttä. Potilaslain mukaan potilaan tulee ymmärtää selvityksen sisältö riittävän hyvin. Tästä syystä ammatillista kielenkäyttöä tulee välttää. Huomiota tulee ottaa muun muassa potilaan äidinkieli, ikä ja koulutus. Tämän lisäksi aisti- tai puheviat tulee huomioida sekä huolehtia tulkitsemisestä. (Tuori 2004, 426.)

Käytännön hoitotyössä voidaan hyödyntää paikan päällä olevia tulkkeja sekä usein käytössä olevia puhelintulkkauspalveluita esimerkiksi pakolaisten ollessa kyseessä. Kun potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa, edellä kuvattu suostumus ei ole hoidon antamisen edellytyksenä, vaan esimerkiksi lääkkeet voidaan antaa potilaalle injektiona lihakseen hänen tahdostaan riippumatta, jos hän kieltäytyy muuten niiden ottamisesta. Potilaan muitakin oikeuksia voidaan rajoittaa kuten liikkumisvapautta. Hänet voidaan myös joutua eristämään kokonaan. Vapaaehtoista hoitoa voidaan pitää psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden ensisijaisena hoitoperiaatteena. Heihin tulee myös soveltaa edellisissä luvuissa käsiteltyä tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta silloinkin, kun päätetään hoitotoimenpiteistä. (L1116/1990; Tuori 2004, 453 - 454.)

Tuorin (2004, 453 - 454) mukaan psykiatriset kiireelliset hoitotoimenpiteet, joista potilas kieltäytyy, ovat mahdollisia vain hoitoon määräämistä koskevan päätöksen avulla. Mielensterveyslaissa on myös säännös (13 §), jonka mukaan vapaaehtoisessa hoidossa oleva voidaan ottaa tarvittaessa tarkkailuun. Jos tällainen potilas haluaa poistua sairaalasta ja keskeyttää hoitonsa, niin hänet voidaan ottaa tarkkailuun ilman erillistä lähetettä. Päätöksen tekee lääkäri, joka päättää



hoidon lopettamisesta ja katsoo ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon olemassa. Lähetettä lukuun ottamatta menettely on sama kuin hoitoon määrätessä. Tämä sopii sovellettavaksi silloin, kun potilas kieltäytyy välttämättömäksi katsotusta hoidosta. (L1116/1990; Tuori 2004, 453 - 454.)

#### **4 Psykiatrinen hoitotyö ja sen erityispiirteet**

Psykiatrinen hoitotyö eroaa luonteeltaan somaattisten sairauksien hoitotyöstä huomattavasti. Tärkeimmät eroavaisuudet ovat hoitosuhteiden kestossa ja auttamismenetelmissä. Vastoin potilaan tahtoa tapahtuva hoito on myös mahdollista. Psykiatrinen hoitotyö toteutetaan usein osastoilla moniammatillisena hoitoryhmätyöskentelynä eli tiimityönä. Kukin jäsen tuo ryhmään mukaan oman asiantuntemuksena ja kantaa osansa vastuusta. Tyypillinen hoitoryhmä voi koostua lääkäristä, hoitajista, erityistyöntekijöistä kuten psykologista, sosiaalityöntekijöistä sekä toimintaterapeutista. Kokoonpano voi olla kiinteä tai vaihtuva. Työvuorojen tulisi olla järjestetty siten, että työryhmään osallistuva hoitaja olisi aina potilaan saatavilla. Työryhmä suunnittelee ja vastaa potilaan hoidosta yhteistyössä tämän kanssa. Yhteistyöllä pyritään myös lisäämään potilaan ymmärrystä omasta kokonaistilanteestaan. Auttamisen lähtökohtana tulisi olla kunkin potilaan yksilöllinen hoidon tarve sekä joustavat hoitomenetelmät. Jotta kokonaisvaltainen hoitotyö toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla, tulisi hoitoryhmän jäsenillä, kuten myös potilaalla, olla yhteinen näkemys siitä mitä hoito merkitsee ja miten se toteutetaan. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri ja Schubert 2010, 148 - 149.)

Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyöprosessi alkaa, kun hoitaja saa tiedon potilaasta. Prosessin ajallinen kesto voi vaihdella vain muutamasta tapaamisesta aina useisiin vuosiin. Jokaisen yhteistyö- ja hoitosuhteen alussa sovitaan tapaamisista sekä niiden tiheydestä. Taustalla on yhteisesti laadittu hoitosuunnitelma, johon on kirjattu työskentelytavat, kuten omahoitajakeskustelut ja niiden sisällöt. Hoitosuhdetta voidaan luonnehtia prosessiksi joka etenee aloitus- ja työskentelyvaiheen kautta lopetukseen. Jokainen vaihe on tärkeä hoitosuhteen

tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitosuhdetta arvioidaan hoidon aikana säännöllisesti. Vaiheiden erillisyys korostuu varsinkin pidemmissä hoitosuhteissa. Hoitotyöntekijän rooliin kuuluu huolehtia prosessin etenemisestä kohti tavoitteitaan ja siitä, että hoitosuhde aloitetaan ja päätetään ammattitaitoisesti. Hoitaja saa usein ennakkotietoja potilaasta mutta hän ei saisi luoda tästä ennakoita mielikuvaa sen varmistamiseksi, että hän pystyisi kohtaamaan potilaan ilman ennakoasenteita. Yhteistyön aloittamiselle tulisi varata riittävästi aikaa ja ensimmäinen tavoite hoitajalle olisi tutustuminen potilaaseen. (Kuhanen ym. 2010, 166 - 168.)

Ensikontakti ja vaikutelma ovat hyvin tärkeitä. Potilaat odottavat, että heihin suhtaudutaan ystävällisesti, kohteliaasti, kunnioittaen ja ammattimaisesti. Aluksi hoitajan tulisi tunnustella rauhallisesti potilasta ja esitellä hänelle hoitosuhteen periaatteita. Luontevana jatkona tälle on jatkaa potilaan tarpeisiin ja luoda alustavia tavoitteita. Haasteena alkuvaiheessa voi olla potilaan tuleminen sairaalaan vasten tahtoa. Potilas saattaa jopa tuntea vastarintaa hoitoa ja sairaalaa kohtaan. Tällöin hoitotyössä korostuu luottamuksen saavuttaminen ja hoidon perustelemisen. Hoitajan tulisi olla herkkä potilaan viesteille ja osata säännellä etäisyyttä potilaaseen. Hoitaja voi tällöin viestiä potilaalle tavoitettavuudesta varaamalla potilaalle tilaisuuksia keskustella sekä antamalla hänelle aikaa. Potilasta ei saa vaatia keskustelemaan vaikeista aiheista. Lähtökohta on helpompi, jos potilas on hakeutunut hoitoon vapaaehtoisesti. Alkuvaiheessa olisi hyvä saavuttaa yhteisymmärrys hoidon tavoitteista. Tämä motivoi potilasta sitoutumaan hoitoon, koska tällöin hän tietää mitä odottaa. Tässä tapauksessa korostuu hoitajan rooli kuuntelijana. Hän voi havainnoida potilaan ilmeitä, eleitä, liikehdintää ja tunnetiloja. Nämä puolestaan auttavat hoitajaa hahmottamaan potilaan tilannetta ja psyykkistä vointia. (Kuhanen ym. 2010, 166 - 168.) Etäisyyden sääntely potilaaseen on nähty esimerkiksi masennuksen kohdalla siten, että hoitaja toisaalta osoittaa välittämistä, muttei kuitenkaan samalla ota vastuuta potilaan pahasta olostaan (Kuhanen ym. 2010, 207).

#### 4.1 Yhteistyöprosessin vaiheet ja hoitosuhteen lähtökohdat

Työskentelyvaiheessa hoitosuhde syvenee hitaammin tai nopeammin potilaan ja hoitajan välisestä luottamuksesta riippuen. Tällöin työskennellään kohti yhdessä määriteltyjä tavoitteita kohti. Tässä vaiheessa potilas tuo esille tunteitaan ja muita arkoja aiheita. Hoitajan tulisi rohkaista potilasta kertomaan näistä tunteista. Potilaat ovat kokeneet merkityksellisenä sen, että aiheisiin suhtaudutaan neutraalisti ja hyväksyen. Tämä luo potilaalle toivoa ja hyväksyntää, joka puolestaan rohkaisee potilasta avautumaan lisää. Tähän vaiheeseen vaikuttavat vaiheen pituus ja sekä potilaiden että hoitajien yksilölliset erot. Siinä missä potilas saattaa olla hidas tai jopa kieltäytyä lähtemästä työstämään asioita, myös hoitajat saattavat asennoitua eri tavalla hoitosuhteisiin. Jos taas hoitajien vaihtuvuus on suurta osaston sisällä, hoitosuhde ei ehkä etene niin syvälliseksi kuin se mahdollisesti etenisi, jos potilaalla olisi vain yksi hoitaja. (Kuhanen ym. 2010, 168 - 169.)

Hoitosuhteen lopettaminen korostuu erityisesti silloin, kun yhteistyösuhde on ollut pitkä. Mitä pidempi hoitosuhde on ollut, sitä pidempi tulisi olla myös lopettamisen. Kestoa olisi hyvä suunnitella jo alkuvaiheessa, koska se osaltaan tekee potilaalle selväksi ammatillista pohjaa rajoineen. Onnistunut lopettaminen edellyttää riittävää käsittelyä. Hoitajan tulisi varmistua ennen lopettamista jatko- hoitosuunnitelmista ja potilaan pärjäämisestä sekä siitä, että potilaalle syntyisi kokemus jatkuvuudesta ja turvallisesta olost. Lopettamisvaiheessa tulisi myös huolehtia psyykkisen voinnin seurannasta ja siitä, että potilaalla on paikka mihin ottaa yhteyttä, jos vointi huononee. Potilasta tulee tukea prosessin loppuvaiheessa jotta hänelle syntyisi yhteistyöstä onnistunut kokemus. (Kuhanen ym. 2010, 169 - 170.) Suunnitellusta kokemuksesta on myös hyötynä se, että molemmat osapuolet ehtivät valmistautua lopettamiseen ja arvioida tuloksia yhdessä (Välimäki ym. 2000, 45 - 49).

Psykiatrisessa hoitotyössä viestintä- ja vuorovaikutustaidot korostuvat, kun ollaan tekemisissä potilaan omaisten kanssa. Hoitotyössä on pyritty jo 1980-luvulta asti ottamaan mukaan potilaan omaiset, koska se on katsottu olevan potilaan toipumiselle eduksi. Samalla myös omaisten mahdollisia ennakkoluulo-

ja saadaan hälvennettyä. Omaiset tarvitsevat usein tukea akuuttivaiheen jälkeenkkin, jos potilaan sairaus osoittautuu pitkäaikaiseksi. Tällöin hoitotyöntekijät ovat parhaassa asemassa antamaan tietoa sekä hoito-ohjeita omaisille. Tärkeää on, etteivät he jää odottamaan omaisten kysymyksiä passiivisina vaan tarjoavat heille jo alusta alkaen aktiivisesti tietoa. Huomiota tulisi myös kiinnittää potilaan sosiaaliseen tukiverkoston ja sen vahvistamiseen, koska sillä on usein tapana sairastumisen yhteydessä harventua. (Välimäki ym.2000, 184.)

Hoitosuhteessa on keskeistä, että hoitaja asettuu potilaan asemaan, osoittaa kunnioittamista sekä välittää tästä. Hoitotyön lähtökohtana on halu auttaa ja tehdä toisen ihmisen hyväksi. Huolenpitoa on esimerkiksi se, että hoitaja neuvoo ja ohjaa potilasta tai tekee asioita tämän puolesta kun potilas ei itse tähän kykene. Tämä kertoo potilaalle, että hänet hyväksytään. Tässä yhteistyösuhteessa korostuu myös hoitajan aito läsnäolo. Potilaan tulee voida kokea, että hoitaja on kohtaamistilanteessa aidosti kiinnostunut potilaastaan ja tämän asioista. Läsnäoloa on myös se, että hoitaja on potilaan saatavilla silloin kun tämä hoitajaa tarvitsee. Potilaalle tulisi välittyä tunne, että hoitaja on läsnä juuri häntä varten. Keskusteleminen ja laajemminkin vuorovaikutus, on mielenterveyshoitotyön keskeisin auttamismenetelmä. Omahoitaja-potilas suhde on potilaalle merkittävä ja ainutlaatuinen ihmissuhde. Omahoitajakeskusteluissa tärkeitä aiheita ovat hoito, vointi ja kuntoutumisen eteneminen. Tärkeitä alueita voivat olla myös palautteen antaminen hoitoon liittyvistä tai potilaalle mieluisista tai epämieluisista asioista. Keskustelut itsessään voivat olla hoidollisia ja niiden sisältö tulisi muodostua potilaan tarpeiden mukaan. Keskusteluiden aiheet voivat vaihdella arkipäiväisistä asioista potilaalle hyvinkin arkaluontoisiin aiheisiin. Alkuvaiheessa korostuvat juuri tutustuminen ja arkipäiväiset asiat. Työskentelyvaiheessa luottamuksen synnyttyä keskustelut muuttuvat syvällisemmiksi. Keskustelun tasoon vaikuttaa myös potilaan psyykinen jaksaminen. Hoitajan tulisi ohjata keskusteluja tavoitteellisesti ja arvioida tätä hoitosuhteen edetessä. (Kuhanen ym. 2010, 156–159.)

## 4.2 Hoitosuhteen auttamismenetelmiä

Yhdessä tekeminen potilaan kanssa voi edistää hoitosuhteen vuorovaikutuksen syntymistä. Kyse on tavoitteellisesta toiminnasta joka edistää hoitosuhdetta ja potilaan hyvinvointia. Tekeminen tuottaa myös mielihyvää ja onnistumisen kokemuksia. Yhdessä tekemisen avulla voidaan harjoitella potilaalle vaikeita tilanteita. Hoitajalle tämä antaa mahdollisuuden havainnoida ja arvioida potilasta. Tämä kaikki taas edistää potilaan tilanteen hahmottamista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 160–161.) Potilaan puolesta tekemistä tulisi kuitenkin välttää, koska esimerkiksi masentuneen potilaan kohdalla se ei edistä hänen toipumistaan vaan saattaa jopa passivoida häntä (Kuhanen ym. 206 - 207).

Potilaan kanssa tulisi osata myötäelää tämän tilannetta. Toisaalta taas pitäisi pystyä olemaan ammatillinen ja tarkastelemaan asioita etäältä. Tavoitteena on saada käsiteltävistä asioista yhteinen näkemys vaikka osapuolet tarkkailevatkin asioita omista näkökulmistaan. Esimerkiksi skitsofrenian kohdalla potilaan maailma voi olla kaoottinen ja harhainen sekä hänessä herää usein kauhun tunne. Hoitosuhteessa tulisi olla luottamuksellinen ilmapiiri jota hoitotyöntekijän tulisi pitää yllä, sekä pyrkiä luomaan keskustelua potilaan kannalta tärkeitä asioista. Keskeisiä taitoja ovat empatia ja arviointikyky. Toisaalta taas tulee muistaa löytää erityistilanteessa keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitajan tulisi tunnistaa potilaansa voimavarat ja pyrkiä yhdessä potilaan kanssa kasvattamaan niitä. Hoitosuhteen sisältö ja luonne määräytyvät potilaan ja hänen tilanteensa mukaiseksi. Jos potilas on huonokuntoinen ja esimerkiksi avoimen harhainen, hoitosuhteessa korostuvat tällöin huolenpito ja tukeminen. Hoitotyö on tällöin luonteeltaan perinteistä varmistavaa hoitotyötä. Kun taas potilaan kunto paranee ja oireet jäävät taka-alalle, niin hoitosuhteessa keskeiseksi tulevat opettaminen ja ohjaus. Hoitotyöntekijän tulee seurata potilaan lääkehoitoa ja sitä, miten potilas reagoi siihen, tuleeko hänelle esimerkiksi sivuvaikutuksia. Tämä tieto tulee välittää lääkärille lääkehoidon suunnittelua varten. (Välimäki ym. 2000, 45 - 49.)

Avohoidon lisääntyminen on siirtänyt hoitovastuuta potilaille ja heidän omaisilleen. Ohjaus ei ole kertaluontoinen tapahtuma vaan pitkä prosessi, jossa korostetaan potilaalle tämän asiantuntijuutta omasta elämästään. Ohjauksen tulisi lähteä potilaan ja hänen omaistensa tarpeista sekä sopia heidän tilanteeseensa. Hoitotyöntekijän tulisi selvittää ennakkoon omaisten tietotaso sairaudesta ja toimia sen mukaan. Tietoa tulisi myös antaa selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Ohjauksessa on usein tavoitteena, että potilas hyväksyisi sairautensa sekä siihen kuuluvan lääkehoidon ja pystyisi ottamaan siitä vastuun mahdollisimman pitkälle. Tietoa potilas tarvitsee muun muassa lääkehoidon käytännön toteutuksesta ja hoitoon mahdollisesti liittyvistä laboratoriotutkimuksista. Erityisen tärkeää on hoitomyöntyvyyden lisääminen, koska psykiatriset potilaat usein jättävät lääkityksensä pois silloin kun oireet ovat helpottuneet. Näin ollen on tärkeää, että hoitotyöntekijät välittävät tietoa potilaille ja heidän omaisilleen lääkityksestä sekä sen jatkamisen tärkeydestä. Hyvä hoitosuhde, jossa asiaa turvallisesti käsitellään, auttaa potilasta hyväksymään asian sekä hälventää asiaan liittyviä pelkoja. (Välimäki ym.2000, 49 - 50.) Hoitoon sitoutumiseen ja potilaiden tyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa melko vähäisin keinoin. Jos esimerkiksi yhdeltä potilaalta joudutaan ottamaan kännykkä pois, sitä ei tulisi tehdä automaattisesti kaikille. Hoitotyöntekijät luovat omalla toiminnallaan hoitokulttuuria. (Heiskanen - Haarala 2010, 12.)

Muita hoitosuhteen auttamismenetelmiä ovat kuunteleminen ja havainnointi, ohjaaminen ja yhdessä tekeminen. Kuunteleminen ja havainnointi liittyvät läheisesti keskusteluun, ja ne ovat tärkeä osa vuorovaikutuksen perusprosessia. Kyse on aktiivisesta toiminnasta jossa hoitaja keskittyy kuulemaan mitä sanottavaa potilaalla on. Tämä vaatii kiireettömyyttä. Kuuntelemisen tavoitteena on paitsi saada tietoja potilaasta ja selventää hänen tilannettaan, niin myös selventää potilaan ajatuksia ja tunteita. Potilaat ovat kuvanneet tärkeäksi, että heitä kuunnellaan. Samalla hoitaja voi havainnoida potilasta ja tämän kehonkieltä sekä päätellä, mitä tämä ehkä jättää sanomatta. Ohjaamisen tavoitteena on parantaa potilaan toimintakykyä, edistää tämän terveyttä, hoitoon sitoutumista, elämänlaatua ja selviytymistä elämässä. Ohjauksessa potilaan tilannetta tarkastellaan yhdessä eikä potilaalle anneta valmiita päätöksiä tai ohjeita, vaan potilas on itse aktiivinen tekijä. Ohjaaminen voidaan nähdä myös hoitajan toteuttamina

oppimiskokemuksina joissa potilasta ohjataan, neuvotaan tai perehdytetään. Ohjaus on tavoitteellista toimintaa jota rakennetaan vuorovaikutuksen kautta. Se lähtee potilaan tarpeista ja tavoitteista. Olennaista on huomioida potilaan taustatekijät kuten sairaudet, ikä, sukupuoli ja niiden vaikutukset arkeen. Toisaalta myös hoitajan valmiudet tulee huomioida. Ohjaus on sosiaalista tukemista jonka muotoja ovat emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkintatuki. Emotionaalista tukea on empatia potilasta kohtaan, käytännön tuki taas tarvittavien palveluiden ja avun järjestäminen. Tiedollinen tuki puolestaan tarkoittaa potilaan tiedon lisäämistä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Tulkinnallinen tuki ohjaa potilasta havainnoimaan itseään ja tilannettaan sekä lisäämään tämän ymmärrystä. (Kuhanen ym. 159 - 161.) Tällainen tilanne voi tulla kyseenalaiseen vaikkapa ensipsykoosin yhteydessä. Tällöin potilasta autetaan ymmärtämään mistä sairaudesta esimerkiksi skitsofrenian kohdalla on kyse ja mitä mahdollisimman hyvä hoitotulos vaatii.

Psykiatrisista potilaista moni kärsii persoonallisuushäiriöstä, joten heitä on usein pidetty vaikeahoitoisina. Monesti he hakeutuvat hoitoon kriisitilanteissa kuten esimerkiksi ihmissuhdevaikeuksissa. Tällöin on katsottu, että hoitotyöntekijän tulisi toimia mallina sosiaalisesti hyväksyttävälle käytökselle. Työntekijä pyrkii löytämään potilaan terveen puolen ja sen voimavarat. Tällöin voidaan vedota vaikkapa potilaan rooliin vanhempana ja jättää negatiivinen rooli taaemmaksi. Hoitotyössä voidaan käyttää kognitiivisen terapian periaatteita. Potilaan kanssa lähdetään tunnistamaan ja asettamaan kyseenalaiseksi tiettyjä ajattelumalleja, ennakoasenteita ja vuorovaikutustapoja. Tosin on syytä muistaa, että persoonallisuushäiriöistä kärsivät ovat usein haluttomia muuttamaan käyttäytymiskaavojaan ja vuorovaikutustapojaan. (Välimäki ym.2000, 65 - 66.)

### **4.3 Ammatillisuus psykiatrisessa hoitotyössä**

Hoitotyöntekijän ammatillisuuden on koettu koostuvan paitsi kunnioittavasta kohtelusta, myös aktiivisesta työotteesta. Varsinkin ensimmäistä kertaa hoidossa olevat potilaat ovat kokeneet hankalina esittää toiveita tai ajatuksiaan henkilökunnalle. Pitkäaikaispotilaat taas pelkäävät joutuvansa leimatuksi hankaliksi

potilaiksi. Henkilökunnan tulisi sitoutua työhönsä. Tämän onnistumista on arvioitu sillä, miten henkilökunta sitoutuu yhteisesti sovittuihin aikatauluihin ja hoitotavoitteisiin. Hoitohenkilökunnan käytöksen tulisi myös olla asiallista ja kunnioittavaa sekä kiinnostuksen osoittamista potilaan vointia kohtaan. Osa kunnioittavaa kohtelua on se, että päivittäisten asioiden, kuten ruokailun ja puhtauden ylläpitämisestä pidetään huolta. Kunnioittavan kohtelun käänköpuolena on taas torjutuksi tuleminen. Potilaalle voi syntyä kokemus torjutuksi tulemisesta, jos hänelle esimerkiksi tiuskitaan tai hoitohenkilökunta on keskusteluissa liian passiivinen. Potilaalle syntyy tällöin kokemus, ettei häntä kuunnella. Tällainen käytös koetaan alentavana. Hoitohenkilökunnan käytös voidaan kokea loukkaavana myös silloin kun he eivät ota potilaan mielestä tarpeeksi aktiivisesti kontaktia potilaaseen tai rohkaise tätä ilmaisemaan mielipiteitään. Potilaalle tulisi siis antaa aikaa rohkaistua ilmaisemaan mielipiteitään ja ajatuksiaan jotta luottamuksellinen hoitosuhde voisi syntyä. Tämä on tärkeää varsinkin hoidon alussa, koska potilas voi kokea tilanteen ja sairaalaan joutumisen hämmentävänä. Potilaan mielipiteiden ja ajatusten huomioiminen tukee myös hänen itsemääräämisoikeutensa toteutumista, joten edellä mainittujen asioiden toteutumiseen tulisi kiinnittää erityisen paljon huomiota hoitosuhteessa. (Suhonen 2007, 38 - 41.)

#### **4.4 Omaehtoinen hoito ja potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä**

Potilaan asemaa ja oikeuksia psykiatrisessa sairaanhoidossa on muun hoidon tavoin suojattu lainsäädännöllä. Oikeuksista on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, sekä kunnioittavaan kohteluun hänen olemassa olevien voimavarojensa rajoissa. Potilaan hoito tulisi järjestää siten, että hänen vakaumustaan ja ihmisarvoaan kunnioitetaan. Tämän lisäksi yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee huomioida hoidossa ja kohtelussa mahdollisuuksien mukaan. (Tuori 2004, 424 - 425.)

Potilaan suostumus on hoidon luvallisuuden edellytys. Periaate voidaan tämentää tietoon perustuvan suostumuksen periaatteeksi. Tällä taas on edellytyksenä suostumuksen antajan saama riittävä tieto, hänen ymmärryksensä ja



vapaaehtoisuutensa. Potilaan tulisi lain mukaan saada selvitys omasta terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, niiden vaikutuksista ja muista seikoista, joilla voi olla merkitystä hänen hoitamiseensa. Näin ollen tietoa tulisi saada hoidon riskitekijöistä, epäonnistumisen mahdollisuuksista sekä mahdollisista komplikaatioista. Henkilöstön tulisi lisäksi antaa lain edellyttämät tiedot omaaloitteisesti eikä potilaan erillisestä pyynnöstä. (Tuori 2004, 424 - 425.)

Psykiatriset potilaat ovat tutkimusten mukaan olleet yleensä tyytymättömiä siihen, ettei heiltä kysytä lupaa itseään koskevien asioiden toteuttamisessa. Toisaalta mielipide on saattanut muuttua myös myönteiseen suuntaan hoidon aikana. Kun potilas esimerkiksi kieltäytyy lääkityksestä, taustalla saattaa olla halu säilyttää kontrolli hoidon aikana. Arvostusta saavat osakseen sellaiset hoitotyöntekijät jotka kuuntelevat, osoittavat kiinnostusta, auttavat ja tukevat potilaitaan. Keskeinen hoitosuhteen laatua ylläpitävä tekijä onkin vuorovaikutus. Jotta hoitosuhde olisi mahdollisimman laadukas, tulisi hoitajan kertoa potilaalle tämän hoitoa koskevista seikoista ymmärrettävästi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että potilaat ovat kaivanneet enemmän tietoa hoidon aikana. (Välimäki ym. 2000, 93 - 95.)

Suhosen mukaan psykiatriset potilaat ovat katsoneet itsemääräämisoikeuden olevan hyvin kokonaisvaltainen asia. Kunnioittavaa kohtelua, kuulluksi tulemistä ja päätöksen tekoon osallistumisen painotuseroja ei osattu eritellä tarkasti. Tekijöiden painotus on vaihdellut potilaiden kesken. Keskeiseksi he ovat sen sijaan kokeneet sen, että heille on kerrottu asioita, heidän mielipidettään on kysytty ja toiminta on perusteltu heille hyvin. Sen sijaan päätöksentekoon osallistumista he eivät kokeneet kovinkaan tärkeänä, koska potilaan sen hetkinen vointi ei aina sitä mahdollistanut. Varsinkin lääkkeisiin liittyvät päätökset jätettiin mielellään lääkäreille. Itsemääräämisen keskeiseksi sisällöksi on kuvattu sitä, että potilas saa itse, muiden puuttumatta, ratkaista sellaisia asioita, jotka koskevat häntä itseään, hänen toimintaansa tai elämäänsä. Hoitohenkilökunnalta on toivottu tiukkaa otetta varsinkin hoidon alussa, jolloin potilaan vointi on ollut huono. (Suhonen 2007, 54.)

Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan erityislaatuista ja hoitotyöntekijän tulisi olla herkkä ottamaan vastaan potilaiden sanallisia tai sanattomia viestejä, jopa vihjauksia. Kuten edellä mainitussa tutkimuksessa on todettu, hoitotyöntekijöiden tulisi luoda sellaista ilmapiiriä, jossa potilaat kokevat olevansa tasavertaisessa asemassa ja heidän mielipiteensä otetaan huomioon. (Välimäki, ym 2000, 21.)

Psykiatristen sairauksien hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä joka vaatii hoitotyöntekijältä paljon. Hoitosuhde on ammatillinen suhde jossa vuorovaikutus on kaikkein tärkein auttamismenetelmä. Hoitosuhteen tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia. Hoitotyöntekijältä vaaditaan tietoa ja itsetuntemusta, omien ajatusten ilmaisemista sekä toisen ihmisen kuuntelemista.

## 5 Tahdosta riippumaton hoito ja menettely siihen määräämisessä

Psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana on muun terveydenhuollon tavoin potilaan itsemääräämisoikeus. Se kuitenkin poikkeaa muusta terveydenhuollosta tahdosta riippumattoman hoidon osalta. Kuten jo johdannossa todettiin, lainsäädännössämme on ollut pitkään säädökset kyseisestä asiasta. Kyse on kuitenkin potilaan itsemääräämisoikeuden pitkälle menevästä rajoittamisesta. Tahdosta riippumattomasta hoidosta ja siihen liittyvistä menettelyistä on säädetty mielen-terveyslaissa. Sen mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos tietyt kolme ehtoa täyttyvät. (Tuori 2004, 448.)

Kolme välttämätöntä ehtoa tahdosta riippumattomalle hoidolle ovat käsittelyssä seuraavana. Henkilön todetaan olevan mielisairas ja hän on sairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Tämän lisäksi muut mielenterveyspalvelut ovat käytettäväksi soveltumattomia tai riittämättömiä. Suomessa mielisairaudella tarkoitetaan sellaista vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy todellisuuden tajun häiriintyminen, ja jota voidaan pitää psykoosina. Nykyisen luokituksen mukaan tiettyjen diagnoosiryhmien kriteerit täytyviä häiriöitä voidaan pitää mielisairauksina. Näitä häiriöitä ovat deliriumtilat, skitsofrenian eri muodot, elimelliset sekä muut harhaluuloisuustilat, vakavat masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt psykoottisilla oireilla, dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot sekä muut psykoosit. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 690 - 691.)

Terveyskeskuksessa, jossa potilas usein ensiksi kohdataan, ei edellytetä, että diagnoosi voidaan asettaa ehdottoman varmasti. Sen vahvistaminen jää lain mukaan tehtäväksi sairaalassa tarkkailuajaksi. Kuitenkin edellytetään, että diagnoosi on todennäköinen. Hoidon tarpeen taas on katsottu olevan ehdollista kolmen kriteerin mukaan, joista yhden tulisi täytyä. Näitä ovat esimerkiksi se, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti potilaan mielisaira-

utta. Tällöin tulisi ottaa huomioon, voidaanko hänen tilaansa lievittää tai jopa estää lääketieteellisillä keinoilla. Tämän voidaan katsoa pahentavan potilaan tilaa silloin kun tämä ei käytä lääkettä, joka huomattavasti vähentäisi oireilua tai sairauden etenemistä. Syynä voi olla myös potilaan terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen. Tämä tapahtuu esimerkiksi silloin, kun potilas ei oireidensa takia pysty huolehtimaan itsestään. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin kun potilas on harhainen, sekava tai maaninen. Lisäksi itsemurhavaaran vuoksi voi sairaalahoito olla välttämätöntä. Muita vaaratekijöitä voivat olla heitteillejätto tai kyvyttömyys muuten huolehtia arkielämästä. Akuutti harhaisuus tai sekavuus heikentää selviytymiskykyä. Muiden henkilöiden terveys ja turvallisuus voivat myös vaarantua. Tällöin on kyse väkivallan vaarasta. Tämän kohdan on kuitenkin katsottu tarkoittavan laajempaa kuin väkivallan suoraa uhkaa. Esimerkiksi psykoottisuuden toisten mielenterveyden tasapainolle aiheuttama uhka ja lasten tasapainoisen kehityksen häiriintyminen voivat tulla kyseeseen. Muiden mielenterveyspalveluiden tulee lisäksi olla riittämättömiä. Laki ei edellytä, että muita palvelumuotoja tulisi käytännössä kokeilla ennen hoitoon lähettämistä. Sen sijaan tulee harkita, mitä hyötyä muista vaihtoehdoista voisi olla ja voisiko muun palvelun käyttö mahdollisesti muuttaa hoidon tarvetta. (Lönnqvist ym. 2007, 690 - 691.)

Hoitoon määrääminen tapahtuu nelivaiheisen prosessin kautta, kun edellytykset siihen ovat täyttyneet. Lain mukaan niitä ovat tarkkailulähetteen laatiminen, potilaan ottaminen tarkkailuun, tarkkailulausunnon laatiminen sekä hoitoonmääräämispäätöksen tekeminen. (Tuori 2004, 449.) Vaiheet edellyttävät aina neljän riippumattoman lääkärin arviota perusteista. Myös vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas voidaan ottaa tarkkailuun, jos edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä täyttyvät. Jos taas tarkkailun tai hoidon aikana ilmenee, ettei edellytyksiä hoidon jatkamiselle ei ole, tulee potilas halutessaan poistaa sairaalasta välittömästi. (Lönnqvist ym. 2007, 690 - 691.)

Tarkkailulähete laaditaan useimmiten terveyskeskuksissa ja siellä vastaavan lääkärin tai hänen sijaisensa tulee laatia lähete. Hän voi myös mielenterveyslain mukaan pyytää virka-apua poliisilta potilaan kuljettamiseksi terveydenhuollon yksikköön. Tehdyn tarkkailulähetteen perusteella, joka saa olla enintään kolme

päivää vanha, potilas voidaan ottaa tarkkailuun, jos edellytykset hoitoon määräämisestä ovat todennäköisesti olemassa. Tarkkailulähete ei siis sido asiasta päättävää lääkäriä vaan kyse on itsenäisestä päätöksestä. Seuraavana vaiheena on tarkkailulausunnon laatiminen. Se tulisi laatia viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun asettamisesta sekä siinä tulee olla kannanotto siihen, ovatko hoitoon määräämisen edellytykset voimassa. Jos ne eivät ole, tai lausuntoa ei ole annettu määräajassa, tulee tarkkailusta luopua ja potilas halutessaan poistaa sairaalasta. Päätös hoitoon määräämisestä tulee tehdä viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamispäivän jälkeen. Perusteina ovat tarkkailulähete, lausunto sekä sairaskertomus. Lain mukaan jokaisen vaiheen ja siihen liittyvän päätöksen tekee eri lääkäri. Tahdosta riippumaton hoito voidaan järjestää ainoastaan sairaalan psykiatrissa hoitoa antavassa yksikössä, jolla on siihen edellytykset. (L 1116/1990; Tuori 2004, 451 - 452.)

Potilasta voidaan mielenterveyslain mukaan pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa enintään kolme kuukautta. Hoitoa voidaan kuitenkin jatkaa vain, jos uusi päätös tehdään ennen määräajan umpeutumista, joka edellyttää uutta tarkkailulausuntoa. Se tulee laatia ennen määräajan umpeutumista, jos näyttää ilmeiseltä, että hoitoa on välttämätöntä jatkaa, eikä potilaan kanssa päästä yhteisymmärrykseen. Päätös on kirjallinen ja se tulee antaa potilaalle tiedoksi välittömästi. Lisäksi se tulee alistaa hallinto-oikeudelle vahvistettavaksi. Tällä päätöksellä potilaan hoitoa voidaan jatkaa kuusi kuukautta. Jos tämänkin jälkeen hoidon jatkamista pidetään välttämättömänä, tulee laatia uusi tarkkailulähete, ottaa potilas uudelleen tarkkailuun ja laadittava uusi tarkkailulausunto. Jos hoidon aikana ilmenee, ettei edellytyksiä hoidon jatkamiselle ole ennen määräajan umpeutumista, tulee potilas tällöinkin halutessaan poistaa sairaalasta välittömästi. Vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon ilman tarkkailulähetettä. Jos tällainen potilas ilmoittaa poistuvansa sairaalasta, niin lääkäri joka katsoo, että edellytykset tahdosta riippumattomasta hoidosta ovat olemassa, voi määrätä potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. (L 1116/1990; Tuori 2004, 452 - 453.) Hoidossa olisi hyvä välttää pakotetuksi tulemisen kokemusta, koska sillä on merkitystä myös hoidon onnistumiselle ja kielteisen asenteen kehitykselle. Määräämisen yhteydessä

tulisi välttää dramatiikkaa ja noudattaa hyviä hoitokäytäntöjä. (Lönqvist ym. 2007, 695 - 696.)

### **5.1 Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan oikeuksien rajoitukset**

Tarkkailuun otetun tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Rajoituksissa on kuitenkin periaatteena suhteellisuusperiaate. Sen mukaan laitoksessa, tässä tapauksessa sairaalassa, olevan perusoikeuksien rajoitusten tulee olla yksittäisessä tilanteessa välttämättömiä tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoitteen tulee olla myös hyväksyttävä. Tämän lisäksi potilaan perus- ja ihmisoikeuksia tulee kunnioittaa. Esimerkkinä voidaan mainita ihmisarvoa loukkaavan kohtelun kielto. Kunnioittavan kohtelun on katsottu koostuvan seuraavista tekijöistä: tiedon saanti, hoitovaihtoehtojen järjestäminen ja ammatillisuus. Tärkeänä pidetään myös potilaan tiedonsaantia hänen sairaudestaan ja oireistaan. (Suhonen 2007, 30 - 33.)

Potilaan ollessa tahdosta riippumattomassa hoidossa jo päätös itsessään rajoittaa hänen henkilökohtaista vapauttaan. Hoidon aikaiset pakkotoimet saattavat olla potilaalle jopa vaikeampia kokemuksia kuin itse tahdosta riippumaton hoito. Kokemukset lepositeissä ja eristyksessä olemisesta koetaan usein rangaistuksena, joka herättää vihaa, pelkoa sekä koetaan nöyryyttävänä. Pahimmillaan traumaattinen kokemus voi vaivata pitkään. (Välimäki ym. 2000, 131.) Hoitohenkilökunnan roolia korostaa se, että he useimmiten aloittavat pakkotoimien käytön, koska he ovat lähimpänä potilasta eikä lääkäriä ole aina heti saatavilla (Heiskanen-Haarala 2010, 12).

Eristäminen on koettu tutkimuksissa myös selkeästi tarpeellisena turvaamaan osaston hoitorauhaa. E erityisen tarpeelliseksi se on koettu myös potilaiden toimesta silloin, kun osastolla on aiheutettu vaaratilanteita. Lisäksi Suhosen (2007, 37) mukaan potilaat ovat katsoneet, että isolla osastolla pitää olla tietty kuri, että asiat ylipäättänsä toimivat. (Suhonen 2007, 37.) Tulee myös ottaa huomioon, että vapaaehtoisessa hoidossa olevien potilaiden kanssa voidaan erikseen sopia rajoituksista, jotka perustuvat järjestyssääntöihin, yleisten toimintaedellytys-

ten turvaamiseen ja toisten potilaiden kunnioittamiseen. Huomion arvoista on myös se, että tahdonvastaisessa hoidossa oleminen ei tee potilaasta oikeustoimikelvotonta. Tosin tällöin tehty oikeustoimi voidaan kuitenkin jälkikäteen todeta kelvottomaksi. On perustellusti katsottu, että fyysisten pakkotoimien osalta laitoksilla tulee olla selkeä linja. Niihin ei tulisi ryhtyä ennen kuin potilaalle on annettu suullista palautetta ja hänelle on annettu tilaisuus muuttaa mahdollista häiritsevää käytöstään. (Välimäki ym. 2000, 118.) Oikeustoimikelvottomuudella tarkoitetaan henkilön kykyä määrätä pätevällä tavalla oikeuksistaan, käydä kauppaa, lahjoittaa omaisuutta ja ottaa velkaa. Lain mukaan se alkaa pääsääntöisesti silloin kun henkilö täyttää 18- vuotta ja päättyy kuolemaan. Se voi kuitenkin heikentyä jo elinaikana, jos henkilön toimintakyky esimerkiksi dementian takia heikkenee. Tällöin voi tulla aiheelliseksi edunvalvojan määrääminen. Edunvalvojat valvovat sellaisten henkilöiden etuja ja oikeuksia, jotka eivät muun muassa sairauden takia kykene huolehtimaan itse asioistaan. Asiasta on säädetty holhoustoimilaissa. Hoitohenkilökunnalla voi olla tällöin rooli potilaan oikeusturvan toteuttajana. Sairaanhoidajaliiton ohjeiden mukaan hoitajat voivat yhdessä tehdyn huolellisen harkinnan jälkeen, havaittuaan ensin potilaan toimintakyvyn heikentyneen, tehdä ilmoituksen maistraattiin edunvalvonnan tarpeesta. Omaisten kanssa tulisi kuitenkin keskustella asiasta ensin. (Sairaanhoidajaliitto 2012.)

Hoidon turvaamiseksi mielenterveyslain 22 a §:n mukaan potilasta voidaan henkilökunnan toimesta kieltää poistumasta sairaalasta. Jos potilas kuitenkin poistuu sairaalasta luvatta, hänet voidaan noutaa takaisin sairaalaan. Lain 31.2 §:n mukaan poliisin tulee antaa virka-apua potilaan palauttamiseksi sairaalaan. Sairaalan henkilökunnalla on myös oikeus käyttää voimakeinoja potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen. Voimakeinojen tulee kuitenkin olla puolustettavissa ja niitä koskee suhteellisuusvaatimus. Tämä tarkoittaa sitä, että lain 22d.2-3 §:n mukaan niitä arvioitaessa tulee ottaa huomioon sairaalassa olon syy sekä potilaan itsensä ja muiden terveydelle tai turvallisuudelle aiheutuva vaara hänen sairaalasta poistumisestaan. Huomioon on otettava myös käytävissä olevat voimavarat sekä tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat. Sairaalassa voidaan ryhtyä jopa potilaan eristämiseen. Eristämisestä on säädetty lain 22 e–f §:ssä. Lain mukaan potilas voidaan eristää vasten tahtoaan

seuraavilla perusteilla, jotka ovat vaihtoehtoisia. Näitä perusteita ovat ensinnäkin se, että potilaan käyttäytymisen tai uhkauksen perusteella on todennäköistä, että hän vahingoittaisi itseään tai muita. Perusteena on myös se, että potilas vahingoittaa käyttäytymisellään vakavasti muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa vakavasti omaa turvallisuuttaan, vahingoittaa omaa omaisuuttaan merkittävästi, tai eristäminen on välttämätöntä muuten erittäin painavan hoidollisen syyn takia. (L 1116/1990; Tuori 2004, 510 - 512.)

## **5.2 Hoidolliset syyt oikeuksien rajoitukseen**

Eristämistilanteessa hoitohenkilöstö saa käyttää voimakeinoja potilaan kiinnittämiseen. Näiden keinojen tulee kuitenkin mielenterveyslain mukaan olla välttämättömiä. Potilasta voidaan muissakin tilanteissa pitää kiinni, jos se on hoidollisista syistä välttämätöntä. Tällainen erittäin painava hoidollinen syy on esimerkiksi tilanne, jossa potilaan tavanomaiset ärsykkeet tai vuorovaikutustilanteet pahentaisivat hänen sairauttaan. Pääsääntönä kuitenkin on, että rauhallinen ympäristö tulee voida järjestää muulla tavoin kuin eristämällä potilas. Potilas voidaan muun muassa sitoa lepositeilla, jos muut toimenpiteet eivät auta. Hoitohenkilöstön tulee kuitenkin ilmoittaa hoitavalle lääkärille eristämisestä, koska päätösvalta eristämisestä kuuluu hänelle. Kiireellisessä tapauksessa hoitohenkilökunta saa eristää tai sitoa potilaan ilman lääkärin lupaa mutta tästä tulee kuitenkin välittömästi sen jälkeen ilmoittaa lääkärille. (L 1116/1990; Tuori 2004, 510 - 512.)

Potilaan vapautta ja koskemattomuutta on pyritty suojelemaan määräämällä täsmällisesti rajoittavien toimenpiteiden kestoa, täytäntöönpanoa ja valvontaa. Edellä mainitut toimenpiteet, kuten eristäminen tai lepositeissa pitäminen, tulee lopettaa heti kun ne eivät ole enää välttämättömiä. Hoitavan lääkärin tulee arvioida potilaan tilaa niin usein kuin potilaan terveydentila sitä edellyttää. Tällöin päätetään toimenpiteiden jatkamisesta tai lopettamisesta. Eristetyllä potilaalla tulee olla vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia riittävästä hoidosta ja huolenpidosta ja mahdollisuudesta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Jos potilas on sidottu tai alaikäinen, tulee hoitohenkilöstöllä olla jatkuva näkö- ja kuuloyhte-



ys potilaaseen hänen tilansa seuraamiseksi. Jos eristäminen kestää yli 12 tuntia tai sitominen yli 8 tuntia, tulee toimenpiteistä ilmoittaa edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Aluehallintovirastolle tulee tehdä kahden viikon välein ilmoitus eristyksistä tai sitomisista. Näitä tietoja tulee säilyttää kaksi vuotta. (L 1116/1990; Tuori 2004, 512 - 513.) Eristäminen ja pakon käyttäminen on koettu sairaanhoidolle vieraaksi ja eettisesti ongelmalliseksi. Uudessa väitöskirjatutkimuksessa on kehoitettu luopumaan lepositeiden käytöstä. Lisäksi tutkimuksessa haastetaan hoitotyöntekijöitä keskustelemaan siitä, miten potilaiden vapautta voisi tukea hoidon aikana. Potilaat eivät aina ymmärrä sulkemista eristyshuoneeseen. Potilaan kanssa tulisi aina pyrkiä keskustelemaan tilanteesta jo eristämisen aikana tai viimeistään sen jälkeen. Eristämistä ja lepositeita on pyritty vähentämään rauhoittamalla potilasta viestinnän ja lääkityksen avulla. Sulkeminen toiseen huoneeseen tulisi olla viimeinen keino. (Heiskanen-Haarala 2010, 11 - 13.) Rajoittamisella on myös toisaalta toinenkin näkökulma. Psykoottisen, itsetuhoisen tai vakavasti maanisen potilaan toimintaan puuttumatta jättäminen olisi heitteillejättöä. Pakkotoimilla on siis perusteensa. (Heiskanen-Haarala 2010, 13.)

Potilaat ovat pitäneet tärkeänä tiiviitä avohoitokontakteja, mielekästä tekemistä ja useampia hoitovaihtoehtoja. On myös tuotu esille, että välimuotoa suljetun osaston ja kotona olemisen välillä kaivattaisiin. Päiväpotilaana olo mahdollistaisi muun muassa päivärytmin korjaamisen, vaikka se olisi aluksi hankalaa. Osastopaikkoja tulisi olla sairaille ja vähemmän sairaille. Toisaalta on myös ymmärretty, että suljetun osaston säännöt on laadittu niin, että kaikkein vaikeimmin sairaita voidaan hoitaa. Hoitovaihtoehtoihin kuuluu toimintaterapian järjestämät ryhmät tapahtumiseen, liikunnallinen osuus, kolmannen sektorin osuus ja potilasjärjestöt. (Suhonen 2007, 33 - 35.) Potilaan toimintaa rajoitettaessa hänelle osoitetaan, että hänestä välitetään. Rajoittamisella tarkoitetaan hoitojärjestelmän taholta asetettuja kieltoja ja ohjeita. Sairaaloissa joudutaan joskus ottamaan omaisuutta haltuun, rajoittamaan liikkumista ja viestimistä tai jopa eristämään potilas. Jokaisella on oikeus saada hyvää hoitoa ja siihen kuuluu huolenpito myös silloin kun potilas ei itse siihen kykene. Rajoitukset saattavat tuntua hankalalta varsinkin, jos potilas on asunut pitkään yksin. Ongelmalliseksi ei sen sijaan ole koettu, että samoja sääntöjä joutuvat noudattamaan myös parempi-

kuntoiset potilaat. Henkilökunnalta toivotaan jäämäkkyyttä, jolla osoitetaan potilaille mikä osastolla on sallittua ja mikä taas ei. Rajoittamisen äärimuoto, eristäminen on koettu jollakin tapaa pahana, mutta toisaalta perusteltuna keinona. Tilanteiden pahuus taas on koettu aiheutuvan lähinnä siitä, että tilanteet näyttivät ikäviltä. Eristämiselle on pyritty löytämään muita vaihtoehtoja, kuten vierihoidtoa ja lääkitystä. Toisaalta sen on koettu myös olevan hoidollinen peruste silloin kun eristettävä aiheuttaa vaaratilanteita tai epäjärjestystä osastolla. (Suhonen 2007, 35 - 38.) Tyypillinen tilanne on silloin, kun potilas on aggressiivinen, eikä häntä saada rauhoittumaan vuorovaikutuksella eikä lääkkeillä (Heiskanen-Haarala 2010, 12).

Potilasta kunnioittava kohtelu koostuu asioista joita ovat tiedon saanti, hoitovaihtoehtojen järjestäminen, oikeudenmukainen rajoittaminen sekä ammatillisuus hoitotyössä. Tiedonsaantia on pidetty tärkeänä, koska saamansa tiedon avulla potilaat ovat voineet ottaa kantaa omiin asioihinsa sitä paremmin, mitä enemmän heillä on tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä seikoista. Tarpeet liittyvät eniten sairauden oireisiin, lääkitykseen ja siihen, miten sairaus vaikuttaa omaan elämään. Lääkityksen osalta tietoa haluttiin paitsi lääkityksestä, niin myös sen vaikutuksista ja muutoksista. Oikeuksien toteutumisen kannalta tärkeäksi on koettu myös muutoksista tiedottaminen ja niiden perusteleminen. Tietoa lääkityksestä potilaat toivoivat erityisesti lääkäreiltä. Sairauteen liittyvistä asioista potilaat kokivat haluavansa keskustella myös hoitohenkilökunnan kanssa. Kaikilla potilailla ei välttämättä ole uskallusta lähestyä henkilökuntaa ja kysyä asioista. Näin ollen osaston rohkaisevalla ilmapiirillä on koettu olevan suuri merkitys. Varsinkin ensimmäistä kertaa hoidossa olevat ovat kokeneet vaikeaksi ottaa asioita puheeksi. Tietoa on usein kaivattu toistetusti. Potilaat saattavat olla esimerkiksi skitsofrenian vuoksi niin huonossa kunnossa, etteivät kykene ottamaan hoidon alkuvaiheessa tietoa vastaan. (Suhonen 2007, 30 - 33.)

## 6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaiden oikeudet toteutuvat psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimustehtävät muotoilimme seuraavasti:

1. Miten psykiatrisen hoitotyön tekijät kokevat potilaiden perusoikeuksien toteutuvan omassa yksikössään?
2. Voisiko potilaiden oikeuksien toteutumista parantaa?

## 7 Tutkimusmenetelmä ja toteutus

Tutkimuksemme oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja sen kohteena oli hoitotyöntekijöiden elämysmaailma. Elämysmaailma puolestaan käsitettiin kokonaisuudeksi, jossa ihmistä tarkastellaan.

Laadullisessa tutkimuksessa elämysmaailmaa tarkastellaan merkitysten maailmana, jossa merkitykset ilmenevät ihmisten toimina, päämäärien asettamisena, suunnitelmina, hallinnollisina rakennelmina, yhteisön toimina ja ylipäättänsä muina ihmisistä lähtöisin olevina ja päättyvinä tapahtumina (Varto 1992, 23 - 24). Tutkimuksessa ihmiset ja heidän elämysmaailmansa otettiin ainutkertaisena tutkimuskohteena ja kohdetta jäsennettiin kokonaisvaltaisesti (Varto 1992, 57). Tutkimuksessa tarkoitus oli löytää haastatteluaineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä (Suhonen 2007,18). Tutkimuskohdetta oli tarkoituksena tarkastella ennakkoluottomasti ja saada ilmiö avautumaan tutkimuksellemme mahdollisimman luonnollisena ja avoimena (Varto 1992, 86 - 87).

## 8 Aineistonkeruu ja analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja tutkimusongelmaa valittaessa sekä rajattaessa, on perehdyttävä erinäisiin tutkimuksen toteuttamiseen liittyviin kysymyksiin. On mietittävä ennalta konkreettisia järjestelyjä ja menettelytapoja. Vaikka tutkimusta tehdessä haluaisikin toimia joustavasti, niin silti näin on viisasta toimia. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 172 - 177.)

Tärkeitä seikkoja tutkimuksessa ovat kohderyhmä eli ketkä ovat tutkimuksen kohteena, miten heidät valitaan ja kuinka paljon heitä tarvitaan. On myös tiedettävä miten heidät tavoitetaan, miten heiltä pyydetään suostumus ja mitä materiaalia haastatteluihin tarvitaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 172 - 177.)

Aineiston hankinta vie aikaa ja vaatii ponnisteluja, vaikka tutkimusaineisto perustuisikin pieneen haastateltavien joukkoon ja tapausmäärään. Kun kyseessä on kvalitatiivinen tutkimus, yleistyksiä ei tehdä saatua aineistoa koskien. Kuitenkin tutkimalla yksittäistä tapausta tarkasti, voidaan nähdä onko ilmiössä jotakin merkittävää, joka ilmiötä yleisemmällä tasolla tarkasteltaessa usein toistuu. (Hirsjärvi ym. 2007, 172 - 177.)

Kohderyhmämme olivat erään psykiatrisen sairaalan osastojen hoitotyöntekijät. Etsimme haastateltavamme talon neljältä suljetulta osastolta, koska näillä osastoilla eristystoimenpiteitä ja muita potilaan oikeuksien rajoittamiseen perustuvia toimenpiteitä tehtiin kaikkein eniten. Toteutimme opinnäytetyön yksilöhaastatteluina, tarkemmin sanottuna teemahaastatteluina (Ks. Liite 1). Katsoimme, että haastateltavilla tulisi olla työkokemusta vähintään kaksi vuotta psykiatrisella puolella ja mielellään samalla osastolla. Heidän piti siis tuntea aihe hyvin.

Haastattelujen ajankohta pyrittiin saamaan kesälle 2012. Osastojen osastonhoitajiin otettiin aluksi yhteyttä ja heitä pyydettiin tiedustelemaan mahdollisia halukkaita vastaajia. Halukkaiden vastaajien kanssa sovittiin sopivat haastatteluajat heidän työpaikoilleen. Vastaajilla oli mahdollisuus tutustua etukäteen laatimiimme teemoihin. Tällä tavoin he pystyivät valmistautumaan haastattelutilanteeseen.

seen etukäteen, mikä mahdollisti haastattelujen toteutumisen jouhevasti ja aikaa säästävasti.

Haastatteluissamme oli tarkoituksena, että haastateltavat psykiatrisen puolen hoitotyöntekijät saivat vastata kysymyksiin mahdollisimman omin sanoin. Toteutimme haastattelut sopimalla ajat paikan päällä haastateltavien työpaikoilla. Varsinaista haastattelulomaketta ei ollut käytössä, vaan käytimme haastattelu-runkoa, joka Hirsjärven ym. (2007, 176) mukaan koostuu kysymyksistä, joihin vastaaminen tapahtuu täysin vapaamuotoisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 176). Koska tutkimuksemme käsittelee aihetta, josta emme juuri löytäneet tutkittua tutkimus-tietoa, ei kysymysten ollut tarpeen olla niin suoraviivaisia. Dahlbergin ym. (2010, 115) mukaan tällöin on mahdollisuus esittää kysymykset täysin avoimesti (Dahlberg & McCraig. 2010, 115). Tällä tavalla toivoimme saavamme mahdollisimman monipuolisen katsauksen aiheestamme ja paljon hoitajien omia mielipi-teitä. Haastattelutilanteet tallennettiin nauhurilla ja tehtiin nimettöminä.

## **8.1 Induktiivinen sisällönanalyysi**

Sisällön analysointi on osa laadullisen tutkimuksen peruskäsittelyprosessia. Analyysi on joko teoria- tai aineistolähtöistä. Sillä voidaan tulkita sekä kirjallista että suullista materiaalia ja löytää niistä yhteyksiä, eroavaisuuksia tai seurauksia. Sisältöanalyysin tavoitteena on tiivistää aineistoa, jotta kulloinkin tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyemmin ja ennen kaikkea yleistävästi. Latvana ym. (2003, 21 - 25) mukaan analyysissa olennaista on nostaa aineistosta esille yh-täläisyydet ja eroavaisuudet. Luokitusten tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21 - 25.) Tässä työssä nou-datimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineiston purkamisessa yleisesti käytettävä menetelmä on litterointi eli nauhoi-tetun aineiston puhtaaksi kirjoittaminen. Se voidaan tehdä haastatteluaineistos-ta kokonaan tai osittain. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138.) Menetelmää käytetään erityisesti silloin, kun haastateltavia on useampi, tai haastattelut kestävät pit-kään. Osana hyvää aukikirjoittamista on sanatarkka kirjaaminen, joka helpottaa

analyysin tekemistä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138 - 139.) Tärkeää on määrittää analyysiyksikkö. Se voi olla lause, osa lausetta, ajatuskokonaisuus tai vain sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25 - 26.)

Kolmivaiheiseen analysointiprosessiin kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Miles & Huberman, 1984). Tuomen ja Sarajärven mukaan (2002, 111) pelkistämässä haastatteluaineisto pelkistetään siten, että tutkimuksen kannalta turha ja epäolennainen karsitaan pois. Tämä vaihe tapahtuu tiivistämällä tai pilkkomalla aineisto osiin. Tehtävä ohjaa pelkistämistä. Ryhmittelyssä alkuperäiset ilmaukset käydään läpi, ja niistä etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Koodaamalla aineisto, pelkistetään tutkimustehtävän kannalta olennaiset ilmaukset. Nämä taas edelleen ryhmitellään merkityksensä perusteella yhteen. Tämän jälkeen taas erotellaan tutkimustehtävän kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettiset käsitteet. Niitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtäviin. (Tuomi&Sarajärvi 2002, 110 - 115.) Kun vastaukset on analysoitu, niin tulkitaan tulokset ja tehdään johtopäätökset (Hirsjärvi ym. 2004, 213).

## **8.2 Haastattelujen ja aineiston analysoinnin eteneminen**

Toteutimme haastattelututkimuksemme eräässä psykiatrisessa sairaalassa. Kohderyhmämme olivat suljettujen henkilökunta. Näiden osastojen osastonhoitajilta saimme myös puollon tutkimuslupahakemuksellemme. Kaikki neljä osastoa olivat suljettuja psykiatrisia osastoja, jotka näin ollen sopivat tutkimuksemme hyvin. Yhdellä osastolla hoidettiin pitkäaikaisen psykiatrisen sairaustaustan omaavia ihmisiä, toinen osasto oli oikeuspsykiatrisen osasto ja kolmas osasto oli erikoistunut sekä vaikeahoitoisiin että päihdeongelmista kärsiviin potilaisiin. Haastattelut teimme yksin sekä ajallista syistä johtuen, että haastateltavien toivomuksesta. Eräät haastateltavista toivoivatkin nimenomaan yksilohaastatteluja.

Haastattelut toteutettiin pääosin paikan päällä sairaalassa ennalta sovittuina ajankohtina työntekijän ja haastattelijan kesken rauhallisessa paikassa osastol-

la. Tavoitteemme oli saada vastaajia vähintään kuusi. Lopulta saimme kuitenkin kasaan vain viisi haastateltavaa. Kaikki haastateltavistamme henkilöistä olivat mieshoitajia. Suhteellisen tiukka aikaraja tuli lopulta haastateltavien etsinnässä vastaan, joten päätimme tehdä tutkimuksemme viidellä haastateltavalla. Heidän vastauksiensa perusteella aloimme tehdä analyysia aineistosta. Esihaastatteluja emme valitettavasti kyenneet tekemään, koska vastaajat eivät pystyneet tai halunneet osallistua useaan haastattelukertaan, vaan halusivat tehdä haastattelut kerralla.

Vastaajiksi valikoitui suurimmaksi osaksi melko nuoria työntekijöitä, joilla luonnollisesti työkokemus ei ollut karttunut vielä useampien vuosikymmenien mittaiseksi. Koulutustaustaltaan tämä joukko käsitti sekä lähihoitajia että sairaanhoitajia. Yhdellä vastaajistamme työura psykiatrian kentällä oli ehtinyt kasvaa jo 22 vuoden mittaiseksi. Mukana vastaajissamme oli myös 13 - 14 vuotta psykiatrian kentällä työskennellyt henkilö. Koimme kuitenkin sen, että työkokemusta oli ainakin muutamia vuosia jo takana, sopivan riittäväksi haastattelujen ja tutkimuksemme tarkoitukseen. Monilla vastaajistamme, joilla ei vuosikymmenien työkokemusta ollut ehtinyt karttua, oli kuitenkin takanaan myös aikanaan opiskelujen ohella tiiviisti samalla osastolla tehdyt kesätyöt sekä muut sijaisuudet. Näiden avulla työntekijä oli lopulta päätynyt samaiselle osastolle vakinaiseen henkilökuntaan. Näkökulma oli siis vastaajilla oman osaston toiminnan suhteen mielestämme sopivan laaja. Työmme aiheeseen sopi myös hyvin se, että vastaajiemme työkokemus oli suurimmaksi osaksi kertynyt nimenomaan suljetuilta osastoilta. Suljetut osastot ovat osastoina sellaisia, joissa hyvin usein hoitohenkilökunta joutuu käsittelemään jokapäiväisessä työssään kysymyksiä liittyen potilaan oikeuksiin. Potilaan elämistä suljetulla osastolla kuitenkin joutuu välillä jo hoitoteknisistä syistä rajoittamaan melkoisesti ja näin ollen pakkotoimiakin tulee osastoilla vastaan väistämättä.

Haastattelut käytiin osastoilla rauhallisessa paikassa. Annoimme haastateltaville mahdollisuuden tutustua kysymyksiin rauhassa ennen varsinaista haastattelua. Teimme heille selväksi, että annamme heidän vastata kysymyksiin mahdollisimman avoimesti. Teimme selväksi myös sen, ettemme aio johdatella heitä mihinkään suuntaan, ja että kaikki vastaukset ovat täysin luottamuksellisia, sekä

sen että litteroinnin haastattelun jälkeen kyseinen nauha poistetaan nauhurilta välittömästi. Osa haastatteluista toteutettiin myös osastojen ulkopuolella. Yhden haastateltavan kohdalla kävi niin, että haastateltava sattui olemaan vapailla, mutta hänellä ei ollut mitään sitä vastaan, että haastatteli kävi hänen kotonaan tekemässä haastattelun. Riippumatta tekopaikasta, haastattelut sujuivat varsin hyvin ja stressittömässä ympäristössä. Haastateltavat myös kokivat aiheemme mielenkiintoiseksi. Ennen kaikkea se koettiin erittäin tarpeellisena aiheena tutkia. Niinpä he puhuivatkin aiheesta avoimesti ja runsaasti. Annoimme haastateltavien puhua aiheesta mahdollisimman vapaasti mutta pidimme kuitenkin keskustelun tutkimusaiheessa.

Teimme induktiivisen sisällönanalyysin siten, että haastatteluiden teemat antoivat vastauksen tutkimustehtäviin. Nämä tutkimustehtävät olivat: ”Miten vastaaja kokee potilaan perusoikeuksien toteutuvan omassa työyksikössään?” sekä ”Millaisia kehitysideoita vastaajalla on sen suhteen, että potilaiden oikeudet toteutuisivat jatkossakin ja mahdollisesti jopa entistä paremmin?”.

Aloitimme analyysimme teon litteroinnilla eli kirjoitimme sanatarkasti haastattelukokonaisuudet tekstiksi. Ennen tätä kuuntelimme aineiston useaan kertaan läpi. Näin saimme hyvän käsityksen haastattelun kulusta ja aukikirjoittaminen oli helpompi tehdä. Tässä vaiheessa kirjoitimme haastattelut auki sanatarkasti. Rivivälillä 1.5 aineistoa tuli 15 sivua. Aukikirjoittamisen jälkeen tulostimme ja luimme saadun haastatteluaineiston lävitse useaan kertaan saadaksemme aineistosta kokonaiskuvan. Kun olimme saaneet kokonaiskuvan aineistosta, aloimme koodata sitä. Tarkoituksenamme oli nostaa tutkimusaineistosta asiakokonaisuuksia, eri värejä käyttäen koodaten aineistoa. Niistä taas muodostimme pelkistettyjä ilmauksia, joita muodostui 35 kappaletta. Alakategorioista, joita tuli 18 kappaletta, muodostimme yläkategorioita. Näitä puolestaan muodostui viisi kappaletta. Itse aineistoanalyysin teimme aluksi paperille käsin, mutta kirjoitimme sen puhtaaksi tietokoneella.



## 9 Haastattelujen tulokset

Seuraavissa kappaleissa esitämme tutkimustulokset siten, että kappaleet on otsikoitu analyysissa esiin nousseiden yläkategorioiden mukaan. Analyysin yhteydessä ei noussut esiin yhdistäviä luokkia. Yläkategorioita ovat potilaiden oikeuksien toteutuminen, potilaiden oikeuksiin liittyvä tiedonhaku, potilaiden tietämys oikeuksistaan, lainsäädännöstä johtuvat ongelmat oikeuksien toteutumisessa sekä potilaiden oikeuksien toteutumisen parantaminen. Yläkategorioista on johdettu otsikot. Analyysissa esille nousseet alakategoriat esitetään lihavoituna tekstissä.

Olemme myös kartoittaneet tilanteita hoitotyössä suljetuilla osastoilla, joissa potilaan oikeudet eivät aina mahdollisesti toteudu, sekä syitä näihin tilanteisiin. Haastatteluissa myös tiedonantajia pyydettiin pohtimaan tätä seikkaa. Kysymyksissä myös pohditaan erilaisia lähestymistapoja tilanteisiin ja sitä, miten toimintaa ylipäänsä voisi kehittää tulevaisuudessa, jos siihen tarvetta on. Analyysissa ei noussut esiin yhdistävää luokkaa mutta yläkategoriaksi muodostuivat **lainsäädännöstä johtuvat ongelmat potilaiden oikeuksien toteutumisessa**. Tässäkin kappaleessa yläkategoriasta on johdettu otsikko kappaleelle. Alakategoriat on lihavoitu tekstissä. Esiin nousseet tulokset esitetään muiden tulosten ohessa. Lisäksi erillisessä kappaleessa (9.5) esitetään esille tulleita mielipiteitä asiasta.

### 9.1 Potilaiden oikeuksien toteutuminen

Ensimmäisenä tutkimuksessamme kartoitimme yleisellä tasolla, miten vastaajamme kokivat potilaiden oikeuksien toteutuvan omissa työyksiköissään. Jo hoitopäätöksen itsessään koettiin rajoittavan potilaan elämää radikaalisti, koska tällöin potilas ei esimerkiksi voi enää vapaasti päättää liikkumisestaan ja lääkkeiden ottamisesta. Toisaalta koettiin, että lakipykälien mukaan toimittaessa **oikeuksia ei periaatteessa poljeta** vaikka potilaan elämää pitääkin rajata.

*”Herää kysymys, mitkä kaikki oikeudet. Vaihtelevasti. Kun puhutaan psykiatri-  
sesta hoidosta niin monesti voi olla tahdosta riippumaton hoitopäätös, joka on  
tehty. Se on itsessään jo melko iso asia joka rajoittaa potilaan oikeuksia käyttää  
vapaata tahtoa ja toimia kuten haluaa.”*

Ottaen huomioon lakipykälät, monet haastateltavistamme kokivat potilaiden oi-  
keuksien toteutuvan omissa yksiköissään joko vaihtelevasti, taikka pääsääntöi-  
sesti oikein hyvin. Koettiin, että lakipykälää painotetaan työssä ja toimimisessa  
hyvin paljon. Katsottiin myös, että yhteistyöllä ja neuvottelemalla potilaan kans-  
sa päästiin hoidossa eteenpäin oikein hyvin. Potilaiden oikeuksien toteutumisen  
esteenä koettiin välillä olevan myös potilasainees itse. Osa potilaista voi olla hy-  
vinkin vaikeahoitoisia, jotka vaativat tavallista enemmän rajausta ja pakkohoito-  
toimenpiteitä. Tämä tuli esille varsinkin niiden vastaajien keskuudessa, jotka  
työskentelivät vaikeahoitoisten osastolla. Tämä päti myös päihdeongelmaisiiin  
potilaisiin.

**Potilaiden hoidossa pyrittiin ensisijaisesti aina yhteistyöhön ja vastak-  
kainasettelun välttämiseen.** Tälle oli myös varsin luonnollinen ja tarkoituksen-  
mukainen perustelu, koska yhteistyön koettiin parantavan hoitoon sitoutumista.  
Lisäksi hoitohenkilökunta koki miellyttävämpänä toimia potilaiden kanssa yhteis-  
työssä. Pakkotoimet sekä eristämiset koettiin kuitenkin epämiellyttävinä. Tähän  
vastakkainasettelun välttämiseen **pyrittiin myös neutraalilla käytöksellä ja  
olemuksella.**

*”Minun mielestäni vastakkainasettelua pyritään välttämään ja hoitaa asioita yh-  
teisymmärryksessä, koska se parantaa hoitoon sitoutumista.”*

Myös sellaisia potilaskohtaisia eroja koettiin olevan, jotka eivät liittyneet suora-  
naisesti minkäänlaiseen tiettyyn potilasryhmään. Nämä erot liittyivät potilaan  
omiin kykyihin hoitaa asioita sekä siihen, miten hyvin henkilökunta pystyi luot-  
tamaan potilaaseen.

Haastatteluissa nousi esille myös se, että potilaiden vointi vaikuttaa siihen, mi-  
ten heitä voi vastuuttaa itse. Potilaiden vastuuttamisella tarkoitettiin sitä, miten

paljon potilaalle annetaan esimerkiksi tahdosta riippumattomassa hoidossa vastuuta omasta itsestään. Tämä tarkoitti esimerkiksi liikkumislupia ja ulkoilua. Ylipäättänsä kyseessä oli osastolta poistuminen ilman hoitajan läsnäoloa. Koettiin, että vaikka ovet suljetuilla osastoilla ovat lukossa kaikille, potilaat ovat tavallaan eriarvoisessa asemassa oman psyykkisen vointinsa suhteen. Tällä vastaajat toivat esiin sitä, että rajojen asettaminen psyykkisen voinnin mukaan on myös välttämätöntä potilaan oman parhaan kannalta. Kaiken kaikkiaan aineistosta nousi esiin, että osastoilla työskennellään hyvin paljon lakipykälien mukaan ja näin ollen potilaiden oikeuksien pitäisi toimia ainakin teoriassa, vaikka käytännön tasolla mikään ei koskaan täydellistä olisikaan.

Esiin nousi myös vastaajien kesken melko yleinen mielipide siitä, että mahdollisimman vähän potilaan toimintaa kuitenkin pyrittiin rajaamaan. Haastateltavat kokivat eristämisen tuntuvan epämiellyttävältä. Niin sanottua tarpeetonta eristämistä suljetuilla osastoilla pyrittiin välttämään. Lisäksi tilanteiden arvioimiseksi jälkikäteen oli laadittu ainakin yhdellä osastolla lomake seurantaan varten. Lomakkeessa käydään läpi eristykseen johtaneita tapahtumia ja pohditaan, miten eritystä olisi voitu välttää tai ainakin vähentää. Lisäksi kirjattiin potilaan oma näkemys asiasta. Lomakkeessa käytiin järjestelmällisesti läpi, mitä keinoja käytettiin ennen eristämistä. Potilasta ei lähdetty eristämään kuitenkaan heti suoralta kädeltä.

## **9.2 Potilaiden oikeuksiin liittyvä tiedonhankinta**

Keskeinen lähde potilaiden oikeuksista ja niihin kohdistuvista rajoituksista on lainsäädäntö asiasta. Käsittelimme asiaa koskevaa lainsäädäntöä aikaisemmissa luvuissa, joten tässä yhteydessä aiheeseen ei enää palata. Osa tiedonantajista oli hankkinut tietoa lakiteksteihin perehtyen, mutta osa sanoi suoraan, että itsenäinen tiedonhankinta on ollut melko heikolla tasolla. Koettiin, että varsinaisessa työssä on tullut tarvittava tieto. Osa tiedonantajista ei juuri käyttänyt aikaa tiedonhankintaan vapaa-aikanaan, kun taasen osa haastateltavista teki sitä paljonkin. Myös koulussa katsottiin aikanaan tulleen tietoa aiheesta osana koulutusta.

*”Totta kai **mielenterveyslakiin on tullut jonkin verran tutustuttua**. Koulussa sitä on ollut jonkin verran ja sitten työpaikallahan sitä tapauskohtaisesti tulee informaatiota.”*

Yleisesti koettiin, että toimiminen potilaan oikeuksien mukaisesti vaati tutustumista lakiteksteihin. Koettiin, että varsinkin psykiatrisilla suljetuilla osastoilla oli erityisen tärkeää, että hoitohenkilökunnalta löytyy tietämys tahdosta riippumattoman hoidon perusteista ja psykiatrisen hoidon perusteista itsessään. Toisaalta ongelmaksi koettiin myös se, että lait saattoivat olla joskus päällekkäisiä tai ristiriitaisia. Potilaiden kanssa näistä asioista kuitenkin on joutunut välillä keskustelemaan.

Esille nousi myös, että potilas- ja opiskelijaohjaus olivat varsin tyypillisiä tilanteita, joissa aiheeseen tuli syvennyttyä. Hyvinä tiedonlähteinä koettiin myös nettilähteet ja kirjallisuus. Eräs vastaajamme taasen muisteli nähneensä joskus osastolla potilasoppaita asiaan liittyen ja oli niitä myös lukenut. Eräs vastaaja mainitsi **oikeuspsykiatrisen liiton, joka tarjoaa kattavasti koulutusta ja tietoa** kyseiseen aiheeseen liittyen oikeuspsykiatrisilla päivillä.

Keskusteltaessa omasta osastosta informaation antajana, moni vastaaja koki, ettei osaston puolelta konkreettisesti tarjottu riittävää informaatiota aiheeseen liittyen. Osa ei kokenut osaston puolelta tulevan kerrassaan minkäänlaista perehdytystä aiheesta. Toisaalta osa koki että perehdytystä on ollut, muttei itse ollut päässyt siihen osallistumaan. Osalla taasen oli vastaavanlaisia koulutuksia vasta lähitulevaisuudessa näköpiirissään.

*”Olen itse asiassa menossa koulutukseen, joka koskee psykiatrisen hoidon perusteita, jossa näitä asioita varmasti käydään läpi.”*

Edellä mainittu vastaaja koki tulevan koulutuksen hyvänä mahdollisuutena päivittää omaa tietotasoaan aiheeseen liittyen. Tällaisia koulutuksia ei yleensäkään koettu kovin paljoa työpaikan puolelta tarjottavan.

Kaiken kaikkiaan **parhaimmaksi informaation lähteeksi koettiin käytännön työ** ja sen mukanaan tuomat tilanteet, sekä omat työoverit, joista osa kokeneina työntekijöinä oli vuosien ajan kartuttanut omaa tietämystään asiasta. Ei koettu täysin välttämättömäksi lukea alaan liittyviä teoksia, koska käytännön tilanteiden katsottiin opettavan paljon. Työovereilta oppiminen tuli esille muullakin tavalla. Koettiin, että erilaiset hoitokäytännöt siirtyvät sukupolvien ylitse. Kuitenkaan varsinaisissa jokapäiväisissä kahvipöytäkeskusteluissa työovereiden kesken eivät nämä asiat olleet niin pinnalla. Asioita pohdittiin pinnan alla sekä tilannekohtaisesti ja työntekijät olivat näistä asioista kiinnostuneita.

Vastaajat myös kokivat, että lisäkoulutus näitä tilanteita varten olisi tarpeen. Koettiin, että aina ei olla lakipykälistä täysin selvillä, eikä kaikki aina välttämättä tiedä, miten missäkin tilanteessa tulisi toimia. Koulutusta kun ei katsottu kuitenkaan kaikesta huolimatta kovin paljoa aiheesta olevan. Vaikka koulutusta olisi-kin järjestetty, koettiin usein, että sitä ei tarpeeksi tarjottu työntekijöille, ellei siitä itse ottanut selvää. Koettiin, että tietojen päivittäminen ja kertaaminen olisi aika ajoin paikallaan ihan kaikille.

### 9.3 Potilaiden tietämys oikeuksistaan

Selvitettäessä potilaiden omaa tietämystasoa oikeuksiinsa liittyen, potilaat jakoutuivat aineiston mukaan selkeästi. **Osa oli hyvin perillä omista oikeuksistaan, osalla taas ei näistä ollut pienintäkään käsitystä. Lisäksi heillä saattoi olla jopa vääriä käsityksiä.** Osa potilaista taas saattoi olla hyvin kouluttuneita ja valveutuneita, ja tietämys oikeuksista oli todella hyvä.

*”Osa tietää oikeutensa tasan tarkkaan ja osa on pihalla kuin lumiukko, eikä ole mitään käsitystä.”*

Aineistosta nousi esille selkeästi, että **potilailla, joilla on hyvä tietämys oikeuksistaan, on takanaan pitkä psykiatrinen hoitohistoria.** He ovat voineet olla psykiatrisessa sairaalassa jo useita kymmeniä hoitajaksoja ennestään. Heil-

le säännöt sairaalassa ovat selvät, eikä heitä tarvitse enää sen enempää informoida asioista. Voidaan jopa väittää, että he tietävät asemansa.

*”Kyllä he tietävät miten kuviot menevät. Tällöin ei kyllä hirveästi tarvitse taistella jos tulee eteen esim. tahdosta riippumaton hoitopäätös ja siihen liittyvät toimenpiteet.”*

Haastateltavien mukaan näillä potilailla on tietämys siitä, mitä tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa. Ongelmaksi voi nousta se, etteivät he ymmärrä, miksi se toteutuu omalla kohdalla. Tämä voi olla ongelmana etenkin niiden potilaiden kohdalla, joilla oma sairaudentunto on jäänyt huonoksi, ellei jopa olemattomaksi. Jotkut vastaajistamme kokivat, että vaikka oikeuksista tiedottaminen onkin yksi hoitajien tehtävistä, on myös osittain potilaan omalla vastuulla hankkia tietoa oikeuksistaan. Osastoilla oli esimerkiksi ilmoitustaulu, missä potilasasiamiehen numerot ja yhteystiedot näkyvillä kaikille ilman, että niistä erikseen tiedotetaan.

Potilaita kyllä **pyrittiin ohjaamaan asian suhteen**, koska potilaiden tietämystä omista oikeuksistaan pidettiin tärkeänä. Esiin nousi vastaajilta **tavoite, että potilaalla olisi yhtä hyvät tiedot kuin hoitajilla**. Ylipäänsä on tärkeää, että sekä hoitaja että potilas ovat samalla tavoin perillä hoidosta ja sen eri ulottuvuuksista, kuten potilaan oikeuksista. Tätä varten eräällä osastolla oli nettiliittymä tiedonhakuun varten, sekä kansio, jossa kerrottiin kyseisistä oikeuksista. Lisäksi hoitopäätöksissä on aina valitusohjeet mukana.

Vastaajat kokivat, että **potilaat kyllä kyselevät aiheesta** ja heitä joutuu hoitotyöntekijänä informoimaan heidän oikeuksistaan. Tämä toteutuu niillä osastoilla, joissa on paljon ensikertalaisia potilaita. Joskus informaatio voi unohtua. Osa vastaajista koki, ettei informaatiota tarjottu potilaille laisinkaan tai tarpeeksi, koska he joutuivat usein informoimaan potilaita oikeuksistaan. Toisaalta tiedon saamista ei estetty, koska sen katsottiin kuuluvan heidän oikeuksiinsa.

Voi myös olla tilanteita, joissa jokin **asia on ollut potilaalle epäselvä** mutta hän ei ole siitä suoraan kysynyt. Tällöin asia tulee puheeksi vasta jälkeinpäin. Kui-

tenkin koettiin, että tahdosta riippumaton hoitopäätös on se asia, josta potilaat useimmiten kysyvät ja ovat siitä ymmällään. Kyseinen päätöshän pyritään joka ikiselle sen hoitopäätöksen saajalle informoimaan henkilökohtaisesti. Potilaalla on myös oikeus aina tehdä valitus hoitopäätöstä koskien.

Koettiin myös, että suljetuilla osastoilla usein **potilailta rajoitetut asiat olivat välillä hyvin ongelmallisia**. Puhelimen käyttö, omaisten vierailuajat ja ulkoilu erityisesti aiheuttivat monesti hämmennystä potilaissa. Monesti informointi lähteekin osastoilta kysymyksen kautta, eli potilaiden oma aktiivisuus on yleensä tuottanut tässä asiassa eniten tulosta. Rajaustilanteet kaiken kaikkiaan ovat niitä tilanteita, joissa potilaalle yleensä herää halu saada lisäinformaatiota.

Joillakin potilailla on **laaja tietämys** ja käsitys omista oikeuksistaan ja tämä voi näkyä pahimmillaan hoitohenkilökunnan työtä lisäävänä tekijänä. **Tällöin hoitohenkilökunnan työstä etsitään virheitä ja väärinkäytöksiä entistä tarkemmin**. Osasta vastaajista oli tehty valituksia ja he olivatkin avustaneet niiden laatimisessa potilaita. Toisaalta sääntöjä koettiin voivan käyttää myös kielteisesti. Virheitä saatettiin etsimällä etsiä ja valituksia käyttää hoitajien ja lääkäreiden kiusaamiseen. Tähän vaikuttaa ylipäätönsäkin väestön entistä suurempi tietämys asioista nykyaikana. Vastaajat kokivat, että **potilaat ovat entistä paremmin perillä sairauksista ja hoidon kuvioista**. Tietoa myös etsitään valmiiksi entistä enemmän itse. Eräs vastaajamme kuitenkin koki, että sairaalassa hoitohenkilökunnalla on vielä jonkinlainen auktoriteetti ihmisten silmissä. Monella potilaalla se tulee lopulta esille esimerkiksi suhtautumisessa lääkärin määräykseen.

#### **9.4 Lainsäädännölliset ongelmat potilaiden oikeuksien toteutumisessa**

Eräs tutkimuksemme osa-alue oli vastaajien kokemukset tilanteista, jolloin potilaiden oikeudet eivät toteudu. Aineistosta ilmeni selkeästi, että ongelmallisia ovat tilanteet, joissa potilaita joudutaan rajoittamaan tai eristämään. Tosin kuten jo aikaisemmin todettiin, niin **tahdosta riippumattoman hoidon katsottiin jo sinänsä rajoittavan potilaiden oikeuksia**. Vaikka pyrittiin aina toimimaan mie-

lenterveyslain puitteissa, lain tulkinnanvaraisuus katsottiin osittain ongelmaksi. Katsottiin, että esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittamisessa liikuttiin osittain rajapinnalla. **Toinen voi tulkita lakipykälää tiukemmin kuin toinen.** Kun esimerkiksi rajoittamisessa pitää olla vahvat perusteet, katsottiin ongelmalliseksi se, että osa ei aina pitänyt perusteita niin vahvoina kuin joku toinen saattoi pitää. Toisaalta tulkinnanvarainen laki nähtiin jopa välttämättömäksi, koska liian tiukka laki voisi luoda konflikteja.

Pakkotoimenpiteet tulivat varsinkin sairaudentunnotomilla potilailla ongelmallisiksi. Näissä tilanteissa potilas ei olisi itse katsonut tarvitsevansa kyseistä hoitoa. Tämä tietysti aiheutti runsaasti ongelmia hoitajien ja potilaiden välille hoitotoimenpiteissä.

*”Jos potilas on vaikka TR - hoidossa, ja omasta mielestään ei tarvitse jotain lääkitystä ja hoitotoimenpiteitä. Se taas on toinen asia, että kuka ne sitten katsoo tarpeelliseksi ja kuka taas ei.”*

*”Pakkotoimet ovat kieltämättä haasteellisia, koska ne ovat osastomme erikoisalaan kuuluvia.”*

Tahdosta riippumaton hoito ja siihen perustuvat pakkohoitotoimenpiteet koettiin ongelmallisiksi kaikin puolin. Lopulta kuitenkin vastaajat olivat sitä mieltä, että jos tahdosta riippumaton hoito on mielenterveyslain nojalla todettu, on se silloin potilaan edun kannalta parasta. Erinäiset pakkotoimet ja eristystilanteetkin katsottiin erityisen tarpeelliseksi jo ihan sen vuoksi, jos potilaan käytös häiritsee, ei vain hänen itsensä, mutta myös muiden potilaiden hoitoa. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan ymmärrä omaa etuaan ja tällä tavoin kokevat, etteivät heidän oikeutensa toteudu kunnolla. Pakkotoimet koettiin vastaajien kesken melko lailla yksimielisesti vaikeina tilanteina myös hoitajalle itselleen. Ei niitä kukaan hoitajakaan mielellään olisi halunnut toteuttaa.



## 9.5 Potilaiden oikeuksien toteutumisen parantaminen

Toinen pääkysymyksemme haastattelussamme koski kehitysehdotuksia ja ideoita tulevaisuutta ajatellen. Tarkoitus oli etsiä keinoja siihen, millä potilaiden oikeudet toteutuisivat tulevaisuudessa entistäkin paremmin.

*”Varmasti poljetaan potilaan oikeuksia päivittäin Suomen sairaaloissa ilman, että täydet perusteet tälle toiminnalle ovat olleet. Eihän mikään ole koskaan täydellistä. Pyritään kuitenkin minimoimaan vallan väärinkäytöt.”*

Ensinnäkin kartoitimme sitä, mietitäänkö näihin ongelmatilanteisiin yhdessä työyhteisön kanssa ratkaisuja ja lähestymistapoja. Vastajiemme mielipiteet olivat varsin eroavia. Toisaalta koettiin, että nimenomaan **ennaltaehkäisyä ja reagoimista mietittiin yhdessä.**

Asioita ei kuitenkaan kaikkien vastaajien mielestä mietitty niinkään siltä kantilta, miten tilanteita voisi ikään kuin pehmentää. Kuitenkin esiin nousi melko selkeästi se, **miten pakkotoimia, eristämisiä ja muita ongelmatilanteita voitaisiin lieventää tai jopa kokonaan välttää.**

Tärkeäksi paikaksi asioiden miettimiseen ja kehittämiseen koettiin työnohjaus, eikä niinkään keskustelut kahvipöydässä työtovereiden kanssa. Työnohjauksissa on käyty läpi muun muassa juuri eristämistilanteita ja pakkotoimenpiteitä. Osa vastaajista olikin sitä mieltä, että niitä on onnistuttu siten vähentämään.

Eräät vastaajamme kokivat, että erinäisiä **pehmennyskeinoja taasen välillä käytettiin.** Tätä käytettiin varsinkin eristystilanteiden purussa, jossa tilanne käydään läpi. Potilaalle **pyrittiin tiedottamaan selkeästi,** miksi näin on käynyt ja näin toimittu. **Tavoitteena oli potilaan kokemus siitä, ettei kyse ole rangaistuksesta.** Potilaan tiedottamista ylipäänsä pidettiin tärkeänä. Koettiin, että toiminnan ollessa perusteltua, on se silloin myös oikeudenmukaista. Sekä lääkärin että hoitajan tulisi olla oikeudenmukainen ja reflektoida omaakin toimintaansa tarpeeksi.

**Tilanteita ja niiden merkitystä mietittiin** myös osana hoitajaksoa. Mietittiin nimenomaan sitä, millainen merkitys näillä tilanteilla on ollut potilaan ajattelulle ja hoidolle sekä varsinkin potilaan hoitoon sitoutumiselle. Onko se vaikuttanut paremmin vai huonommin. Pahimmillaan ongelmat huonontavat potilaan omaa hoitoon sitoutumista huomattavasti. **Vastakkainasettelua pyritään välttämään** ja hoitamaan asiat yhteisymmärryksessä. Se onkin monen vastaajan mielestä toteutunut huomattavasti paremmin kuin menneinä vuosikymmeninä. Haastatelluista nousi esiin myös **ongelmien miettiminen potilaslähtöisesti**. Jos potilaalla on esimerkiksi vaikea vaihe hoidossa tai elämässä, hän on vaikka retkahtanut pähteisiin, niin aina mietitään keinoja päästä siitä eteenpäin. Potilaslähtöinen ongelmien ratkaiseminen vaikuttaa hoitoketjuun ja sen suunnitteluun parhaiten.

Kehitysehdotuksia kartoittaessamme esille nousi monen monta hyvää ideaa. Ehdotettiin niin keskusteluyhteisöä, koulutusta kuin infotilaisuuksiakin. **Koulutuksen ja informaation antaminen koettiin tarpeelliseksi sekä potilaille että henkilökunnalle**. Koettiin, että tällä voitaisiin **ennakoida mahdollisia ongelmatilanteita**, joissa eristämiseen voidaan päätyä ja näin ollen ehkä välttää ne kokonaan.

Koettiin, että itse kunkin **hoitajan olisi hyvä päästä kertaamaan ja edistämään tietopohjaansa**. Koettiin, että pyrkimällä keskustelemaan yhteisöön, joka koostuisi sekä hoitohenkilökunnasta että potilaista, edistyisi **yhteistyö ja hoidon toteutuminen mahdollisimman hyvin**. Mahdollisimman pitkälle pyrittäisiin huomioimaan erityisesti potilaan näkökulmia. Tämä tapahtuisi sairauden määrittämien reunaehtojen mukaan. Koettiin, että hoitajan tulisi ottaa joka ikiseen **potilaaseen henkilökohtainen lähestyminen** siten, ettei kaikkia lähestyttäisi saman kaavan mukaan. Jokainen ihminen on kuitenkin yksilö.

*”Olemme yhtä aikaa virallinen taho, mutta samalla olemme ns. potilaan asianajajia, kuten koulussa ja kaikkialla muuallakin usein painotetaan.”*

Koettiin, että hoitohenkilökunnan kesken pitäisi painottaa erityisesti sitä, miten paljon oikeasti voi vaikuttamaan toiseen ihmiseen ihan vain omalla **olemuksel-**

**laan ja omalla käyttäytymisellään.** Lopulta hyvin pienet asiat vaikuttavat siihen, millaisen kuvan potilas saa hoitohenkilökunnasta. Se saatu kuva vaikuttaa usein myös potilaan tulevaan hoitoon ja sen onnistumiseen. Samoin **voi vaikuttaa ihmisen kokemukseen**, vaikka hänellä olisi kuinka pahoja ongelmia sillä hetkellä. On keinoja vaikuttaa ja rauhoittaa. Eräs vastaaja koki, että tätä voisi kehittää ihan tutkittuun tietoon perustuen. Hän koki myös, että tämä tulisi huomioida paremmin jo hoitotyön koulutuksessa ja koulutukseen valitsemisessa.

Vapaaehtoisuuteen perustuvia **koulutuksia ja infotilaisuuksia** toivottiin olevan tulevaisuudessa entistä enemmän. Koettiin myös, että **työryhmissä olisi hyvä käydä yhdessä läpi tilanteita** ja miettiä yhteisvoimin, mitä olisi voinut missäkin tilanteessa tehdä toisin. Tilanteita voisi myös ennakoida, jolloin vaikeita tilanteita voisi mahdollisesti myös ennaltaehkäistä. Vapaata keskustelua tulisi olla ja koettiin, että siihen pitäisi myös entistä enemmän rohkaista. Monissa työyksiköissä olikin viime aikoina mietitty paljon näitä vaikeita tilanteita ja niiden ennaltaehkäisyä. Lopulta ehkä kaikkein tiivistetyimmän kehitysidean toi esille eräs vastaajamme, joka koki, että pitäisi laatia **selkeät ja tiukat työohjeet** vaikeiden tilanteiden varalle, sekä huolehtia, että ohjeiden mukainen toiminta toteutuu.

## 10 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksemme tulokset kertovat yleisellä tasolla hyvin sen, miten potilaiden oikeudet toteutuvat suljetuilla osastoilla. Lisäksi tuloksiamme voidaan hyödyntää myös potilaiden neuvonnassa, koska tuloksien mukaan osalla potilaista on vähän tietoa oikeuksistaan ja joskus jopa täysin vääriä mielikuvia. Erääksi lisätutkimusaiheeksi voisi tulla kyseeseen esimerkiksi toimeksiantona tehtävä potilasopas osastoille, jossa tuotaisiin esille paitsi juridista puolta, kuin myös osastojen pyrkimystä yhteistyöhön. Informointi tulisi tulostemme mukaan suunnata pääosin uusiin potilaisiin, joilla ei ole useita hoitajaksoja takanaan, ja säännöt ja toimintatavat eivät ole vielä tuttuja.

Tuloksissa nousi esille ehdottoman tärkeänä myös koulutuksen lisääminen henkilökunnalle. Hoitohenkilökunnalle voitaisiin suunnitella työmme pohjalta ainakin jossain määrin koulutusta ja informaatiota asiasta. Edellisen kerran moni koki lukeneensa potilaiden oikeuksista hoitajakoulutuksessa. Osalla vastaajista kouluajoista oli jo monia vuosia takana. Toivottiin myös avoimempaa keskustelua asioista, sekä rohkaisua siihen. Tuli esille mielipide, jonka mukaan terveydenhuolto vanhoillisuudessaan vielä nykypäivänäkin toimii siten, ettei potilaille välttämättä kovin usein kerrota sitä, mikä heidän oikeutensa olisi tietää. Kaiken kaikkiaan konkreettisia ohjeita kaivattiin niin hoitajille kuin potilaillekin. Koettiin myös, että valvonta tulisi olla tarpeeksi tiukkaa sen suhteen, että potilaiden oikeudet sairaalahoidon aikana toteutuisivat mahdollisimman hyvin.

Työstämme löytyy lähdeluettelo, josta tietoa on tarvittaessa helppo koota. Työmme tuotti tietoa, jota voi käyttää myös hoitohenkilökunnan koulutuksessa. Ilmeni, että hoitotyössä pyrittiin yhteistyöhön mahdollisimman pitkälle. Tällöin henkilökunnan tulisi olla mahdollisimman vähän provosoivia. Tämän luulisi toisaalta olevan itsestäänselvyys hoitotyössä. Tämän lisäksi voitaisiin tutkia haastatteluiden kautta sitä, millaiset asiat potilaat kokevat provosoivana ja yhteistyötä kenties heikentävänä.

Tutkimuksemme tuloksia on mielenkiintoista verrata työssämme lähteinä käytettyihin pro gradu- töihin, joissa pohdittiin potilaan oikeuksien toteutumista potilaiden näkökulmista. Vaikka näkökulma olikin eri, niin koemme, että koska ne ovat samasta aihepiiristä, voidaan töitä tällöin verrata. Vertaillen eri tutkimuksia, varsinkin Jaana Suhosen (2007, 55 - 56) tutkimus on lähinnä omaa tutkimustamme. Suhosen tutkimuksessa käsitellään tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimia. Tutkimuksemme tulokset ovat samankaltaisia Suhosen työn kanssa. Sekä potilaat että hoitajat ovat kokeneet tärkeäksi kunnioittavan kohtelun ja ystävällisen käytöksen. Lisäksi mahdollisuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja mielipiteenilmaisunvapaus koettiin tärkeäksi. (Suhonen 2007, 55 - 56.) Tältä osin tutkimuksessamme esiin nousseet seikat ovat yhteneväisiä Suhosen tutkimuksen kanssa. Hoitohenkilökunta koki tärkeäksi neutraalin kohtelun ja käytöksen. Yhteistyöhön potilaiden kanssa pyrittiin mahdollisimman pitkälle. Potilaille siis annettiin hoitajakson aikana tilaisuus osallistua

hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeus pyrittiin näin turvaamaan.

Heli Hätösen (2005, 54 - 57) työssä käsitellään myös tutkimuksemme aihetta. Hänen mukaansa psykiatriset potilaat pitävät tärkeänä saada tietoa muun muassa sairauteensa, hoitoonsa ja oikeuksistaan liittyen. Työssä oli huomionarvoista myös se, että sairastuneet potilaat saattavat olla passiivisia ja eivät välttämättä osaa hakea tietoa itsenäisesti. Niinpä hoitajien toivottiin olevan aloitteellisia tiedonannossa. Tietoa tuli antaa tarvittaessa useaan kertaan, koska kyky sen vastaanottoon saattoi olla heikentynyt. Tutkimuksessa pidettiin tärkeänä, että tietoa saisi juuri henkilökunnalta. Potilaat eivät kokeneet saavansa tietoa riittävästi. He arvelivat riittävän tiedonsaannin parantavan hoitoon sitoutumista. Oikeus itseään koskevaan tiedonsaantiin koettiin myös osaksi itsemääräämisoikeutta. Potilaat näkivät itsensä aktiivisina toimijoina, eivätkä vain toiminnan kohteina. Tämän he kokivat parantavan paitsi tietoa sairaudesta, kuin myös sitoutumista hoitoon. (Hätönen 2005, 54 - 57.) Tutkimuksemme tulokset ovat samankaltaisia. Potilas otettiin mukaan hoitoprosessiin, kun hänelle korostettiin esimerkiksi rajoittamisen yhteydessä, ettei kyse ole rankaisemisesta. Oltiin potilaiden tavoitettavissa ja annettiin tietoa oikeuksista sekä valitusmahdollisuuksista. Lisäksi tämä koettiin hoitajien keskuudessa tärkeäksi samoin perustein. Tavoitekin oli sama: sitoutumisen parantaminen.

## **11 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksesta. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa pitämällä päiväkirjaa tutkimuksen aikana ja keskustelemalla tutkimuksen tuloksista siihen osallistuneiden kanssa. Lisäksi tuloksia voidaan vertailla muiden tutkijoiden kanssa ja pyytää heidän arviotaan niiden uskottavuudesta. Eräs käytetty metodi on triangulaatio. Siinä tutkimuksen kohdetta hahmotetaan eri näkökulmista. Vahvistettavuudella

tarkoitetaan sitä, että toinen tutkija voi halutessaan seurata tutkimuksen kulkua ja tehtyjä ratkaisuja jälkikäteen uudelleen. Tämä voi tapahtua esimerkiksi tutkimuspäiväkirjan ja sen liitteiden avulla. Tällöin ongelmana on, ettei toinen tutkija välttämättä päädy samoihin tuloksiin kuin ensimmäinen. Toisaalta todellisuuksia voi olla monia, joten laadullisessa tutkimuksessa tämä hyväksytään. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijat ovat tietoisia omista lähtökohdistaan vaikuttavana tekijänä. Tutkijan tulisi arvioida työssään, miten hän itse vaikuttaa tutkimukseensa. Tutkimuksen tulokset tulee voida siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin, tätä luotettavuuden kriteeriä kutsutaan siirrettävyydeksi. Tutkimuksessa tulee olla riittävästi tietoa siihen osallistujista ja ympäristöstä. (Kylmä - Juvakka 2007, 128 - 130.)

Laadullisessa tutkimuksessa pieni otanta ei haittaa tutkimuksen luotettavuutta samalla tavalla kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, koska siinä ei pyritä yleistettävyyteen. Aineisto kootaan sieltä missä tutkittava kohde esiintyy, eli omassa tapauksessamme psykiatrisen sairaalan osastoilla. Luotettavassa haastattelututkimuksessa esitettävät kysymykset eivät saisi toisaalta olla liian suppeita, eivätkä liian väljiäkään. (Paunonen, Vehniläinen-Julkunen 1997, 216 - 217.)

Jos kysymykset ovat liian suppeita, niin tutkittavat eivät pysty tuomaan omaa näkemystään esille. Liian väljissä kysymyksissä joudutaan jättämään iso osa aineistosta raportin ulkopuolelle. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto luokitellaan ensiksi ylä- ja myöhemmin alaluokkiin. Luokittelua ei pakoteta, vaan se löydetään itse aineistosta. Tarkoitus on myös perustella luokittelu ja liittää sen tueksi riittävästi alkuperäishavaintoja, kuten suoria lainauksia tiedonantajilta. Luotettavuus on tärkeää myös raportoinnissa. Analyysimme etenee konkreettisista havainnoista alaluokitusten kautta abstraktille eli käsitteelliselle tasolle. (Paunonen ym. 1997, 219 - 220.)

Lähtökohtana tutkimuksellemme oli se, että saamamme tieto on aina luotettavaa. Haastattelun luotettavuutta paransimme myös käytännön järjestelyiden kautta. Tutustuimme tekniseen laitteistoon etukäteen, sisäistimme haastattelurungon hyvin ja litteroimme aineiston mahdollisimman nopeasti. Hirsjärven ja Hurmeen (2010, 68) mukaan hyvälle haastattelijalle on pidetty yhtenä vaati-

muksena, että tutkimuksen aihepiiri on hänelle tuttu (Hirsjärvi & Hurme, 2010, 68). Meille kummallekin aihepiiri oli varsin tuttu työskenneltyämme itsekin psykiatrisen sairaalan osastoilla. Toisaalta luotettavuutta heikentää se, että emme pysyneet vastaajien kiireellisyyden takia keskustelemaan tuloksista jälkikäteen heidän kanssaan. Lisäksi kumpikaan tekijöistä ei ole aikaisemmin tehnyt laadullista tutkimusta. Toisaalta työmme luotettavuutta lisää se, että haastattelut olivat vapaaehtoisia ja nimettömyys taattiin. Lisäksi kuuntelimme haastattelut useaan otteeseen. Tällä tavoin tulosten litteroinnin luotettavuutta pyrittiin parantamaan. Uskottavuuden osalta tutkimuksemme puutteena on se, ettei meillä ollut mahdollisuutta keskustella tutkimukseen osallistuneiden kanssa tuloksista jo edellä mainituista syistä johtuen. Emme myöskään pystyneet hankkimaan muiden tutkijoiden arviota tulostemme uskottavuudesta. Olemme luotettavuuden parantamiseksi elävöittäneet tekstiä haastatteluista otettujen lainausten avulla, joista lukija voi todeta tulosten ja aineiston välisen yhteyden.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää myös se, että tulokset ovat vahvistettavia ja tekijät olivat tietoisia omista lähtökohdistaan. Tutkimusprosessi ja analysointi ovat jälkikäteen tarkasteltavissa. Haastatteluja ja niiden etenemistä kohti analyysiä, sekä itse analyysiäkin pystyy halutessaan seuraamaan jälkikäteen. Vaikka aihepiiri olikin molemmille tuttu työn kautta, niin pystyimme tutkimuksen ajan säilyttämään objektiivisen asenteemme. Koemme, että tutkimuksemme on kokonaisuudessaan luotettava kaikkien kriteerien osalta. Emme tutkineet asiaa hoitajan näkökulmasta, vaan tutkijan roolista. Koemme, että tutkimuksessamme on riittävästi tietoa siihen osallistujista, psykiatrisen hoitotyön erityispiirteistä kuten tahdosta riippumattomasta hoidosta ja siihen mahdollisesti liittyvistä pakotoimista.

Jotta yhteiskuntatieteellinen tutkimus on eettinen, niin on sille asetettu tiettyjä vaatimuksia, joita luonnollisesti noudatimme. Paunosen ym. (1997, 31 - 33) mukaan tutkittaville tulee korostaa, että haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi lopettaa milloin tahansa. Tietojen käsittelyssä pyritään myös mahdollisimman suureen luottamuksellisuuteen ja anonymiteettiin. Koska kyse on arkaluonteisesta aiheesta, niin tarkoitus on suojella haastateltavan nimettömyyttä mahdollisimman pitkälle. Edes lähiympäristö ei saisi tunnistaa hei-

tä. Pyritään takaamaan tutkittavien tietosuojan mahdollisimman pitkälle muun muassa tuhoamalla nauhoitukset heti litteroinnin jälkeen. Vaikka tulosten julkaisemisessa ollaan mahdollisimman avoimia hoitotieteen tutkimusetiikan mukaisesti, niin pyritään myös mahdollisimman suureen objektiivisyyteen, eli huomioidaan myös omaa käyttäytymistämme. (Paunonen ym. 1997, 31 - 33.)

Tutkimuksessamme noudatimme kaikkia yllä mainittuja eettisiä periaatteita. Haastateltavat anonymisoitiin jo tutkimusprosessin alussa. Haastattelujen tallenteet tuhottiin heti litteroinnin jälkeen. Tiedonantajaa ei voi enää tunnistaa auki kirjoitetusta haastattelusta. Lisäksi sairaalaa tai osastoja, joissa tutkimus on suoritettu, ei ole nimetty. Huomioimme omaa käyttäytymistämme koko tutkimuksen aikana jolloin pystyimme säilyttämään objektiivisuuden koko ajan. Tutkimukseemme osallistuminen oli myös täysin vapaaehtoista, joten suostumuksen saattoi perua koska tahansa. Tämä kerrottiin myös haastateltaville ennen haastatteluja. Koska aiheemme oli arkaluonteinen, niin kiinnitimme erityistä huomiota nimettömyyden säilymiseen. Haastattelut suoritettiin myös yksilöhaastatteluina, jotta haastateltavat eivät kokisi ryhmäpainetta, vaan sanoisivat näkemyksensä rehellisesti. Koemme, että onnistuimme hyvin nimettömyyden takaamisessa. Haastateltavia kutsuttiin tosiaan tutkimuksen aikana haastateltavaksi tai tiedonantajaksi nimettömyyden lisäämiseksi. Noudatimme myös avoimuutta tuloksia julkaistaessa. Julkaisimme tulokset sellaisena, kuin ne analyysistä nousivat esille.

## **12 Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet**

Tehtyämme haastattelut ja koottuamme niiden yhteenvedon, saimme lopulta melko lailla vaihtelevia mielipiteitä liittyen potilaiden oikeuksien toteutumiseen vastaajien yksiköissä. Voisi jopa sanoa, että pääkysymyksemme eli siihen, miten potilaiden oikeudet yksiköissä toteutuvat, vastaus oli melko usein sana vaihtelevasti. Toki kysymyksetkin olivat tavallaan vaikea. Monet vastaajamme kokivat, ettei kysymykseen välttämättä saa kovin yksioikoista vastausta. Hyvänä esimerkkinä on tutkimuksen ensimmäinen pääkysymys, koska vastaajat koki-



vat, että oikeuksiin kajotaan jo silloin kun potilas määrätään tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Koska teimme haastattelututkimuksemme suljetuilla psykiatrisilla osastoilla, oli selvää, että oikeuksien toteutuminen on varsin häilyvää. Tahdosta riippumaton hoito on aina sellainen asia, jota toteuttaessa joitakin ihmisen perusoikeuksista joudutaan polkemaan. Tämä polkeminen on kuitenkin rajoittamista, jolle on lääketieteelliset perusteet. Näin ollen rajoittaminen tehdään potilaan parasta ajatellen. Tällöin ei syylistytä mihinkään väärinkäytökseen, eikä väärinkäytösten etsiminen ja kartoittaminen missään vaiheessa tutkimuksen tarkoituksena edes osittain ollutkaan.

Haastatteluista tuli hyvin ilmi, että asioita todella mietittiin ja niihin todella pyrittiin etsimään ratkaisumalleja koko työyhteisön kesken. Vaikkei potilaiden oikeudet ja niiden toteutuminen aivan jokapäiväisessä työssä konkreettisesti mietinnän alla ollutkaan, tulivat asiat silti tapauskohtaisesti aina käytyä ainakin jollain tasolla läpi. Näitä tapauksia, jolloin asia selkeimmin tuli esille, oli useimmiten eristämistilanne, joita tutkimuksen toteuttamisosastoilla tuli varsin usein vastaan.

Silmiinpistävää oli se, että monet vastaajat kokivat saaneensa aiheesta varsin vähän informaatiota taikka koulutusta työnantajan puolelta. Moni ei myöskään ollut omatoimisesti potilaiden oikeuksista tietoa etsiskellyt. Tietoperusta pohjautuikin hyvin pitkälti lakitekstiin, jonka ohjeiden mukaan työtä joka päivä tehdään. Sekään ei tosin ole aina aivan tarkalleen muistissa ja mielessä. Ongelmat ja niiden ratkaisut tulivat lähinnä esille päivittäisessä työssä ja muuttuvien tilanteiden myötä. Voisi siis sanoa, että tekemällä oppii.

Potilaskunta jakautui selkeästi niihin, jotka tiesivät oikeutensa, sekä niihin, joilla ei oikeuksistaan ollut harmainta hajua. Usein tämän jakauman koettiin olevan pitkäaikaisen psyykkisen sairashistorian omaavat potilaat sekä potilaat, joille psyykinen sairaus oli varsin uutta laatuaan. Pisimpään sairaalahoidoissa olleet tiesivät toimintatavat, ja ymmärsivät pakkotoimien ja rajoittamisen merkityksen varsin usein, kun taas uusissa potilaissa nämä käytännöt aiheuttivat monesti

kovasti hämmennystä. Toki tässäkin oli potilaskohtaisia eroja, lähinnä siinä mielessä, miten sairautentunnoton potilas oli.

Jos ajatellaan jatkotutkimusaiheita, niin erilaiset seurantatutkimukset potilaiden tai hoitohenkilökunnan informoinnista voisivat tulla kyseeseen. Nämä tutkimukset voisivat käsitellä esimerkiksi järjestetyn koulutuksen tai informaation vaikuttavuutta. Lisäksi voitaisiin tutkia sekä potilaiden että hoitajien kokemuksia annetusta informaatiosta. Helpointa lienee tehdä aiheesta laadullinen tutkimus. Lisäksi voitaisiin vertailla tilannetta eri sairaaloiden välillä.

## Lähteet

- Alanko, S. & Iharvaara, L. 2000. Hoitotahto ja potilaan itsemääräämisoikeus. Teoksessa Sundman E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Dahlberg, L. & McCraig, C. 2010. Practical research and evaluation. SAGE Publications Ltd.
- Heiskanen-Haarala, I. 2010. Vastoin tahtoa. Tahdonvastainen hoito on vaikea pala myös sairaanhoitajalle. Sairaanhoitaja 11/2010.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaanhoidossa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00443.pdf>. 12.12.2011.
- Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu. Tampereen yliopisto. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00482.pdf> 30.11.2011
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielen-terveyshoitotyö. Helsinki: WsoyPro.
- Kylmä, K. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista). 10.12.2011.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007 (Toim.) Psykiatria. Duodecim.
- Mielenterveysasetus. 21.12.1990/1247.  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247?search\[type\]=pika&search\[pika\]=mielenterveysasetus](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247?search[type]=pika&search[pika]=mielenterveysasetus). 12.12.2011.
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista). 12.12.2011.
- Miles, M. & Huberman, A. 1984. Qualitative Data Analysis: Sourcebook of new methods. SAGE Publications Ltd.
- Paunonen, M. & Vehniläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Sairaanhoitajaliitto. 2011. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/). 12.11.2011.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012. Holhoustoimilaki ja aikuisen edunvalvonta. Hoitohenkilöstö vajaakykyisen potilaan oikeusturvan toteuttaja.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2004/muut\\_artikkelit/holhoustoimilaki\\_ja\\_aikuisen\\_edu/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2004/muut_artikkelit/holhoustoimilaki_ja_aikuisen_edu/).  
20.1.2012.

- Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana. Haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01546.pdf>. 12.12.2011.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuori, K. 2004. Sosiaalioikeus. Helsinki: WSOY.
- Varro, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY.

## Haastattelurunko

Tutkimus toteutetaan teemahaastatteluna jolloin haastattelu ei etene tarkkojen valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan haastattelu käydään väljemmin ennalta määrättyjen teemojen mukaan. Teemat ovat kaikille haastateltaville samoja vaikka kulku onkin joustavaa ilman tiukkaa etenemisreittiä. Ihmisten vapaalle puheelle on tarkoitus antaa tilaa ja teemojen keskustelujärjestys on vapaa. Teemahaastattelumuoto on hyväksi todettu varsinkin silloin kun haetaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48).

Haastattelumme kysymysrunko on jaettu kahteen pääkohtaan. Pääkohtina toimivat tutkimustehtävät jotka jo sellaisenaan ovat kaksi pääkysymystä haastattelussamme. Lisäksi haluamme tietää vastaajan taustoista psykiatrisen hoitotyön parissa muutaman kysymyksen verran. Pääkysymysten lisäksi haastattelumme koostuu pääkysymysten aihepiiriin liittyvistä pikkukysymyksistä, joiden tarkoitus ei ole johdattaa vastaajaa tiettyyn suuntaan vaan lähinnä tarkentaa vastauksia.

Vastaajan taustat:

1. Kauanko olet työskennellyt psykiatrisen sairaanhoidon piirissä ja millä osastolla?
2. Kauanko olet työskennellyt Pohjois-Karjalassa?
3. Millainen on koulutustaustasi?

1. Pääkysymys: Millä tavoin koet potilaan oikeuksien toteutuvan työyksikössäsi?

Apukysymykset:

- Kuinka hyvin olet tutustunut tai hankkinut tietoa potilaan oikeuksia koskien?
- Oletko päivittänyt tietojasi esim. lukemalla alaan liittyviä teoksia taikka jollain muulla tavoin? Miten?

[Kirjoita teksti]

## Haastattelurunko

- Onko työyksikössäsi tarjottu mielestäsi riittävä koulutus aiheeseen liittyen?
- Koetko potilaiden olevan itse perillä oikeuksistaan?
- Kyselevätkö potilaat hoitajilta asiasta?
- Joudutko hoitajana informoimaan potilaita heidän oikeuksistaan?
- Tarjotaanko potilaalle tarpeeksi informaatiota?
- Millaisissa tilanteissa potilaan oikeudet eivät toteudu?

2. Pääkysymys: Millaisia ideoita ja kehitysehdotuksia sinulla on aiheen suhteen tulevaisuutta ajatellen?

Apukysymykset:

- Mietitäänkö työyhteisössäsi aktiivisesti, miten tilanteita, joissa potilaan oikeudet eivät toteudu, voisi ennaltaehkäistä?
- Mietitäänkö erilaisia lähestymistapoja taikka ratkaisuja ongelmiin ja jos mietitään, millaisia?
- Mietitäänkö näitä tilanteita ja niiden merkitystä koko hoitoketjun osalta?
- Miten kehittäisit työyksikkösi toimintaa siten, että potilaiden oikeudet toteutuisivat entistä paremmin?

## Saatekirje

### Arvoisa osastonhoitaja

Olemme opintojemme loppuvaiheessa olevia sairaanhoitajaopiskelijoita, ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Psykiatristen potilaiden oikeuksien toteutuminen psykiatristen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta”. Työmme tavoitteena on siis selvittää hoitajien kokemuksia psykiatrisen potilaan oikeuksien toteutumisesta heidän hoitajaksojensa aikana.

Työmme tiedot kerätään haastattelemalla noin kuutta haastateltavaksi halukasta ehdokasta hoitohenkilökunnasta. Haastateltavaksi halukkaat henkilöt voivat edustaa koulutukseltaan mitä tahansa psykiatrisen hoitotyön parissa työskentelevää hoitohenkilöstöä. Tässä tapauksessa kohdejoukko on siis sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä mielenterveyshoitajat. Haastattelut ovat tyypiltään teemahaastatteluja, eli tavoitteena on antaa haastateltavalle mahdollisuus kertoa kokemuksistaan ja näkemyksestään omin sanoin. Tämän olemme huomioineet myös kysymysasettelussa. Ohjaamme haastatteluja mahdollisimman vähän ja haastateltavat saavat etukäteen kysymykset, jotta he voivat ensiksi rauhassa pohtia kokemuksiaan aiheesta. Haastattelut on tarkoitus nauhoittaa ja litteroida myöhemmin. Haastattelujen kestoksi olemme arvioineet noin tunnin, ja haastateltavat saavat itse päättää ajankohdan ja paikan. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa kesän 2012 aikana. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastateltava voi keskeyttää haastattelun koska tahansa tai kieltää jälkikäteen aineiston käytön. Haastattelut ovat myös luottamuksellisia ja nauhoitteet hävitetään työmme valmistuttua, joten haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa esille.

Koemme työmme aiheen tärkeäksi, koska potilaiden oikeudet ja niiden toteutuminen käytännössä on ollut julkisuudessa aika ajoin, ja haluamme tietää millainen näkemys potilaiden kanssa päivittäin tekemissä olevilla henkilöillä (hoitajilla) on. Haluamme saada selville onko julkisuudessa saatu aiheetta väärä vaikutelma asiasta. Vastaamme mielellämme työhömme mahdollisesti liittyviin kysymyksiin. Pyydämme lupaa saada tehdä tutkimuksemme osastollanne.

[Kirjoita teksti]

## Saatekirje

Ystävällisin terveisin

Timo Heinänen

0407754396

timo.heinanen@edu.pkamk.fi

Lauri Pietikäinen

0601886

lauri.pietikainen@edu.pkamk.fi

[Kirjoita teksti]



## Tutkimusluvan myöntämiskirje

### Tutkimusluvan myöntäminen "Psykiatristen potilaiden oikeuksien toteutuminen käytännössä psykiatristen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta" -opinnäytetyön tekemistä varten/Timo Heinänen ja Lauri Pietikäinen

**Selostus ja päätös** Myönnän Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille Timo Heinäselle ja Lauri Pietikäiselle luvan opinnäytetyön "Psykiatristen potilaiden oikeuksien toteutuminen käytännössä psykiatristen hoitotyöntekijöiden näkökulmasta" tekemiseen. Tutkimus tehdään haastattelututkimuksena. Kohderyhmänä on kuusi hoitotyöntekijää osastoilla. Osastonhoitajat puoltavat tutkimusluvan myöntämistä.

Valmis opinnäytetyö tulee toimittaa opetuskoordinaattorille.

### Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Kuntayhtymän johtosääntö 12 §, 13a § tai 14 §

### Allekirjoitus ja virka-asema

Ylihoitaja psykiatrian hoitotyö

**Tiedoksianto** Annettu tiedoksi sähköpostitse 28.6.2012  
**Tiedoksi** Timo Heinänen, Lauri Pietikäinen.

**Tiedoksiantaja**  
**Otto-oikeus** Yhtymähallitus

## Tutkimusluvan myöntämiskirje

### Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

### Päätöksen nähtävänäpito

Yksijäsenisen toimielimen (viranhaltijapäätökset) päätöspöytäkirjat ovat nähtävinä kuntayhtymän kirjaamossa kunkin kuukauden ensimmäisenä tiistaina.