



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Janika Koskinen

MIELENTERVEYSTYÖN EETTISET ON-
GELMAT POTILAAN FYYSISEN RAJOIT-
TAMISEN NÄKÖKULMASTA

Sosiaali-ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Janika Koskinen
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveystyön eettiset ongelmat potilaan fyysisen rajoittamisen näkökulmasta
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	37+8 liitettä
Ohjaaja	Ritva Alaniemi

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla mielenterveystyössä esiintyviä eettisiä ongelmia, kun tarkastellaan potilaan fyysistä rajoittamista. Tarkoituksena oli kuvaila hoitotyön johdolla käytettävissä olevia keinoja eettiseen ongelman ratkaisuun. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitoalan ammattilaisille sekä hoitoalan opiskelijoille mielenterveystyön eettisistä ongelmista ja koota yhteen hyväksi havaittuja ongelmanratkaisukeinoja sekä parantaa niiden käytettävyyttä.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin etiikan ja hoitotyön etiikan perusteita sekä eettisiä ongelmia, mitä useimmin esiintyy hoitotyössä. Teoriaosuudessa käsiteltiin myös tahdonvastaista hoitoa ja erityisesti siinä tapahtuvaa potilaan eristämistä ja leposidehoitoa. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin avoimella ryhmähaastattelulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastattelun kohteena olivat Vanhan Vaasan sairaalan osastonhoitajat.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että osastonhoitajat kohtaavat työssään runsaasti eettisiä ongelmia ja ne koetaan kuormittaviksi tekijöiksi työyhteisössä. Fyysinen rajoittaminen pitää sisällään ongelmia, jotka koskettavat sekä potilasta että hoitohenkilökuntaa fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. Lisäksi fyysinen rajoittaminen vaikuttaa oleellisesti hoitolaitoksen resurssien käyttöön. Tarvitaan tilaa, kalusteita, henkilökuntaa ja asianmukaista koulutusta. Eettisen ongelman ratkaisun keinoina korostuivat keskusteleva ja avoin ilmapiiri työyhteisössä sekä koulutuksen ja työohjauksen tarve.

ABSTRACT

Author	Janika Koskinen
Title	Ethical Issues in Mental Healthcare Related to Physical Restraint in Patient Management
Year	2017
Language	Finnish
Pages	37+8 Appendices
Name of Supervisor	Ritva Alaniemi

The aim of this study was to describe the ethical issues in mental healthcare related to physical restraint in patient management. The purpose was to describe different nursing methods to solve these issues. A further aim was to provide information about the problem solving methods to nursing professionals and students.

The basis of ethics, nursing ethics, and ethical dilemmas that often present themselves in nursing are dealt with in the theoretical framework. Also involuntary treatment, patient isolation and limb restraint in patient management are dealt with. The study is qualitative and the material was collected using a group interview. The material was analyzed with inductive content analysis method. The target group of the interview included the ward nurses in Vanha Vaasa Hospital.

The results show that ward nurses come across with many ethical dilemmas in their work and these dilemmas are experienced as stressful factors in the work community. Physical restriction includes lots of ethical dilemmas related to the patient and the nursing staff. The dilemmas have physical, psychiatric and social level effects. Physical restraint in patient management also affects the allocation of resources since it requires suitable physical facilities, staff and appropriate training. There are methods that can be used for ethical problem solving. An open atmosphere with a possibility to dialogue and the need for training and professional supervision were highlighted as ways to solve the ethical issues.

Keywords Mental health work, ethical issue, physical restriction, involuntary treatment

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	7
3	ETIIKKA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	8
	3.1 Etiikka hoitotyössä.....	9
	3.2 Eettinen ongelma.....	10
4	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO.....	13
5	TUTKIMUKSEN METODOLOGIA.....	16
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	16
	5.2 Aineiston keruu.....	17
	5.3 Aineiston analysointi.....	17
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	19
	6.1 Eettiset ongelmat.....	19
	6.2 Eettinen ongelman ratkaisu.....	20
	6.3 Johtopäätökset.....	21
7	POHDINTA.....	23
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	23
	7.2 Oppimiskokemus.....	25
	7.3 Eettiset kysymykset.....	26
	7.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi.....	27
	7.5 Jatkotutkimusehdotukset.....	29
	LÄHTEET.....	30

LIITTEET

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Suostumuslomake

LIITE 3. Haastattelukysymykset

LIITE 4. Mitä ongelmia olet kohdannut ammatillisen urasi aikana mielenterveys-työssä?

LIITE 5. Mitkä ongelmatilanteet ovat kytkeytyneet potilaan fyysiseen rajoittamiseen?

LIITE 6. Mitä ongelmia eristäminen ja sitominen tuovat käytännön hoitotyöhön?

LIITE 7. Mitä keinoja olet käyttänyt eettisessä ongelman ratkaisussa?

LIITE 8. Ratkaisemattomat eettiset ongelmat, eettisen ongelmanratkaisun koulutus ja muuttuminen sekä tulevaisuus.

1 JOHDANTO

Hoitotyön ammattilaisille tarjotaan tietoa terveydestä, fyysisestä kunnosta, mielenterveydestä ja sosiaalisista suhteista. Hoitotyön ammattilainen ymmärtää näiden tekijöiden merkityksen ihmiselle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 25.) Hoitotyötä on kuitenkin mahdotonta analysoida vain yhden teorian avulla ja sama koskee hoitotyön etiikkaa (Kalkas & Sarvimäki 1996, 35). Hoitotyön etikka on yleisen etiikan sovellutusalue, jota analysoidaan eettisten periaatteiden ja teorioiden avulla (Kalkas & Sarvimäki 1996, 34–35). Ensimmäiset sairaanhoitajille suunnatut eettiset ohjeet ovat vuonna 1977 International Council of Nursingin julkaisemat *The Nurse's Dilemma- Ethical considerations in Nursing Practice* (Fry & Johnstone 2008). Hoitotyön päämääräksi on määritelty terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhuollon valta vaikuttaa yksilön ja perheen elämään luo eettisiä kysymyksiä. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014 14.)

Eettinen herkkyys ja ammattilaisen kyky pohtia eettisiä kysymyksiä vaikuttavat oleellisesti eettiseen päätöksentekoon. Eettinen päätöksenteko on prosessi, jossa terveydenhuollon ammattilainen käyttää eettisesti perusteltua toimintatapaa arvoristiriitojen ratkaisuun. (Fry & Johnstone 2008, 2 -3.) Terveydenhuollon keskeiseksi eettiseksi periaatteiksi on määritelty oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, ammattitaitoinen hyvinvointia edistävä ilmapiiri ja yhteistyö sekä keskinäinen arvonanto (Etene 2001, 12–15.)

Tavallisimmat mielenterveyden häiriöt maassamme ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt ja psykoottiset häiriöt. Mielenterveyshoitotyö pitää sisällään runsaasti eettisiä ongelmia. Vakavissa mielenterveyshäiriöissä potilas saattaa vahingoittaa joko itseään tai muita. Tällaisissa tilanteissa käytetään psykiatrisen hoitotyön pakkotoimia. Eristäminen ja sitominen aiheuttavat sekä hoitohenkilökunnassa että potilaassa epävarmuutta, ahdistusta ja eettistä pohdintaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 263–265.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla mielenterveystyössä esiintyviä eettisiä ongelmia, kun tarkastellaan potilaan fyysistä rajoittamista. Tutkimuksessa oli myös tarkoituksena kuvailla hoitotyön johdolla käytettävissä olevia keinoja eettiseen ongelmanratkaisuun. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa helposti saatavaa tietoa hoitoalan ammattilaisille sekä hoitoalan opiskelijoille mielenterveystyön eettisistä ongelmista. Tavoitteena oli myös koota yhteen hyväksi havaittuja ongelman ratkaisu keinoja ja parantaa niiden käytettävyyttä.

Tutkimuskysymyksenä olivat:

1. Mitä eettisiä ongelmia ilmenee käytännön hoitotyössä potilaan fyysisen rajoittamisen yhteydessä?
2. Mitä keinoja hoitotyön johdolla on käytettävissä eettiseen ongelmanratkaisuun?

3 ETIIKKA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Etiikka eli moraalifilosofia kuuluu filosofian osa-alueisiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 37). Etiikka viittaa filosofiaan joka auttaa meitä ymmärtämään inhimillisen käyttäytymisen moraalialueita (Fry & Johnstone 2008, 15). Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää. Etiikka ohjaa tekemään valintoja ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa perusteineen. (Etene, 2001, 4–5.) Etiikan teoriat pitävät sisällään eettisiä periaatteita. Etiikan teoriat jaetaan useampaan teoriaan, joista normatiivinen etiikka tutkii oikean tai väärän käyttäytymisen laatuvaatimuksia ja kriteereitä. Ei-normatiivinen etiikka puolestaan tutkii kuvailevaa etiikkaa ja metaetiikkaa. Kuvaileva etiikka tutkii moraalikäsitteistä ja moraalikäyttäytymisen ilmiöitä. Metaetiikka puolestaan analysoi kieltä ja käsitteitä, joita käytetään eettisessä tutkimuksessa. (Fry & Johnstone 2008, 16–18.)

Etiikka rakentuu arvojen pohjalta (Etene 2001, 4–5). Arvo on arvostus tai haluttu laatuvaatimus, joka voidaan ilmaista kielellisesti, käyttäytymisenä tai käyttäytymisen laatuvaatimuksena (Fry & Johnstone 2008, 6–7). Kirjallisuudessa arvoille on määritelty erilaisia tasoja. Näitä ovat esimerkiksi varsinaiset arvot, arvostukset ja asenteet. Ammatilliset arvot kuvaavat tietyn ammattikunnan toiminnan perustaa ja näitä arvoja opitaan sekä koulutuksessa että työelämässä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 62–64.) Sairaanhoidajan arvoja ohjaavat sairaanhoitajaliiton kokouksessa 28.9.1996 hyväksytyt sairaanhoidajan eettiset periaatteet (Sairaanhoitajaliitto 1996). Eettisessä päätöksenteossa korostuvat sairaanhoidajan sekä potilaan arvot. Sairaanhoidajan arvojärjestelmään vaikuttavat koulutus, kulttuuri, uskonto ja elämäkokemus. Potilaan arvojärjestelmä saattaa poiketa huomattavasti sairaanhoidajan arvojärjestelmästä. (Fry & Johnstone 2008, 6–7.) Hoitoalan opiskelijoiden ja ammattilaisten henkilökohtaisia arvoja tutkittaessa nousevat esiin seuraavat arvot: ihmisen kunnioitus, itsenäisyys, perhe, ystävyys, ihmissuhteet, rehellisyys, terveys, hyvä olo, toimeentulo, vapaus, kehittyminen, hyöty, kasvu ihmisenä ja työ (Pihlainen 2000, 113). Syrjäpalon (2006, 103) väitöskirjassa psykiatrisessa sairaalahoitossa olevia potilaita pyydettiin kuvaamaan heille tärkeimpiä arvoja, jotka olivat totuus, inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus.

Etiikka pyrkii selvittämään, mitä moraaliksi on ja miten voimme ratkaista moraalisia ongelmia. Esimerkiksi metaetiikka kysyy mistä moraalissa oikeastaan on kyse. Moraaliteoria esittää normatiivisia periaatteita, jotka voidaan johtaa konkreettisiksi suosituksiksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 36–38.) Moraalisäännöt liittyvät ihmisten yhteistoimintaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2014, 57.) Moraalinen tieto koostuu teoreettisesta, käytännöllisestä, henkilökohtaisesta ja tilannetiedosta. Teoriatiedolla on näkemys siitä, että asioita ilmaistaan sanojen ja lauseiden avulla. Moraalin alueella henkilökohtainen tieto käsittää ihmisen persoonallisuuden, tahdon ja motiivit. Tilannetiedon merkitys eettisessä mielessä puolestaan tarkoittaa tilanteen eettisen merkityksen ymmärtämistä. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 30–33.)

3.1 Etiikka hoitotyössä

Hoitotieteeseen perustuva ammatillinen hoitaminen on nimetty hoitotyöksi. Kyse on toisen hyvän edistämisestä ja näin toimintaan muodostuu eettinen ulottuvuus. Hoitotyön tietoperustan peruskäsitteiksi on määritelty ihminen, terveys, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön ympäristö. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 23–27.) Terveystieteiden tutkimus koskettaa ihmiselämän peruskysymyksiä ja etiikka tulee käytännön läheiseksi erityisesti, kun kyse on terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta (Etenne, 2001 4–5). Terveystieteiden ammattiryhmien eettiset ohjeet perustuvat yhteisiin arvoihin (Sairaanhoitajaliitto, 1996). Potilaan puolesta puhuminen, vastuullisuus, yhteistyö ja huolenpito ovat eettisiä käsitteitä jotka luovat perustan hoitotyön eettiselle päätöksenteolle (Fry & Johnstone 2008, 39–46).

Lainsäädännöllä on näkyvä osa eettisissä kysymyksissä, sillä lain ja etiikan laatuvaatimukset ovat kehittyneet samassa historiallisessa, kulttuurisessa ja filosofisessa ilmapiirissä (Fry & Johnstone 2008, 32–33). Lainsäädäntö luo hoitajalle ohjeet, joiden mukaan hänen tulee toimia työssään (L 28.6.1994/559). Hoitotyön etiikka, eettisissä ohjeissa ja periaatteissa puolestaan etsitään ratkaisuja, joilla turvataan potilaalle paras mahdollinen toiminta (Sairaanhoitajaliitto 1996).

Sosiaali ja terveydenhuollon palveluja järjestetään lainsäädännön yleis- ja erityis- säädöksiä, kansainvälisten ihmisoikeusoppimusten sekä muun ohjauksen perusteella. (Etene 2009, 11–12). Lainsäädännön mukaan potilaalla on oikeus yhdenvertaisuuteen ja koskemattomuuteen (L11.6.1999/731) sekä oikeus tarvitsemaansa hyvään hoitoon (L17.8.1992/785). Mielenterveyden hoito perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen, itsemääräämisoikeuteen, oikeudenmukaisuuteen ja hoidon vapaaehtoisuuteen (Etene 2009, 11–12). Ainoastaan tarkoin lain säätämässä tilanteissa voidaan toimia potilaan tahtoa vastaan (L14.12.1990/116).

Ikola-Nordbackan (2010, 81–85) väitöskirjassa tutkittiin johtamisen eettisyyttä terveydenhuollossa. Tutkimustuloksista ilmeni, että terveydenhuollon johtajuuden etiikka koostuu hallinnon etiikasta, yleisistä johtamisperiaatteista ja profession asettamista vaatimuksista. Ikola-Nordbackan (2010, 81–85) mukaan eettisesti hyvä johtaja kykenee ymmärtämään toimintaympäristöä ja sieltä nousevia haasteita sekä toiminnalta vaadittavaa kustannustehokkuutta. Taloudellisten kysymysten ollessa esillä eettiset arvot saattavat jäädä taka-alalle. Hoitotyön johtamisen suunnittelu on keskittynyt taloudelliseen toimivuuteen. Hoitotyön johdolla on vastuu terveydenhuollon organisaation arvojen toteutumisesta, jotka pohjautuvat hoitotyön eettisiin ohjeisiin. Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan hoitotyön johtajien yleisimmät eettiset ongelmat liittyvät niukkojen resurssien kohdentamiseen, henkilöstön tasoon, hoitotyön laadun kehittämiseen ja ylläpitämiseen. (Parviainen & Sarvimäki 1999, 74–77.)

3.2 Eettinen ongelma

Eettinen ongelma muodostuu arvostiriidasta kahden tai useamman henkilön välillä ja se ilmenee tavallisimmin ihmisten välisessä keskustelussa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 61). Syrjäpalon väitöskirjassa hoitajia pyydettiin kuvailemaan eettisesti arvojen vastaista, hyväksymätöntä toimintaa. Tällaiseksi toiminnaksi mainittiin Ihmisyyden loukkaaminen, potilaan mitätöinti, potilaan kohtelu aseman mukaan, luottamuksen pettäminen, asenteellisuus, nöyryyttävä vallankäyttö ja sopimaton kielenkäyttö. (Syrjäpalo 2006, 80). Ongelma-alueita on hoitotyön tekijän ja potilaan, oman ammattikunnan, toisten ammattiryhmien, hoito-organisaation

sekä yhteiskunnan välillä (Sairaanhoitajaliitto 2014). Tutkimuksessa työyhteisöiksi eettisiksi epäkohdiksi on mainittu kontrolloiminen, kiusaaminen, takanapäin puhuminen, etuilu, klikkiytyminen, salailu, työn suorittamiseen liittyvät ristiriidat ja johtajuuteen sekä koulukuntiin liittyvät ristiriidat (Syrjälä 2006, 83).

Eettiseen ongelmanratkaisuun on käytettävissä erilaisia lähestymistapoja. Eettisen ongelmanratkaisun pitäminen päätöksentekona on yksi lähestymistapa. Eettisten periaatteiden mukainen ongelmanratkaisu, ongelmanratkaisun seurausten arviointi ja hoitotyön tekijän ominaispiirteiden tarkastelu ovat muita mahdollisia lähestymistapoja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014 65–69.) Lainsäädännöntuntemus ja sen noudattaminen ovat hoitotyöntekijälle eettinen velvollisuus ja lain tuntemus antaa osaltaan keinoja eettiseen ongelman ratkaisuun (Sairaanhoitajaliitto 2014). Lainsäädännöllä velvoitetaan hoitotyöntekijää huomioimaan toiminnastaan potilaalle koituvat hyödyt sekä haitat (L28.6.1994/559). Hoitotyötä ohjaavat eettiset ohjeet tukevat ammattikunnan eettisesti hyvätasoisista toimintaa ja tarjoavat ohjeita käytännön ristiriitojen esiintyessä sekä herättelevät tarkastelemaan työn moraalisia lähtökohtia (Sairaanhoitajaliitto 1996).

Ammatillinen kokemus lisää asiantuntijuutta ja työskentelyn itsevarmuutta, mutta saattaa vähentää herkkyyttä tunnistaa eettisiä ongelmia. Uupumus, väsymys ja hoitoalalle tyypillinen kiire sekä stressi saattavat estää eettisten ongelmien ratkaisua. Työssäjaksaminen ja mukavuuteen pyrkiminen voivat laukaista uusia ongelmatilanteita. Omiin toimintatapoihin pitäisi pystyä suhtautumaan kriittisesti ja toiminnan tulisi myös olla perusteltavissa. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Hoidon perusteltavuus on osa potilaan oikeuksia (L28.6.1994/559). Näyttöön perustuva toiminta on myös eettisesti laadukasta toimintaa (Sairaanhoitajaliitto 2014). Potilasta on informoitava hoidon mahdollisista riskeistä (L 1.5.1986/585). Tahdosta riippumattomassa hoidossa potilasta tulee tiedottaa hoitopäätöksestä (L 14.12.1990/1116). Potilaalla on lainmukainen tiedonsaanti ja itsemääräämisoikeus (L 1.3.1992/785). Hänellä on myös oikeus tarkistaa itseään koskevat asiakirjat (L 22.4.1999/523).

Mielenterveystyössä eettiset ongelmat keskittyvät potilaan tahdonvastaiseen hoitoon ja potilaan oikeuksista tiedottamiseen (Kuhanen ym. 2014, 72). Syrjäpalo on tutkinut väitöskirjassaan arvostiriitoja psykiatristen sairaanhoitajien työssä. Tahdonvaltaisten toimenpiteiden oikeellisuudessa ilmenee puutteita, jotka ilmenevät ylimitoitettuina pakkotoimenpiteinä ja eristämisen käytöstä rangaistuskeinona. (Syrjäpalo 2006, 86.) Hän kuvaili myös potilaiden kokemia eettisiä epäkohtia psykiatrisessa sairaalahoidossa. Henkilökunnan ylemmyyteen liittyvät esimerkiksi hienostelava pukeutuminen, potilaiden käskyttäminen ja välinpitämättömyys. Joustamattomuus, ympäriltä tulevat pelot, pakottaminen, epäasiallinen kielenkäyttö, huoneiden ahtaus ja pitkästyminen nimetään tutkimuksessa myös potilaiden kokemiksi eettisiksi ongelmiksi psykiatrisessa sairaalahoidossa. (Syrjäpalo 2006, 101.)

Molewijk, Hem & Pedersen (2015) tarkastelivat mielenterveystyön ammattilaisten eettistä ongelman käsittelyä. Tulokset vaihtelivat jokapäiväisestä eettisestä ongelman ratkaisusta ja niiden arvostamisesta positiivisena osana mielenterveystyötä aina ongelmien kokemiseen lamauttavana taakkana, siitä aiheutuvan stressin ja rakentavan yhteistyön estämisen vuoksi. Hoitoon pääsy on myös yksi mielenterveystyön eettinen kysymys (Etene 2009, 3). Psykiatriseen hoitoon hakeutuvista potilaista joka kymmenes odottaa hoitoon pääsyä yli 90 vuorokautta. Diagnoosin viipyminen hidastaa ja vaikeuttaa hoidon käynnistymistä. (Marttunen, 2015.)

4 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Kansallisessa mielenterveys- ja päidesuunnitelmassa esitetyt päälinjaukset keskittyvät asiakkaan aseman vahvistamiseen, ehkäisevään mielenterveys- ja päihde-työn palveluiden toimivuuteen ja saatavuuteen sekä potilaiden ohjaukeinojen kehittämiseen (Sosiaali ja terveysministeriö 2012). Mielenterveyspalvelut toteutetaan maassamme ensisijaisesti avopalveluina, mutta tarpeen tulleen potilaan on päästävä psykiatriseen sairaalahoitoon (Sosiaali ja terveysministeriö 2001, 7). Mielenteveyslaissa (L14.12.1990/1116) ja päihdehuoltolaissa (L17.1.1986/41) säädellään tahdosta riippumatonta hoitoa. Mielenterveyslaissa tahdosta riippumaton hoito määrittelee ohjeet hoitoon määräämisen edellytyksistä, tarkkailu lähetteestä, terveyskeskuslääkärin toimintavelvollisuuksista, tarkkailuun ottamisesta, tarkkailu ajasta, potilaan kuulemisesta, hoitoon jättämisestä, ulkopuolisen lääkärin arviosta ja hoidon tarpeessa olevasta henkilön ilmoittamisesta (L14.12.1990/1116). Päihdehuoltolain nojalla potilas puolestaan voidaan ottaa tahdosta riippumattomaan hoitoon henkilön terveysvaaran ja väkivaltaisuuden vuoksi (L17.01.1986/41). Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan eristämistä muista potilaista, sitomista sekä näiden yhteydessä tapahtuvaa kiinnipittoa.

Potilasta voidaan hoitaa vastoin hänen tahtoaan mikäli, jokin seuraavista kriteereistä täyttyy. Hän on todennäköisimmin mielisairas, hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen tai muiden terveyttä tai muut mielenterveyden palvelut eivät ole riittäviä. Tahdonvastaisen hoidon prosessi saa alkunsa tarkkailulähetteestä jolloin potilas kuljetetaan kliinisen tutkimuksen jälkeen tarkkailuun psykiatriseen sairaalaan. Psykiatrisessa sairaalassa erikoislääkäri tekee haastattelun ja asettaa potilaan tarkkailuun. Tarkkailuajan jälkeen potilaalle voidaan kirjoittaa hoitoon määrämispäätös, jolloin on tärkeä esittää potilaalle hänelle lain mukaiset valitusoikeudet. (L 14.12.1990/116.) Tutkimuksessa potilaita pyydettiin kertomaan heidän mielestään tärkeimmät asiat psykiatrisessa sairaalahoidossa. Potilaat korostivat sairauden tutkimisen, hoitajien ammattitaidon, perushoidon, omahoitajuuden, terapioiden, vertaistuen, päätöksentekoon osallistumisen, ilmapiirin, tiedottamisen ja tulevaisuuden merkityksiä. (Syrjäpalo 2006, 99.)

Psykiatrisessa sairaanhoidossa esiintyvän väkivallan laukaisee useimmiten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Hoitajat käyttävät väkivaltilanteiden hallinnassa lisähenkilökuntaa, keskustelua potilaan kanssa, lääkitsemistä, fyysistä rajoittamista ja joskus myös tilanteesta poistumista. Hoitajan asenteella ja käyttäytymisellä on suuri merkitys vuorovaikutuksellisessa keskustelussa potilaan kanssa. (Pitkänen 2003.) Lanttan väitöskirjassa tutkittiin vaihtoehtoisia toimintatapoja psykiatrisessa sairaalahoidossa esiintyvälle väkivallalle. Kattaville vuorovaikutustaidoille, hoitajan läsnäololle osastolla, yksilölliselle hoidolle, korkeiden riskien arvioinnille ja tehokkaalle informaation jakamiselle tunnistettiin tutkimuksessa tarpeita. Uusi väliintulomalli kehiteltiin väkivaltariskin arviointiin jo ennen varsinaisen väkivaltilanteen syntyä. (Lantta 2016, 52.) Sosiaali ja terveysministeriön ehdotukset pakon käyttöön tahdonvastaisessa hoidossa liittyvät mielenterveys- ja päihdehuoltolain yhteneväisyyden kohdentamiseen. Potilaat joiden kohdalla käytetään psykiatrisia pakkotoimia, korostuu psykiatrisen hoitotahdon laatimisen tärkeys. Mielenterveyslakiin on laadittu vaatimus psykiatrisesta hoitotahdosta. (Sosiaali ja terveysministeriö 2012, 27.) Hoitotahto määrittelee potilaan toiveet hoidon erilaisissa tilanteissa ja se helpottaa sekä hoitajien että omaisten toimintaa (Valvira 2008).

Kun potilasta hoidetaan hänen tahtoaan vastaan, lähdetään liikkeelle yhteisymmärryksestä. Hoito perustuu moniammatillisen työryhmän laatimaan hoitosuunnitelmaan. Potilaan ollessa tahdosta riippumattomassa hoidossa voidaan tarvittaessa käyttää rajoitustoimenpiteitä. Perusoikeuksien rajoittamisella on oltava potilaan ja hoitohenkilökunnan turvallisuutta parantavat tavoitteet. (Kuhanen ym. 2014, 76.) Eristämisestä ja sitomisesta päättää potilaan hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluvaa saa eristää potilaan, mutta tapauksesta on välittömästi ilmoitettava hoitavalle lääkärille. Potilas voidaan eristää muista potilaista, mikäli hän käyttäytymisen ja uhkautusten perusteella vahingoittaisi itseään tai muita. Eristämisen yhteydessä hänet voidaan myös sitoa, mikäli muut toimenpiteet eivät ole riittäviä. Potilas voidaan myös eristää, mikäli hän vaikeuttaa käytöksellään muiden potilaiden hoitoa, vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai vahingoittaa omaisuutta merkittävästi. Eristämisen syy voi olla myös muu erittäin painava syy. (L 14.12.1990/1116.)

Kontion mukaan potilaat kokevat saavansa eristämisen- ja sitomistilanteen aikana liian vähän huomiota. Potilaiden ehdottamat kehittämissuhteet eristämistä koskien liittyivät klinisiin hoitotoimenpiteisiin, mutta nämä ideat eivät käytännössä toteutuneet. Myöskin hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että eristetyn potilaan huomioiminen jää vähäiseksi. Hoitohenkilökunnalla havaittiin tutkimuksessa useita vaihtoehtoisia keinoja eristämiseen ja sitomiseen sekä lisäksi he toivoivat asiaan liittyvää täydennyskoulutusta. (Kontio, 2011.) Kinnusen tutkimuksessa hoitohenkilökunta kertoi eristyksen olevan henkilöresursseja sitovaa psykiatrista tehohoitoa. Hoitajat korostivat eristyspotilaan erityistä voimien seuranta ja samanaikaisesti myös osaston muista potilaista tulee huolehtia. Yhteiset toimintatavat, vastuun jakaminen ja tiimityöskentely ovat tärkeitä asioita eristämisen prosessissa. Keskeisimmät hoitoelementit ovat vuorovaikutus sekä yhteistyö potilaan kanssa. (Kinnunen, 2013.)

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostuvat ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen. Kvalitatiivinen tutkimus kuvailee ihmisten näkemyksiä ja liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muuttamiseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen yhtenäinen tavoite on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015 65–66.)

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrittiin otoksen harkinnanvaraisuudella muodostamaan otos henkilöistä, jotka kykenevät kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti. Otoksen keskiössä olivat yksilöiden kokemukset ja tarkoituksena oli saada laadukas, edustava, yleistettävä ja tieteellinen aineisto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 67, 110–111). Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vanhan Vaasan sairaalan osastonhoitajat. Organisaatiossa työskenteli yhteensä 9 osastonhoitajaa 8 osastolla sekä 1 työterapia yksiköissä. Kaikilla osastoilla ei ole ollut käytössä aiemmin kuvailtuja pakkotoimia, mutta osastonhoitajat olivat työskennelleet työuransa aikana myös pakkotoimia käyttävillä osastoilla. Kohderyhmäksi oli valittu osastonhoitajat sen vuoksi, että he kohtaavat työssään monenlaisia eettisiä ongelmia. He ovat käyneet hoitotyöntekijöiden kanssa säännöllisiä kehityskeskusteluja, missä heidän on ollut mahdollista saada tietoa eettisistä ongelmista. Lisäksi heillä on käytännön kokemusta ongelmanratkaisutilanteista. Ennen aineiston keräämistä kohderyhmälle toimitettiin saatekirje (Liite 1) ja suostumuslomake (Liite 2) sekä kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta.

Tutkimuksen vapaaehtoisuus ja tutkittavan oikeus kieltäytyä turvattiin kaikissa tutkimusvaiheissa. Tutkimukseen osallistuminen ei saa johtua tutkittavan velvollisuuden tunnosta. Haastateltavien oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan haastateltuun valikoitujen henkilöiden tasa-arvoisuutta. Tutkimuksen on perustuttava täydelliseen tietoiseen suostumukseen tarkoittaen, että haastateltava on tietoinen tutkimuksen luonteesta. Anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia tutkimustyös-

sä ja sillä turvataan haastateltavien henkilöiden yksityisyys kaikissa tutkimusvaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 218–221.)

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelulla, joka kesti 45 minuuttia. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus auttaa osallistujia muistamaan kokemuksiaan esimerkiksi toisen ryhmän jäsenen kertomuksen perusteella. Avoin haastattelu muistuttaa eniten tavanomaista keskustelua ja etenee haastateltavan ehdoilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 124–126.) Kaikki haastateltavat olivat ajoissa paikalla haastattelussa. Haastattelu tallennettiin nauhurille ja haastattelun aikana nauhuri kiersi vastaajalta toiselle puheenvuoron turvaamiseksi. Tutkijan luki haastattelukysymyksen (Liite 3) äänen, minkä jälkeen haastateltavilla oli aikaa miettiä vastausta sekä tehdä halutessaan muistiinpanoja. Osa osastonhoitajista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin tai osoitti olevansa samaa mieltä kollegojen kanssa. Haastateltavilla oli takanaan eri mittainen työura osastonhoitajana ja osa oli työskennellyt aikaisemmin myös hoitotyössä tutkimus organisaatiossa. Tutkimusympäristönä oli rauhallinen kokoushuone, jonne ei ulkopuolisilla ollut pääsyä.

5.3 Aineiston analysointi

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin käyttämällä kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaista sisällön analyysiä. Sisällön analyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen ja siinä muodostetaan käsiteluokituksia, käsiteljärjestelmiä, malleja ja käsitelkarttoja. Hoitotieteessä on enemmän käytetty aineisto lähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysi menetelmää, mikä etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaisesti vaiheittain. Catanzarro jakaa analyysiprosessin vaiheet analyysiyksikön valintaan, aineistoon tutustumisen, aineiston pelkistämisen, aineiston luokitteluun ja tulkintaan sekä luotettavuuden arviointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 163–167.) Aineiston analysointi aloitettiin litteroimalla eli puhtaaksikirjoittamalla aineisto kirjalliseen muotoon. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä käytettiin yksittäisiä lauseita ja sanapareja. Alkuperäisaineistosta muodostettiin alakategoriat, jotka lajiteltiin parhaiten sopiviin yläluokkiin. Yläluokille kehitettiin analyysissa kuvaavat nimet eli yhdistävät ka-

tegoriat. Ylimmiksi kategorioiksi tutkimuksessa muodostuivat näkemuserot, lakien väliset ristiriidat, rajoitteiden puutteellisuus, potilaan hoitomotivaatio, potilaan rajoittaminen tahdonvastaisessa hoidossa, potilaan psyykkisestä sairaudesta aiheutuvat ongelmat ja potilaan aggressiivinen käyttäytyminen. Eristämistä ja sitomista tutkittaessa yläkategorioiksi muodostuivat fyysiset ongelmat, psyykkiset ongelmat, sosiaaliset ongelmat, ajankäytölliset ongelmat, henkilöstöön liittyvät ongelmat, potilaalle aiheutuvat ongelmat ja hoitolaitokselta vaadittavat resurssit. Eettisen ongelmanratkaisun yläkategorioiksi muodostuivat ennalta ehkäisy, keskusteleva ilmapiiri, koulutus ja työnohjaus. Analysointi taulukot ovat tutkimuksessa nähtävillä liitteissä 4, 5, 6 ja 7.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelussa paikalla oli 7 osastonhoitajaa ja se toteutettiin organisaation toiveiden mukaan ryhmähaastatteluna. Osastonhoitajista 2 eivät päässeet osallistumaan haastatteluun. Osallistumisprosentiksi tutkimuksen aineistonkeruuseen muodostui 78 %.

6.1 Eettiset ongelmat

Tutkimuksessa selvisi, että osastonhoitajat ovat kohdanneet ammatillisen uransa aikana mielenterveystyössä runsaasti eettisiä ongelmia, joita esiintyy mm. yhteiskunnallisella tasolla lakien välisten ristiriitojen muodossa. Esimerkiksi tutkimuksessa nousi esille rikos- ja mielenterveyslain välinen ristiriita ja hoitavan tahon sekä lainsäätäjän välinen näkemysero. Kuten myös näkemyserot potilaan parhaasta hoidosta hoitavien tahojen, potilaan sekä omaisten välillä. Rajoitteiden puutteellisuudesta johtuva ulkopuolisiin resursseihin turvautuminen hoitohenkilökunnan keinojen loppuessa koettiin eettiseksi ongelmaksi. Tällä viitataan esimerkiksi organisaation yhteistyöhön poliisivoimien kanssa. Tahdonvastaisen hoidon rajoitteiden vähentäminen nostettiin myös tutkimuksessa esille. Tämä näkyy käytännön hoitotyössä esimerkiksi älypuhelimien käytön sallimisena suljetulla osastolla. Potilaan omaa ja muiden terveyttä vaarantava käytös mainittiin myös. Esimerkiksi internetin käytön ansiosta potilas voi jatkaa rikollista toimintaa sairaalasta käsin. Potilaiden rajoitteiden erilaisuus ja siitä johtuva eriarvoisuus herättää etenkin yhteisöllisyyden kannalta ristiriitoja. Potilaan sairaudentunnon heräämiseen ja lääkahoitoon motivoitumiseen liittyy runsaasti eettisiä ongelmia ja hoitotyö vaikeutuu näiden ongelmien vuoksi. Ongelma muodostuu myöskin siinä tapauksessa, kun potilaan yksityisyyttä rajoitetaan pitkään. Pitkät sairaala hoitoajat ja eristykset ovat tästä ongelmasta käytännön esimerkkinä. (Liite 4)

Potilaan oikeuksien lievä rajoittaminen ja yksityisyyden rikkoutuminen voivat johtaa fyysiseen rajoittamiseen. Potilaan psyykkisen voinnin romahtaminen esimerkiksi voimakas ahdistuneisuus ja itsetuhoinen käyttäytyminen voivat johtaa rajoitustoimenpiteen käyttöön. Myöskin potilaan lisääntynyt aggressiivisuus, päihiteiden käyttö ja heikko impulssi kontrolli ovat laukaisevia tekijöitä (Liite 5) Poti-

laalle aiheutuu eristämisestä ja sitomisesta fyysisten ja psyykkisten ongelmien ohella sosiaalisena ongelmana yhteisön ulkopuolelle jäämistä. Potilaan moniongelmaisuus vaikeuttaa hänen hoidollisiin tarpeisiinsa vastaamista. (Liite 6)

Eristäminen ja sitominen tuovat käytännön hoitotyöhön monenlaisia ongelmia, joista fyysisinä ongelmina aiheutuvat henkilökunnan työturvallisuuden uhka, työtapaturmat ja fyysinen rasitus. Psyykkinen rasitus, tilanteiden läpikäyminen työyhteisössä ja sen ulkopuolella (työnohjaus) ja kaikkien tilanteissa olleiden tasa-
puolinen huomiointi muodostavat psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Eristäminen ja sitominen lisäävät henkilökunnan koulutuksen tarvetta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan resursseja eristämis- ja sitomistilanteissa. Leposidehoidossa oleva potilas tarvitsee vierelleen koko ajan yhden hoitajan ja eristäminen sitoo osastolle enemmän henkilökuntaa muodostaen tarpeen lisätyövoimalle. Määräaikaisten työntekijöiden on vaikeampaa sopeutua työyhteisöön potilaiden moniongelmaisuuden vuoksi ja he tarvitsevat runsaasti perehdytystä työskennellessään varahenkilöstössä. Eristäminen ja sitominen vaativat hoitolaitokselta koulutettua henkilökuntaa, tilaresursseja ja erityiskalusteita. (Liite 6)

6.2 Eettinen ongelman ratkaisu

Eettisten ongelmien ratkaisukeinoissa korostui ongelmatilanteiden ennalta ehkäiseminen. Avoimuus ja rohkeus puhua ongelmista työyhteisössä helpottavat ongelman ratkaisua. Eettisten ongelmien arkipäiväisyys kannustaa työntekijöitä omalta osaltaan puhumaan ongelmista. Keskusteleva ilmapiiri ja siihen vaikuttavat henkilökohtaiset ja työyhteisölliset tekijät koettiin tärkeiksi. Esille tuotiin hyvän johtajan ominaisuuksia, joihin kuuluu yhteisön keskustelevan ja avoimen ilmapiirin tukeminen. Työnohjauksen ja koulutuksen hyödyntäminen tuovat keinoja eettiseen ongelmanratkaisuun. (Liite 7)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että jokainen haastateltava oli joskus kohdannut eettisen ongelman, johon ei ollut saatavilla ratkaisua. Tämä koettiin raskaaksi tekijäksi. Tutkimuksessa korostui myös työyhteisön työrauhan merkitys. Eettisen ongelman läpikäyminen myös henkilökohtaisella tasolla on tärkeää. Eettisen ongelman ratkaiseminen yksin koettiin vaikeaksi. Tutkimuksessa selvisi, että johtamiskoulutus

valmentaa osastonhoitajaa kohtaamaan eettisiä ongelmia. Työntekijän halu hakeutua koulutukseen on myös tärkeässä roolissa eettisen ongelman ratkaisun kehittämisessä. Tutkimustuloksissa korostui organisaation sisäisen aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen-koulutuksen tärkeys varmistamassa henkilökunnan kykyjä toimia väkivalta tilanteessa ja välttää näin rajoitustilanteessa syntyviä tapaturmia. Osastonhoitajat tulivat siihen tulokseen, että muutosta on tapahtunut eettisessä ongelmanratkaisussa. Avoimuus ja keskusteleavuus ovat työyhteisössä lisääntyneet. Asioita uskalletaan ottaa paremmin esille sekä hoitajien että osastonhoitajien toimesta. Maailman ja yhteiskunnan mukana hoitotyö on muuttunut. Hoitotyön arvot ja ihmisoikeudet ovat enemmän esillä kuin aikaisemmin. Ulkopuolinen paine kannustaa omalta osaltaan muutokseen. Tutkimuksessa osastonhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että eettiset ongelmat tulevat tulevaisuudessa lisääntymään. Esimerkiksi monikulttuurisuus tuo hoitotyöhön mukanaan myös eettisiä ongelmia. Rajoittamista on psykiatrisessa sairaanhoidossa vähennetty ja haastateltavilla heräsi huoli siitä, milloin rajoittamisen vähentäminen kääntyy potilaan tarkoituksen mukaista hoitoa vastaan. (Liite 8)

6.3 Johtopäätökset

Osastonhoitajat ovat kohdanneet uransa aikana mielenterveystyössä runsaasti eettisiä ongelmia. Tahdonvastaisessa hoidossa potilaan psyykkisen voinnin huonontuminen ja potilaan aggressiivinen käytös johtavat fyysiseen rajoittamiseen. Eristäminen ja sitominen tuovat mukanaan hoitotyöhön ja potilaalle fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Eristäminen ja sitominen vaativat ajallisia, henkilöstöllisiä ja taloudellisia resursseja hoito-organisaatiolta. Eettisten ongelmien ratkaisussa korostuivat ennalta ehkäisy sekä avoimuus ja keskusteleva ilmapiiri työyhteisössä. Ratkaisemattomat eettiset ongelmat vaarantavat työyhteisön hyvinvointia. Ratkaisemattomalla eettisellä ongelmalla on psyykkisesti kuormittava vaikutus erityisesti, kun ongelma koskettaa työntekijää henkilökohtaisella tasolla. Johtamiskoulutus valmentaa osastonhoitajia eettiseen ongelman ratkaisuun ja myöskin työntekijän rooli koulutukseen hakeutumisessa on tärkeässä asemassa. Eettinen ongelmanratkaisu on muuttunut parempaan suuntaan avoimuuden ja keskustele-

vuuden lisääntymisen johdosta. Eettisten ongelmien tulevaisuudessa voidaan nähdä ongelmien lisääntymistä ja monikulttuurisuuden tuomia haasteita.

7 POHDINTA

Tutkija tuo esille luvussa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ja arvioi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija esittää myös jatkotutkimusehdotuksia tutkimukselle.

7.1 Tulosten tarkastelu

Eettisiä ongelma-alueita on hoitotyön tekijän ja potilaan, oman ammattikunnan, toisten ammattiryhmien, hoito-organisaation sekä yhteiskunnan välillä (Sairaanhoidajaliitto 2014). Syrjäpalon väitöskirjassa hoitajia pyydettiin kuvailemaan eettisesti arvojen vastaista, hyväksymätöntä toimintaa. Tällaiseksi toiminnaksi mainittiin Ihmisyyden loukkaaminen, potilaan mitätöinti, potilaan kohtelu aseman mukaan, luottamuksen pettäminen, asenteellisuus, nöyryyttävä vallankäyttö ja sopimaton kielenkäyttö. (Syrjäpalo 2006, 80). Tässä tutkimuksessa eettisiksi ongelmiksi osoittautuivat eri asiat kuin Syrjäpalon tutkimuksessa. Tämä johtuu kenties tutkimusten välisistä näkökulmaeroista. Syrjäpalon tutkimuksen kohderyhmänä olivat hoitajat, kun tässä tutkimuksessa puolestaan osastonhoitajat. Myöskin tutkimuksen kohdeorganisaatio on erilainen. Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatio on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen oikeuspsykiatrinen sairaala, jonka ensisijaiseen toimenkuvaan kuuluu mielentilatutkimuksen suorittaminen. Lisäksi organisaatiossa hoidetaan vaikeahoitoisia potilaita, joiden hoito ei ole tarkoitukseenmukaista kunnallisissa sairaaloissa (VVS 2017).

Erityisesti hoitotyöntekijän ominaispiirteillä on tämän tutkimuksen tulosten pohjalta merkitystä eettisessä ongelmanratkaisussa. Henkilökohtaiset ongelmanratkaisutaidot ja oman käyttäytymisen vaikutus työyhteisön ilmapiiriin vaikuttavat eettiseen ongelmanratkaisuun. Tutkimustulosten mukaan keskusteleva työyhteisön ilmapiiri auttaa eettisessä ongelmanratkaisussa. Tuloksissa mainittiin myös työntekijän rohkeus puhua eettisistä ongelmista, joten yksilön persoonalla on merkitystä. Henkilön ominaispiirteisiin liittyy myös tämän tutkimuksen tulosten pohjalta saatu tieto, jossa korostetaan työntekijän halua hakeutua koulutukseen. Molewijk, Hem & Pedersen (2015) tarkastelivat mielenterveystyön ammattilaisten eettistä ongelman käsittelyä. Tulokset vaihtelivat jokapäiväisestä eettisestä ongelman rat-

kaisusta ja niiden arvostamisesta positiivisena osana mielenterveystyötä aina ongelmien kokemiseen lamauttavana taakkana, siitä aiheutuvan stressin ja rakentavan yhteistyön estämisen vuoksi. Tässä tutkimuksessa mainittiin eettisten ongelmien arkipäiväisyyden kannustavan osaltaan hoitotyöntekijöitä rohkeuteen ottaa ongelmat puheeksi työyhteisössä. Ongelmien arkipäiväisyys ja työyhteisön ilmapiiri vaikuttavat myös hoitotyön tekijän työssä jaksamiseen ja tätä kautta ongelmista selviytymiseen. Tutkimuksessa ratkaisemattomat eettiset ongelmat koettiin stressaaviksi tekijöiksi. Stressi eettisistä ongelmista voi vaarantaa työyhteisön ilmapiiriä ja vaikeuttaa työntekijän työssäjaksamista. Ongelmista on tutkimustulosten mukaan vaikeampi selviytyä yksin, kuin yhdessä työyhteisön kesken.

Aikaisemmissa tutkimuksissa työyhteisöllisiksi eettisiksi epäkohdiksi on määritelty kontrolloiminen, kiusaaminen, takanapäin puhuminen, etuilu, klikkiytyminen, salailu, työn suorittamiseen liittyvät ristiriidat ja johtajuuteen sekä koulukuntiin liittyvät ristiriidat (Syrjäpalo 2006, 83). Nämä epäkohdat heikentävät keskustelemaan ja avoimen työyhteisön ilmapiiriä, joten niihin on syytä puuttua ajoissa. Syrjäpalon (2006, 103) väitöskirjassa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevia potilaita pyydettiin kuvaamaan heille tärkeimpiä arvoja, jotka olivat totuus, inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus.

Tässä tutkimuksessa huomattiin potilaan rajoittamisen ja yksityisyyden viemisen vaikuttavan potilaan hoitomotivaation laskemiseen ja siltä osin lisäävän eettisiä ongelmia ja hoitotyön vaikeutumista näkyen esimerkiksi lääkekielteisyytenä. Toisaalta potilaiden sairaudentunnottomuus vaikuttaa omalta osaltaan potilaan hoitomotivaatioon. Potilaan rajoittaminen myös tämän tutkimuksen tuloksen pohjalta saattoi johtaa eristämiseen ja sitomiseen. Tahdonvaltaisten toimenpiteiden oikeellisuudessa ilmenee puutteita, jotka ilmenevät ylimitoitettuina pakkotoimenpiteinä ja eristämisen käyttönä rangaistuskeinona (Syrjäpalo 2006, 86). Tässä tutkimuksessa potilaiden lisääntynyt päihteiden käyttö mainittiin yhdeksi fyysiseen rajoittamiseen johtaneeksi syyksi ja eettiseksi ongelmaksi. Potilaan eristäminen päihteiden käytön vuoksi on osaltaan rangaistuskeino, mutta toisaalta sillä suojataan henkilökuntaa ja muita potilaita aggressiiviselta käytökseltä ja tapaturmilta. Tutkimuksessa nousi myöskin esille päihteidenkäytön yhteys itsetuhoisuuteen. Ylimi-

toitetuista pakkotoimenpiteistä taas tämän tutkimuksen tuloksissa mainittiin eettiseksi ongelmaksi potilaan pitkäaikainen yksityisyyden rajoittaminen pitkillä eristyksillä.

Tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että eristäminen ja sitominen jättävät potilasta yhteisön ulkopuolelle ja potilaiden moniongelmaisuus vaikeuttaa henkilökunnan kykyä reagoida kaikkiin hoidollisiin tarpeisiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että eristetyn potilaan huomioiminen jää vähäiseksi. Hoitohenkilökunnalla havaittiin useita vaihtoehtoisia keinoja eristämiseksi ja sitomiselle sekä lisäksi he toivoivat asiaan liittyvää täydennyskoulutusta. (Kontio, 2011.) Kattaville vuorovaikutus-taidoille, hoitajan läsnäololle osastolla, yksilölliselle hoidolle, korkeiden riskien arvioinnille ja tehokkaalle informaation jakamiselle tunnistettiin tutkimuksessa tarpeita. (Lantta 2016, 52). Lanttan tutkimuksesta esiin nousseita keinoja voidaan ottaa esille henkilökunnan koulutuksessa. Tutkimustuloksissa korostunut aggressiivisen potilaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen- koulutus antaa hoitotyön tekijälle keinoja väkivalta riskien arviointiin. Eristykselle vaihtoehtoisia keinoja tämän tutkimuksen tulosten pohjalla voisivat olla lievemmat rajoitustoimenpiteet, millä pystytään vaikuttamaan potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Esimerkiksi internetin ja älypuhelimien käytön rajoittaminen.

7.2 Oppimiskokemus

Tutkimukseen liittyvä oppimiskokemus painottuu suurilta osin tiedonhakuun hoitotyön etiikasta ja eettisistä ongelmista. Tiedonhaku toi haasteita ja teoreettiseen viitekehyksen rakentamiseen käytettiin aikaa. Viitekehyksessä käytetyt kansainväliset lähteet kartuttivat kielitaitoa. Erilaisiin tietokantoihin tutustuminen ja niiden käyttäminen olivat osa tutkimuksen tuomaa oppimiskokemusta. Lähdemerkintöjen merkitseminen ja lähdeluettelon oikeaoppinen rakentaminen vaativat tutkijalta opettelua. Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologian oppiminen liittyy tutkimuksen oppimiskokemukseen. Haastattelukysymysten laatiminen ja haastattelutilanteen järjestäminen olivat myös osa tutkimuksessa tullutta oppimiskokemusta. Haastattelukysymysten laatiminen opetti muotoilemaan kysymykset riittävän ai-

neiston saamisen turvaamiseksi. Haastattelutilanne oli tutkijan ensimmäinen ryhmähaastattelu ja opetti tilanteen kokonaisvaltaista hallintaa. Haastattelututkimus oli tutkijalle luontainen valinta ja tuntui koko tutkimuksen ajan oikealta. Tutkimus on tutkijan ensimmäinen, joten myöskin sisällön analyysin käyttäminen oli tutkijalle vierasta. Sisällön analyysi opetti käymään läpi laajaa kvalitatiivista tutkimusaineistoa ja tiivistämään aineiston lukijalle ymmärrettävään muotoon. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyy tutkimuksen arvioiminen uutena oppimiskokemuksena. Luotettavuuden arviointi opetti tarkastelemaan tutkimusta erilaisista näkökulmista ja antoi kehitysideoita mahdollista seuraavaa tutkimusta varten. Eettisen pohdinnan työstäminen opetti tarkastelemaan tutkimusta eettisistä näkökulmista ja toi myöskin kehittämissideoita seuraaviin tutkimuksiin.

7.3 Eettiset kysymykset

American Nurses Association (ANA) julkaisi hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet vuonna 1995. Ohjeiden mukaan tutkija kunnioittaa tutkittavien tietoista suostumusta ja huomioi tutkimuksensa mahdolliset negatiiviset seuraukset tutkimukseen osallistumisesta. Hänen tulee minimoida haitat ja edistää tutkittavien hyvää sekä ymmärtää ja arvostaa heidän henkilökohtaisia eroavaisuuksiaan. Tutkijan tulee varmistaa tutkittavien tasa-arvoisuus suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin sekä hän suojelee tutkittavien yksityisyyttä. Hän varmistaa tutkimuksensa eettisyyden kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa ja raportoi mahdolliset tieteelliset virheet tutkimustoimintaa valvovalle taholle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2015 217–218.)

Tutkimuseettisiä kysymyksiä olivat tässä tutkimuksessa haastateltavien anonymiteetti, vapaaehtoisuus ja vahingoittamattomuus. Tutkimus perustui vapaaehtoisuuteen ja tutkimuksesta tiedotettiin tutkimussuunnitelman yhteydessä saatekirjeellä ja suostumuslomakkeella, joten vapaaehtoisuus toteutui. Haastateltavien henkilöllisyydet eivät olleet tiedossa kuin tutkijalla ja tutkimustuloksista ulkopuolisten on mahdoton tunnistaa yksittäistä henkilöä eli anonymiteetti on turvattu. Tutkimuksella ei ole tuotettu vahinkoa haastateltaville, eikä tutkimus organisaatiolle, mutta tutkimuksesta aiheutuvat mahdolliset haitat aiheutuivat tutkittavien ajankäyttöön

sekä tutkimusorganisaation tilojen käyttöön. Haastateltavien tasa-arvoisuus varmistettiin, siten että kaikki tutkittavat viettivät haastattelussa yhtä kauan ja kaikille annettiin mahdollisuus puheenvuoroon. Haastattelutilanteeseen liittyviä eettisiä kysymyksiä olivat haastatteluun käytetty aika, yksityisyys ja haastateltavien motiivi tutkimukseen osallistumiseen. Haastatteluun oli varattu aikaa runsaasti, jotta ei syntyisi vaikutelmaa kiireestä. Haastateltavat tekivät muistiinpanoja pohtiesaan vastausta tutkijan esittämään kysymykseen. Haastateltavien keskustelu tilanteessa oli luontevaa, eikä keskustelussa ollut merkkejä eriarvoisuudesta. Haastattelussa muutamat haastateltavat osoittivat joidenkin kysymyksien kohdalla olevansa samaa mieltä toisen haastateltavan kanssa, mutta kuitenkin kaikki toivat haastattelussa näkemyksiään julki. Tutkijalle jäi tilanteesta vaikutelma, että haastateltavat olivat paikalla omasta halustaan eivätkä velvollisuuden tunnosta. Haastattelutilanteen yksityisyys turvattiin järjestämällä haastattelu organisaation tiloissa, johon ei ollut ulkopuolisilla tahoilla pääsyä. Huoneesta ei ollut näkymää esimerkiksi osastolle, eikä käytävälle ollut ulkopuolisilla tahoilla pääsyä. Eettisiä kysymyksiä liittyi myös aineiston säilyttämiseen, hävittämiseen ja analysointiin. Tutkimusaineisto säilytettiin aineiston analysoinnin ajan tutkijan hallussa salasanan takana tietokoneella, eikä ulkopuolisilla tahoilla ole ollut mahdollisuutta päästä siihen käsiksi. Aineiston analysoinnissa lähdettiin liikkeelle sanasta sanaan tutkittavien kommentteista, eikä tutkija ole sekaantunut aineistoon. Alkuperäisilmauksia aineistosta on tutkimuksessa nähtävillä niin vähän, että se riittää turvaamaan tutkittavien anonymiteetin. Alkuperäisaineisto hävitettiin heti analyysin valmistuttua. Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käytettyjen kansainvälisten materiaalien käännöstyöt on tehty oikein ja lähdemerkinnät on toteutettu oikein.

7.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tulosten raportoinnin perustana on tutkijan kyky tieteelliseen kirjoittamiseen. Tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, tulosten esittämisessä ja niiden arvioinnissa. Tutkija soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulosten avoimuus on tärkeää tuloksia julkaistaessa. Tutkija huomio työskennellessään muiden saavutukset asianmukaisella tavalla ja antaa

heille arvon tuloksia julkaistessaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 173–175)

Kvalitatiivista tutkimusta voidaan arvioida Cuban ja Lincolnin esittämien kriteerien mukaan. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus, vahvistettavuus, totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 197.) Tutkija on tietoinen käyttämästään tutkimusmetodista ja sen asettamista rajoitteista. Tutkimusprosessi on toteutunut selkeässä järjestyksessä ja tutkija on käyttänyt runsaasti aikaa teoreettisen viitekehyksen rakentamiseen. Teoreettiseen viitekehykseen on haettu tietoa kirjallisuudesta, Doria tietokannasta, lainsäädännöstä, Pubmed tietokannasta, Etene julkaisuista, yliopistojen tietokannoista, sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuista, Valviralta, Sairaanhoidtajaliitolta ja Mielenterveysseuralta. Tietokantojen hakusanoina on käytetty sanoja: Etiikka, ongelma, arvo, moraalit, itsemääräämisoikeus, fyysinen rajoittaminen ja psykiatrinen sairaanhoito. Tutkimus on tutkijan ensimmäinen, joten kokemuksen tuomaa tietoa tutkimustyöstä ei ole. Tutkimuksen tulokset on kuvattu selkeästi ja tutkimuksessa on esillä sen vahvuudet ja rajaus. Tutkimus on mahdollista siirtää toiseen tutkimusympäristöön ja sille on kehitetty jatkotutkimusideoita.

Tutkimusta voidaan arvioida myös tarkoituksen, asetelman, otoksenvalinnan, analyysin, tulkinnan, refleksiivisyyden, eettisyyden ja relevanssin näkökulmista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 202–204). Tutkimuskohde on kuvattu selkeästi, perustellusti ja tulkinnan tueksi on esitetty kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksen asetelman valinta on pohdittu ja se on tutkimukseen sopiva. Otos on valittu perustellusti tutkimukseen laadukkaasti aineiston saamisen turvaamiseksi ja tutkimuksessa on käytetty asian mukaista analyysimenetelmää. Tutkimuksen otoksen määrä oli riittävä ja aineistoa saatiin runsaasti. Haastattelutilanteessa osa haastateltavista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin tai ilmoitti olevansa samaa mieltä kollegojensa kanssa, mikä vaikuttaa osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen. Kuitenkin kaikki haastateltavat toivat jossain kysymyksissä näkemyksiään julki tutkimustuloksiin. Tutkimustilanteella oli hyvä vaikutus tutkimukseen, sillä tutkittavat huomasivat olevansa samoilla linjoilla pohdintoissaan. Lisäksi tilanteessa oli aistittavissa yhteisöllisyys ja hyvä yhteishenki mikä on vaikuttanut positiivisesti

haastattelutilanteeseen. Osalla haastateltavista oli kiire seuraaviin työtehtäviin, mikä on saattanut vaikuttaa negatiivisesti tutkimustuloksiin. Toisaalta tutkimukseen varattiin runsaasti aikaa ja haastateltaville annettiin mahdollisuus pohtia vastauksiaan, mikä lisää tulosten luotettavuutta. Osa haastateltavista oli töissä osastolla, jossa ei ollut käytössä tutkimuksessa kuvailtuja pakkotoimia. Osa heistä oli tosin työskennellyt urallaan pakkotoimia käyttävässä yksikössä. Osalla haastateltavista ei ollut tuoreinta tietoa eristämisen ja sitomisen näkökulmaan ja yhdellä ei ollut kokemusta ollenkaan eristämisestä tai sitomisesta. Toisaalta haastateltavien pitkä työura toi paljon tietoa tutkimustuloksiin ja monenlaisista näkökulmista. Eettiset ongelmat ovat aiheena hitaasti muuttuvia samoin kuin fyysinen rajoittaminen. Tutkimusprosessi on kuvattu selkeästi ja tutkimuksesta selviää, miten tulokseen ollaan päädytty. Tutkimusraportissa käsitellään eettistä pohdintaa. Tutkimustulosten sopivuutta toisiin yhteyksiin ei voi täysin taata, sillä tutkimustulokset pohjautuvat vahvasti yksilöllisiin kokemuksiin ja tulkintoihin. Tutkimuksella on tuotu esiin uutta tietoa ja tutkimuksen tavoitteet ovat saavutettu. Tutkimuksella tuotettiin tietoa mielenterveystyön eettisistä ongelmista eristämisen ja sitomisen näkökulmasta. Tutkimuksessa tuotiin myös esille eettisen ongelmanratkaisun keinoja.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimus on mahdollista siirtää toiseen organisaatioon tai mahdollisesti toteuttaa laajemmassa mittakaavassa useille organisaatioille. Eettisiä ongelmia voidaan tutkia esimerkiksi vanhustyön, kotisairaanhoidon, saattohoidon, vammaistyön, lastenpsykiatrian ja päihdetyön asiakkaan/potilaan tai hoitoyön tekijöiden näkökulmasta. Voidaan tutkia esimerkiksi kotisairaanhoidossa työskentelevien hoitajien käsityksiä eettisistä ongelmista. Potilaan näkökulmasta voidaan tutkia palvelutalossa asuvien ikääntyneiden käsityksiä eettisistä epäkohdista. Mielenterveys- ja päihdepuolella voidaan tutkia hoitajien näkökulmia eettisistä ongelmista.

LÄHTEET

Etene 2009. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Julkaisuja 35. Viitattu 18.1.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENEjulkaisuja+25+Mielenterveys+etiikka++Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d>

Etene 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Terveyden huollon eettinen neuvottelukunta. Julkaisuja 1. Viitattu 18.1.2017 <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+ja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Fry S. & Johnstone M-J., 2008. Ethics in Nursing Practice. A guide to ethical decision making. Third edition. 2-46. Blackwell publishing.

Ikola-Nordbacka R, 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa. Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professiossa. 81–183. Julkisjohtaminen. Vaasan yliopisto.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K., 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 65-167. Sanoma pro oy. Helsinki

Kinnunen M., 2013. Huone-eristys potilaan hoitotyö psykiatrisella osastolla. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 5.4.2017. Tiivistelmä UEF-Electronic publications-tietokannasta. Saatavilla [www-muodossa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130999/urn_nbn_fi_uef-20130999.pdf)

Kontio R., 2011. Potilaiden eristämisen- ja sitomiskäytännöt psykiatrisissa sairaaloissa. Kohti näyttöön perustuvaa kliinistä hoitotyötä. Hoitotieteen laitos. Lääketieteen tiedekunta. Turun yliopisto. Viitattu 5.4.2017. Tiivistelmä Doria-tietokannasta. Saatavilla [www-muodossa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67367/AnnalesD951Kontio.pdf?sequence)

Kuhanen C., Oittinen P., Kanerva A., Seuri T. & Schubert C., 2014. Mieleneterveyshoitotyö. 71-81. Sanoma pro oy. Helsinki

Lantta T., 2016. Faculty of Medicine. Department of nursing science. Evidence based- violence risk assessment psychiatric inpatient care: an implementation study. 52. University of Turku.

L 22.4.1999/523 Henkilötietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.2.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.1.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki laki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 18.1.2017 www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.1.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>

L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 17.1.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L 1.5.1986/585. Potilasvahinkolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.2.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=585%2F1986>

L17.1.1986/41 Päihdehuoltolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.2.2017
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 36–76. Sanomapro Oy. Helsinki

Marttunen M., 2015. Suomen mielenterveysseura. Psykiatriseen hoitoon pääsy liian hidasta. Ajankohtaista. Viitattu 4.4.2017
<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/psykiatriseen-hoitoon-p%C3%A4sy-liian-hidasta>

Molewijk B., Hem M-H. & Pedersen R., 2015. Dealing With ethical challenges: a focus group study with professionals in mental health care. Viitattu 7.2.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417320/>

Parviainen T. & Sarvimäki A. Hoitotyön johtamisen eettiset periaatteet. Teoksessa Hoitotyötä johtamaan, 68–80. Toim. Simola R, Kangas R & Ranta J. 1999. Kirja-yhtymä Oy. Helsinki

Pihlainen A., 2000. Hoitotiede. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkyys arvo ja arvokäsityksinä terveydenhuollonkoulutuksessa ja työelämässä. 113. Toim. Tampereen yliopisto

Pitkänen A., 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.4.2017. Tiivistelmä Tampub-julkaisu arkistossa. Saatavilla www.muodossa:
<http://tampub.uta.fi/handle/10024/90604>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. Viitattu 17.1.2017 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/eettisten-ongelmien-tunnistaminen-hoitotyossa/>

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 17.1.2017 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Viitattu 3.2.2017. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>

Sosiaali ja terveysministeriö 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Tiivistelmä valtio-neuvoston julkaisuista. Viitattu 7.4.2017. Saatavilla [www-muodossa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1](https://www.muodossa:https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1)

Syrjäpalo K., 2006. Lääketieteellinen tiedekunta. Arvot ja arvostukset psykiatriassa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. 83-103. Toim. Oulun yliopisto.

Valvira Hoitotahto 2008. Viitattu 18.4.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

VVS 2017. Toiminta. Viitattu 1.11.2017 <http://www.vvs.fi/toiminta>

Arvoisa osastonhoitaja!

Suoritan sairaanhoitajan ammattitutkintoa Vaasan ammattikorkeakoulussa ja suuntaan opintoni psykiatriseen sairaanhoitoon. Opinnäytetyönä toteutan kuvailevaa laadullista tutkimusta aiheesta mielenterveyshoitotyön eettiset ongelmat. Aihe on rajattu käsittelemään eristämistä ja lepositeiden käyttöä sekä näiden yhteydessä tapahtuvaa kiinnipitoa.

Tutkimuksella on organisaatiossanne myönnetty lupa. Aineisto kerätään haastatteluna ja tallennetaan nauhalle. Saatekirjeen ohessa lähetetään myös suostumuslomake haastattelua ja materiaalin tallentamista varten. Haastattelussa esiinnyttäen nimettömänä ja teillä on oikeus milloin tahansa keskeyttää tutkimus. Haastattelu nauhat ovat käytettävissä vain tutkijalla ja ne hävitetään asianmukaisesti heti aineiston analysoinnin valmistuttua. Haastattelut on tarkoitus suorittaa kesän 2017 aikana.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi ja esitetään Vaasan ammattikorkeakoulussa esitysseminaarissa.

Ystävällisin terveisin:
Janika Koskinen

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Vaasan ammattikorkeakoulun lehtori:
Ritva Alaniemi

- Osallistun Vaasan ammattikorkeakoulun opiskelijan Janika Koskinen toteuttamaan tutkimukseen mielenterveystyön eettiset ongelmat potilaan fyysisen rajoittamisen näkökulmasta.
- Annan tutkijalle suostumukseni tallentaa haastattelussa koottu aineisto nauhalle.

Päivämäärä:

Paikka:

Allekirjoitus/ nimenselvennys:

1. Minkälaisia eettisiä ongelmia olet kohdannut ammatillisen urasi aikana mielen-
terveystyössä?

2. Mitkä ongelmatilanteet ovat kytkeytyneet potilaan fyysiseen rajoittamiseen?

Mitä ongelmia eristäminen ja sitominen tuovat käytännön hoitotyöhön?

3. Mitä keinoja olet käyttänyt eettisessä ongelman ratkaisussa?

- Miten osastonhoitaja tukee hoitajaa?

4. Oletko työsi aikana kohdannut ongelmaa, johon et ole löytänyt ratkaisua?

5. Minkälaista koulutusta on hankittu eettiseen ongelmanratkaisuun?

- Miten eettinen ongelmaratkaisu on muuttunut työurasi aikana?
- Mikä on vaikuttanut muutoksen syntymiseen?
- Miltä tulevaisuus näyttää eettisten ongelmien ja potilaan fyysisen rajoittamisen kohdalla?

LIITE 4

1. Minkälaisia eettisiä ongelmia olet kohdannut ammatillisen urasi aikana mielenterveystyössä?

Alakategoriat	Yläkategoria	Yhdistäväkategoria
<p>Lainsäätäjien ja hoitohenkilökunnan väliset näkemyserot</p> <p>Hoidosta vastaavien tahojen väliset näkemyserot</p> <p>Omaisten ja hoitohenkilökunnan väliset näkemyserot</p>	Näkemyserot	Eettiset ongelmat mielenterveystyössä
Rikos- ja mielenterveyslain välinen ristiriita	Lakien väliset ristiriidat	
<p>Ulkopuolisiin resursseihin turvautuminen hoitohenkilökunnan keinojen loppuessa</p> <p>Tahdonvastaisessa hoidossa käytettävien rajoitteiden vähentäminen</p> <p>Potilaan omaa ja muiden terveyttä vaarantava käytös</p>	Rajoitteiden puutteellisuus	
<p>Potilaiden erilaiset oikeudet ja rajoitteet</p> <p>Potilaan sairauden tunnon heräämiseen ja lääkehoitoon motivoitumiseen liittyvät eettiset ongelmat</p> <p>Potilaan pitkäaikainen yksityisyyden rajoittaminen</p>	Potilaan hoitomotiivaatio	

LIITE 5

2. Mitkä ongelmatilanteet ovat kytkeytyneet potilaan fyysiseen rajoittamiseen?

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
<p>Potilaan oikeuksien rajoittaminen</p> <p>Potilaan yksityisyyden rikkoutuminen</p>	<p>Potilaan rajoittaminen tahdonvastaisessa hoidossa</p>	<p>Potilaan käyttäytymisen muutokset tahdonvastaisessa hoidossa</p>
<p>Potilaan psyykkisen voinnin huonontuminen</p> <p>Potilaan voimakas ahdistuneisuus</p> <p>Potilaan itsetuhoisen käyttäytyminen</p>	<p>Potilaan psyykkisestä sairaudesta aiheutuvat ongelmat</p>	
<p>Potilaan lisääntynyt päihteiden käyttö ja aggressiivisuus</p> <p>Potilaan heikko impulssikontrolli</p>	<p>Potilaan aggressiivinen käytös</p>	

LIITE 6

- Mitä ongelmia eristäminen ja sitominen tuovat käytännön hoitotyöhön?

Alakategoriat	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<p>Hoitohenkilökunnan työturvallisuus uhattuna</p> <p>Fyysinen rasitus ja mahdolliset työtapaturmat</p>	Fyysiset ongelmat	Eristämisen ja sitomisen aiheuttamat ongelmat
<p>Tilanteiden läpikäyminen työyhteisössä ja ulkopuolella</p> <p>Kaikkien tilanteissa olleiden tasapuolinen huomiointi</p> <p>Psyykinen rasitus</p>	Psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat	
Lisääntynyt koulutuksen tarve	Ajankäytölliset ongelmat	
<p>Sijaisten vaikeus sopeutua erilaisten potilastapausten vuoksi</p> <p>Lisätyövoiman tarve</p> <p>Hoitohenkilökunnalta vaadittavat resurssit</p>	Henkilöstöön liittyvät ongelmat	
<p>Potilaan jääminen yhteisön ulkopuolelle</p> <p>Potilaiden moniongelmaisuus vaikeuttaa tarpeiden huomiointia</p>	Potilaalle aiheutuvat ongelmat	
Tila ja kaluste resurssit sekä kustannusten lisääntyminen	Hoitolaitokselta vaadittavat resurssit	

LIITE 7

3. Mitä keinoja olet käyttänyt eettiseen ongelmanratkaisuun?

Alakategoriat	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Ongelmatilanteiden ennaltaehkäiseminen	Ennalta ehkäisy	Eettinen ongelman ratkaisu
<p>Uskallus ottaa ongelmat puheeksi ja olla avoin</p> <p>Oman käyttäytymisen vaikutus keskustelemaan ilmapiiriin</p> <p>Hyvän johtajan ominaisuuksien hyödyntäminen</p> <p>Eettisten ongelmien arkipäiväisyys rohkaisee puhumaan</p>	Keskusteleva ilmapiiri	
<p>Työnohjauksen hyödyntäminen</p> <p>Koulutustilaisuuksien koulutusohjelman valinta</p>	Koulutus ja työnohjaus	

LIITE 8

- Ratkaisemattomat eettiset ongelmat, ongelmanratkaisun koulutus ja tapahtuneet muutokset sekä tulevaisuus

Alakategoriat	Yläkategoriat	Yhdistävä kategoria
<p>Asian hyväksyminen, läpikäyminen ja unohtaminen työyhteisön hyvinvoinnin vuoksi</p> <p>Yksilöä koskevan ongelman haasteellisuus ja psyykinen kuormitus</p>	Eettinen ongelma, johon ei ole ratkaisua	Ratkaisemattoman ongelman vaikutukset
<p>Johtamiskoulutus</p> <p>Henkilökunnan hakeutuminen koulutuksiin</p> <p>Avoimuuden ja keskusteluvuuden lisääntyminen</p> <p>Rohkeus ottaa ongelmat puheeksi</p> <p>Ihmisoikeuksien korostuminen ja hoitotyön arvojen näkyvyys sekä ulkopuolelta tuleva painostus muutokseen</p>	Eettisen ongelmanratkaisun koulutus ja tapahtuneet muutokset	Koulutus ja muutokset
<p>Ongelmien lisääntyminen</p> <p>Monikulttuurisuus ja hoitotyön haasteet</p> <p>Rajoittamisen vähentämisen vaikutus potilaan hoitoon</p>	Eettistenongelmien tulevaisuuden näkymät	Tulevaisuus

