

**YHTEYDENPIDON RAJOITTAMINEN PSYKIATRISEN POTILAAN
AKUUTISSA HOITOTYÖSSÄ**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Hoitotyön koulutus

Kevät, 2018

Assi Yläräkkö & Kaisu Rinne

Hoitotyö
Visamäki

Tekijät	Assi Yläräkkö & Kaisu Rinne	Vuosi 2018
Työn nimi	Yhteydenpidon rajoittaminen psykiatrisen potilaan akuutissa hoitotyössä	
Työn ohjaaja/t	Hanna Naakka & Leena Packalén	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää yhteydenpidon rajoittamiseen liittyvät epäkohdat sekä pohtia keinoja niiden selkeyttämiseen ja yhtenäistämiseen aikuispsykiatrian akuuttiosastolla. Toimeksiantajana opinnäytetyössämme toimi eteläsuomalaisen sairaalan akuutti-psykiatrian osasto.

Opinnäytetyömme toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineiston keruumenetelmänämme toimi kyselylomake. Kyselyyn vastattiin anonyymisti. Aineisto purettiin sisällönanalyysia käyttäen. Opinnäytetyömme teoreettisissa lähtökohdissa on käsitelty itsemääräämisoikeutta, lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, mielenterveyslakia sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Aihetta on tutkittu toistaiseksi vielä vain vähän.

Saimme selville, että useampi kyselyyn vastannut hoitaja toivoisi potilaan yhteydenpidon rajoittamista tapahtuvan enemmän ja herkemmin, jotta välttyttäisiin haitoilta, joita potilas voi toiminnallaan aiheuttaa itselleen tai muille. Yhteydenpitoa pidettiin kuitenkin tärkeänä osana potilaan oikeuksia. Lääkärin tekemä virallinen yhteydenpidon rajoittaminen tapahtuu usein vasta silloin, kun asiasta on jo ehtinyt aiheutua ongelmia. Hoitajat ovat pystyneet ennalta ehkäisemään jonkin verran tällaisia ongelmatilanteita tekemällä yhteisiä sopimuksia yhteydenpitoon liittyen yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa. Oleellista siis on, että potilaat itse ymmärtävät yhteydenpidon rajoittamisen merkityksen.

Avainsanat Itsemääräämisoikeus, potilasturvallisuus, psykiatrisen hoitotyö, sosiaalinen verkosto, yhteydenpidon rajoittaminen

Sivut 33 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Degree Programme in Nursing
Visamäki

Authors	Assi Yläräkkö & Kaisu Rinne	Year 2018
Subject	Restriction of Communication in Psychiatric Patient's Acute Nursing	
Supervisors	Hanna Naakka & Leena Packalén	

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to get methods and practises of communication restriction clear and uniform in department of nursing. The goal was also to find out the disadvantages of communication and clarify them in the Adult Psychiatry Department. The commissioner of this thesis was the Department of Acute Psychiatry of a southern-finnish Hospital.

The study method of this thesis was qualitative. The study was made with a questionnaire to collect the data. The questionnaire was answered anonymously. The material was extracted using content analysis. The theoretical back-ground of the thesis was elaborated self-determination, law on the status and rights of the patient, mental health law and related literature. So far the subject has been studied only little.

According to the results many nurses who responded to the questionnaire would like to make the patients communication more restrictive and more likely to occur in order to avoid the disadvantages that patient may cause to themselves or to others. However, communication was considered as important part of patient's rights. Often the doctor's official limitation of communication was only bridged when there is already a problem in the matter. Nurses were able to prevent some of these problems by making joint agreements in connection with communication with a patient in agreement. So it was essential for the patient's themselves to understand the importance of restricting communication.

Keywords Self-determination, patient safety, psychiatric nursing, restriction of communication, social network

Pages 33 pages including appendices 8 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YHTEYDENPIDON RAJOITTAMISEN LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN PERUSTA.....	1
2.1	M1-tarkkailulähete.....	2
2.2	Tahdosta riippumaton hoito.....	3
2.3	Pakkotoimien ehkäisy.....	5
3	YHTEYDENPIDON RAJOITTAMINEN PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ.....	6
3.1	Potilaan itsemääräämisoikeus.....	7
3.2	Yhteydenpidon rajoittaminen.....	8
3.3	Potilasturvallisuus.....	10
3.4	Eettisyys hoitotyössä.....	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ.....	12
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	12
5.2	Kyselylomake.....	13
5.3	Aineiston analysointi.....	14
6	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	16
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	16
7.1	Osaston linjaus.....	16
7.2	Potilaan oikeudet.....	17
7.3	Yhteiset sopimukset.....	17
7.4	Yhteydenpidon rajoittamiseen johtaneet tilanteet.....	18
7.5	Onnistunut yhteydenpidon rajoittaminen.....	18
8	POHDINTA.....	19
8.1	Tutkimuksen tulosten tarkastelu.....	19
8.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi.....	21
8.3	Jatkotutkimusaiheet.....	22
	LÄHTEET.....	23

Liitteet

Liite 1	Muistio
Liite 2	Kyselylomake
Liite 3	Saatekirje

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on yhteydenpidon rajoittaminen psykiatrisen potilaan akuutissa hoitotyössä. Valitsimme aiheen työelämälähtöisen tarpeen sekä molempien työn tekijöiden kiinnostuksen psykiatrista hoitotyötä kohtaan perusteella. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus on suoritettu eteläsuomalaisen sairaalan akuutin psykiatrian osastolla.

Viime vuosina tietoteknisten laitteiden monipuolisuus ja käyttö ovat lisääntyneet, joten se näkyy luonnollisesti myös sairaalaympäristössä. Älylaitteita voidaan käyttää muun muassa yhteydenpitoon, pankkiasioiden hoitamiseen, kuvaamiseen sekä erilaisten palveluiden ja tuotteiden ostamiseen. (Tilastokeskus 2016.)

Tavoitteenamme on löytää keinoja yhteydenpidon rajoittamisen menetelmien sekä käytänteiden selkeyttämiseksi osastohoitotyössä. Olemme kiinnostuneita selvittämään osastotyössä yhteydenpidon rajoittamistoimenpiteisiin liittyviä epäkohtia sekä pohtimaan millä niitä voitaisiin korjata ja selkeyttää. Toivomme työmme avaavan ja selkeyttävän aihetta, niin hoitohenkilökunnalle, kuin potilaillekin.

Päätimme tehdä tutkimuksellisen opinnäytetyön, koska olimme kiinnostuneita kuulemaan erilaisia näkökulmia hoitohenkilökunnalta itseltään. Opinnäytetyössä käytämme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Tavoitteenamme on selvittää hoitajien kokemuksia ja yhteydenpidon rajoittamisen käytännöistä ja haasteista osastohoitotyössä.

Opinnäytetyömme tutkimusosuus toteutetaan tekemällä kyselylomake akuuttipsykiatrian osaston työntekijöille. Tutkimusosuudessa käsitellään opinnäytetyön toteutustapa, kyselylomakkeiden analysointi sekä etiikka. Teoriaosuus opinnäytetyössämme käsittelee tahdosta riippumatonta hoitoa, itsemääräämisoikeutta, potilaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta, yhteydenpidon rajoittamistoimia sekä aiheen eettisyyttä.

2 YHTEYDENPIDON RAJOITTAMISEN LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN PERUSTA

Mielenterveyslaissa on määritelty edellytykset tahdonvastaiselle sairaudenhoidolle ja erilaisille rajoittamistoimenpiteille. Rajoittamistoimenpiteiden tulee perustua potilaan toimintakykyyn, ei diagnosoituun sairauteen. Vaikka kyse on tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoittamistoimenpiteistä, tulee pyrkiä pääsemään yhteisymmärrykseen potilaan kanssa toimintaansa perustellen. (Repo-Tiihonen, Putkonen, Tuppurainen 2012.)

2.1 M1-tarkkailulähete

M1-tarkkailulähetettä on käytettävä, mikäli potilas lähetetään hänen tahdosta riippumattaan psykiatriseen arvioon. Tahdosta riippumattomaan hoitoon lähettämisessä puututaan henkilön itsemääräämisoikeuteen, jonka vuoksi siihen vaaditaan tiukat kriteerit. Edellytykseksi vaaditaan psykoositasoinen epäily tai alaikäisen kohdalla myös jokin muu vakava mielenterveyden häiriön epäileminen. Psykoositasoinen epäily tarkoittaa mielenterveyden vakavaa häiriötilaa joka esiintyy selvänä todellisuudentajun häiriintymisenä. Diagnoosi on tehtävä lääketieteellisellä perusteella. M1-lähete ei tarkoita vielä määräystä pakkotoimenpiteisiin eikä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Nykopp 2015; Huttunen 2016.)

Aikuisella M1-lähetteen tekemiseen ei itsetuhoisuus pelkästään riitä. Diagnosoitu muistisairaus ja sen oheiset vaikeat käytösoireet tai väkivaltaisuus eivät myöskään ole perusteita M1-lähetelle. Lääkärillä oleva epäily psykoositasoisesta häiriöstä on tarpeeksi, diagnoosin ei ole oltava varma. Mielenterveyslain mukaisesti psykiatrisen sairaalan tehtävänä on vahvistaa diagnoosi. (Nykopp 2015; Huttunen 2016.)

"Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä psykiatriseen sairaalahoitoon tahdostaan riippumatta, vain jos kaikki seuraavat kohdat täyttyvät.

1. Hänellä todetaan olevan psykoositasoinen sairaus
2. Hän on sairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan, vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta
3. Mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömät." (Nykopp 2015.)

Tarkkailulähetteen voi luoda jokainen laillistettu lääkäri julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Lääketieteen opiskelija voi ollessaan suorassa virkasuhteessa julkisella terveydenhuollolla myös tehdä M1-lähetteen. (Nykopp 2015.)

Potilaan ollessa päihtynyt, tulee M1-lähete tehdä vasta potilaan humalatilasta poistuttua. Päihtyneenä potilas saattaa olla sekava ja itsetuhoinen. Henkilöt jotka käyttäytyvät impulsiivisesti vaarallisella tavoin joko muita tai itseään kohtaan, muttei epäillä psykoosia on toimitettava välittömästi poliisille valvontaan. Jos potilaan oireet psykoottisessa mielenterveyden häiriössä ovat vaikeutuneet selkeästi, on päihtynyt potilas mahdollista lähettää M1-lähetelle arvioitavaksi. Puhallutus sekä huumeeseula ovat hyödyksi potilaiden tilan arvioinnissa. (Nykopp 2015.)

Potilaan kuljetuksessa voi lääkäri pyytää virka-apua poliisilta, joka avustaa potilaan toimituksessa perusterveydenhuollon tutkittavaksi. Poliisilta saa

myös virka-apua esimerkiksi väkivaltaisen potilaan tai vastaanotolta kesken poistuneen potilaan kuljetuksessa sairaalaan. M1-lähetteen saanut potilas kuljetetaan ambulanssilla psykiatrian päivystykseen, jossa arvioidaan potilaan tila. M1-lähete on voimassa kolme päivää alkaen tutkimuspäivästä. (Nykopp 2015.)

M1-lähete on oltava oikein täytetty, sillä se on juridinen asiakirja. Yleensä potilas on kuitenkin mahdollista ottaa hoitoon, silloinkin kun M1-lähetteenä on puutoksia, mikäli tarve hoidosta on selvä. Tällaisessa tilanteessa tulee olla yhteydessä lähettävään lääkäriin välittömästi ja pyytää täydennystä lähetteeseen. Joissakin tilanteissa on palautettava potilas uudestaan M1-arvioon, mikäli lähete on liian puutteellinen tai potilaan tullessa vapaaehtoisella B1-lähetteellä, mutta on suostumaton hoitoon, vaikka tilanne sitä vaatisikin. Psykiatrian päivystyksestä ei voida potilasta ottaa tahdonvastaisesti sairaalahoitoon ilman M1-lähetettä. (Nykopp 2015.)

Tarkkailuun asettamisen kriteereiden täyttyminen arvioidaan psykiatrian päivystyksessä. Mikäli ne täyttyvät, otetaan potilas psykiatrian osastolla mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun. Neljän päivän kuluessa hoitoon ottamisesta tulee arvioida, onko tahdonvastaisen hoidon jatkamiselle osastolla perusteita, vai onko hoitoa mahdollista jatkaa vapaaehtoisesti joko osastolla tai avohoidossa. Mikäli kriteerit tarkkailuun asettamisesta eivät täyty, on mahdollista ohjata potilas avohoitoon tai aloittaa hoito vapaaehtoisena osastolla. (Nykopp 2015; Hoidon laatu ja turvallisuus N.d.)

2.2 Tahdosta riippumaton hoito

Suomessa olevan käytännön mukaisesti mielisairaudella tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon osana liittyy selkeä todellisuudentajun hämärtyminen henkilöllä, jota kutsutaan näin ollen mielisairaudeksi eli psykoosiksi. Muun muassa erilaiset sekavuustilat, skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt, kaksisuuntaisen mielialahäiriön vakava-asteiset sairaustilat, vaikea-asteiset dementian ilmenemistilat, vakava-asteiset ja psykoottiset masennustilat sekä muut psykoottiset tilat luetaan tällaisiksi mielenterveyden häiriöiksi. (Huttunen 2016.)

Lain mukaan tahdosta riippumattomalla hoidolla tarkoitetaan henkilön määräämistä ja toimittamista sairaalahoitoon. Alaikäinen psykoottinen henkilö kyetään määräämään tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon samoilla kriteereillä kuin aikuiset. Mikäli alaikäinen on vakavan sairaustilansa vuoksi sairaalahoidon tarpeessa, vaikkei kuitenkaan psykoottinen, voidaan hänet tästä huolimatta määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. (Huttunen 2016.)

Alle 18-vuotiaiden ei-psykoottisia vakavia mielenterveyden häiriöitä on esimerkiksi vaikea-asteinen itsetuhoisuus, vakava-asteiseen mielenterveyden häiriöön liittyvä itsetuhoisen päihteiden käyttö tai vakava-asteinen

laihuushäiriö. Täysi-ikäinen päihdepotilas voidaan toimittaa tahdosta riippumattomaan laitoshoitoon vain päihdehuoltolaissa esitetyn perusteiden perusteella. (Huttunen 2016.)

”Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon toimittaminen, ottaminen ja määrääminen tapahtuvat mielenterveyslain mukaisesti nelivaiheisesti – sairaalaan tarkkailuun lähettäminen, sairaalassa tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon kirjaaminen ja päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta psykiatrisessa sairaalassa.” Lääkärin tulee kirjoittaa M1-lausunto lain määrittelemien edellytysten perusteella, jotta potilas voidaan lähettää tahdosta riippumattomaan tarkkailuun. Lääkäri pystyy ottamaan henkilön maksimissaan neljäksi päiväksi sairaalaan tahdosta riippumattomaan tarkkailuun enintään kolme vuorokautta vanhalla M1-lausunolla, mikäli hän on sitä mieltä että hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisimmin edelleen voimassa. (Huttunen 2016.)

Lääkärin joka vastaa tarkkailusta, on laadittava kirjallinen M2-lausunto viimeistään neljäntenä päivänä sairaalaan ottamisesta, jonka on sisällettävä perusteltu kannanotto hoitoon määräämisen edellytyksistä tahdosta riippumattoman hoidon olemassa ololle. Mikäli hoidon tarkkailun aikana tulee ilmi, että edellytykset, jotka mielenterveyslaissa määritellään, eivät käy toteen, on henkilön päästävä pois sairaalasta välittömästi hänen näin halutessaan. (Huttunen 2016.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisestä tarkkailulausunnon perusteella tekee aina psykiatrisen sairaalan hoidosta vastaava ylilääkäri tai mikäli hän on tehtävään estynyt voi päätöksen tehdä myös tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. Ennen kuin tehdään päätös potilaan tahdosta riippumattomasta sairaalahoidon jatkumosta, tulee häntä tai alaikäisen potilaan tapauksessa hänen huoltajansa mielipidettä kuulla. Tarkkailulausunnon antaneen lääkärin on oltava eri kuin lääkäri, joka on kirjoittanut tarkkailulähetteen. Myöskään hoitoon määräävä lääkäri ei voi olla sama kuin tarkkailulausunnon tehnyt. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen päätöksen teko lain mukaisesti perustuu aina kolmen eri lääkärin mielipiteeseen hoidon tarpeellisuudesta. (Huttunen 2016.)

Tahdosta riippumaton sairaalahoito saa jatkua kerralla maksimissaan kolme kuukautta. Mikäli hoitava lääkäri on sitä mieltä että sairaalahoidon jatkaminen on välttämätöntä tämän jälkeenkin, vaikkei potilas olisi samaa mieltä, tulee tehdä uudestaan tarkkailulausunto. Lausunnon tehtävän päätös alistetaan hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Näin ollen tahdosta riippumattomasta hoitoa on mahdollista jatkaa yhdellä kertaa maksimissaan kuusi kuukautta. Itsemääräämisoikeutta voi rajoittaa tai pakkotoimenpiteitä suorittaa tarkkailuun tai hoitoon määrättyillä henkilöillä vain sen verran mitä sairauden hoito tai muun henkilön turvallisuus vaatii välttämättömästi. (Huttunen 2016.)

Mikäli sairaalassa omasta tahdostaan hoidossa oleva potilas haluaa lähteä sairaalasta ja lääkäri joka hänen hoidostaan vastaa, näkevät kaikki edellytykset tahdosta riippumattoman sairaalahoidon määräämiselle, voi potilaan ottaa vastoin hänen tahtoaan tarkkailuun. Mikäli potilas näin haluaa, voi hän hakea muutosta tahdosta riippumattoman hoidon päätökseen tekemällä valituksen hallinto-oikeudelle 14 vuorokauden kuluessa tiedoksi saadusta päätöksestä. Suomen mielenterveyslain mukaisesti avohoidossa oleva henkilö voi kieltäytyä hoidoista jota lääkäri on hänelle määrännyt. (Huttunen 2016.)

2.3 Pakkotoimien ehkäisy

Pakkotoimenpiteiden vähentäminen tapahtuu kehittämällä yksikkö- ja laitospotilaita eri hoitokeinoja ja käytänteitä. Tehokkainta olisi kehittää samanaikaisesti useampaa keskeistä aluetta. Pakkotoimien ehkäiseminen perustetaan käytäntöjen toistuvaan kehitykseen tilastotietojen sekä kriisien jälkianalyysin perusteella. Keskeistä onnistumiselle on johtajien paneutuminen henkilökohtaisesti, seuraaminen sekä tuki muutoksissa. Olenaisista väkivallan ja pakon ennaltaehkäisemisessä sekä hoitokulttuurin ja asenteiden kehityksessä on että henkilöstö kehittyy sekä palveluiden käyttäjät ja perheet osallistuvat aktiivisesti. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen, Kärkkäinen 2016.)

Pakkotoimenpiteiden ennaltaehkäisemisessä käytetään kuutta eri ydinstrategiaa joista ensimmäisenä johtajuus. Ylemmän johdon osakkuus pakon vähentämiseen sekä tulosten ja pakkokeinotapahtumien seurantaan jatkuvasti ja määrätietoisesti on strategioista merkittävien. Pakonvähennyksen arvot, vision ja filosofian määrittelee sekä julkistaa organisaation johto. Organisaation johto luo työntekijöiden vastuunottamista tavoitteen saavuttamiseksi tukevan kehittämissuunnitelman yksikkökohtaisesti. Pakkokeinojen käyttämistä sekä tapahtumia jotka niihin ovat johtaneet, on johdon seurattava toimintojen sekä henkilökunnan taitojen kehittämisen vuoksi. Pakkokeinojen vähentämissuunnitelman on perustuttava ennaltaehkäisemiseen sekä jatkuvaan laadunparannukseen. (Makkonen ym. 2016.)

Toisena strategiana on tiedolla käytännön ohjaaminen. Pakkotoimien vähentäminen vaatii tilastotietojen keruuta, analysointia, soveltamista sekä seuraamista. Rajoittamisista kootaan tiedot yksikkö-, vuoro-, sekä päivä- ja työntekijäkohtaisesti. Pakkotoimista kärsineiden potilaiden ominaisuudet, pakkokeinojen käytöstä aiheutuneet vammat potilaille/henkilökunnalle sekä pakkolääkitsemiset on selvitettävä. Luvut ohjaavat tavoitteiden luontiin ja vertailevaan seurantaan. (Makkonen ym. 2016.)

Kolmantena on henkilöstön kehittäminen. Tiivis henkilökunnan kouluttaminen pyrkii ensisijaisesti ehkäisemään konflikteja provosoimattomaan ja vähemmän pakottavaan hoitoympäristöön. Eristämis- ja sitomiskoulutuk-

sessä esitetään erilaisia vaihtoehtoja potilaille tarjottavaksi. Potilaiden täytyy saada valita riittävästä hoidollisista toiminnoista ja hoidoista väkivallan ensioireiden sekä kriisin omahallinnan opettelemiseen. Potilas on läsnä yksilöllisessä potilaslähtöisessä hoitosuunnitelmatoiminnassa. Jatkuvaa mentorointia, kommunikointia ja seurantaan tarvitaan riittävään henkilökunnan tietojen, taitojen ja kykyjen varmistukseen. (Makkonen ym. 2016.)

Neljäs keino on ennaltaehkäisytyökalujen käyttäminen. Potilaan kuntoussuunnitelmaan sekä laitoksen toimintaan yhdennetään ennaltaehkäisytyökalut ja arvioinnit. Työkaluja on esimerkiksi pakkokeinohistorian, väkivaltariskin ja traumahistorian kartoittaminen, kriisien liennytykseuranta ja kriisisuunnitelma sekä riskialttiiden tilanteiden tunnistus. (Makkonen ym. 2016.)

Viidentenä strategiassa on potilaiden rooli. Joka tasolle auttamaan järjestelmää pakon vähentämisessä otetaan potilaat, perheet ja tukihenkilöt täydellisesti sekä virallisesti erinäisiin rooleihin. Tapahtumien valvonnassa, seurannassa, vertaistukipalveluissa, jälkihaastatteluissa sekä veloitettuina keskeisissä tehtävissä laitoksen toimikunnissa työskentelee potilaat ja tukihenkilöt. Näille erityistyöntekijöille järjestetään työnohjausta ja –valvontaa mukaan ottamiseksi. Henkilökunnan kanssa selvennetään työnkuva, edellytykset ja työtunnit. (Makkonen ym. 2016.)

Kuudes strategian keino on jälkipalaverit. Jokaisen väkivaltatilanteen, pakkotoimenpiteen ja läheltä piti tilanteen perusteellinen analysoiminen purkukeskustelussa on toiminnan prosessien ja käytänteiden ohjaamista. Se on avuksi tapahtuman toistumisen välttämiseksi sekä hoitajien, potilaiden ja silminnäkijöiden traumaattisten ja haitallisten kokemusten lieventämisessä pakkotoimiin liittyen. Haittojen hoitamiseksi järjestetään jälkianalyysi heti tapahtuman jälkeen. (Makkonen ym. 2016)

3 YHTEYDENPIDON RAJOITTAMINEN PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

Psykiatriselle akuuttiosastolle tulevat asiakkaat tulevat hoitoon yleensä perusterveydenhuollon tai muun lääkärin läheteellä. Syynä hoitoon tulemiselle ovat mm. vaikeat mielenterveyden häiriöt, kuten psykoottisuus, vakava masennus tai itsemurhariski. Laitoshoidossa pyritään pitämään potilaita vain sairauden vaatiman välttämättömän ajan laitostumisen ehkäisemiseksi sekä taloudellisten syiden vuoksi. (Hietaharju, Nuutila 2010, 22.) Keskimääräinen hoitoaika psykiatrian erikoisaloilla on vähentynyt vuosien saatossa ollen 35 päivää. Lyhyimpiä hoitajaksoja on masennusdiagnoosilla, kun pisimpiä taas skitsofreniadiagnoosilla. (Rautiainen, Pelanteri 2010.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitosuhteella on suuri merkitys. Hoitosuhteessa pyritään yhteistyössä suunnittelemaan hoitolinjat, avun tarpeet ja työskennellään yhdessä tavoitteiden saavuttamiseksi, jolloin käytetään termiä hoitosuhdetyö. Tärkeimpiä hoitotyötä ohjaavia eettisiä periaatteita ovat ihmisen kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, yksilöllisyys, turvallisuus, luottamuksellisuus sekä terveys- ja perhekeskeisyys. Vaikka hoitosuhteen tulee aina olla tasa-arvoinen, on se silti aina riippuvuussuhde, joten tasavertaisena sitä ei voi pitää. (Hietaharju, Nuutila 2010, 84-85, 88; Holmerg 2016, 71-72.)

Hoitajan tulee korostaa potilaalle salassapitovelvollisuutta ja heidän luottamuksellista hoitosuhdettaan. Yhteisistä sopimuksista hoitajan tulee pitää ehdottomasti kiinni ja potilaalta edellytetään samaa. Potilaan ja hoitajan on tärkeää ymmärtää toistensa sanomaa ja yhdessä löytää ratkaisuja ongelmiin. Hoitajan tehtävänä ei ole määrällä potilasta, kieltää perusteetomasti tai antaa hätiköityjä lupauksia. (Hietaharju, Nuutila 2010, 85, 88.) Sosiaali- ja terveysalalla empatian ja jämäkkyuden välillä tasapainoilu voi olla haastavaa, kun hoitajan tulee syylistämättä ymmärtää ja kuunnella, mutta samalla pysyä johdonmukaisena ja tiukkana. Johdonmukaisuus vaatii usein perusteluja, mitä asiakkaalle tuleekin tarjota turvallisuuden tunteen luomiseksi. (Ihalainen, Kettunen 2007, 39.)

3.1 Potilaan itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta päättää hoidostaan yhteisymmärryksessä hoitohenkilökunnan kanssa. Se on tärkeä sosiaali- ja terveysalaa ohjaava periaate. Potilaalla on pääsääntöisesti vapaaehtoisuus päättää asiakkaaksi tulemisesta ja omaan terveyteensä kohdistuvista toimenpiteistä myös silloin, kun päätös voi uhata hänen terveyttään tai henkeään. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan tulee potilaan mielipiteitä ja toivomuksia ottaa huomioon ja kokonaisuudessaan kunnioittaa aina itsemääräämisoikeutta. (Valvira 2015a.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) määritellään kuinka menetellään, kun potilas ei itse ole kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan, jotta potilas pystyy päättämään omaan hoitoonsa kohdistuvista asioista ja toimimaan päätöksensä mukaan, tulee potilaalla olla kykyä päätöksen tekoon ja omaehtoiseen harkintaan. Potilaalla tulee olla myös itsenäisyyttä, jotta voidaan puhua itsemääräämisoikeudesta. (Ihalainen, Kettunen 2007, 61.) Tilanteessa, missä potilas ei mielenterveydellisen häiriön tai muun painavan syyn vuoksi pysty vastaamaan hoidostaan, kuullaan tärkeissä päätöksissä laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä henkilöä. Tämän henkilön oletetaan ajavan potilaan etua potilaan haluamalla tavalla. Jos lähiomaisten mielipiteet eroavat toisistaan tai mielipide ei tule julki, tulee potilasta hoitaa hänen etunsa mukaisesti.

Potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavassa tilanteessa toimitaan myös potilaan edun mukaisesti. Jos potilas on ilmaissut aiemmin hoito-tahtonsa, tulee sitä noudattaa. (Valvira 2015a; Valvira 2015b.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä potilaita koskevat rajoittamistoimenpiteet määritellään mielenterveyslaissa (1116/1990). Vapaaehtoisesti hoidon piirissä oleville ei tällaisia säädöksiä ole, joten niitä ei voi käyttää. Eri sosiaali- ja terveyshuollon toimipisteissä saattaa olla pitkään jatkuneita juurtuneita tapoja, jotka rajoittavat itsemääräämisoikeutta niin rutiininomaisesti, ettei niitä edes nähdä rajoittamistoimenpiteinä. Potilaan puolesta päättäminen on esimerkkinä räikein, mutta tavanomaisia rajoittamistoimenpiteitä ovat mm. hygieniahaalarin käyttö. (Valvira 2015a.)

Itsemääräämisoikeutta voivat rajoittaa myös tahdosta riippumattomat asiat, kuten liikuntarajoitteisuus tai käytännön syyt, kuten potilaan halu vaihtaa hoitopaikkaa päivittäin. Joskus potilaan itsemääräämisoikeutta on rajoitettu sen valossa, että potilas on tehnyt jotain suuria ei-järkiperäisiä päätöksiä, kuten lahjoittanut kaikki varansa hyväntekeväisyyteen. Jokaisen on hyvä pohtia, että onko kaikkien päätösten oltava aina vakaata harkintaa ja järkeä käyttäen tehtyjä? Hoitajan tehtävänä on tukea potilaan omaa harkintakykyä ja antaa työkaluja oman itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen parhaaksi katsomalla tavalla. (Ihalainen, Kettunen 2007, 62-63.)

Potilaan oikeudet tuovat mukanaan myös velvollisuuksia. Velvollisuus yhteisten sääntöjen noudattamisesta tukee esimerkiksi potilasturvallisuutta. Potilaan omat oikeudet voivat rikkoa toisen potilaan tai jopa hoitajan oikeuksia, jos huolimaton käyttäytyminen esimerkiksi vaarantaa muiden turvallisuuden. Käytös voi olla häiritsevää, potilas saattaa jakaa toisen asioita sairaalan ulkopuolelle tai vastoin sääntöjä kuvaa ympäristöään osastohoidossa ollessa. Potilaan velvollisuudet eivät kuitenkaan ole oikeudellisia vaan liittyvät enemmän eettisiin lähtökohtiin. (Kangasniemi, Länsimies-Antikainen, Halkoaho, Pietilä 2012, 113,115-117.)

3.2 Yhteydenpidon rajoittaminen

Potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta on säädetty mielenterveyslaissa yksityiskohtaisesti tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Potilaan perusoikeuksia kuten itsemääräämisoikeutta voi rajoittaa vain sen verran mitä potilaan sairauden hoito, turvallisuus, muiden henkilöiden turvallisuus tai jokin muu välttämätön syy vaatii. Potilasta hoitava lääkäri on henkilö joka päättää tahdosta riippumattomasta hoito- ja tutkimustoimenpiteistä. (Valvira 2015c.)

Potilas on oikeutettu eristämään muista potilaista, mikäli hänen käyttöksensä tai uhkaukset sitä vaativat. Tällaisia syitä ovat todennäköinen riski itsensä tai muiden vahingoittamisesta. Jos potilas hankaloittaa omalla käytöksellään vakavasti muiden potilaiden hoitamista vaarantaa vakavasti

oman turvallisuutensa tai suurella todennäköisyydellä vahingoittaa omaisuutta merkittävästi voidaan eristystoimet ottaa käyttöön. Eristäminen voi tulla välttämättömäksi myös jostakin muusta erittäin painavasta syystä. (Valvira 2015c.)

Mikäli on riski että potilas vahingoittaisi itseään tai muita, eivätkä muut toimenpiteet riitä, saa potilaan myös sitoa. Kiinnipito-, eristämisen-, ja sitomistoimenpiteet on lopetettava välittömästi, kun se ei enää ole välttämättöntä. Sidotulle tai eristetylle potilaalle tulee aina määrätä vastuuhoitaja. Potilaan ollessa alaikäinen tai sidottu, on hänen tilaansa seurattava jatkuvasti siten, että hoitohenkilökunnalla on näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. Aluehallintovirastolle on toimitettava sairaalalta ilmoitus potilaiden sitomisista ja eristämisistä aina kahden viikon välein. (Valvira 2015c.)

Potilaan henkilötarkastuksesta, omaisuuden haltuun ottamisesta, omaisuuden ja lähetysten tarkastamisesta sekä yhteydenpidon rajoittamisesta on säädetty yksityiskohtaisesti mielenterveyslaissa. Sairaaloiden psykiatriasta hoitoa antavista yksiköistä on löydyttävä riittävän yksityiskohtaiset, kirjalliset ohjeet siitä, miten mielenterveyslaissa tarkoitettuja itsemääräämisoikeuden rajoituksia toteutetaan. Yksiköissä tulee pitää rajoituksista erillistä luetteloa, josta selviää potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot sekä rajoituksen määränneen lääkärin ja rajoituksen toimeenpanijan nimet rajoitusten valvonnan ja seuraamisen turvaamiseksi. Psykiatriassa yksiköissä on laadittu erityinen muistio jossa kerrotaan tarkemmin potilaan oikeuksista käyttää tietoteknisiä laitteita. Valvira on luonut muistion "Potilaan tietotekniset laitteet psykiatriassa yksiköissä" (Liite 1). (Valvira 2015c.)

Verkostotyötä toteutetaan eri ammattilaisten ja viranomaistahojen välillä, minkä lisäksi kartoitetaan myös asiakkaan sosiaalista verkkoa. Sosiaalisen verkoston merkitys vaihtelee yksilöiden välillä, mutta monelle mielenterveysongelmista kärsiville se voi olla kannatteleva tai vahingoittava tekijä. Hoitotyössä pyritäänkin kartoittamaan voimaannuttavia, mutta myös kuormittavia tekijöitä sosiaaliseen verkostoon liittyen. (Ihalainen, Kettunen 2007, 44-45; Holmberg 2007, 192-193.)

Mieli 2009-hankkeessa pyrittiin panostamaan omaisten ja läheisten parempaan huomioimiseen palvelujärjestelmässä ja kuntoutumisen tukemisessa. Perheenjäsenet ovatkin usein tärkeä osa potilaan elämää ja tuki-verkostoa. Perheen määrittely ei ole tässä yhteydessä yksiselitteinen, vaan se on potilaan itse määriteltävissä, kuka kuuluu perheenjäseniin tai läheisiin. Lähipiiri saattaa olla merkittävänä osana hoidon aloittamisesta, sillä huoli herää yleensä ensimmäisenä niille ihmisille, keiden kanssa potilas on ollut tekemisissä. Läheisille on tärkeää saada tietoa hoidosta ja jatko-toimista, mutta tähän tarvitaan aina potilaan suostumus. (Holmberg 2016, 191–192.)

Psykiatrisella osastolla vierailujen käytännöt vaihtelevat. Suositusten mukaan joillekin akuuttiosastoille pääsevät vain geneettiset sukulaiset, mutta suositukset voivat olla joustavia. Läheisillä voi olla vaikeuksia ymmärtää mielenterveyshäiriöitä tai potilaalle voi olla haastavaa ottaa vieraita vastaan osastohoidon aikana. Tällöin tulee miettiä, onko hyvä ottaakin hie-man etäisyyttä lähipiiriin vai tukea suhteita entistä enemmän. Läheisten ja perheen tapaamisiin voidaan suunnitella erilaisia teemoja etukäteen, jotta ne palvelisivat paremmin verkostotyön ideologiaa. (Holmberg 2016, 193.)

3.3 Potilasturvallisuus

Potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta on säädetty mielenterveyslaissa yksityiskohtaisesti tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Potilaan perusoikeuksia kuten itsemääräämisoikeutta voi rajoittaa vain sen verran mitä potilaan sairauden hoito, turvallisuus, muiden henkilöiden turvallisuus tai jokin muu välttämätön syy vaatii. Potilasta hoitava lääkäri on henkilö joka päättää tahdosta riippumattomasta hoito- ja tutkimustoimenpiteistä. (Valvira 2015c.)

Potilas on oikeutettu eristämään muista potilaista, mikäli hänen käyttöksensä tai uhkaukset sitä vaativat. Tällaisia syitä ovat todennäköinen riski itsensä tai muiden vahingoittamisesta. Jos potilas hankaloittaa omalla käytöksellään vakavasti muiden potilaiden hoitamista, vaarantaa vakavasti oman turvallisuutensa tai suurella todennäköisyydellä vahingoittaa omaisuutta merkittävästi voidaan eristystoimet ottaa käyttöön. Eristäminen voi tulla välttämättömäksi myös jostakin muusta erittäin painavasta syystä. (Valvira 2015c.)

Mikäli on riski, että potilas vahingoittaisi itseään tai muita, eivätkä muut toimenpiteet riitä, saa potilaan myös sitoa. Kiinnipito-, eristämis-, ja sitomistoimenpiteet on lopetettava välittömästi, kun se ei enää ole välttämätöntä. Sidotulle tai eristetylle potilaalle tulee aina määrätä vastuuhoitaja. Potilaan ollessa alaikäinen tai sidottu, on hänen tilaansa seurattava jatkuvasti siten, että hoitohenkilökunnalla on näkö- ja kuuloyhteys potilaaseen. Aluehallintovirastolle on toimitettava sairaalalta ilmoitus potilaiden sitomisista ja eristämistä aina kahden viikon välein. (Valvira 2015c.)

3.4 Eettisyys hoitotyössä

Hoitotyössä ammattietiikka on merkittävä osa asiantuntijuutta ja ammatillista kasvua. Eettiseen osaamiseen ja sen ylläpitämiseen tulee paneutua jo opiskelijana, mutta sen kasvu ja kehitys jatkuu läpi työuran ja elämän. Eettisesti pulmallisista asioista tulisi käydä keskustelua kuuluvammin, jotta ongelmiin saataisiin ratkaisuja. Hoitajan tulee kyetä ottamaan vastuuta oman toimintansa lisäksi myös yhteisön toiminnasta ja siitä johtuneista seurauksista. Hoitotyön asiantuntijana tulee osata soveltaa eettisiä näkö-

kulmia käytännön työhön ja työelämän kehittämiseen. (Hopia, Heinonen, Liimatainen 2012, 13, 21-23.)

Hoitotyö vaatii erityistä inhimillisyyttä hoitajalta, joka taas vaatii vahvaa eettistä perustaa. Eettiset ohjeet ovat ammattikuntien määrittelemiä ja niiden tulee olla ajan tasalla. Selkeät ajantasaiset ohjeet helpottavat eettisesti laadukasta työtettä. Keskeisenä hoitotyön eettisenä ohjeena pidetään usein Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ohjeita (ICN 1953, uusin 2006). Eettisiä ohjeita on myös kritisoitu selkeän asiayhteyden ja idealismin puutteen vuoksi. (Leino-Kilpi, Kulju, Stolt 2012, 51-52, 58.)

Potilasta koskevat eettiset ohjeet tukevat oikeudenmukaiseen toimintaan ja potilaiden tasa-arvoiseen hoitoon. Hoitajan tulee suojata potilasta ja edistää hyvää oloa. Itsemääräämisoikeutta ja potilaan hoitoon osallistumisen mahdollistamista tulee tukea parhaansa mukaan ja potilasta koskevien tietojen salassapito tulee olla ehdotonta. Hoitokulttuurista tulee luoda mahdollisimman arvostava ja laadukas. Potilaiden oikeudet toteutuvat Suomessa keskimääräisesti hyvin, mutta ongelmiakin löytyy. Potilaan tiedonsaantioikeuden toteutumisessa ja integriteetin tukemisessa on koettu löytyvän ongelmia edelleen. (Leino-Kilpi ym. 2012, 52-53.)

Ohjeiden hoitajia koskeva sisältö perehtyy eri ammattiryhmien ja kollegoiden välisiin suhteisiin. Hoitoalan ammattilaisen tulee aina kunnioittaa ja tukea kollegaansa, sekä kunnioittaa myös muiden ammattiryhmien toimintaa. Kollegoiden ja muiden ammattiryhmien eettisyyttä tulee myös valvoa ja puuttua ongelma-kohtiin. Yhdessä oman työyhteisön kanssa tulee tukea toistensa moraalista ja eettistä kehitystä, huolehtia työyhteisön hyvinvoinnista sekä asiantuntijuudesta. Kollegialisuus sisältää yhteenkuuluvuutta ja yhteisten arvojen jakamista, mutta siinä esiintyy myös eettisiä ongelmia. Kiusaamista ja kateutta esiintyy hoitoalalla työskentelevien välillä, mikä voi vaikuttaa myös hoitotyöhön ja potilaisiin. Työyhteisössä tällaiset ongelmakohdat tulisi havaita ajoissa ja avoimen keskustelun avulla selvittää ongelmat. Eettisten ohjeiden noudattamisen on koettu olevan suorassa yhteydessä työhyvinvointiin ja työssäjaksamiseen. (Leino-Kilpi ym. 2012, 53-54,59.)

Eettiset ohjeet tulee olla hoitoalan ammattilaisia jokapäiväisessä työssä ohjaavia tekijöitä, mutta myös ristiriitoja voi syntyä. Hoitaja voi kokea ongelmana sen, ettei käytännössä pysty toimimaan eettisesti oikeaksi kokeamalla tavalla esimerkiksi osaamisensa, kollegoiden, työympäristön, potilaiden tai heidän omaistensa vuoksi. Useamman eettisen periaatteen ollessa ristiriidassa syntyy eettinen ongelma, jolloin ratkaisu voidaan joutua tekemään huonon ja vielä huonomman valinnan välillä. Eettisten ristiriitojen vuoksi hoitaja voi stressaantua työstään ja kokea epävarmuutta ammatillisuudestaan, jolla voi olla hankalat seuraukset. Tukevia tekijöitä eettisiin ongelmiin ovat ammatilliset ohjeistukset, kollegiaalisuus ja hyvä koulutus. (Kuokkanen 2012, 64,67-68.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET

Pohjana opinnäytetyölle selvitimme psykiatrisen akuuttihoitotyön periaatteita ja kulmakiviä. Selvitimme yhteydenpidon rajoittamiseen liittyviä ohjeistuksia ja sitä ohjaavia lakeja. Kyselyn suuntasimme psykiatrian akuutti-osaston sairaanhoitajille.

Opinnäytetyömme tavoitteena on huomata ongelmakohtia yhteydenpidon rajoittamisen linjauksessa ja pyrkiä luomaan siihen selkeämpää linjaa. Taustatietojemme mukaan yhteydenpidon rajoittamistoimia ei tehdä tarpeeksi, vaikka siihen mahdollisuus on, joten selvitämme tähän johtaneita syitä. Toivomme, että opinnäytetyön myötä osastoilla käydään enemmän keskusteluja aiheeseemme liittyvistä eettisistä tekijöistä ja henkilökunta pohtisi yhdessä ratkaisuja ongelmiin.

Tutkimuskysymyksiämme toimivat seuraavat:

1. Kuinka selkeyttää yhteydenpidon rajoittamisen käytänteitä osastolla?
2. Millaisia ovat hyvät käytänteet yhteydenpidon rajoittamisessa?

Näiden kysymysten tuella loimme kyselylomakkeen ja pyrimme saamaan niihin vastaukset henkilökunnan kokemusten perusteella.

5 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen tutkimus ja kyselyn tuottamaa aineistoa puramme sisällönanalyysiä käyttäen. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla selvitämme hoitajien kokemuksia yhteydenpidon rajoittamiseen liittyen ja sisällönanalyysin avulla pystymme kuvailemaan aineistoamme tiivistetysti.

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteella pyrimme ymmärtämään osaston työyhteisössä tapahtuvia prosesseja yhteydenpidon rajoittamisen suhteen ja ymmärtämään tutkittavaa aiheitamme paremmin. Pyrimme saamaan osaston henkilökunnalta heidän kokemuksia aiheeseen. Kvalitatiivi-

sen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja kuvata ihmisten omia kokemuksia, ajattelutapaa ja käsityksiä. Näin saamme laaja-alaisen kuvauksen tutkittavasta kohteesta. (Aira & Seppä 2010.)

Kvalitatiivista tutkimusta usein verrataan kvantitatiiviseen tutkimukseen, mitkä käytännössä ovat toistensa vastakohtia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa teoreettisen viitekehyksen merkitys ei ole niin merkittävä, sillä tutkimusaineiston analyysi voi muuttaa tutkimuksen suuntia tai täydentää teoreettista viitekehystä vielä jälkeinpäin. Laatuun panostaminen määrän sijaan on merkittävimpiä erottavia tekijöitä tutkimustapojen välillä, sillä tärkeintä on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 150.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otanta on yleensä melko pieni, jotta aineiston analysointi pysyy selkeänä. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla opimme ymmärtämään paremmin tutkimaamme aihetta ja pystymme selvittämään osastolla työskentelevien hoitajien omia kokemuksia yhteydenpidon rajoittamiseen liittyvistä ongelmista. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän vuoksi tarkka etukäteen suunnittelu ei ole aina mahdollista, vaan joustavuutta ja avoimuutta vaaditaan, jolloin tutkimus voi kehittyä prosessin aikana. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 609-610.) Opinnäytetyössämme tämä merkitsee erityisesti sitä, että pidämme avoimena mahdollisuuden myös yksilö- tai ryhmähaastattelusta, mikäli koemme ettei lomakemenetelmä riitä.

Kvalitatiivisen tutkimuksemme lähestymistapa on fenomenologinen eli se on eritoten kuvaileva ja kokemuksiin perustuva. Fenomenologinen tutkimus kuvaa parhaiten tutkittavan kohteen omaa kokemusta ja merkitystä. Tutkittavan on tällöin tärkeää itse ymmärtää tutkittavaa asiaa ja pystyä sivuuttamaan omat ennakkokäsityksensä. (Vilkka 2005, 111-112.) Pyrimme kyselyllämme nimenomaan saamaan hoitajien kokemuksiin perustuvaa tietoa.

5.2 Kyselylomake

Lomakehaastattelu ei ole tyypillisin kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruussa käytetty muoto. Valitsimme menetelmän, jotta saisimme mahdollisimman laajasti kerättyä aineistoa osastolta, aiheuttaen mahdollisimman vähän häiriötä hoitajien työskentelyyn. Menetelmän vahvuutena on myös se, että kaikki saavat tasapuolisesti oman äänensä kuuluviin.

Aihetta tutkiaksemme loimme kyselylomakkeen (Liite 2) osaston henkilökunnalle. Lomake sisälsi avoimia ja suljettuja kysymyksiä. Kyselylomakkeen avulla voimme varmistaa anonyymien vastaamisen ja voimme saada vastaukset melko nopeasti. Toimitamme valmiin lomakkeen osastonhoitajalle joka välittää ne viikkopalaverissa eteenpäin hoitajille, joille on varattu työajalla sijaa lomakkeen täyttämiseen. Vastaaminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeen mukana lähetimme saatekirjeen (Liite 3), missä kerromme hoitohenkilökunnalle opinnäytetyöstämme.

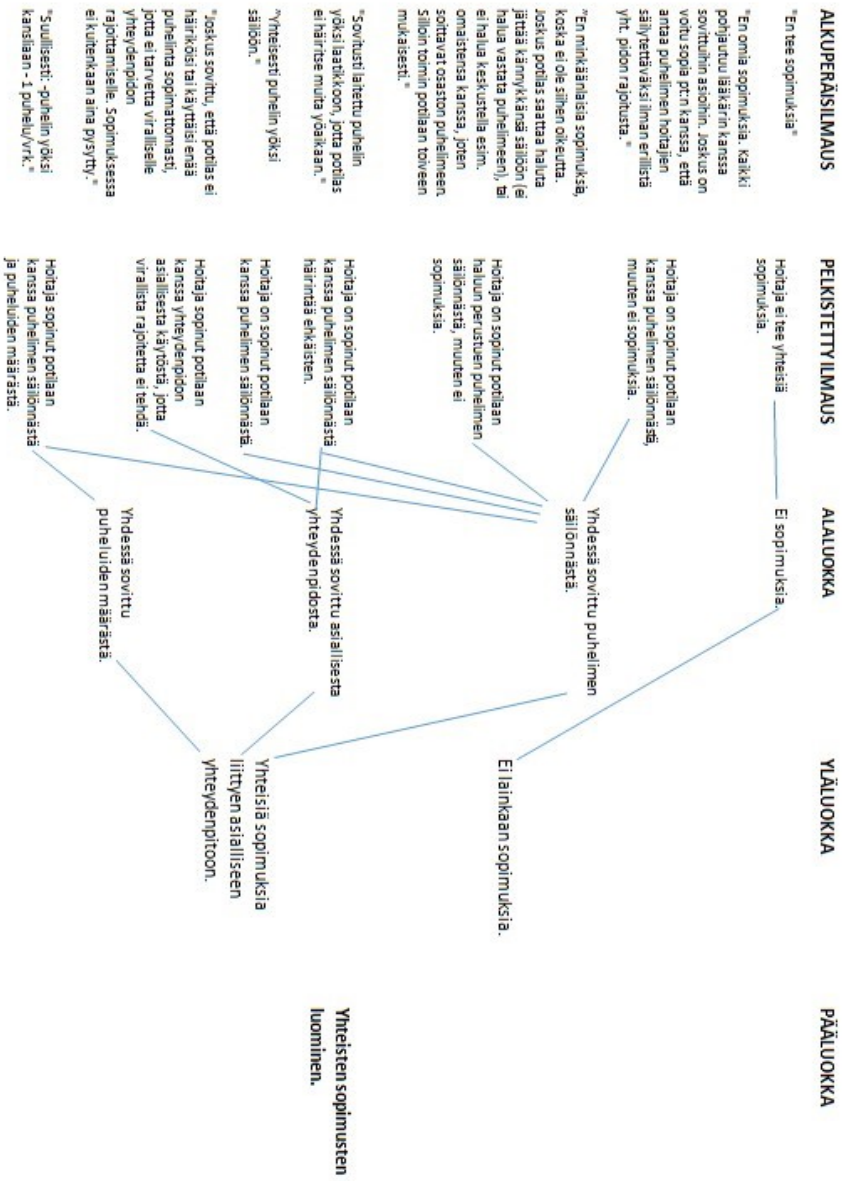
Lomakkeen huonoksi puoleksi voi koitua alhainen vastausprosentti tai väärinymmärretyt kysymykset. Vastaaja voi tulkita kysymyksiä omalla tavallaan, joka voi poiketa tarkoituksesta. Mahdollisimman hyvään vastausprosenttiin pyrimme vaikuttamaan alustamalla osaston työntekijöitä aiheeseen ja sen tärkeyteen, ja kysymykset pidämme mahdollisimman selkeinä ja yksiselitteisinä sekä koko kyselylomakkeen tarpeeksi lyhyenä.

5.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysin avulla pyrimme muodostamaan opinnäytetyömme aiheesta tiivistetyn ja selkeän kuvauksen. Peilaamme saatuja tutkimustuloksia keräämäämme teorian tietoon ja näin sidomme tutkimuksen asiayhteyteen. Kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä kerätty aineisto jäsennetään pienempiin osiin, ilmiö kuvataan käsitteiden avulla ja lopulta organisoidaan jälleen uudeksi kokonaisuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka n.d.)

Aiemman tutkitun tiedon ollessa verrattain niukkaa opinnäytetyömme aiheeseen liittyen, tarkensimme aineiston purkutavaksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin (Hiltunen n.d.). Aineistoa analysoidessa etsimme muun muassa vastausten samankaltaisuuksia ja eroja, hoitajien kokemuksia ja toistuvia teemoja. Pyrimme selittämään vastauksia tulkitsemalla niitä asiayhteydessään luoden ymmärrystä tutkittavien näkökulmasta. (Hasanen 2017.)

Vastaukset saatuumme ne litteroitiin täysin sanatarkasti, jolloin tekstiä syntyi hieman yli neljä A4 kokoista sivua. Jaottelimme tekstin kysymysten perusteilla eri teemoihin; osaston linjaus, potilaan oikeudet, yhteiset sopimukset, yhteydenpidon rajoittamiseen johtaneet tilanteet ja onnistunut yhteydenpidon rajoittaminen. Tämän teemoittelun jälkeen lähdimme purkamaan vastauksia redusoimalla aineiston eli pelkistämällä, klusteroinnilla eli ryhmittelyllä sekä luokkiin yhdistämisellä ja abstrahoinnilla eli erottamalla opinnäytetyön kannalta tärkeän tiedon. (Hiltunen n.d.)



Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalysista

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikasta puhuttaessa tarkoitetaan moraalisiin kysymyksiin liittyvää pohdintaa ja tutkimusta. Eettisiin ongelmiin voi olla välillä haasteellista tai jopa mahdotonta löytää oikeaa ratkaisua, vaikka pohdintaa käytäisiin useiden ihmisten kanssa. Ihmisen ollessa tutkimuskohteena on eettisyyden pohdinta erityisen keskeisessä asemassa. (Launis 2015, 11,16.) Tässä opinnäytetyössä tärkeimpiä lähtökohtia ovat ohjaavat lait ja hyvän tieteellisen tutkimuksen yleiset periaatteet.

Tutkimusetiikan keskiössä on kuusi pääperiaatetta; ihmiselämän kunnioittaminen, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemäärääminen, vahingon välttäminen, hyödyn maksimoiminen ja oikeudenmukaisuus. (Launis 2015, 17.) Opinnäytetyömme aihe herättää paljon eettisiä kysymyksiä ja pohdintaa, joten nämä edellä mainitut periaatteet ovat erityisen tärkeitä opinnäytetyössämme. Opinnäytetyöprosessin varrella eettisiin kysymyksiin liittyviä keskusteluja ja pohdintoja on käyty usein sekä työn tekijöiden kesken, että opinnäytetyöpiireissä.

Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä periaatteita ovat tarkkuus, huolellisuus ja rehellisyys (Vuorio 2015, 21). Nämä periaatteet näkyvät muun muassa lähdekritiikissä ja erityisesti aineiston keruussa. Kyselylomakkeen avulla saamme maksimaalisen hyödyn irti osastosta, jolle tutkimus kohdistuu, sillä tarkoituksena on saada laajalti aineistoa analysoitavaksi. Lomakkeen avulla vastaaminen on täysin anonyymiä ja vapaaehtoista. Aineiston purkuvaiheessa kirjoitamme tulokset huolellisesti ja sanatarkasti auki. Aineistoa analysoidessa emme anna omien aatteiden, arvojen tai mielipiteiden vaikuttaa millään tapaa tulokseen.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyyn osallistui seitsemän akuuttiosaston hoitajaa. Heistä kuudella oli työkokemusta psykiatrian parista yli kahdeksalta vuodelta ja yhdellä neljän ja kahdeksan vuoden väliltä. Tässä luvussa esittelemme kyselylomakkeen tulokset jaettuna alaotsikoihin, mitkä pohjautuvat lomakkeessa esitettyihin avoimiin kysymyksiin. Tulosten havainnollistamisen tueksi käytämme suoria lainauksia kyselylomakkeiden vastauksista.

7.1 Osaston linjaus

Mielenterveyslaki jo itsessään määrittää yhteydenpidon rajoittamiseen liittyvät tekijät. Suurin osa vastaajista pitää päätöstä yhteydenpidon rajoittamisesta täysin lääkärin päätöksenä, mutta useampi hoitaja kannattaa myös potilaan kanssa yhteistyössä tehtyjä sopimuksia. Osaston yhtenäisessä linjauksessa eri vastaajilla on eriäviä näkemyksiä, kuten:

"Linja yhteinen, lääkärin päätös."

"Linja on aika häilyvä. Toiselta potilaalta otetaan yhteydenpitovälineet herkemmin pois. "Suullisia sopimuksia" tehdään, mutta se on aika hoitajakohtaista kuinka siitä pidetään kiinni."

Useampi osaston hoitaja on sitä mieltä, että yhteydenpitoa tulisi rajoittaa enemmän ja herkemmin, sillä potilas voi aiheuttaa itselleen ja muille suur-takin haittaa ennen virallista rajoittamispäätöstä.

7.2 Potilaan oikeudet

Valtaosa vastanneista hoitajista kannattaa potilaiden yhteydenpitoa ja pitää sitä tärkeänä oikeutena. Erityisesti asiapuheluihin, kuten edunvalvo-jaan ja potilasasiamieheen tulee saada yhteys aina. Yksi vastaajista kom-mentoi näin:

"Potilaan yhteydenpitoa ei pidä rajata. Hänellä on oikeus pi-tää yhteyttä omaisiin ja ystäviin."

Ilman rajoittamistoimenpiteitä on potilaalla oikeus pitää yhteyttä ystäviin ja omaisiin ja tätä ei tulisi rajata laisinkaan, jos siitä ei ole häiriötä poti-laalle itselleen tai toiselle osapuolelle. Eräs kyselyyn vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että:

"Potilaan tärkein oikeus on olla "suojassa" omalta toiminnal-taan, joka mahdollisesti oman edun vastaista."

Ongelmien ilmetessä tulisi potilaan omaksi hyväksi yhteydenpidon rajoit-tamistoimet tehdä hyvissä ajoin. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että poti-lailla on jo nyt liikaa oikeuksia ja siksi ongelmatilanteita on usein. Pää-sään-töisesti potilaan oikeudet koettiin hyväksi.

7.3 Yhteiset sopimukset

Yhteisistä sopimuksista kysyttäessä useampi vastaaja ilmoitti, että ei tee ollenkaan yhteisiä sopimuksia, vaan lääkäriellä on vastuu kaikista rajoitta-mistoimista. Yksi vastaajista korosti, ettei rajoittamiseen ole edes oikeut-ta. Lähes kaikki edellä mainituista lisäsivät kuitenkin, että sopimuksia teh-dään yhteistyössä potilaan kanssa liittyen esimerkiksi puhelimen yölli-seen säilöntään. Erään vastaajan mielipide oli selkeä:

"En omia sopimuksia. Kaikki pohjautuu lääkärin kanssa so-vituihin asioihin. Joskus on voitu sopia pt:n kanssa, että an-taa puhelimen hoitajien säilytettäväksi ilman erillistä yht. pidon rajoitusta."

Pääsääntöisesti potilaan kanssa tehdyt epäviralliset sopimukset ovat liittyneet puhelimen säilöntään ja ne ovat tapahtuneet yhteisymmärryksessä. Yhteisen sopimuksen pyrkimys on voinut olla yksinkertaisesti asiallinen puhelinkäyttäytyminen, kuten seuraavassa vastauksessa on kuvattu:

"Joskus sovittu, että potilas ei häiriköisi tai käyttäisi enää puhelinta sopimattomasti, jotta ei tarvetta viralliselle yhteydenpidon rajoittamiselle. Sopimuksessa ei kuitenkaan ai-na pysytty."

Nämä edellä mainitut epäviralliset suulliset sopimukset ovat siis kaikki potilaan ja hoitajan yhteisesti sovittuja pelisääntöjä, joilla pyritään ehkäisemään radikaalimpia rajoittamistoimenpiteitä.

7.4 Yhteydenpidon rajoittamiseen johtaneet tilanteet

Kyselyyn osallistuneet hoitajat kertoivat omia kokemuksiaan yhteydenpidon rajoittamiseen johtaneista tilanteista. Toiminta on tällöin ollut potilaalle, hoitajalle tai kolmannelle osapuolelle haitallista. Esimerkkejä haitallisesta toiminnasta on taloudellisiin hankaluuksiin ajautuminen net-tioste-luilla, puhelinhäirintä kohdistuen omaisiin tai esimerkiksi hätäkeskukseen, kuva- ja videotaltiointi muista potilaista ja hoitajista tai sosiaalisessa mediassa päivittäminen, mikä voi kaduttaa myöhemmin. Yksi vastaajista kuvasi erilaisia yhteydenpidon rajoittamiseen johtaneita tilanteita seuraavalla tavalla:

"Mania/psykoosipotilaiden kanssa, kun pt esim. on ottanut kuvia/videoita osastolta, hoitajista tai muista potilaista. Tai kun pt. uhkaillut, häirinnyt omaisia/läheisiä tai pt. tehnyt itselleen taloudellisia ongelmia ja sos. mediassa "nolaamista"."

Hoitajien omista kokemuksista nousee esille, että potilaat ovat olleet pääsääntöisesti maanisia tai psykoottisia. Yksi vastaajista vielä korostaa, että edellä mainitun mukainen toiminta on usein saanut jatkoa liian pitkään, ennen kun lääkäri puuttuu asiaan yhteydenpitoa rajoittaen.

7.5 Onnistunut yhteydenpidon rajoittaminen

Onnistuneen yhteydenpidon määritelmä jakoi vastaajien kesken mielipiteitä. Yhteydenpidosta johtuneiden ongelmien, kuten talousvaikeuksien ja ihmissuhteiden rikkoutumisen minimointi tai ehkäisy koettiin tärkeäksi onnistumisen kriteeriksi. Jo itsessään päätös yhteydenpidon rajoittamisesta sen ollessa potilaan tai toisen osapuolen edun mukaista, koettiin onnistumiseksi. Eräs vastaajista kertoo:

"Potilaan kanssa keskustellessa joskus potilas voi tavoittaa toimintansa epäasiallisuuden, haitat itselleen tai omaisilleen. Jälkeenpäin valtaosa potilaista ymmärtää, miksi rajoitus on jouduttu tekemään, kun siitä puhutaan."

Usea vastaajista piti tärkeimpänä onnistumisen kriteerinä sitä, että potilas itse kykenisi ymmärtämään rajoittamistoimien tarpeellisuuden, vaikkakin vasta jälkeenpäin. Onnistumisen tunnetta toi myös se, että rajoittamisen hetkellä olisi edes hieman yhteisymmärrystä mukana, eikä konfliktia syntynyt.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli pohtia erilaisia keinoja selkeyttää yhteydenpidon rajoittamisen käytänteitä akuuttipsykiatrian osastoilla. Lisäksi halusimme selvittää, millaisia ovat hyvät käytänteet yhteydenpidon rajoittamisessa. Viimeisessä luvussa esittelemme opinnäytetyömme tuloksia ja analysoimme niitä, minkä lisäksi kerromme opinnäytetyöprosessista ja pohdimme jatkotutkimusaiheita.

Kyselyllä halusimme selvittää hoitajien näkemysten ja kokemusten pohjalta onko osastolla yhtenäistä linjausta yhteydenpidon rajoittamisen suhteen, mitä hoitajat ajattelevat potilaiden oikeuksista ja millaiseksi koetaan onnistunut yhteydenpidon rajoittaminen. Kokemusten pohjalta selvitimme tilanteita, missä yhteydenpitoa on rajoitettu ja onko yhteisiä epävirallisia sopimuksia solmittu hoitajan ja potilaan välisesti.

Opinnäytetyömme pohjautui selkeästi työelämälähtöiseen tarpeeseen, mikä selviää myös työmme tuloksista. Yhteydenpidon rajoittaminen on arkipäiväinen asia psykiatrian akuuttiosastoilla ja se tuo haasteita sekä potilaille, että hoitajille. Haastavasta aiheesta ja suppeasta teoria- sekä tutkimustiedosta huolimatta opinnäytetyömme löysi ongelmakohtia yhteydenpidon rajoittamiseen liittyen ja kehitysehdotuksia työelämään sekä tuleviin tutkimusaiheisiin.

8.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme kyselyn tuloksista voimme tehdä muutamia johtopäätöksiä. Heti ensimmäisten kysymysten jälkeen vahvistui käsitys siitä, että kovinkaan yhtenäistä linjausta yhteydenpidon rajoittamisen suhteen ei ole. Toinen hoitaja kertoo linjan olevan täysin yhteinen ja ainoastaan lääkärin päätettävissä, kun toinen kuvailee linjaa häilyväksi ja kertoo suullisia sopimuksia syntyvän. Ihalainen ja Kettunen (2007) tuovat esiin johdonmukaisuuden tärkeyttä ja potilaalle kohdistuvaa huolellista perustelua. Joh-

donmukaisuus kärsii silloin, jos työntekijöillä on eriävät näkemykset osaston linjauksesta toisten tehdessä yhteisiä sopimuksia perustellen ja toisten tukeutuen vain lääkärin päätöksiin. Työelämälähtöinen tarve opinnäyte-työmme aiheelle vahvistui aineistoa purkaessa, sillä vastauksista nousi esille joitakin ristiriitoja.

Suulliset sopimukset jakoivat mielipiteitä, sillä osa ajatteli kaiken rajoittamisen olevan vain ja ainoastaan lääkärin päätös. Osa kiisti suullisten sopimusten syntyminen, mutta kertoi niitä kuitenkin tekevän, esimerkiksi laittamalla potilaan puhelimen säilöön. Johtopäätöksenä päättelimme, että käsitteenä "suullinen sopimus" saattaa kuulostaa osalle hoitajista eettisesti negatiivisävytteiseltä, kun yhteydenpidon rajoittamiseen on kuitenkin lait olemassa. Lääkärin vastuu ja kunnioitus ilmeni vastauksista, sillä moni piti asiayhteyttä täysin lääkärin asiana.

Hoitajien ja potilaiden keskinäisistä sopimuksista puhuttaessa tulisi negatiivinen sävy saada häivytettyä ja tuoda mukaan myönteisempiä näkökulmia, sillä niiden avulla on saatu ehkäistyä mahdollisia ongelmatilanteita. Yhteisten suullisten sopimusten hyvänä puolena on se, että itsemääräämisoikeutta ei jouduta rajoittamaan. Ihalainen ja Kettunen (2007) kuvaa- vatkin hoitajan tehtäväksi tukea potilaan omaa harkintakykyä ja pyrkiä antamaan työkaluja itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen potilaan parhaaksi. Keskustelun ja perustelun merkitystä ei siis voida olla korostamatta tarpeeksi. Suullinen sopimus ei tässä tapauksessa saa olla millään tavalla virallinen ja ehdoton sopimus. Sen tulisi olla potilaan ja hoitajan keskustelun ja keskinäisen ymmärryksen pohjalta syntynyt ehdotus yhteydenpidon toimintamallista. Tämä edellyttää sitä, että potilas kykenee olemaan vastaanottavainen ja ymmärtäväinen aiheesta keskustellessa, joten sairauden vaikeammassa vaiheessa tämä voi olla mahdotonta.

Osastoilla hoitajien tulisi päästä yhtenäiseen ymmärrykseen suullisten sopimusten tai vaihtoehtoisesti edellä mainitun yhteydenpidon toimintamallin parissa. Hoitajien uskottavuus saattaa kärsiä potilaan silmissä, jos hoitajilla on kovinkin eriäviä mielipiteitä ja poikkeavia työskentelytapoja. Potilas voi tällaisessa tilanteessa eritellä herkästi myös "hyvät hoitajat" ja "pahat hoitajat", jos toisen työskentelytapa on potilaalle mieluisampi.

Valtaosa hoitajista ilmaisee vastauksissaan, että yhteydenpitoa tulisi rajoittaa herkemmin, sillä usein vahinkoa kerkeää tapahtumaan ennen virallista rajoituspäätöstä. Jo Valviran (2017c) sivuilla kuvataan rajoittamistoimien käyttöönottoa näin "Jos potilas hankaloittaa omalla käytöksellään vakavasti muiden potilaiden hoitamista vaarantaa vakavasti oman turvallisuutensa tai suurella todennäköisyydellä vahingoittaa omaisuutta merkittävästi voidaan eristystoimet ottaa käyttöön". Usea hoitaja kertookin vastauksissaan, että tässä vaiheessa potilas on saattanut saada jo suurtakin haittaa aikaan.

Potilaan oikeudet on koettu hoitajien osalta varsin hyväksi. Lain ohjaamana asiapuheluihin on aina oikeus ja hoitajat tämän ymmärtävät. Omaispuheluihin tulisi olla aina oikeus, jos siitä ei ole häiriötä kummallekaan osapuolelle. Sosiaalisen verkoston merkitys tulee muistaa potilaan yhteydenpitoa rajatessa, sillä se voi olla kuntoutumista vahvistava tekijä. Vastauksessa, missä korostetaan potilaan oikeutta olla suojassa omalta itseltään, kiteytyy hyvin keskeisin syy yhteydenpidon rajoittamiseen. Kangasniemi ym. (2007) kuvaavat potilaan oikeuksien ohella myös heidän velvollisuuksia, mitkä liittyvät lähinnä eettisiin, eikä oikeudellisiin lähtökohtiin. Potilas voi omalla toiminnallaan rikkoa henkilökunnan tai toisten potilaiden potilasturvallisuutta yhteydenpitovälineitä käyttäen.

Onnistunutta yhteydenpidon rajoittamista kuvatessa tärkeäksi tekijäksi nousee asian jälkipuinti. Tämä on ehdottoman tärkeää yhteydenpitoa rajoitettaessa, sillä potilaalle on oleellista ymmärtää miksi hänen itsemääräämisoikeuttaan rajataan. Rajoittamistoimet tulee aina perustella huolellisesti potilaalle rajoittamisen hetkellä, mutta myös jälkeinpäin, kun potilaan psyykinen tila on vakaampi.

Kaikkiaan osaston henkilökunnan tulisi esimerkiksi viikkopalaverissa työstää yhtenäistä linjausta yhteydenpidon rajoittamisen suhteen. Ristiriitojen ilmetessä liian suuriksi, tulisi työnohjausta hyödyntää asian ratkaisemisessa. Näin tärkeässä ja näkemyksiä jakavassa asiassa olisi tärkeää saada kaikkien hoitajien äänet kuuluviin ja kokemusten ja tietotaidon perusteella luoda yhtenäiset toimivat pelisäännöt. Hopia ym. (2012) korostavat hoitajan vastuuta oman toiminnan lisäksi myös työyhteisön toiminnasta, joten vastuu yhtenäisestä linjasta on jokaisella osaston hoitajalla.

Yhteydenpitoon liittyvien ongelmien ilmetessä on aina hyvä selvittää mistä ongelmat johtuvat, voiko ongelmaan olla jokin syvällisempi syy, kuten yksinäisyys, harhojen paheneminen tai muu vastaava. Potilaalle tulee aina sairauden tilasta riippumatta pyrkiä selittämään miksi yhteydenpito saattaa olla vahingollista ja yhdessä tulisi keksiä ratkaisua ongelmaan. Rajoittamistoimien tapahduttua tulee potilaan kanssa käydä syyt ja seuraukset huolellisesti läpi. Yhteydenpidon rajoittamista voi kutsua onnistuneeksi, jos potilas ymmärtää sen tuoman hyödyn ja yhteisymmärrykseen on päästy.

8.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi alkoi jo 2016 kesällä, kun pohdimme aihetta työlemme. Aiheen valitseminen ei ollut helppoa, mutta tiesimme haluavamme aihealueen liittyvän psykiatriaan ja tarpeen olevan työelämälähtöinen. Vinkki aiheeseen tuli osastolta, mihin opinnäytetyömme tutkimusta lähdimmekin tekemään. Syksyllä 2016 esittelimme aiheemme ensimmäistä kertaa Tutkiva kehittäminen -kurssilla, jolloin saimme vahvistusta aiheellemme ja hyviä vinkkejä jatkoon. Tiesimme jo varhaisessa vaiheessa kvalitatiivisen tutkimustavan olevan meille kaikkein loogisin vaihtoehto.

Opinnäytetyöprosessiin valmistautumisen aloitimme aiheeseen perehtymisellä kirjallisuuden ja muiden lähteiden kautta. Huomasimme, että valmiiksi tutkittua tietoa oli hyvin haastava löytää, mutta siitä huolimatta päätimme pitää tämän tärkeän ja kiinnostavan aiheen itsellämme. Tutkimuskysymykset alkoivat hahmottua jo alkuvaiheessa, sillä aihe kaikkiaan oli työelämälähtöinen.

Opinnäytetyön tietoperustaa keräsimme erityisesti alan kirjallisuudesta ja sähköisistä julkaisuista. Tärkeimpiä hakukoneita olivat Medic, Google Scholar ja Terveyskirjasto. Käyttämiämme hakusanoja oli paljon, joista merkittävimpiä olivat ”psykiatrinen hoitotyö”, ”pakkotoimet”, ”itsemääräämisoikeus”, ”eettisyys” ja ”potilaslähtöisyys”.

Teorian kerääminen paljastui haastavammaksi tehtäväksi, kun olimme kuitelleet. Erityisesti yhteydenpidon rajoittamiseen tai yhteydenpitoon liittyvää teoriaa löytyi vain niukasti. Aiheeseemme liittyi paljon Suomen lakeihin liittyviä tekijöitä, joten se rajoitti hakua ulkomaisista lähteistä. Kyselylomaketta luonnostelimme jo varhaisessa vaiheessa, sillä se tuki tutkimuskysymysten selkiytymistä koko prosessin ajan. Teoriaosuuden ja kyselylomakkeen saimme valmiiksi kesäksi 2017, jolloin pidimme väliseminaarin. Väliseminaarissa saimme vielä kehitysehdotuksia pieniin muutoksiin, joten kyselylomakkeiden toimitus sairaalalle lykkääntyi syksyyn kesälomien vuoksi, sillä halusimme vastauksia mahdollisimman paljon osaston vakituisilta työntekijöiltä.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Yhteydenpidon rajoittaminen itsessään on ollut yllättävän tutkimaton aihe, joten jatkotutkimusten tekeminen olisi tarpeen. Yhteydenpidon ja sosiaalisten suhteiden merkitys akuutissa sairauden vaiheessa on aihe, josta kaipasimme tietoa opinnäytetyötämme tehdessä, jotta olisimme saaneet enemmän potilaan näkökulmaa aiheeseen.

Yksi jatkotutkimusaihe voisi hyvin olla yhteydenpidon rajoittamisen merkitys potilaan näkökulmasta. Olisimme toivoneet jo omalle opinnäytetyöllemme tätä näkökulmaa, mutta tutkimusluvalliset asiat rajoittavat potilaiden tutkimista. Potilaan näkökulmaa kartoittaessa tulisi tutkimuksen kohdistua mieluummin esimerkiksi kuntoutusosastolle, sillä sairauden akuutissa vaiheessa tutkimuksen kohteena oleminen ei ole edullista potilaalle eikä itse tutkimukselle. Kuntoutumisvaiheessa olevalla potilaalla akuutti-osaston jakso voi olla vielä tuoreessa muistissa ja yhteydenpidon rajoittamisen hyödyt sekä haitat ovat voineet hahmottua paremmin.

Opinnäytetyömme tutkimusaihetta voisi jatkojalostaa myös esimerkiksi toiminnallisella opinnäytetyöllä, missä tehtäisiin opas asialliseen yhteydenpitoon liittyen, sisältäen informaatiota yhteydenpidon tärkeydestä, sosiaalisen median käytöstä ja yhteydenpidon haittapuolista. Opas voisi olla hyödyllinen työväline potilaille ja hoitajille asiasta keskustellessa.

LÄHTEET

Aira, M. & Seppä, K. (2010). Lääkärilehti. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Haettu 20.5.2017 osoitteesta <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/laadullinen-ja-maarallinen-tutkimus-laaketieteessa/>

Aluehallintavirasto. (2017). Laatu ja potilasturvallisuus. Haettu 14.8.2017 osoitteesta <https://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1#.WboGjoU7Yt8>

Hasanen, E. (2017) Kurkistus laadulliseen sisällönanalyysiin. Jyväskylän yliopisto, pdf-tiedosto. Haettu 27.3.2018 osoitteesta http://www.lts.fi/sites/default/files/article_attachment/elina_hasanen_kurkistus_laadulliseen_sisallonanalyysiin.pdf

Hiltunen, L. (n.d.) Graduaineiston analysointi. Jyväskylän Yliopisto, pdf-tiedosto. Haettu 27.3.2018. osoitteesta http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston_analysointi_2.pdf

Hietaharju, P., Nuuttila, M. (2010). Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hoidon laatu ja turvallisuus. (n.d.). PPSHP. Haettu 12.9.2017 osoitteesta https://www.ppsHP.fi/potilaan_oikeudet/prime102.aspx

Holmberg, J. (2016). Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hopia, Heinonen, Liimatainen. (2012). Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy.

Huttunen, M (2016). Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Terveyskirjasto. Haettu 24.5.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Ihalainen, J., Kettunen T. (2007). Turvaverkko vai trampoliini – sosiaali-turvian mahdollisuudet. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Iiri, R. (toim.) (2012). Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy.

Kuokkanen. (2012). Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. (2003). Duodecim. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Haettu 24.5.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Launis, V. (n.d.) Kliinisen tutkimuksen etiikka – Opas tutkijoille ja eettisille toimikunta. Helsinki: Duodecim

Leino-Kilpi, Kulju, Stolt. (2012). Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy.

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. Kärkkäinen, J. (toim.) (2016) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi. Haettu 24.5.2017 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/13169/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1

Nykopp, J. (2015). Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen arvioon lähettäminen vaatii tarkkoja perusteluja. Potilaan lääkärilehti. Haettu 16.5.2017 osoitteesta <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tahdosta-riippumattomaan-psykiatriseen-arvioon-lahettaminen-vaatii-tarkkoja-perusteluja/>

Rautiainen, H., Pelanteri, S. (2010). Psykiatrinen sairaanhoito. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Suomen virallinen tilasto. Haettu 23.5.2017 osoitteesta https://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). KvaliMOTV - Mentelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Haettu 24.5.2017 osoitteesta <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetusl>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.) Potilasturvallisuus. Haettu 14.8.2017 osoitteesta <http://stm.fi/potilasturvallisuus>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuus. (2017). Haettu 14.8.2017 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Tilastokeskus. (2016). Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2015, vuonna 2016 uudistetun painotustavan mukaan laskettuna. Haettu 25.5.2017 osoitteesta http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/13/sutivi_2015_13_2016-12-14_tie_001_fi.html

Tuomi, J., Sarajärvi A. (2015). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

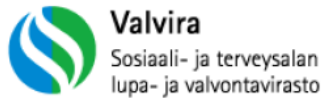
Valvira a (2015). Potilaan itsemääräämisoikeus. Haettu 21.3.2017 osoitteesta <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Valvira b (2015). Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene päättämään hoitoaan. Haettu 21.3.2017 osoitteesta http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/jos_taysi-ikainen_potilas_ei_kykene_paattamaan_hoidostaan

Valvira c (2015). Perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Haettu 21.3.2017 osoitteesta <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys/perusoikeuksien-rajoittaminen-tahdosta-riippumattoman-hoidon-aikana>

Vilka, H. (2005). Tutkimusmetodeja ammattilaiselle kentälle. Haettu 25.3.2018 osoitteesta <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita.pdf>

MUISTIO



Muistio 9.10.2015

Potilaan tietotekniset laitteet psykiatrisissa yksiköissä

Tiivistelmä

Muistio koskee kaikkia potilailla mahdollisesti olevia yhteydenpidon mahdollistavia laitteita. Jokaisella on lähtökohtainen oikeus käyttää myös tietoteknisiä laitteitaan itsensä ilmaisemiseen tai viestien lähettämiseen ja vastaanottamiseen. Oikeus luottamukselliseen viestintään ei ole rajoitettu pelkästään puhelin- ja kirjeviestintään, vaan kattaa myös tietoverkoissa välitettävän tietoliikenteen verkkoviestintäympäristöstä riippumatta. Tämän oikeuden piiriin kuuluu myös kuvaaminen.

Potilaan kanssa tulee ensisijaisesti neuvotella laitteiden käytöstä. Kun potilaan perusoikeuksien rajoittamista hoidon aikana tarvitaan, rajoitusten on perustuttava lakiin ja ne tulee voida oikeuttaa erikseen kussakin tapauksessa ja kyseessä olevan perusoikeuden osalta. Rajoitus on tehtävä yksilöllisen harkinnan perusteella tapauskohtaisesti. Potilaan perusoikeuksia ja muita oikeuksia ei siten voida rajoittaa sairaala- tai osastokohtaisilla säännöillä. Yksikön ohjeissa voidaan todeta esimerkiksi, että henkilöiden kuvaaminen ilman heidän lupaansa voi täyttää rikoksen tunnusmerkistön (salakatselu) ja että tällainen kuvaaminen ei ole sallittua. Potilas saattaa haluta tallentaa omia hoitotilanteitaan tai jakaa niitä eri tietoverkoissa. Lähtökohtaisesti hänellä on tähän oikeus. Tämä saattaa kuitenkin häiritä hyvän hoidon toteutumista, ja siksi asiassa on hyvä pyrkiä yhteisymmärrykseen niin, ettei hyvä hoito vaarannu.

Muistio koskee myös lapsia ja nuoria, joiden hoitoon liittyviä erityispiirteitä esimerkiksi kasvatuksellisuuteen liittyen kuvataan tarkemmin.

Taustaa

Terveystieteiden valvontaviranomaiset ovat linjanneet vuonna 2008 kamerapuhelinten hallussapitoa ja käyttöä sairaalan psykiatrisella osastolla (Muistio: Kamerapuhelimien hallussapito ja käyttö, 25.6.2008). Tieto- ja viestintäteknologinen kehitys on johtanut siihen, että asiaan liittyviä tulkintaohjeita on tarvetta tarkistaa. Tässä muistiossa päivitetään aikaisempaa ohjausta ottaen huomioon kaikki erilaiset potilailla mahdollisesti olevat yhteydenpidon mahdollistavat laitteet. Koska nämä laitteet sisältävät usein myös kameran, käsitellään kuvaamiseen liittyviä mahdollisia ongelmia erikseen.

Suomen perustuslain (731/1999) 12 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on sananvapaus. Tähän sisältyy oikeus ilmaista, julkistaa ja vastaanottaa tietoja, mielipiteitä ja muita viestejä kenenkään ennakolta estämättä. Sananvapautta ei ole sidottu mihinkään erityiseen viestinnän menetelmään. Sananvapaus takaa siis jokaiselle lähtökohtaisen oikeuden käyttää myös tietoteknisiä laitteitaan itsensä ilmaisemiseen tai tietojen vastaanottamiseen.

Perustuslain 10 §:n 1 momentin mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Henkilötietojen suojasta säädetään tarkemmin lailla. Pykälän 2 momentissa todetaan, että kirjeen, puhelun ja muun luottamuksellisen viestin salaisuus on loukkaamaton. Pykälä turvaa jokaiselle oikeuden luottamukselliseen viestintään. Puhelin- ja kirjeviestinnän lisäksi luottamuksellisen viestinnän piiriin kuuluu myös tietoverkoissa välitettävä tietoliikenne verkkoviestintäympäristöstä riippumatta.

Yksityiselämän suojan takaava perustuslain 10 § ja sananvapauden takaava perustuslain 12 § voivat olla yksittäisissä tapauksissa ristiriidassa keskenään. Perusoikeuksien käyttämistä voivat rajoittaa toisten ihmisten perusoikeudet, eikä yksilö voi vaatia ehdotonta suojaa perusoikeudelleen siten, että se johtaisi toisen yksilön perusoikeuksien loukkaamiseen. Perusoikeuksien ristiriitatilanteissa tulkintaan vaikuttaa se, mitä on pidettävä kyseisten perusoikeuksien ydinalueena. Perusoikeuden ydinalueella tarkoitetaan sen olennaista sisältöä, jonka piirissä se saa ristiriitatilanteessa etusijan muihin perusoikeuksiin nähden. Yksityisyyden suojan tarve terveyteen liittyvissä asioissa on yksi yksityisyyden suojan ydinalueista.

Mielenterveyslain (1116/1990, jäljempänä MTL) 22 j §:n 1 momentin mukaan potilaalla on tahdosta riippumattoman hoidon aikana oikeus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle käyttämällä puhelinta, lähettämällä ja vastaanottamalla kirjeitä tai muita luottamuksellisia viestejä ja muita lähetyksiä sekä vastaanottamalla vieraita. Potilaalla on siis lähtökohtainen oikeus vapaaseen yhteydenpitoon ja viestintään. Potilaalla on lähtökohtaisesti myös oikeus käyttää tiettyä laitetta yhteydenpitoonsa.

Perusoikeuksia ei voi rajoittaa lakia alempiasteisilla säännöksillä tai määräyksillä. MTL:n 4 a luvun lähtökohtana on ns. laitospallan kielto. Laitospallan kielto tarkoittaa, että tietyn ihmisryhmän perusoikeuksia ei voida rajoittaa suoraan erityisen vallanalaisuussuhteen perusteella. Laitospallan kielto merkitsee muun muassa sitä, että potilaan perusoikeuksia ja muita oikeuksia ei voida rajoittaa sairaala- tai osastokohtaisilla säännöillä, vaan rajoitusten on perustuttava lakiin ja ne on tehtävä tapauskohtaisesti yksilöllisen harkinnan perusteella. Terveystuollon toimintayksiköllä voi olla toimintaansa liittyviä järjestyssääntöjä tai muita ohjeita. Ne eivät kuitenkaan saa olla perusoikeussäännösten tai muun lainsäädännön vastaisia. Ohjeita laadittaessa on myös huomioitava hallintolain (434/2003) 6 §:n edellyttämä suhteellisuusperiaate, jonka mukaan viranomaisen toimien on oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Kun potilaan perusoikeuksien rajoittamista hoidon aikana tarvitaan, rajoituksille on oltavalta laissa määritelty selkeä peruste. Lisäksi rajoitukset tulee voida oikeuttaa erikseen kussakin tapauksessa ja kyseessä olevan perusoikeuden osalta.

Kuvaaminen

Perustuslaissa taatun sananvapauden piiriin kuuluu myös kuvaaminen. Sananvapauden – ja siten myös kuvaamisen – rajoitusten on tapahduttava lainsäädännön mukaisesti. Myös eduskunnan oikeusasiamies on ratkaisuisaan (mm. 3447/4/05 ja 3789/4/07) ottanut kantaa kuvaamiseen. Oikeusasiamies on katsonut, että perusoikeutena turvatusta sananvapaudesta seuraa se, että organisaatio ei voi kokonaan kieltää kuvaamista asiakaspalvelutiloissaan.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, potilaslaki) 3 §:n 2 momentin mukaan potilaan hoito on järjestettävä niin, että hänen yksityisyyttänsä kunnioitetaan. Vaikka potilaan hoitaminen terveydentuollon toimintayksikössä asettaa tietyt rajoitukset potilaan yksityiselämälle, toimintayksikön yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitäminen sekä muiden henkilöiden yhtä lailla oikeutetut vaatimukset eivät kuitenkaan saa johtaa potilaan yksityisyyden suojan loukkaamiseen.

Terveystuollon potilassuhteessa korostuu luottamuksellisuuden periaate. Laadukas palvelu edellyttää, että potilaat voivat luottamuksellisesti hakeutua tutkimuksiin ja hoitoihin. Terveystuollon on turvattava potilaiden yksityisyyden suoja, luottamuksellinen potilassuhde, potilaan itsemääräämisoikeus sekä potilaan minäkuva ja sosiaaliset suhteet.

Sananvapaudteen kuuluvan kuvaamisen ja kielletyn kuvaamisen välinen raja on vakiintuneesti määritelty rikoslain (39/1889) 24 luvun 6 §:n salakatselua koskevassa säännöksessä. Säännöksen tarkoituksena on suojata yksityisyyttä tilanteissa ja paikoissa, joissa oleskelua ihmiset pitävät yksityiselämänsä kuuluvana tai eri syistä arkaluonteisena. Säännöksen voidaan katsoa määrittävän myös niitä olosuhteita, joissa kuvaaminen terveydentuollon toimintayksikössä voi olla kiellettyä.

Eduskunnan oikeusasiamies on todennut, että arviointiin vaikuttaa lisäksi potilaslaista johtuva velvollisuus järjestää potilaiden hoito niin, että heidän yksityisyyttään kunnioitetaan.

Ollakseen rangaistavaa salakatselun tulee tapahtua oikeudettomasti. Katselu tai kuvaaminen teknisellä laitteella ei ole lähtökohtaisesti oikeudeton esimerkiksi silloin, kun siihen on saatu tarkkailtavan suostumus. Salakatselun kohteena tulee olla jonkun henkilön. Pelkän tyhjän tilan tai eläinten, esineiden, rakennusten tai muun ympäristön kuvaaminen ei ole salakatseluna rangaistavaa.

Oikeusasiamies on todennut kamerapuhelimen käyttöä terveydenhuollon toimintayksiköissä koskeneessa ratkaisussaan (3789/4/07), että kamerapuhelinta käyttämällä voidaan loukata yksityiselämän suojaa, jos henkilöä kuvataan esimerkiksi salaa tai ilman hänen suostumustaan. Potilas saattaa myös olla terveydentilansa vuoksi kykenemätön ymmärtämään omaa etuaan salliessaan kuvaamisen. Oikeusasiamies on todennut, että kyse on kahden perusoikeuden, sananvapauden ja yksityiselämän suojan välisestä ristiriitatilanteesta siten, että vastakkain ovat toisaalta kamerapuhelinta käyttävän oikeus sananvapauteen ja toisaalta potilaan oikeus yksityisyyteen. Kun henkilö käyttää terveydenhuollon toimintayksikössä kamerapuhelinta kuvaamiseen, kysymys ei oikeusasiamiehen näkemyksen mukaan ole sananvapauden ydinalueeseen kuuluvasta oikeuden käyttämisestä. Yksityisyyden suojan tarve terveyden- ja sairaanhoidossa sen sijaan on korostuneen suuri, ja kysymys on yksityisyyden suojan ydinalueesta.

Organisaatio voi ja sen tuleekin asettaa tiloissaan tapahtuvalle kuvaamiselle ehtoja ja valvoa näiden ehtojen noudattamista tilanteissa, joissa yksityisyyden suoja tai henkilötietojen suoja voi vaarantua. Kuvaamiseen liittyvistä ehdoista tulisi tiedottaa aktiivisesti ja näkyvästi ja kuvaamista aikovat henkilöt tulee ohjata kääntymään henkilökunnan puoleen asianmukaisen kuvaustilanteen aikaansaamiseksi. Yksikön ohjeissa voidaan myös todeta esimerkiksi, että henkilöiden kuvaaminen ilman heidän lupaansa voi täyttää rikoksen tunnusmerkistön (salakatselu) ja että tällainen kuvaaminen ei ole sallittua.

Laitteen käytön rajoittaminen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan kanssa neuvottelemisen laitteiden käytöstä ja tähän liittyvästä menettelystä on pääsääntöisesti ensisijaista ennen MTL:n mahdollistamien rajoitusten käyttöä ottaen huomioon, että MTL:n perusteella potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Potilaan yhteydenpitoa eli muun muassa sen mahdollistavien laitteiden käyttöä voi rajoittaa MTL 22 j §:n 2 momentin perusteella vain, jos yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Rajoitusta koskevan päätöksen tulee olla määräaikainen ja se saa olla voimassa enintään 30 päivää kerrallaan. MTL:n mukaan potilaalle, ja mahdollisuuksien mukaan muulle asianosaiselle, tulee myös varata tilaisuus tulla kuulluksi ennen yhteydenpitoa rajoittavan päätöksen tekemistä. Tästä päätöksestä on valitusoikeus.

Mikäli potilas uhkaa toisten potilaiden yksityisyyden suojaa, esimerkiksi kuvaamalla tai muulla laitteen mahdollistamalla tavalla seuraamalla heitä luvatta, muodostuu tästä MTL 22 j §:n 2 momentin mukainen peruste yhteydenpidon rajoittamiselle. Tuolloin on siis suojattava toisten potilaiden yksityiselämää suhteellisuusperiaatteen mukaisesti rajoitteen kohteena olevan potilaan yhteydenpito-oikeuteen mahdollisimman vähän puuttumalla. Vaihtoehtona voi esimerkiksi olla, että kyseinen potilas käyttää laitettaan vain omassa huoneessaan tai muussa tilassa siten, että muiden yksityisyyden suoja ei vaarannu.

Laitteen käytön rajoittaminen vapaaehtoisessa hoidossa olevalla potilaalla

Potilaan kanssa voidaan erikseen sopia hänen vapaaehtoisen suostumuksensa mukaisesti hänen käytössään olevien laitteiden käytöstä ja tähän liittyvästä menettelystä, esimerkiksi laitteen poistamisesta potilaan hallusta. Hänen suostumuksellaan tai sopimuksella ei kuitenkaan voida sitovasti rajoittaa hänen perusoikeuksiaan, vaan potilaalla on oikeus milloin tahansa perua suostumuksensa potilaslain 5 §:n ja 6 §:n mukaisesti.

Oikeusasiamies on todennut, että yhteydenpidon rajoittamisella puututaan potilaan perusoikeuksiin, eikä tällaista puuttumista voi pitää vähäisenä toimenpiteenä. Sen vuoksi ei voida katsoa, että potilaan suostumus olisi pääteltävissä siitä, että tämä ei vastusta rajoituksia.

Mikäli ilmenee, että vapaaehtoiseen hoitoon hakeutunut potilas kuvaa muita potilaita tai muutoin vaarantaa heidän yksityisyyden suojaansa, tai laitteen käytössä ilmenee muita merkittäviä ongelmia, tulee hänen kanssaan pyrkiä pääsemään yhteisymmärrykseen sopivista ja perustelluista toimintatavoista. Mikäli tätä yhteisymmärrystä ei saavuteta, on tilanne ratkaistava aina tapauskohtaisesti siten, että potilas saa tarvitsemansa hoidon, ja että potilaan ja muiden potilaiden oikeudet ja turvallisuus varmistetaan.

Hoitotilanteen tallentaminen ja jakaminen

Potilas tai omainen potilaan luvalla saattaa haluta tallentaa (kuvata tai äänittää) omia hoitotilanteitaan, esimerkiksi hoitoneuvotteluja. Hän saattaa haluta jakaa niitä eri tietoverkoissa. Lähtökohtaisesti hänellä on tähän oikeus. Tämä saattaa kuitenkin häiritä hyvän hoidon toteutumista, ja siksi asiassa on hyvä pyrkiä yhteisymmärrykseen niin, ettei hoito vaarannu.

Yksiköissä on hyvä varautua tähän ja suunnitella menettelytavat tilanteisiin, joissa joko potilas ei ole terveydentilaltaan kykenevä antamaan suostumusta toisen tekemään tilanteen tallentamiseen tai jakamiseen tai hoidosta vastaava lääkäri arvioi, että asiasta voi olla haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai että rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi (MTL 22 j §).

Lapset ja nuoret

Edellä kuvattu koskee pääosin myös lapsia ja nuoria.

Alaikäistä potilasta on potilaslain 7 §:n mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jos hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Lapsen perusoikeuksien rajoittamiseen vanhempien suostumuksella on kuitenkin suhtauduttava pidättyvästi.

Oikeusasiamies on päätöksissään (esim. 2598/4/12 ja 2777/4/12) ottanut kantaa alaikäisten yhteydenpidon rajoittamiseen. On pohdittu muun muassa suostumuksen pätevyyttä eli kykeneekö nuori antamaan suostumuksensa, ymmärtääkö hän suostumuksen sisällön ja perustuuko suostumus todella vapaaehtoisuuteen vai onko ”pakko” suostua. Kun alaikäinen on saavuttanut potilaslain 7 §:ssä tarkoitetun kypsyyden ja kykenee päättämään hoidostaan, hän voi lähtökohtaisesti antaa pätevän suostumuksen sellaiseen perusoikeuden rajoitustoimenpiteeseen, joka voidaan ylipäätään tehdä suostumuksenvaraisesti.

Oikeusasiamies on todennut, ettei yhteydenpidon rajoittamisena voida pitää sellaista menettelyä, jossa kysymys on kasvatukseen liittyvästä sääntöjen asettamisesta. Hän pitää hyväksyttävänä kasvatukseen liittyvänä sääntönä esimerkiksi sellaista menettelyä, jossa lasten matkapuhelimen käyttöä rajoitetaan öiseen aikaan, mikäli näin turvataan lapsen tarvitsema riittävä lepo yöllä. Oikeusasiamies katsoo, että muita tällaisia hyväksyttäviä kasvatukseen kuuluvia puhelimen käyttöön

liittyviä rajoituksia voidaan antaa muun muassa, kun lapsi käy koulua tai osallistuu laitoksen ohjattuun toimintaan. Kysymys on tällöin tavanomaisista kasvatukseen liittyvistä käyttäytymissäännöistä.

Lapsen yhteydenpidon rajoittamisessa on huomioitava, että MTL 24 §:n 4 momentin mukaan yhteydenpidon rajoittamista koskevaan päätökseen saa hakea muutosta 12 vuotta täyttänyt alaikäinen itse sekä hänen huoltajansa, edunvalvojansa tai muu laillinen edustajansa sekä muu asianosainen, jonka yhteydenpitoa lapseen päätöksellä on rajoitettu.

Tämä muistio on valmisteltu Valviran ja aluehallintovirastojen, erityisesti Etelä-Suomen aluehallintoviraston yhteistyönä.

4. Millaisissa tilanteissa potilaan yhteydenpitoa on jouduttu rajoittamaan osastolla?

5. Millaiseksi kuvaat onnistuneen yhteydenpidon rajoittamistilanteen potilaan kanssa?

Ympyröi yksi vastausvaihtoehto.

6. Kuinka kauan olet työskennellyt psykiatrian parissa?

A) 0-4 vuotta

B) 4-8 vuotta

C) Enemmän kuin 8 vuotta

Kiitos vastauksista!

SAATEKIRJE**SAATEKIRJE**

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ammattitutkintojen koulutuksissa. Opinnäytetyömme aiheena on yhteydenpidon rajoittaminen psykiatrisen potilaan akuutissa hoitotyössä. Opinnäytetyömme toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Toivomme että tutkimuksen avulla voisimme parantaa yhteneväisiä ja selkeitä linjauksia koskien yhteydenpidon rajoittamista sairaaloiden psykiatrisen hoidon osastoilla.

Koska opinnäytetyömme on tarkoitus toteuttaa tutkimuksellisesti, haluaisimme nyt kutsua teidät osallistumaan kyselylomakkeemme täyttämiseen. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeiden vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti eivätkä vastaajien tiedot tule esiin julkisesti.

Tutkimuksen tekemiseen on hankittu asianmukainen lupa. Toivoisimme että täytetyt kyselylomakkeet palautettaisiin vastauskuoressa --- mennessä.

Opinnäytetyömme ohjaajina toimii Hanna Naakka sekä Leena Packalén Hämeen ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme tullaan julkaisemaan myöhemmin osoitteessa www.theseus.fi.

Kiitos yhteistyöstänne.

Ystävällisin terveisin,

Kaisu Rinne ja Assi Yläräkkö, Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK