

KYSELYLOMAKE TUOTTEENA POTILAIEN FYYSISEN  
RAJOITTAMISEN LAADUN KEHITTÄMISEKSI

Tiina Kummala  
Laura Toropainen  
Opinnäytetyö, syksy 2011  
Diakonia- ammattikorkeakoulu  
Oulun toimipaikka  
Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Kummala, Tiina & Toropainen, Laura. Kyselylomake tuotteena potilaiden fyysisen rajoittamisen laadun kehittämiseksi. Oulu, syksy 2011, 62 s., 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kyselylomake, jonka avulla on mahdollista kerätä tietoa potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Fyysisen rajoittamisen käsitteellä tarkoitetaan opinnäytetyössä fyysistä väliintuloa ja kiinnipitoa, eristämistä muista potilaista sekä leposide-eristystä.

Tarve opinnäytetyölle nousi esiin työelämän yhteistyötaholta, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelta. Toiveena oli saada työväline potilaiden kokemusten keräämiseen fyysisestä rajoittamisesta ja tämän kautta hoitotyön laadun kehittämiseen.

Kyselylomake tuotteena potilaiden fyysisen rajoittamisen laadun kehittämiseksi - lomake eteni tuotteen toimintaympäristön kartoittamisesta tuotteen ideointiin ja suunnitteluun. Kyselylomakkeen kehittämisessä ja siihen asetettujen kysymysten valikoinnissa teimme tiivistä yhteistyötä työelämän edustajan kanssa.

Testauksen avulla selvitimme kyselylomakkeen toimivuutta. Testaus toteutettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen kahdella akuutilla aikuisosastolla. Vastauksia kyselylomakkeeseen kerättiin potilailta fyysisen rajoittamisen jälkeen (n=4). Testauksen yhteydessä kyseenomaisten osastojen hoitajilta pyydettiin palautetta lomakkeen täytettävyydestä (n=12) ja toimivuudesta sekä kehittämisideoista.

Asiasanat: psykiatrinen hoitotyö, tahdosta riippumaton hoito, fyysinen kiinnipitäminen, eristäminen, leposidehoito, aggressiivisuus

## ABSTRACT

Kummala, Tiina & Toropainen, Laura. A questionnaire as a product to improve the quality of physical restraining of patients. Oulu, Autumn 2011, 62 p., 4 appendices. Diaconia University of Applied Sciences, Diak North, Oulu. Degree Programme in Nursing, Degree: Registered Nurse

The goal of this thesis was to produce a questionnaire that enables the gathering of information from the patients about experiences of physical restraining. In this thesis the concept of physical restraining stands for physical intervention and adherence, seclusion from other patients and limb restraint isolation.

The need for the thesis came up from a co-operating organization from the working life, the psychiatric division of the Northern Ostrobothnia Hospital District, Finland. The wish was to get a tool for gathering experiences from the patients of physical restraining and by this to improve the quality of nursing.

The questionnaire as a product to improve the quality of physical restraining of patients proceeded from charting the operational environment of the product to generating an idea of and planning the product. We collaborated intensively with an advocate from the working life in developing the questionnaire and choosing the questions placed in the questionnaire.

By testing we found out the functionality of the questionnaire. Testing was carried out in two acute adult psychiatric wards in the psychiatric division of the Northern Ostrobothnia Hospital District. The answers to the questionnaire were gathered from the patients after the physical restraining (n=4). Feedback on the completion and functionality of the form and ideas for development (n=12) were gathered from the ward's nurses after the testing.

Key words: psychiatric nursing, involuntary treatment, physical adherence, seclusion, limb restraint treatment, aggression

# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	5
2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ JA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	6
3 PSYKIATRISEN POTILAAN TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO.....	8
3.1 Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus hoitotyössä.....	10
3.2 MAPA-toimintamalli: väkivaltilanteiden ja aggression hallinta.....	14
3.3 Eristäminen ja sitominen psykiatrisessa hoitotyössä.....	18
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	23
5 KYSELYLOMAKE TUOTTEENA.....	24
5.1 Kyselylomakkeen ideointi ja suunnittelu.....	25
5.2 Kyselylomakkeen kehittäminen ja viimeistely.....	28
5.3 Kyselylomakkeen toimivuuden testaus.....	31
5.4 Potilaan suostumuksen pyytäminen kyselyn tekemiseen.....	32
5.5 Hoitohenkilökunnan palaute kyselylomakkeen toimivuudesta.....	33
6 POHDINTA.....	38
6.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	40
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	42
6.3 Tuotteen arviointi.....	44
6.4 Jatkokehittämishaasteet.....	45
LÄHTEET.....	46
LIITE 1 SAATEKIRJE.....	52
LIITE 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET POTILAILLE.....	53
LIITE 3 LAIT.....	56
LIITE 4 PALAUTELOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE.....	59

## 1 JOHDANTO

Toisinaan itsetuhoisten tai väkivaltaisten potilaiden psykiatrisessa hoidossa joudutaan turvautumaan rajoituksiin ja pakkotoimiin. Tämä kertoo siitä, että ongelmien ehkäisy ja aiempi hoito eivät ole olleet riittäviä. (Rovasalo & Jüriloo 2011.) Pakkotoimien käyttöä psykiatrisissa hoitolaitoksissa on perusteltu tarpeena hoitaa, suojella ja kontrolloida potilasta (Hentinen, Ilja & Mattila 2009, 123). Keinoja vähentää pakkotoimia ja lisätä ihmisten autonomiaa psykiatriassa on tutkittu viime vuosikymmenen aikana paljon ja aihe on herättänyt keskustelua ja eettistä pohdintaa (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010).

Pohjois-Pohjanmaan psykiatrian tulosalueella oli toiveena saada työväline, jolla kerätä tutkimustietoa potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Tästä toiveesta nousi opinnäytetyön idea tehdä kyselylomake potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Kyselylomaketta lähdettiin työstämään yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Kyselylomakkeella kerätyn tiedon avulla olisi mahdollista kehittää ja parantaa hoitotyön laatua sekä hoidollista rajoittamista. Laadulla tarkoitetaan yleisesti palvelun sopivuutta, hyväksyttävyyttä, kelvollisuutta asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin nähden sekä palvelun vakioisuutta ja virheettömyyttä (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 50).

Opinnäytetyö on kyselylomake, jonka toimivuutta ja käyttömahdollisuuksia testattiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen kahdella suljetulla akuuttihoiton aikuisosastoilla. Testauksen yhteydessä kerättiin hoitajilta palautetta kyselylomakkeen toimivuudesta ja täytettävyydestä sekä kehittämisideoista.

## 2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖ JA MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Mielenterveys on voimavara sekä ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyvä kehitysprosessi. Koettu psyykkinen hyvinvointi vaihtelee elämäntilanteiden ja ajan mukaan. Niin ympäristö kuin fyysiset ja perinnölliset tekijät vaikuttavat mielenterveyteen ja sen rakentumiseen. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000,13.)

Mielenterveyshoitotyö pitää sisällään kolme eri tasoa: mielenterveyttä edistävän, ennaltaehkäisevän sekä korjaavan tason. Mielenterveyshoitotyön tavoitteena on edistää mielenterveyttä ja tunnistaa riskit mahdollisimman varhain, antaa kriisihoitoa ja psyykkistä ensiapua, palauttaa sekä parantaa mielenterveyttä. Tärkeä osa mielenterveyshoitotyötä on psyykkisen sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja elämänlaadun kohentaminen. Mielenterveyshoitotyötä tekevän hoitajan tulee nähdä mielenterveyshoitotyö laajalti ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia lisäävänä työnä, jossa painotetaan vahvuuksia ja voimavaroja sekä vahvistetaan selviytymistä ja lisätään ulkoisia suojaavia tekijöitä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 16.)

Ottamalla käyttöön käsite ”positiivinen mielenterveys” (Bradburn 1965) on haluttu korostaa mielenterveyden eroa mielen sairaudesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007). Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu hyvinvoinnin kokemus ja se ohjaa ajattelua pois ongelma- ja sairauslähtöisestä näkökulmasta. Positiivinen mielenterveys on hyvän elämän perusta ja se mahdollistaa täysipainoisen ja mielekkään elämän. (Kuhanen ym. 2010, 17.)

Mielenterveyden edistämällä pyritään vahvistamaan positiivista mielenterveyttä. Keskeistä mielenterveyden edistämisessä on terveyttä hoitava lähestymistapa. Mielenterveyden edistämistyössä pyritään löytämään yleisiä tapoja, joilla edistetään kaikkien ihmisten terveystekijöitä sen sijaan, että eroteltaisiin riskiryhmiin kuuluvia ihmisiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

Vaillant (2003) on tiivistänyt näkemyksensä positiivisesta mielenterveydestä kuuteen eri näkökulmaan. Ensimmäisen näkökulman mukaan positiivisen mielenterveyden empiiristä, yksilökohtaista mittausta tulisi kehittää, jotta mielenterveyden häiriöitä voitaisiin ennaltaehkäistä. Toinen Vaillant'n positiivista mielenterveyttä kuvaava näkökulma liittyy humanistiseen ja positiiviseen psykologiaan, jossa lähtökohtana on painottaa yksilön kapasiteetin täyttämistä ja kehittämistä. Kolmas Vaillant'n positiivisen mielenterveyden näkökulmista nojaa Eriksonin kehitysteoriaan ja siinä erityisesti aikuisen sosiaaliseen kehitykseen. Vaillant'n mukaan Eriksonin teorian oletuksena on, että suurempi kypsyyden kuvastaa parempaa mielenterveyttä. (Vaillant 2003, 1373–1384.)

Vaillant'n neljännen näkökulman mukaan empiiriset tutkimukset ovat osoittaneet sosiaalis-emotionaalisen älykkyyden merkityksen positiivisen mielenterveyden näkökulmassa. Viides Vaillant'n positiivisen mielenterveyden näkökulma liittyy subjektiiviseen hyvinvointiin ja kuudennen näkökulman mukaan positiivisen mielenterveyden määrittelee taipumus reagoida stressaaviin tilanteisiin. (Vaillant 2003, 1373–1384.)

Menestyksekkäältä mielenterveyden edistämistyöltä vaaditaan rajoja ylittäviä toimia. Mielenterveyden edistämistyöllä ei vaikuteta ainoastaan yksilön mielenterveyteen vaan kohentunut mielenterveys luo heijastusvaikutuksia. Nämä heijastusvaikutukset näkyvät muun muassa vähentyneenä alkoholin ja huumeiden käyttönä. Heijastusvaikutukset näkyvät myös kohentuneena työkykenä ja tuottavuutena sekä ruumiillisen terveyden muodossa, koska masennus ja muut mielenterveyden häiriöt ovat riskitekijöitä useille ruumiillisille sairauksille kuten diabetekselle ja sydänsairauksille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

### 3 PSYKIATRISEN POTILAAN TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Peruslähtökohtana mielenterveystyössä on potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa kunnioittaminen. Jos potilas ei esimerkiksi ymmärrä olevansa sairas, hän on yhteistyökyvytön eikä hänellä ole todenmukaista kuvaa hoidon tarpeestaan ja ongelmiansa vaikeusasteesta, näiden periaatteiden mukaan ei aina ole mahdollista toimia. (Kuhanen ym. 2010, 69.)

Ihmisen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja vapauteen puuttuminen tulee aina perustua lakiin. Tahdosta riippumattomasta hoidosta ja hoitotoimenpiteistä säädetään erikseen laissa: mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta mielenterveyslaissa (1116/1990) (LIITE 3) ja laissa mielenterveyslain muuttamisesta (1423/2001) sekä päihdehuoltolaissa (41/1986). (Kuhanen ym. 2010, 69–70.) Suomen perustuslaissa (1999) (LIITE 3) säädetään jokaisen ihmisen oikeudesta henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Lain mukaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen tai vapauteen ei saa puuttua ilman laissa säädettyjä perusteita. (Suomen perustuslaki 1999.)

Vaikka asiantuntijat pitäisivät jotakin hoitoa potilaalle välttämättömänä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) (LIITE 3) antaa potilaalle oikeuden kieltäytyä hoidosta. Psykiatrisia potilaita voidaan kuitenkin tietyissä tilanteissa hoitaa siitäkin huolimatta, että potilas kieltäytyisi hoidostaan (joko kokonaan tai osittain). Suomen mielenterveyslaissa (1990) (LIITE 3) on määritelty ne tilanteet, joissa potilaan tahto hoitopäätöksen teossa voidaan ohittaa. Tällöin puhutaan ”tahdosta riippumattomasta hoidosta”. Jos potilas kieltäytyy hoidosta selvästi tai potilaan mielipidettä hoidosta ei saada selvitettyksi, on hoitoon ryhtyminen tällöin tahdosta riippumatonta hoitoa. Sanaa pakkohoito voidaan käyttää tahdosta riippumattoman hoidon synonyyminä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 120.)



Tahdosta riippumattoman hoidon käyttö voi aiheuttaa hoidollisen ristiriidan, koska pakon käytöstä seuraa usein hoidon kannalta tärkeä luottamussuhteen järkkäminen (Suomen mielenterveysseura 2001, 31). Jos potilas vastustaa hoitoa, vuorovaikutukseen ja ympäristöön perustuva hoito ei ehkä silloin ole tarpeeksi tehokasta. Vaikka tahdosta riippumattomalla hoidolla parannettaisiinkin potilaan mielenterveydentilaa, eivät saavutetut edut ehkä riitä korvaamaan pakon käytön tuottamia haittoja: vapauden menetystä ja koskemattomuuden loukkaamista. Juuri mahdollisten haittavaikutusten takia tahdosta riippumattomasta hoidosta on säädetty Suomen mielenterveyslaissa (LIITE 3). (Välimäki ym. 2000, 121.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen edellyttää toimenpiteitä kolmessa portaassa. Ensimmäisen portaan muodostavat lähettävän lääkärin tutkimus ja sen perusteella laadittu lääkärinlausunto eli tarkkailulähete (MI). Mikäli lausunnossa on todettu, että hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa, potilas voidaan tarkkailulähetteen perusteella ottaa psykiatriseen sairaalaan enintään neljän päivän ajaksi. Tämän ajan kuluessa on tarkkailusta vastaavan lääkärin laadittava kirjallinen lausunto tarkkailussa olevasta potilaasta (MII) ja varsinainen päätös (MIII), jonka laatii sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava lääkäri tai muu tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri. (Hakola 2008, 302–303.) Ennen päätöksen tekoa on selvitettävä tarkkailuun määrätyn oma mielipide (Pylkkänen ym. 2010).

Tahdosta riippumaton hoito voi kestää enintään kolme kuukautta. Jos tahdosta riippumattoman hoidon jatkaminen on välttämätöntä tämän jälkeenkin, on potilaasta tehtävä uusi tarkkailulausunto. Tämän jälkeen tahdosta riippumaton hoito voi jatkua korkeintaan kuusi kuukautta. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011.)

Tuohimäen (2007) tekemässä tutkimuksessa pakon käytöstä psykiatristen potilaiden sairaalahoidossa selvisi, että Suomessa vapauden rajoittaminen psykiatrisessa hoidossa on yleistä ja tahdosta riippumattoman hoidon osuus on korkea verrattessa kansainvälisiä tilastoja. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ajettiin kuitenkin potilaan hyvää (tarve hoidolle tai halu suojata potilasta

vahingoittamasta itseään). Vain harvoin käytettiin vaarallinen muille -kriteeriä tahdosta riippumattoman hoidon perusteena. Tahdonvastaista hoitoa käytettiin samalla lailla sukupuolten välillä, mutta miehiä eristettiin ja rajoitettiin enemmän. (Tuohimäki 2007, 58–92.)

Osa hoidonaikaisista tahdosta riippumattomista hoitokeinoista on selvärajaisia ja helposti havaittavia esimerkiksi lääkkeiden anto fyysistä voimaa käyttäen, eristys ja lepositeiden käyttö. Osa pakosta on kuitenkin hienovaraisempaa ja piiloutuu normaalitoimintaan, kuten erilaiset kiellot ja rajoitukset. Pakon käyttöä ovat myös tilanteet, joissa potilas saa ”valita” johonkin asiaan suostumisen ja kyseisien asian pakolla tapahtumisen välillä. Tahdosta riippumaton hoitopäätös ei kuitenkaan oikeuta hoitotoimiin potilasta kuulematta. Esimerkiksi lääkkeitä kieltäytymisen syynä voi olla realistinen sivuvaikutusten pelko. Tämän vuoksi on tärkeää perehtyä hoidosta kieltäytymisen syihin. Lisäksi tulisi arvioida, missä määrin potilas on kykenevä arvioimaan tarjotun hoidon merkitystä ja etuja. (Välimäki ym. 2000, 128.)

### 3.1 Aggressiivisuus ja väkivaltaisuus hoitotyössä

Aggressiivisuus voi ilmetä verbaalisena tai fyysisenä uhkailuna tai hyökkäyksenä. Se voi olla joko suoraan tai epäsuoraan kohdistuvaa. (Viemerö 2006.) Aggressiivisuuteen liittyy käyttäytymisen lisäksi vihamielisiä ajatussisältöjä ja tunteita. Tällaisia tunteita ovat vihan ja pelon tunteet, jopa mielihyvän ja ilon kokeminen. Aggressiivinen käyttäytyminen tähtää toisen ihmisen tai ympäristön psyykkiseen tai fyysiseen vahingoittamiseen. (Weizmann-Henelius 1997, 17.) Aggressiivisuus sekä kyky aggressiiviseen käyttäytymiseen ovat yksilön myötäsyttyisiä ominaisuuksia. Väkivalta ja väkivaltaisuus taas puolestaan ovat vuorovaikutuksellisia ilmiöitä. Tarvitaan objekti, jota kohtaan yksilön aggressiivisuus kohdistuu, jotta voidaan puhua väkivallasta. (Schulman 2004.)

Aggressiivisella käyttäytymisellä ihminen voi hakea tyydytyksen tunnetta ja väkivaltaisuus kohdistuuakin useimmiten siihen, jonka nähdään olevan pettymyksen aiheuttajana tai tyydytyksen esteenä. Tällainen väkivallan kohde voi olla jostakin syystä haluttu kohde, kilpailijaksi koettu, moraalinen tai muu kieltäjä ja rajoittaja. Vaikka ihmisellä on taipumus haluun vahingoittaa aggressiivisten ajatusten kohdetta, on ihmisen mahdollista olla toimimatta tuntemusten mukaisesti. Tällaisissa tilanteissa on myös usein kyse ihmisen kyvykkyydestä hillitä voimakkaita ylläkkeitä. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 88)

Keiskin (2008) tekemässä tutkimuksessa potilaat kokivat, että aggressiivisen purkauksen positiivisena seurauksena oli se, että sai lisää huomiota. Aggressiivisuuden takana oli sairaus tai sen oireet, sietämätön paha olo tai lapsuuden vaikeat kokemukset. Paha olo purkautui, jos potilas koki joutuneensa provosoiduksi rajoitusten tai vuorovaikutuksen seurauksena tai jos hän koki minuutensa uhatuksi. Minuutta uhkaaviksi koettiin arvottomuuden ja avuttomuuden tunteet. Luottamuksellinen hoitosuhde auttoi potilaita rakentamaan käyttäytymistään vähemmän aggressiiviseen suuntaan. Hoitajan taito ottaa tapahtumat ja siihen liittyvät tunteet puheeksi, koettiin merkitykselliseksi. Palautteen avulla potilasta autettiin tunnistamaan itsessään aggressiivisuutta aiheuttavia tunteita ja tilanteita. (Keiski 2008, 42–43.)

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin, joita ovat skitsofrenia, maanisdepressiivisyys ja psykoottinen masennus sekä älylliseen kehitysvammaisuuteen liittyy neljä- ja puolikertainen väkivaltarikosriski yleisväestöön verrattuna. Skitsofrenian kanssa samanaikaisesti esiintyvä alkoholismi lisää väkivaltarikosriskiä 25-kertaiseksi. (Tiihonen 2004.) Aggressiivisuutta kuvataan eri diagnooseissa eri tavoin, esimerkiksi epäsosiaalisessa persoonallisuushäiriössä alhaisena kynnyksenä väkivaltaiseen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen tai alhaisena kyynä sietää turhautumista. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriössä tai impulsiivisessa häiriötyypissä kuvataan aggressiivisuutta taipumuksena käyttäytyä riitaisasti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden kanssa. Näihin liittyy myös alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä. (Taipale & Välimäki 2002, 169.)

Mikäli potilas käyttäytyy uhkaavasti tai uhkailee avoimesti, tulisi ensin pyrkiä selvittämään potilaan käyttäytymisen syyt lähestymällä häntä asiallisen neutraalisti. Aggressiivisuuden ennakointi edellyttää sitä, että hoitajat tunnustavat potilaan tunteet samalla kun hänelle osoitetaan, että kiukku ja viha ovat oikeutettuja tunteita. Aggressiivisuuteen taipuvaisille potilaille on myös hyvä opettaa sosiaalisia taitoja, sillä niiden puute on monesti syynä aggressiiviselle käyttäytymiselle. Potilasta voidaan tukea ilmaisemaan näin paremmin tunteitaan keskustelun avulla kun potilaan kyvyt vuorovaikutukseen ovat paremmat. (Taipale & Välimäki 2002, 172.)

Potilaalle voidaan antaa vaihtoehto aggressiolle tarjoamalla muuta tekemistä kuten musiikin kuuntelua tai ohjaamalla hänet rauhalliseen paikkaan. Vaikean paikan tullen muita keinoja ovat myös ratkaisuvaihtoehtojen ja kompromissien tarjoaminen potilaalle. Tärkeää olisi taata potilaalle omanarvon tunteen säilyminen esimerkiksi tarjoamalla potilaalle kunniallinen ulospääsy tilanteesta. Potilaan levotonta ja aggressiivisuuteen johtavaa käyttäytymistä vähentävät selkeiden rajojen asettaminen ja päiväohjelman tarjoaminen. On myös tärkeää, että potilaalle kerrotaan selkeästi, mikä ei ole hyväksyttävää ja millaista käyttäytymistä häneltä odotetaan. (Taipale & Välimäki 2002, 172–173.)

Pitkäsen, Välimäen ja Laijärven (2005) tekemässä Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä - tutkimuksessa hoitajat kuvasivat, että väkivaltaa laukaisevat tekijät liittyivät usein potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen. Tällaisia tilanteita olivat muun muassa tahdosta riippumaton sairaalaan tulo sekä tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden suorittaminen. Myös hoitajien ammatillisuuden puuttuminen vuorovaikutuksessa potilaan kanssa oli väkivaltaa laukaiseva tekijä. Hoitajiin kohdistuva väkivalta ilmeni verbaalisena ja fyysisenä väkivaltana. Verbaalinen väkivalta ilmeni uhkaamisena ja haistatteluna. Fyysinen väkivalta ilmeni hiuksista repimisenä, raapimisenä, lyömisenä, puremisenä, päälle karkaamisena, potkimisenä, kuristamisena ja jopa aseella uhkaamisena. Hoitajat käyttivät erilaisia keinoja väkivaltatilanteen hallinnassa. Näitä keinoja olivat keskustelu, jotta potilas saataisiin rauhoittumaan, lähenkilökunnan

kutsuminen paikalle, potilaan lääkitseminen tai eristäminen sekä poistuminen väkivaltilanteesta. (Pitkänen, Välimäki & Laijärvi 2005, 51–52.)

Osastohoidossa on monenlaisia keinoja hallita potilaan aggressiivisuutta. Suositeltavin tapa hallita potilaan aggressiivisuutta on, että aggressiivisuus ennakoidaan ja puututaan sen kehittymiseen. Potilaan väkivaltaisen tai aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn vaikuttavia tunnistettuja osatekijöitä ovat henkilökunnan kokeneisuus, asenteet ja koulutus sekä yksittäisen työntekijän persoonakohtainen tapa kommunikoida. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä osassa mielenterveyspotilaan ja hoitajan välisessä yhteistyössä. Väkivaltilanteiden ehkäisemisessä vuorovaikutustaidot korostuvat. Tällaiseen hoidolliseen kommunikointiin kuuluvat havainnointitaidot, fyysinen koskettaminen, aktiivinen kuunteleminen, yksityisyyden kunnioittaminen sekä luottamuksellisuus. (Hentinen ym. 2009, 123.)

Ukonmaanahon (2006) tekemässä tutkimuksessa hallitusta hoidollisesta rajoittamisesta psykiatrisessa hoitotyössä käy ilmi, että aggressiivista tai väkivaltaista käyttäytymistä kyettiin pääasiassa ennakoimaan hyvin. Ennakoinnin koettiin auttavan aggression ja väkivallan hallinnassa ja sitä pidettiin tärkeänä. Hoitotyöntekijän asenteella oli myös ennaltaehkäisevä vaikutus aggressiivisuuden ja väkivaltaisuuden syntymiseen. Arvostava ja kunnioittava hoitotyö ennaltaehkäisi aggressiivista tai väkivaltaista käyttäytymistä. (Ukonmaanaho 2006, 59–60.)

Potilaita, jotka olivat aggressiivisia tai väkivaltaisia, pystyttiin hoitamaan tulosten mukaan hyvin käyttäen muita vuorovaikutukseen perustuvia keinoja kuin fyysisistä rajoittamista. Yleisin vuorovaikutuksen keino oli keskustelu. Muita seuraavaksi käytettyjä keinoja olivat hoitajan läsnäolo, tarvittava lääkitys ja vaihtoehtoisen tekemisen tarjoaminen potilaalle, esimerkiksi potilasta tuettiin rauhoittumaan yksin tai ohjattiin johonkin toiseen tilaan. Olennaista tilanteiden hallinnassa oli riittävän henkilökunnan läsnäolon varmistaminen. Vain tarvittaessa potilaan käyttäytymistä hallittiin kontrolloivin keinoin, kuten pitämällä fyysisesti kiinni potilasta tai eristämällä hänet. (Ukonmaanaho 2006, 60–61.)

Työturvallisuuskeskuksen raporttisarjassa (2010) selviää, että terveyden- ja sairaanhoitotyössä aggressiivisuus ja väkivalta tapahtuvat lähes aina työpaikalla ja sen aiheuttajana on potilas. Harvinaista on, että tekijä olisi täysin entuudestaan tuntematon. Uhkailu, joka aiheuttaa pelkoa, on tyypillisin työssä kohdattu aggressiivisuuden muoto. (Työturvallisuuskeskus 2010.) Työpaikkaväkivalta voi ilmetä huutamisena tai fyysisenä loukkaamisena, solvaamisena, sanallisena uhkailuna, lyömisenä, potkimisena, aseella uhkailuna, aseellisena vahingoittamisena tai erilaisten vammojen tuottamisena (Rautjärvi 2004). Useimmiten potilas osoittaa aggressiivisuutta ja hyökkäävyyttä ensin verbaalisesti hoitajan identiteettiä vastaan. Väkivaltaan johtava tilanne voi olla hyvinkin vaihteleva ja ilmentyä pitkään verbaalisena ilmaisuna kärjistyen välillä fyysiseksi väkivallaksi. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1999, 241.)

### 3.2 MAPA-toimintamalli: väkivaltatilanteiden ja aggression hallinta

Väkivaltatilanteiden ongelmanratkaisun voidaan sanoa aikaisemmin perustuneen pääsääntöisesti reaktiiviseen ratkaisumalliin, jossa potilaan näkökulmaa ei ole otettu huomioon ongelman ratkaisussa, vaan potilas on mielletty toimenpiteen kohteeksi. Yleinen ratkaisukeino potilaan väkivaltaisuuteen on ollut potilaan eristäminen huoneeseen tai lepositeisiin. (Hentinen ym. 2009, 122.)

MAPA-lyhenne tulee englanninkielisistä sanoista Management of Actual or Potential Aggression (MAPA-Finland ry i.a). Vapaasti suomennettuna tämä tarkoittaa todellista ja mahdollista aggression hallintaa. Mallin perusarvoihin kuuluu potilaan perusoikeuksien säilyttäminen, arvokkuus ja kunnioitus kohtaamisessa, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, haittojen ja vaaran välttäminen, valinnan vapaus ja vaikutusmahdollisuus, samanarvoisuus sekä alentavan epäinhimillisen kohtelun välttäminen. (Hentinen ym. 2009, 125.) Kyseinen toimintamalli on käytössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, myös psykiatrian tulosalueella. Koulutuksen myötä henkilökunta saa valmiuksia

hallittuun hoidollisen rajoittamiseen ja aggressiivisen henkilön kohtaamiseen. Koulutus sisältää sekä teoriaa että käytännön harjoituksia.

Menetelmän keskeinen idea on väkivaltatilanteiden ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin. Antamalla potilaalle mahdollisuus valita kiihtymystilanteessa tilanteen ratkaisuvaihtoehdoista kaikille osapuolille turvallisesti, kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Tarvittaessa turvaudutaan viimeisenä keinona hallittuun fyysiseen kiinnipitämiseen, jos aggressiiviseen suuntaan kehittyvän käyttäytymisen rauhoittaminen muilla keinoin ei onnistu. Samanaikainen hoidollinen vuorovaikutus ja potilaan luonnollisten liikeratojen hallittu ja kivuton rajaamiseen on kiinnipitämisen perusidea. (MAPA-Finland ry i.a.)

Kiinnipidon tilannetta edeltäneet tapahtumat on hyvä käydä läpi potilaan kanssa itse kiinnipidon jälkeen. Potilaan kiinnipitoon johtanut tilanne, itse kiinnipitotapahtuma sekä sen vaikutus potilaaseen tulisi kirjata mahdollisimman tarkasti potilaan sairauskertomukseen. Kirjaamisen tulisi noudattaa yksikön ohjeiden mukaista käytäntöä. Yksityiskohtaisella kirjaamisella edesautetaan suunnitelmallisuutta potilaan hoidossa ja vahvistetaan näin myös hoidon vaikuttavuutta. Myös työntekijöiden oikeusturvan vahvistamiseksi yksityiskohtainen kirjaus on tärkeä asia. (Hentinen ym. 2009, 128.)

### 3.3 Tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden laadukas toteutuminen hoitotyössä

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilaan hoidossa voidaan käyttää hänen tahdostaan riippumatta sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden

suorittamatta jättäminen vaarantaisi vakavasti potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. (Vähäkylä 2006, 83.)

Terveydenhuollossa joudutaan tekemään potilaan tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä silloin, kun potilas ei kehitystasonsa, vammansa tai sairautensa vuoksi kykene päättämään hoidostaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on laadittu muistio, jonka mukaan potilasta tulee hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisella tavalla. Ei siis ole välttämätöntä, että potilas on tahdosta riippumattomassa hoidossa, jotta hänelle voidaan tehdä hoitotoimenpiteitä hänen tahdostaan riippumatta. Yleisenä ohjeena pidetään kuitenkin pyrkimystä hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen itsensä sekä omaisten kanssa. (Lehestö ym. 2004, 89.)

Lain mukaan määräysten tahdosta riippumattomista hoitotoimenpiteistä tulisi aina perustua lääkärin arvioon. Mikäli tahdosta riippumattomiin hoitotoimenpiteisiin joudutaan turvautumaan hoidosta vastaavan lääkärin poissa olon aikana tai tietämättä, on häntä välittömästi informoitava asiasta, kun tilanne rauhoittuu. Tahdosta riippumatta, ja jopa fyysistä väkivaltaa käyttäen tehdyt toimenpiteet, on pystyttävä perustelemaan hyvin eikä pelkkä tuntemus voimatoimien oikeutuksesta riitä selittämään niiden käyttöä. Toiminnan tulee perustua potilaan edun mukaisuuteen. Henkilökunnalla tulisi olla tietoisuus oman toimintansa laillisista perusteista ja yksittäisen hoitajan tulisi selvittää oman työnsä kannalta esiintyvät potilaan tahdosta riippumatta tehtävät toimenpiteet ja selvittää niiden oikeellisuutta esimieheltään tai työnantajaltaan. Tällä tavoin on mahdollista vähentää tilanteita, joissa henkilökunta epätietoisuuttaan tai pelon vuoksi jättää tekemättä hoitotoimenpiteitä, jotka olisivat välttämättömiä turvaamaan potilaan terveyttä tai joilla olisi mahdollista ehkäistä sivullisten vahingoittuminen. Ongelmatilanteiden selvittämisellä etukäteen on mahdollista välttää myös liiallisen pakon käyttöä ja ylilyöntejä. (Lehestö ym. 2004,89–90.)

Psykiatrissa hoitoa antavissa yksiköissä tulee olla kirjallisena riittävän yksityiskohtaiset ohjeet potilaan itsemääräämisoikeuden rajoitusten toteuttamiselle. Itsemääräämisoikeuden rajoitusten valvonnan ja käytön



seuraamisen turvaamiseksi tulee hoitoyksikössä pitää rajoituksista erillistä luetteloa. (Mielenterveyslaki 1990.)

Tuohimäen (2007) tekemässä tutkimuksessa merkittävin vapauden rajoittamista ennustava tekijä oli psykoosi. Agitaatio (ahdistuneisuus, johon liittyy motorista levottomuutta) tai desorientaatio (tietämättömyys ajankohdasta ja paikasta) olivat yleisin syy eristämiselle. Eristämisellä tarkoitetaan tässä tapauksessa eristämistä huoneeseen tai lepositeisiin. (Tuohimäki 2007, 79–92.)

Tuorin ja Kiikkalan (1999–2002) tekemässä selvityksessä tuli esille, että psykiatrisessa sairaalahoidossa eristäminen oli yleisin kirjattu pakkotoimi sairaalahoidon aikana. Noin kahdeksan prosenttia kaikista potilaista eristettiin vuosittain. Lepositeisiin asettaminen oli hieman vähemmän käytetty pakkotoimi: Vuosittain noin viisi prosenttia kaikista psykiatrisista sairaalapotilaista laitettiin lepositeisiin. Vastentahtoista injektio-lääkitystä sai kolme prosenttia kaikista potilaista ja kahta prosenttia pidettiin fyysisesti kiinni. (Tuori & Kiikkala 2004.)

TAULUKKO 1. Koko Suomessa tehdyt tahdosta riippumattomat hoitotoimenpiteet vuosina 2005 ja 2009

	Vuosi 2005	Vuosi 2009
Eristys	2617	2196
Lepositeiden käyttö	1333	1028
Fyysinen kiinnipitäminen	587	480

(STAKES 2006, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011)

Hoitotyön periaatteiden mukaan toimiminen parantaa hoitotyön laatua. Tutkimuksista voidaan saada sellaista tietoa toiminnan ja hoidon laadusta, jonka avulla voidaan saavuttaa mahdollisimman hyvä hoitotaso. Tärkeä osa hoidon laadun arviointia on potilaan käsitysten ja odotusten selvittäminen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 375.)

Kvistin (2004) tekemässä tutkimuksessa psykiatrian tulosalueen potilaat olivat tyytymättömmimpiä hoidon laatuun kaikilla osa-alueilla, joita olivat yksityisyys, osallistuminen hoitoon, tunne-elämä, fyysinen terveys ja työ-yksikkö. Potilaat mainitsivat hoidon laatua edistäviksi tekijöiksi muun muassa hoidon periaatteiden kuten yksilöllisyyden, turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Hoidon laatua heikentäviksi tekijöiksi muodostuivat muun muassa kiire ja henkilökunnan riittämätön määrä. (Kvist 2004,96–105.)

Mieli 2009–työryhmä on ehdottanut mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistavoitteeksi vuoteen 2015 tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentämisen psykiatrisessa hoidossa. Tahdosta riippumattoman hoidon käyttöä vähentävän ohjelman tarkoituksena on löytää keinoja ja hyviä käytäntöjä pakkohoidon ja pakkotoimien vähentämiseen sekä asenteiden muuttamiseen esimerkiksi sairaaloiden välisen vertaisarvioinnin ja koulutuksen avulla. Ohjelman tavoitteena on vähentää tahdosta riippumattoman hoidon käyttöä Suomessa noin 40 prosentilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21.)

### 3.3 Eristäminen ja sitominen psykiatrisessa hoitotyössä

Pakkoa ja rajoituksia on psykiatriassa perusteltu potilaan hoitamisella ja suojelemisella sekä kontrollin tarpeella (muiden suojeleminen). Eristystä ja lepositeitä käytetään samoista syistä. Eristämisen tai lepositeiden on ajateltu myös auttavan potilasta hallitsemaan psykiatrisia oireitaan kuten aggressiivisuutta tai ahdistuneisuutta. (Kaltiala-Heino 1999, 107.)

Mielenterveyslaissa potilaan eristämistä ja sitomista kutsutaan erityisiksi rajoituksiksi (Stoor 2007, 6). Potilas voidaan mielenterveyslain (1990) nojalla eristää muista potilaista tietyin perustein (LIITE 3) (Vähäkylä 2006, 84). Potilaalle tulisi tehdä selväksi, että hänet voidaan tarvittaessa eristää hänen itsensä tai toisten turvallisuuden vuoksi. Eristäessä (seclusion) potilas viedään tarkoitusta varten suunniteltuun lukittavaan huoneeseen, jossa hän on

tarkkailtavana ja sosiaalisesti eristettynä. Näin hänelle voidaan tarjota turvallinen ympäristö muista erillään, jos hän vaarallinen itselleen tai muille. Eristämisen tarkoitus on vähentää ärsykeitä potilaan ympäriltä, jotta hän pystyisi kontrolloimaan omia tunteitaan ja käyttäytymistä. (Taipale & Välimäki 2002, 173.)

Eristämisen lisäksi potilasta voidaan rajoittaa käyttämällä lepositeitä. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas sidotaan sänkyyn jaloista ja käsistä käyttämällä vöitä. (Taipale & Välimäki 2002, 173.) Leposidehoitoa toteutettaessa tulisi aina varmistaa sen lääketieteellisesti oikea toteuttaminen. Väärin toteutetusta leposidehoidosta aiheutuneet vahingot voivat olla korvattavia potilasvahinkoja ja potilaan sitomiseen tulee käyttää ainoastaan sellaisia vöitä ja siteitä, jotka ovat tarkoituksenmukaisia. Lepositeiden käytölle ei aina ole selkeitä lääketieteellisiä indikaatioita ja niiden käyttö heijastaa ennemminkin puutteellisuutta terveydenhuollon toimintayksikön valvontaresursseissa. Lepositeiden virheellinen käyttö tai niiden käyttämättä jättäminen voivat johtaa korvattavan potilasvahingon syntymiseen. (Kaivola & Lehtonen 2002.)

Hoitava lääkäri päättää potilaan eristämisestä ja sitomisesta tekemänsä tutkimuksen perusteella. Hoitohenkilökuntaan kuuluva saa kiireellisissä tapauksissa tilapäisesti eristää tai sitoa potilaan, jonka jälkeen asiasta on viipymättä ilmoitettava lääkärille. Potilaan sidottuna pitäminen, eristäminen tai kiinnipitäminen on lopetettava heti, kun sitä ei enää pidetä välttämättömänä. Potilasta hoitavan lääkärin tulee arvioida sidotun tai eristetyn potilaan tila niin useasti kuin potilaan terveydentila edellyttää sekä tehtävä päätös toimenpiteen lopettamisesta tai jatkamisesta. (Vähäkylä 2006, 84.)

Silloin kun potilas on määrätty sidottavaksi tai eristettäväksi, tulee hänelle samalla määrätä vastuuhoidtaja, jonka tulee huolehtia, että potilas toimenpiteen aikana saa riittävää hoitoa ja huolenpitoa sekä mahdollisuuden keskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee seurata sidottua tai alaikäistä potilasta olemalla näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Potilaan ollessa huone-eristyksessä tulisi huoneessa käydä 15 minuutin välein

katsomassa potilasta. Eristyksestä pidettävään kirjanpitoon tulisi kirjata potilaan psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen vointi. (Vähäkylä 2006, 84.)

Potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle on ilmoitettava, jos potilaan eristäminen kestää yli 12 tuntia ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta. Potilaiden eristämistä ja sitomisista on toimitettava ilmoitus aluehallintovirastolle kahden viikon välein. Ilmoituksessa on mainittava potilaan tunnistetiedot ja tiedot tehdystä toimenpiteestä ja sen syystä sekä lääkärin nimi, joka on määrännyt tehtävän toimenpiteen. (Mielenterveyslaki 1990.)

Kun eristys päätetään lopettaa, tulisi henkilökunnan pitää jälkiselvittely eristyksen kokeneen potilaan tai koko osaston potilaiden kesken. Omahoitajan ja potilaan välisen suhteen haavoittumisen kannalta omahoitajan osallistumista eristämiseen tulisi välttää. (Vähäkylä 2006, 85.)

Ala-Ahon, Hakon ja Saarenon artikkelissa vastentahtoisten eristämisten vähentämisestä psykiatrisella osastolla tarkasteltiin erään psykiatrisen akuuttiosaston eristämistapahtumia vuosina 1999–2000. Kehittämistyön lähtökohdana olivat tämän osaston aiemmat suuret eristämisluvut. Tavoitteena oli saada eristämistilanteita vähenemään kehittämistyön avulla. Ennen kehittämistyön alkua eristyksiä suoritettiin osastolla yli sata kertaa vuodessa. Vuosina 1999–2000 määrä pieneni 55:stä 24:ään vuotta kohden, vaikka osastolle tahdosta riippumattomaan hoitoon tulleiden määrä lisääntyi samanaikaisesti suhteessa potilaspaikkoihin. (Ala-Aho, Hakko & Saarento 2003.)

Eristämistilanteiden vähenemiseen vaikutti omalta osaltaan tilanteiden ennaltaehkäisy. Jos vaan ajallisesti oli mahdollista, jokaista tilannetta harkittiin ensin työryhmässä. Läsnäololla rauhoittamista, keskustelua ja lääkitystä käytettiin ehkäisevinä toimenpiteinä. Eristämisen sijasta itsetuhoisesti käyttäytyviin kohdistettiin 100 % valvontaa aina kun se oli turvallista. Osastojen viikko-ohjelma strukturoitiin vastaamaan potilaiden toiminnallisia ja hoidollisia tarpeita sekä jäsentämään paremmin päivä- ja viikkorytmiä. (Ala-Aho ym. 2003.)

Henkilökunnan koulutukseen sekä yhteistyön ja toimintatapojen selkeyttämiseen panostettiin kehittämistyön aikana. Koulutus painottui väkivaltaisesti ja aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutustaitoihin ja se tuki niin yksilö- kuin työryhmätasolla kehittämistyötä. (Ala-Aho ym. 2003.)

Keski-Valkaman tekemässä tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella huone-eristysten ja lepositeiden käyttöä kansainvälisellä, kansallisella ja yksilötasolla. Tutkimuksessa selviää, että pakkotoimenpiteet ovat edelleen yleisesti käytössä länsimaisessa psykiatriassa. Niiden valinnassa ja määrissä on huomattavia eroja maiden välillä. Suomi asettui kansainvälisessä vertailussa keskivaiheille lepositeiden ja huone-eristysten käytössä. Tutkimuksessa selvisi myös, että lainsäädäntö yksinään ei riittänyt merkittävästi vaikuttamaan pakkotoimien käyttöön. (Keski-Valkama 2010, 18–60.) Donatin (2003) analyysin myötä saatiin eristäminen ja rajoittaminen vähenemään 75 prosenttia viiden vuoden seuranta-ajalla, kun käyttöön otettiin hallinnollinen seuranta- ja palautemenettely. Käymällä läpi eristämisen ja rajoittamisen käyttöä säännöllisesti, löydettiin ne kriittiset tapaukset, joissa kynnsarvo ylittyi, ja tämän johdosta käynnistettiin kliininen ja hallinnollinen tapauksen selvittely. (Donat 2003)

Potilaan väkivaltainen käyttäytyminen itseä tai muita kohtaan oli sairaaloiden ilmoitusten mukaan yleisin huoneeseen tai lepositeisiin eristämisen syy (Kaltiala-Heino 1999, 147). Potilaan fyysistä rajoittamista tulisi käyttää vasta viimeisenä hoitokeinona aggressiivisuuden hallitsemiseksi ja se tulisi nähdä eräänlaisena tehohoitona väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Psykiatrisen hoitotyön organisaatio sekä hoitajien asenteet ja käsitykset psykiatrisesta hoitotyöstä vaikuttavat siihen, kuinka eristäminen ymmärretään hoitomuotona ja miten sitä käytetään. (Taipale & Välimäki 2002, 173.)

Potilaiden kokemukset eristämisestä ja sitomisesta ovat usein negatiivisempia kuin henkilökunta yleensä olettaa. Eristäminen ja sitominen koetaan valtaosin negatiivisena tapahtumana, nöyryytyksenä, rangaistuksena ja raivoa ja pelkoa herättävänä kohteluna. (Kaltiala-Heino 2009.)

Mayersin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa mielenterveyspalveluiden käyttäjien kokemuksista lääkkeillä rauhoittamisesta, eristämisestä ja rajoittamisesta suurin osa vastanneista (78 prosenttia) koki eristämisen rangaistuksena. Rauhoittaminen lääkkeillä oli yleisimmin käytetty hallinnan keino. Kaikki vastanneet kokivat rajoittamisen ja eristämisen ahdistavampana kuin lääkkeillä rauhoittamisen riippumatta henkilökohtaisista kokemuksista tai asuinpaikasta. (Mayers, Keet, Winkler & Flisher 2010, 66.)

Koiviston (2003) tekemästä tutkimuksesta kävi ilmi, että lepositeisiin joutuneet potilaat kokivat sen pakottamisena, alistamisena ja rangaistuksena. Leposidehoito aiheutti nöyryytetyksi tulemisen ja avuttomuuden tunteita sekä lisääntyviä pelkoja. Lepositeisiin joutumisen syyt jäivät potilaille osin epäselviksi ja selittämättömiksi, mutta potilaat ymmärsivät olleensa huonossa kunnossa kun heidät eristettiin lepositeisiin. (Koivisto 2003, 58.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kyselylomake potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Tavoitteena jatkossa on kehittää hoitotyön laatua fyysisen rajoittamisen tilanteissa kyselylomakkeella saatavan tiedon avulla.

Kyselylomaketta lähdettiin työstämään yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Kyselylomakkeen toimivuutta ja käyttömahdollisuuksia testattiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen kahdella suljetulla akuuttihoiton aikuisosastoilla. Testauksen yhteydessä kerättiin hoitajilta palautetta kyselylomakkeen toimivuudesta ja täytettävyydestä sekä kehittämisideoista.

## 5 KYSELYLOMAKE TUOTTEENA

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteen ensisijaisia käyttäjiä ja hyödyn saajia eivät aina ole asiakkaat, vaan asiakas saa hyödyn välillisesti palvelujen tuottajien kautta. Palvelun tuottajalla voidaan tarkoittaa esimerkiksi hoitohenkilökuntaa. Otettaessa huomioon sekä asiakkaan, että palvelun tuottajan näkökohdat suunnittelun lähtökohdiksi varmistetaan tuotteen ja sen asiasisällön tarkoituksenmukaisuus. (Jämsä & Manninen 2000, 45.)

Tuotteen tulisi olla selkeästi rajattavissa, hinnoiteltavissa sekä sisällöltään täsmennettävissä. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden tulisi olla välillisesti tai välittömästi sosiaali- ja terveysalan kansainvälisiä ja kansallisia tavoitteita edesauttavia sekä noudattaa alan eettisiä ohjeita. Näin ollen tuotteiden sisältö on sosiaali- ja terveysalan tuotteiden mukainen ja kehitettäessä tuotetta huomioidaan kohderyhmän erityispiirteiden tuoma haasteellisuus. (Jämsä & Manninen 2000, 13–14.)

Kysymyksiä laadittaessa käytetään yleensä kolmea muotoa. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä vastaaja rengastaa tai merkitsee rastin numeroituihin, valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Asteikkoihin eli skaaloihin perustuvissa kysymystyypeissä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Kyselylomakkeen kokeilu on välttämätöntä. Kokeilun avulla voidaan eri näkökohtia, kuten kysymysten määrää, selvyyttä, ymmärrettävyyttä ja järjestystä, tarkistaa sekä korjata kysymysten muotoilua varsinaista tutkimusta varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 198–204.)



## 5.1 Kyselylomakkeen ideointi ja suunnittelu

Ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi käynnistyy, kun on saatu varmuus kehittämistarpeesta, mutta päätöstä ratkaisukeinosta ei ole vielä tehty. Vaihtoehtoilla ja innovaatiolla pyritään ratkaisun löytämiseen juuri niihin organisaatiokohtaisiin ja paikallisiin ongelmiin, jotka ovat juuri sillä hetkellä ajankohtaisia. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Opinnäytetyön ideointi alkoi opinnäytetyön tekijöiden oman mielenkiinnon pohjalta. Työelämän yhteistyökumppani saatiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelta. Yhteistyössä aiheeksi valikoitui fyysinen rajoittaminen. Aihe valittiin yhteistyötahon tarpeiden, aiheen ajankohtaisuuden ja opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon pohjalta. Aihetta alettiin työstämään potilaiden kokemusten näkökulmasta.

Psykiatrian tulosalueella oli toiveena saada työväline, jolla kerätä tutkimustietoa potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Tämä tieto voisi auttaa kehittämään hoitotyön laatua sekä hoidollista fyysistä rajoittamista. Uudenlainen laatuajattelu vaatii toisenlaista suhdetta asiakkaaseen. Asiakas ei ole enää palvelujen passiivinen kohde vaan hänellä on oikeus vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön. Yksi hyvä keino tutustua asiakkaiden toiveisiin on kerätä heiltä säännöllisesti palautetta. Laadun kehittämisessä kaksi tärkeää osaa ovat laadun arviointi ja toimintatapojen muuttaminen. Arvioimalla laatua voidaan löytää ongelmia tai puutteita, joita pyritään korjaamaan toimintatapoja muuttamalla. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri & Lahti 2004, 233–234.)

Fyysistä rajoittamista on käsitelty aikaisemmissa tutkimuksissa lähinnä hoitajien kokemusten näkökulmasta ja nyt haluttiin tuoda esiin potilaiden kokemuksia. Seuraava mietinnän aihe oli, millaisella menetelmällä potilaiden kokemuksia kannattaisi tutkia. Perehtyminen aikaisemmin samankaltaisista aiheista tehtyihin opinnäytetöihin, joissa menetelmänä oli käytetty yksilöhaastattelua, osoitti että ongelmaksi näissä töissä nousi aineiston keräämisen hankaluus, koska potilaat eivät suostuneet haastateltaviksi. Osittain tämän vuoksi päädyttiin yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa keräämään tietoa kyselylomakkeella.

Kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikomus suunnitella ja valmistaa, käynnistyy tuotteen luonnostelu. Luonnostelulle on ominaista analyysi suunnittelua ja valmistamista ohjaavista tekijöistä ja näkökulmista. Luonnosteluvaiheessa on selvitettävä seuraavia asioita: tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet, sidosryhmät ja asiakasprofiili. Ottamalla huomioon näiden eri osa-alueiden ydinkysymykset turvataan suunnitteilla olevan tuotteen laatu. Laatu syntyy eri näkökulmista tehtävistä synteeseistä ja niiden optimoinnista tukemaan toisiaan. (Jämsä & Manninen 2000, 44.)

Tuotteen tai palvelun luonnostelu perustuu asiakasprofiilin laadintaan ja asiakasanalyysiin. Asiakasprofiilissa selvitetään asiakkaan hyvinvointiin ja terveyteen liittyvät tarpeet ja odotukset. Tavoitteena on tarkentaa sitä, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat ja millaisia ovat tuotteen tai palvelun käyttäjänä. Mikäli tuote on suunniteltu ottaen huomioon käyttäjäryhmän kyvyt, tarpeet ja muut ominaisuudet, se palvelee asiakkaita tehokkaimmin. (Jämsä & Manninen 2000, 44.)

Tuotteen luonnosteluvaiheessa on selvitettävä eri sidosryhmien kuuleminen ja näiden mahdollisesti esille tuomat näkökohdat. Tämän lisäksi on hyödyllistä selvittää myös eri ammattiryhmien ja yhteistyötahojen näkemykset ja ehdotukset. On tärkeää tuntea suunniteltavaa tuotetta käyttävän organisaation tai toimintayksikön toimintaa ohjaavat säädökset, suunnitelmat ja toimintaohjelmat sekä yleiset ohjeistukset. Ne voivat olla yksikkökohtaisia, paikallisia, alueellisia, valtakunnallisia tai jopa kansainvälisiä. Yksikkö- ja organisaatiokohtaiset linjaukset on otettava huomioon tuotteen tyyliä ja asiasisältöä valittaessa. Toimintayksiköllä voi esimerkiksi olla arvoja ja periaatteita, joiden toteutumista halutaan varmistaa tuotteen avulla. (Jämsä & Manninen 2000, 48–49.)

Seuraava vaihe oli kyselylomakkeen sisällön laatiminen eli minkälaista tietoa kyselylomakkeella haluttiin saada ja millaisiin tutkimuskysymyksiin sen tulisi vastata. Kyselylomakkeesta tehtiin alustava ideointi ja suunnitelma, joka annettiin yhteistyökumppanille. Yhteistyössä työelämän yhteistyökumppanin

kanssa pohdittiin kysymysten asettelua ja kyselylomakkeen ulkonäköä. Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa yhdeksi tekijäksi nousi psykiatrian tulosalueen potilasaineisto ja sen vaikutus kyselylomakkeeseen vastaamiseen. Kyselylomakkeen tuli olla ulkonäöltään mahdollisimman selkeä, kysymysten edetä loogisesti ja olla ymmärrettäviä eikä kysymyksiä saanut olla liikaa. Kyselylomaketta laadittaessa suurimmiksi haasteiksi muodostuivat kysymysten rajaaminen ja niiden muotoileminen siten, että potilas varmasti ymmärtää kysymykset. Yhteistyössä pohdittiin, millaiset kysymykset ovat oleellisia ja näiden ajatusten ja ideoiden pohjalta kyselylomaketta alettiin suunnitella.

Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa toteutettiin jatkuvaa arviointia työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Arvioinnin kohteena olivat kyselylomakkeeseen asetettavien kysymysten sisältö, toimivuus ja vastattavuus. Palautetta kerättiin laajemmin työelämän yhteistyökumppanin lisäksi myös psykiatrian tulosalueen muilta hoitotyön johtamistehtävissä työskenteleviltä hoitohenkilökunnan jäseniltä. Ennen varsinaista kyselylomakkeen testausta kyselylomakkeen sisältöä ja ulkoasua muokattiin ja jäsennettiin useampaan kertaan työelämän yhteistyökumppaneilta saadun palautteen ja kehittämisideoiden pohjalta.

Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää huolellista tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden tarkkaa määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa sekä lähdekirjallisuuteen tutustumista. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös aineiston käsittely ja mitä ohjelmaa tietojen käsittelyssä käytetään. Tutkimuslomakkeen laatimiseen sisältyviä vaiheita ovat tutkittavien asioiden nimeäminen, lomakkeen rakenteen suunnittelu ja kysymysten muotoileminen, lomakkeen esitestaaminen, lomakkeen kysymysten ja rakenteen korjaaminen sekä näiden kautta lopulliseksi muodostuneen lomakkeen syntyminen. (Heikkilä 2005, 47–48.)

## 5.2 Kyselylomakkeen kehittäminen ja viimeistely

Oikea kohderyhmä ja hyvin laaditut kysymykset ovat perusedellytyksiä tutkimuksen onnistumiselle. Lomakkeen alkuun olisi hyvä sijoittaa helppoja kysymyksiä, joiden pyrkimyksenä on vastaajan mielenkiinnon herättäminen tutkimusta kohtaan. Esimerkiksi henkilötiedot ovat vastaajalle helposti vastattavia kysymyksiä. Hyvän kyselylomakkeen tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi selkeys, siisteys ja houkutteleva ulkoasu, tekstin ja kysymysten hyvä asettelu, yksiselitteiset ja selkeät vastausohjeet, yhden asian kysyminen kerrallaan, kysymysten looginen eteneminen, lomakkeen sopiva pituus sekä samaa aihetta koskevien kysymysten ryhmittely kokonaisuuksiksi. (Heikkilä 2005, 48.)

Kehittelyvaiheessa käytiin läpi kirjallisuutta ja aiemmin tehtyjä tutkimuksia sekä lomakkeita, jotta saatiin muotoiltua sellaisia kysymyksiä, jotka vastasivat tuotteen tarkoitusperää ja tutkimusongelmaa. Työelämän yhteistyökumppanin kanssa käytiin läpi, millaisia kysymyksiä tuotteessa tulisi olla ja mitä niiden avulla pyritään selvittämään. Alun perin kysymyksiä oli yli neljäkymmentä kappaletta, mutta aiheen tarkemman rajauksen ja pohdinnan jälkeen kyselylomakkeen lopulliseksi kysymysmääräksi muodostui 24. Kysymysten rajaamiseen käytettiin myös potilaslähtöistä näkökulmaa, eli pohdittiin sitä, millaisiin kysymyksiin potilaat pystyvät vastaamaan ja mitkä ovat heidän voimavaransa vastata lomakkeen kysymyksiin. Toinen merkittävä rajaava tekijä oli kysymysten tarkoitusperäisyys ja tavoitteellisuus. Kyselylomakkeeseen haluttiin asettaa kysymyksiä, jotka vastaavat tuotteen tarkoitusperää, antavat hoitotyön laadun kehittämisen kannalta tärkeää tietoa sekä tarjoavat potilaille mahdollisuuden tuoda omia kokemuksiaan esille.

Kyselylomakkeen (LIITE 2) alussa kysytään potilaalta hänen perustietojaan. Näiden perustietojen avulla on mahdollista tutkia eroavaisuuksia esimerkiksi sukupuolen tai iän vaikutuksesta kokemukseen fyysisestä rajoittamisesta. Suurin osa lomakkeen kysymyksistä on kvantitatiivisia, asteikon avulla mitattavissa olevia Likert-tyyppisiä suljettuja monivalintakysymyksiä. Näihin kysymyksiin päädyttiin niiden selkeyden ja käyttömahdollisuuksien vuoksi.

Metsämuurosen (2008) mukaan Likert-tyyppisellä mittarilla voidaan mitata esimerkiksi tyytyväisyyttä (Metsämuuronen 2008, 100).

Suljetuissa kysymyksissä on valmiita vastausvaihtoehtoja, joista valitaan sopiva vaihtoehto ympyröimällä tai rastittamalla. Suljettujen kysymysten käyttäminen kyselylomakkeessa on tarkoituksenmukaista silloin kun mahdolliset ja selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja kun niiden määrä on rajallinen. Suljettujen kysymysten tarkoituksena on yksinkertaistaa vastausten käsittelyä ja torjua tiettyjä virheitä. Silloin kun vastaajalle tarjotaan vaihtoehtoja, heidän vastaamisensa ei esty esimerkiksi kielivaikeuksien takia ja vastaajan on helpompi antaa myös arvostelevia tai moittivia vastauksia. Suljettujen kysymysten ominaisuuksia ja hyötyjä ovat muun muassa tulosten tilastollinen helppo käsiteltävyys ja kysymyksiin pystytään vastaamaan nopeasti, vaihtoehtojen tulisi kuitenkin olla järkeviä ja toisensa poissulkevia. Harkitsemattomat vastaukset ja jonkun vastaajan haluaman vaihtoehdon puuttuminen voivat olla suljettujen kysymysten haittoja. (Heikkilä 2005, 50–51.)

Kysely- ja haastattelututkimuksissa on usein mukana muutama avoin kysymys suljettujen kysymysten lisäksi, mutta ne ovat usein jollakin tapaa vastaajan ajatusten suuntaa rajaavia. Avoimet kysymykset ovat helppoja laatia, mutta niiden käsittely on työlästä ja sanallisten vastausten luokittelu voi olla vaikeaa. Avoimet kysymykset ovat tarkoitustaan vastaavia silloin, kun vaihtoehtoja ei tunneta tarkkaan etukäteen. (Heikkilä 2005, 49–50.)

Kyselylomakkeen suljetut kysymykset mittaavat potilaiden kokemuksia ja asioiden toteutumista erittäin hyvin - hyvin - jonkin verran - huonosti - erittäin huonosti - asteikolla. Kyselylomake on siis viisiportainen. Näillä kysymyksillä pyritään mittaamaan potilaan kokemuksia fyysisestä rajoittamisesta ja saamastaan hoidosta. Kyselylomake sisältää myös muutaman kvalitatiivisen avoimen kysymyksen. Avoimien kysymysten tarkoituksena on antaa potilaalle vapaus vastata annettuun kysymykseen haluamansa vastaus eikä kysymys rajaa vastausta tietynlaiseksi. Yhteistyössä työelämän yhteistyökumppanin kanssa päädyttiin laatimaan kyselylomakkeeseen myös avoimia kysymyksiä, koska niiden avulla on mahdollista saada sellaista kokemuseräistä tietoa,

mihin Likert- tyylliset kysymykset eivät anna riittävästi tilaa. Avointen kysymysten avulla on mahdollista kerätä myös kehittämisehdotuksia ja sellaista tietoa, jonka avulla toiminnan ja hoidon laatua voidaan parantaa ja kehittää (LIITE 2).

Kysymykset on sijoitettu kyselylomakkeeseen aikajanallisesti. Kysymykset etenevät kyselylomakkeella loogisesti tilanteesta ennen fyysistä rajoittamista sen aikaisiin ja jälkeisiin tilanteisiin ja tapahtumiin. Näin on mahdollista ottaa huomioon fyysinen rajoittaminen kokonaisvaltaisesti eikä vain ajatella sitä toimenpidekeskeisenä ilmiönä.

Tuotteen kehittelyä jatketaan luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Kun tuotteen keskeinen ominaisuus ei ole aineellisuus vaan sen välittämä informaatio, jäsenellään tuotteen asiasisältö. Tuotetta tehtäessä käytetään tuotekohtaisia työmenetelmiä - ja vaiheita. (Jämsä & Manninen 2000, 54.)

Saatujen kehittämiseidoiden ja valittujen ratkaisuvaihtoehtojen pohjalta kyselylomakkeen sisältö muokattiin nykyiseen muotoonsa. Kysymysten sisällöstä ja käyttökelpoisuudesta tehtiin jatkuvaa arviointia ja pohdintaa. Työelämän edustajien asiantuntijuutta hyödynnettiin ja kerättiin heiltä kehittämiseidoin kyselylomakkeeseen ennen varsinaista testausta. Tässä vaiheessa erityisen pohdinnan kohteeksi nousi kysymysten käyttökelpoisuus ja asiasisältö.

Kun kyselylomakkeen lopulliset kysymykset olivat muodostuneet, alettiin viedä eteenpäin kyselylomakkeen ulkoasuun ja käytettävyyteen liittyviä asioita. Alan asiantuntijalta (tilastotieteiden maisterilta) saatiin apua kyselylomakkeen viimeistelyyn. Kyselylomakkeen viimeistelyvaiheessa tehtiin parannuksia ulkoasuun ja käytettävyyteen. Kyselylomakkeen viimeistely ja kysymysten lopullinen muokkaaminen toteutettiin siten, että kyselylomaketta on mahdollista jatkotutkimusten yhteydessä analysoida SPSS-ohjelman avulla.

### 5.3 Kyselylomakkeen toimivuuden testaus

Maaliskussa 2011 anottiin lupaa testata kyselylomakkeen toimivuutta Pohjois-Pohjanmaan psykiatrian tulosalueen kahdella suljetulla akuuttihoidon aikuisosastolla. Testaus toteutettiin huhti-heinäkuun välisenä aikana.

Hoitohenkilökunta oli avainasemassa kyselylomakkeen testauksen toteuttamisessa. Tästä syystä osastoilla pidettiin osastotunti, jonka tarkoituksena oli antaa hoitohenkilökunnalle tietoa ja ohjeistusta opinnäytetyöstä, siihen liittyvästä kyselylomakkeesta ja sen testauksesta. Osastotunnilla esiteltiin opinnäytetyön, kyselylomakkeen käyttötarkoitus ja tavoite. Osastotunnin lisäksi osastoille laadittiin kansiot, jotka sisälsivät hoitohenkilökunnan tueksi laadittua materiaalia. Materiaali käsitteli muun muassa ohjeita kyselylomakkeen täyttämiseen ja henkilökunnan osuudesta opinnäytetyön toteutuksessa sekä tiivistelmän opinnäytetyön suunnitelmasta. Kansio sisälsi myös opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, jotta henkilökunta voi halutessaan ottaa yhteyttä epäselvyyksien tai ongelmatilanteiden yhteydessä.

Kansio sisälsi saatekirjeen potilaalle (LIITE 1) kyselylomakkeen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä suostumuslomakkeen kyselyyn osallistumisesta, tyhjiä kyselylomakkeita ja kirjekuoria. Kansioon laadittiin myös palautusjärjestelmä täytetyille kyselylomakkeille. Tarkoituksena oli, että hoitohenkilökunta antaa potilaalle täytettävän suostumus- ja kyselylomakkeen sekä saatekirjeen lisäksi tyhjän kirjekuoren. Potilas pystyi kyselylomakkeen täytettyään laittamaan sen suljettavaan kirjekuoreen. Näin potilaan tunnistamattomuus säilyi, koska kirjekuori oli suljettu ja tiedot pysyivät salassa. Tämän menettelyn tarkoituksena oli potilaan pelkojen vähentäminen sekä tukea potilaan mahdollisuutta ja uskallusta vastata rehellisesti lomakkeen kysymyksiin.

#### 5.4 Potilaan suostumuksen pyytäminen kyselyn tekemiseen

Tutkimusaiheesta ja aineistosta riippuen seuraavat asiat tulisi sisällyttää informointiin: tutkijan / tutkimusryhmän nimi ja yhteistiedot, tutkimuksen tavoite, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja aineiston keruun toteutustapa, luottamuksella annettujen tietojen suojaaminen, tutkittavalta kerättyjen tietojen käyttötarkoitus, käyttäjät ja käyttöaika sekä tutkittavia koskevat muut mahdolliset tiedonlähteet. Edellä mainitut asiat voi sisällyttää esimerkiksi joko tutkimusesitteeseen, saatekirjeeseen tai laittaa liitteenä esittelytekstissä olevaan tutkimussuostumukseen. Asiat voi kertoa myös suullisesti, mutta tällöin tutkijan tulee kuitenkin antaa tutkittavalle paperilla tai sähköisesti omat yhteystietonsa. (Kuula 2006, 102–103.)

Ennen kuin suostumista pyydetään, tulee sitä edeltää ammattihenkilöiden välittämä tieto suostumuksen kohteena olevasta asiasta. Tiedon tulee olla sekä suullista että kirjallista. Tärkeää on, että kirjallinen materiaali on ymmärrettävää ja että potilas tutustuu siihen ennen suostumuslomakkeen allekirjoittamista. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 139.)

Kyselylomakkeen testauksen yhteydessä suunnitelmana oli, että hoitajat antavat potilaalle varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi suostumuslomakkeen ja saatekirjeen. Suostumuslomakkeen pohja, jota käytettiin, oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen käytössä oleva. Suostumuslomakkeesta tuli ilmi testauksen suorittajat, opiskelupaikka, testauksen paikka ja tavoite. Suostumuslomakkeessa tuotiin esille testaukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja vastaajan tunnistamattomuuden säilyminen. Suostumus kyselylomakkeen testaukseen osallistumiseen saatiin potilaan allekirjoituksella.



## 5.5 Hoitohenkilökunnan palaute kyselylomakkeen toimivuudesta

Kaikkia tuotteita tehtäessä tarvitaan palautetta ja arviointia tuotteen kehittelyn eri vaiheissa. Parhaita keinoja siihen ovat tuotteen koekäyttäminen ja testaaminen tuotteen valmisteluvaiheessa. Tuotekehitysprosessiin osallistuvat asiakkaat ja tuotteen tilaajat voivat toimia koekäyttäjinä. Palautteen ja tuotteen koekäyttötilanteiden tulisi olla mahdollisimman todellisia arjen tilanteita. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Palautetta kyselylomakkeen toimivuudesta ja täytettävyydestä pyydettiin työelämän yhteistyökumppaneilta jo ennen kuin kyselylomake testattiin osastoilla. Testauksen yhteydessä palautetta pyydettiin myös hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeen toimivuudesta molemmilta osastoilta, joissa kyselylomake oli testattavana. Palautteita saatiin hoitohenkilökunnalta 12 kappaletta (LIITE 4). Tuotteen toimivuudesta saadun palautteen analysoinnissa käytettiin apuna soveltaen induktiivista sisällön analyysia käytettävissä olevaan aineistoon.

Palautelomakkeessa (LIITE 4) oli kaksi osiota, joista ensimmäinen käsitteli kyselylomakkeen rakennetta ja toimivuutta. Ensimmäiseen osioon pystyivät vastaamaan kaikki, jotka olivat tutustuneet potilaille tehtyyn kyselylomakkeeseen. Toinen osio käsitteli asioita, jotka liittyivät kyselylomakkeen antamiseen potilaalle ja sen täyttämiseen. Sen täyttivät ne hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka olivat antaneet kyselylomakkeen potilaalle täytettäväksi ja olivat olleet mahdollisesti apuna sen täyttämässä.

Sisällön analyysilla on mahdollista analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastella tapahtumien ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kootun tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä pystytään lyhyesti ja yleistävästi kuvailemaan tai niin, että niiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Sisällönanalyysiä tehdessä on olennaista, että tutkittavasta aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23.)

Sisällön analyysin avulla voidaan järjestellä ja kuvata tutkimusaineistoa. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa luokitellaan tekstin

sanoja sekä niistä koostuvia ilmaisuja. Analyysissä aineisto voidaan purkaa ensin osiin ja sitten sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään sellaiseksi kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Ensimmäinen vaihe on siis analyysivaihe ja toinen tulkintavaihe: kuvataan tutkittava ilmiö tiivistetyssä muodossa. Tärkeää on, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Ennen analyysiprosessin aloittamista on analyysiyksikön määrittelemisen olennainen tehtävä. Analyysiyksikkönä käytetään tavallisimmin aineiston yksikköä: sanaa, lausetta, lauseen osaa, ajatuskokonaisuutta tai sanayhdistelmää. Analyysiyksiköksi soveltuu esimerkiksi ajatuksellinen kokonaisuus, joka voi olla kokonainen virke. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25–26.)

Ensimmäinen vaihe aineistolähtöisessä sisällön analyysissä on aineiston pelkistäminen. Aineistoa pelkistäessä aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään. Aineistosta etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja nimetään sen sisällön mukaan. Viimeiseksi aineisto abstrahoidaan eli yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia ja etsiä näille yhteinen nimike eli pääluokka. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–29.)

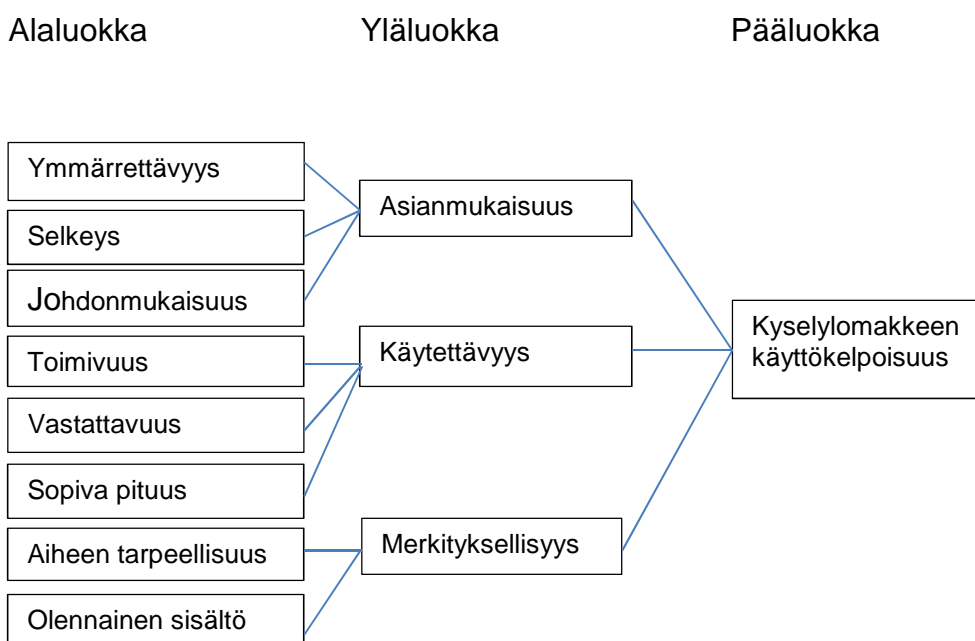
Aineistoa lähdettiin analysoimaan pilkkomalla se ensin kysymyksittäin ja vastauksittain osiin. Osion 1 (LIITE 4) kysymyksistä nousi esille kolme pääteemaa, jotka koskivat kyselylomakkeen ulkoasua, toimivuutta ja kehittämisideoita. Vastaukset jaettiin sen mukaan, mitä edellä mainituista teemoista ne vastasivat.

Ulkoasua koskevan aineiston analyysiyksikkönä käytettiin sanoja. Ulkoasua koskevat vastauksissa nousi esiin, että kyselylomake koettiin enimmäkseen

sellaisenaan hyväksi. Palautteen antaneiden hoitajien mielestä ulkoasu oli myös asiallinen, selkeä, siisti, ymmärrettävä ja helposti luettava.

Kyselylomakkeen toimivuutta koskevien vastausten analyysiyksikkönä käytettiin sanaa tai sanoja. Yhdessä vastauksessa kysymykset 11–14 mainittiin hyväksi. Nämä kysymykset koskevat hoitajien toimintaa fyysisen rajoittamisen aikana. Kyselylomakkeen toimivuutta (KUVIO 1) koskevissa vastauksissa kyselylomake oli vastaajien mielestä ominaisuuksiltaan asianmukainen, käyttökelpoinen ja aihe koettiin merkitykselliseksi.

Hyvä, että asiasta yleensä kysytään. Tekee asiasta julkisen, kritiikki kirjattuna.(6.9)



KUVIO 1 Kyselylomakkeen toimivuutta koskevien vastausten analysointi

Kehittämisideoiden analysointi aloitettiin jakamalla teema pienempiin aihealueisiin. Tällaisiksi aihealueiksi muodostuivat kysymysten pituus, termien ymmärrettävyys, lomakkeen selkeys, potilaan terveydentila, kysymykskohtaiset kehittämisideat ja ajankohta kyselyn toteuttamiselle. Osa palautekyselyyn

vastaajista koki kyselylomakkeella olevat kysymykset liian pitkiksi ja kysymysten asettelun turhankin tiiviiksi. Termiin fyysinen rajoittaminen kaivattiin tarkennusta ja käsitteen avaamista, jotta potilas varmasti ymmärtäisi, mistä on kyse. Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että lomake on vaikeaselkoinen ja siihen kaivattiin yksinkertaisempaa ulkoasua. Potilaan terveydentilaan liittyvänä tekijänä nousi esiin suurimmassa osassa vastauksista potilaan psykoottisuus: Osa vastaajista oli sitä mieltä, että psykoottisen potilaan voi olla vaikea ymmärtää kysymyksiä.

Kysymyskohtaisiksi kehittämisideoiksi nousivat muun muassa kysymysten 10 ja 16 ymmärrettävyys (LIITE 2). Näihin kysymyksiin olivat kuitenkin kaikki potilaat vastanneet. Kysymystä 10 hoitaja oli käynyt läpi potilaan kanssa. Palautteesta nousi esiin myös konkreettisia ehdotuksia lisäkysymyksille:

Kipu / kivuttomuus.(7.9)  
 Ymmärtääkö potilas miksi häntä rajoitetaan?(7.9)  
 Rajoittamisen kestosta voisi kysyä mielipidettä.(7.9)

Kyselyn antoajankohdasta tuli palautetta siitä, että potilaat eivät ehkä ole kykeneviä heti eristyksen jälkeen vastaamaan kyselyyn. Tässä korostuu jo aikaisemmin mainittu hoitohenkilökunnan osuus opinnäytetyön toteutuksessa. Osastoiden infotilaisuudessa ja -kansiossa korostettiin hoitajan osuutta potilaan voinnin arvioinnissa sekä siinä, milloin potilas pystyy vastaamaan kysymyksiin. Infokansiossa ja osastotunnin yhteydessä esitettiin kyselyajankohdan olevan sitten kun tilanne on rauhoittunut ja asiaa on sopiva käsitellä.

Kysymyslomakkeen osion kaksi kysymyksistä saatiin vaihtelevia vastauksia liittyen potilaiden suhtautumiseen kyselylomakkeeseen:

Hyvin. Potilaalle annettu informaatiota lomakkeesta ja mihin sitä käytetään. (8.7)

Monet potilaat eivät ala millekkään ja eivät suostu täyttämään kyselyä, ovat sekavia tai paranoidisia, muutamat pitivät hyvänä asiana saadessaan arvioida kokemuksiaan. (8.3)

Potilaat eivät vastaajien mukaan kovin mielellään suostuneet tiedonkeruuseen kyselylomakkeella. Potilaille ilmeni myös vaikeuksia ja haluttomuutta alkaa vastaamaan kyselylomakkeeseen.

## 6 POHDINTA

Alun perin tarkoituksena oli laatia kyselylomake ja toteuttaa sen avulla tutkimus potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta. Ajan asettamien rajoitteiden takia suunnitelmaa jouduttiin kuitenkin muuttamaan siten, että opinnäytetyön tarkoitus muuttui tutkimuksesta tuotteeksi.

Opinnäytetyön tekeminen opetti analysoimaan tutkimuksien ja erilaisten lähteiden luotettavuutta ja käytettävyyttä. Opinnäytetyöprosessi opetti käyttämään tutkimusten tuloksia oman ajattelun ja ammatillisen kasvun kehittäjänä sekä teoreettinen tieto lisääntyi fyysisestä rajoittamisesta. Eettinen pohdinta harjaantui liittyen fyysiseen rajoittamiseen. Myös se tietämys, miten lait ohjaajat toimintaamme psykiatrisessa hoitotyössä, lisääntyi. Kyselylomakkeen laatiminen vaati laajaa perehtymistä ja tiedonhakuja erilaisiin aineistoihin. Koska samankaltaista kyselylomaketta ei ollut aikaisemmin Suomessa tehty tai sitä ei ainakaan löydetty, toi kyselylomakkeen laatiminen useita haasteita.

Kyselylomakkeella on myös muita käyttömahdollisuuksia, kuin se mihin se on alun perin tehty, eli potilaiden kokemusten keräämistä varten. Kyselylomake suunniteltiin rungoltaan fyysisen rajoittamisen teeman ympärille käsittelemään siihen liittyviä tilanteita ja toimintaa. Kyselylomakkeen runkoa voitaisiin käyttää niin sanottuna debriefing- eli jälkipuintilomakkeena. Jos potilaan kanssa käytäisiin fyysisen rajoittamisen tilannetta läpi käyttäen kyselylomakkeen runkoa, olisi mahdollista tunnistaa esimerkiksi tilanteita tai tunteita, jotka ovat johtaneet fyysiseen rajoittamiseen. Tällä tavoin olisi mahdollista ennaltaehkäistä potilaan toistuvia fyysisen rajoittamisen tilanteita.

Mieli 2009–työryhmä esittää, että kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulee lisätä, jotta palvelujärjestelmä voi ottaa nykyistä paremmin huomioon asiakkaiden tarpeet. Vertaistoimijalla tarkoitetaan henkilöitä, jotka omaan kokemukseensa nojaten ja vapaaehtoisuuteen perustuen toimivat esimerkiksi palvelujärjestelmässä vertaistukihenkilönä.

Kokemusasiantuntijat ovat henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista, joko niistä itse kärsivänä, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä tai omaisena tai läheisenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20.)

Pakkohoitotoimenpiteistä on syntynyt paljon keskustelua. Muun muassa YLE, Sairaanhoidtajaliitto ja Tehy ovat julkaisuissaan tuoneet esille Halikon sairaalassa lokakuussa 2011 tehtyä erikoista koetta. Kokeen tavoitteena oli herätellä keskusteluja ja yhtenäistää pakkohoitokäytäntöjä, sekä ymmärtää eristämisen ilmiötä ei-psykoottisen näkökulmasta. Kyseisessä kokeessa kaksi mielenterveysalan ammattilaista suljettiin eristyskoppiin vuorokaudeksi. Tutkimuksen kautta haluttiin saada kokemuksia siitä, miltä eristäminen tuntuu. Kokeessa selvitettiin sitä, miten terveydenhuoltoalan ammattilainen koki saman tilanteen, jota hän potilaalle toteuttaa monta kertaa vuodessa. Eristämistestiä oli seuraamassa myös kokemusasiantuntijan roolin omaava useita eristyksiä kokenut henkilö. (Kuosmanen 2011; Sajama 2011; Tammi 2011; YLE 2011.)

Eristyksessä olleita tutkijoita kohdeltiin kuten oikeita eristyspotilaita. Alusta alkaen tutkijat kokivat olonsa ahdistuneeksi ja kaipasivat virikkeitä. Eristyshuoneen sisustus oli pelkistetty patjaan, tyynyyn ja pariin peittoon. Päällimmäisinä ajatuksina tutkijoille nousi kysymys siitä, voiko tilanne missä ei tapahdu mitään, olla hoitoa. Eristyshuoneessa ei ole ketään kenelle kertoa ajatuksistaan tai tunteistaan ja tutkijat kokivat yksin jäämisen ahdistavaksi. Tutkijat havainnoivat kaikkia eristyksen tuomia kokemuksia ja toimintoja esimerkiksi omia tuntemuksia, ruokailuja ja wc-käyntejä. Kokemusasiantuntijan mukaan koppiin eristäminen tuntui hänestä itsestään lähinnä pelkältä rangaistukselta. Juuri tähän tutkijatkin haluavat muutosta, eivätkä he hyväksy eristämällä rankaisemista, varmuuden vuoksi eristämistä tai eristyksen rutiininomaista käyttöä. Halikon sairaalassa on jo asenteiden muutoksilla ja vaihtoehtoisten ratkaisujen etsinnällä päästy pitkälle ja eristyksiä on pystytty merkittävästi vähentämään. (Kuosmanen 2011; Sajama 2011; Tammi 2011; YLE 2011.)

## 6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Pelkästään tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Valittaessa tutkimuskohdetta tai -ongelmaa kysytään, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan. Erityisesti, kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, minkälaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Tutkimushenkilölle tulee kertoa, mitä tulee tapahtumaan tai saattaa tapahtua tutkimuksen kuluessa ja hänen tulee olla kykenevä ymmärtämään tämä annettu informaatio. Lisäksi tutkimushenkilön on oltava kykenevä tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointeja. Suostumus osallistumiseen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26–27.) Ihmistieteiden eettisiin normeihin sisältyy aina tutkittavia koskevien tietojen luottamuksellisuuden turvaamisen periaate (Kuula 2006, 59).

Opinnäytetyön aiheen valintavaiheessa koettiin tärkeäksi, että myös potilaiden kokemuksia rajoittamisesta tutkittaisiin, kun asiaa on tarkasteltu ennen lähinnä henkilökunnan näkökulmasta. Viime aikoina on paljon pohdittu, missä määrin on eettisesti oikein käyttää potilaan rajoittamiseen tähtäävää eristämistä kun sen vaikuttavuudesta ei ole selkeää näyttöä (Leino-Kilpi & Välimäki 2009,265).

Suurin eettistä pohdintaa aiheuttava kysymys oli kyselylomaketta kehiteltäessä se, miten ja millaiseksi psykoottinen potilas kokee kyselylomakkeen. Sama asia nousi esille myös hoitajien palautteesta. Tämän vuoksi hyödynnettiin työelämän edustajien asiantuntijuutta ja kerättiin heiltä kehittämisideoita kyselylomakkeeseen ennen varsinaista testausta. Myös potilaiden halukkuus vastata kyselylomakkeeseen mietitytti. Tämän vuoksi sovittiin hoitohenkilökunnan kanssa, että potilas laittaa täytetyn kyselylomakkeen suljettavaan kirjekuoreen, jotta vastaajan anonyymiyys säilyy ja potilas uskaltaa vastata rehellisesti kysymyksiin.

Ajatuksena oli, että potilaat voivat kokea saavansa autonomiaansa takaisin, koska pystyvät antamaan palautetta asiasta, eivätkä näin jää vain passiivisiksi rajoittamisen kohteiksi. Vaikka potilasta kuunnellaan rajoittamistilanteessa ja



yritetään puhumalla ja neuvottelemalla saada rauhoittumaan, voi palautteen antaminen tilanteesta olla hyvä tapa käydä asiaa läpi. Palautteen antaminen voi nostaa pintaan rajoittamisessa koetut negatiiviset tunteet. Voi olla myös mahdollista, etteivät potilaat tiedä, miksi rajoittamistoimenpiteisiin on ryhdytty. Näiden asioiden vuoksi osaston hoitohenkilökunnalla oli iso rooli testauksen toteuttamisessa ja siihen liittyvien asioiden läpikäynnissä.

Kyselylomake kehiteltiin potilaslähtöiseksi eli tavoitteena oli saada sellaista kokemusperäistä tietoa potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta, joka auttaisi parantamaan hoitotyön laatua. Koska kyselylomake on suunnattu potilaille, tarvittiin lupa testauksen suorittamiseen. Kun lupa saatiin, toteutettiin testaus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kahdella akuutilla aikuisosastolla.

Tuotteen toteutuksessa ja testauksessa eettiset ratkaisut toteutuivat hyvin. Testaukseen osallistuville tahoille eli hoitajille ja potilaille annettiin tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista, tuotteen testauksesta sekä heidän osallistumisestaan testauksen toteutumiseen. Hoitajille tiedonanto tapahtui suullisin ja kirjallisin ohjein. Potilaat saivat kyselylomakkeen yhteydessä saatekirjeen ja suostumuslomakkeen. Tämän lisäksi potilaan oli mahdollista saada suullista ohjausta ja tietoa hoitajilta. Potilaiden vapaaehtoisuutta kyselylomakkeen testaukseen osallistumiseen korostettiin ja suostumus siihen pyydettiin erillisellä suostumuslomakkeella. Potilaiden anonymisuus säilytettiin niin, että potilaat palauttivat täytetyn kyselylomakkeen suljettavassa kirjekuoressa hoitajalle.

Autonomian ja itsemääräämisoikeuden ylläpitäminen hoitotyössä on tärkeää. Tietoisuus omista vaikutusmahdollisuuksista ja omien mielipiteiden esiin saaminen auttaa säilyttämään itsetunnon ja ihmisyyden vaikeissakin tilanteissa, vaikka elinympäristö olisi rajattu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 128.) Jos potilas ei halunnut vastata kyselylomakkeeseen, oli hänellä täysi oikeus kieltäytyä. Tällä tavoin voitiin korostaa ja palauttaa potilaan autonomiaa eli päätäntävaltaa omista asioistaan. Kyselylomakkeen avulla potilaalla oli mahdollisuus tuoda esille omia kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Potilaan kuuleminen ja kuulluksi

tuleminen koettiin tärkeäksi. Osalle rajoittaminen voi olla vaikea, jopa traumaattinen kokemus. Eettisyyden kannalta ei haluttu nostaa rajoittamisen tuomia negatiivisia tunteita pintaan ilman, että potilaalla olisi mahdollisuus käydä niitä läpi jonkun kanssa. Siksi henkilökunnalla oli suuri osuus ja tärkeä merkitys tämän kyselylomakkeen testauksessa. He myös arvioivat ja päättivät, ketkä potilaat ovat kykeneviä psyykkisen tilan suhteen osallistumaan kyselyyn sekä auttoivat tarvittaessa sen täyttämässä.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Luotettavan tutkimuksen vaatimuksena on sen toistettavuus samanlaisin tuloksin, tulokset eivät saa jäädä sattumanvaraisiksi. Tutkijalta vaaditaan koko tutkimuksen ajan tarkkaavaisuutta ja kriittisyyttä, virheitä voi sattua tutkimuksen eri vaiheissa. Tulokset voivat jäädä sattumanvaraisiksi, mikäli otoskoko on hyvin pieni. Etenkin tehtäessä kyselytutkimusta kannattaa ottaa huomioon otantaa suunniteltaessa poistuma eli kato. Tällä tarkoitetaan lomakkeen palauttamatta jättäneiden määrää. (Heikkilä 2005, 30.)

Tutkimuksen teossa tarvitaan ihmisiä tietojen antajina ja mielipiteiden esittäjinä. Eettiseksi kysymykseksi nousee tällöin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden lukumäärä eli otoskoko. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 70) Tutkimuslomakkeen kysymysten tulisi mitata yksiselitteisesti oikeita asioita ja niiden tulisi olla sellaisia, että ne kattavat koko tutkimusongelman. Validin tutkimuksen toteutumista edesauttavat perusjoukon tarkka määrittely, korkea vastausprosentti ja edustavan otoksen saaminen. (Heikkilä 2005, 29–30.)

Perusjoukoksi määriteltiin osastoilla olevat potilaat, joita oli kyselylomakkeen testauksen aikana rajoitettu fyysisesti. Testauksen ajallisen rajallisuuden vuoksi luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi nousi pieni otoskoko. Pienen otoskoon perusteella on vaikea tehdä päteviä johtopäätöksiä kyselylomakkeen

toimivuudesta potilaan kokemana tai potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta.

Testauksen yhteydessä ei kerätty potilailta palautetta kyselylomakkeen täytettävyydestä ja toimivuudesta. Tällainen tieto olisi osaltaan antanut arvokasta tietoa, miten psykiatrinen potilas kokee ja ymmärtää kyselylomakkeen sekä siitä, kokeeko potilas tärkeäksi ja tarpeelliseksi tilanteiden jälkiselvittelyn. Pienen otoskoon vuoksi aineistosta ei ollut mahdollista saada yleistettävää ja yhtenäistä tietoa potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta, jonka avulla olisi mahdollista etsiä yhteneviä tekijöitä ja yhteyksiä sekä tämän kautta kehittää hoitotyön laatua. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena olikin tuotteen testaaminen varsinaisen toteutetun tutkimuksen sijaan.

Tutkimusaineisto voidaan analysoida eri tavoilla. Eettisyyden kannalta on tärkeää, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja koko kerättyä aineistoa hyödynnetään. Hoitotyöntekijän tulisi kyetä arvioimaan analyysin luotettavuutta, jotta hän voisi käyttää jonkin tutkimuksen tuloksia omassa työssään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 369.)

Sisällön analyysin haasteena on, miten tutkija osaa pelkistää aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Jotta tekstistä voidaan tehdä päteviä päätelmiä, luokittelun luotettavuus on olennainen asia. Sisällönanalyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan tuloksen ja aineiston välisen yhteyden. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36–37.) Hoitajien antaman palautteen analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällön analyysia. Analysointivaiheessa otettiin huomioon kaikki saadut lausumat, myös neutraalit, varsinaista kuvailua antamattomat ja tämä lisäsi analyysin luotettavuutta. Osa hoitajien vastauksista ei vastannut palautelomakkeessa esitettyyn kysymykseen, jonka vuoksi aineistoa pelkistettiin jakamalla se kolmeen pääteemaan. Nämä teemat koskivat kyselylomakkeen ulkoasua, toimivuutta ja kehittämisideoita. Tämän jälkeen vastaukset jaettiin sen mukaan, mihin edellä mainituista teemoista ne vastasivat.

Hoitajilta saadun palautteen analysoinnin luotettavuutta heikensi aineiston niukkuus ja ristiriidat esitettyjen kysymysten ja annettujen vastausten välillä. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoitajan vastaus ei vastannut esitettyyn kysymykseen. Osaksi tästä johtuen aineisto jaettiin kysymyksittäin jaottelun sijasta teemoihin. Tämän avulla saatiin hyödynnettyä aineistoa paremmin.

Koska vastauksia tuli vain neljä, on vaikeaa tehdä päteviä johtopäätöksiä kyselylomakkeen täytettävyydestä. Hoitohenkilökunnan palautteesta kuitenkin nousi esille asioita, jotka olivat vaikeuttaneet potilaan vastaamista kyselyyn. Näitä olivat kysymysten numero 10 ja 16 ymmärrettävyys. Potilaan terveydentilaan liittyvänä tekijänä nousi esiin suurimmassa osassa vastauksista potilaan psykoottisuus: osasta vastaajista psykoottisen potilaan voi olla vaikea ymmärtää kysymyksiä.

### 6.3 Tuotteen arviointi

Henkilökunnalta saatiin palautetta siitä, että lomakkeen alussa voisi perustella potilaalle, miksi vastaaminen on tärkeää. Vastausten tärkeys oli perusteltu potilaille annettavassa saatekirjeessä. Kritiikkiä tuli myös siitä, että potilaan voi olla vaikea vastata heti eristyksen jälkeen kyselyyn. Ohjeistuksena kuitenkin oli, että potilasta ei pyydetäisi vastaamaan kyselyyn heti eristyksen jälkeen, vaan vasta kun tilanne rauhoittunut. Sopiva ajankohta jäi siis hoitohenkilökunnan päätöksen ja tulkintataidon varaan. Yhdestä hoitajien palautteesta nousi esille, että kyselylomakkeessa tulisi ottaa vielä paremmin huomioon potilaan tila ja potilasaineisto päivystysosastolla. Avoimeksi jäi, miten tämä tulisi ottaa paremmin huomioon.

Osa hoitajista koki kyselylomakkeen kysymykset liian pitkiksi. Fonttikoko olisi saanut olla myös isompi. Hoitajat kaipasivat termiin fyysisen rajoittamisen tarkennusta ja käsitteen avaamista, jotta potilas varmasti ymmärtäisi, mistä on kyse. Ulkoasun yksinkertaistamista myös kaivattiin, mutta kehittämisideoita ulkoasun yksinkertaistamiseksi ei tuotu esille.

Hoitajien palautteen mukaan kyselylomake koettiin kuitenkin enimmäkseen sellaisenaan hyväksi. Toimivuutta koskevissa hoitajien vastauksissa kyselylomake oli vastaajien mielestä ominaisuuksiltaan asianmukainen, käyttökelpoinen ja aihe koettiin merkitykselliseksi. Kyselylomakkeen tekijänoikeudet luovutetaan Pohjois-Pohjanmaan psykiatrian tulosalueelle.

#### 6.4 Jatkokehittämishaasteet

Potilaiden kokemuksia fyysisestä rajoittamisesta kyselylomake testattiin opinnäytetyön tiimoilta. Hoitohenkilökunnan ehdottamia parannusehdotuksia ei kyselylomakkeeseen ole tehty. Jatkotutkimushaasteena esitetään, että kyselylomake korjataan annettujen kehittämisideoiden pohjalta. Kyselylomakkeen avulla olisi mahdollista myös toteuttaa laajempaa tutkimusta potilaiden kokemuksista fyysisestä rajoittamisesta.

Jos paranneltu versio kyselylomakkeesta osoittautuu toimivaksi, tästä voitaisiin myös jatkotyöstää fyysisten rajoittamistilanteiden jälkipurku- lomake henkilökunnalle auttamaan fyysisen rajoittamisen jälkipuintia potilaiden kanssa.

## LÄHTEET

- Ala-Aho, Sirkka; Hakko, Helinä & Saarento, Outi 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. Viitattu 21.2.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93847.pdf>
- Clarkeburn, Henriikka & Mustajoki, Arto 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Donat, Dennis C. 2003. An Analysis of Successful Efforts to Reduce the Use of Seclusion and Restraint at a Public Psychiatric Hospital. Viitattu 25.9.2011. <http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/54/8/1119#SEC4>
- Hakola, Panu 2008. Oikeuspsykiatrian tehtävä, kehitys ja osa-alueet. Teoksessa Psykiatria. Porvoo: WSOY.
- Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hentinen, Kirsi; Iija, Aulikki & Mattila, Eija 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Iija, Aulikki; Almqvist, Sinikka & Kiviharju-Rissanen, Upu 1999. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. 2–3. painos. Tampere: Tammerpaino Oy.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kaivola, Juhani & Lehtonen, Lassen 2002. Lepositeiden käyttöön liittyvät potilasvahingot. Viitattu 27.10.2011 [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=leposide](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=leposide)

- Kassari, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Varpu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.–2. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kaltiala-Heino, Riitta Kerttu 1999. Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa Taipale, Ilkka (toim.) Mielen valtaa – psykiatrian lukemisto. Vantaa: Printway Oy.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu 2009. Pakkotoimia psykiatrisen hoidon aikana voi vähentää. Viitattu 27.10.2011 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032350>
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Välimäki, Maritta 1999. Rajoitetaanko rajoittamista – Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Keiski, Pia 2008. Potilaan kokemus omasta aggressiivisuudestaan psykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 16.10.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02518.pdf>
- Keski-Valkama, Alice 2010. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry - A persistent challenge over time. Viitattu 17.8.2011. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8025-6.pdf>
- Koivisto, Kaisa 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 19.11.2011 <http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/isbn951427007X.pdf>
- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveys - hoitotyö. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kuosmanen, Lauri 2011. Vuorokausi eristettynä. Sairaanhoidaja 84, 21.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kvist, Tarja 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 15.11.2011. <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/isbn951-781-950-1.pdf>
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.2011. Viitattu 3.2.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehestö, Mika; Koivunen, Olli & Jaakkola, Heikki 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell oy.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi 1999. Laatujohtaminen ja julkinen sektori - laadun ja johtamisen tasapaino johtamishaasteena. Helsinki: Gaudeamus.
- MAPA-Finland ry. Viitattu 12.10.2011. <http://mapafinland.fi/>
- Mayers, Pat; Keet, Nelleke; Winkler, Gunter & Flisher, Alan J. 2010. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. Viitattu 17.5.2011.  
<http://isp.sagepub.com/content/56/1/60.full.pdf+html>
- Metsämuuronen, Jari 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mielenterveyslaki 1990/1116, 14.12.1990. Viitattu 3.2.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki%20>
- Pitkänen, Anneli; Välimäki, Maritta & Laijärvi, Heli 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu - tutkielma. Hoitotiede 4 / 2005, volume 17.
- Pylkkänen, Kari; Eskola, Jarkko & Hemmi, Antti 2010. Pakon käyttö psykiatriassa – lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia. Suomen lääkärilehti. Viitattu 7.10.11.  
[http://anna.diak.fi:2312/haku/index.html?terms=hemmi&Hae=Hae&display=5&compound\\_search\\_result=1](http://anna.diak.fi:2312/haku/index.html?terms=hemmi&Hae=Hae&display=5&compound_search_result=1)
- Rautjärvi, Leila 2004. Työpaikkaväkivallan tunnistaminen ja hallinta työpaikalla. Viitattu 17.10.2011.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00155](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00155)



- Rovasalo, Aki & Jüriloo, Alo 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 6.10.2011.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo99270&p\\_haku=pakkohoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99270&p_haku=pakkohoito)
- Saarelainen, Ritva; Stengårg, Eija & Vuori-Kemilä, Anne 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö. Porvoo: WSOY.
- Sajama, Sinikka 2011. Hoitajat kopissa. Tehy 14, 36–38.
- Schulman, Gustav 2004. Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Viitattu 27.10.2011  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=sll20293&p\\_haku=erist%E4minen](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll20293&p_haku=erist%E4minen)
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011. Hoitoon määräämisen vaiheet. Viitattu 13.6.2011  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon\\_maaraamisen\\_vaiheet](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaraamisen_vaiheet)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 15.11.2011.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- STAKES 2006. Psykiatrisen erikoisalan laitoshoidon tilastotiedote 2005. Viitattu 20.5.2011. [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/DE869520-018A-44DD-8ABB-BFE69566C371/0/Tt24\\_06.pdf](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/DE869520-018A-44DD-8ABB-BFE69566C371/0/Tt24_06.pdf)
- Stoor, Håkan 2007. Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen ja pakkotoimet laillisuusvalvonnan näkökulmasta. Viitattu 16.10.2011.  
[http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/1\\_Stoor\\_H%C3%A5kan.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/1_Stoor_H%C3%A5kan.pdf)
- Suomen Mielenterveysseura 2001. Mielenterveyspotilaan oikeudet. 2. painos. Helsinki: Erikoispaino Oy.
- Suomen perustuslaki 1999/731, 11.6.1999. Viitattu 3.2.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Taipale, Johanna & Välimäki, Maritta 2002. Aggressiivisuus psykiatrisessa hoitotyössä - katsaus kirjallisuuteen. Hoitotiede 4/2002, volume 14, 167–175.

- Taipale, Vappu; Lehto, Juhani; Mäkelä, Marjukka; Kokko, Simo; Muuri, Anu & Lahti, Tuukka 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Tammi, Sami 2011. Eristyshuoneen ovi sulkeutuu Suomessa surullisen usein. Viitattu 15.11.2011.  
[http://yle.fi/alueet/turku/2011/10/eristyshuoneen\\_ovi\\_sulkeutuu\\_suomessa\\_surullisen\\_usein\\_2955265.html](http://yle.fi/alueet/turku/2011/10/eristyshuoneen_ovi_sulkeutuu_suomessa_surullisen_usein_2955265.html)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 26.1.2011. <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Ohtanen 2007. Psykiatriset riskin arviointimenetelmät – voiko väkivaltaista käyttäytymistä ennustaa? Viitattu 21.2.2011.  
[http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=271&muru=!2-cHN5a2lhHJpYQ\\*\\*--b24\\*---LTE\\*](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=271&muru=!2-cHN5a2lhHJpYQ**--b24*---LTE*)
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon tilastoraportti 2009. Viitattu 20.5.2011.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04_11.pdf)
- Tiihonen, Eila 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. Viitattu 16.10.2011. [http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ttl00140&p\\_haku=aistiharha](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00140&p_haku=aistiharha)
- Tuohimäki, Carita 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project paternalism and autonomy. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 27.1.2011.  
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514285424/isbn9789514285424.pdf>
- Tuori, Timo & Kiikkala, Irma 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Viitattu 15.2.2011. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000021790>
- Työturvallisuuskeskus 2010. Työväkivallan riskiammatit. Viitattu 3.10.2011.  
[http://www.ttk.fi/files/1527/Tyovakivallan\\_riskiammatit\\_raportti\\_1\\_2010\\_TTK.pdf](http://www.ttk.fi/files/1527/Tyovakivallan_riskiammatit_raportti_1_2010_TTK.pdf)

- Ukonmaanaho, Ulla 2006. Hallittu hoidollinen rajoittaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Vaillant, George E. 2003. Mental Health. American Journal of Psychiatry 2003, 1373–1384.
- Viemerö, Vappu 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu. Viitattu 12.10.2011. <http://www.tieteessatapahtuu.fi/0306/viemero0306.pdf>
- Vähäkylä, Leena 2006. Hoidossa vai heitteillä? Mielenterveyspotilaana Suomessa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n Kirjapaino.
- Välimäki, Maritta, Holopainen, Arja & Jokinen, Maija 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Weizmann-Henelius, Ghitta 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammerpaino Oy.
- YLE Turku 2011. Eristämistesti sai jopa mielenterveyden ammattilaisen ahdistumaan. Viitattu 15.11.2011. [http://yle.fi/alueet/turku/2011/11/eristamistesti\\_sai\\_jopa\\_mielentervyden\\_ammattilaisen\\_ahdistumaan\\_3000101.html](http://yle.fi/alueet/turku/2011/11/eristamistesti_sai_jopa_mielentervyden_ammattilaisen_ahdistumaan_3000101.html)

## LIITE 1 SAATEKIRJE

### **Hyvä kyselyyn vastaaja**

Kiitos jo etukäteen kyselylomakkeen vastaan ottamisesta ja palautteen antamisesta. Olette vastaamassa kyselylomakkeeseen, jonka tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia fyysisistä rajoitustilanteista psykiatrisella osastolla. Tällä tavoin saamme sinulta arvokasta kokemuseräistä tietoa, jonka avulla meidän on mahdollista kehittää toimintaamme.

Halutessasi voit antaa omin sanoin palautetta kyselylomakkeen käyttökelpoisuudesta (oliko lomake helppo täyttää, veikö se kuinka paljon aikaa jne...) kyselylomakkeen loppuun.

Tämä kysely tehdään yhteistyössä psykiatrian tulosalueen ja Diakonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden kanssa. Kyselyyn vastataan anonymisti ja vastaukset käsitellään nimettöminä.

Jokaisella vastauksella on merkitystä! ☺

**Kiitos yhteistyöstäsi!!!**

## LIITE 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET POTILAILLE

1. **Ikä:** \_\_\_\_\_ vuotta
2. **Sukupuoli:** 1 mies                      2 nainen
3. **Koulutustaso:** 1 kansakoulu    2 peruskoulu    3 ammattikoulu    4 lukio    5 opisto  
6 ammattikorkeakoulu tai yliopisto
4. **Siviilisääty:** 1 naimaton    2 avoliitossa    3 avioliitossa/rekisteröidyssä parisuhteessa  
4 eronnut                      5 leski
5. **Oletko hoidossa:** 1 vapaaehtoisesti    2 tahdosta riippumatta
6. **Kauanko olet ollut hoidossa?** \_\_\_\_\_kk\_\_\_\_\_vrk
7. **Miten fyysinen rajoittamisesi tapahtui? (voit valita useammankin vaihtoehdon)**  
1 kiinnipito    2 eristäminen huoneeseen    3 leposide- eristys

**Miten hoitajat toimivat mielestäsi ennen fyysistä rajoittamista?: Ympyröi seuraavista vastauksista sopivin vaihtoehto.**

	erittäin hyvin	hyvin	jonkin verran	huonosti	erittäin huonosti
8. <b>Kuinka hyvin hoitohenkilökunta tarjosi sinulle mahdollisuutta keskusteluun ennen fyysistä rajoittamista?</b> <i>(Esimerkiksi voinnistasi, käyttäytymisestä tai turvallisuudesta)</i>	1	2	3	4	5
9. <b>Kuinka hyvin hoitohenkilökunta tarjosi sinulle mahdollisuutta rauhoittumiseen ennen fyysistä rajoittamista?</b> <i>(Esimerkiksi ohjattiinko sinut sanallisesti omaan huoneeseen tai muuhun tilaan.)</i>	1	2	3	4	5
10. <b>Mikäli sinulle annettiin lääkettä ennen fyysistä rajoittamista, koitko sen riittäväksi?</b>	1	2	3	4	5

**Miten hoitajat toimivat rajoittaessa sinua fyysisesti?: Ympyröi seuraavista vastauksista sopivin vaihtoehto:**

	erittäin hyvin	hyvin	jonkin verran	huonosti	erittäin huonosti
11. <b>Kuinka hyvin sinulle kerrottiin fyysisen rajoittamisen aikana mitä tehtiin ja miksi?</b>	1	2	3	4	5
12. <b>Huolehdittiinko sinun yksityisyydestäsi rajoittamisen aikana?</b> <i>(Esimerkiksi poistamalla muut potilaat tilasta, jossa fyysinen rajoittaminen toteutettiin.)</i>	1	2	3	4	5
13. <b>Kuinka hyvin hoitajat keskustelivat kanssasi rajoittamisen aikana?</b>	1	2	3	4	5
14. <b>Kuinka hyvin sinua kuunneltiin rajoittamisen aikana?</b>	1	2	3	4	5

	erittäin hyvin	hyvin	jonkin verran	huonosti	erittäin huonosti
<b>15. Kuinka hyvin sinun fyysisestä voinnistasi huolehdittiin rajoittamisen aikana?:</b>					
a) Ruokailusta	1	2	3	4	5
b) Vessa-asioista	1	2	3	4	5
c) Lääkityksestä	1	2	3	4	5
d) Hygieniasta	1	2	3	4	5

**Miten toimittiin rajoittamisen loputtua?: Ympyröi seuraavista vastauksista sopivin vaihtoehto.**

	erittäin hyvin	hyvin	jonkin verran	huonosti	erittäin huonosti
<b>16. Kuinka hyvin henkilökunta auttoi sinua palaamaan normaaleihin osaston toimintoihin rajoittamisen jälkeen?</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Oliko rajoittamisesta sinulle hyötyä?</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Toimittiinko tilanteessa mielestäsi oikeudenmukaisesti?</b>	1	2	3	4	5

**19. Käytiinkö rajoittamistilanne läpi kanssasi keskustelemalla?** 1 Kyllä 2 Ei

**20. Mikäli keskustelit rajoittamistilanteesta jonkun kanssa jälkikäteen, niin kenen kanssa?**

---

**21. Olisitko toivonut keskustelua rajoittamistilanteesta, mikäli kanssasi ei keskusteltu?**

1 Kyllä 2 Ei

**22. Miksi rajoittamisesta oli sinulle hyötyä / ei ollut hyötyä? Perustele vastauksesi:**

---

---

---

**23. Minkälaisia muita kokemuksia rajoittamiseen liittyi?**

---

---

---

**24. Onko sinulla rajoittamiseen liittyen:**

a) kritiikkiä

---

---

---

---

b) parannusehdotuksia

---

---

---

---

c) toiveita

---

---

---

---

## LIITE 3 LAIT

### **Suomen perustuslaki 11.6.1999/731**

#### **7 §**

#### **Oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen**

Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen.

Ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti.

Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Rangaistuksen, joka sisältää vapaudenmenetyksen, määrää tuomioistuin. Muun vapaudenmenetyksen laillisuus voidaan saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi. Vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla.

### **Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785**

#### **6 §**

#### **Potilaan itsemääräämisoikeus**

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

### **Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116**

#### **Hoito tahdosta riippumatta**

#### **8 §**

Hoitoon määräämisen edellytykset

Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:

- 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
- 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja
- 3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.



Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi. (23.10.1992/954)

Edellä 1 ja 2 momentin nojalla hoidettavana olevan alaikäisen hoito tulee järjestää yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa erillään aikuisista, jollei katsota olevan alaikäisen edun mukaista menetellä toisin. (23.10.1992/954)

## **22 e § (21.12.2001/1423)**

### **Erityiset rajoitukset**

Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista:

- 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
- 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
- 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.

Eristetylle potilaalle on annettava soveltuva vaatetus.

Edellä 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille.

Potilasta voidaan pitää kiinni muissakin kuin 1 momentin 1 ja 2 kohdassa mainituissa tilanteissa, jos se hoidollisista syistä on välttämätöntä.

Edellä 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettussa tilanteessa potilas saadaan myös sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä.

Potilaan eristämisestä ja sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille.

## **22 f § (21.12.2001/1423)**

### **Erityisten rajoitusten kesto ja niiden täytäntöönpanon valvonta**

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta.

Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.

Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle.

Aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. Aluehallintovirastolle tehtävässä ilmoituksessa on mainittava potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. Aluehallintoviraston tulee hävittää potilasta koskevat tunnistetiedot kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta. (11.12.2009/1066)

## **22 k § (21.12.2001/1423)**

### **Rajoitusten toteuttamista koskevat ohjeet ja rajoituksista pidettävä luettelo**

Sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä tulee olla kirjalliset, riittävän yksityiskohtaiset ohjeet siitä, miten tässä luvussa tarkoitettuja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia toteutetaan.

Tässä luvussa tarkoitettujen itsemääräämisoikeuden rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan turvaamiseksi on hoitoyksikössä pidettävä erillistä luetteloa rajoituksista. Luetteloon tulee merkitä potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot sekä rajoituksen määränneen lääkärin ja rajoituksen suorittajien nimet. Tiedot on poistettava luettelosta kahden vuoden kuluttua merkinnän tekemisestä.

Edellä 2 momentissa tarkoitetun luettelon sisällöstä säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa.

## LIITE 4 PALAUTELOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE

### **Arvoisa palautteen antaja!**

Tällä lomakkeella on tarkoitus kerätä hoitohenkilökunnalta palautetta Potilaiden kokemuksia fyysisestä rajoittamisesta - kyselylomakkeen toimivuudesta. Kyselylomake on kehitelty parantamaan hoitotyön laatua ja sen avulla kerätty tieto voi auttaa kehittämään hoidollista rajoittamista psykiatrian tulosalueella sekä mahdollisesti vähentämään pakon käyttöä ennakoinnin ynnä muiden keinojen avulla. Palautteen antaminen on välttämätöntä kyselylomakkeen kehittämistä varten.

Palautetta kerätään kaikilta hoitajilta, myös opiskelijoilta, jotka ovat perehtyneet kyselylomakkeeseen sekä ohjekansioon. Palautetta antavat myös ne hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka ovat antaneet kyselylomakkeen potilaalle. Palautelomake on jaettu kahteen osioon. **Ensimmäinen osio** käsittelee yleisesti kyselylomakkeen rakennetta ja käyttömahdollisuuksia ja siihen voivat vastata kaikki. **Toinen osio** käsittelee lomakkeen antamiseen ja sen täyttämiseen liittyviä asioita ja sen täyttävät ne hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka ovat antaneet kyselylomakkeen potilaalle ja ovat olleet mahdollisesti apuna kyselylomakkeen täyttämässä. Täytetty palautelomake palautetaan laatimaamme kansioon heinäkuun loppuun mennessä.

**Palautteen antaminen on ensiarvoisen tärkeää kyselylomakkeen kehittämiseksi. Suuri kiitos, että annoit ajastasi hetken meille!!!**

### **OSIO 1**

*Minkälainen on mielestäsi kyselylomakkeen*

a) ulkoasu

---

---

---

b) kysymysten asettelu

---

---

---

c) yleinen ulkomuoto

---

---

---

d) selkeys ja ymmärrettävyys

---

---

---

*Minkälainen kyselylomake on mielestäsi toimivuudeltaan?*

---

---

---

---

*Mikä siinä on hyvää? Mainitse kolme kohtaa:*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Mitä siinä on kehitettävää?*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## **OSIO 2**

*Miten potilaat suhtautuivat tai ottivat vastaan kyselylomakkeen?*

---

---

---

---

*Suostuivatko potilaat tiedon keruuseen kyselylomakkeella?*

---

---

---

*Hakivatko potilaat apua hoitajilta kyselylomakkeen täyttämiseen?*

---

---

---

*Minkälaisissa asioissa potilaat hakivat apua?*

---

---

---

---

*Minkä kohdan kyselylomakkeesta potilaat kokivat vaikeaksi?*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

*Minkä verran potilailla meni aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen? \_\_\_\_tuntia  
\_\_\_\_minuuttia*

**SUUREMPAAKIN SUUREMMAT KIITOKSET PALAUTTEEN ANTAMISESTA!**



Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat Tiina Kummala & Laura Toropainen