

Pakkotoimet ja niiden vähentäminen

Psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia

Riikka Kyllönen ja Outi Heino
TH9S

Opinnäytetyö

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Riikka Kyllönen, Outi Heino	
Työn nimi Pakkotoimet ja niiden vähentäminen – Psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia	
Päiväys 08.05.2013	Sivumäärä/Liitteet 51
Ohjaaja(t) Pirjo Kinnunen TtT, lehtori	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikkö	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Pakkotoimilla tarkoitetaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Pakkotoimia käytetään vain silloin, kun potilaan oma tai toisten turvallisuus on uhattuna. Potilaan ollessa vapaaehtoisessa hoidossa pakkotoimia ei voida käyttää. Yleensä pakkotoimien käyttö tarkoittaa, etteivät ongelmien ehkäisy ja aiempi hoito ole auttaneet. Tutkimusten mukaan pakkotoimien käyttö voi herättää negatiivisia tunteita sekä potilaissa että hoitajissa. Suomessa pakkotoimien käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa on yleisempää kuin monissa muissa maissa. Pakkotoimien käyttöä pyritään kuitenkin vähentämään niin Suomessa kuin kansainvälisesti.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia pakkotoimista ja niiden vähentämisestä. Työn tavoitteena oli lisätä ymmärrystä pakkotoimista, niiden käytöstä sekä vaihtoehtoisista keinoista, jotta tietoa voitaisiin jatkossa hyödyntää käytännön hoitotyössä.</p> <p>Tutkimus tehtiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto hankittiin haastattelemalla kahden Julkulan Sairaalan aikuisten akuuttiosaston hoitajia maaliskuussa 2013. Haastattelut toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna (n=10). Mukana oli sekä miehiä että naisia. Haastateltavat olivat koulutukseltaan joko sairaanhoitajia tai mielisairaanhoitajia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä mukaillen.</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hoitajat pyrkivät käyttämään pakkotoimia viimeisenä vaihtoehtona potilaan hoidossa. Hoitajien käyttämiä pakkotoimia olivat muun muassa eristäminen ja sitominen, vastentahtoinen lääkitseminen, liikkumisen rajoittaminen sekä omaisuuden haltuunotto. Pakkotoimia jouduttiin hoitajien mukaan käyttämään potilaille, jotka olivat yhteistyökyvyttömiä tai vaaraksi itselleen tai muille. Vaihtoehtoisina menetelminä pakkotoimille hoitajat nimesivät muun muassa vuorovaikutuksen, hoitosopimuksen tekemisen sekä lääkityksen. Hoitajien mukaan pakkotoimien käyttöä voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi oman käyttäytymisen ja läsnäolon avulla.</p> <p>Jatkotutkimusaiheita voisivat olla psykiatrisen hoitotahdon pilotointi sekä potilaiden kokemusten kuvaaminen pakkotoimien käytöstä.</p>	
Avainsanat Psykiatria, tahdosta riippumaton, pakkotoimet, vähentäminen	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Riikka Kyllönen, Outi Heino			
Title of Thesis Reduction of coercive measures – Experiences of nurses in psychiatric wards			
Date	08.05.2013	Pages/Appendices	51
Supervisor(s) Pirjo Kinnunen			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital, Department of Psychiatry			
<p>Abstract</p> <p>Coercive measures means limitation of a patient's self-determination. Coercive measures are used only when the safety of the patient or others is threatened. They cannot be used on patients who is on voluntary care.</p> <p>Usually the use of coercive measures means that the prevention of problems or previous treatment haven't helped the patient. According to studies the use of coercive measures raises negative feelings in both patients and nurses. In Finland the use of coercive measures in psychiatric inpatient care is more common than in many other countries. The aim however is to reduce the use of coercive measures in Finland as well as internationally.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe the experiences of the use and reduction of coercive measures by nurses working in psychiatric inpatient care. The target of the study was to increase understanding on coercive measures, the use and alternative means, so that the information could be used in practice in the future.</p> <p>The research was conducted with a qualitative research method. The data was collected by interviewing nurses on two adults' acute psychiatric wards of Julkula hospital in March 2013. Interviews were carried out in two groups. (n=10) Both men and women participated on the interviews. The participants were either nurses or mental nurses. The data was analyzed with the content analysis method.</p> <p>The results showed that the nurses seeked to use coercive methods as the last option on patients' care. The means used by the nurses were for instance seclusion and restraint, involuntary medication, restriction of movement and confiscation of property.</p> <p>According to the nurses, coercive measures were forced to use on patients who were uncooperative or danger to themselves or others.</p> <p>The nurses mentioned interaction, management agreement and medication as alternative methods to coercive measures. According to the nurses the use of coercive measures can be prevented by their own presence and behaviour.</p> <p>Follow-up research topics could be piloting the patients' psychiatric will and research of patients' experiences on coercive measures.</p>			
<p>Keywords Psychiatry, involuntary, coercive measures, reduction</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	PAKKOTOIMET PSYKIATRISISSA HOIDOSSA	9
2.1	Pakkotoimet käsitteenä ja potilaan tahdonvastainen hoito.....	9
2.2	Pakkotoimien ennaltaehkäisy	11
2.3	Pakkotoimia ohjaava lainsäädäntö.....	13
2.4	Pakkotoimien vähentämiseen tähtäävät projektit.....	14
3	HOITAJIEN JA POTILAIDEN KOKEMUKSIA PAKKOTOIMIEN ENNALTAEHKÄISYSTÄ	16
4	PSYKIATRINEN HOITOTAHTO.....	18
5	TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
6	TYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS.....	20
6.1	Aiheen valinta	20
6.2	Työtehtävät ja vastuunjako	20
6.3	Opinnäytetyö prosessin riskit ja riskeihin varautuminen	20
7	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO	22
7.1	Laadullinen tutkimus.....	22
7.2	Avoin haastattelu.....	22
7.3	Ryhmähaastattelu aineiston keruumenetelmänä.....	23
7.4	Sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä	23
8	RYHMÄHAASTATTELUJEN TULOKSET	26
8.1	Yleisimmin käytetyt pakkotoimet.....	26
8.2	Tilanteet, joissa pakkotoimia käytetään	27
8.3	Hoitajien esittämät vaihtoehdot pakkotoimille	28
8.4	Hoitajien käyttämä ennaltaehkäisy	31
8.5	Hoitajien asenteita ja ajatuksia pakkotoimista	33
9	POHDINTA	37
9.1	Tutkimustulosten pohdinta	37
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	40
9.3	Tutkimuksen eettisyys.....	41
9.4	Mahdolliset jatkotutkimusaiheet	43
9.5	Opinnäytetyöprosessin vaikutus ammatilliseen kasvuun	43
	LÄHTEET	45

1 JOHDANTO

Pakkotoimilla psykiatrisessa laitoshoidossa tarkoitetaan liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittamista, omaisuuden ja lähetysten tarkistusta ja haltuunottoa, henkilötarkastusta ja -katsastusta, eristämistä, sitomista sekä vastentah-toista lääkitystä. Näiden kaikkien toimien suorittamiseen tarvitaan lääkärin päätös. Pakkotoimia ei voida suorittaa potilaalle, joka on vapaaehtoisessa hoidossa. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 74; Mielenterveyslaki 1990) Pakkotoimia tulee käyttää viimeisenä vaihtoehtona potilaan tai muiden turvallisuuden sitä vaatiessa. (Kontio 2011) Yleensä pakkotoimien käyttö tarkoittaa, etteivät ongelmien ehkäisy ja aiempi hoito ole auttaneet (Rovasalo & Jüriloo 2011).

Tyypillinen eristämistilanne aiheutuu siitä, että potilas on hajanaisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvä. Eniten eristetään psykoottisia potilaita, tutkimusten mukaan joskus myös ilman väkivaltaista käyttäytymistä. Näissä tapauksissa potilaan agitaatiota ja orientoitumattomuutta aikaan ja paikkaan yritetään hallita eristämällä. (Kontio 2011, 19.) Eristäminen voi hillitä väkivaltaista ja uhkaavaa käytöstä, mutta on raskasta sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle, ja herättää etupäässä vain negatiivisia tunteita (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003).

Mielenterveyslaissa ei puhuta pakosta vaan "tahdosta riippumattomasta" hoidosta. Termillä pyritään korostamaan sitä, ettei pakkoa käytetä rangaistuksena, vaan toimenpiteiden suorittaminen perustellaan joko hoidollisesti tai potilaan tai muiden ympärillä olevien turvallisuuden takaamiseksi. Tästäkin huolimatta potilaat, joille pakkotoimia on käytetty, ovat usein kuvauksissaan tuoneet esille rangaistuksi tulemisen tunnetta, hätää ja turvattomuutta. Jotkut potilaat ovat kokeneet tilanteet jopa traumatisoiviksi. (Rovasalo & Jüriloo 2011)

Kansainvälisessä vertailussa eri maiden välillä on pakkotoimien käytössä huomattavia eroja. Erot kohdistuvat menetelmien käytön yleisyyteen sekä yksittäisten pakkotoimien ajalliseen keston. Joissakin maissa pakkotoimia käytetään hyvin vähän tai ei ollenkaan. (Steinert ym. 2009)

Suomessa pakkotoimien käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa on yleisempää kuin monissa muissa maissa (Kuhanen ym. 2010, 73). Vuonna 2010 eristämistä oli kokenut 1733 potilasta, ja lepositeissa oli ollut 819. Tahdosta riippumattomia hoitopäiviä oli 8455. Tämä on 29 prosenttia koko potilasmäärästä. Tahdonvastaisen injektion sai 584 potilasta ja 370:tä potilasta oli pidetty kiinni. (Rautiainen, Pelanteri 2012, 7.) Tahdosta riippumattomien toimenpiteiden käytössä esiintyy kuitenkin alueellista vaihtelua jopa yksittäisillä osastoilla. Perusteena tälle voidaan ajatella paikallisen hoitokulttuurin vaikutusta ja sitä, millainen potilaan käytös koetaan pakkotoimien käytön perusteeksi. (Rovasalo & Jüriloo 2011)

Yleinen suuntaus niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa näyttäisi olevan pakkotoimien vähentäminen. Tähän vaikuttavat muun muassa lisääntynyt tietoisuus ihmisoikeuskysymyksistä psykiatrisessa hoidossa ja näin ollen kiinnostus vaihtoehtoisten menetelmien etsimiseen ja käyttöön perinteisten pakkotoimien sijasta. Painetta vaihtoehtoisten menetelmien käyttöön voidaan ajatella tulevan myös hoitohenkilökunnan taholta työturvallisuuden vuoksi; tutkimuksessa tuotiin esille myös työntekijöiden mahdollisuus tehdä kanteita fyysisen haitan ilmentyessä pakkotoimien käytön aikana. (Steinert ym. 2009)

Pakkotoimia pyritään vähentämään koko maassa. Muunmuassa Mieli 2009 -hankkeessa puhutaan pakon käyttöä vähentävästä ohjelmasta psykiatrisessa sairaanhoidossa. Mielen- ja päihdesuunnitelmassa on asetettu tavoitteeksi vähentää pakkotoimia 40 prosenttia vuoteen 2015 mennessä. (Mielen- ja päihdesuunnitelma 2009, 21.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia pakkotoimista ja niiden vähentämisestä. Työmme tavoitteena on lisätä ymmärrystä pakkotoimista, niiden käytöstä sekä vaihtoehtoisista keinoista, jotta tietoa voitaisiin jatkossa hyödyntää käytännön hoitotyössä mietittäessä vaihtoehtoja pakkotoimien käytölle.

Toimeksiantajamme toimii Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikkö. Opinnäytetyömme tuo toimeksiantajallemme tietoa suoraan hoitohenkilökunnalta, joka käyttää pakkotoimia käytännön työssään.

2 PAKKOTOIMET PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA

2.1 Pakkotoimet käsitteenä ja potilaan tahdonvastainen hoito

Pakkotoimilla psykiatrisessa hoidossa tarkoitetaan kaikkia yksittäisiä potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia, tahtonsa vastaisia tai hänen mielipidettään kysymättä tehtäviä toimenpiteitä (Hämäläinen & Reiman 2007, 5.). Potilaan koskemattomuutta sekä itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden tulee aina perustua lakiin (Kuhanen ym. 2010, 69). Suomessa tahdosta riippumatonta hoitoa ohjaa lainsäädäntö, kun taas useissa muissa Euroopan maissa tahdosta riippumattomasta hoidosta päättää tuomioistuin (Lönngqvist, Pylkkänen & Moring 2011).

Pakkotoimia perustellaan mielenterveystyössä niin potilaan itsensä, kuin ympärillä olevien ihmisten suojelemisella. Sitomisen ja eristämisen ajatellaan myös lievittävän potilaan agitaatiota, aggressiivisuutta sekä avoimen harhaista oirehdintaa (Tuori & Kiikkala 2004.). Pakkotoimia ovat myös normaalitoimintaan piiloutuvat rajoitukset ja kiellot, sekä tilanteet, joissa potilaan annetaan valita jonkin tietyn toiminnan tapahtuminen joko yhteistyössä tai pakkoa käyttäen. Potilaan hoitokielteisyyden syihin olisi kuitenkin tärkeää perehtyä. Taustalla voi olla esimerkiksi pelko hoidon sivuvaikutuksista. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 128.)

Psykiatrisessa hoitotyössä lähtökohtana on vapaaehtoisuus sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Näiden periaatteiden mukaisesti ei voida kuitenkaan aina toimia, esimerkiksi silloin kun potilas ei kykene yhteistyöhön, eikä ymmärrä olevansa sairas tai hoidon tarpeessa. (Kuhanen ym. 2010, 69) Mielenterveyslaissa ei puhuta pakkotoimista vaan tahdonvastaisesta hoidosta. Tässä taustalla on muistutus siitä, että pakko on toissijaista, kun kyseessä on hoidon kannalta tarpeellinen toimenpide. Pakkotoimiin ryhtyminen tarkoittaa yleensä sitä, ettei ongelmien ehkäisy ja aikaisempi hoito ole auttaneet tai ne eivät ole olleet riittävän tehokkaita. (Rovasalo & Jüriloo 2011.)

Potilas voidaan määrätä tahdonvastaiseen hoitoon vain, jos mielenterveyslain mukaiset ehdot hoitoon määräämiseen täyttyvät. Näiden ehtojen mukaan poti-

laalla tulee olla mielisairaus ja hoitoon toimittamatta jättäminen joko pahentaisi oleellisesti hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi merkittävästi joko potilaan oman tai hänen läheistensä turvallisuuden, eivätkä muut mielenterveyspalvelut ole riittäviä tai soveltuvia potilaan hoitamiseen. (Mielenterveyslaki 1990.) Mielisairautena pidetään vakavaa psykoosioireista mielenterveyden häiriötä, jonka oireena ilmenee selkeää todellisuudentajun hämärtymistä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012a.) Tällaisia sairaustiloja ovat esimerkiksi delirium, skitsofreeniset, elimelliset ja päihteiden aiheuttamat psykoosit sekä dementian vaikeat ilmenemismuodot (Korkeila 2006).

Potilaan tahdonvastaiseen hoitoon määrääminen on nelivaiheinen prosessi, jonka ensimmäinen vaihe on potilaan kliiniseen tutkimukseen perustuva, lääkärin kirjaama tarkkailulähetä (M1). Psykiatrisessa sairaalassa potilaan haastattelun perusteella arvioidaan, ovatko kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen edelleen olemassa, jonka jälkeen potilas voidaan asettaa tarkkailuun. Tarkkailuun asettamisesta viimeistään neljäntenä päivänä tehdään potilaasta lääkärin toimesta tarkkailulausunto (M2), jonka perusteella potilasta suositetaan joko vapaaehtoiseen tai tahdosta riippumattomaan hoitoon. Suosituksen perusteella sairaalaan ylilääkäri tai muu tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri laatii hoitoonmääräämispäätöksen (M3), joka voi olla joko vapauttava tai pidättävä, tarkoittaen tahdonvastaista hoitoa. (Kuhanen, ym. 2010, 68-71.) Hoitoonmääräämispäätös on annettava potilaalle tiedoksi välittömästi. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan jatkaa kolmen kuukauden ajan. Tämän jälkeen potilaasta tulee tehdä uusi tarkkailulausunto. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012b.)

Mikäli potilasta joudutaan rajoittamaan, myös tahdosta riippumattoman hoidon aikana tulee potilasta hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan lääkärin määräyksestä rajoittaa vain perustellusti siinä määrin, kun se sairauden hoidon tai turvallisuuden kannalta on tarpeen. (Kuhanen ym. 2010.)

2.2 Pakkotoimien ennaltaehkäisy

Pakkotoimien vähentämiseen tulee hakea vaihtoehtoja hoidollisista, työyhteisöä koskevista ja rakenteellisista tekijöistä. Työyhteisöllä on oltava laadittuna toimintamalleja esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisen tueksi. (Rovasalo & Jüriloo 2011.) Myös potilaalle henkilökohtaisesti laaditusta toimintasuunnitelmasta haastavien tilanteiden varalle sekä väkivallattomien käyttäytymismallien ja aggressionhallintakeinojen suunnittelusta on osoitettu olevan hyötyä pakkotoimien ennaltaehkäisyssä. (Taxis 2002. ; Kontio ym. 2010) Potilaiden ja hoitajien yhteistyötä tulisi korostaa väkivaltatilanteiden ennakoinnissa, jolloin hoitajat voivat tukea potilaan itsehallintaa näiden omien, ennalta suunniteltujen toimintamallien mukaisesti ja näin estää pakkotoimien käyttöä (Jonikas, Cook, Rosen, Laris & Kim 2004.). Vaihtoehtoisten käyttäytymismallien löytämisessä painotetaan potilaan haastavaa käyttäytymistä laukaisevien stressitekijöiden tunnistamista sekä hallintaa (Champagne & Stromberg 2004.).

Donatin (2003) mukaan pakkotoimien vähentämisen tärkeimpänä tekijänä on asettaa työyhteisöön selkeät tavoitteet sekä seurata niitä systemaattisesti palautteen avulla. Rajoitustilanteiden järjestelmällinen dokumentointi ja jälkipuinti antavat sekä hoitajille että potilaille mahdollisuuden oppia ja hyödyntää saatua tietoa tulevissa tilanteissa (Taxis 2002). Uusien toimintamallien käyttöönotto edellyttää kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien ammattiryhmien asianmukaista koulutusta, asennoitumista sekä sitoutumista potilaan itsemääräämisoikeutta tukevaan terapeuttiseen hoitoon myös haastavissa potilastilanteissa (Kaltiala-Heino 2009 ; Taxis 2002.). Ala-Ahon, Hakon ja Saarennon (2003) tekemässä tutkimuksessa osoitettiin, että eristystilanteita on voitu vähentää muokkaamalla osaston päivä- ja viikkorytmiä muun muassa porrastamalla potilaiden lomaltapaluupäiviä sekä rauhoittamalla ruokailun jälkeinen, muutoin vilkas aika. Päivärytmin selkiyttäminen luo psykoottiselle potilaalle turvallisuuden tunnetta selkeän järjestyksen avulla.

Pakkotoimien käytön ei ole osoitettu olevan riippuvainen hoitohenkilökunnan määrästä tai koostumuksesta. Näyttäisi kuitenkin siltä, että koulutuksen li-

sääntyessä ja naisten määrän kasvaessa hoitohenkilökunnassa eristykset vähenevät. Lisäksi niin kutsutun pystyeristuksen puuttuminen vähentää eristyksiä, sillä jos käytössä on vain leposide-eristys, kynnyks eristyksen aloitukseen kohoaa. (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003)

Pakkotoimien yhtenä vähentämiskeinona on käytetty vierihoitoa. Vierihoidolla tarkoitetaan potilaan tehostettua seuranta kuulo- tai näköetäisyydeltä. Yleisimmin vierihoitoa toteutetaan muun muassa itsetuhoisten potilaiden hoidossa, mutta indikaationa voi olla myös potilaan ympärillä olevien ihmisten turvallisuuden varmistaminen esimerkiksi vierihoidettavan psykoottisuuden tai agitaation vuoksi. Päätöksen vierihoidon aloittamisesta tekee pääasiassa lääkäri. (Mykkänen 2013; Ala-Aho ym. 2003). Vierihoito on yleensä lyhytaikaista kestään maksimissaan muutaman vuorokauden. Koska vierihoidosta on vähän tutkimustietoa, sen käyttö perustuu usein käytännön kokemukseen. Toteutus vaihteleekin suuresti tietyin aikaväleihin tapahtuvasta kontaktista jatkuvaan kosketusetäisyydellä oloon potilaan ja hoitajan välillä. Terapeuttisena hoitomuotona vierihoito toteutuu parhaimmillaan silloin, kun hoidon aikana hyödynnetään aktiivista läsnäoloa sekä vuorovaikutuksellisia keinoja potilaan agitaation lievittämiseksi. Tutkimuksen mukaan myös potilaat olivat kokeneet tilanteet tällöin miellyttävämmiksi. (Bowers & Park 2001) Joissakin tapauksissa toteuttamalla vierihoitoa on voitu välttää pakkotoimien käyttöä. Vierihoito ei kuitenkaan sovellu kaikille potilaille, esimerkiksi persoonallisuushäiriöisen potilaan oirehdintaa vierihoito voi jopa pahentaa. (Mykkänen 2013)

Pakkotoimien vähentämisessä on otettava huomioon myös osaston fyysiset tilat (Rovasalo & Jüriloo 2011). Agitoituneen potilaan ohjaaminen erilliseen, rauhoittumiseen tarkoitettuun huoneeseen voi vähentää potilaan stressiä ja aggressiota ja näin ennaltaehkäistä pakkotoimien käyttöä haastavissa tilanteissa. Rauhoittumiseen voi soveltua myös esimerkiksi yhden hengen potilashuone (Kaltiala-Heino 2009), tai huone-eristys avoimin ovin (Kontio 2010).

MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) -toimintamallissa pyritään ennakoimaan ja välttämään potilaan haastavaa käytöstä hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin, jolloin potilas ei ole tilanteessa

pelkästään toimenpiteen kohteena. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla hänen valita kiihtymystilanteessa kaikille osapuolille turvallisina vaihtoehtoinen toimintamuoto. Mallin mukaan fyysistä kiinnipitämistä toteutetaan haastavassa tilanteessa viimeisenä toimintavaihtoehtona hallitusti potilaan luonnollisten liikeratojen mukaisesti sekä sisältäen hoidollista vuorovaikutusta. (MAPA-Finland ry.)

2.3 Pakkotoimia ohjaava lainsäädäntö

Mielenterveyslain 22 e § (1423/2001) mukaan tarkkailussa oleva tai tutkimukseen tai hoitoon määrätty potilas voidaan eristää muista potilaista, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi tai jos potilaan eristäminen jostain muusta painavasta hoidollisesta syystä on tarpeellista. Lepositeisiin saa sitoa potilaan vain, jos hän vakavasti käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella vahingoittaisi itseään tai muita. Tällöinkin potilaan on oltava tarkkailussa tai määrättyä hoitoon tai tutkimukseen. Vapaaehtoisessa hoidossa olevaa potilasta ei voi eristää. (Laki mielenterveyslain muuttumisesta 2001)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa potilasta saamaan hyvää hoitoa ilman syrjimistä riippumatta sairaudestaan. Psykiatrista hoitoa tarvitsevien potilaiden oireet voivat herättää hoitohenkilökunnassa negatiivisiakin tunteita. Tämä ei kuitenkaan saa olla perusteena huonoon hoitoon tai esimerkiksi eristämiseen. Laissa määritellään myös jokaisen itsemääräämisoikeus oman hoitonsa kohdalla. Toisaalta, jos 18 vuotta täyttänyt ei esimerkiksi mielenterveydellisen sairauden takia pysty päättämään omasta hoidostaan, on häntä hoidettava tavalla, jolla on paras vaikutus hänen henkilökohtaiseen etuunsa. Tässä tilanteessa esimerkiksi pakkokeinojen käyttö voi tulla kyseeseen, kun potilasta hoidetaan vastentahtoisesti.

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) kolmas luku käsittelee potilaan oikeutta valittaa hoidostaan. Potilas voi kirjoittaa muistutuksen sairaas-

lan johdolle tai kannella saamastaan hoidosta terveyden- ja sairaanhoidon valvoville viranomaisille. Hoitohenkilökunnan velvollisuus on tiedottaa potilasta oikeuksistaan ja järjestää apua muistutuksen tai kanteen tekoon. Yleensä tällaisessa tilanteessa potilasta auttaa potilasasiamies.

Pakkotoimien käyttöä ohjaa myös Euroopan ihmisoikeussopimus. Ihmisoikeussopimuksen mukaan ainoa syy vapauden riistoon on yksilön heikentynyt mielenterveys. Sopimuksessa on määritelty, että jokaisella on oikeus nauttia yksityis- ja perhe-elämästä, sekä kotiinsa ja kirjeenvaihtoonsa kohdistuvasta kunnioituksesta. (Euroopan ihmisoikeussopimus 1999)

2.4 Pakkotoimien vähentämiseen tähtäävät projektit

Parhaillaan käynnissä oleva Mieli 2009 -projekti asettaa ensimmäistä kertaa linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön painotuksille vuoteen 2015. Pakkotoimien vähentäminen on yksi osa Mieli 2009 -projektia. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 6.)

Mieli 2009 -työryhmä on laatinut kaikkiaan 18 ehdotusta, joiden avulla voidaan parantaa mielenterveys- ja päihdehuoltoa. Kohta neljä käsittelee erityisesti pakkotoimia. Ehdotus kuuluu näin: *”Sosiaali- ja terveysministeriö laatii ehdotuksen hallituksen esitykseksi itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävästä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisestä puitelaista ja tekee säädösehdotuksen tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamiseen liittyvästä ulkopuolisesta asiantuntija-arviosta. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatrisessa sairaalahoidossa.”* Tämän ehdotuksen avulla pyritään siihen, että potilaalla olisi paremmat mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa ja hänen mielipiteensä tulisi vielä enemmän kuulluksi. Jos potilaalle joudutaan toistuvasti käyttämään pakkotoimia, tulisi hänen kanssaan laatia psykiatrinen hoitotahto potilaan ollessa psyykkisesti paremmassa voinnissa. Tätä hoitotahtoa voidaan toteuttaa potilaan voinnin heikentyessä ja näin potilaan itsemääräämisoikeus säilyisi, vaikka potilaan hoidossa jouduttaisiin käyttämään pakkotoimiakin. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 21.)

Mieli 2009 -työryhmä esittää myös, että psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointiin otettaisiin käyttöön ulkopuolinen mielipide (second opinion), jonka avulla potilaan oikeusturvaa voitaisiin lisätä. Ulkopuolisen arvion antajan tulee olla hoito-organisaation ulkopuolinen, ja sairaalan tulee avustaa potilasta löytämään arvioija. Second opinionin käyttöönotto perustuu Euroopan kidutuksen vastaisen komitean antamaan kannanottoon. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 21.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa edellytetään pakkotoimien ja tahdonvastaisen hoidon vähentämistä 40 prosentilla vuoteen 2015 mennessä. Pakkotoimia tulee vähentää henkilöstön asenteita muuttamalla ja koulutusta lisäämällä. Lisäksi pakkotoimia vähentävän ohjelman tulee sisältää hyviä käytäntöjä, joiden avulla pakkotoimia voidaan vähentää. Suomessa on kansainväliseen tasoon nähden paljon pakkotoimia käytössä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 21.)

Vuonna 2011 perustettiin Vaasassa Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa. Verkoston tarkoituksena on vähentää pakkotoimenpiteitä pohjoismaisella tasolla. Tarkoituksena on myös jakaa kokemustietoa maiden välillä ja näin vähentää hoitotoimenpiteissä käytettävää pakkoa. Verkosto visiona on vähentää pakkoa mahdollisimman pitkälle ja luoda toimivia vaihtoehtoisia toimintamuotoja pakon tilalle. Verkosto edistää myös tutkimustiedon ja hyvien käytäntöjen levittämistä pohjoismaiden välillä. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012)

3 HOITAJIEN JA POTILAIDEN KOKEMUKSIA PAKKOTOIMIEN ENNALTAEHKÄISYSTÄ

Kontion ym. (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaat ovat kokeneet pakkotoimenpiteen prosessina, joka alkaa jo ennen varsinaista sitomista tai eristämistä. Eristämistä tai sitomista edeltävien tilanteiden kuvauksissa nousi esille kommunikaation ja tiedon puute tapahtuvasta toimenpiteestä ja sen syistä. Potilaat toivat myös esille, että hoitohenkilökunta käyttäytyy erityistilanteissa joskus epäystävällisesti ja suhtautuu potilaisiin välinpitämättömästi.

Potilaat ovat kuvanneet itsemääräämisoikeutensa rajoittamisen, kuten omaisuuden haltuunoton, liikkumisen rajoittamisen sekä sitomisen ja eristämisen negatiivisena, stressaavana ja turhana vallankäyttönä. Ajatus suljetusta osastosta herättää vihan ja aggression tunteita; avoimilla osastoilla potilastyytyväisyys kuvataan paremmaksi. (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä & Välimäki 2007)

Tutkimuksen mukaan potilaat ovat toivoneet pakkotoimien sijaan käytettävän muun muassa lääkitsemistä, selkeitä sääntöjä osaston toimintaan, aktiviteettien lisäämistä, rauhoittavaa musiikkia ja mahdollisuutta neuvotella hoidostaan hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen pakkotoimia käytettäessä on koettu tärkeäksi. Potilaiden toiveissa toistuu tarve empaattiseen vuorovaikutukseen hoitohenkilöstön kanssa sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Kontio ym. 2012. ; Olofsson & Nordberg 2001) Potilaat ovat kokeneet tärkeänä myös mahdollisuuden keskustella jälkeenpäin eristys- tai sitomistilanteesta, toimenpiteeseen liittyvistä tunteista ja siihen johtaneista syistä (Kontio ym. 2012).

Pakkotoimien ehkäisemiseksi on tutkitty myös hoitajien käsityksiä. Heidän mielestään pakkotoimien ehkäisyssä ja potiasturvallisuuden lisäämisessä keskeisintä ovat hoitajan läsnäolo ja keskustelu potilaan kanssa arjen toimintojen keskellä. Aggressiiviseen käytökseen on varauduttu ennalta selvittämällä onko potilas käyttäytynyt aiemmin aggressiivisesti, mahdolliset tilanteet joissa pakkotoimia on käytetty sekä niihin johtaneet syyt. Myös mielekkäiden aktivi-

teettien tarjoamisen on koettu ehkäisevän potilaan stressiä sekä aggressiivista käyttäytymistä. (Kontio ym. 2010) Olofssonin ja Nordbergin (2001) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat ovat kokeneet tärkeimpänä asiana pakkotoimien ennaltaehkäisyssä toimivan suhteen luomisen potilaaseen, jolloin vaihtoehtojen löytäminen haastavissa tilanteissa yhdessä potilaan kanssa on helpompaa. Toisaalta päätös potilaan eristämisestä on tehtävä nopeasti, eikä tilanteessa ole usein aikaa arvioida päätöstä muun hoitotiimin kanssa. Tilanteen välitön purku auttaa arvioimaan sekä yksittäistä tilannetta ja tiimin toimintaa, että mahdollistaa uusien toimintamallien löytämisen vastaaviin tilanteisiin tulevaisuudessa. (Kontio ym. 2010)

4 PSYKIATRINEN HOITOTAHTO

Lapin sairaanhoitopiiri on kehittänyt yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa psykiatrisen hoitotahdon, jonka tarkoituksena on tukea psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta niissä tilanteissa, joissa potilas ei ole kykenevä sairautensa vuoksi omaa tahtoaan esittämään. Hoitotahto on otettu käyttöön vuonna 2011. Psykiatrinen hoitotahto ei sisälly Suomen kansalliseen lainsäädäntöön, joten se tulkitaan kuuluvan osaksi potilaan hyvää hoitoa. Hoitotahdossa potilas tuo esille toiveitaan hoitoonsa liittyen. Hoitotahto on tehtävä silloin, kun potilas vointinsa puolesta ymmärtää siihen liittyvät asiat. (Lapin Sairaanhoitopiiri 2012)

Hoitotahto on otettava huomioon potilaan hoidossa mahdollisuuksien mukaan aina, mutta hoitava lääkäri päättää kuitenkin viime kädessä potilaan edun mukaisesta hoidosta. Potilaan hoitotahdosta voidaan poiketa potilaan tahdon muuttuessa, silloin kun hoitavalla taholla on vahva epäily hoitotahdon perustuvan potilaan virheelliseen käsitykseen, potilaan sairaus sitä vaatii tai hoidossa on perusteltua käyttää potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä. (Lapin Sairaanhoitopiiri 2012)

Silloin kun potilas ei pysty itse määräämään hoidostaan, on ennen hoitopäätöstä kuultava potilaan laillista edustajaa, lähiomasta tai muuta läheistä henkilöä. Päätöksessä on otettava huomioon potilaan henkilökohtainen etu. Jos edellä mainittu henkilö kieltäytyy potilaalle annettavasta hoidosta, on potilasta mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla hyväksyttävällä lääketieteellisellä tavalla yhteisymmärryksessä suostumuksesta kieltäytyvän henkilön kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) Hoitotahdossa potilas voi nimetä ulkopuolisen henkilön, jonka valtuuttaa osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin, sekä määritellä elämänarvoihinsa, perushoivaan, lääketieteelliseen hoitoon, tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin sekä niiden ehkäisyyn liittyviä asioita, joita toivoo hoidossaan toteutettavan. Potilaalla on mahdollisuus muuttaa tai täydentää tekemäänsä hoitotahtoa. (Lapin Sairaanhoitopiiri 2012)

5 TYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia pakkotoimista ja niiden vähentämisestä. Työmme tavoitteena on lisätä ymmärrystä pakkotoimista, niiden käytöstä sekä vaihtoehtoisista keinoista, jotta tietoa voitaisiin jatkossa hyödyntää käytännön hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset

1. Mitä ovat yleisimmin käytetyt pakkotoimet?
2. Missä tilanteissa pakkotoimia käytetään psykiatrian alueella?
3. Millaisia vaihtoehtoja pakkotoimille on olemassa psykiatrian alueella?
4. Kuinka hoitajat ennaltaehkäisevät pakkotoimia?

6 TYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS

6.1 Aiheen valinta

Opinnäytetyön aihe valittiin Savonia–Amattikorkeakoulun tarjoamasta opinnäytetyön aihepankista. Päädyimme valitsemaan tämän aiheen, sillä molemmat suuntaamme opintomme mielenterveys- ja päihdetyöhön. Aihe on myös mielenkiintoinen ja hyvin ajankohtainen. Sitä on viimeaikoina käsitelty myös tiedotusvälineissä. Lisäksi koimme, että syventymällä pakkotoimien vähentämiseen voimme tuoda tulevaisuudessa uutta tietoa yksiköihin joissa työskentelemme.

6.2 Työtehtävät ja vastuunjako

Opinnäytetyön tekijöinä vastasimme tiedon keräämisestä ja valmiin sisällön tuottamisesta. Opinnäytetyöprosessissa mukana on myös opinnäytetyöohjaaja ja lehtori Pirjo Kinnunen sekä toimeksiantajan edustajat. Toimeksiantajamme yhdyshenkilöitä olivat ylihoitaja Pasi Kuosmanen ja osastonhoitaja Aino Eskelinen.

Työtehtävät jaoimme siten, että molemmat osallistuimme kaikkiin opinnäytetyön vaiheisiin. Joitakin työhön liittyviä teoria-alueita jaoimme omien kiinnostuksiemme mukaan.

6.3 Opinnäytetyö prosessin riskit ja riskeihin varautuminen

Opinnäytetyöprosessin ehdottomana vahvuutena oli tekijöiden mielenkiinto mielenterveyshoitotyöhön. Molemmat olemme suunnanneet sairaanhoitajan opintoja mielenterveystyöhön sekä tehneet sairaanhoitajan sijaisuuksia alalla. Yhteys toimeksiantajaan oli hyvä, ja työ tulee olemaan erittäin tarpeellinen toimeksiantajan näkökulmasta.

Heikkoutena ja uhkana opinnäytetyön tekemisessä oli aikataulun venyminen ja yhteisen ajan löytäminen työ tekemiseen.

7 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO

7.1 Laadullinen tutkimus

Käytimme tutkimuksessamme laadullista- eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisen tutkimuksen perusajatuksena on ymmärtää ja kuvata mahdollisimman kattavasti tutkittavaa ilmiötä ja sen merkityksiä oikeassa elämässä ja tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-164.).

Koska tavoitteenamme oli tutkia psykiatrian alueella toimivien hoitajien kokemuksia pakkotoimien käytöstä ja niiden vähentämisestä, oli tämän tutkimusmenetelmän käyttö perusteltua. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä pohdittaessa vaihtoehtoisia toimintatapoja tilanteisiin, joissa pakkotoimia yleisimmin käytetään.

7.2 Avoin haastattelu

Avoin haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa haastattelija ohjaa haastattelun etenemistä esittämällä jatkokysymyksiä vastausten perusteella esille tulleisiin seikkoihin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 45). Haastattelun aihe on ennalta määriteltä, mutta muutoin kysymykset ovat avoimia. Tutkittavaa asiaa voidaan lähestyä esimerkiksi tutkimuskysymysten avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.) Haastateltaviksi valitaan henkilöitä, joilla tiedetään olevan kokemuksia haastateltavasta aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 46.).

Haastattelun avulla on mahdollista selvittää yksilön kokemuksia ja ajatuksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72.). Haastattelu laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä antaa haastateltaville mahdollisuuden toimia prosessissa aktiivisina osallistujina. Haastattelussa saatuja vastauksia voidaan syventää, jolloin tutkittavaa ilmiötä päästään lähestymään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205).

Aineistonkeruumenetelmäksi tutkimukseemme valikoitui avoin haastattelu, koska halusimme antaa mahdollisimman paljon tilaa haastateltavien omille ajatuksille ja kokemuksille.

7.3 Ryhmähaastattelu aineiston keruumenetelmänä

Ryhmähaastattelua voidaan luonnehtia vapaamuotoiseksi keskusteluksi, jossa haastateltavilta saatu tieto on monipuolista. Ryhmähaastattelun avulla on mahdollista saada tietoa samanaikaisesti usealta yksilöltä, sekä selvittää haastateltavien yhteisiä käsityksiä tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61-63.) Ryhmähaastattelu soveltuu tiedonkeruumenetelmäksi erityisesti silloin, kun halutaan selvittää jonkin tietyn ryhmän sisäisiä kulttuurisia tekijöitä ja yhteisiä näkemyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 211.).

Toteutimme tiedonkeruun ryhmähaastattelun avulla, koska se oli ajankäytön suhteen kannattavinta. Useampaa erillistä yksilöhaastattelua olisi ollut haasteellista sovittaa sekä tutkijoiden aikatauluun että haastateltavien työpäivään. Ryhmähaastattelu mahdollisti sekä yksittäisten hoitajien omien kokemusten, että työryhmien yhteisten näkemysten ja toimintatapojen selvittämisen pakko-toimien käytössä.

7.4 Sisällönanalyysi aineiston analysointimenetelmänä

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäisessä aukikirjoitettu eli litteroitu aineisto pelkistetään. Tässä vaiheessa karsitaan pois kaikki tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto etsimällä aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään alkuperäisilmauksista muodostettujen pelkistettyjen ilmausten samankaltaisuuksien avulla. Näistä samaatarkoittavista käsitteistä muodostuvat ryhmittelyn alaluokat. Alaluokat ryhmitellään edelleen pääluokiksi ja pääluokat yhdistyvät yläluokkiin. Viimeisenä luodaan teoreettiset käsitteet, jolloin saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

Haastattelujen litteroinnin jälkeen vastaukset jaoteltiin pääluokkin ja alaluokkiin pelkistetyn haastattelumateriaalin pohjalta. Haastattelut pelkistettiin tutkimuskysymysten avulla. Pääluokiksi muodostuivat yleisimmin käytetyt pakkotoimet, tilanteet, joissa niitä käytetään, hoitajien käyttämät vaihtoehtoiset toimet sekä pakkotoimien ennaltaehkäisy. Pakkotoimien ennaltaehkäisystä muodostui uusi tutkimuskysymys aineiston analyysivaiheessa. Käytimme pääluokkia myös otsikkoina tulososiossa. Yläluokkana on pakkotoimien vähentäminen. Tulosten perusteella saadut luokat koottiin taulukkoon 2.

Taulukko 2. Tutkimustulosten luokittelu

Yläluokka	Pääluokka	Alaluokka
Pakkotoimien vähentäminen	Yleisimmin käytetyt pakko-toimet	Eristäminen muista potilaista
		Sitominen
		Vastentahtoinen lääkitseminen
		Liikkumisen rajoittaminen
		Tavaroiden haltuunotto
		Yhteydenpidon rajoittaminen
		Vastentahtoinen hoito
		Vastentahtoinen ravitseminen
	Tilanteet, joissa pakkotoimia käytetään	Yhteistyökyvytön
		Mielenterveyslain mukainen tarkkailu
		Potilas vaarantaa muiden potilaiden hoidon
		Potilas vaarallinen muille
		Potilas vaarallinen itselleen
	Hoitajien käyttämät vaihtoehtoiset hoitomuodot	Vuorovaikutus
		Lääkitys
		Rauhoittuminen omassa tilassa
		Läsnäolo
		Riittävä henkilökunnan määrä
		Uloskirjoitus
		Hoitosopimukset
	Pakkotoimien ennaltaehkäisy	Läsnäolo
		Sääntöjen läpikäynti
		Hoitajien olemus
lääkitseminen		
aikaisempi sairaushistoria		

8 RYHMÄHAASTATTELUJEN TULOKSET

Ryhmähaastattelut järjestettiin Julkulan sairaalan mielialahäiriöiden akuuttiosastolla (2717) sekä psykoosien akuuttiosastolla (2716). Haastatteluja pidettiin yksi kummallakin osastolla. Haastattelun aluksi esittelimme lyhyesti opinnäytetyön aiheen ja kerroimme sen tarkoituksesta. Osastolla 2716 haastattelunauhan pituus oli 28 minuuttia ja osastolla 2717 nauhan pituus oli 18 minuuttia. Haastattelutilanteet olivat kiireettömiä ja rentoja eikä häiriötekijöitä ilmennyt.

Haastatteluihin osallistui kymmenen henkilöä. Miehiä ja naisia oli molempia viisi. Haastateltavista sairaanhoitajia oli neljä ja mielisairanhoitajia kuusi. Haastateltavilta saatiin riittävästi tietoa pakkotoimista psykiatrian alueella ja saatu tieto oli tutkimuksen kannalta tarpeellista.

Litteroituna haastatteluista kertyi materiaalia yhteensä neljä ja puoli A4-arkkia, riviväli oli yksi ja fonttikoko 11. Haastattelun aukikirjoituksessa ongelmia aiheutti toisen nauhan ajoittain huono äänenlaatu. Näitä kohtia ei voitu käyttää tutkimuksen osana.

8.1 Yleisimmin käytetyt pakkotoimet

Hoitajat nimesivät osastoilla yleisimmin käytetyiksi pakkotoimiksi liikkumisen rajoittamisen, tahdonvastaisen lääkityksen, eristämisen, yhteydenpidon rajoittamisen sekä omaisuuden haltuunoton. Myös tahdosta riippumaton hoito miellettiin pakkotoimeksi. Koska osastot ovat suljettuja, potilaiden liikkumista rajoitettiin lukittujen ovien vuoksi automaattisesti. Haastatteluissa ei käynyt ilmi, mitä pakkotoimia hoitajat kokivat käytettävän määrällisesti eniten.

” Kyllähän se sinällään se pakkohoitokin on (pakkotoimi), siitähän se kaikki lähtee.”

” Meidän osastolla pakkoa on aina, siitä johtuen että ollaan suljettu osasto. Se on lähtökohta ja siitä ei päästä mihinkään, mutta että ne vaikutukset olis mahdollisimman lieviä tässä.”

” Tahdonvastainen injektio. Eristämiset, sitominen ja huoneeristys, eli eristäminen muista potilaista. Lasketaanko tähän nyt omaisuuden haltuunotot, niinku esimerkiks puhelimen?”

Syömishäiriötä sairastavien potilaiden osalta ravitsemuksen turvaaminen miellettiin pakkotoimeksi.

” Mitenkäs jollekin anorektikolle letkuruokinta? Työnnetään jollekin väkisin nenämahaletkua. ”

8.2 Tilanteet, joissa pakkotoimia käytetään

Hoitajien mukaan pakkotoimia joudutaan käyttämään tilanteissa, joissa potilas ei muilla tavoin suostu toimimaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa tai häiritsee muiden potilaiden hoitoa. Jos tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas kieltäytyy hänelle määrätystä lääkityksestä, voidaan lääkehoito turvata tarvittaessa pakkokeinoin esimerkiksi vastentahtoisen injektion avulla.

Liikkumista rajoitetaan etenkin silloin, kun potilas on asetettu mielenterveytlain mukaiseen tarkkailuun. Tällöin potilas ei saa poistua osaston tiloista. Liikkumista voidaan rajoittaa myös muissa tilanteissa potilaan voinnin sitä edellyttäessä.

Hoitajien mukaan potilas joudutaan eristämään silloin, kun hän on vaaraksi joko itselleen tai muille tai vaarantaa muiden potilaiden hoidon toteutumisen. Potilas voi käyttäytyä uhkaavasti ja aggressiivisesti, hän ei kykene vuorovaikutukseen eikä häneen saada kontaktia.

” Sitten eristämistilanteet. Potilaan psyykkinen vointi on sellainen, että on vaaraks itelleen tai muille. Vaarantaa muiden potilaiden hoitoa, on sitten leposide-eristys tai pystyeristystä.”

” Häneen ei saada kontaktia, hän on uhkaava, tehny jopa jotain, heitelly, käyny käsiks, eikä rauhotu niinku millään, ei puheella eikä millään muulla keinolla, silloin joudutaan eristämään. On nähtävissä, että hän on vaaraks muille potilaille, sekä ehkä itselleen.”

Hoitajat kokivat yöajan hankalaksi levottoman potilaan hoidossa. Pakkotoimia käytetään potilaan rauhoittamiseksi yöllä sillä perusteella, että potilas omalla käytöksellään merkittävästi häiritsee toisten potilaiden hoitoa.

”Yöaikahan se on monesti se hankala aika, ku hiljaisuus on, jos on tuommonen levoton potilas, että miten sitten toimitaan siinä tilanteessa, että ku toisille pitäs taata se, että saavat nukkua ja sitten jos on tämmönen levoton potilas, että miten sen kanssa sitten pärjätään.”

Hoitajien mukaan eristystilana käytetään ensisijaisesti huone-eristystä. Jos potilas pyrkii vahingoittamaan itseään tai käyttäytyy uhkaavasti, voidaan hänet siirtää leposide-eristykseen.

” ...yks edellytys on se, että häntä pitää pystyä hoitamaan sinne, olla siinä voinnissa, että pystyy hoitamaan sinne huoneeristyksen puolelle. Jos hän on hyvin uhkaava, niin sinne on hyvin hankala mennä sitten.”

8.3 Hoitajien esittämät vaihtoehdot pakkotoimille

Ensisijaisesti potilasta yritetään rauhoittaa lääkitsemällä ja vuorovaikutuksellisin keinoin. Seuraava vaihtoehto on tahdonvastainen lääkitseminen, joka käytännössä tarkoittaa injektiomuotoista lääkettä. Haastatteluun osallistuneet hoi-

tajat toivat esiin, että eristys on aina viimeinen mahdollinen hoitokeino potilaan rauhoittamiseksi tai rajaamiseksi.

Tärkeimmiksi vaihtoehtoiksi pakkotoimille hoitajat nimesivät vuorovaikutukselliset ja lääkinnälliset keinot. Lisäksi potilaan rauhoittuminen omassa huoneessa tai huone-eristyksessä avoimin ovin mainittiin yhdeksi vaihtoehdoksi pakkotoimille. Hoitajat olivat yksimielisiä siitä, että pakkotoimilta vältetään potilaan kanssa yhdessä keskustelemalla ja kuuntelemalla potilasta. Vierihoidaminen nähtiin myös yhtenä vaihtoehtona varsinkin eristykseen. Jos pakkotoimiin päädytään, on tilanne tärkeää käydä läpi yhdessä potilaan kanssa. Näin voidaan mahdollisesti oppia jotakin tilanteesta ja välttyä samoilta konflikteilta jatkossa saman potilaan kohdalla.

” Aika paljon potilaan kuuntelemista, keskustelua ja neuvottelua ja semmosta luovimista.”

” Ymmärtää täytyy kuitenkin, että niitä eristyksiä tulee, sitten että niitä osattas jälkikäteen käsitellä, että olis mahdollisimman vähän seuraamuksia tai ettei uusis ne tilanteet saman potilaan kohalla.”

Hoitajien käyttäminä vaihtoehtoina pakkotoimille nousivat esiin keskustelu ja läsnäolo. Näiden kahden tekijän avulla yritetään rauhoittaa potilasta.

”Sekkiin rauhottaa ku on enemmän henkilökuntaa. Tai eristyksen puolella voi olla avoimin ovin tai sitten muuten yhden hengen huoneeseen. Se on hyvä keino siinä.”

Henkilökunnan riittävä määrä nähtiin rauhoittavana tekijänä. Osastoilla laaditaan myös usein potilaiden kanssa erilaisia hoitosopimuksia, jossa luodaan potilaalle rajoja ja vapauksia. Hoitosopimukset sisältävät esimerkiksi sopimuksia vierailijoista, puhelimen käytöstä ja liikkumisesta osaston ulkopuolella.

” Hoitosopimuksessa otetaan huomioon potilaan mielipiteet. Esimerkiksi on joku maanikko, niin siltä tahtoo aina vähä luis-kahtaa mielestä nämä ohjeet, niin on näyttää mustaa valkosel- la, että katoppas ku näin myö sovittiin. ”

Hoitosopimuksia tehtäessä potilaalla on mahdollisuus osallistua hoitoonsa ja hän tulee myös kuulluksi oman hoitonsa osalta. Kuitenkin potilasta täytyy muistuttaa, että lääkärillä on viime kädessä velvollisuus päättää potilaan hyvästä hoidosta.

Persoonallisuushäiriöiset ja päihdeongelmaiset potilaat voivat psyykkisen vointinsa puolesta tiedostaa tekonsa ja niiden seuraukset. Näiden potilaiden kohdalla vaihtoehto pakkotoimille voi joskus olla uloskirjoitus osastolta. Tällä tavoin potilasta voidaan vastuuttaa omasta hoidostaan sekä muistuttaa sitoutumisesta sovittuihin sääntöihin.

” Yksi semmonen mitä on käytetty kans tämmösten päihdeon- gelmaisten ja persoonallisuushäiriöisten kanssa, jotka tietää mitä tekkee, niin eristyksen sijaan vaihtoehtoja on ollu uloskir- jotus.”

Hoitajat kertoivat haastatteluissa, että töitä pakkotoimien vähentämiseksi tehdään koko ajan. Ensisijaisesti potilasta yritetään rauhoittaa lääkitsemällä ja vuorovaikutuksellisin keinoin. Seuraava vaihtoehto on tahdonvastainen lääkitseminen, joka käytännössä tarkoittaa injektiomuotoista lääkettä. Hoitajat toivat esiin, että eristys on aina viimeinen mahdollinen hoitokeino tämän kaltaisissa tilanteissa.

Eristysten määrä on viime vuosina laskenut myös Julkulan sairaalan osastoilla. Tähän on vaikuttanut eristyskriteerien muuttuminen. Enää ei eristetä pelkästään siitä syystä, että potilas vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa. Ensin yritetään kaikilla muilla keinoilla rauhoittaa tilanne ja saada potilaan vointi niin stabiiliksi, ettei pakkotoimia jouduta käyttämään. Ensisijaisesti pyritään saamaan potilaaseen puheyhteys.

” Oikeestaan aika paljon tehhään asioita ennen ku ollaan eristämässä”

Toisaalta osastoilla on myös tilanteita, joissa esimerkiksi eristäminen tapahtuu hyvin nopeasti, eivätkä muut keinot enää sovellu käytettäväksi.

” Toisaalta on myös niitä äkkitilanteita, että käy päälle tai tulee jo sairaalaan sidottuna paareihin ja poliisit on saattamassa.”

8.4 Hoitajien käyttämä ennaltaehkäisy

Hoitajat kokivat tärkeimpänä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä läsnäolon potilaiden kanssa. Tätä kautta myös vuorovaikutuksellisuus korostui ennaltaehkäisevänä tekijänä.

” Ollaan potilaiden kanssa yhteisön puolella, että tiedetään mikä se on potilaiden vointi ja osaston tilanne. Näähän ne on, just että yritetään luoda keskusteluyhteyttä, saada rauhoittumaan, rauhoittaa puheella, lääkitseminen”

Lisäksi nähtiin tärkeänä, että käydään potilaan kanssa läpi osaston yhteiset säännöt. Näin potilaat tietävät, mikä on sallittua osastohoidon aikana. Hoitajat kertoivat myös, että omalla olemuksellaan hoitajat voivat rauhoittaa tilanteita osastolla. Tosin esiin tuli myös, että hoitajien käytös voi provosoida potilasta esimerkiksi aggressiiviseen käyttäytymiseen.

” . Hoitajat omalla käytöksellään ja olemuksellaan rauhoittavat ja joskus kyllä päinvastoin. Siis on mahdollista rauhoittaa. Voi pyrkiä siihen, että rauhoittaa tilannetta.”

Ennaltaehkäiseväksi toimenpiteeksi hoitajat kokivat myös lääkitsemisen. Tosin ongelmia on aiheuttanut hoitajan ja lääkärin erimielisyys lääkkeen tarpeellisuudesta. Suun kautta otettavat lääkkeet myös vaikuttavat hitaammin verrat-

tuna esimerkiksi injektimuotoiseen lääkeykseen. Näin ollen aina ei pystytä edes lääkeyksen avulla ennaltaehkäisemään pakkotoimia.

” Pyritään lääkitsemällä aina ennaltaehkäisemään, mutta aina sekään ei ole helppoa, kun joutuu odottamaan niitä lääkeytejä, pyytämään ja rukkoilemaan ja mikä lääkey on sitte semmonen, että kaikista nopeimmin auttaa?”

Molemmilla osastoilla kiinnitettiin huomiota myös potilaan aikaisempaan sairaushistoriaan. Valtaosa potilaista on ennestään tuttuja molemmilla osastoilla, joten aikaisemmat eristyksinkin ovat yleensä tiedossa. Tosin potilaan aikaisemmasta sairaushistoriasta ei välttämättä pystynyt tekemään johtopäätöksiä tulevista eristyksistä.

” Ei se välttämättä se aikaisempi historia vaikuta siihen potilaan käytökseen ollenkaan. Voi olla, että on paljon eristyksiä, mutta nyt ei oookkaan.”

Potilaan aikaisemmasta käytöksestä voitiin kuitenkin arvella, millä tavalla hänen sairautensa mahdollisesti oireilee ja näin varautua toimimaan tietyllä tavalla.

Julkulan sairaalan akuuttiosastoilla ei ole käytössä Lapin sairaanhoitopiirin kehittämä psykiatrinen hoitotohtori. Yksittäisissä tapauksissa potilaat ovat ilmaisseet hyvässä psyykkisessä voinnissa ollessaan, kuinka he haluaisivat heitä hoidettavan. Tämä oli kuitenkin hyvin harvinaista. Systemaattisesti ei potilailta kysytty hoitotohtori, mutta pakkotoimia vaativassa tilanteessa potilaalta mielipidettä usein kysytään. Psykiatrisen hoitotohtoriin käyttäminen ennaltaehkäisevänä välineenä herätti myös vastustusta.

” Mä en usko, että tommonen toimis potilaiden kanssa ollenkaan. Ovat niin sairauden tunnottomia, rajattomia, eivätkä tunnista itestään niitä asioita. Niin en kyllä nää tuota semmo-

sena asiana, että kaikkien potilaiden kanssa vois tuommosta käyttää.”

8.5 Hoitajien asenteita ja ajatuksia pakkotoimista

Ryhmähaastattelussa hoitajat kertoivat, että asenteet pakkotoimia kohtaan ovat muutaman vuoden sisällä muuttuneet.

” Jos aattelee vuosia taakse päin, niin oma asenne pakkotoimiin on kyllä muuttunu, että tuota, kun on lähdetty niitä vähentämään, niin sitten kyllä mahdollisimman pitkään katsoo sitä, että yrittää kaikkia muita keinoja ensin kokeilla, että josko ei tarviis eristää.”

Lisäksi eristysten määrä ja kesto olivat hoitajien mielestä vähentyneet oleellisesti viimeisten muutaman vuoden aikana.

” Kokemuksena muutaman viime vuoden aikana eristykset on hirveästi vähentyneet ja lyhentyneet. Ennen saattoi olla kolmen päivän leposide-eristystä, niin eipä nyt oo kyllä ollu ollenkaan.”

Hoitajat kokivat, että eristäminen on viimeinen mahdollinen hoitokeino, eikä se ole miellyttävää hoitohenkilökunnallekaan.

” Ei ne hoitajatkaan nauti siitä, että saa viiä jonkun remmeihin.”

Eristäminen on hoitajien mielestä aina oltava hoidollinen keino potilaan psyykkisen voinnin tasoittamiseksi, eikä sitä saa käyttää rangaistuksena.

Potilaiden tilaa arvioidaan heti hänen osastolle saavuttuaan. Joskus esitiedoissa on maininta potilaan aggressiivisuudesta, ja hänet on voitu toimittaa hoitoon poliisisaattuessa ja käsiraudoitettuna.

”Kun tulee uusia potilaita ja ne tullee käsirauchoissa, niin on semmonen ajatus, että suoraanhan se pittää viiä tuonne eristykseseen, niin kyllä sitä arviota siinä tehdään, että tarviiko se olenkaan sitä eristystä.”

Haastattelussa ilmeni, että osastoilla koettiin henkilöstövahvuuden ja vuorokauden ajan vaikuttavan eristämiseen ja muihin pakkotoimiin. Esimerkiksi koettiin, että yöllä kynnyks lähteä eristämään on kasvanut verrattuna muutamaan viime vuoteen. Lisäksi yöllä pakkolääkitsemiseen suhtauduttiin varoen, sillä yöaikaan on vähemmän henkilökuntaa käytettävissä ja mahdollisesti pakkolääkitseminen voi johtaa eristämiseen.

” Hirmu hankala on potilas ruveta väkisin potilasta lääkitsemään yöllä, koska on vähemmän väkeä ja siitä sit seuraa varmaan se, että joudutaan eristämään, että yöaika on sitä luovimista.”

Eräs hoitaja kertoi, että tilastojen valossa potilaiden eristämiseen tai pakkolääkitsemiseen ei ole vaikuttanut lainkaan, onko työvuorossa varahenkilöitä tai keikkatyöntekijöitä. Kuitenkin toinen hoitaja kertoi, että joskus kun työkaverina on tuntemattomampi henkilö, pakkotoimien käyttämistä venytetään äärimmillen tai pyydetään herkemmin apua toiselta osastolta.

” Jos on vaikka parikin keikkalaista tai vieraampaa ihmistä vuorossaan, ku ei sitten tiiä, että osaako he toimia samalla tavalla ku me, että onko heillä vaikka avekki koulutukset käytynä tai onko heille tuttu meidän erkka.”

Osastoilla käydään yhdessä henkilökunnan kanssa läpi hankalia tilanteita. Jokaisesta tilanteesta yritetään oppia, jotta jatkossa voitaisiin hyödyntää aikaisempaa kokemusta joko saman tai uuden potilaan kohdalla. Tilanteita käydään läpi arviointiimissä, joka on henkilökunnan yhteinen foorumi ajankohtaisista asioista. On myös yhdessä sovittu, että tarvittaessa osaston toimintoja

muutetaan tai perutaan, jos potilaan tai potilaiden psyykinen vointi on hyvin hankala.

”..joku potilaan tilanne on semmonen vähän niinku arvaamaton ja jotakii on niinku ilmassa, että esimerkiksi muita osaston toimintoja pystytään sitten, pitäs pystyä muuttamaan tai ihan sitten vaikka perumaan, jos siinä on sitten jotakin yllättävää mahdollisesti tuloillaan.”

Jokainen eristystilanne käydään myös yhdessä läpi mieltien, mitkä olivat eristykseen johtaneet syyt ja olisiko mahdollisesti voitu toimia jotenkin toisin.

”Täytyy aina arvioida niitä eristystilanteita, että mitä siinä on niin ku tapahtunu, että olisko ollu mahdollista toimia toisia vai eikö ois ollu.”

Lisäksi osaston hoitajat ovat käyneet Avekki-koulutuksen, joka myös osaltaan tähtää pakkotoimien vähentämiseen ja vaihtoehtoiseen hoitoon.

” Avekki koulutuskin tähtää siihen ennaltäehkäisyyn, eikä vaan pelkästään siihen kiinnipitämiseen. Ihan siellä avekin perusjuttuissahan käydään paljon läpi sitä, että kuinka voi omalla toiminnallaan ehkäistä niitä tilanteita, ettei tarvitse käyttää mitään pakkoa”

Hoitajat kertoivat, että välillä tulee tilanteita, joiden kohdalla mieltii, että tuliko katsottua potilaan vointia liian pitkään ilman pakkotoimia. Varsinkin jos pakkotoimien käyttäminen sitten osoittautuu hyvin hankalaksi potilaan psyykkisen voinnin vuoksi.

”..joskus voi olla sit se, että liian pitkään tulee katsottua ja yritettyä, et sit saattaa vähän hankalaks mennä se tilanne. Pitäs löytyä semmonen sopiva keskitie siinäki.”

Hoitajat pohtivat pakkotoimien vähentämisen vaikutusta potilaan tehokkaiseen ja hyvään hoitoon. Nykyisin eristämistä ei aloiteta pelkästään siitä syystä, että potilas häiritsee muita potilaita. Hoitajat myös mielestään sietävät enemmän potilaan epäasiallista käytöstä

”...että ku on tää linjaus, että pakkotoimia pitää vähentää tai jopa lopettaakin. Niin on pitkä pinna kattoo, että voi sanoo, että semmonen kriteeri täytyy kuin muiden potilaiden hoitaminen vaarantuu. Mutta se ei oo riittävä peruste (eristämisle)...”

Lisäksi hoitajat pohtivat haastattelussa, että onko puheella rajoittaminen lopulta pakkotoimi vai enemmänkin ohjausta. Joidenkin hoitajien mielestä rajan vetäminen neuvonnan ja opastuksen ja pakkotoimien väliin on hyvin häilyvää.

” Joissakin tapauksissa, missä kulkee se potilaan itsemääräämisoikeiden loppuminen. Että onko esimerkiks syöminen semmonen asia?”

Myös vierihoidon nähtiin “harmaana alueena”, sillä kuitenkin vierihoidossa ollaan potilaan lähellä koko ajan tai ainakin näköyhteydessä ja sillä tavoin rikotaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Kuitenkin vierihoidon koettiin myös ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten pohdinta

Pakkotoimien käytöstä ja niiden vähentämisestä on tehty useita tutkimuksia sekä Suomessa että kansainvälisesti. Haastatteluista saamistamme tuloksista löytyi samankaltaista tietoa aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa.

Molemmilla osastoilla joudutaan käyttämään pakkotoimia, ja yleisimmin käytettävät pakkotoimet ovat pääosin samanlaisia. Hoitajat perustelivat pakkotoimien käyttöä hyvin samankaltaisesti kuin Tuori ja Kiikkala (2004). Hoitajien mukaan pakkotoimien käytön ensisijainen tarkoitus on turvata potilaan turvallinen ja hyvä hoito, taata myös muiden potilaiden hoito sekä henkilökunnan turvallisuus.

Haastatteluissa saamiemme tulosten mukaan pakkotoimet kohdistuvat potilaisiin, joiden kanssa ei päästä vuorovaikutuksellisin keinoin yhteistyöhön. Potilaiden uhkaavuus ja aggressiivisuus ovat myös aiheita pakkotoimille. Eristämiseen johtavia syitä ovat väkivaltaisuus tai väkivallan uhka, joka kohdistuu potilaaseen itseensä tai muihin läsnäoleviin henkilöihin. Rovasalon ja Jüriloon (2011) mukaan pakkotoimiin ryhdyttäessä aikaisemmasta hoidosta tai ongelmien ennaltaehkäisystä ei ole ollut apua tai ne ovat olleet tehottomia. Myös Julkulan sairaalan akuuttiosastoilla hoitajat kertoivat pakkotoimien olevan viimeinen vaihtoehto potilaan hoidossa.

Hoitajien mukaan pakkotoimien määrä potilaiden hoidossa on laskenut verrattuna aikaisempaan, minkä syyksi hoitajat kokivat pakkotoimien vähentämiseen tähtäävän toiminnan. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009, 21) edellyttää, että pakkotoimia vähennetään Suomessa vuoteen 2015 mennessä 40 prosenttia. Hoitajat eivät kertoneet tarkkoja lukuja, kuinka paljon pakkotoimet prosentuaalisesti ovat vähentyneet osastoilla, mutta kommentaasta kävi ilmi, että asenteet ovat muuttuneet pakkotoimien vähentämisen myötä ja esimerkiksi eristämistä harkitaan nykyisin tarkkaan ja kynnys eristämiseen on

noussut. Tämä osoittaa sen, että aktiivisella keskustelulla pakkotoimien vähentämisestä on ollut vaikutusta hoitajien toimintatapoihin.

Tutkimuksissa on osoitettu, että potilaille yksilöllisesti laadituista hoitosuunnitelmista, sekä erilaisten käyttäymismallien ja tunteidenhallintakeinojen luomisesta on ollut hyötyä pakkotoimien ennaltaehkäisyssä (Taxis 2002 ; Kontio ym. 2010). Hoitajien mukaan joidenkin potilaiden hoidossa voidaan hyödyntää hoitosopimusta, jota sekä potilas että hoitohenkilökunta sitoutuu noudattamaan. Hoitosopimuksessa määritellään rajoja ja sääntöjä, mutta myös vapauksia. Hoitosopimuksen avulla tuetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, ja se mahdollistaa potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun. Hoitosopimukseen olisi myös mahdollista määritellä toimintamalleja aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Hoitosopimuksien kehittämiseen olisi hyvä paneutua tulevaisuudessa enemmän. Niitä voitaisiin käyttää enemmän tukemaan psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden hoitoa. Jokaisen potilaan kohdalla on kuitenkin yksilöllisesti mietittävä, palveleeko hoitosopimus potilaan hyvää hoitoa; esimerkiksi hyvin psykoottinen potilas ei pysty välttämättä hoidon alussa sitoutumaan sopimukseen. Hoitosopimuksen avulla pystytään potilaan kanssa luomaan hoidolle rajat, joihin voidaan tarvittaessa palata hoidon aikana. Hoitosopimusta on myös hyvä päivittää hoidon edetessä ja potilaan voinnin kohentuessa. Julkudessa hoitosopimuksia tehdään etupäässä syömishäiriöpotilaiden ja maanisten potilaiden hoidon tueksi. Vaikka potilaan kanssa olisi laadittu hoitosopimus, hyvästä hoidosta päättää kuitenkin viime kädessä lääkäri. Potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa vain, jos se on tarpeen sairauden hoidon tai turvallisuuden kannalta (Kuhanen ym. 2010).

Väkivaltatilanteiden ennakoinnissa potilaiden ja hoitajien välinen vuorovaikutus on keskeisessä asemassa, sillä tällöin hoitajat voivat tukea potilaan itsehallintaa (Jonikas, Cook, Rosen, Laris & Kim 2004). Tässä tutkimuksessa kävi esille, että hoitajat kokivat vuorovaikutuksellisten keinojen korostuvan aina pakkokeinoja ennaltaehkäisevissä tilanteissa. Potilaan kanssa pyritään ensisijaisesti keskusteluyhteyteen. Väkivaltatilanteita voidaan ennaltaehkäistä myös haastavien tilanteiden läpikäymisellä sekä hoitajien kesken että potilaiden kanssa. Tämä mahdollistaa oppimisen tilanteesta (Taxis 2002). Osastoilla on-

kin nykyään yleisesti käytössä jälkipuinti, jotta mahdollisesti seuraavilta samankaltaisilta tilanteilta välttyttäisiin.

Tutkimusten mukaan pakkotoimien käyttö ei ole riippuvaista henkilökunnan määrästä tai koostumuksesta (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003). Tässä tutkimuksessa hoitajat kuitenkin kokivat, että henkilökunnan määrällä olisi potilasta rauhoittava vaikutus. Todennäköisesti tämänkaltaisessa tilanteessa potilas toimii henkilökunnan käskyjen mukaan, koska ymmärtää joutuvansa tottelemaan joka tapauksessa. Lisäksi hoitajat kokivat yöajan hankalaksi, koska tällöin henkilökuntaa on töissä vähän.

Hoitajat kokivat vierihoidon hyvänä keinona ennaltaehkäistä pakkotoimia. Vierihoidosta on hyvin vähän tutkimustuloksia, joten sen käyttö perustuu käytännön kokemukseen. Potilaat ovat myös kokeneet vierihoidon miellyttäväksi silloin, kun vierihoidon aikana on aktiivisesti oltu vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Bowers & Park 2001) Vierihoidon avulla voidaan ennaltaehkäistä pakkotoimia, mutta sen avulla voidaan ennaltaehkäistä pakkotoimia. Kuitenkin vierihoidon määrättäessä on punnittava hyödyt ja haitat potilaan hoidon kannalta. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidossa vierihoidon määrättäessä on punnittava hyödyt ja haitat potilaan hoidon kannalta. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöisen potilaan hoidossa vierihoidon määrättäessä on punnittava hyödyt ja haitat potilaan hoidon kannalta. (Mykkänen 2013).

Myös osaston fyysiset tilat voivat edesauttaa pakkotoimien vähentämistä. Potilas voidaan ohjata rauhoittumaan erilliseen huoneeseen, jolloin voidaan välttää pakkotoimien käyttäminen. (Kaltiala-Heino 2009) Hoitajien mukaan potilaita on ohjattu rauhoittumaan yhden hengen potilashuoneeseen, sekä huoneeristykseen avoimin ovin.

Molemmilla osastoilla voitaisiin hyvää potilaslähtöistä hoitoa kehittää ottamalla käyttöön Lapin sairaanhoitopiirin (2012) suunnittelema psykiatrinen hoitotahto. Potilas voisi hyvässä psyykkisessä voinnissa itse ilmaista toiveitaan hoitonsa suhteen. Tällöin tulisi myös automaattisesti mietittyä yhdessä potilaan kanssa, kuinka potilasta voitaisiin hoitaa haastavassa tilanteessa. Psykiatrista hoitotahtoa suunniteltaessa on kuitenkin otettava huomioon potilaan sairautentunto ja

sairauden laatu. Esimerkiksi hyvin psykoottisen potilaan kanssa hoitotahdon laatiminen ei välttämättä onnistu, sillä potilaan käsitykset hyvässäkin psyykkisessä voinnissa voivat olla hyvin vääristyneitä.

Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme pakkotoimiin ja niiden käyttöön tutkimusten ja teorian avulla. Haastatteluissakin apuna käyttämämme tutkimuskysymykset muotoiltiin mahdollisimman avoimiksi, jotta uuden tiedon ja toimintamallien löytyminen myös muun hoitohenkilökunnan käyttöön olisi vapaan keskustelun kautta mahdollista. Tutkimuksessamme ei kuitenkaan tullut esiin uusi toimintatapoja verrattuna muihin tutkimuksiin.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee kertoa tarkkaan, kuinka tutkimus on toteutettu, että lukija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin etenemistä. Kun tutkija kertoo yksityiskohtaisesti haastattelujen kulun, käytetyn ajan ja mahdolliset häiriötekijät, lukija voi muodostaa käsityksen tutkimuksen luotettavuudesta. Laadullisessa tutkimuksessa keskeisessä osiossa on aineiston luokittelu. Lukijalle olisi hyvä käydä ilmi, kuinka luokittelu on syntynyt. Nämä tekijät lisäävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 232-233.)

Opinnäytetyössämme tutkimme hoitajien kokemuksia pakkotoimista psykiatrian alueella. Saamamme tulokset pohjautuvat haastateltaviemme omiin henkilökohtaisiin näkemyksiin ja kokemuksiin. Olemme kuvanneet saamiamme tuloksia mahdollisimman objektiivisesti ja käytimme myös paljon hoitajien suoria lainauksia tekstissä, jotta tekstistä välittyisi lukijalle mahdollisimman suoraan hoitajien omat kokemukset aiheesta. Tutkimuksemme luotettavuutta lisää, että kaikki hoitajat, joita haastattelimme, ovat työskennelleet psykiatrian alueella ja työssään joutuneet kohtaamaan pakkotoimia. Olemme myös kuvailleet rehellisesti prosessin etenemistä eri vaiheissa.

Tutkimuksessamme käytimme haastattelun runkona suoraan tutkimuskysymyksiä. Olisimme voineet miettiä etukäteen enemmän apukysymyksiä, joilla

olisi mahdollisesti voinut ohjailta haastattelun kulkua enemmän. Tämä vaikutti suoraan siihen, että tutkimusaineistomme jäi hieman suppeaksi. Toisaalta emme halunneet rajata haastattelua ennalta liian tiukasti.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toistettavuus. Toistettavuudella tarkoitetaan esimerkiksi, että kaksi arvioijaa päätyy tutkimustuloksia arvioidessaan samaan tulokseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009. 231.) Teke-mässämme tutkimuksessa on ollut tarkoituksena kartoittaa hoitajien kokemuk-sia. Näin ollen samoilla kysymyksillä ei välttämättä saataisi täsmälleen samoja vastauksia kaikilta haastateltavilta, jos haastattelu tehtäisiin uudelleen tai sen analysoisivat toiset tekijä. Tutkimustuloksia arvoitaessa onkin huomioita, että esimerkiksi ajankohta, jolloin tutkittavat vastaavat, voi vaikuttaa jonkin verran vastauksiin.

Ryhmähaastattelussa on mahdollista, että ryhmässä on yksi tai useampi do-minoiva henkilö, joka omalla puheellaan pyrkii luotsaamaan keskustelua tiet-tyyn suuntaan ja näin ollen estää esimerkiksi kielteisten asioiden esiintulemi-sen. Ryhmähaastattelun tuloksia analysoitaessa on otettava nämä seikat huomioon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009. 210-211.) Näissä haastatte-luissa ei noussut esiin dominoivia persoonia, jotka olisivat jollain tavoin yrittä-neet estää negatiivisten asioiden esiin nousemisen tai jotenkin yrittäneet vai-kuttaa muiden vastauksien sisältöön. Jokaisella haastateltavalla oli mahdolli-suus kertoa oma mielipiteensä vapaasti. Kuitenkin molemmissa tekemissäm-me haastatteluissa toiset haastateltavat olivat runsaspuheisempia kuin toiset. Toiset kuitenkin myötällivät näiden ihmisten puheita, joten haastattelijalle välit-tyi käsitys, että jokainen sai kertoa omasta kokemuksestaan.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä tulee tarkastella jo aihetta valittaessa. On tärkeää miettiä, mitä lähdetään tutkimaan ja miksi. Myös aiheen näkökulman valintaan liittyy eettisiä kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Opinnäytetyön aihe valittiin toimeksiantajan toiveen mukaisesti. Halusimme tutkia aihetta hoitajien

näkökulmasta, koska näin oli mahdollista saada käytännönläheistä tietoa pakotoimien käytöstä myös muiden psykiatrian alueella toimivien hoitajien sekä toimeksiantajan käyttöön. Mielestämme aihe oli ajankohtainen oman tulevan työmme kehittämiseksi sekä myös yhteiskunnallisesti. Lisäksi terveystieteelliset ohjelmat ja lainsäädäntö edellyttävät aiheen tutkimista.

Jokaisessa tutkimuksessa on tärkeää noudattaa tieteellisiä käytäntöjä. Ensimmäisessä tämä kuuluu tutkimuksen tekijöille, mutta osa tästä vastuusta on myös työn ohjaajalla. (Hämeen ammattikorkeakoulu 2013) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) määrittelee tutkimuksen eettisyyden tutkittavalle mahdollisesti koituvan haitan ennakkoinnin arvioinnilla. Tutkija on aina itse vastuussa oman tutkimuksensa eettisyydestä ja moraalista. Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset painottuvat tutkittavan ja tutkijan kohtaamiseen. Meidän tutkimuksessamme eettiset kysymykset painoittuivat siis haastattelutilanteisiin. Haastattelutilanteissa kerroimme haastateltaville, että heidän anonymiteettinsä säilyy tutkimusraportissamme. Vaikka käytimme suoria lainauksia haastatteluista, ei niistä ole tunnistettavissa yksittäisiä haastateltavia. Haastateltavilla oli myös oikeus kieltäytyä haastattelusta tai jättää vastaamatta johonkin kysymykseen. Haastateltavien määrä oli pieni, joten emme eritelleet raportissamme osastoja, ettei hoitajia voitaisi tunnistaa lainauksien perusteella.

Myös plagiointi liittyy tutkimuksen eettisyyteen. Plagioinnilla tarkoitetaan tahallista ja luvaton tekstien lainaamista toisen henkilön julkaisemasta tekstistä. Plagiointi on rikkomus tekijänoikeuksia vastaan. (Hämeen ammattikorkeakoulu. 2013) Olemme merkinneet opinnäytetyöraportissamme kaikki viitteet tekstiin. Lähdeluettelo on liitetty raportin loppuun, johon lähteet on listattu aakkosjärjestyksessä tekijöiden mukaan.

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa myös tutkimustulosten esittäminen. Olemme tuloksia käsiteltäessä pyrkineet objektiivisuuteen. Emme ole vääristäneet tai keksineet itse tutkimuksen tuloksia, vaikka tutkimustulosten analyysiä hankaloitti molempien tutkijoiden sidokset kohdeosastoihin. Vaikka molemmilla tutkijoilla olikin omia kokemuksia tutkittavasta aiheesta, oli nämä ja tutkimuksesta saadut tulokset pidettävä erillään. Näin säilyi objektiivinen suh-

tautuminen tutkimustuloksiin. Omakohtaisista kokemuksista oli kuitenkin myös apua esimerkiksi haastattelussa, sillä pystyimme johdattelemaan keskustelua siten, että kaikki oleellinen osastolla pakkotoimiin liittyvä tulee esiin.

9.4 Mahdolliset jatkotutkimusaiheet

Pakkotoimien vähentäminen on tällä hetkellä valtakunnallinen tavoite, joten opinnäytetyömme on hyvin ajankohtainen. Mahdollinen jatkotutkimusaihe voisi olla Lapin sairaanhoitopiirin kehittämän psykiatrisen hoitotahdon pilotointi Julkulan sairaalassa, joka toisi hoitohenkilökunnalle yhden uuden työkalun pakkotoimien vähentämiseen ja potilaan kuuntelemiseen hoidon suunnittelussa.

Jatkotutkimusaiheeksi soveltuisi myös potilaiden kokemusten selvittäminen pakkotoimista. Tämän avulla voitaisiin saada uusia ideoita mahdollisiin vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin ja luoda lisää yhteistyötä potilaan ja hoitotahon välille.

9.5 Opinnäytetyöprosessin vaikutus ammatilliseen kasvuun

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia pakkotoimista ja niiden käytöstä. Vaikka haastattelimme vain kahden osaston hoitohenkilökuntaa, uskomme, että saamamme tieto hyödyttää myös muita psykiatrian alueella toimivia hoitajia sekä psykiatrisia yksiköitä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut mielenkiintoista, vaikka ajoittain prosessin eteneminen on aiheuttanut myös negatiivisia tunteita ja ongelmia jaksamisen kanssa. Opinnäytetyömme aihe on ollut molemmille meistä tekijöistä ajankohtainen, sillä työn tekemisen aikaan työskentelimme molemmat psykiatrisilla osastoilla, joissa olimme tekemisissä käsiteltävän aiheen kanssa päivittäin. Prosessissa saamamme tieto on vaikuttanut myös omiin ajatuksiimme pakkotoimista.

Ohjaava opettajamme on tukenut meitä opinnäytetyöprosessimme alusta saakka. Olemme saaneet jokaisella ohjauskerralla tietoa siitä, kuinka jatkam-

me eteenpäin. Hän on myös rohkaissut ja auttanut jatkamaan välillä kiviseltäkin tuntuneella polulla. Yhteistyömme Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian yksikön kanssa on myös toiminut moitteettomasti. Olemme työstäneet opinnäytetyötä koko ajan yhdessä, mutta joitakin teorian osa-alueita jaoimme kuitenkin omien kiinnostustemme mukaan. Aikataulumme on ollut opinnäytetyöprosessimme aikana venyvä. Emme tehneet aluksi kovin tarkkaa suunnitelmaa aikataulusta ja tämä kostautui meille prosessin edetessä. Tämä kuitenkin opetti meitä huolehtimaan aikataulun suunnittelemisesta tulevaisuudessa.

Haastattelujen tekeminen loi omat haasteensa meille molemmille, koska kumpikaan meistä ei ollut aikaisemmin toteuttanut ryhmähaastatteluja. Käytimme haastattelussa avoimia kysymyksiä johdattelemaan haastateltavia aiheeseen, mutta huomasimme aineistoa analysoidessamme, että meidän haastattelijoina olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota lisäkysymysten muodostamiseen. Näin olisimme saaneet kattavammin materiaalia. Hankalaksi koimme myös oman työskentelymme kohdeosastoilla, näin osastot ja niiden toimintatavat olivat meille ennestään tuttuja. Tämä vaikutti objektiiviseen tutkimustulosten tarkasteluun. Haastatteluaineisto jäi suppeaksi, koska haastateltavat ollettivat meillä olevan kattavasti tietoa aiheesta.

Prosessina opinnäytetyö on opettanut meille molemmille tiedon hakemista, kriittistä suhtautumista lähteisiin, sekä haastattelujen tekemistä. Sairaanhoidajan työ perustuu näyttöön. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme etsineet näyttöön perustuvaa tietoa hoitajien ja potilaiden kokemuksista pakkotoimista. Näin ollen opinnäytetyö on vaikuttanut ammatilliseen kasvuamme. Olemme työn myötä omaksuneet uutta tietoa tulevasta ammatistamme, jota voimme hyödyntää tulevaisuudessa työskennellessämme eri yksiköissä.

LÄHTEET

Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim* 20, 1969-1975.

Bowers, L. & Park, A. 2001. Special observation in the care of psychiatric inpatients: A literature review. *Issues in mental health nursing* 22, 769-786.

Champagne, T. & Stromberg, N. 2004. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings. Innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of psychosocial nursing* 9, 34-44.

Donat, D. D. 2003. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric services* [verkkolehti] 8. [viitattu 04.01.2013]. Saatavissa: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=180672>

Euroopan ihmisoikeussopimus. 63/1999. Finlex [viitattu 10.11.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. *Tutkimushaastattelu*. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hämeen ammattikorkeakoulu. 2013. *Tieteellisen tutkimuksen eettisyys* [verkkodokumentti], [viitattu: 30.3.2013]. Saatavilla: http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMK/koulutus/Ylempi_AMK_tutkinto/kudos/lahtokohdat/tieteellisen_tutkimuksen_eettisyys

Hämäläinen, L. & Reiman, M. 2007. Hoitajien mielipiteitä tahdosta riippumattoman hoidon eettisyydestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A. & Kim, J-B. 2004. Brief reports: A program to reduce use of physical restraint in psychiatric outpatient facilities. *Psychiatric services* [verkkolehti] 7. [viitattu 04.01.2013]. Saatavissa: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=88827>

Kaltiala-Heino, R. 2009. Pakkotoimia psykiatrisen hoidon aikana voi vähentää. Pääkirjoitus. *Lääkärilehti* 25, 2268.

Kontio, R. 2011. *Lectio* 4.3.2011. [verkkodokumentti]. Turun yliopisto [viitattu: 17.10.2012]. Saatavissa: http://www.med.utu.fi/hoitotiede/ajankohtaista/raija_kontio.pdf

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals – towards evidence based clinical nursing. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Turun yliopisto.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in psychiatric care* 1, 16-24.

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 1, 65-76

Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 18, 2251-2257.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielen-terveyshoitotyö*. Helsinki: WSOYpro OY.

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. & Välimäki, M. 2007. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics* 14, 597-607.

Laki mielenterveyslain muuttamisesta. 2001. 1423/2001. [Verkkodokumentti]. Finlex [Viitattu: 13.03.2013]. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785. [Verkkodokumentti]. Finlex [Viitattu: 13.03.2013] Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lapin Sairaanhoidopiiri. Psykiatrisen hoitotahto lomakkeineen. [Verkkodokumentti], [Viitattu: 13.03.2013] Saatavilla: <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10418&contentlan=1>

Laukkanen, E., Kemppi, T., Kylmä, J., Airaksinen, A., Henttonen, A. & Haatainen K. 2009. SIHTI-interventio, Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Moring, J. 2011. Tahdosta riippumaton hoito [verkkodokumentti]. Duodecim [Viitattu: 27.1.2013]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi>

MAPA-Finland ry. [Viitattu: 04.01.2013]. Saatavissa: <http://www.mapafinland.fi>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. [verkkodokumentti]. Finlex [Viitattu: 27.1.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mykkänen, S. 2013. Vierihoido rauhoittaa potilasta. *Sairaanhoitaja-lehti* 3, 36-41.

Olofsson, B. & Nordberg, A. 2001. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced nursing* 1, 89-97.

Pelanteri, S. & Rautiainen, H. 2012. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. Tilastoraportti. Helsinki: THL.

Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1, 5-7.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Jansen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiat Epidemiol* 45, 889-897.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto a2012. Hoitoon määrääminen [verkkodokumentti], [viitattu 22.10.2012]. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/mielenterveys/hoitoon_maaraaminen

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto b2012. Hoitoon määräämisen vaiheet [verkkodokumentti], [viitattu 22.10.2012]. Saatavissa: 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 [verkkodokumentti], [viitattu 17.10.2012]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Taxis, J.C. 2002. Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 23, 157-170.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009-2015 [verkkodokumentti], [viitattu 22.10.2012]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0acb21d5-32fd-489b-a51f-a6685539e12e>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2012. Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi hoidossa [verkkodokumentti], [viitattu 22.10.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=27955

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 10., uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuori, T. & Kiikkala, I. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen lääkärilehti* 37, 3411-3414.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. [Verkkodokumentti], [Viitattu: 30.3.2013]. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>