



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **VAIHTOEHTOISET HOITOTYÖN MENETELMÄT PAKON KÄYTÖLLE AIKUISPSYKIATRIASSA**

Taina Lindholm

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LINDHOLM, TAINA

Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät pakon käytölle aikuispsykiatriassa

Opinnäytetyö 60 sivua, joista liitteitä 14 sivua  
Maaliskuu 2016

---

Psykiatrisessa sairaalahoidossa käytettävät pakkotoimet ovat jo vuosien ajan olleet ajan-kohtainen eettistä keskustelua herättävä asia. Kuinka paljon henkilön itsemääräämisoikeuteen voidaan puuttua hyvän hoidon puitteissa ja onko olemassa keinoja vähentää pakkoa psykiatristen potilaiden hoidossa? Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemyksiä vaihtoehtoisista hoitotyön menetelmistä pakon käytön sijasta aikuispsykiatriassa. Tavoitteena oli tuoda esille vaihtoehtoisia näkökulmia hoitotyön kehittämisen avuksi. Aihetta tutkittiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä, koska haluttiin saada tietoa pohjautuen henkilöiden omiin näkemyksiin ja kokemuksiin asiasta. Yhteistyötahona oli Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri ja teemahaastatteluihin osallistui kolme, yli viisi vuotta työkokemusta psykiatrian puolelta omaavaa sairaanhoitajaa.

Tulokset osoittivat, että vahvimpana vaihtoehtona pakkotoimille hoitajat pitivät ennaltaehkäisyä. Tilanteisiin tulisi puuttua ennen kuin ne eskaloituvat. Lääkityksen riittävyyttä, ja sen ajoissa antamista pidettiin tärkeinä. Potilaan kanssa keskustelu ja hyvä vuorovaikutus ylipäänsä, nousivat hoitajien vastauksissa merkittäviksi seikoiksi. Myös hoitajien oma käyttäytyminen sekä ammattitaito, voisivat osaltaan vähentää pakkotoimien käyttöä. Osastojen rakenteelliset seikat sekä käytettävissä olevat resurssit vaikeuttivat osaltaan tilanteiden varhaista havaitsemista ja sitä kautta johtivat pakkotoimien käyttöön. Myös avohoidon kehittämiseen tulisi vastaajien mukaan panostaa nykyistä enemmän ja palvelujärjestelmää muutoinkin yhtenäistää.

Pakkotoimien käyttöä ja vähentämistä on tutkittu jo useampia vuosia, mutta vielä niiden käytöstä ei ole täysin pystytty luopumaan. Jatkotutkimusaiheena voisivat olla syyt siihen, miksi pakkotoimien vähentämisessä ei ole onnistuttu. Myös koulutustaustan vaikutusta pakkotoimien käyttöön olisi mielenkiintoista selvittää, jotta nähtäisiin, minkälaisia valmiuksia eri koulutukset antavat työskentelyyn suljetuilla psykiatrian osastoilla. Myös potilaiden näkökulmaa olisi tärkeä selvittää tulevaisuudessa.

---

Asiasanat: tahdonvastainen hoito, mielenterveyslaki, hoitajien näkemykset, vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät, pakkotoimet

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing and Health Care

LINDHOLM, TAINA

Alternative Care Work Methods for Coercive Measures in Adult Psychiatry

Bachelor's thesis 60 pages, appendices 14 pages

March 2016

---

Coercive measures have been used in the care of psychiatric inpatients and for years there has been ethical discussion about its justification. How much is it possible to interfere with persons' self-determination in the name of good care and are there ways to narrow down coercion? The purpose of this thesis was to survey nurses' views of possible alternative care work methods. The method was qualitative because the nurses' personal experiences and opinions were wanted. Three nurses with minimum of five years' experience took part in the theme interviews. The cooperation-partner in this thesis was PSHP.

The nurses saw prevention as the strongest alternative for coercion meaning intervention before escalation and sufficient medication. Good interaction skills and conversations with the patients rose as a highly important matter. Professional ability as well as the care givers' reflection on their own behavior could be the ways of reducing coercive measures. Also ward structure makes it difficult to observe patients and intervene in situations early enough. Nurses also saw that the service system should be unified somehow and outpatient-care should be improved.

The usage and reducing of coercive measures have been studied for several years now, but they are still in use. Why this is the case could be an interesting study to carry out. A study on the educational factors could possibly show how well different educations prepare for working in closed psychiatric wards. Also the patients' point of view should be investigated more.

---

Key Words: involuntary care, mental health law, nurses' view, alternative care method, coercive measure

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
	3.1 Aikuispsykiatrisen potilaan hoito .....	8
	3.2 Tahdonvastainen hoito .....	9
	3.2.1 Pakkotoimet .....	11
	3.2.2 Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät .....	13
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	16
	4.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen menetelmä.....	16
	4.1.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	17
	4.1.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	19
5	TULOKSET .....	22
	5.1 Pakkotoimet ja tilanteet .....	22
	5.2 Hoitajien näkemykset vaihtoehtoisista menetelmistä .....	23
	5.2.1 Aiemmin käytössä olleet ennakointikeinot .....	26
	5.2.2 Hoitotyöhön vaikuttavat muut tekijät .....	27
	5.3 Hoitajien ajatuksia ja asenteita pakkotoimista.....	28
6	POHDINTA.....	30
	6.1 Tulosten tarkastelu .....	30
	6.2 Tutkimusetiikka .....	37
	6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja lähdekritiikki.....	39
	6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet .....	41
	LÄHTEET .....	42
	LIITTEET .....	47
	Liite 1. Tiedote .....	47
	Liite 2. Tietoinen suostumuslomake .....	48
	Liite 3. Teemahaastattelurunko .....	49
	Liite 4. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	50

## 1 JOHDANTO

Psykiatriset pakkotoimet ovat yhteiskunnallisesti ristiriitainen asia. Pakon käyttö on aina ihmisoikeuksia rajoittavaa ja sen käyttö tulisi olla hyvin perusteltua. (Tuohimäki 2007, 5; Soininen 2014, 18.) Potilaaseen kohdistettavia pakkotoimia ovat muun muassa eristämiset, vastentahtoinen lääkitseminen, liikkumisvapauteen ja yhteydenpitoon liittyvät rajoitukset sekä henkilökohtaisen omaisuuden haltuunotto (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 4a). Potilaiden kokemuksen mukaan kokemus pakottamisesta heikentää komplianssia eli hoitomyöntyvyyttä ja vahvistaa negatiivisen asenteen kehittymistä. Vaihtoehtoisten hoitotoimenpiteiden käyttäminen edistäisi hyviä hoitokäytäntöjä sekä parantaisi potilaiden kokemusta hoidosta. (Heikkinen, Pylkkänen & Lönnqvist 2007, 694–696.) On myös kyseenalaista, voiko ihmisiä pakottaa paranemaan (Sailas 2011).

Pakkotoimien tehokkuudesta pitkällä aikavälillä on vain vähäisesti tietoa (Tuohimäki 2007, 47–48). Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116, 4a) säätelee tarkoin, kuinka paljon ja miten tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa. Pakkotoimien määrä on laskenut vuodesta 2005 lähtien ja vuonna 2013 M1-tarkkailulähetteellä hoitoon tulleista 8839 potilaasta 3482 oli kokenut pakkotoimenpiteitä, esimerkiksi eristämistä tai tahdonvastaisia injektioita hoidon aikana. Pakkotoimien käyttö vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä, mahdollisesti johtuen mielenterveyshäiriöiden ja mielisairauksien erilaisesta alueellisesta esiintyvyydestä sekä eri yksiköiden hallinnollisista ja organisatorisista eroavaisuuksista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Lisäksi kansainvälinen vertailu on hankalaa, koska tahdonvastaisten hoitotoimenpiteet eivät välttämättä ole kaikkialla niin tarkoin määriteltäviä ja kirjattuja, kuten Suomessa. Eri maiden käytännöt ja ohjeistukset sekä korkeatasoisen tutkimustuloksen puute vaikeuttavat kansainvälistä vertailua. (Pylkkänen, Eskola & Hemmi, 2010; Korkeila 2011.)

Pakon käyttöä yritetään vähentää, mutta jos potilas aiheuttaa psykoottisuutensa vuoksi terveys tai turvallisuusvaaran itselle tai muille, pakon käyttöä pidetään oikeutettuna ja tarpeellisena. Pakkoa ei nähdä rangaistuksena, vaan viimeisenä keinona taata tarpeellinen hoito ja turvallisuus. (Rovasalo & Juriloo 2011.) Suomessa ei tällä hetkellä ole lainsäädäntöä koskien vapaaehtoisessa hoidossa olevan henkilön itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Vuonna 2010, myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueelle on koottu työryhmä

määrittelemään yhtenäistä ohjeistusta vapaaehtoiisiin potilaisiin kohdistuvista rajoitteista. (Pitkänen ym. 2011, 24.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemyksiä mahdollisista vaihtoehtoisista toimista pakon käytölle aikuispsykiatriassa ja yhteistyötahona oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Vuonna 2011 perustettu yhteispohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi pyrkii vaihtoehtoisten hoitotyön menetelmien kehittämiseen kansainvälisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Pakkotoimien käytön vähentäminen on tavoitteena myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä. Työn tavoitteena oli tuoda esille hoitajien näkemyksiä vaihtoehtoisista hoitotyön menetelmistä pakon käytön sijaan.

Opinnäytetyön menetelmä oli kvalitatiivinen, koska tarkoituksena oli saada kokemukseen perustuvaa tietoa, jota ei voida tilastoida ja yleistää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Työ rajattiin koskemaan vain aikuispsykiatriaa, jotta saataisiin tietoa yhden kohderyhmän tilanteesta. Työn tarkoituksena ei ollut myöskään käydä yksityiskohtaisesti läpi erilaisia pakkotoimia, vaan keskittyä enemmänkin etsimään vaihtoehtoja. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla ennalta määriteltyjen teemojen mukaan. Haastatteluihin osallistui kolme aikuispsykiatrian toimialueella työskentelevää sairaanhoitajaa, joilla kaikilla oli yli viiden vuoden kokemus psykiatrisesta hoitotyöstä. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kaikkea saatua tietoa on käsitelty luottamuksellisesti koko prosessin ajan.

## 2 TYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä mahdollisista vaihtoehtoisista toimista pakon käytölle aikuispsykiatrian toimialueella.

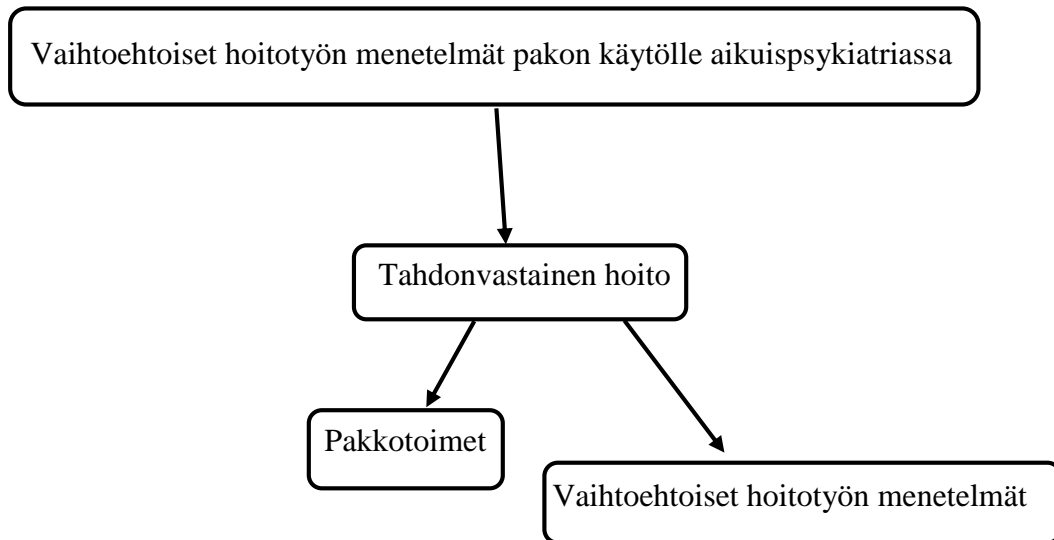
Opinnäytetyön tehtävät

1. Milloin pakkotoimia on sallittua käyttää?
2. Miten pakon käyttöä voitaisiin ennaltaehkäistä?
3. Mitä vaihtoehtoisia hoitotyön menetelmiä pakkokeinojen tilalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille vaihtoehtoisia toimia pakon käytölle. Näitä toimia voi hyödyntää käytännön psykiatrissa hoitotyötä kehitettäessä.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on esitelty opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat sekä keskeiset käsitteet, jotka kuvaavat työn rakentumista.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

#### 3.1 Aikuispsykiatrisen potilaan hoito

Suomen perustuslain mukaan, jokaisella on oikeus koskemattomuuteen ja henkilökohtaiseen vapauteen, eikä niihin saa puuttua mielivaltaisesti, ilman lain mukaista perustetta (Perustuslaki 11.6.1999/731, 7§). Psykiatrisella potilaalla tarkoitetaan tämän opinnäytetyön yhteydessä henkilöä, joka kärsii niin vakavasta mielenterveydellisestä häiriöstä, että hänen todellisuudentajunsa on hämärtynyt niin, että hänen tilaansa voidaan pitää psykoottisena (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 16; Huttunen 2015). Psykoositiloja voivat olla esimerkiksi skitsofrenia, vakava-asteinen kaksisuuntainen mielialahäiriö tai vakava-asteiset masennustilat (Huttunen 2015).

Suomen lain mukaan psykoottiseksi todetun henkilön hoito tapahtuu pääsääntöisesti sairaalan suljetulla osastolla (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella psykiatrista sairaalahoitoa annetaan muun muassa potilaille, jotka eivät



psykkisen tilansa takia ole kykeneviä huolehtimaan itsestään, kuten psykoottisen tilan pahenemisvaiheessa tai itsetuhoisille potilaille. Joskus hoito on tarpeellista myös sairauden alkuvaiheessa. Jatkohoito tapahtuu yleensä avohoidossa sairaalaan tulositystä riippumatta. (PSHP 2016.) Kaikessa hoidossa on oleellista, että se tehdään potilasta asianmukaisesti informoiden. Monesti potilas ei ole kontaktissa itseensä ja onkin tärkeää kertoa jokaiselle potilaalle hänen lähtökohdistaan ymmärrettävällä tavalla, minkälainen arvio hänen ongelmistaan on tehty. Tämä periaate tulee myös huomioida otettaessa potilaita tahdonvastaiseen hoitoon. (Lönnqvist & Lehtonen 2011.)

### **3.2 Tahdonvastainen hoito**

Tahdonvastaisella hoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka annetaan psykiatrisen sairaalan osastolla. Lain mukaan Suomessa ei ole mahdollista käyttää pakkoa avohoidossa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.) Tahdosta riippumaton hoito on täysi-ikäisillä rajattu psykoosien hoidossa käytettäväksi. Säännöt täysi-ikäisen hoitoon määrittämiselle on tarkoin määritelty mielenterveyslaissa, tarkoituksena selkiyttää syitä ja aiheita tahdonvastaiselle hoidolle. (Heikkinen, Pyökkänen & Lönnqvist 2007, 689–690; Tuohimäki 2007, 33–36.) Psykoosilla tarkoitetaan sellaista todellisuudentajun heikkenemistä ja toimintakyvyn vajausta, jolloin henkilö ei ole kykeneväinen erottamaan ympäristön ärsykeitä sisäisistä aistimuksista. Psykoosi voi ilmetä esimerkiksi aistiharhoina, harhaluuloina tai puheessa ilmenevänä hajanaisuutena. Henkilön käytös voi vaikuttaa ulkopuoliselle hyvinkin eriskummalliselta. (Lönnqvist & Suvisaari 2009; Moilanen 2013.)

Tahdonvastaiseen hoitoon määrätyn potilaan on oltava mielisairas, hänen tulee olla hoidon tarpeessa niin, että hoitamatta jättäminen olisi vaaraksi hänelle itselle tai muille henkilöille sekä, jos muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai ovat soveltumattomia. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.2.8§.) Tahdonvastaiseen hoitoon määrättyyn potilaaseen voidaan kohdistaa pakkotoimia vain, jos sen katsotaan olevan potilaan edun ja hoidon kannalta tarpeellista. Potilaan perusoikeuksien rajoittaminen on tehtävä turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti. (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423.4a.22§.) Pakkotoimia ei tulisi käyttää rangaistuksena, vaan ne tulisi suhteuttaa hoitoon määrittämisen syihin (Tuohimäki 2007, 47). Alasen (2015) mukaan on tärkeää, että lain lisäksi otetaan huomioon myös eettiset periaatteet ja potilasta hoidetaan inhimillisesti sekä lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Hoitoon määrittämisen ei tule olla vain vapaudenmenetys,

vaan potilaan perimmäinen oikeus saada huolenpitoa tilanteessa, missä hän ei ole kykeneväinen itse päättämään. Kaikessa hoidossa tulee taata potilaan oikeusturvan toteutuminen (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785). Sen lisäksi, että Suomessa on jo pitkään yritetty yhtenäistää toimintatapoja, on myös Euroopassa yritetty vuosikautia saada aikaan yhtenäisiä lakeja ja määräyksiä koskien vastentahtoista hoitoa. Tällä voitaisiin paremmin taata ihmisoikeudet ja hyvä hoito vastentahtoisesti hoidettaville potilaille tasapuolisesti kaikissa maissa (Tuohimäki 2007, 36).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin (THL 2013) mukaan, tahdosta riippumattomia hoitopäiviä kertyi 8 033 kpl vuonna 2013 ja vuoden aikana hoitoon määrättiin M1-lähetteellä 8 339 potilasta. Tämä tekee noin 29 prosenttia kaikista psykiatrian alueen potilaista. Muita pakkotoimia hoitonsa aikana koki 2 610 potilasta, mikä on noin yhdeksän prosenttia vuoden 2010 jälkeen alkaneista hoitajaksoista. Kokonaisuudessaan pakkotoimia kokeneiden potilaiden määrä on vähentynyt 27 prosenttia vuodesta 2005 lähtien. (THL 2013.) Tahdosta riippumaton hoito on kansainvälisellä mittapuulla Suomessa yleistä ja syy hoitoon ottamiselle oli Tuohimäen (2007, 35–36, 87) tutkimuksen mukaan potilaan vahingollisuus itselle. Uhkaavuuden muille ollessa hyvin harvoin syynä tahdon vastaiseen hoitoon, toisin kuin monessa muussa maassa. Kansainvälisesti mitattuna Suomalaiset tilastot pakkotoimien käytöstä ovat kuitenkin keskitasoa tai jopa hieman alempia.

Lääkärin kirjoittamaa M1-tarkkailulähetettä käytetään silloin, kun potilas lähetetään tahdosta riippumattomaan psykiatriseen arvioon. Se ei sinällään ole määräys pakkotoimiin tai tahdonvastaiseen hoitoon ja lähetteen tekemiseen on määriteltävä tarkat kriteerit. Täytyy siis olla epäily potilaan hoitoa vaativasta psykoottisesta häiriöstä, johon potilas ei ole myöntäväinen. (Hietala ym. 2015; STM 2016, 23–25.)

M1-lähete on voimassa kolme vuorokautta ja sen perusteella potilas voidaan ottaa neljän päivän mittaiselle tahdonvastaiselle tarkkailujaksolle sairaalaan. Viimeistään neljäntenä päivänä tilanne on arvioitava uudelleen ja tehtävä M2-lausunto, josta on käytävä perustellusti ilmi, täytyvätkö mielenterveyslain mukaiset tahdonvastaisen hoidon edellytykset. Jos näin ei ole, henkilön hoito sairaalassa loppuu hänen niin halutessaan. Tahdonvastaiseen hoitoon määrätystä henkilöstä on laadittava M3-lomake, jonka tekee pääsääntöisesti sairaalan psykiatrian ylilääkäri tai hänen ollessaan estynyt, tehtävään määrätty psykiatrian

erikoislääkäri. Lain mukaan vastentahtoiseen hoitoon määrääminen perustuu aina kolmen eri lääkärin näkemykseen hoidon tarpeesta. (Huttunen 2015; Valvira 2015.)

Tahdonvastaista hoitoa voidaan jatkaa enintään kolme kuukautta kerralla, jonka jälkeen on tehtävä uusi arvio ja tarkkailulausunto, jos lääkäri näkee hoidon tarpeen jatkuvan. Hallinto-oikeuden vahvistamalla päätöksellä voidaan tahdonvastaista hoitoa jatkaa enintään kuusi kuukautta kerrallaan. (Mielenterveyslaki 6.6.2014/438, 12; Huttunen 2015.)

### **3.2.1 Pakkotoimet**

Tahdonvastaisen hoidon lisäksi pakkotoimilla tarkoitetaan muun muassa hoidon aikaista eristystä, kiinnittämistä, lepositeita, liikkumisen rajoittamista, tahdonvastaista injektiota sekä yhteydenpidon rajoittamista. Mielenterveyslaki määrittelee myös tarkasti milloin potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Potilaan on oltava lain mukaisesti tarkkailuun tai hoitoon määrätty. (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423.4a.) Pakkotoimien käytön jälkeen potilaalle tulisi tarjota mahdollisuus keskusteluun ja tilanteen läpikäymiseen. On tärkeää ottaa huomioon myös potilaan ajatukset ja syyt mitkä johtivat pakkotoimien käyttöön, jotta niistä pystyttäisiin oppimaan ja toimintoja kehittämään. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012.)

Suomessa muun muassa, huone-eristys ja leposide-eristys ovat keinoja estää potilasta vahingoittamasta itseään tai muita. Huone-eristyksessä potilas on tyhjässä lukitussa huoneessa, josta ei voi omaehtoisesti poistua. Huoneessa ei ole huonekaluja tai muuta sellaista, jolla potilas voisi vahingoittaa itseään tai muita. (Laiho 2009, 8.) Huone-erityksessä potilaalla on oltava mahdollisuus saada kontakti hoitohenkilökuntaan tarvittaessa (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423.4a).

Lepositeilla tarkoitetaan potilaan kiinnittämistä raajoistaan siten, ettei potilas kykene liikkumaan tai nousemaan sängystä. (Laiho 2009, 9). Mielenterveyslain (21.12.2001/1423.4a) mukaan, lepositeisiin kiinnitetyllä potilaalla on oltava jatkuva näkö- ja kuulo-yhteys henkilökuntaan. Käytännössä tämä on monesti järjestetty niin, että lepositeissa olevalla potilaalla on vierihoitaja, joka sananmukaisesti pysyy potilaan vierellä lepositeissa olo ajan, huolehtien potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, 2339–2340).

Tahdonvastaista lääkitystä on mahdollista käyttää myös tarkkailuaikana, jos potilaan lääketieteellinen tila sitä vaatii. Tosin siinä on riskinä potilaan hoidotta jääminen mahdollisesti lääkityksestä johtuvan näennäisen toipumisen johdosta. Tahdonvastaiseen hoitoon määrätty potilas ei kuitenkaan ole oikeutettu kieltäytymään lääkärin hänelle tarpeelliseksi katsomasta lääkityksestä. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, 2338–2339.) Tilanteet joissa tahdonvastaista lääkitystä voidaan antaa, on nekin määritelty tarkoin mielenterveyslaissa ja hoidon antamatta jättämisen tulee vakavasti vaarantaa potilaan terveyttä tai muiden terveyttä ja/tai turvallisuutta (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423. 22 b).

Yleisin syy pakkotoimiin oli Tuohimäen (2007, 72, 84) mukaan voimakas ahdistuneisuus ja tilantajun hämärtyminen. Tapauksista noin 11 prosenttia sisälsi konkreettista väkivaltaa, 25 prosentissa syynä eristykseen oli väkivallan uhka. Huone-eristykseen johti naisilla useimmiten disorientaatio sekä konkreettisen väkivallan käyttö, kun taas miehillä väkivallalla uhkaaminen johti eristystoimiin.

Lepositeitä puolestaan käytettiin useammin, kun syynä oli konkreettinen väkivalta. Väkivallan uhka taas johti yleisimmin huone-eristykseen käyttämiseen. Konkreettisen väkivallan johtaessa eristystoimiin kohteena oli yleensä hoitohenkilökunta, uhkaava väkivalta kohdistui useimmiten potilaaseen itseensä. Mitä useampi eristys/leposide tapahtuma osastolla oli, sitä herkemmin uhkaava tilanne johti pakkotoimiin. (Tuohimäki 2007, 5, 72.) Merkitystä oli myös sukupuolella eristämispäätöksessä. Siinä, missä mieshoitajat näkivät potilaan sekavan käytöksen olevan hälyttävää, naishoitajat pitivät omaisuuden särkemistä vakavampana. Miehet myös useammin tekivät eristämispäätöksen ennen yhteydenottoa lääkäriin. Tällaisissa tilanteissa potilas ei useimmiten ollut orientoitunut ympäristöönsä. (Laiho 2009, 28.)

Laukkasen (2015, 49) rekisteritutkimuksen mukaan henkilöstön määrällä on vaikutusta käytettyjen pakkotoimien määrään ja laatuun. Lepositeitä käytettiin enemmän, mutta eristyksiä ja vastentahtoista lääkitsemistä vähemmän, sairaanhoitajien lukumäärän ollessa suurempi suhteessa potilasmäärään. Myös miestyöntekijöiden suhteellisesti suurempi määrä vähensi eristyksien määrää. Aggressiivisen ja yhteistyökyvyttömän potilaan rauhoittaminen auktoriteettia ja voimaa käyttäen oli myös yhteydessä hoitohenkilöstön ja mieshoitajien määrään (Kontio 2011, 43).

Suomessa pakkotoimien käytössä on alueellisia eroja sairaaloiden välillä, jonka lisäksi Tuohimäen (2007, 87) mukaan, pakkotoimien käyttö on Suomessa yleisempää kuin muualla muussa maissa. Erilaiset hoitokäytännöt, lait ja tutkimusten vähäisyys kuitenkin vaikeuttavat kansainvälistä vertailua (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010; Korkeila 2011). Lainsäädäntö ei kuitenkaan selitä eroavaisuuksia, joita ilmenee maan sisäisissä toiminnissa. Lähinnä erot kertovat erilaisesta hoitokulttuurista sairaanhoitopiirien välillä. Myös taloudellisilla resursseilla on vaikutuksensa. (Tuohimäki 2007, 51, 81–82, 88–89.)

Vaikka Pohjoismaissa on perustaltaan melko samanlainen lainsäädäntö pakkotoimien käytöstä, on käytännöissä eroja, niin käytetyissä toiminnoissa, kuin niiden kestossa. Islannissa ei ole lainkaan erillistä mielenterveyslakia, vaan tahdonvastainen hoito, pakkotoimet ynnä muu, on sisällytetty henkilön oikeudellisen aseman määrittävään lakiin. Tosin mielenterveislain vaikutuksesta pakkotoimien käyttöön, on vain vähäisesti tietoa (Tuohimäki 2007, 35, 51). Esimerkiksi Ruotsissa ja Norjassa, toisin kuin Suomessa, pakon käyttö on avohoidossa sallittua ja pakkotoimien käyttö hoidon aikana, on säädelty yksityiskohtaisesti Tanskassa sekä Ruotsissa (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010). Suomessa jokaisessa hoitoa antavassa yksikössä tulee Mielenterveislain (21.12.2001/1423. 22 k) mukaan olla riittävän yksityiskohtaiset ohjeistukset siitä, miten pakkotoimia toteutetaan.

### **3.2.2 Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät**

Bowersin (2013) mukaan potilaiden toiminta ei ole ainoa asia mihin psykiatrisilla osastoilla tulisi vaikuttaa. Kansainvälisiin tutkimuksiin pohjautuva, idealtaan Britannialainen safewards projekti, tuo esille vaihtoehtoisen mallin, missä hoitajien toiminta on oleellisessa osassa. Hoitajien osastolla käyttämiä pakkokeinoja voidaan mallin mukaan vähentää katkaisemalla jana potentiaalisen tapahtuman sekä aktuaalisen tapahtuman välillä, käyttämällä ennaltaehkäiseviä toimia. Potilaiden huomioiminen, kuunteleminen ja kiinnostuksen osoittaminen potilaiden asioita kohtaa sekä oireiden tunnistaminen ajoissa ovat avainasemassa. Potilaille tulisi myös tarjota keinoja ahdistavien, aggressiivisten sekä muiden tunteiden käsittelyyn, ennen kuin ne konkretisoituvat. Tämän lisäksi hoitajien keskinäiseen kommunikaatioon tulisi kiinnittää huomiota, ja raporttia annettaessa olisi suotavaa, ettei keskityttäisi ainoastaan potilaiden erikoiseen ja negatiiviseen käytökseen, vaan myös positiivisiin asioihin. Potilaan oirehdinnalle olisi myös hyvä pyrkiä löytämään

selitys. Osastoilla tulisi olla selkeät ohjeistukset sekä hoitajille että potilaille, mikä on sallittua ja mikä taas ei, se osaltaan vähentää mahdollisia konflikteja osastolla.

Kaikilla osastoilla on säännöllisesti tilanteita, jossa potilaalta tulisi esimerkiksi kieltää jotakin hoitoon perustuen. Tämä on siis ennalta tiedetty potentiaalinen negatiivisen vastareaktion herättäjä, tällaisissa tilanteissa hoitajien tulisi ensisijaisesti käyttää arvostelukykyyään ja miettiä mahdollisten pakkotoimien hyödyllisyyttä suhteessa niistä aiheutuvaan jatkohaittaan. Pakkotoimia ei tulisi mallin mukaan käyttää automaationa aina silloin, kun on riski, että jotakin saattaa tapahtua. Hoitajan vastareaktiolla sekä asenteella on suuri merkitys siinä mihin tilanne voi eskaloitua mahdollisesti psykoottisen ja/tai ahdistuneen potilaan kanssa. (Bowers 2013.)

Kontion (2011, 26–27, 40–45, 51,57) mukaan potilaiden näkökulman saaminen vaihtoehtoihin hoitotoimenpiteisiin on oleellinen osa muutosta, mutta tietoa potilaiden ehdotuksista on niukalti. Hänen tutkimuksessaan selvisi, että potilaat lähinnä kaipasivat hoitohenkilökunnalta inhimillisyyttä ja parempaa kommunikaatiota, ennen ja jälkeen tilanteen. He kokivat jääneensä vähälle informaatiolle pakkotoimiin johtaneista syistä sekä kommunikaatio-ongelmia hoitohenkilökunnan kanssa siitä, mitä tilanteessa tapahtuu ja miksi, sekä siitä, mitä esimerkiksi eristystilanteen jälkeen tulisi tapahtumaan. Eristystilanteet koettiin potilaiden mielestä pääosin ahdistaviksi sekä pelottaviksi ja monet kokivat puutteita perustarpeiden täyttymisessä, hoitoympäristöstä johtuen. Toisaalta oli myös potilaita, jotka kokivat turvallisuutta ja rauhoittumisen tunteita eristyksen aikana. Potilaiden näkemysten mukaan inhimillinen kohtelu, parempi kommunikaatio, kosketus ja mielekkäät aktiviteetit vähentäisivät tarvetta pakkotoimille. Jatkohoitoa ajatellen, huomion kiinnittäminen ihmiseen eristyksessä, eikä vain aggressioon, koettiin myös tärkeäksi potilaiden näkökulmasta katsottuna.

Hoitajien näkemysten mukaan läsnäolo, keskustelu, aktiviteetit, vastuun antaminen potilaille, sekä vaihteleva ympäristö voisivat olla vaihtoehtoina, ja osaltaan ennaltaehkäistä pakkotoimia. Kuten myös lääkityksen tarjoaminen tarpeen vaatiessa, jo oirehdinnan alkuvaiheessa. Spontaania keskustelua potilaan peloista ja tunteista muun muassa aggressiotilanteessa, tapahtui kuitenkin vähäisessä määrin, kun toisaalta, hoitajien oma osuus potilaan aggression lievittämisessä nähtiin suurena. Osa hoitajista kaipasi myös selkeitä toimintaohjeita siitä, minkälaisissa tilanteissa pakkotoimia tulisi käyttää, kun osalla oli näkemys jokaisen tilanteen erilaisuudessa, minkä takia ennalta määritelty ohjeistusta olisi

mahdotonta noudattaa. Pienemmät osastot, ympäristö sekä henkilökunnan lisääminen akuuttiosastoille olivat hoitajien mielestä organisaatiosta lähteviä muutostarpeita. (Kontio 2011, 27, 43–45, 52.) Hoitajien lisääminen suhteessa potilasmäärään, takaisi mahdollisesti enemmän aikaa ja huomiota potilasta kohden, mikä osaltaan lisääisi turvallisuuden tunnetta sekä potilaissa, että hoitohenkilökunnassa (Gaskin, Elsom & Happel 2007).

Laihon (2009, 27) eristämispäätös pilottitutkimuksessa selvisi, että ennen eristämispäätöksen tekemistä, tilannetta oli yleensä yritetty purkaa useammalla keinolla. Keskustelu oli yleisin tapa, vierihoito, lääkitys, sanallinen rajaaminen ja omaan huoneeseen ohjaaminen olivat myös käytettyjä keinoja. Myös Gaskin ym. (2007) kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille interventioita, joilla eri toimipisteissä oli yritetty vähentää eristystoimenpiteitä. Muun muassa hoitohenkilökunnan koulutus, potilaiden osallistaminen enemmän omaan hoitoonsa, organisatoriset seikat, kuten säädösten ja johtamisen selkeyttäminen, potilaiden tarkkailu sekä hoitokäytäntöjen tutkiminen.

Latvala (1998, 44–58) esitti tutkimuksessaan teorian potilaslähtöisestä, psykiatrisen potilaan hoitomallista. Potilaita tulisi ottaa vastuullisena osallistujana enemmän mukaan omaan hoitoonsa ja mahdollistaa dialogi kaikkien hoitoon liittyvien osapuolien välillä. Tämä edistäisi potilaan resurssien ja voimavarojen löytymistä, ja lisääisi potilaan selviytymistä. Hoitajalta tämä vaatii yhteistyökykyä, joustavuutta ja tilannetajua osata toimia tilanteen vaatimalla tavalla, sen sijaan, että noudattaisi vanhoja toimintamalleja tai totuttua paternalistista eli holhoavaa hoitokäytäntöä. Mallin tarkoituksena ei ole kuitenkaan antaa potilaalle täysiä valtuuksia sanella, miten hän haluaa toimittavan, vaan kaiken tulisi sujua yhteistyössä, hyvän hoidon periaatteiden mukaisesti.

Englannissa, missä huone-eristyksen käyttö on tutkimusten mukaan vähäistä, vaihtoehtoisena hoitotoimenpiteenä oli käytetty niin sanottua time out menetelmää, missä potilas ohjattiin omaan huoneeseensa rauhoittumaan erityksen sijaan. Koska tarkkoja säädöksiä koskien time out menettelyä ei kuitenkaan ole, sen toteuttaminen vaihtelee osastojen ja hoitajien välillä. Se voi olla yksittäisen hoitajan ohjeistus potilaalle mennä huoneeseen tai erilliseen tilaan rauhoittumaan tai se voi myös olla hoitotiimin yhdessä järjestämä väliintulo. Negatiivisena puolena tässä menettelyssä voisi pitää sitä, että se on kasvattanut manuaalisen eristämisen eli fyysisen kiinnipitämisen käyttöä. Tämä mahdollisesti on yhteydessä tarpeeseen saada potilas pysymään lukitsemattomassa huoneessa. (Bowers ym. 2010.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä. Kvalitatiivinen syystä, että opinnäytetyö liittyy tiiviisti näkemyksiin ja asenteisiin. Lisäksi kvalitatiivinen menetelmä on omiaan aiheeseen, josta ei ole vielä paljoa tutkimustietoa. Laadullisen menetelmän tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja sekä mahdollisesti löytää uusia näkökulmia tutkittavasta asiasta. Ihmisten näkemykset, kokemukset ja tulkinnat ovat avainasemassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67.)

Kvalitatiivinen tutkimus on aina tilannesidonnaista ja menetelmässä on tärkeää ymmärtää, miten tutkittava aihe liittyy ajankohtaan ja ympäristöönsä, jotta voidaan ymmärtää tiedon mahdollisesti laajempi yhteiskunnallinen merkitys. Tutkimusasetelmat ovat joustavia ja tutkimussuunnitelma muokkautuu työn edetessä. (Eskola & Suoranta 2008, 15–16, 25; Pitkäranta 2010, 20–21; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67, 74.)

Hoitotyössä on monia asioita ja ilmiöitä mitä ei voida selittää havainnoimalla tai määrällisesti mittaamalla vaan ymmärtämiseen tarvitaan ihmisten henkilökohtaisia kuvauksia ja kokemuksia. Kvalitatiivisessa menetelmässä puhutaan myös yleisemmin osallistujista ja tiedonantajista, kuin tutkittavista, menetelmän subjektiivisesta luonteesta johtuen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74–75, 83.) Subjektiivisuuden ei kuitenkaan tulisi vaikuttaa tutkimuksen tekijään, vaan hänen pitäisi pyrkiä olemaan mahdollisimman objektiivinen, eikä ohjata työtä haluamaansa suuntaan omien arvoitustensa mukaan. Eskolan ja Suorannan (2008, 16–18, 35) mukaan kvalitatiivisen menetelmän objektiivisuus syntyy enemmänkin tutkijan omien arvoitusten ja asenteiden tiedostamisesta sekä työn lähtökohdan rehellisestä raportoinnista.

Tutkimustuloksissa ei pyritä yleistettävyyteen vaan tavoitteena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä siitä, onko pakkokeinoille vaihtoehtoja. Aineiston määrä ei ole keskeinen asia vaan enemmänkin sen laatu ja tekijän kyky käsitteellistää ja sitoa tulokset yhteiskunnallisesti oikeaan kontekstiin (Eskola & Suoranta 2008, 17–20). Kvalitatiivisessa menetelmässä otos on harkinnanvarainen ja tarkoituksenmukainen. Tarkoituksenmukaisuus määräytyy aina tutkijan ja aiheen mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,



67,73.) Oleellista on siis tekijän kyky määritellä oikeanlainen käsite tutkittavalle aiheelle eli tietyt kriteerit, joilla osallistujia lähdetään hakemaan. (Eskola & Suoranta 2008, 18). Pakkotoimien käyttö on sinänsä jo aiheena eettinen ja tunteita herättävä, eikä sitä pysytä suoranaisesti mittaamaan tarkkojen mittareiden avulla. Validien tulosten saaminen vaatii tutkimusmenetelmän joustavuutta sekä tutkijan luotettavuutta haastateltavan näkökulmasta, kuten myös kokonaisvaltaista ymmärrystä aiheesta, jottei tulkintavirheitä synny aineistoa analysoidessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 73–74.)

#### **4.1.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä**

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan koota usealla eri menetelmällä esimerkiksi havainnoimalla, haastatteleamalla tai tutustumalla valmiisiin teksteihin kuten omaelämäkertoihin ja niin edelleen (Alasuutari 2011, 27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121). Tämän opinnäytetyön aineistonkeruu menetelmäksi valikoituivat yksilöhaastattelut, jotka toteutettiin teemahaastatteluin ennalta määriteltujen teemojen mukaan.

Haastattelu antaa tekijälle mahdollisuuden tuoda esille osallistujien kokemuksia ja ajatuksia aiheesta josta on tarkoitus kerätä tietoa. Se on eräänlainen vuorovaikutustilanne, josta haastateltavan on tarkoituksena saada tietoa ennalta määritellyistä asioista. Toisin kuin normaali arkipäivän keskustelu, se on kuitenkin enemmän päämäärähakuista toimintaa, kuin suoranaista ajatusten vaihtoa molempia kiinnostavista asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 40–43; Eskola & Suoranta 2008, 85.) Yksilöhaastattelu antaa osallistujille mahdollisuuden puhua vapaasti myös eettisesti herkistä aiheista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123).

Yksilöhaastatteluna toteutettava teemahaastattelu antaa mahdollisuuden syventää tietoja asetettujen teemojen osalta. Teemahaastattelussa on ennalta määritelty aihe sekä teemat joista on tarkoitus saada tietoa. Haastattelun aikana kaikki samat teemat on tarkoitus käydä kaikkien osallistujien kanssa läpi, mutta ei tarkoin edeltä määritellyssä järjestyksessä tai muodossa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48; Eskola & Suoranta 2008, 86.) Teemahaastattelu antaa myös mahdollisuuden ottaa huomioon osallistujien tulkinnat sekä heidän asioille antamansa merkitykset. Aktiivinen kuuntelu ja empaattisuus ovat tärkeitä haastattelijan osalta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48; Huttunen 2013.)

Aihe on eettisesti tunteita herättävä ja tarkasti strukturoitu haastattelu (valmis lomake, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot ja kysymykset esitetään kaikille samassa järjestyksessä ja samassa muodossa) saattaisi tehdä vastauksista pinnallisia ja tiettyyn suuntaan johdattelevia. Teemahaastattelutilanne antaa mahdollisuuden syventää ja selventää vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–36; Huttunen 2013). Haastattelun aikana saadut tulokset perustuivat vuorovaikutukseen haastattelijan ja haastateltavan välillä ja luottamuksen syntyminen osallisten välillä on tärkeää. Vaikka kyseessä on eräänlainen keskustelunomainen tilanne, haastattelijan on oltava tilanteessa se, joka vie aihetta eteenpäin, kuitenkin manipuloimatta keskustelua mihinkään suuntaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 43, 102–104; Eskola & Suoranta 2008, 93.)

Teemoina (Liite 3.) haastattelussa ovat kokemukset pakkotoimista, hoitajien oma suhtautuminen sekä vaihtoehdot pakon käytölle. Haastattelut toteutettiin ennalta määriteltyjen kolmen teeman mukaan ja täydennettiin lisäkysymyksillä haastattelun edetessä.

Haastatteluihin osallistui kolme sairaanhoitajaa Pirkanmaan Sairaanhoidopiiristä, joilla kaikilla oli vähintään viiden vuoden työkokemus psykiatrian puolelta. Tarkoituksena oli saada kokemuksia ja tietoa hoitajilta, joille oli jo kertynyt useampi vuosi työkokemusta ja sitä kautta mahdollisesti käytännön kokemuksia pakkokeinoista. Osallistujat haastatteluihin hankki työelämätahon yhteistyöhenkilö, aikuispsykiatrian alueella työskentelevä osastonhoitaja.

Kaikki haastattelut suoritettiin anonymisti yksilöhaastatteluina työelämätahon järjestämässä yksityisessä tilassa, eikä haastateltavien nimeä, sukupuolta tai toimipistettä tulla mainitsemaan missään vaiheessa opinnäytetyö prosessia. Haastatteluista toimitettiin etukäteen tiedote (Liite 1.) osallistujille ja haastattelun aluksi annettiin tietoinen suostumuslomake (Liite 2.) allekirjoitettavaksi. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin (purettiin kirjalliseen muotoon sanatarkasti) analysointia varten. Työn ollessa valmis, nauhoitteet sekä litteroinnit tullaan hävittämään asianmukaisesti. Haastattelu perustui vapaaehtoisuuteen ja jokainen haastateltava oli oikeutettu vetäytymään myös kesken haastattelun.

#### 4.1.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Laadullisen aineiston analysoinnissa on oleellista, että kaikki viitekehukseen ja tutkimukseen liittyvät seikat ovat linjassa tulkinnan kanssa. Analysoitavaa aineistoa tarkastellaan tietynlaisena loogisena kokonaisuutena joka selventää asian sisäistä rakennetta. Tilastollisia todennäköisyyksiä ei siis voi käyttää laadullisessa analyysissä apuna. (Alasuutari 2011, 38,42, 191.) Strukturoimaton haastattelu voi tuottaa niin paljon aineistoa, ettei ole mahdollista tai edes järkevää haastatella niin montaa henkilöä, että erot olisivat tilastollisesti huomioitavia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135; Alasuutari 2011, 39.)

Sisällönanalyysillä pyritään tiivistämällä saamaan aikaan selkeä aineisto, minkä kautta voidaan tuottaa uutta tietoa tutkittavana olevasta asiasta (Eskola & Suoranta 2008, 137). Pyrkimyksenä on siis aikaan saada laaja, mutta tiivis aineisto, jolla voidaan ilmaista merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Sisällönanalyysin positiivisena puolena sekä samalla haasteena on sen joustavuus ja se vaatii tekijältään itsenäistä ajattelua ja itsearviointia omien kykyjensä saralla. Analyysi ei ole kaavamaisista, eikä etene suoraviivaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167.)

Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, etteivät aiemmat teoriat, havainnot tai tiedot ohjaa analyysia tiettyyn suuntaan, vaan aineistosta muodostuu oma teoreettinen kokonaisuutensa. Sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella ja tutkimuksen kysymyksenasettelu ohjaa päättelyprosessia. Induktiivinen menetelmä on omiaan silloin, jos asia ei ole hyvin tunnettu tai aiempi tieto on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–169.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, koska haluttiin saada lisätietoa ja mahdollisia uusia näkökulmia ennalta tuttuun aiheeseen. Aineistonanalyysi aloitettiin litteroimalla haastattelut sanatarkasti. Sen jälkeen analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus tai lause. Alkuperäisten ilmausten jälkeen lauseet pelkistettiin, jonka jälkeen ne jaettiin alakategorioihin ja yläkategorioihin. Näistä johdettiin siten pääkategoria (taulukko 1).

Litteroinnin jälkeen tekstit luettiin läpi kokonaisuudessaan ja etsittiin haastattelun teemoihin sekä tutkimuskysymyksiin sopivia ajatuskokonaisuuksia tai lauseita. Toisiinsa

liittyvät ajatuskokonaisuudet alleviivattiin eri väreillä ja sen jälkeen pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaukset listattiin ja niiden väliltä etsittiin samankaltaisuuksia, jonka mukaan ne järjesteltiin (Liite 4). Samankaltaisuuksia, joita pelkistyksissä nousi esille, olivat pakko-toimien oikeutukseen liittyvät lailliset seikat, syyt minkä takia pakkoa käytetään, hoitotyön keinot joita osastoilla jo käytetään, seikkoja, mitkä vaikuttavat hoitotyöhön häiritsevästi, hoitajien omat tuntemukset pakkokeinojen käytöstä sekä vaihtoehtoiset hoitotoimenpiteet.

Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia alleviivaamalla ne eri värein, joiden perusteella lähdettiin muodostamaan alaluokkia. Pakkotoimien oikeutukseen liittyviä seikkoja lähdettiin jaottelemaan lääkärin määräyksiin liittyviin seikkoihin sekä laillisiin syihin, miksi pakkotoimet ovat oikeutettuja. Käytetyistä hoitotyön keinoista eriteltiin erilaiset ennaltaehkäisykeinot. Pakon käytön syyt jaoteltiin tilanteisiin mitkä johtivat pakkotoimiin sekä potilaiden psyykkiseen vointiin liittyviin tilanteisiin. Alaluokkia muodostui yhteensä 22 kappaletta.

Alaluokat yhdistettiin etsimällä samankaltaista ajatusta niiden takana. Lauseet listattiin ja muodostettiin niistä sitten yläluokkia, joita muodostui yhteensä seitsemän kappaletta. Alaluokkia muokattiin hieman yläluokkia muodostettaessa. Lopuksi määriteltiin yläluokat ja niistä johdettiin yhdistävät pääluokat. Yläluokkia muodostui seitsemän kappaletta ja yhdistäviä pääluokkia kolme, vaihtoehtoiset hoitotyönmenetelmät, ulkopuoliset vaikuttavat tekijät sekä perusteet pakon käytölle. Sisällönanalyysia peilattiin koko prosessin ajan tutkimuskysymyksiin ja pyrittiin löytämään luokkia mitkä vastaavat niihin.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”huomataan ne muutokset potilaassa ja tarjotaan sitä lääkettä siinä vaiheessa kun hän vielä ehkä vapaaehtoisesti ottais”.</p> <p>”kyllä se on siinä ihan perusteltua ihan lääketieteellisesti että lääkettä annetaan potilaalle”.</p>	<p>Oikein ajoitettu lääkitys</p> <p>Lääkitys osana potilaan tarvitsemää hoitoa</p>	Lääkityksen oleellisuus		
<p>”ja sitte se menee niinku siihen että se käytännössä kannetaan sinne eristykseen missä se lääkittää eli se ois voitu tehdä aikasemmin ja ehkä ei ois menny överiks.”</p> <p>”Siitä miten kukin ehkä oireilee sitä oloaan mikä vois sitten johtaa siihen, että pitää joskus käyttää niitä pakkoja”.</p>	<p>Tilanteeseen puuttuminen ennen sen eskaloitumista</p> <p>Oireiden tunnistaminen</p>	Nopea reagointi	Ennakointi	Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät
<p>”Keskustelujahan me käydään se on niinkun osa sitä meidän tavalista työtä mikä siellä on”.</p>	Keskustelut osana jokapäiväistä hoitotyötä	Vuorovaikutustaidot	Inhimillisuus	
<p>”et potilas löytää ja on tietonen siitä et se luo turvaa kun ne tietää että on hoitaja paikalla.”</p>	Turvallisuuden tunteen vahvistaminen	Hoitotyön toiminnot		

## 5 TULOKSET

### 5.1 Pakkotoimet ja tilanteet

Yleisimpiä pakkotoimenpiteitä olivat hoitajien mukaan potilaiden liikkumiseen ja yhteydenpitoon liittyvät rajoitteet. Niitä ei kuitenkaan mielletty täysin varsinaisena pakkona, vaan ilmoitusluontoisina asioina rajaamaan potilaan käytöstä. Tällaisia potilaiden rajaimistoimia hoitajat kertoivat osastoilla käytettävän säännöllisesti.

*No joka päivähän me käytetään pakkoa jossain määrin.*

*Ne on sitten tämmösiä ilmoitusluontoisia asioita, mut on sekin erilaista val-lankäyttöä, pakkoa siinä tilanteessa.*

Eristäminen oli yleisin tilanteista, joissa jouduttiin käyttämään fyysistä pakkoa. Lepositeiden käyttö oli kaikkien hoitajien mukaan äärimmäisen harvinaista. Tahdonvastainen lääkitys oli myös tulosten mukaan suhteellisen yleistä ja se liittyi usein eristystilanteisiin. Eristystilanteet taas olivat useimmiten yhteydessä potilaan osastolle tulotilanteeseen. Pakkotoimia pidettiin välttämättöminä akuuteissa tilanteissa, kuten juuri näissä tulotilanteissa. Sillä annettiin uudelle potilaalle mahdollisuus rauhoittumiseen ja samalla muiden potilaiden rauha säilytettiin, eristämällä ja lääkitsemällä uusi potilas. Eristys tulotilanteessa on myös mahdollista hoitaa avoimin ovin.

*Elikkä, potilas puhutetaan eristyksessä ja lääkitään. Koitetaan saada hänet nukkumaan ja sitten tota noin, niin sen jälkeen sitten tietysti, kun hän siitä sitten niin, kun heräilee ja häneen saadaan joku kontakti jossain vaiheessa.*

Osastoilla tapahtuvat pakkotoimet ovat kaikki lääkärin määräämiä ja hoitajat kertoivat noudattavansa lääkärin määräystä pakkotoimiin ryhtyessään, koska hoitajilla ei ole päättävävaltaa pakkotoimiin. Lääkäreitä pidettiin ylimpänä auktoriteettina päätösten tekemisessä, jonka kirjallisen määräyksen mukaan pakkotoimiin ryhdytään. Hoitajat korostivat myös tahdonvastaisen hoidon merkitystä siinä, kenelle pakkotoimia on laillista käyttää.

*Silloin, kun eristäminen tulee, niin silloin mä olen osana sitä pakkotoimenpidettä tekemässä sitä, mitä se lääkäri määrää.*

Syitä pakkokeinojen käyttämiseen oli potilaan potentiaalinen vaara itselle, ympäristölle tai muille potilaille. Potilaan konfrontoiminen käytöksestä, oli potentiaalinen riski rauhattomaan tai väkivaltaiseen käytökseen. Osa hoitajista piti kuitenkin parempana, että tilanne mahdollisesti eskaloituu mieluummin potilaan ja hoitohenkilökunnan välille, kuin kohdistuisi toisiin potilaisiin. Myös potilaan hajanainen käytös saattoi edeltää pakkotoimien käyttöä.

*Toki niitä sitten, vaikka kymmenen eri kohtaa löytyy miks, vaikka niin eristää pitää ihminen. Niin sieltä löytyy ne kohdat. Mutta suurimmat on ne, että se on niin, kun vaarallinen itsellensä tai ympäristöllensä se potilas.*

Hoitajat näkivät yhteyden pakkolääkitsemisen ja potilaan peruslääkityksen riittämättömyyden välillä. Psykkisen voinnin heikkous, johtuen liian vähäisestä tai vääränlaisesta lääkityksestä, saattoi johtaa siihen, että potilas ei kyennyt toimimaan yhteisöllisesti muiden potilaiden kanssa ja sitä kautta pakkotoimiin. Tällaisissakin tilanteissa käytetyt toimet riippuivat potilaasta ja tilanteesta. Mitään tiettyä periaatetta tai toimintatapaa, mikä sopisi joka tilanteeseen ei vastaajien mukaan ollut. Kaikkien pakkokeinojen käyttämisessä oli hoitajien mukaan kuitenkin oleellista toimia mielenterveyslain edellyttämällä tavalla ja auttaa potilasta.

*Ettei me niitä siellä sen takia pidetä, että me halutaan ilkeitä olla, ja niin kun valtaamme käyttöä.*

## **5.2 Hoitajien näkemykset vaihtoehtoisista menetelmistä**

Suurimpana tekijänä hoitajat näkivät pakkotoimiin johtavien tilanteiden ennakoinnin varhaisessa vaiheessa. Tällaisina keinoina nähtiin esimerkiksi riittävä lääkitys, hoitajien läsnäolo, keskustelu ja hyvä vuorovaikutus potilaiden kanssa. Kuten myös myötätunto ja ajan viettäminen potilaan kanssa, tuen antaminen potilaan omista lähtökohdista käsin. Hoitajien läsnäolon sanottiin myös tuovan turvallisuuden tunnetta potilaille ja sitä kautta rauhoittavan koko osastoa. Potilaiden havainnointi ja varhainen puuttuminen oirehdintaan nähtiin myös tärkeinä. Suun kautta otettavien lääkkeiden tarjoamista siinä vaiheessa, kun huomataan potilaan oirehtivan, pidettiin hyvänä keinona estää tilanteen eskaloitumisen.

*No tietenkin hoitaja hoitohenkilökunnan pitäis määrättyllä tavalla olla enemmän läsnä, siis silloin joskus, kun ihminen on niin sekavassa tilassa ja vaatii sen oman ihmisen viereen koko ajan.*

Vierihoidoa pidettiin myös yleisesti hyvänä keinona tukea potilaan henkistä vointia. Monesti potilaan kanssa neuvottelu ja keskustelu aikaisessa vaiheessa auttoivat välttämään pakkotoimien käytön ja tilanteiden hallinnassa pysymisen. Myös osastojen potilasmäärän ajateltiin olevan yksi keino tarjota potilaille henkilökohtaisempaa huomiota ja mahdollisuutta tarttua tilanteisiin aikaisessa vaiheessa. Myös joka päivälle nimetty päiväsalihoitaja, nousi esille potilaiden rauhallisuutta ja turvallisuuden tunnetta parantavana tekijänä.

*Tietysti henkilökuntaa enemmän ja osastot vois olla erityyppisiä. Vähemmän potilaita mitä nyt. Ehkä se vois auttaa tilanteeseen.*

Hoitajat näkivät osastojen rakenteiden muutokset osana ennaltaehkäisyä. Potilaiden havainnoiminen ja vuorovaikutus olisi helpompaa ja tiiviimpää, jos osastot olisivat yksitasoisia ja rakennettu niin, että potilaisiin olisi tiiviimpi näköyhteys. Erilliset tilat potilaille rauhoittumista varten nähtiin myös vaihtoehtoina esimerkiksi eristykseksi. Potilashuoneiden muuttaminen yhden hengen huoneiksi, jotta potilaat pääsevät tarvittaessa omaan huoneeseensa rauhoittumaan. Yhden hengen huoneilla vältettäisiin myös tilanteet, missä huoneoverien oireet mahdollisesti ruokkivat toisiaan ja sitä kautta tuovat epävakausta koko osastolle. Tilanteiden koettiin menevän yli, koska potilaiden oirehdintaa ei rakenteista ja resursseista johtuen kyetty havainnoimaan tehokkaasti.

Yhtenä ratkaisuna nähtiin myös erillinen rauhoittumiseen tarkoitettu tila osaston sisällä, minne potilaan voisi tarvittaessa ohjata. Mahdollisuuden ulkoiluun tahdonvastaisen hoidon aikana, uskottiin voivan edistää potilaiden henkistä vointia. Ulkoilumahdollisuuksia voisi tarjota osaston yhteyteen rakennetuilla aidatuilla ja valvotuilla alueilla.

*Se rauhoittaa, kun potilaille tulee omia huoneita. On tiloja vetäytyä toisilta.*

Potilas-hoitaja suhteen kehittyminen koettiin myös oleelliseksi tilanteiden ennaltaehkäisyssä. Koska potilaat ovat pääosin samoja eri hoitokerroilla, hyvä luottamussuhde ja potilaan tapojen ja ominaisuuksien tunteminen auttaa hoitajaa havaitsemaan potilaan tunnetiloissa tapahtuvat muutokset aikaisemmassa vaiheessa. Myös potilaiden ajateltiin hyötyvän tutusta hoitajasta. Esimerkiksi hajanaisen tai ahdistuneen potilaan on helpompi avautua tuntemuksistaan tutulle hoitajalle, johon hän tietää voivansa luottaa.



*Meillä täällä sairaalassa, kun samat potilaat kiertää jatkuvasti me pyritään aina siihen, että samahoitaja ottaa omaks hoidettavakseen. Toki ne vaihtuukin, et ei se oo mikään kiveen hakattu, että siihenhän syntyy vuosien mitaan ihan hyväkin suhde.*

Mielekkäiden aktiviteettien tarjoaminen potilaille oli vastaajien mielestä tärkeää. Mahdollisia keinoja lievittää ahdistusta tai aggressiota. Kuten esimerkiksi pelejä, piirtämistä, musiikin kuuntelua, fyysistä aktiviteettia, sellaisille potilaille, joille omassa tilassa rauhoittuminen ei sinällään toimi rauhoittavana tekijänä. Potilaan omien toiveiden kuunteleminen hoidon suhteen nousi myös esiin yhtenä vaihtoehtona pakkotoimien vähentämisessä.

*Yks vaihtoehtohan on et potilaan on mahdollista tää psykiatrinen hoitotahto itsellensä tehdä tai omaa hoitoa koskien.*

Yhtenä näkökulmana vastauksissa nousi hoitajien vastuu omasta toiminnastaan ja omista asenteistaan potilaita kohtaan. Nähtiin, että hoitohenkilökunnan on tärkeää puhua potilaille asiallisesti ja loukkaamatta, vaikka potilas ei näin tekisikään. Tilanteista provosoituminen ja potilaan kanssa väittely, nousi esille seikkana, mikä saattaa johtaa herkemmin pakkotoimiin.

*Ne asenteet ja semmoset kyllä näkyy. On tärkeätä puhua potilaalle kuitenkin sillai asiallisesti ja häntä loukkaamatta. Ois eritoten tärkeätä et meillä se pinna ja maltti ja ammattitaito säilyy.*

*Aika paljon vääriäkin tulkintoja et hoitaja huokasee väärässä kohtaa, niin se tulkitaan niin ku, ett jaa, no suokaan ei vois vähempää kiinnostaa. Et kyllä siinä varmaan niinku potilaskin meitä tulkitsee, joku omalla tavalansa ja joku varmaan oikeinkin.*

Ammattitaito olla menemättä mukaan potilaan tunteisiin nähtiin osaltaan ennaltaehkäisevänä toimintana. Hoitohenkilökunnan harkintaa vaihtoehtoista toimintamalleista, koskien omaa toimintaansa pidettiin tärkeänä osa-alueena. Varsinkin siinä tilanteessa, kun potilas on mahdollisesti hyvinkin kiihtynyt ja tekee omia tulkintojaan hoitajan asenteesta, ammatillisuus ja hyvät vuorovaikutustaidot nousevat oleelliseksi ennaltaehkäisyssä.

### 5.2.1 Aiemmin käytössä olleet ennakoitikeinot

Tilanteiden ennaltaehkäisy tapahtui osastoilla pääosin keskustelulla potilaiden kanssa sekä tarjoamalla keinoja purkaa ahdistusta ja mahdollista turhautumista. Keskustelujen kerrottiin olevan osa jokapäiväistä hoitotyötä osastoilla. Potilaiden kanssa mietittiin useampaan otteeseen, mikä auttaisi oloa tasoittumaan ja mistä sen hetkinen tila on mahdollisesti saanut alkunsa. Hoitajat kertoivat tarkkailevansa potilaiden oirehdintaa aina, kun se on mahdollista, ja tarjoavansa suun kautta otettavaa lääkitystä ennakoivana hoitotoimenpiteenä. Hoitajat pitivät ennaltaehkäisyä tärkeänä osana hoitoa osastolla.

*Yks on tiettenki lääkitys ennakoiden. Se, että me ennakoidaan niitä ja huomataan ne muutokset potilaassa ja ennakoidaan ja tarjotaan sitä lääkettä siinä vaiheessa, kun hän vielä vapaaehtosesti ottais sitä lääkettä.*

Vierihoitoa käytettiin aina tilanteen salliessa ja sitä pidettiin hyvänä keinona rauhoittaa potilaan vointia, ilman eristystoimia tai lääkitystä. Sitä ei kuitenkaan ollut hoitajien mukaan mahdollista käyttää, jos potilas oli jollakin tavalla uhkaava tai aggressiivinen. Myös, jos potilaan vointi oli sellainen, ettei vierihoito edesauta tasoittamaan vointia, nousi lääkitys silloin oleelliseksi keinoksi ehkäistä potilaan voimien heikentyminen ja mahdollisiin pakkotoimiin ryhtyminen.

*Vierihoito, se on niinku se vaihtoehto, mutta tietysti aina se ei oo mahdollisuus, kun ihmisen ongelma on sellanen ettei se edesauta sitä vointia.*

Jokaisella osastolla oli panostettu hoitosuhteiden luomiseen potilaiden kanssa omapotilas-mallin muodossa. Hoitajien mukaan tutuista potilaista on helpompi nähdä muutokset ja antaa tarvittaessa potilaalle tilaa tai tarjota muuta ratkaisua, potilaan ominaisuuksista riippuen. Tämä osaltaan ennaltaehkäisee tilanteita ja helpottaa myös potilaiden oloa osastolla. Potilaita myös kannustettiin ottamaan osastolla hoitajien tarjoamia keinoja käyttöön ja sitä kautta vastuutettiin myös potilaita omasta hoidostaan.

*Kyllä me aika paljon kuitenkin potilasta opetetaan tunteiden hallintaan ja ahdistuksen hallintaa.*

*Samat potilaat meillä käy, niin tiedetään, et nyt, kun sen jalka on tossa asenossa niin jotakin kohta tapahtuu ja sen mukaan sitten toimitaan.*

## 5.2.2 Hoitotyöhön vaikuttavat muut tekijät

Resurssikysymykset nousivat suureksi tekijäksi siinä, miksi ennaltaehkäisy koettiin osastoilla välillä hankalaksi. Potilaita oli normaalisti aina enemmän, mitä osaston virallinen paikkaluku oli. Työntekijöiden puute vaikeutti potilaiden huomioimista ja tilanteisiin aikaisin puuttumista.

*Resurssikysymykset on yks mihin me ei voida vaikuttaa. Ettei oo ihmisiä töissä riittävästi, ettei pystytä ehkä reagoimaan kaikkiin*

Hoitamisen tahdin koettiin olevan kova nykyisin ja joidenkin potilaiden kohdalla se tarkoitti kotiutumista hoitajien näkemyksen mukaan liian aikaisessa vaiheessa. Lyhyet hoitajaksot nähtiin yhtenä syynä siihen, että potilaat monesti palasivat osastolle nopeasti ja huonommassa kunnossa, eivätkä avohoidon resurssit riitä vastaajien mukaan hoitamaan enenevässä määrin huonokuntoisempia potilaita.

Yleensä osastolle paluun syynä ovat ottamatta jääneet lääkkeet, mistä johtuen potilaan vointi on mennyt huonoksi. Avohoidon tietynlainen toimimattomuutta pidettiin syynä siihen, miksi potilaiden vointi menee alaspäin siinä määrin, että tarvitaan tahdonvastaista osasto hoitoa ja pakkotoimia potilaan hoitamiseksi. Avohoidon resurssit ja aikojen riittämyys nostettiin yhdeksi seikaksi, mikä heijastuu hoitoon osastoilla, kuten myös laki, koskien avohoitoa, ja se vapaaehtoisuutta. Esimerkiksi vastentahtoinen lääkitys avohoidossa nähtiin potilaan edun mukaisena hoitona. Hoitajien mukaan se edesauttaisi potilaan pärjäämistä ja vähentäisi tahdonvastaisten hoitajaksojen määrää.

*Siellä rupee avohoidossa oleen sellasia potilaita, jotka vaativat jo avohoidossa ollessaan jonkinlaista pakkokeinoa sille, että heitä pystyis edes tapaamaan ja kunnes sitten joku jostakin löytää sen ja tuo meille ja ollaan siinä pisteessä nolla ja me joudutaan sitten siinä ne pakkotoimet ottamaan käyttöön. Se on semmonen oravanpyörä.*

Myös palvelujen hajanaisuus ja hoidon tietynlainen byrokraattisuus nousi esille. Osa hoitajista koki, että hoidon vastuutta siirretään paikasta toiseen. Vastuuta potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ei saada aikaiseksi, koska rahoitus tulee niin monesta eri paikasta. Yksi yhteinen vastuutaho saattaisi hoitajien näkemyksen mukaan parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta.

*Kun kaikki on niin tarkkoja omistansa, ei kuulu minulle. Se on semmosta pompottelua.*

### 5.3 Hoitajien ajatuksia ja asenteita pakkotoimista

Pääsääntöisesti kaikki hoitajat näkivät tahdonvastaiset toimenpiteet osana hoitotyötä. Silloin, kun henkilö on tilassa, missä hän ei ole kykeneväinen itse näkemään omaa parastaan on vastuullista tehdä päätös hänen puolestaan. Psykoottisen ihmisen kyvyttömyys ottaa vastaa tarvittavaa hoitoa, on monesti syynä pakkotoimiin. Potilas ei ymmärrä tilaansa ja mahdollisesti yrittää poistua osastolta tai ei ymmärrä missä on ja miksi. Yhteisymmärrystä hoitohenkilökunnan kanssa omasta tilanteesta ei löydy. Potilaan maailmankuva saattaa olla hyvinkin vääristynyt eikä kontaktia hoitohenkilökunnan kanssa synny. Tällaiset tilanteet ovat hoitajien mukaan yleensä aina, jonkinlaista pakkokeinoa vaativia. Joidenkin potilaiden vaikeat psykoosit ovat joissain tilanteissa esteenä ennakoiville toimenpiteille.

Potilaiden vaarallisuus itselle tai ympäristölle oli suurin perustelu sille, miksi tahdonvastainen hoito on tarpeellista ja miksi pakkotoimia oli toisinaan välttämätöntä käyttää. Pakkotoimet nähtiin ihmisen auttamisena sekä ennaltaehkäisemässä suuremman haitan syntymistä. Toisten potilaiden turvallisuus ja hoidon takaaminen koettiin vastauksissa myös tärkeäksi. Varsinkin osastojen ollessa ylipaikoilla, on hoitajien mukaan mahdotonta ylläpitää rauhaa, jos yhden henkilön sallitaan toimia täysin oman tahtonsa mukaisesti. Myös uusien tulotilanteiden merkitystä korostettiin tilanteina, joissa ennaltaehkäisy oli usein mahdotonta ja pakkotoimet ainoa mahdollisuus tilanteen rauhallisena pitämiseen.

*Kyllä se on siinä ihan perusteltua, että lääkettä annetaan potilaalle, sitte vaikka väkisin ja perusteltua sitten eristäminen muista potilaista. Jos kyseinen potilas toiminnallaan on uhkaava, väkivaltainen muuta potilaita kohtaan niin ei osastolla, jossa on monta muuta potilasta voida antaa tota tapahtua.”*

*Mut ei nää tulotilanteet, ettei niitä kyllä puhumalla tai millään toiminnalla hoideta, koska siinä ei oo niin kun lähtökohtasestikaan mitään järkeä siinä olemisessa.*

Hoitajien vastauksissa korostettiin sitä, että osastolla tehdyt pakkotoimet olivat aina tilannekohtaisia arvioita ja sillä hetkellä töissä olleiden arviointikykyyn tulisi luottaa. Tosin hoitajien yksilöllisten ominaisuuksien nähtiin vaikuttavan tilanteissa tehtyihin päätöksiin

Vaikka kirjaaminen olisi asianmukaista, ei se kuitenkaan kerro kaikkea ja tilanteen henki ei välttämättä välity sellaisena, kuin se on ollut päätöstä tehdessä. Asioiden läpikäyminen jälkepäin koettiin kuitenkin hyvänä oppina siitä, miten tilanteessa olisi voinut toimia toisin. Eettisen ajattelun tärkeyttä päätösten takana pidettiin hoitajien vastauksissa oleellisena, kaikkien pakkokeinojen oikeutus tulisi aina miettiä tarkkaan. Hoitotyössä toimiminen, ilman pakotoimien oikeutuksen miettimistä, pidettiin jokseenkin epäeettisenä.

*Mut tosiasiahan se on, ettei jokainen hoitaja osaa ennaltaehkäistä tapahtumia tai ei osaa tehdä sitä, et se on sit niin kun yksilöstä lähtevä juttu.*

Kaikki vastaajat kertoivat, etteivät he kokeneet kynnystä pakkotoimien käyttämiseen. sitä pidettiin osana hoitotyötä. Pakkokeinojen käyttöön ei kuitenkaan lähdetty mielivaltaisesti. Lähtökohtana pidettiin aina potilaiden etua ja pakkokeinot olivat viimeinen vaihtoehto, kun kaikki muut keinot oli käyty läpi. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että toisinaan pakkotoimiin ryhtymistä odotettiin liian pitkään ja tilanne pääsi sitä kautta pahemmaksi. Heidän näkemyksensä mukaan aikaisempi, esimerkiksi pakkolääkitseminen, olisi tasannut tilanteen. Sillä taasen olisi ollut vaikutusta pakkotoimien laajuuteen ja eristäminen olisi saatettu välttää.

Kukaan vastaajista ei uskonut, että pakkotoimista olisi mahdollista luopua kokonaan missään vaiheessa, koska siinä vaiheessa monet ihmiset jäisivät hoitamatta. Se taas heikentäisi kyseisten ihmisten elämänlaatua ja kykyä selvitä yhteiskunnassa. Hoitajat pitivät joi-tain psykoositiloja niin vakavina, ettei niistä ole mahdollista selvitä ilman jonkinlaisia pakkotoimia. Tahdonvastaista hoitoa pidettiin edellytyksenä lain vaatimukselle siitä, että kaikille ihmisille tulee taata hyvä hoito, myös silloin kun he eivät itse ole kykeneväisiä siitä päättämään.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tahdonvastaisesta hoidosta ja pakkotoimista on tehty useita kansainvälisiä sekä kotimaisia tutkimuksia vuosien aikana. Pakkotoimet ovat edelleen käytössä länsimaissa, mutta kansainvälisten tulosten vertailu on vaikeaa. Hoitajien näkemykset olivat linjassa Keski-Valkaman (2010, 15-16) tutkimuksen kanssa siitä, että vertailu on ongelmallista, johtuen maiden erilaisista lainsäädännöistä. Kuitenkaan erilaiset lait eivät pysty selittämään miksi eroja esiintyy maan sisäisesti samasta lainsäädännöstä huolimatta. Tähän eivät myöskään haastatteluun osallistuneet hoitajat löytäneet selkeitä syitä. Keski-Valkaman ym. (2007) 15 vuoden ajalta tehdyn tutkimuksen mukaan, pakkotoimien vähentämiseen eivät riitä pelkät lakimuutokset. Tutkimuksessa kävi esille, että pakkotoimien määrä ei ole suoraanaisesti vähentynyt, vaikka tutkimuksen teko ajalla on tapahtunut lakimuutoksia. Maan sisäiset erot puhuvat yksikköjen omien hoitokulttuurien puolesta, jotka ylittävät lain (Keski-Valkama 2010).

Toisin kuin Keski-Valkama ym. (2007), hoitajat eivät nähneet varsinaisella hoitokulttuurilla olevan vaikutusta maan sisäisiin eroihin, vaan esimerkiksi potilaiden jaottumisesta oireiden mukaan eri sairaanhoitopiirien välille. Kaikki hoitajat korostivat lakien ja määräyksien noudattamisen tärkeyttä, mutta myös eettistä oikeutusta toimien takana, mitä myös tutkimuksessa korostettiin. Siinä ehdotettiin myös työntekojöiden lisäkoulutusta sekä tarkkoja määräyksiä pakkotoimien käytölle. Vuonna 2015 on valmistunut esitys mielenterveyslain kokonaisuudistuksesta, mutta sen sisällöstä ei ole vielä tarkennettua tietoa. Arvion kohteena ovat kuitenkin tahdonvastainen hoito sekä pakkotoimet ja niitä koskevien säännösten uudistamis- ja tarkennustarpeet (CPT 2015, 47).

Avohoidon paremman tilan joissain kaupungeissa arveltiin tulosten mukaan olevan mahdollisena yhtenä syynä eroille. Laiho ym. (2012) on tuonut esille kysymyksen siitä, mitä pakkotoimien käytöllä varsinaisesti mitataan, yksittäisen hoitajan toimintaa, osaston hoitokulttuuria vai organisaation toimintaa. Hoitajien kokemusten mukaan nämä kaikki vaikuttavat koko tahdonvastaisen hoidon käsitteeseen, mikä tekee asiasta moniulotteisen ja monimutkaisen.

Potilaiden näkökulmasta lääkäri oli se, jolla oli valta pakkotoimien määräämisessä (Olofsson & Norberg 2001). Kontio (2011, 27) kuitenkin toteaa tutkimuksessaan hoitajien olevan kuitenkin monesti ne jotka tekivät eristämispäätöksen, jonka jälkeen lupaa haettiin lääkäriltä. Hoitajien mukaan potilaiden kanssa keskustellaan ennen pakkotoimiin ryhtymistä, tehtyjen tutkimusten mukaan potilaiden kokemus saadusta tiedosta pakkotoimiin johtaneista syistä on kuitenkin vähäinen (Kontio ym. 2010). Osasyynä tähän voisivat olla joidenkin potilaiden rajalliset kyvyt ottaa vastaan tietoa, sairautentunnottomuus sekä hoitajien omat vuorovaikutustaidot, kuten myös tilanteiden äkillisyys.

Vastauksissa tuli kuitenkin vahvasti esille, että osastoilla pakkotoimia ei käytetä vallankäytön näkökulmasta, vaan potilaan auttaminen oli lähtökohtana. Samoin kuten Moran ym. (2009), myös hoitajat korostivat pakkotoimien olevan viimeinen keino, siinä vaiheessa, kun muut toimenpiteet eivät ole tuottaneet tulosta. Kyse ei saa olla potilaan rankaisemisesta, mikä tuodaan esille myös Laihon ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen tuloksissa, jonka mukaan rankaiseva asenne madaltaa kynnystä pakkotoimiin. Hoitajat myös tiedostivat tahdonvastaisen hoidon sekä pakkotoimien olevan ristiriidassa henkilön itsemääräämisoikeuden kanssa, mutta pitivät niitä kuitenkin välttämättöminä osana hoitoa. Tässä tutkimuksessa ei potilaiden näkökulmaa ole pystytty ottamaan huomioon, mutta tutkimusten mukaan, osa potilaistakin pitää pakkotoimia osana hoitoa ja ovat kokeneet hyötynensä niistä jollain tasolla (Keski-Valkama, 2010; Kontio 2011, 40; Soininen, 2014, 46).

Pakkotoimien perimmäinen syy oli tilanteen ja potilaan rauhoittaminen. Potilasta haluttiin estää vahingoittamasta itseään tai muita. Hoitajat näkivät myös tahdonvastaisen hoidon olevan ennaltaehkäisevä keino sille, ettei ihminen mene huonompaan psyykkiseen kuntoon kuin jo on. Vuosina 2002–2006 toteutetun kymmenen Euroopan maan pakkotoimien käyttöä tutkivan Eunomia projektin, (Kalisova ym. 2014) tulosten perusteella potilaan uhka toisille oli suurin syy pakkotoimien käyttöön, haastateltujen hoitajien vastauksissa se oli potilaan haitallisuus itselle tai muille. Psykoottisen sairauden olemassaolo lisää Eunomia tutkimuksen sekä hoitajien näkemyksen mukaa riskiä pakkotoimille. Tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet kohdistuivat kansainvälisistä käytäntö eroista huolimatta samankaltaisiin potilasryhmiin, motivaatio niiden taustalla vain vaihteli. Siinä, missä tähän opinnäytetyöhön osallistuneet hoitajat korostivat potilaan parasta, kansainväliset tutkimukset näyttivät, että joissain maissa yhteiskunnan hyvä oli pääosassa perusteena pakkotoimille (Tuohimäki 2007, 52, 88–87).

Koska pakkotoimien on tutkittu kohdistuvan pääosin tiettyihin sairausryhmiin, kuten myös samoihin henkilöihin hoitajakson aikana, tilanteiden ennakointi tunnistamalla nämä potilaat ja oireet sekä käyttämällä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tilanteen rauhoittamiseksi. (Bullock ym. 2014.) Ennakointi oli myös se, mitä hoitajat vastauksissaan korostivat. Tuttujen potilaiden kanssa sen kerrottiin olevan helpompaa, koska oli jo tieto siitä, minkälainen potilas on kyseessä ja pelkästään vartalon asennosta pystyy päättämään, että jotakin on kohta tapahtumassa, jos tilannetta ei saada laukeamaan. Ja tilanteessa, missä potilas on tuttu, oli hoitajien mukaan helpompi reagoida ja käydä läpi vaihtoehtoja potilaan olon helpottumiseksi. Nykypäivän runsas määräaikaisten työsuhteiden sekä sijaisten käyttö varmasti osaltaan vaikuttaa hoitosuhteiden syntymiseen ja syventymiseen. Haastatteluissakin tuli esille, että hoitajien kokemuksen mukaan, hyvän hoitosuhteen syntyminen ennaltaehkäisee osaltaan tapahtumia osastoilla.

Laiho ym. (2012) mukaan sijaishoitajien mahdollisimman vähäinen käyttö, hoitajien ammattitaidon kehittäminen sekä myös henkilökohtaiseen kehitykseen tähtäävä toiminta, voisivat olla keinoja pakkotoimien vähentämiseksi. On siis tärkeää muistaa työnohjaus osana ennaltaehkäiseviä toimia. Myös jonkinlaisten riskiarvioiden tekeminen potilasta hoitoon otettaessa (Laiho ym. 2014; Bullock ym. 2014), voisivat tehdä potilaan arvioinnista objektiivisempää. Uusien potilaiden osastolle tulo, nousi hoitajienkin vastauksissa tilanteeksi, joissa pakkotoimiin monesti jouduttiin turvautumaan, koska tietoa potilaasta oli niukalti. Olofsson & Norberg (2001) samoin havaitsivat tutkimuksessaan, että pakkotoimia oli käytetty ennaltaehkäisevästi juuri sen takia, että tieto potilaasta oli ollut vähäistä ja mahdollisilta aggressioilta oli haluttu välttyä. Eristämällä ja /tai lääkitsemällä potilaalle annetaan mahdollisuus rauhoittua ja samalla ylläpidetään osaston rauhaa (Soininen 2014, 46). Samoin asian näkivät tähän opinnäytteeseen haastatellut hoitajat.

Keski-Valkaman (2010, 32, 60–61) mukaan suurin syy pakkotoimiin ryhtymisellä kansainvälisestäikin mitattuna on ollut potilaan ahdistus sekä disorientaatio, ilman uhkaavaa väkivaltaa, vaikka yleisesti ottaen pakkotoimien eettisenä oikeutuksena on pidettykin konkreettisen väkivallan estämistä. Hunt:n ym. (2012) tutkimuksessa syistä, millä perusteilla hoitoon määrätään, taustalla on usein ollut potilaan väkivaltaisuus, mikä myös osaltaan lisää riskiä pakkotoimiin osastolla. Vastauksissa ei sen tarkemmin tullut esille, kuinka paljon pakkotoimiin johtaneisiin tilanteisiin on liittynyt varsinaista väkivallan uhkaa, mutta hoitajat kertoivat potilaiden olleen hajanaisia tai/sekä yhteistyökyvyttömiä en-



nen pakkotoimiin ryhtymistä. Tilanteissa oli käytetty olemassa olevia vaihtoehtoja eli potilaan kanssa neuvottelua, keskustelua ym. yrityksenä ennaltaehkäistä tilanteen eskaloituminen. He myös korostivat pakkotoimien tilannekohtaisuutta ja sitä, ettei hyväkään kirjaaminen aina pysty esittämään tilannetta juuri sellaisena kuin se on tapahtunut.

Mahdollisesti kirjaamiserot ja hoitajien henkilökohtaiset kokemukset siitä, mikä on uhkaavaa väkivaltaa ja mikä taas sekavuutta, ovat osa syynä ristiriitaan. Kuten myös jo esille tulleet kansainväliset erot siinä, mitä pidetään pakkotoimena. Laihon ym. (2012) mukaan pakkotoimiin johtaneiden syiden sekä päätöksenteon tiedostaminen saattaisi auttaa niiden vähentämisessä. Asioiden jälkipuinti oppimisen kannalta nousi esille hoitajienkin näkökulmissa, sitä pidettiin tärkeänä, mutta sen ei kuitenkaan uskottu antavan koko totuutta tilanteen tunnelmasta, sen ollessa jokaisen subjektiivinen kokemus. Moran ym. (2009) tutkimus tuo myös esille, että toisten hoitajien tunnetilat, kuten tietynlainen tunteettomuus, saattavat häiritä muitakin tilanteeseen liittyviä keskittymästä potilaan tarpeisiin. Tunteettoman tilanteeseen suhtautumisen, tutkimus ehdottaa johtuvan osittain joidenkin hoitajien ominaisuudesta sulkea tapahtuneet asiat itseensä, koska niiden käsittelemiseen ei ole valmiuksia. Pakkotoimien problematiikka yhdistettynä omaan eettiseen näkökulmaan on osaltaan aiheuttamassa ristiriitaa. Tämänkin näkökulman takia tilanteiden läpikäyminen työyhteisössä on tärkeää.

Aiheen ollessa hyvinkin eettinen ja tunteita herättävä, kuten hoitajien vastauksistakin tuli ilmi on tärkeää kiinnittää huomiota myös hoitajien yksilöllisiin piirteisiin ja niiden vaikutuksesta pakkotoimiin. Kaikilla hoitajilla ei ole taitoa ennaltaehkäistä tilanteita, minkä haastatteluun osallistujatkin toivat esille. Tapahtumien tilannekohtaisuudesta ja tarpeellisuudesta riippumatta Kanadalainen tutkimus (Larue ym. 2009) korostaa hoitohenkilökunnan henkilökohtaisia ominaisuuksia sekä heidän näkemyksiään potilaasta päätöksiä tehdessä. Kaikkien ammattitaitoon ja eettisen ajattelukykyyn tulisi myös vastanneiden hoitajien mukaan voida luottaa. Kontion (2011 44, 56) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokee tuen ammattiyhteisöltä hyvin tärkeäksi ja pitää eettisten näkökulmien läpikäymistä tärkeänä. Hän tuo tutkimuksessaan myös esiin koulutuksen tarpeen keskittyä enemmän vuorovaikutukseen ja tunneherkkyyden kehittämiseen potilaiden tunnetiloista. Potilaiden havainnointi ja tunnetilojen tunnistaminen nousi esiin haastattelun tuloksissakin. Hoitajat kokivat potilaan tunnetilojen varhaisen havaitsemisen tärkeänä osana ennaltaehkäisyä ja osana vaihtoehtoisia hoitotoimenpiteitä.

Vaikka osa potilaista kokee pakkotoimien auttaneen jollain tavalla, valtaosa kokee ne kuitenkin negatiivisena ja jopa rangaistuksen omaisina sekä liiallisena voimankäyttönä. (Olofsson & Norberg, 2001; Kuosmanen ym. 2007; Keski-Valkama 2010, 44). Kuten jo aiemmin tuli esille, haastatteluihin osallistuneet hoitaja korostivat, ettei kyse ole hoitohenkilökunnan puolelta rangaistuksesta. Paremmalla informaatiolla siitä, miksi toimenpiteisiin on ryhdytty ja tilanteen läpikäymisellä jälkikäteen potilaiden kanssa, ristiriitaa hoitohenkilökunnan ja potilaiden kokemusten välillä voisi mahdollisesti vähentää. (Soininen 2014, 18). Potilaiden kokemuksista tehdyt tutkimukset vahvistavat tiedonannon tärkeyttä ennen ja jälkeen pakkotoimitapahtuman. Potilaiden näkökulman kuunteleminen voisi myös olla askel pois pakkotoimista. Potilaiden näkökulmaa huomioidessa tulee ottaa huomioon etiikka ja se, että potilaat todella ymmärtävät tutkimuksen tarkoituksen sekä myös potilaiden kyvykkyyden ymmärtää osallistumisen vapaaehtoisuus. (Soininen 2014, 19)

Vuonna 2001 (Olofsson & Norberg) tehty tutkimus pakkotoimista potilaiden sekä hoitajien kertomana toi silloin jo esiin potilaiden näkökulman halusta ottaa enemmän vastuuta koskien omaa hoitoaan. Potilaiden osallistaminen enemmän omaan hoitoonsa on yksi keino, mikä tuli esille myös hoitajien näkemyksissä. Myös Soinisen (2014, 46) mukaan vakavista sairauksistakin kärsivät potilaat ovat jossain määrin kykeneväisiä ottamaan osaa päätöksentekoon. Potilaiden vastuutusta omasta hoidostaan tuli esille myös hoitajien vastauksissa. Ongelmana tässä on ollut erilaiset näkemykset potilaan tilasta, mikä johtaa kyvyttömyyteen ottaa vastaan annettuja neuvoja. Sairaudentunnottomuus taas monesti johtaa lääkkeiden ottamatta jättämiseen avohoidossa, mistä hoitajien mukaan seuraa tiettytyyppinen oravanpyörä potilaan hoidossa. Hoitajien mukaan lakimuutos koskien avohoitoa voisi kuitenkin ehkäistä esimerkiksi lääkityksen laiminlyönnistä johtuvia tahdonvastaisia hoitojaksoja ja parantaa potilaan pärjäämiskykyä. Jo alussa mainittu Keski-Valkaman ym. (2007) tutkimus ei kuitenkaan näe lakimuutoksia ainoana ratkaisuna. Ainoana ratkaisuna eivät haastatteluihin osallistuneet hoitajatkaan lakimuutoksia pitäneet vaan uskoivat myös muilla tekijöillä olevan vaikutusta.

Oman psykiatrisen hoitotahdon ilmaiseminen nähtiin yhtenä ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Se antaa hoitajien mukaan henkilökunnalle eväitä toimia enemmän ennaltaehkäisevästi tilanteessa ja ymmärtää, minkälaiset keinot potilaat tuntevat toimivan itselle parhaiten. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön psykiatrisen hoitotahto,

koskien sairaalahoitoa. Sen tarkoituksena on antaa osviittaa potilaan näkökulmasta. Hoitotahto ei kuitenkaan ole lainvoimainen ja henkilökunnan arvion mukaan siitä voidaan poiketa, jos sairauden luonne sitä vaatii. Potilaan todellisuudentajun vahva järkkyminen voi esimerkiksi olla syynä tahdosta poikkeamiseen. (PSHP 2015.) Hoitajien vastausten perusteella potilaan psykoosin värittävä maailma oli yleensä syynä pakkotoimiin, joten hoitotahdon tekeminen sairauden akuuteimmassa vaiheessa ei välttämättä vastaa sen tarkoitusta. Toisaalla taas on esitetty eettinen itsemääräämisoikeuteen perustuva näkökulma, mikä korostaa potilaan oikeutta saada hoitoa, mutta myös kieltäytyä siitä (Tuohimäki 2007, 40, 82). Hoitajien näkemyksen mukaan hoitoa on kuitenkin välttämätöntä antaa kaikille, myös tahdosta riippumatta, jotta hyvän hoidon kriteerit täyttyisivät.

Rajojen vetäminen on hankalaa ja monimutkaista. Myös sillä, mitä varsinaisesti pidetään pakkona, todennäköisesti vaikuttaa niiden käyttöön. Kansainvälisesti ei ole myöskään yhtenäistä linjaa pakkotoimien määrittelyssä, joissain maissa yhteydenpitorajoitusta ei määritellä pakkotoimeksi laisinkaan (Keski-Valkama 2010, 48). Haastattelussa tulikin esille, että liikkumisrajoitteita eikä yhteydenpidon rajoituksia nähdä samalla tavalla pakkotoimina kuin eristystä, osittain johtuen siitä, että niiden sanottiin yleensä onnistuvan yhteistyössä potilaan kanssa ilmoitusluonteisesti. Kaikki hoitajat kertoivat lepositeiden käytön oleva erittäin harvinaista, mutta lääkityksen käytön taas suhteellisen yleistä.

Potilaiden oireiden ja tunnetilojen havainnointia pidettiin oleellisena. Hoitajat kokivat, että mitä varhaisemmassa vaiheessa he pystyivät tunnistamaan potilaan huonon psyykkisen voinnin, sitä paremmin he pystyivät reagoimaan siihen. Gelkopf ym. (2009) tuovat tutkimustuloksissaan esille samanlaisen seikan. Tällaisissa tilanteissa hoitajat tarjosivat potilaalle mahdollisuutta keskustella voinnista, suun kautta otettavaa lääkitystä ym. muita potilaan oloa mahdollisesti helpottavia keinoja. Varhaisen puuttumisen ongelmana pidettiin henkilökunnan vähyyttä ja sitä ettei kaikkia potilaita ehditty tarkkailla niin tiiviisti kuin olisi ollut ehkä tarvetta. Aiemmissa tutkimustuloksissa on kuitenkin esiintynyt ristiriitaa potilas ja hoitaja määrän vaikutuksesta käytettyjen pakkotoimien määrään. Tuohimäen (2007, 88) mukaan pakkotoimet joudutaan monesti tekemään nopeasti ja vajaalla henkilöstömäärällä. Kalisovan ym. (2014) tutkimuksessa ei taas tullut esille yhteyttä osaston koon, potilaiden sekä hoitajien määrässä.

Kukaan osallistuneista hoitajista ei tuntenut suurta kynnystä pakkotoimiin ryhtymisessä, koska he pitivät sitä osana hoitotyönä ja potilaan etuna. He kertoivat pohtivansa jokaisen

tilanteen eettistä oikeutusta ja myönsivät joskus joutuneensa tilanteeseen, missä he joutuivat miettimään tilanteen eettistä puolta tarkemmin kuin normaalisiti. Lind ym. (2004) tehty tutkimus hoitajien eettisestä näkökulmasta pakkotoimiin, antaa samanlaisia tuloksia. Valtaosa kyseiseen tutkimukseen vastanneista ei kokenut eettistä ongelmaa pakkotoimista. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista omasi alle viisi vuotta työkokemusta, minkä tutkijat nostivat merkittäväksi seikaksi. Ottamatta kantaa tämän työn sukupuolijakaumaan sekä Lind ym. (2004) että Gelkopf ym. (2009) tuovat esille, että naishoitajat kokevat pakkotoimista suurempaa eettistä dilemmaa, kuin mieshoitajat. Gelkopf ym. (2004) toteaa tuloksissaan myös koulutustason vaikuttavan asenteisiin pakkotoimista.

Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät, joita hoitajat toivat haastatteluissa esille, olivat aika pitkälti samoja ennaltaehkäisyyn pyrkiviä asioita, joita osastoilla oli jo käytössä. Ne olivat myös samoja joita monet tutkimustulokset ovat tuottaneet. (Kontio ym. 2010; Soininen 2014; Kuosmanen ym. 2007) potilaiden kanssa oleminen, läsnäolo, mielekkäiden aktiviteettien tuottaminen, potilaiden asiallinen kohtelu sekä hoitajien omaan toimintaan liittyvä reflektointi. Myös mahdollisuudet rauhoittua osastolla erillisessä tilassa sekä tilan antaminen potilaille nousivat tärkeiksi elementeiksi hoitajien näkemyksissä. Potilaiden inhimillinen kohtelu ja huomioiminen ovat myös eri tutkimuksissa ne asiat joita potilaat toivoivat hoitajilta. Pakkotoimia ennen ja niiden aikana sekä niiden jälkeen. (Larsen & Terkelsen 2014.)

## 6.2 Tutkimusetiikka

Tämän opinnäytetyön aihe valittiin työelämän toiveen mukaan, koska pakkotoimet ovat yhteiskunnallisesti puhuttava asia ja vaihtoehtoisia hoitotoimenpiteitä niiden tilalle toivotaan hoitotyön laadun kehittämiseksi. Hoitajat ovat pakkotoimien toteuttamisen keskiössä, ja sitä kautta niitä, joiden kokemuksen kautta tuloksia toivotaan löytyvän. Työn eettisyyden pohdinta lähtee jo aiheen valinnasta asti. Tekijän tulee miettiä, mitkä ovat motiivit aiheen valinnan takana ja mitä on sen anti yhteiskunnallisesti. Myös tutkimuksen vaikutukset osallistujiin tulee tiedostaa. Hyödyllisyys on oleellinen osa tutkimuksen oikeutusta ja etiikkaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.).

Tutkimuksen luotettavuuden, eettisyyden ja uskottavuuden perimmäisenä kriteerinä on, että se on tehty hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuseettisesti tämä tarkoittaa, esimerkiksi työprosessin jokaisessa vaiheessa noudatettua avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta sekä sitä, että tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmät ovat eettisesti kestäviä. Vastuu tästä on ensisijaisesti työn tekijällä itsellään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012–2014.)

Yksi tutkimuseetiikan perusajatuksista on mahdollistaa jokaisen osallistujan anonyyminä pysyminen. Toisaalta anonymiteetti saattaa auttaa osallistujia avautumaan rehellisemmin sekä edesauttaa tutkijan mahdollisuutta käsitellä arkojakin asioita aiheuttamatta haittaa osallistujille. (Mäkinen 2006, 114–115.) Tulee kuitenkin tarkoin harkita hyvin arkaluontoisen tiedon tarpeellisuutta juuri kyseisen työn kannalta ja sitä tuoko mahdollisesti hyvinkin henkilökohtainen tieto erityistä lisätietoa aiheeseen. Tutkijan ja osallistujien välillä ei myöskään tule olla sellaista kontaktia, mikä kyseenalaistaisi osallistumisen vapaaehtoisuuden, esimerkiksi sukulais- tai hoitosuhdetta. (Eskola & Suoranta 2008, 55–56.) Osallistujat hankittiin työelämätahon kautta vapaaehtoisuuteen perustuen ja eikä itselläni haastattelijana, ollut aiempaa kontaktia keneenkään haastateltavaan. Tarvittavat tutkimusluvut opinnäytetyötä varten, hankittiin sairaanhoitopiiriltä ennen haastattelujen toteuttamista.

Tässä opinnäytetyöprosessissa osallistujille tiedotettiin saatekirjeellä (Liite 1) etukäteen mistä työssä on kyse ja annettiin mahdollisuus tutustua temahaastattelurunkoon (Liite 3). Haastattelun alussa osallistujille vielä kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja korostettiin

osallistumisen olevan vapaaehtoista. Heille annettiin myös mahdollisuus vetäytyä haastattelusta missä tahansa vaiheessa. Myös vastaamisen nimettömyyttä korostettiin ennen haastattelun aloittamista ja osallistujille annettiin mahdollisuus kysymyksiin haastattelun aikana. Haastattelun keskustelunomaisesta tilanteesta huolimatta pyrkimyksenä oli saada hoitajilta subjektiivisia kokemuksia ohjaamatta keskustelua mihinkään tiettyyn suuntaan.

Kaikki haastattelut suoritettiin anonyymisti yksityisessä tilassa. Osallistujien nimiä tai sukupuolta ei myöskään mainittu missään prosessin vaiheessa, kuten ei myöskään sairaanhoitopiirin toimipaikkaa tai osastoa. Mäkisen (2006, 114–115) mukaan anonyymia eli tunnistetonta tietoa on useampaan henkilöön yleisesti liitettävät piirteet, joista ei edes yhdistettynä voi tunnistaa tiettyä osallistujaa.

Kaksi haastatteluista tehtiin samana päivänä ja niiden välillä oli kaksi tuntia tyhjää, jotta osallistujien kohtaamisen mahdollisuus tulisi minimoitua. Kaikille osallistujille selvitetiin ennen haastatteluja miten heidän antamiaan tietoja tullaan käyttämään/käsittelemään ja miten niiden kanssa toimitaan työn valmistuessa. Tietojenkäsittelyn luottamuksellisuus on tärkeä osa anonymiteettiä ja työn tekijän tulisi tarkasti selvittää osallistujille miten asia taataan prosessin eri vaiheissa (Mäkinen 2006, 115–116).

Tulosten koontivaiheessa sisällönanalyysi sekä kirjallinen tuotos pyrittiin tekemään mahdollisimman objektiivisesti ja tietoon perustuen. Käytetty teorian tieto ilmoitettiin tekstissä viittemerkintöinä sekä työn lopussa aakkostetussa lähdeluettelossa. Lähdemateriaalina käytetyn tiedon sekä alkuperäisen tekijän ilmoittaminen on yksi keskeisimmistä periaatteista ja se antaa myös lukijalle mahdollisuuden tutustua alkuperäisiin lähteisiin (Mäkinen 2006, 145). Työn tuloksissa olevat suorat lainaukset on kirjoitettu kursivoidulla tekstillä selkeästi erottaen muusta tekstistä. Suorat lainaukset haastatteluista on myös valittu niin, ettei niitä ole mahdollista liittää keneenkään tiettyyn henkilöön.

Työn valmistumisen jälkeen kaikki kirjallinen ja digitaalinen haastattelu aineisto tuhottiin asianmukaisesti. Saatuja tietoja käytettiin vain opinnäytetyössä eikä saatuja tietoja leviitetty ulkopuolisille henkilöille ja myöskään osallistujien henkilöllisyyttä ei paljastettu missään vaiheessa.

### 6.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja lähdekritiikki

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida laskemalla, kuten määrällisessä tutkimuksessa. Oleelliseen osaan nousevat tutkijan oma arvio ja näyttö. Täyttä objektiivisuutta laadullisen tutkimuksen kohdalla pidetään yleensä mahdottomana, johtuen siitä, että saatu tieto on monesti mielipiteisiin ja ajatuksiin pohjaavaa. Tähän yhdistettynä tutkijan omat taustat ja mahdolliset omat asenteet aiheesta, tekevät tutkimuksen puolueettomuuden arvioinnista hankalaa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 135–136.)

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta on yleisesti arvioitu reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan pysyvyyttä ja se liittyy lähinnä tutkimuksen toteutukseen. Tutkimusta uudelleen tehtäessä, tulosten tulisi olla samankaltaisia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on mitattu oikeita asioita. (Kananen 2014, 147). Laadullisen tutkimuksen kannalta kritiikkiä on esitetty sen suhteen, että käsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen lähtökohdista, eivätkä siis suoranaisesti vastaa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tarpeita (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136.) Tässä työssä tarkoituksena oli saada hoitajien omia näkemyksiä vaihtoehtoisille hoitotoimenpiteille, joten tuloksia ei voi yleistää koskemaan koko hoitajakuntaa vastausten perustuessa henkilökohtaisiin näkemyksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 196). Osittain tästä johtuen haastattelujen tekeminen uudestaan eri osallistujilla tai eri tekijöillä, ei välttämättä tuottaisi aivan samoja tuloksia, samoista teemoista huolimatta. Tilanteella, ajankohdalla sekä haastattelijan persoonalla, on kuitenkin jonkin verran vaikutusta tilanteeseen.

Saadut tiedot on käyty läpi useampaan kertaan, jotta kokonaiskuva hoitajien vastauksista tulisi selkeämmäksi. Pelkistyksen on pyritty tekemään mahdollisimman objektiivisesti. Sisällönanalyysin tekemistä jollain tapaa vaikeutti se, että haastattelujen sisältö antoi jo melko selkeän kokonaiskuvan asiasta ja sen osiin pilkkominen tuntui hankalalta. Analyysin objektiivisuutta on varmistettu tekemällä sisällön analyysi kahteen kertaan, jotta omat ajatukset asiasta heijastuisivat mahdollisimman vähän luokitteluun ja sitä kautta tulosten kirjoittamiseen. Yksin tehtynä laadullisen tutkimuksen vaarana on sokeutuminen työlle, jolloin tekijä on täysin varma tutkimusprosessin aikana tekemiensä johtopäätösten oikeellisuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Koska on pitkälti tutkijan harkinnan varassa ketä haastatellaan, mitä kysytään ja mitä jätetään kysymättä sekä miten

aineisto analysoidaan sekä tulkitaan, luotettavuus liittyy jollain tapaa myös objektiivisuuden käsitteeseen (Kananen 2014, 150–151). Työn tulosten luotettavuutta lisäämään tekstiin on lisätty muutamia hoitajilta saatuja suoria lainauksia vahvistamaan hoitajien näkemysten selkeämpää välittymistä.

Luotettavuutta lisää myös se, että kaikki osallistujat omasivat työkokemusta aikuispsykiatrian puolelta useamman vuoden ajalta ja ovat joutuneet työssään kohtaamaan pakkotoimien käyttöä. Yksilöhaastattelu takasi sen, että jokainen osallistuja sai vapaasti kertoa oman näkemyksensä. Haastattelujen teemat oli toimitettu osallistujille jo etukäteen, mikä antoi heille aikaa syventyä kysymyksiin paremmin. Tilanteen joustavuus antoi mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin ja antoi osallistujille mahdollisuuden kysymyksiin epäselvissä tilanteissa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 72–74.) Haastattelun teemojen mukaan eteneminen ja ennakkoon mietityt apukysymykset auttoivat pysymään linjassa kaikkien haastateltavien kanssa sekä haastattelun eteenpäin viejänä. Ensimmäisten haastattelujen tuottaessa samanlaista sisältöä, tarkentavia kysymyksiä hieman muokaten halusin varmistaa, etteivät esitetyt kysymykset olleet liian johdattelevia. Kysymysten eri tavalla esittämisestä huolimatta, haastattelussa tuotettu tieto oli samassa linjassa aiempien kanssa.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty teoksia tunnetuilta julkaisijoilta, joilla on tarvittava ammattitaito asiasta kirjoittamiseen. Myös internet artikkelia on käytetty vain tunnetuista ammatillisista julkaisuista, kuten esimerkiksi Duodecim julkaisuja. Pois on jätetty blogit sekä mielipidekirjoitukset aikakauslehdistä ja päivälehdistä. Toisen käden tietoa käytettäessä on tarkistettu alkuperäisen kirjoittajan ammatillinen pätevyys ja muut julkaisut. Lähteitä on tarkasteltu kriittisesti ja kirjoittajien sidonnaisuudet esimerkiksi kaupallisiin tahoihin on poissuljettu parhaalla mahdollisella tavalla. Ulkomaisissa artikkeleissa uskottavuuden perusteena on pidetty tunnustettua julkaisutahoa sekä kirjoittajan ammatiasemaa. Tosin ulkomaiset sidonnaisuudet ja puolueellisuudet on ollut hankalaa täysi todentaa. Kotimaisten lähteiden kohdalla vertaisarvioitua artikkelia on pidetty kuitenkin uskottavana sidonnaisuuksista huolimatta kuten myös kirjoittajan ammattipohjaa ja muita julkaisuja.

Valtaosa käytetystä materiaalista on alle kymmenen vuotta vanhaa ja tieto niissä näyttöön perustuvaa. Kansainvälisistä artikkeleista on käytetty tieteellisissä julkaisuissa olleita ammattihenkilöiden tietoon perustuvia tutkimuksia. Kymmenen vuotta vanhempia artikkeleita on myös käytetty. Tieto niissä on kuitenkin samassa linjassa uudempien julkaisujen



sekä opinnäytetyön tulosten kanssa, joten niitä voitaisiin sen perusteella pitää edelleen luotettavina ja ajankohtaisina. Vanhemmissa julkaisuissa kirjoittajan/kirjoittajien ammatillinen pätevyys on myös varmistettu. (Mäkinen 2006, 128–130.)

#### **6.4 Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet**

Kehittämissuhteena voisi olla tilojen jonkintasoinen uudistaminen mahdollisuuksien mukaan sekä hoitohenkilökunnan määrän lisääminen tiettyihin vuoroihin määrätyille osastoille. Tilanteiden yhteisiä purkutilanteita tai yhteisiä palavereja, siitä mitä tapahtui ja oliko mahdollisuutta toimia toisin. Yleensäkin hoitohenkilökunnan lisäkoulutukset ja kurssit voisivat olla hyödyksi.

Siitä huolimatta, että pakkotoimien vähentämistä on tutkittu jo melko pitkään ja tulokset vaihtoehtoisista hoitotoimenpiteistä ovat melko samanlaisia tutkimuksesta riippumatta. Miksi pakkotoimien vähentämisessä ei ole onnistuttu kaikesta huolimatta, voisi syventyä tarkemmin jatkotutkimusaiheena. Myös potilaiden näkökulmaan voisi tulevaisuudessa keskittyä enemmän.

Sen lisäksi koulutustason vaikutusta pakkotoimien käyttöön, ja siihen kuinka eri koulutukset antavat valmiuksia työskennellä suljetuilla osastoilla, psykoottisten potilaiden kanssa. Myös koulutustaustan vaikutusta vuorovaikutustaitoihin ja ennaltaehkäisyyn olisi mielenkiintoista tutkia enemmän. Hoitaja-potilas-määrästä on saatu eriäviä tuloksia, joten siihen voisi paneutua tarkemmin, mistä erot johtuvat.

## LÄHTEET

Alanen, H-M. 2015. Psykiatrinen rajoittaminen. Suomen psykogeriatrisen yhdistyksen koulutuspäivät 23.–24.4.2015. Luettu 21.1.2016.

[http://www.spgy.org/dokumentit/psykiatrinen\\_rajoittaminen.pdf](http://www.spgy.org/dokumentit/psykiatrinen_rajoittaminen.pdf).

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus. 4. painos. Tampere: Vastapaino.

Bowers, L. 2013a. The Safewards Project from research, model formulation, through trial to management action. Power Point esitys.

Luettu 10.8.2015.

Bowers, L. 2013b. Safewards. A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* vol.21/2014, 499-508.

Luettu 10.8.2015.

Bowers, L., Van Der Merwe, M., Nijman, H., Hamilton, B., Noorthorn, E., Stewart, D. & Muir-Cochrane, E. 2010. The Practice of Seclusion and Time-out on English Acute Psychiatric Wards: The City-128 Study. *Archives of psychiatric nursing* 08/2010; 24(4):275-86. Luettu 12.2.2016.

[https://www.researchgate.net/publication/45281448\\_The\\_Practice\\_of\\_Seclusion\\_and\\_Time-out\\_on\\_English\\_Acute\\_Psychiatric\\_Wards\\_The\\_City-128\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/45281448_The_Practice_of_Seclusion_and_Time-out_on_English_Acute_Psychiatric_Wards_The_City-128_Study)

Bullock, R., McKenna, B., Kelly, T., Furness, T. & Tacey, M. 2014. When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: An analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, 506–512. Luettu 25.10.2015.

CPT. 2015. Suomen hallituksen vastaus kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi toimivan eurooppalaisen komitean (CPT) selonte-koon sen käynnistä Suomessa 22.9.-2.10.2014. / *CPT Inf* (2015) 33. Luettu 29.2.2016.

<http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2015-33-inf-fin.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

Gaskin, C.J., Elsom, S.J. & Happel, B. 2007. Intervention for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review article. *British Journal of Psychiatry* (2007) 191, 298-303. Luettu 10.8.2015.

Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N. & Bleich, A. 2009. Attitudes, Opinions, Behaviors, and Emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 2009/30:758–763. Luettu 2.2.2016.

Heikkinen, M., Pylkkänen, K. & Lönnqvist, J. 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyöntyvyys ja tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) (2010), 680–689. *Psykiatria*. Helsinki. Duodecim.

Hietala, E., Lindholm, L., Heino, J., Salonen, K. & Kampman, K. 2015. M1-lähetteen kirjoittaminen vaatii tarkkoja perusteluja. Suomen Lääkärilehti 24/2015. Luettu 10.7.2015.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hunt, G. E., O'Hara-Aarons, M., O'Connor, M. & Cleary, M. 2012. Why are some patients admitted to psychiatric hospital while others are not? A study assessing risk during the admission interview and relationship to outcome. *International Journal of Mental Health Nursing* (2012) 21, 145–153. Luettu 25.10.2015.

Huttunen, M. 2015. Tahdonvastainen psykiatrinen sairaalahoito. Duodecim; Terveyskirjasto 2015. Luettu 20.12.2015.

<http://www.terveyskirjasto.fi/>

Huttunen, R. 2013. Haastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Esitys. Luettu 17.11.2015.

<http://slideplayer.biz/slide/2641101/>

Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T.W., Onchev, G., Karastergiou, A., del Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J.A., Stephan Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A. & Fiorillo, A. 2014. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Original Paper. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2014) 49, 1619–1629. Luettu 16.10.2015.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, E-M., Lönnqvist, J. & Kaltiala-Heino, R. 2007. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) 42:747–752. Luettu 16.10.2015.

Keski-Valkama, A. 2010. Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry. A Persistent Challenge over Time. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2010. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48 (2012) 16–24. Luettu 2.12.2015.

Kontio, R. 2011. Patient seclusion and restraint practices in psychiatric hospitals. Toward evidence based clinical nursing. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

- Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu-onko sillä antia Suomelle? Suomen Lääkärilehti 36/2011. Luettu 11.7.2015
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. & Välimäki, M. 2007. Deprivation of Liberty in Psychiatric Hospital Care: The Patients Perspective. *Nursing Ethics* 2007 /14 (5). Luettu 14.2.2016.
- Laiho, T. 2009. Aikuispsykiatrisen potilaan eristäminen. Eristämisspätösmittarin kehittäminen ja testaaminen, pilottitutkimus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Pro Gradu.
- Laiho, T., Kattainen, E., Åstedt-Kurki, P., Putkonen, H., Lindberg, N. & Kylmä, J. 2012. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2013, 20, 830–839. Luettu 29.1.2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 1.5.2015.  
<http://www.finlex.fi/>
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. & Mailhot, M.-P. 2009. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009/16, 440–446. Luettu 28.2.2016.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen työ laitossympäristössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala. Väitöskirja.
- Laukkanen, E. 2015. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja pakkotoimet psykiatrisilla osastoilla. Rekisteritutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.
- Lind, M., Kaltiala-Heino, M., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, H. 2004. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004/11, 379–385. Luettu 2.12.2015.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. 9.painos. Helsinki. Duodecim.
- Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Duodecim; Terveyskirjasto 2015.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luettu 1.5.2015  
<http://www.finlex.fi/>
- Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. *Duodecim* 2013;129:886–92. Luettu 24.7.2015.
- Moran, A., Coman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulien, V. & Välimäki, M. 2009. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16, 599–605. Luettu 25.1.2016.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.

Olofsson, B. & Norberg, A. 2001. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced nursing* 33(1), 89–97. Luettu 3.2.2016.

Perustuslaki 11.6.1999/731. Luettu 24.7.2015.

<http://www.finlex.fi/>

PSHP 2015. Psykiatrinen hoitotahto Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Luettu 20.7.2015.

PSHP. 2016. Psykiatria. Mielenterveyden häiriöt. Päivitetty 4.1.2016. Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri. Tampere. Luettu 1.2.2016.

<http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria>

Pitkänen, A., Lehtonen, M-L., Pilli, M., Kuisma, J., Mattanen, P., Kuusisto, E., Hakala, A., Koivisto, E., Pyysalo, K., Hietalahti, P., Mäkelä, K. & ja Mäkelä, J. Potilaiden väkivallan hallinta Taysin aikuispsykiatrian vastuualueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2011. Tampereen yliopistollinen sairaala. Aikuispsykiatrian vastuualue. Tampere 2011.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK. Luettu 25.4.2015.

[https://www.samk.fi/download/13153\\_Laadullisen\\_tutkimuksen\\_tyokirja\\_APitkaranta.pdf](https://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf).

Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa-lääketedettä vai sosiaalista kontrollia? *Suomen Lääkärilehti* 41/2010 vsk 65. Luettu 11.7.2015.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa hoidossa. *Katsaus. Duodecim* 2012;128:2336–43. Luettu 15.2.2016.

Rovasalo, A. & ja Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim* 2011; 127:5–7. Luettu 27.4.2015.

<http://www.terveysportti.fi>

Sailas, E. 2011. The ongoing revision of Finnish coercion legislation Teoksessa Herberts, C. & Wahlbeck, K. (toim.) 2011. Vård utan tvång - en utopi? *Alternativ till tvång i vård och omsorg Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa 20-22 juni 2011*, 44-46. THL. Raportti. Luettu 28.4.2015.

Soininen, P. 2014. Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

STM. Sosiaali ja terveysministeriö. 2016. Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ja muussa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Arviomuistio. Luettu 12.2.2016.

<http://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio%20rajoitustoimenpiteet%20ja%20tahdosta%20riippumaton%20hoito.pdf/c50a7a3c-5610-48df-91bd-7ad3798a424a>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira. Tarkkailu ja hoitoon määrääminen. 2008. Päivitetty 2015. Luettu 20.12.2015.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/mielenterveys/tarkkailu\\_ja\\_hoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/mielenterveys/tarkkailu_ja_hoito)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi. 2014. / Luettu 24.4.2015.

<https://www.thl.fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/yhteistyohjelmat/pohjoimainen-verkosto-pakon-kayton-vahentamiseksi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013. Tilastoraportti 2/2015. Helsinki. Luettu 25.4.2015.

<http://www.julkari.fi/>

Tuohimäki, C. 2007. The use of coercion in the Finnish civil psychiatric inpatients. A part of the Nordic project. Paternalism and Autonomy. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012–2014. Luettu 12.1.2016.

<http://www.tenk.fi/>

## LIITTEET

### Liite 1. Tiedote



## TIEDOTE

14.09.2015

### **Hyvä sairaanhoitaja!**

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä mahdollisista vaihtoehtoisista toimista pakon käytölle.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteluina. Haastateltaviksi rajataan sairaanhoitajat, joilla on työkokemusta vähintään viisi vuotta. Tarkoitus on saada kokemuksia ja tietoa hoitajilta joilla on käytännön kokemusta pakkokeinojen käytöstä. Haastatteluun osallistuu maksimissaan neljä hoitajaa. Kaikki haastattelut tullaan suorittamaan anonymisti yksilöhaastatteluina työelämätahon järjestämässä yksityisessä tilassa. Haastattelut nauhoitetaan. Osallistuminen vie aikaa noin tunnin.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Taina Lindholm  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu  
taina.lindholm@health.tamk.fi

## Liite 2. Tietoinen suostumuslomake



## SUOSTUMUS

**Opinnäytetyön nimi**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä mahdollisista vaihtoehtoisista toimista pakon käytölle, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys



### Liite 3. Teemahaastattelurunko

#### **1. Kokemukset tilanteissa, joissa on käytetty pakkokeinoja**

- Kuinka paljon henkilökohtaisesti joutunut käyttämään?
- Minkälainen edeltävä tilanne, syy pakkokeinoihin?
- Minkälaista pakkoa yleisimmin?
- Miten tilanteen olisi voinut ennaltaehkäistä?/  
Olisiko tilanteen voinut ennaltaehkäistä?

#### **2. Oma suhtautuminen pakkokeinojen käyttöön.**

- Kuinka suuri kynnys pakon käyttöön henkilökohtaisesti?
- Ajatukset pakkokeinojen käyttämisestä?
  - Tuntuuko pakon käyttäminen helpolta/vaikealta?
  - Minkälaisia tunteita pakkokeinojen käyttäminen herättää?
  - Onko pakosta oikeasti hyötyä?

#### **3. Vaihtoehtoiset hoitotyön menetelmät pakon käytölle.**

- Mitä vaihtoehtoisia hoitotyön menetelmiä voisi olla?
- Miten pakkoa voitaisiin vähentää?
- Kuinka suuri merkitys ennaltaehkäisyllä?
- Onko pakkokeinoista mahdollista luopua kokonaan?

## Liite 4. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

1(11)

PELKISTETTY IL- MAUS	ALA- LUOKKA	YLÄ- LUOKKA	PÄÄ- LUOKKA
<p>vastentahtoinen hoito pakkotoimien edellytyksenä</p> <p>rajoitukset vain vastentahtoisessa hoidossa</p> <p>lain vaikutus avohoittoon</p>	Lakien noudattaminen		
<p>lääkäri määrittää pakkotoimenpiteet</p> <p>hoitajilla ei päätäntävaltaa pakkotoimista</p> <p>pakkotoimia tehdään lääkärin ohjeen mukaan</p> <p>pakkotoimet osa lääkärinmääräyksiä</p> <p>lääkärin määräykset pohjana pakkotoimille</p> <p>laki velvoittaa auttamaan</p> <p>lain vaikutus hoitoon</p> <p>toteutus lähtee lääkäristä</p> <p>päätäntävalta toisaalla</p> <p>kirjalliset ohjeistukset</p>	Määräysten toteuttaminen	Ylemmän tason päätökset	

<p>osastojen rakenteelliset ratkaisut nopean puuttumisen esteenä</p> <p>osastot rakenteellisesti vanhanaikaisia</p> <p>osastojen sisäisten rakenteiden muutos</p> <p>osastojen puutteet tilojen puute</p> <p>ympäristön rakenteiden vaikutus hoitoon</p> <p>puutteelliset tilat</p> <p>tilojen aiheuttamat ongelmat</p> <p>tilojen riittämättömyys potilasmäärään nähden</p>	Rakenteet		
<p>liiallinen byrokratia potilaiden hoidon edellä</p> <p>lyhyet hoitoajat</p>	Organisaatio	Toimintaympäristö	Ulkopuoliset vaikuttavat tekijät
<p>työvoiman puutteesta johtuva tilanteiden eskaloituminen</p> <p>resurssit nopean reagoinnin esteenä</p> <p>potilaiden määrä osastolla</p> <p>tilanteiden eskaloituminen ajan puutteesta johtuen</p> <p>resurssit vaikeuttavat potilaiden huomiointia</p> <p>henkilökunta- potilasmäärä suhde.</p>	Resurssit		

avohoidon resurssit eivät riittäviä vastaamaan potilaiden hoivontarpeeseen			
avohoidon resurssit			
avohoidon resurssit osana potilaiden vointia	Avohoito osana hoitoa		
avohoidon rakenteelliset muutokset			
avohoidon rajalliset resurssit			
avohoidon kehittäminen			
potilaan kanssa neuvottelu ennen pakkotoimiin alkamista			
akuutissa tulotilanteessa pakkotoimet välttämättömiä	Vaihtoehtojen läpikäyminen		
asian esiin ottaminen useampaan kertaan potilaan kanssa			

<p>ammattillinen yhteistyö</p> <p>hoitajien yksilölliset piirteet</p> <p>pakkotoimet hoitohenkilökunnan henkilökohtaisia tilanearvioita</p> <p>kirjaaminen ei anna koko kuvaa tilanteesta</p> <p>hoitohenkilökunnan joustavuus</p> <p>hoitohenkilökunnan ammatillisuus</p> <p>hoitajien yksilöllisyys</p>	<p>Hoitohenkilökunnan tilannetaju</p>	<p>Varhainen puuttuminen</p>	
<p>potilaan oirehdinta vaikuttaa käytettäviin vaihtoehtoihin</p> <p>potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyserot sairauden tilasta</p> <p>vihamielisyys kommunikoinnin esteenä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä</p> <p>iso osa pakkotoimista ilmoitusluontoisia asioita</p>	<p>Yhteisymmärryksen tärkeys</p>		

<p>rajoitusten arkipäiväisyys</p> <p>pakkotoimet läsnä joka päivä</p> <p>pakkotoimet osana arkea</p> <p>osa jokapäiväistä hoitotyötä</p>	<p>Osa hoitotyötä</p>		
<p>yhteiskunnallisen rauhan varmistaminen vastentahtoisella hoidolla</p> <p>potilaan turvallisuuden takaaminen</p> <p>turvallisuuden varmistaminen</p> <p>osaston rauhallisuus</p> <p>osaston rauhan ylläpitäminen</p> <p>vaara että jotakin tapahtuu potilaalle tai ympäristölle</p> <p>potilaan riski tehdä jotakin itselle tai muille</p> <p>vaara itselle tai ympäristölle</p> <p>vaara että jotakin tapahtuu potilaalle tai ympäristölle</p> <p>eristäminen potilaan ja ympäristön etuna</p> <p>potilaiden suojeleminen</p> <p>toisten potilaiden olon turvaaminen</p>	<p>Turvallisuustekijät</p>	<p>Pakon käytön tilanteet</p>	<p>Perusteet pakon käytölle</p>

<p>hoidon takaaminen psykoosissa</p> <p>pakkotoimet hyvän hoidon takeena</p> <p>vastentahtoisella hoidolla autetaan ihmistä</p> <p>potilaan oikeus hoitoon</p> <p>potilaan edun varmistaminen</p> <p>pakkotoimet osana hoitoa</p> <p>hoidon onnistuminen pohja pakkotoimenpiteille</p> <p>potilaan edun ajattelu</p> <p>potilaan hoidon varmistaminen</p> <p>henkisen voinnin tukeminen</p> <p>psykoottisen ihmisen auttaminen</p>	Hyvä hoito		
<p>pakkokeinot viimeinen vaihtoehto</p> <p>vaihtoehdot ennen eristämistä</p> <p>pakkotoimet viimeinen keino turvaamaan hoito</p> <p>vaihtoehdot myöhäisiä kriisiytyneessä tilanteessa</p> <p>potilaan oirehdintaa syynä pakkotoimiin</p>	Äärimmäisen auttaminen		

<p>vastuun kantaminen psykoottisen potilaan tilasta</p> <p>itsestä huolehtiminen ei onnistu</p> <p>psykoottisen ihmisen kyvyttömyys ymmärtää tilaansa</p> <p>pakkokeinot välttämättömiä psykoositiloissa</p> <p>pakko potilaiden hyvän hoidon takeena</p> <p>henkilön irrallisuus todellisuudesta</p> <p>vastentahtoinen lääkitys osana potilaan hyvää hoitoa</p>	<p>Potilaan etu</p>		
---	---------------------	--	--



<p>oikein ajoitettu lääkitys</p> <p>peruslääkityksen tärkeys</p> <p>lääkitys osana potilaan tarvitsemaa hoitoa</p> <p>ajoissa annetun lääkityksen tärkeys</p> <p>oikeanlainen lääkitys</p> <p>lääkehoidon tärkeys akuuttitilanteessa</p> <p>oikein ajoitettu lääkitys</p> <p>riittämätön lääkitys tulovaiheessa</p> <p>liian aikainen lääkitys ensiavussa vaikeuttaa arviointia osastolla</p>	<p>Lääkityksen oleellisuus</p>		<p>Vaihtoehtoiset hoito-työn menetelmät</p>
<p>ajoissa puuttuminen tilanteen laukaistumiseksi</p> <p>tilanteeseen puuttuminen ennen sen eskaloitumista</p> <p>aikainen reagointi vähentää tapahtumia osastolla</p> <p>kontakti potilaaseen heti akuutin tilanteen lauettua</p> <p>oireiden tunnistaminen</p> <p>lääkityksen antamista pitkitetään</p> <p>varhaisen puuttumisen tärkeys</p>	<p>Nopea reagointi</p>	<p>Ennakointi</p>	

<p>potilaiden rajoitettu liikkuvuus</p> <p>eristäminen yleisin pakkotoimenpide</p> <p>ulkoilun rajoittaminen yleistä</p> <p>lievempien pakkotoimien käyttö normaalia lääkitys</p> <p>yhteydenpidon rajoitteet</p>	<p>Käytettyjä pakkotoimia</p>		
<p>kuuntelemisen tärkeys</p> <p>läsnäolo potilaan vointia tukemassa</p> <p>keskustelut potilaiden kanssa</p> <p>keskustelut osana jokapäiväistä hoitotyötä</p> <p>potilaiden asiallinen kohtelu</p> <p>ammattitaito läsnäolo</p> <p>akuuttitilanteen jälkeinen toiminta</p> <p>potilaiden vastuu hoidon vastaanottamisessa</p>	<p>Vuorovai- kutustaidot</p>	<p>Inhimillisyys</p>	

<p>mielekkäiden aktiiviteettien tarjoaminen</p> <p>jokapäiväiset keskustelu</p> <p>läsnaolon vaikutus potilaan vointiin</p> <p>hoitajien läsnäolo</p> <p>mahdollisuus ulkoiluun vastentahtoisen hoidon aikana</p> <p>turvallisuuden tunteen vahvistaminen</p> <p>potilaan voinnin huomioiminen</p> <p>ajan antaminen potilaille</p> <p>potilaiden mahdollisuus omaan rauhaan</p> <p>mahdollisuus rauhoittumiseen</p>	<p>Hoitotyön toiminnot</p>		
<p>tulotilanteen arvaamattomuus</p> <p>hoitoon tulevan ihmisen kohtaaminen tulotilanteessa</p> <p>potilaan huomioiminen akuuttitilanteessa</p> <p>pakkotoimet usein yhteydessä tulotilanteeseen</p> <p>akuuttitilanteiden arvaamattomuus</p> <p>potilaiden vointi tulotilanteessa</p> <p>psykoottisen henkilön auttaminen akuutissa tilanteessa</p>	<p>Ensikohtaamisen tärkeys</p>		

<p>eettinen harkinta pak- kotoimien käytöstä</p> <p>eettisen ajattelun vält- tämättömyys</p> <p>potilaan psykootti- suus pakkotoimien pohjalla</p> <p>potilaan oirehtimisen mukainen toiminta</p> <p>perustellut syyt pak- kotoimiin</p> <p>perusteltuja päätöksiä</p> <p>tilanteiden läpikäymi- nen jälkeenpäin</p> <p>tutkittuun tietoon pe- rustuvat päätökset</p>	<p>Ajatus toi- minnan ta- kana</p>		
<p>tuttujen potilaiden oi- rehdinnan tunnistami- nen</p> <p>potilaiden tunteminen</p> <p>hoitosuhde auttaa tun- nistamaan oireita poti- laissa</p> <p>luottamus-suhteen ra- kentuminen potilaa- seen</p> <p>merkityksellinen poti- lashoitajasuhde</p> <p>potilaisiin tutustumi- nen</p> <p>hoitajan kiinnostus potilaasta</p>	<p>Hoitosuhde</p>		