

# **Tahdonvastaisessa hoidossa olevan aikuisen hoitomyöntyvyys**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Sairaanhoitaja

Syyslukukausi, 2018

Robert Hurskainen  
Elias Ojala

Sairaanhoitaja  
Visamäki

---

<b>Tekijät</b>	Elias Ojala & Robert Hurskainen	<b>Vuosi</b> 2018
<b>Työn nimi</b>	Tahdonvastaisessa hoidossa olevan aikuisen hoitomyöntyvyys	
<b>Työn ohjaajat</b>	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tahdonvastaisessa hoidossa olevan aikuisen hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä sekä kartoittaa hoitomyöntyvyydestä tehtyjä tutkimuksia. Tutkimusmenetelmänä olemme käyttäneet kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Tieto, jota haimme katsaukseen oli näyttöön perustuvaa, vertaisarvioitua sekä ajankohtaista. Olemme profiloituneet opiskeluissamme psykiatriseen hoitotyöhön ja työskentelemme myös kuntouttavassa yksikössä, joka teki aiheestamme mielenkiintoisen.

Työn teoriaosuudessa on avattu keskeiset käsitteet liittyen psykiatriseen hoitotyöhön ja hoitomyöntyvyyteen. Käsitteiden avaamisessa on käytetty luotettavia kirjallisia sekä digitaalisia lähteitä. Kirjallisuuskatsauksen haku-prosessin olemme taulukoineet siten, että se voidaan tarvittaessa tehdä uudelleen.

Kirjallisuuskatsauksessa selvisi, että hoitomyöntyvyyteen on yhteydessä suuresti potilaan kokema pakko sekä lääkityksen määrä. Potilaiden hoitomotivaatioon vaikuttaa myös suuressa määrin heidän kokemat positiiviset ja negatiiviset tunteet hoitoon liittyen. Pakkotoimien käyttö heikentää hoidon tulosta, mutta kansainvälistä vertailua asiasta on hankala määrittää koska samat pakkotoimet saattavat olla suomessa kiellettyjä ja jossain muualla sallittuja. Katsauksesta selvisi myös, että huonoa hoitomyöntyvyyttä esiintyy kaikkialla hoitotyössä.

**Avainsanat** hoitomyöntyvyys, psykiatria, tahdosta riippumaton hoito, mielenterveys

**Sivut** 29 sivua

Nurse  
Visamäki

---

<b>Authors</b>	Elias Ojala & Robert Hurskainen	<b>Year</b> 2018
<b>Subject</b>	Patient compliance of an adult in an involuntary treatment	
<b>Supervisors</b>	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

---

ABSTRACT

The purpose of this study was to find out factors affecting the compliance of an adult in an involuntary treatment as well as surveying studies on compliance. The research method we used was a descriptive literature review. The information we have used in the study was evidence based, peer-reviewed and timely. We have profiled our studies in psychiatric nursing and we also work in a rehabilitation unit that made our subject interesting.

In the theoretical part of our study we have opened key concepts related to psychiatric nursing and treatment compliance. Reliable sources of literature and online material have been used to open up the concepts. We have charted the literature review process that it can be re-done if necessary.

In our literature review, it became clear that the compulsion experienced by the patient and the amount of used medication greatly affected the degree of patient compliance. Patients' treatment motivation is also influenced to a large extent by the positive and negative emotions towards their treatment. The use of coercion weakens the outcome of the treatment, but international comparison is difficult to determine, because the same actions may be prohibited in Finland, but they may be allowed elsewhere. The review also found out that poor patient compliance occurs everywhere in nursing.

**Keywords** treatment compliance, psychiatry, non-voluntary treatment, mental health

**Pages** 29 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MIELENTERVEYS .....	2
2.1	Mielenterveyden häiriöt .....	3
2.2	Psykoosi.....	4
2.3	Psykiatria .....	4
3	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO .....	5
3.1	Pakon käyttäminen ja valitusoikeus.....	6
3.2	Hoitoon määräämisen edellytykset .....	6
4	HOITOMYÖNTYVYYS.....	7
4.1	Hoitomyöntvyys psykiatrisessa hoitotyössä .....	8
4.2	Psykiatrinen hoitotahto.....	8
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS .....	9
6	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ .....	9
6.1	Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valintakriteerit.....	10
6.2	Lähteiden poissulku.....	10
6.3	Tiedonhaun prosessi .....	11
7	OPINNÄYTETYÖHÖN VALITUN AINEISTON LAADUN KUVAAMINEN .....	13
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU.....	15
8.1	Lääkehoitoon sitoutumisen merkitys osana hoitomyöntvyyttä .....	15
8.2	Hoitomyöntvyys ja pakon käyttö.....	17
8.3	Psykiatristen pakkotoimien vähentäminen .....	20
8.4	Hoitomyöntvyys ja asiakkaan osallisuus .....	20
9	POHDINTA.....	21
9.1	Työn keskeisten tulosten tarkastelu .....	22
9.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	23
9.3	Ammatillinen kehittyminen .....	25
9.4	Opinnäytetyöprosessi .....	26
	LÄHTEET .....	27

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on tahdonvastaisessa hoidossa olevan aikuisen hoitomyöntyvyys. Hoitotyöstä voi kärjistettynä mieltiä, että jos viisi ihmistä sairastavat samaa sairautta, heitä voitaisiin kaikkia hoitaa eri tavoin, koska jokainen ihminen on yksilö. Hoitomyöntyvyydestä tekee kiinnostavan siihen lukuisat yhteydessä olevat tekijät, kuten potilaan aikaisemmat kokemukset sekä hänen asennoituminen omaan hoitoonsa, joka voi muuttua ja jota voidaan muuttaa hoidon aikana. Katsauksemme on suunnattu kaikille terveydenhuoltoalan ammattilaisille, jotka ovat kiinnostuneet hoitomyöntyvyydestä. Työmme keskittyy psykiatriaan, koska työn tekijät ovat profiloituneet opinnoissaan psykiatriseen hoitotyöhön. Laadun ja aiheen selkeyden ylläpitämiseksi katsauksessa on haettu tutkimuksia liittyen täysi-ikäisiin potilaisiin.

Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda selkeä ja laadukas katsaus valitsemastamme aiheesta. Tavoitteena on myös syventää työn tekijöiden tietopohjaa aiheesta, joka tulee olemaan suuri osa tulevissa työtehtävissä sairaanhoitajina, psykiatrisen hoitotyön laajalla kentällä. Avaamme työsämme yleisimmät käsitteet sekä vältimme niin sanotun turhan tiedon lisäämistä tutkimusten yhteenveto vaiheessa, työn selkeyden ylläpitämiseksi. Työhön on lisätty vain konkreettinen tieto hakuprosessin avulla löytämistämme tutkimuksista ja katsauksista.

Suomessa hoidetaan vuosittain psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa noin 177 000 potilasta. Psykiatristen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä nousi vuosien 2015–2016 välillä peräti 4,8%. (THL 2018) Jokaisen potilaan ollessa yksilö ja heillä ollessaan yksilöllinen hoitomyöntyvyys, on selvää, että aihetta tulisi tutkia enemmän. Työn tekijöiden omat kokemukset työelämässä on osoittanut sen, että hoitomyöntyvyydellä erityisesti pakko-hoidossa olevien potilaiden kohdalla on suuri merkitys hoidon lopputulokseen.

Tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen etsitään sekä suomesta että ulkomailta. Tällä tavoin saavutetaan monikansallisen näkökulman hoitomyöntyvyyteen. Haut toteutetaan informaation ohjeiden mukaan sekä käyttäen yleistä suomalaista asiasanastoa. Tutkimuksia haettaessa käytämme tietokantoinamme Medic, Finna, Cinahl sekä Pubmed. Manuaalisessa haussa käytämme Googlen tieteellisten julkaisuiden hakemiseen tarkoitettua Scholar-hakupalvelua. Valitsemme kirjallisuuskatsaukseen vertaisarvioituja sekä maksimissaan kymmenen vuotta vanhoja julkaisuja. Teoriaosuuteen käytämme lähteinämme luotettavia kirjallisia sekä digitaalisia julkaisuja. Hoidollista näkökulmaa työhön tuo työn tekijöiden aikaisempi kokemus hoitotyöstä sekä opiskeluiden aikana saama kokemus harjoitteiluista.

## 2 MIELENTERVEYS

Ihmisen terveys voidaan ajatella fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaksi. Sen ylläpitämiseksi pyritään edistämään ihmisen hyvinvointia ehkäisevällä mielenterveys- ja päihdehoitotyöllä. Mielenterveys- ja päihdetyössä voidaan puhua joskus hieman eri käsitteillä, mikä johtuu niiden kehittamisestä historiassa rinnakkain. Mitä paremmin hoitotyöntekijä ymmärtää työssään eri tahojen käyttämiä käsitteitä, sen helpommaksi yhteistyö muiden toimijoiden kanssa yleensä muodostuu. (Holmberg 2016, 8.)

Mielenterveyttä voidaan myös kuvata henkisenä vastustuskykynä ja hyvinvoinnin tilana. Fyysistä vastustuskykyä voidaan lisätä rokotteilla, kun taas henkistä vastustuskykyä hankitaan läpi elämän kehitystehtävien ja elämäntapahtumien avulla. Lähes kaikki ihmiset käyvät elämässään haasteita läpi joiden avulla he hankkivat henkistä hyvinvointia, esimerkiksi nuoruudesta siirryttyään aikuisuuteen, ihmisen muuttaessa pois vanhempien luotaan. Kyseessä on tilanne, johon hänellä ei ole entuudestaan valmiuksia, joten hän kohtaa uusia tilanteita ja kasvaa samalla henkisesti. Saman kaltaisia elämäntapahtumien osa-alueita ihminen käy läpi koko elämän, jolloin kehitys ja itsensä muokkaaminen ovat iän ikuinen prosessi. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2014, 19.)

Mielenterveystyössä puhutaan mielenterveyden edistämisestä, ehkäisevästä mielenterveystyöstä, hoidosta, kuntoutuksesta sekä korjaavasta mielenterveystyöstä. Aiemmin ehkäisevässä päihdetyössä käytettiin sairauksien ehkäisyn kanssa käsitteitä primaari (torjutaan sairauksien syntymistä), sekundaari (estetään oireiden syntymistä ja sairauden etenemistä) ja tertiaaripreventio (estetään jo puhjetun sairauden haittojen paheneminen). Uudempaa ajattelua edustaa jaottelu yleiseen, valikoituun ja kohdennettuun ehkäisyyn. (Holmberg 2016, 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä Mielenterveystyöstä Euroopassa määritetään mielenterveyteen neljä osa-alueita. Määritetyt osa-alueet ovat 1) yksilölliset tekijät ja kokemukset, 2) sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, 3) Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä 4) kulttuuriset arvot. Yksilölliset tekijät ja kokemukset kattavat kaiken yksilön tasolla tapahtuvan määrittelyn mielenterveydestä. Yksilöllisyyteen kuuluu myös perimä, sukupuoli, koska niillä on vaikutus mielenterveyteen. Kaikki ihmisen kokemat asiat vaikuttavat hänen mielenterveyteen syntymästään asti, läheisen kuolema, vakava sairastuminen, taloudelliset vaikeudet ovat vain osa kielteisistä elämäntapahtumista, jotka eivät voi olla vaikuttamatta ihmisen mielenterveyteen. (Kuhanen ym. 2014, 19–20.)

## 2.1 Mielen terveyden häiriöt

Mielen terveys ei ole aina niin yksiselitteistä. Pelko, suru, ahdistuneisuus, pettymykset ja univaikeudet ovat osa jokaisen elämää. Mielen terveyden häiriöiden määrittelemisen tarkasti on usein vaikeaa ja joskus jopa mahdotonta, koska monet mielen oireet kuuluvat myös ajoittain tavalliseen elämään. Mielen terveyden häiriöstä on kyse silloin, kun tunteet, mieliala, ajatukset tai käytös alkavat haitata toimintakykyä, ihmissuhteita tai tuottaa kärsimystä. Vakavassa tapauksessa mielen terveyden häiriö voi lamaanuttaa ihmisen kokonaan. (Huttunen 2017.)

Mielen terveyden häiriöt eivät ole lisääntyneet Suomessa, vaikkakin palveluiden kysyntä on kasvanut, Laitila (2010). Laitila (2010) tuo myös esille suureksi haasteeksi Suomalaisten sairaspöissaolot, joista neljännes johtuu mielen terveyden häiriöstä, jolloin on ilmiselvää, että voimavarat ovat liian alhaiset ja riittämättömät mielen terveys- ja päihdetyössä.

Mielen terveys on kyky reagoida rakentavasti ongelmiin. Siihen kuuluu myös toimintakyvyn säilyminen mahdollisista mielen terveyden oireista huolimatta. Häiriötä ja sairautta voidaan epäillä, kun oireista tulee pitkäkestoisia ja ne rajoittavat elämää suuresti. Mielen terveyden ongelmat voivat ilmetä monella tavalla, esimerkiksi kaikille ei tule yhteistä oiretta. Usein vaikeudet ovat jokapäiväisiä ja ne painavat mieltä, sekä uhkaavat henkilön henkistä hyvinvointia. Mieltä voi helposti ahdistaa esimerkiksi pelko tulevasta. Eri tyyppiset mielen terveyden häiriöt pyritään määrittelemään mahdollisimman selkeästi, vaikka raja mielen terveyden ja sairauden välillä on liukuva. (Huttunen 2017.)

Mielen terveyskuntoutujia ei pidetä täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä selviää vuonna 2009 tehdystä mielen terveysbarometrasta. Omaisten ja kuntoutujien käsitykset olivat positiivisempia, verrattuna alan ammattilaisten käsitykseen, joidenka mielestä mielen terveysongelmat leimaavat ihmisen. Tästä johtuen mielen terveystyön yksi suurimmista haasteista on päästä eroon leimaamisesta ja stigmasta mikä auttaisi alan arvostuksen nousuun, jolloin siihen suunnatut voimavarat voisivat lisääntyä. (Laitila 2010.)

Mielen terveyden häiriöiden esiintyvyyden osalta vuosittain 1,5% suomalaisista sairastuu johonkin mielen terveydelliseen häiriöön. Joka viides sairastaa jo nyt jotain mielen terveydellistä sairautta. Ainakin noin kymmenes tai jopa viides suomalaisista kokee elämänsä aikana yhden vakavan masenusjakson. (Huttunen 2017.)

## 2.2 Psykoosi

Psykoosi tarkoittaa todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä, se ilmenee tavallisimmin aistiharhoina ja erilaisina harhaluuloina. Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia. Muita psykoosisairauksia ovat lyhytkestoinen psykoosi, harhaluuloisuushäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. (Käypä hoito 2015) Psykoosioireita voi ilmaantua myös päihteiden käytön takia tai ruumiillisesta sairaudesta, kuten esimerkiksi dementiasta. Moneen psykoosisairauteen liittyy kognitiivisten (tiedollisten) toimintojen muutoksia, esimerkiksi tarkkaavaisuuteen, muistiin ja toiminnan suunnitteluun liittyviä vaikeuksia. Psykoosisairauksia sairastavan henkilön on vaikea selviytyä arkielämän toimista ja he ovat muuta väestöä alttiimpia sairastumaan ruumiillisiin sairauksiin. (THL 2016.)

Taustaltaan psykoosit ovat hyvin monitekijäisiä sairauksia. Monitekijäinen periytyminen tarkoittaa sellaista ominaisuuden tai taudin syntyä, jossa vaikuttavia geenejä on useita (satoja tai tuhansia geenejä) ja ympäristötekijöillä on osuutta sairastumisalttiuteen. Monitekijäinen perinnöllinen alttius tarkoittaa puolestaan, että samoissa ulkoisissa tekijöissä toinen ihminen sairastuu helpommin kuin toinen. Jotkut sairaudet näyttävät kertyvän sukuun enemmän kuin sattumalta. (THL 2016.)

Psykoosien hoitaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Lääkehoidon lisäksi tarvitaan potilaalle henkilökohtaisesti suunniteltua kuntoutusta. Keskeisimpiä kuntoutuskeinoja ovat oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, ammatillinen kuntoutus sekä psykoterapeuttiset hoitomuodot. (THL 2016.)

## 2.3 Psykiatria

Läketieteellisenä erikoisalana psykiatrialla on tehtävänä tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Psykiatriassa toimivat erikoislääkärit ovat psykiatreja, nuorisopsykiatreja, lastenpsykiatreja ja oikeuspsykiatreja. Työtä tehdään moniammatillisissa työryhmissä, joiden jäsenenä toimii lääkäreiden lisäksi psykologeja, sairaanhoitajia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. (Lönngqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017.)

Tietopohja psykiatriassa muodostuu tieteenaloista, jotka tutkivat ihmisen kehitystä, aivojen ja mielen rakentumista sekä käyttäytymistä. Psykiatriassa on tavoitteena ymmärtää perinnöllisyyden ja ympäristöön liittyvien tekijöiden vaikuttavuutta toisiinsa ja kuinka ne ohjaavat sekä aivojen, että mielen rakentumista ja toimintaa. Psykiatriassa tarvitaan luotettavaa ja puolueetonta tutkittua tietoa hoitomenetelmien tehokkuudesta, sekä kansallisia hoitosuosituksia vaikuttavien hoitojen soveltamisesta hoitojärjestelmässä. (Lönngqvist yms. 2017.)



Mielenterveyttä voidaan tarkastella ja siihen voidaan vaikuttaa biologisista, psykologisista, sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä käsin. Hyvä mielenterveys näkyy kykyä eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen ja ymmärtää hänen pyrkimyksiään. Hyvä mielenterveys tarkoittaa myös henkilökohtaista hyvinvointia, tyytyväisyyttä, joustavuutta ja muuttumiskykyä suhteessa ympäröivään todellisuuteen ja muihin ihmisiin. (Lönqvist yms. 2017.)

### 3 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon toimittaminen, ottaminen ja määrääminen tapahtuvat neliportaisesti mielenterveyslain mukaisesti. Aluksi potilas lähetetään sairaalaan tarkkailtavaksi, sairaala vastaanottaa potilaan, hänestä kirjataan tarkkailulausunto, jonka jälkeen viimeiseksi tehdään päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta psykiatrisessa sairaalassa. (Huttunen 2016.)

Jotta potilas voidaan lähettää tahdosta riippumattomaan tarkkailuun, täytyy lääkärin kirjoittaa M1-lausunto. Lausunnon perusteella henkilöä tutkinut lääkäri katsoo henkilön täyttävän lain määrittämät edellytykset tahdosta riippumattoman psykiatriseen sairaalahoitoon toimittamiselle. Sairaalan lääkäri voi ottaa potilaan enintään neljän päivän ajaksi tahdosta riippumattomaan tarkkailuun sairaalaan, jos M1-lausunto on enintään kolme päivää vanha ja jos, hän lähettävän lääkärin tavoin katsoo, että hoitoon määräämisen edellytykset ovat edelleen todennäköisesti olemassa. (Valvira n.d.)

Tarkkailusta vastaavaan lääkärin on annettava kirjallinen M2-lausunto, viimeistään neljäntenä päivänä sairaalaan otosta. M-2 lausunnon tulee sisältää perusteltu kannanotto, onko hoitoon määräämiseen edellytykset edelleen olemassa. Mikäli tarkkailun aikana ilmenee, että lain määrittämät edellytykset eivät toteudu, on henkilö hänen niin halutessaan välittömästi päästettävä sairaalasta. (Huttunen 2016.)

Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai hänen ollessaan estynyt, tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri tekee tarkkailulausunnon eli M-3 lomakkeen. Potilaan tai hänen ollessaan alaikäinen hänen vanhempiaan tulee kuulla, ennen päätöksentekoa tahdosta riippumattoman sairaalahoidon jatkamisesta. Tarkkailulähetteen kirjoittanut lääkäri ei voi antaa tarkkailulausuntoa, eikä tarkkailulausunnon kirjoittanut lääkäri voi päättää hoitoon määräämisestä. Näin ollen lakiin nojaten päätös tahdosta riippumattomasta hoidosta tehdään kolmen eri lääkärin näkemyksen mukaan hoitoon määräämisen tarpeellisuudesta. (Huttunen 2016.)

Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan jatkaa kerrallaan enintään kolme kuukautta ensimmäisellä kerralla. Hoitavan lääkärin toimesta voidaan potilaasta tehdä uusi tarkkailulausunto, sekä alistaa tämän lausunnon tehtävä päätös hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Uuden tarkkailulausunnon jälkeen voidaan hoitoa jatkaa kerrallaan enintään kuusi kuukautta, jos hoitava lääkäri katsoo sairaalahoidon olevan välttämätöntä. Vaikka päätös on voimassa kolme tai kuusi kuukautta voidaan se purkaa myös aikaisemmin. (Valvira n.d.)

### 3.1 Pakon käyttäminen ja valitusoikeus

Potilas, joka on otettu tarkkailuun tai määrätty hoitoon itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa ja häneen kohdistaa pakkoa vain, jos sairauden hoito tai toisen henkilön turvallisuuden vaarantuminen sitä edellyttää. Omasta tahdosta hoidossa oleva potilas voi halutessaan poistua sairaalasta, mutta hänen hoidostaan vastaava lääkäri voi katsoa, että on olemassa edellytykset potilaan määräämisestä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jolloin potilas voidaan vasten hänen tahtoaan ottaa tarkkailuun. Potilaan ollessa avohoidossa on hänellä mielenterveyslain mukainen oikeus kieltäytyä lääkärin määräämistä hoidoista. (Huttunen 2016.)

Mielenterveyslain 24 ja 25 pykälässä (1990) määritetään potilaan valitusoikeudesta, joka on voimassa 14 vuorokautta hoitoonmääräämispäätöksen tiedoksisaannin jälkeen. Valitus osoitetaan psykiatrisen hoidon sijainnin mukaiseen hallinto-oikeuteen. Valitus tehdään vapaamuotoisessa kirjelmässä, jossa tulee tulla esille päätös, johon muutosta haetaan, perusteiden joilla muutosta haetaan, valittajan nimi ja kotikunta sekä mahdollisen edunvalvojan nimi ja yhteystiedot.

### 3.2 Hoitoon määräämisen edellytykset

Niin kuin mielenterveyslain pykälässä §8 (1116/1990) kerrotaan: "Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoittoon vain:

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

Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoittoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon

tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväiksi.

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

## 4 HOITOMYÖNTYVYYS

Hoitomyöntyvyys tarkoittaa suppeasti annettujen hoito-ohjeiden noudattamista. Se on kuitenkin laajentunut sisältämään myös potilaan aktiivisen, neuvottelevan ja tasavertaisen aseman oman terveytensä ja sairautensa asiantuntijana. (Sorvaniemi & Kampman 2000.)

Potilaan käyttäessä lääkkeitään ohjeiden mukaisesti puhutaan lääkehoitomyöntyvyydestä. Kun hän osallistuu ja on mukana hoidossaan, puhutaan hoitomyöntyvyydestä. Varsin suuri osa potilaista käyttää lääkkeitä epäsäännöllisesti tai lopettaa niiden käytön kokonaan. Tällöin puhutaan huonosta hoitomyöntyvyydestä. Lääkehoidon laiminlyöminen on yleistä etenkin vaikeammista sairauksista kärsivillä potilailla. Lääkkeen tehottomuus tai kiuksalliset haittavaikutukset saattavat myös luonnollisesti aiheuttaa laiminlyöntiä. (Huttunen 2017.)

Tärkeä vaikuttava tekijä hoitomyöntyvyyteen on potilaskeskeisellä toiminnalla. Jotta potilas voisi motivoitua ja rohkaistua toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi, tulisi hänen osallistua itsenäisesti ja aktiivisesti omaan hoitoon. Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan vaikuttaa hoitomyöntyvyyden lisäksi potilaan pystyvyyden tunteeseen, hoidon laatuun ja jopa vähentää terveydenhuollon kustannuksia. (Laitila 2010.)

Potilas noudattaa hoitoonsa ja lääkehoitoonsa saamiaan ohjeita luonnollisesti paremmin, kun hän on itse tietoinen sairauksista ja hoidon tarpeesta. Tämä ei käytännössä erityisesti psykiatriassa ole tietenkään itsestään selvää. Moni ei koe sairauden tunnetta, jonka takia he eivät halua lääkehoitoa, erityisesti tätä esiintyy skitsofreniassa ja maniassa. Lääkärin myötätuntoinen suhtautuminen mielenterveyden häiriöistä kärsivän ongelmiin, edes auttaa hyvää hoitomyöntyvyyttä. (Huttunen 2017.)

#### 4.1 Hoitomyöntyvyys psykiatrisessa hoitotyössä

Fyysiset sairaudet koetaan usein vähemmän häpeälliseksi kuin taas psyykkiset häiriöt ja sairaudet. Koska psyykkisiin oireisiin liittyy niin paljon ennakkoluuloja se vaikeuttaa merkittävästi hoitoon hakeutumista ja sen jatkamista. Usein myös keskustelu omista mielenterveyden häiriöistä koetaan hankalaksi ystävien ja työkavereiden kanssa. (Huttunen 2017.)

Hoitomyöntyvyyden ollessa puutteellista voidaan sitä lisätä antamalla potilaalle sekä lähiomaisille lääkitystä koskevaa tietoa. Muita myönteisyyden lisääviä keinoja ovat; yksinkertaisesti toteutettavat hoidot, oireiden lievittävä lääkitys, lääkehoidon häiritsevien vaikutusten huomioon ottaminen sekä minimoiminen sekä hoidon jatkuvuuden huomioiminen. (Käypä hoito 2015.)

Psyykenlääkkeisiin liittyy myös paljon ennakkoluuloja. Usein on myös havaittavissa jäykkää asenteellisuutta, joka johtuu potilaasta itsestään tai hänen lähipiiristään. Hoidon kannalta on tärkeää, että potilas itse, hänen omaisensa ja hoitava tahonsa on vapautunut psykiatrisiin sairauksiin ja niiden lääkehoitoon liittyvistä kielteisistä asenteista ja ennakkoluuloista. (Huttunen 2017.)

#### 4.2 Psykiatrinen hoitotahto

Psykiatrisella hoitotahdolla on suuri merkitys potilaan hoitomyöntyvyyden kanssa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus tuoda esille toiveita tulevaan hoitoonsa liittyen. Psykiatrista hoitotahtoa sovelletaan tahdosta riippumattoman hoidon aikana erityisesti silloin, kun potilaalla on kyky arvioida omaa tilannettaan ja eri hoitomuotoja on annettu. Psykiatrisella hoitotahdolla on tarkoitus vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja näin ollen parantaa potilaan hoitomyöntyvyyttä. (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen, Kärkkäinen 2016, 20.)

Hoitotahto voidaan kirjata potilaan toiveiden mukaisesti vapaamuotoisesti tai viralliselle lomakkeelle. Terveystieteiden ammattilaisten tulee kunnioittaa potilaan laatimaa hoitotahtoa ja se on otettava huomioon aina kuin mahdollista. Hoitotahdosta voidaan kuitenkin poiketa, mikäli potilas on itse muuttanut mieltänsä tahdon suhteen, sairauden luonne ja hoitoon liittyvät seikat sitä vaativat tai potilaan hoitaminen edellyttää mielenterveyslain tarkoittamia pakkotoimenpiteitä. (Makkonen yms. 2016, 20.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä katsaus, tutkittuun tietoon perustuen tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoitomyöntyvyydestä. Tavoitteena on etsiä luotettavia lähteitä niin ulkomailta kuin kotimaastakin. Tarkoituksena on syventää tekijöiden tietoperustaa psykiatriasta hoitotyöstä. Tavoitteena on luoda tiivis ja selkeä katsaus aiheesta. Opinnäytetyö on suunnattu kaikille terveydenhuoltoalalla työskenteleville, jotka saattavat olla tekemisissä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan kanssa. Opinnäytetyössä avataan aiheeseen liittyviä asiansanoja sekä keskeiset tahdosta riippumattomattomaan hoitoon liittyvät lämpökälyt.

Opinnäytetyön tarkoituksen on vastata seuraavaan kysymykseen:

- Millainen hoitomyöntyvyys on tahdonvastaisessa hoidossa olevalla täysi-ikäisellä potilaalla?

## 6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Tutkimuksen alkaessa tehdään kirjallisuushaku ja katsaus tutkimusaiheeseen. Katsauksen avulla voidaan kuvata analyttisesti aikaisempia tutkimuksia, tai oma tutkimus voidaan sijoittaa aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kenttään. Kirjallisuuskatsaus voi olla osa tutkimusta, tai itse tutkimuksen väline. Välineenä tutkimuksissa katsaus on kiistaton. Tärkeätä katsauksissa niin kuin tutkimuksissakin on, että ne ovat toistettavissa ja että ne pohjautuvat kattavan aihealueeseen sekä ilmiön ajassa kehittymisen tuntemukseen. Kirjallisuuskatsauksista erityisesti systemaattista ja järjestelmällistä voidaan käyttää myös terveydenhuollossa näyttöön perustuvasti toiminnan ohjaamisessa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 8.)

Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää monessa apuvälineenä ja tutkimuskeinona. Oli kyseessä sitten, ristiriitaisuuksien tunnistaminen, ongelmien selvittäminen valitussa kohdeilmiossä tai jos halutaan tehdä järjestelmällinen katsaus poikkitieteellisesti eri tieteenalojen näkökulmista. Kirjallisuuskatsauksia on löydetty peräti 14 eri tyyppiä. Katsaukset eroavat toisistaan vain hienoisesti, mutta toisaalta jokaisessa on juuri sille tyyppillisiä näkökulmia, joiden avulla ne erottavat toisistaan. Suurimmat erot havaitaan tarkastelemalla, miten kirjallisuuskatsauksen tyyppilliset osat on toteutettu. Vaikkakin erilaisia tyyppjejä on lukuisia, on yleensä havaittavissa tyyppillisesti SALSA. SALSA muodostuu sanoista Search (haku), Appraisal (kriittinen arviointi), Syntesis (aineiston perusteella tehty synteesi) sekä analysis (analyysi) (Stolt ym. 2015, 8–9.)

Stolt, Axelin ja Suhonen (2015 8–9) kertovat että kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä katsauksen metodeista. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan kutsua myös traditionaaliseksi tai narratiiviseksi katsaukseksi. Kuvaileva katsaus kohdistuu yleensä, tutkimuksien, tutkimusprosessien ja menettelytapojen kuvaamiseen. Vertaisarvioidut tieteelliset julkaisut ovat erityisesti kirjallisuuskatsauksen kohteena. Katsauksen heikkoutena on mahdollisuus siitä, että se ei ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen.

## 6.1 Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valintakriteerit

Tiedonhaku kirjallisuuskatsaukseen on toteutettu oikeaoppisesti informaattikko avustuksella, hänen avullaan saimme tehtyä oikeaoppisia hakuja kaikissa hakukoneissa. Käyttämämme hakukoneet olivat, Medic, Finna, Cinahl, Pubmed. Manuaalisen haun kautta löysimme kaksi lähdeettä. Manuaalinen haku toteutettiin Googlen Scholar hakukoneella. Hakukone etsii kaikki hakutulokset, jotka sisältävät yhden tai useamman hakusanoista. Hakutulos oli 4420, joista lähteemme löytyi kahdelta ensimmäiseltä sivulta. Muut hakutulokset pois suljimme jo pelkästään otsikoiden perusteella, niiden ollessa irrelevantteja katsauksemme nähden.

Vertaisarviointi (peer review) on yksi tärkeimmistä kriteereistä, koska aihetta on mielestämme tutkittu melko vähän. Työn lähteet ovat suurimaksi osaksi digitaalisessa muodossa, muutama lähde on kirjallisuudesta. Verkkomateriaalin käyttö mahdollistaa helpon ja ajankohtaisen tiedon hankkimisen, koska esimerkiksi lähteiden julkaisuvuodet ovat helppo määrittää tiedonhaussa.

Julkaisuja jotka suoraan vastaisivat meidän tutkimuskysymykseemme, oli jopa yllättävän vähän. Tiedonhaussa emme spesifisti etsineet englanninkielistä aineistoa, mutta kriteerit täyttäviä julkaisuja löytyi muutamia myös englanniksi (n=5). Valitsimme aineistoksemme myös muutamia katsauksia, jotka olivat luotettavia sekä selkeästi vastasivat meidän tutkimuskysymykseen.

## 6.2 Lähteiden poissulku

Poissulkukriteereinä käytimme aluksi julkaisuvuotta ja otsikkoa. Julkaisu vuosi oli helppo määrittää yleisen säännön mukaan. Kaikki haut ovat on toteutettu siten että materiaali on julkaistu vuosina 2007–2018. Opinnäytetyö prosessimme on aloitettu vuonna 2017 joulukuussa, joten valitsimme, että lähteemme julkaisuvuosi voi olla vielä 2007. Otsikon perusteella aluksi poissuljimme kaiken aineiston, joka koskenut aikuisia tai psykiatrisia potilaita.

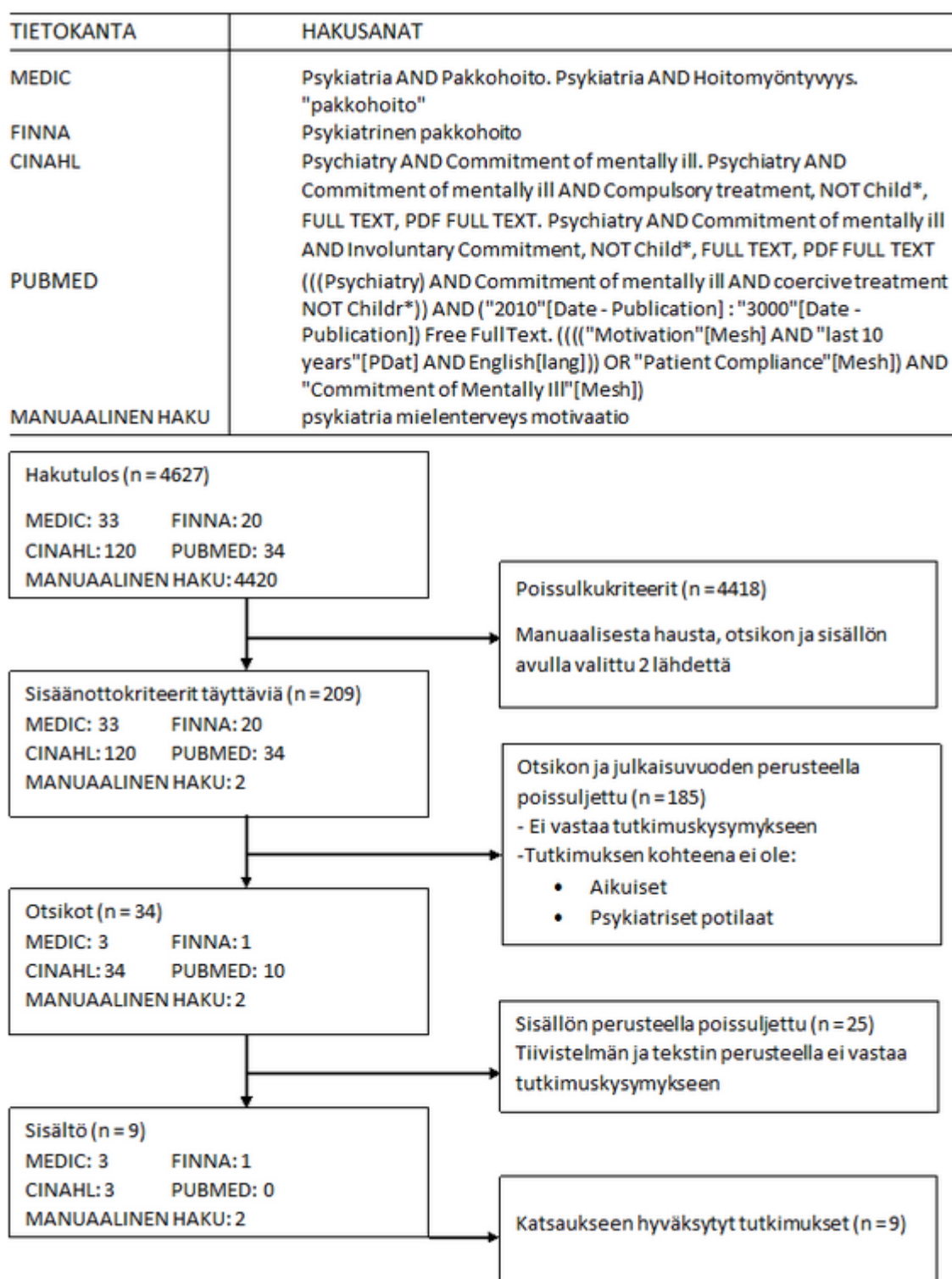
Seuraava poissulkukriteeri oli, että sisältö ei vastannut meidän tutkimuskysymykseemme tiivistelmän tai tekstin perusteella. Mielestämme jo se,

että hakukoneista melko laajoilla hakusanoilla emme saaneet kuin 207 tulosta ennen poissulkua, osoitti meille sen, että aihetta ei ole tutkittu kovinkaan paljoa.

### 6.3 Tiedonhaun prosessi

Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) olemme luetelleet tiedonhaun avulla löytämämme lähteet. Lähde kritiikkimme perustuu vertaisarvioituun sekä kansainväliseen materiaaliin. Neljä lähdetä yhdeksästä on englannin kielisiä. Kansainväliset lähteet lisäävät katsauksen globaalia näkökulmaa. Taulukko kertoo lyhyesti lähteen, aineiston, tarkoituksen, menetelmän sekä päätulokset.

Kuvio 1. Kirjallisuushakujen prosessi





## 7 OPINNÄYTETYÖHÖN VALITUN AINEISTON LAADUN KUVAAMINEN

Seuraavaan taulukkoon on koottu ne tutkimukset ja katsaukset, joita olemme käyttäneet opinnäytetyössämme. Taulukossa avataan jokaisen lähteen tekijä, maa missä julkaisu on tehty, tarkoitus, aineisto, menetelmä sekä julkaisun päätulokset. Lähteistämme kolmasosa on ulkomaalaisia, koska halusimme myös ulkomaalaisen näkökulman liittyen hoitomyyntyyteen.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset ja katsaukset.

Tekijä	Maa	Tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Päätulokset
Oksanen 2015	Suomi	Katsauksessa käsitellään keinoja lääkehoitoon sitoutumiseen, ylläpitolääkityksen tärkeyttä, heikkoa sitoutumista sekä myöntyvyyttä lääkehoitoon.	Katsaus perustuu 30 lähteeseen, Suomesta ja ulkomailta.	Erikois- ja ylilääkäri Jorma Oksasen tekemä tutkimuksellinen katsaus.	Päätuloksena todetaan tuomitsemattomuuden, säännöllisyyden ja lääkkeiden käytön tukevan hoitosuhdetta. Kokemusasiantuntijoiden käyttö on tehokas tukitoimi.
Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012	Suomi	Katsauksessa käydään läpi rajoittamisen ohjeita, rajoittamisen historiaa ja nykytilannetta.	22 lähdeä, jotka koostuvat tutkimuksista sekä laki viitauksista potilaan rajoittamisesta.	Katsauksen on koostanut kolme erikoislääkäriä, käyttäen tutkittua tietoa ja lakia.	Rajoiteohjeiden merkitys korostuu valtion mielisairailoissa. Mahdollisimman vähäisen rajoittamisen periaatetta tulee käyttää, eikä siitä ole koitunut ongelmia.
Van den Hooff & Goossensen 2013	Hollanti	Katsaus käsittelee keinoja hoidon laadun parantamiseksi pakkohoidossa.	Aineistona on käytetty 22 tutkimusta, jotka käsittelevät eri näkökulmia tahdonvastaisesta hoidosta.	Tutkimuksellisen katsauksen on koostanut tohtori kandidaatti ja tohtoritutkinnon omaava opettaja.	Potilaiden kokemukset voidaan liittää yhteen ydinkokemukseen. Jos potilas kokee, että häntä aidosti kuunnellaan, he tuntevat olonsa kunnioitetuksi ihmisenä ja vähemmän henkisesti hylättynä.
Smith, Roche, O'Loughling, Brennan, Madigan, Lyne, Feeney & O'Donoghue 2014	Irlanti	Tutkimuksessa käsitellään tyytyväisyyttä palveluihin vapaaehtoisessa hoidossa ja pakkohoidossa.	Aineisto tutkimukseen on kerätty vapaaehtoisilta potilailta. Kyselyn kerääjä ei ikinä ollut potilasta hoitanut henkilö.	Tutkimus on toteutettu kolmessa aikuispsykiatrian laitoksessa. Laitokset kattavat 390 000 ihmisen sairaanhoitopiirin. Tutkimukseen hyväksyttiin 231 potilasta	Tyytyväisyyteen ei vaikuta ikä, sukupuoli eikä myöskään se onko potilas ollut aikaisemmin hoidossa. Tutkimus vahvistaa aikaisemmat tulokset siitä, että vastentahtoinen hoito laskee tyytyväisyyttä hoitoon.

Szmukler G, Appelbaum P.S. 2008	Englanti	Pääkirjoituksessa käsitellään hoitopainetta ja pakottamista mielen-terveyshoidossa.	Kirjoituksessa on käytetty referenssejä 13 eri tutkitusta lähteestä.	Professori Gerorge Szmuklerin ja psykiatri Paul S. Appelbaum Lontoon King's College psykiatrisesta instituutista on tehnyt vertaisarvioidun pääkirjoituksen referoiden tutkittua tietoa.	Laiminlyöntiä "pakottavien" toimien tutkimisesta ei voida hyväksyä, eikä voida olla huomioimatta siihen liittyviä eettisiä ongelmia.
Soininen 2013	Suomi/Japani	Tutkimuksessa kuvataan pakkoa kokeneiden potilaiden näkemyksiä hoidostaan ja elämänlaadustaan.	Aineisto on tuotettu kyselyillä ja sähköisillä tietokannoilla.	Tutkimus, on tehty käyttäen kolmivaiheista tiedon keruumenetelmää.	Psykiatrista sairaanhoitoa vaativan potilaan kohtaaminen ja tasa-arvoinen kohtelemineen vaatii erityistä huomiota hoitotyössä, päätöksenteossa ja palveluiden suunnittelussa.
Juriloo & Rovasalo 2011	Suomi	Pääkirjoituksessa selvitetään psykiatristen pakko-keinojen vähentämistä, vähentämisen vaikeuksia ja annetaan mahdollisia keinoja siihen.	Aineisto pääkirjoitukseen on saatu referoimalla tutkittua tietoa.	Pääkirjoitus	Suomessa on ollut viimeisen vuosikymmenen ajan useita kehityshankkeita liittyen pakko-keinojen vähentämiseksi. Hyvillä tuloksilla pakkotoimet ovat vähentyneet jopa 20-90%.
Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016	Suomi	Selvittää mitä on positiivinen mielenterveys ja miten sitä mitataan.	Aineisto perustuu 61 kirjallisuuskäsitteeseen.	Moniammatillisen työryhmän tekemä katsaus.	Väestön tutkimuksissa on keskitytty pääasiassa mielenterveyden oireisiin ja sairauksiin. Näin ollen positiivinen ulottuvuus on jäänyt vähemmälle huomiolle. Positiivisen mielenterveyden mittaamisesta puuttuu sopivia mittareita, mutta sitä voidaan mitata WEMWBS-mittarilla.
Laitila 2010	Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan osallisuutta hoitoon ja asiakaslähtöisyyttä.	Aineisto on kerätty haastattelulla asiakkaita ja työntekijöitä.	Tutkimus on toteutettu kolmivaiheisesti. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.	Asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksen mukaan asiakaslähtöisyys mielenterveystyössä tarkoitti laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtä. Asiakkaiden käsitys oli, että asiakaslähtöisyys ei kuulu mielenterveystyöhön, tai se että se oli pelkkää retoriikkaa.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Hoitomyöntyvyys tarkoittaa suppeasti annettujen hoito-ohjeiden noudattamista. Se on kuitenkin laajentunut sisältämään myös potilaan aktiivisen, neuvottelevan ja tasavertaisen aseman oman terveytensä ja sairautensa asiantuntijana. (Sorvaniemi & Kampman 2000.)

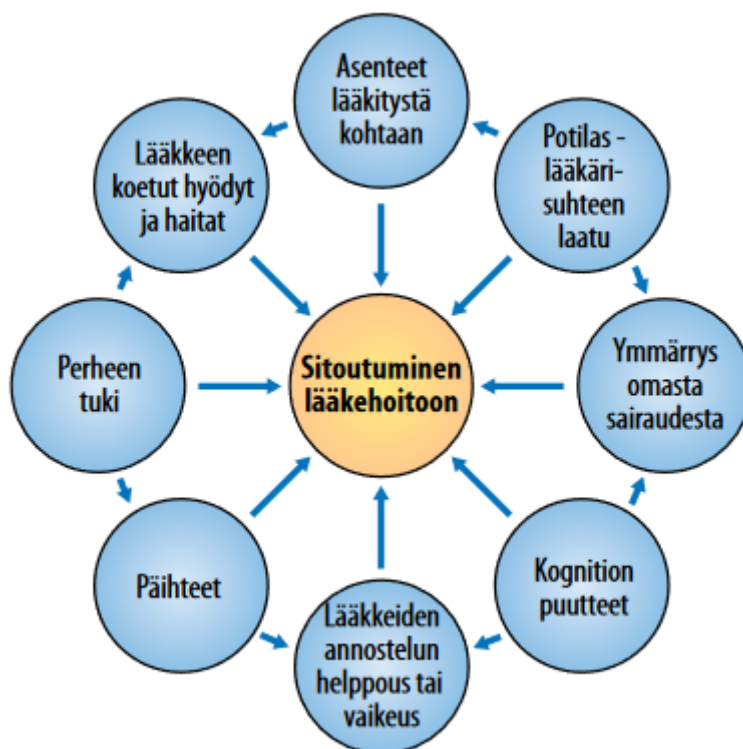
Tutkimus hoitomyöntyvyydestä on parissa vuosikymmenessä lisääntynyt huomattavasti ja syitä siihen on useita. Hoitomyöntyvyys on ensinnäkin kliinisesti tärkeä seikka. Uusia lääkkeitä otetaan käyttöön jatkuvasti, jotka optimioloissa on entisiin lääkkeisiin verrattuna havaittu tehokkaammiksi ja siedetyimmiksi. Niillä pyritään estämään pitkäkestoisten sairauksien pahenemisvaiheita ja samalla korostuu hoitomyöntyvyyden tärkeys. Tämä myös aiheuttaa sen että, toisaalta klinikot saattavat luulla virheellisesti hoitomyöntyvyyden parantuneen hoitojen kehityksen myötä. Toisena syynä huono hoitomyöntyvyys aiheuttaa terveystaloudellisia tappioita. Kolmantena syynä on sosiopoliittisen ilmapiirin muuttuminen. Potilaat ovat aloitteellisempia, vaativampia ja halukkaampia saamaan tietoa omasta sairaudestaan. Autoritaattinen hoitosuhde toimii hyvin äkillisissä ja henkeä uhkaavissa tilanteissa, mutta se ei toimi ajatellen pitkäkestoisia sairauksia. Hoitomyöntyvyyteen liittyy paljon vallan käyttöä ja on arveltu, että hoitomyöntyvyyteen liittyvien tutkimusten lisääntyminen olisi seurausta lääkärin vallan vähenemiselle kliinisessä hoitotyössä. (Sorvaniemi & Kampman 2000.)

Huonoa hoitomyöntyvyyttä esiintyy kaikkialla hoitotyössä. Yleensä todetaan, että potilaista kolmasosa noudattaa asianmukaisesti hoito-ohjeitaan, toinen kolmasosa vaillinaisesti ja viimeinen kolmasosa ei noudata lainkaan. Keskimäärin hoitoon myöntävien osuus on 50%. Usein lääkärit yliarvioivat hoitomyöntyvyyttä ja puolestaan potilaan aliarvioivat sen merkitystä. Huono hoitomyöntyvyys ilmenee tavallisimmin hoito-ohjeiden osittaisena noudattamisena. (Sorvaniemi & Kampman 2000.)

### 8.1 Lääkehoitoon sitoutumisen merkitys osana hoitomyöntyvyyttä

Oksanen (2015) kertoo katsauksessaan, kuinka keskeisille vakaville mielen-terveyshäiriöille on luonteenomaista suuri alttius sairausepisodien uusiutumiseen. Suuri painoarvo on potilaan komplianssilla eli sitoutumisella lääkehoitoon. Lääkemyöntyvyys on sekä somaattisissa että psykiatrisissa sairauksissa heikko, jopa puolet psykoosipotilaista käyttää vähemmän kuin 70% määrätystä lääkemannoksesta. Smith, Roche, O'Loughling, Brennan, Madigan, Lyne, Feeney & O'Donoghue (2014) tutkimus vahvistaa aiemmat havainnot, että vastentahtoisesti hoitoon ottaminen laskee huomattavasti potilaan tyytyväisyyttä hoitoon. Tällä on johdonmukainen ja huolestuttava yhteys huonompaan potilastyytyväisyyteen ja sitä kautta huonompiin hoitotuloksiin. Tahdonvastaisessa hoidossa olevat todennäköisemmin joutu-

vat kokemaan pakon käyttöä hoitonsa aikana ja tästä seuraa suoraan potilaan tyytymättömyys omaan hoitoonsa. Oksanen (2015) jatkaa vielä, että kahden vuoden kuluessa yli puolet ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista lopettaa tai käyttää epäsäännöllisesti lääkitystä. Tutkimuksista selviää, että lääkehoitoon sitoutuminen on todellisuudessa pienempää, kuin mitä hoitava lääkäri arvioi ja potilaat itse raportoivat.



Kuva 1. Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Oksanen 2015)

Tutkimukset osoittavat, että käytettäessä injektio pohjaista pitkävaikutteista lääkehoitoa riski joutua uudestaan sairaalahoitoon oli vain kolmannes verrattuna suun kautta otettavaan tablettihoitoon. Hoitomotivaation löytäminen injektio lääkitykseen on silti hankalampaa ja noin neljännes potilaista jää ajoittain saapumatta ruiskeelleen. Siirryttäessä injektio lääkitykseen tulee tukitoimien olla hyvät potilaalle, sekä potilaan hoitomyönteisyyden sillä tasolla, että pitkävaikutteisesta lääkityksestä on mahdollista saada sen tuomat hyödyt. (Oksanen 2015.)

Hoitomyönteisyyden näkökulmasta Oksanen (2015) kertoo, että potilaalle kannattaa tuoda lääkeshoidon asiat esille tavoitteellisesti, sitä ei ole helppo ylläpitää, vaikka sen ymmärtäisinkin olevan tärkeää. Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen (2012) mukaan akuuttihoitoon pakolla toimittaminen näyttää ennustavan huonoa lääkeshoitomyöntyvyyttä vielä puolen vuodenkin päästä. Toisaalta potilaat, jotka ovat tehokkaasti lääkitty tarvitsevat sairaalahoitoa vähemmän aikaa kuin kieltäytymisen takia lääkitysmättä jätetyt. Vasten tahtoa lääkityminen saattaa johtua potilaan sairau-

den laadusta, kuten myös henkilökuntaan ja osaston rakenteeseen liittyvistä tekijöistä. Oksasen (2015) mukaan potilaalle on hyvä kertoa esimerkkejä, joita hänelle voisi oikeasti tapahtua ja niihin keksitään ratkaisut jo ennen kuin näin pääsee käymään. Suurena ongelmana on vaikeammin sairaiden potilaiden suuret lääkemäärät, koska mitä yksinkertaisempi lääkitys on, niin sitä varmemmin se tulee käytetyksi. Haasteena on erityisesti potilasryhmät, joiden kognition puutteet ovat suuret, mutta näille potilasryhmille pitkävaikutteinen ruiskelääkitys on hyvä.

Kognition puutteet vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen erityisesti psykoosipotilailla, joilla on heikko oppimiskyky tai verbaalinen muisti. Näitä asioita on syytä korjata erilaisilla muistutus keinoilla: kuten kännykkään ohjelmoidulla hälytyksellä, valmiiksi jaetulla dosetilla tai herätyskellolla, jonka alla on viesti paperilapulla. Perusasioissa on hyvä muistaa, että niitä tulee toistaa usein ja tarpeeksi. Hyvä keino on, että ne kirjoitetaan paperilapulle, paperi pidetään aina mukana, jolloin niitä tulee luettua säännöllisesti. (Oksanen 2015.)

## 8.2 Hoitomyöntyvyys ja pakon käyttö

Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen (2012) katsauksesta selviää että, pakkotoimenpiteet heikentävät hoidon tulosta. Lainsäädännöllisen erojen vuoksi on erittäin vaikeaa verrata eri maiden käyttömääriä pakkotoimenpiteistä, koska samat toimenpiteet voivat olla sallittuja jossain maassa ja toisaalla kiellettyjä. Myöskin tahdonvastaiseen hoitoon ottamisen diagnosoiedellytykset vaihtelevat paljon maittain. Kuitenkin kohtalainen yksimielisyys vallitsee siitä, että potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa ja mahdollisuuksien mukaan pidättäytyä pakkotoimenpiteiden käytöstä aina kuin mahdollista. Sairaalassa tapahtuvat väkivaltatilanteet usein liittyvän potilaan rajoittamiseen, joten tästäkin syystä pakon käytön rajaaminen vain välttämättömään käyttöön on aiheellista.

Smith ym. (2014) käsittelevät potilaiden tyytyväisyyttä palveluihin vapaaehtoisessa hoidossa ja tahdonvastaisessa hoidossa. Tutkimuksessa 16% osallistujista oli kokenut jonkinlaista pakonkäyttöä hoidossaan ja kuten aikaisempien havaintojen mukaisesti; nämä henkilöt todennäköisimmin raportoivat tyytymättömyyttään hoitoonsa kohtaan. Ajoittain fyysinen rajoittaminen on kuitenkin valitettavasti tarpeellista, joten mielenterveyspalvelujen haasteena on toteuttaa tämä käytäntö ja edelleen samalla tarjota laadukasta hoitoa, säilyttää terapeuttinen suhde potilaaseen ja ylläpitää korkeaa tyytyväisyyttä hoitoihin liittyen.

Van den Hooff ja Goossensen (2013) tutkivat potilaiden näkökulmaa tahdonvastaisesta hoidosta tieteellisen kirjallisuuden avulla. Katsauksessa tahdonvastaisessa hoidossa olevien potilaiden kokemukset jaettiin kahden kategoriaan, sisäiseen ja ulkoiseen perspektiiviin.

Sisäisen perspektiivin kategoria voidaan jakaa negatiivisiin ja positiivisiin kokemuksiin. Kaksi tavallisinta negatiivista kokemusta olivat voimattomuuden- ja nöyryytyksen tunne. Voimattomuuden tunne koostui kokemuksista, että potilasta ei ymmärretä ja hänet jätetään huomiotta, sekä tunteet avuttomuudesta ja epävarmuudesta. Potilaista tuntui, että heidän ei annettu päättää omista asioistaan, eikä heitä kuunnella omaan hoitoonsa liittyen. Potilaiden nöyryytyksen kokemus oli, että he tunsivat olevansa alempiarvoisia ihmisiä muihin verrattuna ja riippuvuus terveydenhuollon ammattilaisista nostatti potilaiden haavoittuvuuden kokemusta. (Van den Hooff & Goossensen 2013.)

Potilaat ilmoittivat positiivisia kokemuksia, kun he tunsivat heitä valvottavan ja tulevansa nähdyn. Potilaat halusivat tuntea olonsa turvalliseksi, suojelluksi ja hoidetuksi. Nämä tunteet nostattivat kunnioitusta potilaissa. Kunnioitusta pidetään ensisijaisena eettisenä periaatteena, ihmisten vuorovaikutuksen perusedellytyksenä ja se on hoitotyön keskeinen osa. (Van den Hooff & Goossensen 2013.)

Ulkoisen perspektiivin kategoriassa tärkeitä teemoja olivat paine, itsemääräämisen menetys ja menettelyllinen oikeudenmukaisuus. Kirjallisuudessa paine jaoteltiin negatiiviseksi ja positiiviseksi symboliseksi paineeksi. Negatiivinen paine koostui esimerkiksi lahjonnasta, kiristyksestä, käskyjen antamisesta ja voiman käytöstä. Positiivinen paine koostui puolestaan suostuttelusta, lupauksista, houkuttamisesta, mielipiteen kysymisestä ja kannustamisesta potilaita tekemään se ”oikea” päätös. Toisena teemana oli itsemääräämisen menetys. Sitä voidaan kuvailla esimerkiksi vapauden menetyksenä, rajattuina mahdollisuuksina liikkua ja olla muiden hallittavissa. Viimein kolmantena teemana oli menettelyllinen oikeudenmukaisuus. Menettelyllinen oikeudenmukaisuus koskee oikeudenmukaisuutta ja päätöksentekoprosessien avoimuutta. Potilaiden osalta tämä tarkoittaa, että heitä kuunnellaan ja heillä on mahdollisuus vaikuttaa ja olla osana itseään koskevissa päätöksissä. (Van den Hooff & Goossensen 2013.)

Smith ym. (2014) on osoittanut, että vaikka vapaaehtoiset palvelun käyttäjät ilmaisevat hyvää yleistä tyytyväisyyttä palveluihin psykiatrisen vastaanoton jälkeen; ne palvelunkäyttäjät, jotka ovat otettu tahdonvastaisesti hoitoon ja jotka ovat päihteiden väärinkäyttäjiä, kokevat vähemmän menettelyllistä oikeudenmukaisuutta, enemmän koettua pakottamista ja joille annetaan tahdonvastaisesti lääkitystä, kokevat suurta tyytymättömyyttä hoitojansa kohtaan.

Van den Hooff & Goossensenin (2013) katsauksessa selvinneet tekijät vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen niiden mukaisesti. Kun potilas kokee positiivisia asioita hoidossaan kuten; lomien tai vapaiden ulkoiluiden saaminen, on niillä hoitomyöntyvyyttä nostattava vaikutus. Kun taas potilas kokee negatiivisia asioita kuten esimerkiksi; tahdonvastainen hoito, rajaukset, ulkoiluoikeuksien vähentäminen tai lääkityksen muuttaminen ei haluttuun suuntaan, on näillä alentava vaikutus hoitomyöntyvyyteen.

Soininen (2013) tutki pakottamista potilaiden näkökulmasta psykiatrisissa sairaaloissa Japanissa. Tätä varten kehitettiin ja validoitiin SR-PPT mittari (Secluded/Restrained patient's Perception of Their Treatment). Tutkimus tapahtui kolmessa vaiheessa, jossa edellä mainitulla mittarilla kerättiin tietoa vuoden aikana eristetyiltä/sidotuilta potilailta. Toisessa vaiheessa aineistoa kerättiin kotiutumisasiheissa olevilta potilailta ja kolmannessa vaiheessa aineistoa kerättiin sähköisistä tietokannoista.

Soininen (2013) käy ilmi, että potilaat kokevat asemansa ja yhteistyön hoitajien kanssa heikkona. Potilaiden toiveet omasta hoidostaan ei vastaa käytettyjä hoitokeinoja ja he kokevat, ettei heitä kuunnella, vaikka saavatkin vakituisesti hoitajien aikaa. Potilaat kokivat hyötyvänsä eristämisestä/sitomisesta ongelmiansa hoidossa, mutta he eivät kuitenkaan kokee tarvitsevansa sitä. Kuitenkin sairaalahoitonsa aikana eristetyt/sidotut potilaat arvioivat elämänlaatussa paremmaksi, kuin ei-sidotut ja eristetyt potilaat. Tästä ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöstä, että parempi elämänlaadun arvio olisi seurausta näistä rajoitteista, koska potilaiden hoitajakso oli vielä pitkä eristämisaikojen jälkeen ja siihen vaikutti mahdollisesti muutkin tekijät (kuntoutus, lääkitys, diagnostiikka, sopeutuminen).

Soininen (2013) kertoo voivansa todeta tutkimuksensa perusteella, että psykiatrisessa sairaanhoidossa olevan potilaan kohtaaminen vaatii potilaan kuuntelua tasa-arvoisessa asemassa oman hoitonsa asiantuntijana. Tämä vaatii erityishuomiota kliinisessä hoitotyössä, päätöksenteossa sekä palveluiden suunnittelussa. Eettisissä päätöksentekotilanteissa tulee tapauskohtaisesti ottaa potilaan oma näkemys osaksi lääketieteellisiä indikaatioita ja arvioida hoidon vaikutusta potilaan elämänlaatuun. Potilaan osallisuutta hoitotyön arjessa ja palveluiden suunnitteluissa tulee tukea kohti hoitokulttuurin muutosta.

Potilaalle tai hoitajalle yksi haastavimmista tilanteista on, kun potilasta hoidetaan tahdosta riippumatta. Hän nostaa suureksi epäkohdaksi tilanteen, jossa psykiatrista hoitoa toteuttava taho ei ole saanut riittävästi koulutusta liittyen potilaan ahdistuksen hoitoon tahdonvastaisissa tilanteissa. Hoidolliset interventiot ehkäisevät ahdistusta ja näin ollen vähentävät siitä johtuvaa kärsimystä ja nöyryytystä, jotka johtuvat tahdonvastaisesta hoidosta. (Szmukler & Appelbaum 2008.)

Englannissa ja Walesissa tahdosta riippumattomien hoitojen määrä nousi 70%, vuosien 1987 ja 1997 välillä. Szmuklerin & Appelbaumin (2008) mukaan tällä aikajaksolla ei voida olettaa, että taudin kuva, tai diagnoosien määrä olisi noussut siten, että se selittäisi suuren nousun prosentuaalisesti. Artikkelin lopuksi Szmuklerin & Appelbaumin (2008) mukaan, hoidolliset interventiot ehkäisevät ahdistusta ja näin ollen vähentävät siitä johtuvaa kärsimystä ja nöyryytystä, jotka johtuvat tahdonvastaisesta hoidosta.

### 8.3 Psykiatristen pakkotoimien vähentäminen

Juriloo ja Rovasalo (2011) käsittelevät pakkokeinojen vähentämistä ja sen vaikeutta psykiatrisessa hoitotyössä. Juriloo ja Rovasalo ovat tutkittua tekstiä referoidessaan tulleet tulokseen, että mikäli pakkotoimia halutaan vähentää tai lievittää, niin vaihtoehtoja on haettava hoidollisista, työyhteisöä koskevista ja rakenteellisista tekijöistä. Kuitenkaan hyvä henkilökunta ei aina riitä, Suomessa vaikeahoitoisten potilaiden osastot toimivat lähes kaikki hyvin vanhoissa epäkäytännöllisissä rakennuksissa, joissa on niukasti mahdollisuuksia potilaiden rauhoittumiselle.

Juriloo ja Rovasalo (2011) kertovat, että Suomessa on ollut useita kehityshankkeita 10–15 vuoden aikana. Näissä hankkeissa vaikeimpien väkivaltaisten potilaiden hoitoyksiköt ovat miettineet keinoja pakkokeinojen vähentämiseksi. Hankkeista on saatu hyviä tuloksia, koska pakkotoimet ovat vähentyneet jopa 20–90%. Tärkeimmät pääkohdat liittyvät potilaan hoitoon, hoito- ja työyhteisöön, rakenteisiin sekä vaihtoehtojen punnitsemiseen päätöksentekotilanteissa. Vaikuttaa siltä, että tuloksia saadaan helposti, jos hoitoyksiköt innostuvat miettimään ja refleктоimaan toimintaansa.

### 8.4 Hoitomyöntyvyys ja asiakkaan osallisuus

Minna Laitilan (2010) tekemässä tutkimuksessa mielenterveystyöhön liittyvä leimaaminen ja stigma ovat yksi suurimmista haasteista, jotka jopa vähentävät alan arvostusta ja voimavaroja. Valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman periaatteena ja painopisteenä on asiakkaan aseman vahvistaminen. Kun mielenterveys- ja päihdekuntoutujat olisivat tasavertaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä, lisäisi se hoitomyöntyvyyttä. Kuntoutujilla tulisi olla myös paremmat mahdollisuudet palveluiden kehittämiseen ja arviointiin. Laitilan tutkimuksesta selviää myös, että palveluiden käyttäjillä on arvokasta kokemusta ja näitä tulisi hyödyntää enemmän päätöksenteossa ja toimintoja suunniteltaessa.

Vaikkakin Laitilan (2010) tutkimuksessa asiakkaan osallisuus nostetaan merkittäväksi tekijäksi, on sillä kolme erilaista käsitystä. Asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa joko laajasti työntekijöiden tapaa tehdä työtänsä tai suppeasti tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Tutkimuksessa tuli myös esiin käsityksiä siitä, että asiakaslähtöisyys on pelkkää retoriikkaa ja ettei se kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön. Asiakaslähtöiset periaatteet saattavat olla työyhteisössä käytössä, mutta asiakkailta kysyttäessä ei toiminta aina toteutunut asiakaslähtöisesti, jolloin hoitomyöntyvyys ei ainakaan parane.

Väestön mielenterveyttä on pääasiallisesti tarkasteltu häiriö- ja oireomittareiden avulla. Erikoistutkija Kaija Appelqvist-Schmidlechner on kääntänyt suomeksi Warwick-Edinburgh mental well-being scale:n eli WEMWBS-mittarin. Koska positiivista mielenterveyttä pidetään voimavarana, on se



merkittävässä roolissa potilaan osallisuudessa ja hoitomyöntyvyydessä. Voimavarasta puhuttaessa on muistettava, että sitä voidaan kehittää sekä hyödyntää. Mittarin avaintekijöinä toimivat: positiiviset tunteet, tyydyttävät sosiaaliset suhteet sekä hyvä toimintakyky. Mittarista on sekä 14 että 7 osainen kysely. Potilaan nähdessään positiiviset ilmiöt, on se hänelle sekä häntä hoitavalle terveydenhuollon ammattilaiselle voimaannuttavaa. WEMWBS-mittarin käyttökelpoisuutta kliinisessä työssä heikentää tois- taiseksi viitearvojen puuttuminen, mutta käytössä ovat raja-arvot. Raja- arvoilla on testattu ”normaalien” ja masennuksen suhteen riskiryhmään kuu- luvien erotukset. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016.)

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyönä teimme katsauksen, jossa selvitetään tahdonvastaisessa hoidossa olevan aikuisen hoitomyöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä sekä kartoittaa hoitomyöntyvyydestä tehtyjä tutkimuksia. Halusimme rajata kohteemme pelkästään aikuisiin, koska jos olisimme valinneet mukaan myös nuoriso- ja lastenpsykiatrian olisi se saattanut laskea työn laatua liian runsaan materiaalin takia. Tavoitteenamme oli luoda selkeä ja laadukas katsaus valitsemastamme aiheesta. Tavoitteena oli myös syventää työn tekijöiden tietopohjaa aiheesta, tässä onnistuimme hyvin. Halusimme tehdä opinnäytetyömme yhdessä koska olimme aikaisemminkin tehneet lukuisia projekteja ja töitä yhdessä, joten tiesimme, että työskentelymme on suju- vaa ja mutkatonta koska tunnemme toisemme hyvin entuudestaan.

Työn voimavarana toimi myös molempien mielenkiinto valitsemaamme ai- heeseen, sekä psykiatriseen hoitotyöhön kokonaisuutena. Työskente- lemme myös samassa työpaikassa, psykiatrisella kuntoutusosastolla, tämä on tuonut hyviä näkökulmia ja keskusteluita prosessimme aikana. Työn tuomat kokemukset ovat tuoneen myös esimerkiksi lähteiden valitsemi- seen hyviä näkökulmia. Työskentelemme päivittäin tahdonvastaisessa hoi- dossa olevien potilaiden kanssa, tästä syystä olemme pystyneet mukautu- maan lähteisiimme todella hyvin.

Työskentely opinnäytetyön parissa on ollut verkkaista ja suunniteltua, mutta tehokasta. Vaikka itse prosessi on alkuperäisestä suunnitellusta ai- kataulusta venynyt, on työmme jälki silti mielestämme hyvä, eikä aikatau- lun muutokset ole vaikuttaneet meidän opiskeluiden etenemiseen. Kat- sausta tehdessämme on meille ollut itsestään selvää toisen mielipiteen kuuntelu sekä arvostaminen. Ongelmatilanteen olemme ratkaisseet yh- dessä, siten että ratkaisu sopii molemmille. Työn jako on ollut meille to- della helppoa, olemme työskennelleet aina samassa paikassa, joka on hel- pottanut työstämisen aikana kommunikointia.

## 9.1 Työn keskeisten tulosten tarkastelu

Keskeisiä tuloksia tarkastellessa voidaan tehdä tiettyjä johtopäätöksiä. Työhön valittu materiaali mukailee toinen toisiaan. Juriloon ja Rovasalon (2011) pääkirjoituksessa on taulukko (kuva 2) jossa on listattu keinoja pakkotoimien vähentämiseen. Pakkotoimien vähentäminen lisää hoitomyöntyvyyttä, koska tärkeimpiä potilastyöhön liittyviä keinoja on esimerkiksi vierihoidon tai tehostetun seurannan lisääminen. Kun potilaan kokema pakko vähenee, kokee hän hoidon mieluisammaksi, joka taas lisää hoitomyöntyvyyttä. Osaksi hoitomyöntyvyyteen vaikuttavista tekijöistä voidaan myös laskea potilasmäärien kohtuullistaminen ja huoneissa olevien potilaiden vaihtuvuuden vähentäminen. Psykiatrisen kuntoutuspotilaan tukitoimina voidaan pitää rauhallista sekä pysyvää ympäristöä. Potilaan hoitomyöntyvyys sekä hoidon tulos paranee, kun hänen hoitoympäristönsä on rauhallinen ja ihmiset hänen ympärillään eivät vaihdu jatkuvasti.

Kuten Oksanen (2015) kaaviossa (kuva 1) osoittaa, sitoutuminen lääkehoitoon vaatii potilaalta kokonaisvaltaisen omistautumisen hoitoonsa. Lääkehoitoon sitoutuminen on osa hoitomyöntyvyyttä, koska usein psykiatrisessa hoitotyössä merkittävänä tekijänä on lääkehoidon onnistuminen. Jos potilas on myöntyväinen lääkehoitoonsa, hoidon tulos on oletetusti parempi. Potilaan kokiessa tahdosta riippumatonta lääkehoitoa, saattaa sillä olla negatiivinen vaikutus vielä puolen vuodenkin päästä lääkehoitomyöntyvyyteen (Repo-Tiihonen, ym. 2012). Lääkehoidon sitoutumiseen vaikuttaa potilaan sosiaalisen verkoston kanta lääkehoitoon sekä potilas lääkäri suhteen laatu. Potilaan lääkäriltä saama informaatio omasta sairaudestaan sekä lääkehoidosta vaikuttaa merkittävästi sitoutumiseen. Informaation määrän ollessa suppea, on potilaan hankala sitoutua hoitoon. Kognition puutteilla on merkittävä vaikutus lääkehoidon onnistumisessa sekä potilaan hoitomyöntyvyydessä, yleisimpiä vaikuttavia tekijöitä on heikko oppimiskyky sekä verbaalinen muisti. (Oksanen 2015) Hoitotyössä potilaalle sekä hänen omaisilleen tulee mahdollistaa riittävä informaatio koskien hänen sairauttaan sekä lääkehoitoaan. Potilaalta on tärkeä myös kysyä hänen itse kokemansa hoitoon liittyvät hyödyt sekä haitat. Hoitomyöntyvyyden kannalta on ehdottoman tärkeitä myös kysyä ja havainnoida potilasta kokemat hyödyt ja haitat liittyen hänen hoitoonsa hänen hoidon kokemistaan hyödyistä ja haitoista kokemistaan hyödyistä ja haitoista koskien hänen hoitoaan.

Lääkemyöntyvyys on sekä somaattisissa että psykiatrisissa sairauksissa heikko, jopa puolet psykoosipotilaista käyttää vähemmän kuin 70% määrätystä lääkemannoksesta (Oksanen 2015). Tätä katsauksen tulosta myötäilee Käypä hoito (2015) oppaassa oleva tieto siitä, että 30 % sairaalapotilaista ja 40–65 % avohoitopotilaista jättää ainakin ajoittain noudattamatta lääkitysohjeita.

Katsauksessamme selvisi, että pakkoa sairaalahoidon aikana kokeneet potilaat kertoivat elämänlaatunsa paremmaksi. Tosin tärkeätä on muistaa,

että myös heidän hoitoaikansa on pidempi, jolloin elämänlaatuun vaikuttaa myös heidän saamansa kuntoutus, lääkehoito, diagnostiikka sekä sopeutuminen vallitseviin olosuhteisiin. (Soininen 2013) Hoidollisten interventioiden voidaan todeta lisäävän ja tuottavan hoitomyöntyvyyttä. Szmukler & Appelbaum (2008) kirjoittavat julkaisussaan, että hoidolliset interventiot ehkäisevät ahdinkoa ja näin ollen vähentävät siitä johtuvaa kärsimystä ja nöyryytystä, jotka johtuvat tahdonvastaisesta hoidosta. Tästä voidaan tehdä päätelmä, että hoidolliset interventiot lisäävät potilaan hoitomyöntyvyyttä.

Kaija Appelgvist-Schmidlechnerin suomentamat WEMWBS- sekä SWEMWBS-mittarit soveltuvat opinnäytetyön tekijöiden mielestä hyvin hoitomyöntyvyyden kartoitukseen. Mittarin avaintekijöinä toimivat positiiviset tunteet, tyydyttävät sosiaaliset suhteet sekä hyvä toimintakyky kuvaavat potilaan hänen nykyisessä elämäntilanteessa kokemia tuntemuksia. Van den Hooffin & Goossensenssin (2013) katsauksesta selviää, että potilaan on hankala asennoitua rakentavasti omaan hoitoonsa, jos hän kokee negatiivisia kokemuksia. Tällöin potilaan on myös hankala vastaanottaa ohjeita sekä hoitolinjauksia. Täten potilaan positiivista mielenterveyttä olisi käytännöllistä seurata Appelgvist-Schmidlechner ym. (2016) esittämällä mittarilla, jolloin mahdolliset negatiiviset tunteet voitaisiin kartoittaa ajoissa, sekä niihin olisi mahdollista puuttua aikaisemmin.

Minna Laitilan (2010) tutkimuksen yksi tärkeimmistä asioista on potilaiden tasavertaisuus. Kun potilaat eivät ole hoitotyön näkökulmasta, eikä päätäjien kannalta tasavertaisessa asemassa muiden potilasryhmien kanssa, on sillä suora vaikutus olosuhteisiin sekä taloudellisiin tekijöihin. Palveluiden käyttäjiä tulisi olla myös enemmän mukana toimintojen suunnittelussa sekä päätöksenteossa, koska heillä on arvokasta kokemusta, jota ei tarpeeksi käytetä. Smith ym. (2014) selvittivät tutkimuksessaan, että pakkoa kokevat potilaat usein myös raportoivat tyytymättömyyttään hoitoonsa kohtaan joka, saattaa lisätä Laitilan (2010) mainitsemaa leimaimista ja stigmaa alaa kohtaan.

## 9.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Viime vuosikymmenten aikana on terveystieteellisissä tutkimuksissa ja hoitotieteessä yleistynyt kirjallisuuskatsausten käyttö. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessissa on tärkeää, että tutkija itse ei valitsisi lähteitä oman mieltymyksen perusteella, vaan ottaisi usean näkökulman huomioon ja jatkuvasti refleктоisi lähteitä suhteessa tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnassa on tärkeässä roolissa tekijöiden rehellisyys, tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus. Eettisyys ja luotettavuus ovat tärkeässä roolissa kirjallisuuskatsauksissa ja niitä voi parantaa koko katsausprosessin ajan. Jotta katsaus on luotettava, tulee tutkimuskysymys esitellä selkeästi ja teoria on oltava perusteltua. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 297–298.)

Kirjallisuus hakua suorittaessamme huomasimme, että jos julkaisut voisivat meidän kriteerien perusteella olla vanhempia kuin 10 vuotta olisi lähdepohjamme laajempi. Halusimme silti pitää 10 vuotta kriteerinä koska se toisi lisää luotettavuutta tiedon ollessa ajankohtaisempaa. Opinnäytetyön tuloksen luvussa olemme käyttäneet yhtä lähdettä, joka on julkaistu vuonna 2000. Lähde käsittelee hoitomyöntyvyyttä käsitteenä ja se toimii saate tekstinä tutkimuksen tuloksille.

Katsaukseen valitut aineistot ovat kaikki vertaisarvioituja ja ne on kerätty luotettavista lähteistä. Tietokantoina olemme käyttäneet Medic, Finna, Cinahl, Pubmed sivustoja. Manuaalisen haun suoritimme Google Scholar hakukonetta käyttäen. Scholar hakukone antoi meille hakutulokseksi 4420 osumaa. Näistä valitsimme kaksi artikkelia, jotka löytyivät kahdelta ensimmäiseltä sivulta. Nämä kaksi ensimmäistä sivua on työn tekijöiden mielestä relevantit aiheeseen liittyen, koska ne sisälsivät kaikki hakusanamme.

Katsauksen aineistossa on kaksi pääkirjoitusta. Prosessimme aikana oli hie-man epäselvyyttä, onko pääkirjoitukset vertaisarvioituja mutta Szmuklerin & Appelbaumin (2008) tekemä pääkirjoitus on vertaisarvioitu, se selviää lähteen tiedoista. Juriloon & Rovasalon (2011) tekemä pääkirjoitus on julkaistu aikakauskirja Duodecimissa, jonka kaikki kirjoitukset ovat vertaisarvioituja (Duodecim 2018).

Kuten Kangasniemi ym. (2013 297–298) määrittävät, on tutkimuskysymys tärkeässä roolissa katsauksessa. Omassa työssämme kysymys ja työn aihe on elänyt prosessin aikana, olemme muokanneet sitä vastaamaan työn sitä vaatiessa. Prosessin alussa tavoitteena oli etsiä tutkittua tietoa liittyen tahdonvastaiseen hoitoon, hoitomyöntyvyyteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin, mutta nopeasti huomasimme, että kaksiosainen kysymys on problemattinen, joten oli laadullisesti parempi, että yhdistämme aiheen. Joten päätimme tutkia tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoitomyöntyvyyttä. Tutkimuskysymyksen yksinkertaistaminen toi työllemme lisää luotettavuutta koska nykyiseen kysymykseen oli työn kannalta helpompi vastata.

Työmme luotettavuutta lisää tiedonhaun taulukko, johon on eritelty hakukoneittain käyttämämme hakusanat, joten kaikki tekemämme tiedonhaut ovat uudelleen toistettavissa. Osa hakukoneista tosin vaatii sisäänkirjautumisen järjestelmään esimerkiksi korkeakoulun tunnuksilla. Hakukoneiden käyttö ei aluksi ollut niin yksinkertaista kuin ajattelimme, mutta saimme ammattitaitoisia ja yksilöityjä ohjeita Hämeen-ammattikorkeakoulun informaatiokilta. Informaatikko ohjeisti meitä oikeanlaisten hakusanojen käyttöön sekä piti huolen, että tallennamme tekemämme haut, jotta työmme luotettavuus säilyy.

### 9.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyömme alussa tiedostimme, että molempien selkeät vahvuudet ovat konkreettisen hoitotyön tekemisessä, eikä kirjallisen materiaalin tutkimisessa ja tuottamisessa. Halusimme silti tehdä kirjallisen työn osittain haasteena itsellemme sekä se mahdollistaisi sen, että voisimme tehdä työn pelkästään omien aikataulujen varassa, eikä mukana olisi kolmatta osapuolta. Kolmas osapuoli liittyi mukaan työn loppuvaiheessa. Saimme mahdollisuuden pitää työn loppuseminaarin psykiatrisen kuntoutusosaston tiimipalaverissa, jolloin konkretisoitui se, että aiheelle löytyy mielenkiintoa myös muissa alan ammattilaisissa.

Ammatillista kehittymistä on myös huomannut työelämässä, koska opinnäytetyöhön haettu fakta on konkretisoitunut työelämässä. Joka päivä saamme pohtia tahdonvastaisessa hoidossa olevan potilaan liittyvän hoitotyön eettisiä kysymyksiä ja niihin ratkaisuja. Kanssakäyminen potilaiden kanssa keskusteltaessa tahdonvastaisesta hoitotyöstä on myös vahvistunut, koska olemme saaneet tietotaitoa perusteluiden taustalle.

Olemme myös huomanneet selkeän kehityksen kirjallisen työn suunnittelussa ja toteutuksessa. Huomasimme että eräitä yksityiskohtia lukuun ottamatta opinnäytetyö antaa mahdollisuuden parantaa huomaamattomia haittatekijöitä. Yhdessä tekemämme päätös työhön sitoutumisesta on tuonut tukevan pohjan kehitykselle, jota on tapahtunut prosessin aikana, alusta saakka.

Kuten eettisyyden ja luotettavuuden kappaleessa mainitsimme, olemme saaneet valtavan tuen ammattikorkeakoulumme Informaatikolta. Ammatillinen kehittyminen on ollut myös suurta tiedonhaun saralla. Tulevaisuudessa uuden tiedon hankkiminen on työelämässä lähes arkipäiväistä, joten on todella suuri etu, että olemme oppineet oikeaoppisen tiedonhaun prosessin. Tulevaisuuden tavoitteena meillä molemmilla on myös kouluttautua lisää, jolloin viimeistään tarvitsemme tämän työn aikana hankkimamme taitoja.

Kriittisytemme liittyen lähteisiin on kehittynyt, työssämme etsimme vertaisarvioituja ja vähintään kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia ylläpitääksemme työmme luotettavuutta, aikaisemmin nämä eivät ole olleet itsestäänselvyksiä. Ajanhallinnallisesti on ollut haasteena yhdistää kiireinen kevät ammattikorkeakoulussa, harjoittelut loppukevästä sekä koko kesän molemmilla jatkuva kolmivuorotyö. Mutta olemme todella tyytyväisiä, että olemme pystyneet kehittymään ajanhallinnassa sekä suunnitelmallisuudessa.

#### 9.4 Opinnäytetyöprosessi

Lokakuussa 2017 opinnäytetyöprosessimme alkoi aiheen valinnalla. Aihe esitettiin opettajille lomakkeen muodossa. Lomakkeen perusteella meille määräytyi ohjaavat opettajat, jotka hyväksyivät aiheemme. Prosessin alku oli hyvin verkkainen ja ensimmäistä kertaa toden teolla työstimme opinnäytetyötä joulukuussa ollessamme joululomalla. Ensimmäisenä meidän täytyi tutustua käsitteeseen kirjallisuuskatsaus, sekä sen vaiheisiin. Teoriapohjaa luodessamme huomasimme, että teoriatieto on osittain kriteeriemme mukaisesti liian vanhaa. Luodessamme teoriapohjaa päätimme käyttää yhtä lähdettä, joka olisi yli kymmen vuotta vanha, saadaksemme keskusteluvuutta lähdemateriaalin kanssa. Teoriapohjan ollessa sama uudessa ja vanhassa lähteessä koimme voivamme käyttää molempia, sekä tuoreempaa että vanhempaa lähdettä. Suurena apuna alkutaipaleella oli opinnäytetyöpiirit, jossa saimme vertaistukea muilta opiskelijoilta sekä arvokkaita neuvoja ohjaavilta opettajiltamme. Tässä vaiheessa otimme yhteyttä Hämeen-ammattikorkeakoulun sekä Kanta-Hämeen keskussairaalan informaattikkoon, keneltä saimme yksilöllisiä neuvoja tiedonhaun prosessiin meidän opinnäytetyössä. Informaatikon ohjeiden avulla osasimme tehdä tiedonhaun, jonka avulla löysimme tarvitsemamme tutkimukset (n=9). Lähteistämme osa on suomenkielisiä (n=5), ulkomaalaisia on kolme ja yhteensä englannin kielisiä on 4.

Kevään aikana työstimme opinnäytetyötä aina silloin tällöin, pääprioriteettina meillä oli profiloivan vaiheen opinnot, sekä harjoittelut. Priorisoinnintakia emme työstäneet aktiivisesti opinnäytetyötä, koska tiedostimme että asian suhteen ei ole kiire. Kesällä opintojen jäätyä tauolle, sovimme että viemme prosessin loppuun. Työstäminen kesällä oli mielestämme melko helppoa koska olimme tehneet hyvän pohjatyön keväällä, meillä oli lähteet sekä niiden materiaalit jo kasattuna. Työskentelimme koko kesän samassa työpaikassa psykiatrisella kuntoutusosastolla, joten käsittelimme jopa työmme kautta opinnäytetyön aihetta. Yhteinen työpaikka ylläpiti ja jopa lisäsi mielenkiintoamme aiheeseen ja toi esille keskustelua herättäviä kysymyksiä esimerkiksi hoitotyön eettisyydestä sekä itsemääräämisen rajoittamisesta.

Opinnäytetyö valmistui lokakuussa 2018, jolloin tarkistutimme sen viimeisen kerran ohjaavilla opettajillamme ja saimme luvan loppuseminaarin pitämiseen psykiatrisella kuntoutusosastolla.

## LÄHTEET

Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. (2016). Suomen lääkäri-lehti, Vuosikerta 71, Nro 24. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Haettu 12.2.2018 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/230006>

Duodecim. (2018) Vertaisarviointi. Haettu 10.8.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/inf04410>

Holmberg, J. (2016). Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan kirjapaino OY

Huttunen, M. (2016). Terveyskirjasto. Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaanhoito. Haettu 12.12.2017 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00512](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512)

Huttunen, M. Duodecim (2017). Terveyskirjasto. Mielenterveyden häiriöt. Haettu 29.6.2018 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)

Huttunen, M. Duodecim (2016). Terveyskirjasto. Suhtautuminen psykiatriseen hoitoon. Haettu 10.4.2018 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00006](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00006)

Juriloo, A. & Rovasalo, A. (2011) Terveysportti. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. Haettu 10.1.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99270.pdf>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 4/25.

Kuhanen, C., Pirkko, O., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (2014) Mielenterveys-hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Käypä hoito. (2015). Skitsofrenia. Haettu 10.8.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>

Laitila, M., (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Haettu 9.1.2018 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf)

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (2017). Psykiatria. Haettu 14.5.2018 osoitteesta [https://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6322\\_esittely.pdf](https://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6322_esittely.pdf)

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. (2016). Psykiatrinen hoitotahto. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Sivun 20. Haettu 29.6.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/131697>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Haettu 12.12.2017 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2P8>

Oksanen, J (2015) Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Haettu 26.2.2018 Osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A & Tuppurainen, H. (2012) Terveystietä. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Haettu 10.1.2018 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10637.pdf>

Smith, D., Roche, E., O'Loughling, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, F., Feeney, L & O'Donoghue, B. (2014) Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. Haettu 9.1.2018 osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=94232196&site=ehost-live>

Soininen, P. (2013). Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Haettu: 10.1.2018 osoitteesta <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Sorvaniemi, M. & Kampman, O. (2000). Hoitomyöntyvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä. Duodecimlehti. Haettu 18.7.2018 osoitteesta <https://duodecimlehti.fi/api/pdf/duo91324>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (2015) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes print.

Szmukler, G. & Appelbaum PS (2008). Treatment pressures, leverage, coercion and compulsion in mental health care. Haettu 9.1.2018 osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105689160&site=ehost-live>

THL. (2016). Psykoosit. Haettu 29.6.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>



THL. (2018) Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2016. Haettu 3.10.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/erikoissairanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>

Valvira. (n.d.) Tahdosta riippumaton hoito. Haettu 29.6.2018 osoitteessa <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys/hoitoon-maaraamisen-vaiheet>

Van den Hooff, S. & Goossensen, A. (2013) How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. Haettu 10.1.2018 osoitteesta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=97225343&site=ehost-live>