

ERISTYSTEN AJALLINEN VAIHTELU
KEROPUTAAN SAIRAALASSA

Leppälä Sara
Parkkinen Katja

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijät	Katja Parkkinen Sara Leppälä	Vuosi	2019
Ohjaaja(t)	Seppo Kilpiäinen Pipsa Vilén		
Toimeksiantaja	L-PSHP/ Keroputaan sairaala		
Työn nimi	Eristysten ajallinen vaihtelu Keroputaan sairaalassa		
Sivu- ja liitesivumäärä	54 + 2		

Opinnäytetyön tarkoituksena on Keroputaan sairaalan tahdonvastaisten hoitotilanteiden määrän analysointi ja hoitotyöntekijöiden kokemusten kartoittaminen eristysten ajallisista vaihteluista. Tavoitteena on tuottaa tietoa Keroputaan sairaalalle eristysten ajallisesta vaihtelusta sekä selvittää hoitotyöntekijöiden kokemus eristystilanteista. Tutkimusongelma työssä on seuraava: Minkälaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on Keroputaan sairaalan ajallisista vaihteluista eristyksissä?

Aihe työhön tulee Keroputaan sairaalan tarpeesta. Tutkimusaiheena ovat eristystilanteet Keroputaan sairaalassa, ja aihe on rajattu koskemaan eristysajankohtia ja niissä tapahtuvia muutoksia. Hoitotyöntekijöiden haastattelulla kartoitettiin heidän kokemuksiaan eristystilanteiden ajallisesta vaihtelusta. Opinnäytetyön tekoon käytettiin Keroputaan sairaalan henkilökunnan keräämää aineistoa eristystilanteita kuvaavista tunnusluvuista vuosilta 2013 - 2017 sekä teemahaastattelua. Tutkimus tehtiin monimenetelmätutkimuksena.

Aihetta voidaan pitää tärkeänä käytännön hoitotyölle, koska tutkimusta voidaan käyttää kehittämään mielenterveyspalveluita. Psykiatrisessa hoidossa tahdosta riippumattoman hoidon käyttö katsotaan tärkeäksi ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymykseksi. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet velvoittavat pakkohoitotoimenpiteiden käytön vähentämiseen hoidossa. Eristystilanteiden tarkastelu jälkeenpäin on yksi keino minimoida psykiatristen tahdonvastaisten hoitokeinojen käyttöä.

Seuranta-aikana tilastollisesti todettiin eristysten määrän laskeneen. Hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan ajallista vaihtelua oli näkyvässä, mutta kuitenkin suoraan laskevaa trendiä ei todettu. Osittain hoitotyöntekijöiden näkemykset erosivat toisistaan.

Avainsanat mielenterveys, mielenterveystyö, pakkohoito, triangulaatio

School of Northern Well-being and
Services
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of health Care, Nurse

Authors	Katja Parkkinen Sara Leppälä	Year	2019
Supervisors	Seppo Kilpiäinen Pipsa Vilén		
Commissioned by Subject of thesis	Länsi-Pohja Hospital District/ Keropudas Hospital Temporal Variation of Isolations in Keropudas Hos- pital		
Number of pages	54 + 2		

The purpose of this thesis was to analyze the amount of involuntary treatment situations in Keropudas hospital and map out nurses' experience of the temporal variation of isolations. The aim was to produce information of the temporal variation of isolations for the Keropudas hospital and study the nurses' experiences of the involuntary treatment situations. The research problem of this research was; What kind of experiences the nurses have about temporal variation in the involuntary treatment situations in the Keropudas hospital?

The topic of this work originates from the needs of the Keropudas hospital. The research subject is isolation situations and the subject has been limited to timing of isolation and the changes in them. The nurses were interviewed by using theme interviews and data of their experiences of the temporal variation of isolations was produced. In addition, Keropudas hospital material of their isolation situations from the years 2013-2017 were used as the Keropudas hospital. Material was collected by the staff of the Keropudas hospital. The Research was implemented with a multi-method research method.

The subject of this study can be important to nursing, because it can be used to develop mental health care services. In psychiatric care the involuntary treatments have been seen as an important human right-, work safety, and patient safety question. The European Court of Human Rights, international agreements, and the ethical principles of nursing commit to decrease the use of involuntary treatment in psychiatric care. Examining the temporal variation of isolations is one way to minimize the use of involuntary treatment in psychiatric care.

During the research time it was noticed that the amount of the isolation situations has decreased. According to the nurses' experiences variations of time existed but they did not notice a decrease in the isolation situations. There were some differences between the nurses' opinions.

Key words mental health, mental health care, involuntary treatment, triangulation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSONGELMA	9
3	MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ	10
3.1	Mielenterveys.....	10
3.2	Positiivinen mielenterveys.....	11
3.3	Mielenterveyden häiriöt.....	12
4	MIELENTERVEYSTYÖ KÄSITTEENÄ	14
4.1	Historia.....	14
4.2	Mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö	15
4.3	Mielenterveystyö	16
4.4	Mielenterveyshoitotyö	17
4.5	Eettinen näkökulma	18
5	TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO.....	21
5.1	Hoitoonmääräämisprosessi	21
5.2	Perusoikeuksien rajoittaminen	23
5.3	Eristäminen ja sitominen.....	24
6	KEROPUTAAN SAIRAALA	26
6.1	Historiaa.....	26
6.2	Avoimen dialogin hoitomalli (Keroputaan malli)	29
7	OPINNÄYTETYÖN METODINEN LÄHESTYMISTAPA.....	31
7.1	Monimenetelmätutkimus	31
7.2	Aineiston hankinta	32
7.3	Aineiston analysointi	33
8	TUTKIMUSTULOKSET	36
8.1	Kuvioiden tarkastelu	36
8.2	Teemahaastatteluiden sisällönanalyysi.....	43
8.3	Johtopäätökset	45
9	TUTKIMUSEETTINEN POHDINTA, LUOTETTAVUUS JA PÄTEVYYS.....	47
9.1	Tutkimuksen etiikka	48

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys	49
LÄHTEET	51
LIITTEET	54

ALKUSANAT

Haluamme erityisesti kiittää Keroputaan sairaalan psykologia Tomi Bergströmiä hyvistä neuvoista ja ohjeista. Lisäksi haluamme kiittää opettajia Seppo Kilpiäistä ja Pipsa Viléniä avusta ja ohjauksesta.

1 JOHDANTO

Mielenterveystyössä on lähtökohtana potilaan itsemääräämisoikeuden, vapaaehtoisuuden ja mielipiteiden kunnioittaminen. Kuitenkaan aina näiden periaatteiden mukaan ei voida sairauden vuoksi toimia. Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa, mikäli tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ovat olemassa. Henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuminen täytyy perustua aina lakiin. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 69; Hietaharju & Nuutila 2016, 24; Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2017, 740 - 741; Tahdosta riippumaton hoito 2017.)

Tahdosta riippumaton hoito ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoidossa tulisi käyttää tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä. Hoitava lääkäri päättää potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimusmenetelmistä. Hoitotoimenpiteistä ja niiden kestoista on tehtävä huolelliset ja perusteelliset kirjaukset. (Mielenterveyslaki 1116/1990 4 a:22 a-22 b §; Hietaharju & Nuutila 2016, 26; Henriksson ym. 2017, 747; Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 78.)

Eristäminen ja lepositeiden käyttö ovat tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä. Potilas voidaan eristää tai sitoa, mikäli hän todennäköisesti satuttaisi itseään tai muita, vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitoa tai vaarantaisi turvallisuutta. Lisäksi edellytetään, että tilanteen rauhoittamiseksi eivät sovellu muut tavat. Eristämishoito sekä fyysinen kiinnipitäminen ovat viimeinen keino hallita tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa aggressiivisesti tai sekavasti käyttäytyvää potilasta. (Putkonen, Repo-Tiihonen & Tuppurainen 2012; Hietaharju & Nuutila 2016, 26-27; Henriksson ym. 2017, 709; Hämäläinen ym. 2017, 80-81.)

Opinnäytetyön aiheena ovat eristystilanteet Keroputaan sairaalassa. Tarkoituksena on Keroputaan sairaalan tahdonvastaisten hoitotilanteiden määrän analysointi ja hoitotyöntekijöiden kokemusten kartoittaminen eristysten ajallisista vaihteluista. Tavoitteena on tuottaa tietoa Keroputaan sairaalalle eristysten ajallisesta vaihtelusta sekä selvittää hoitotyöntekijöiden kokemus eristystilanteista. Työn keskeisiä käsitteitä ovat mielenterveys, mielenterveystyö ja tahdosta riippumaton hoito.

Tutkimusongelma tässä työssä on seuraava: Minkälaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on Keroputaan sairaalan ajallisista vaihteluista eristyksissä?

Keroputaan sairaala kuuluu VIOLIN-hankkeeseen. Hanke on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen koordinoima tutkimus- ja kehittämishanke, jossa psykiatristen osastojen toimintaa kehitetään henkilökunnan, potilaiden ja omaisten yhteistyönä. (Psykiatrian osasto 2018.)

Aihe työhön tulee Keroputaan sairaalan tarpeesta. Opinnäytetyö auttaa kehittämään mielenterveyspalveluita. Aikaisempaa tutkimustietoa eristysten ajallisesta vaihtelusta Keroputaan sairaalassa ei ole. Tutkimuksesta on hyötyä eristystilanteiden tarkastelussa jälkeenpäin, tämä on yksi keino minimoida psykiatristen tahdonvastaisten hoitokeinojen käyttöä.

Tutkimusmenetelmänä työssä on käytetty monimenetelmätutkimusta, jossa yhden osa-alueen tutkimiseksi käytetään apuna useita eri menetelmiä. Tutkimuksen tekeminen monimenetelmätutkimuksena lisää luotettavuutta ja usein menetelmien triangulaatio eli erilaisten menetelmien yhdistämistä perustellaan sillä, että yksittäisellä menetelmällä ei saada riittävän kattavaa kuvaa tutkittavasta kohteesta. (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2006b; Aveyard, Goodman & Moule 2017, 275.)

2 TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena on Keroputaan sairaalan tahdonvastaisten hoitotilanteiden määrän analysointi ja hoitotyöntekijöiden kokemusten kartoittaminen eristysten ajallisista vaihteluista. Tutkimus rajataan koskevaksi eristysten ajankohdan ja määrän suhdetta. Tavoitteena on tuottaa tietoa Keroputaan sairaalalle eristysten ajallisesta vaihtelusta sekä selvittää hoitotyöntekijöiden kokemus eristystilanteista. Haastattelulla selvitetään hoitotyöntekijöiden näkökulmaa eristysten ajalliseen vaihteluun.

Työn tutkimusongelma on seuraava: Minkälaisia kokemuksia hoitotyöntekijöillä on Keroputaan sairaalan ajallisista vaihteluista eristyksissä?

3 MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ

3.1 Mielenterveys

Mielenterveys on monimuotoinen käsite, joka on muuttunut eri ajan ja näkemysten mukana. Aikoinaan mielenterveys on määritelty lähinnä mielen sairauden kautta. Ihmisen on katsottu olevan häiriintynyt tai sairas, jos hän on käyttäytynyt eri tavalla kuin muut. 1900-luvulla Sigmund Freud kuvasi ihmisen olevan mieleltään terve, kun hänellä on ”kyky rakastaa ja tehdä töitä”. 1950-luvulla mielenterveys-käsitteen käyttö yleistyi. Mielenterveys-käsite sisältää positiivisen mielen-terveyden, erilaiset mielenterveyden häiriöt sekä sairaudet. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 12; Nordling & Toivio 2013, 60, 62; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 10.) Nykyään yleinen määritelmä mielenterveydelle on The World Health Organizationin (WHO) käsite. Sen mukaan mielenterveyden katsotaan olevan älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä ja pystyy toimimaan elämän normaalissa stressissä, pystyy työskentelemään tuloksellisesti sekä pystyy toimimaan osana yhteisöään. (Videbeck 2003, 3; Nordling & Toivio 2013, 62.)

Mielenterveys sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen ulottuvuuden. Viime vuosikymmenten aikana käyttöön on otettu kokonaisvaltainen eli holistinen tarkastelutapa. Mielenterveys kehittyy ja muuttuu elämän aikana elämäntilanteen ja olosuhteiden mukaan. Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät, joita ovat: perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ja kulttuuriset arvot. Nämä tekijät ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa vaikuttaen ihmisen olotilaan. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 12 - 13; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 10.)

Ihmisellä on olemassa mielenterveyttä suojaavia sekä vaarantavia tekijöitä. Suojaavat tekijät ovat mielenterveyttä vahvistavia ominaisuuksia, jotka lisäävät ihmisen selviytymiskykyä. Suojaavat tekijät alentavat mielenterveyshäiriöiden riskiä. Vaarantavat eli haavoittavat tekijät heikentävät hyvinvointia ja terveyttä sekä lisäävät sairastumisen mahdollisuutta. Molemmat tekijät jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (Taulukko 1). (Hietaharju & Nuuttila 2010, 14 - 15; Nordling & Toivio 2013, 62 - 63.)

Taulukko 1. Sisäiset ja ulkoiset tekijät (Hietaharju & Nuutila 2010, 15; Nordling & Toivio 2013, 63.)

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Fyysinen terveys ja perimä • Myönteiset varhaiset ihmissuhteet • Hyvä itsetunto • Hyväksytyksi tulemisen tunne • Oppimiskyky • Ongelmanratkaisutaito • Ristiriitojen käsittelytaito • Vuorovaikutustaidot • Kyky ihmissuhteiden luomiseen ja ylläpitämiseen • Mahdollisuus itsensä toteuttamiseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruoka • Suoja • Sosiaalinen tuki • Työ/toimeentulo • Myönteiset mallit • Koulutusmahdollisuus • Kuulluksi tuleminen • Turvallinen ympäristö • Toimiva yhteiskuntarakente

Sisäiset haavoittavat tekijät	Ulkoiset haavoittavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Sairaudet, kehityshäiriöt • Itsetunnon haavoittuvuus • Avuttomuuden tunne • Huonot ihmissuhteet • Seksuaaliset ongelmat • Huono sosiaalinen asema • Eristäytyneisyys • Vieraantuneisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Suojattomuus ja kodittomuus • Erot ja menetykset • Hyväksikäyttö ja väkivalta • Psykkiset häiriöt perheessä • Päihteet • Kiusaaminen • Työttömyys • Syrjäytyminen • Köyhyys • Haitallinen ympäristö

3.2 Positiivinen mielenterveys

Voidaan ajatella, että ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä. Mielenterveyttä käsiteltäessä usein ajatellaan negatiivisia puolia ja mielenterveyshäiriöitä. Positiivisella mielenterveydellä ohjataan ajattelua pois ongelma- ja sairausnäkökulmasta, minkä avulla vahvistetaan mielen hyvinvointia. Positiivinen mielenterveys on voimavara, jonka varaan ihminen nojaa. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu kokemus hyvinolontunteesta, minkä avulla voi elää mielekkäästi ja tasapainoisesti. Koherenssi- ja ongelmaratkaisutaidot sisältyvät myös positiiviseen mielenterveyteen. Koherenssilla tarkoitetaan itseluottamusta ja itsetuntoa, jonka avulla ihminen kykenee solmimaan, kehittämään ja ylläpitämään tyydyttäviä ihmissuhteita

sekä kykenee kohtaamaan vastoinkäymisiä. Positiivisella mielenterveydellä voidaan ehkäistä ongelmien syntyä muuttuvissa elämänvaiheissa. (Videbeck 2003, 3; Kanerva ym. 2010, 17; Hämäläinen ym. 2017, 19 - 20; Tamminen 2018, 2.)

3.3 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisnimitys erilaisille psykiatrisille häiriöille. Mielenterveyden häiriö on oireiden muodostama kokonaisuus, oireyhtymä eli syndrooma. Oireiden aiheuttaessa häiriötä tiedollisissa toiminnoissa, tunteiden säätelyssä tai käyttäytymisessä ja vaikeuksien ollessa jokapäiväisiä, aiheuttaen kärsimystä, toimintakyvyn häiriötä sekä niiden uhatessa psyykkistä hyvinvointia, on karkealla jaolla kyseessä mielenterveyden häiriö. Ihmisen elämässä tapahtuvissa vastoinkäymisissä normaalia reaktiota, ohimenevää suremista ja henkistä pahoinvointia ei pidetä mielenterveyden häiriönä. (Henriksson ym. 2017, 62; Hietaharju & Nuutila 2016, 29 - 30; Mielenterveyshäiriöt, 2015.)

Mielenterveyshäiriöt ovat väestön toiseksi yleisin pitkäaikaisten sairauksien ja sairauseläkkeiden syy. Lievästä tai tilapäisestä mielenterveyden häiriöstä on kärsinyt joka toinen suomalainen ja jossain vaiheessa elämää joka neljäs sairastuu mielenterveyden häiriöön, joka vaatii lääketieteellistä hoitoa. Jokaisella ihmisellä on eri määrä stressiä ja psyykkistä kuormitusta sekä jokaisella on myös oma psykologinen rakenne ja biologinen perimä, joka suojaa psyykkisiltä sairauksilta tai altistaa niille. Hyvän hoidon ja kuntoutumisen turvaamiseksi tarvitaan häiriöiden diagnosointia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 106.)

Suomessa mielenterveyshäiriöiden diagnosointiin käytetään kahta psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää. Käytössä on Maailman terveysjärjestön ICD-järjestelmä ja Yhdysvaltojen psykiatryhdistyksen kehittämä DSM-järjestelmä (Taulukko 2). (Mielenterveyshäiriöt, 2015; Henriksson ym. 2017, 63.)

Taudin määrittämisellä saadaan tukea potilaan hoidon suunnitteluun ja itse hoitoon. Määrittäminen antaa kuvan mielenterveyshäiriön luonteesta ja ennusteesta. Diagnoosi on kuitenkin vain yksi näkökulma potilaan kliiniseen tilanteeseen, eikä sen ole tarkoitus leimata tai luokitella ihmistä. Tautiluokitukset sisältävät tarkan kuvauksen eri mielenterveyden häiriöiden oireista ja niiden kestosta. Mielenterveyden häiriöihin kuuluu niille tyypillisiä oireita, jotka auttavat häiriön

määrittämisessä. Ongelmat ja oireet voivat ilmetä monella eri tavalla ja kaikilla ei välttämättä ole samanlaisia oireita. Psykkiset vaikeudet voivat aiheuttaa myös psykosomaattisia tuntemuksia, ilmetä fyysisenä kipuna, kuten vatsakipuna. Mielenterveyden häiriön määrittäminen perustuu luokitukseen, oireiden määrään ja niiden ominaispiirteisiin. (Hietaharju & Nuutila 2010, 31; Henriksson ym. 2017, 65; Hämläinen ym. 2017, 225 - 226.)

Taulukko 2. ICD-10:n ja DSM-5:n pääluokat (Henriksson ym. 2017, 65).

ICD-10	DSM-5
F00-F09 Elimelliset aivo-oireyhtymät	1. Hermoston kehitykseen liittyvät häiriöt
F10-F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	2. Skitsofrenian kirjoon kuuluvat ja muut psykoottiset häiriöt
F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt	3. Kaksisuuntaiset ja niihin liittyvät häiriöt
F30-F39 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]	4. Depressiiviset häiriöt
F40-F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt	5. Ahdistuneisuushäiriöt
F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	6. Pakko-oireiset ja niihin liittyvät häiriöt
F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	7. Traumaan ja stressitekijään liittyvät häiriöt
F70-F79 Älyllinen kehitysvammaisuus	8. Dissosiativiset häiriöt
F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt	9. Elimellisesoireiset ja niihin liittyvät häiriöt
F90-F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	10. Syöttämis- ja syömishäiriöt
F99-F99 Määrittämätön mielenterveyden häiriö	11. Eliminaatiohäiriöt
	12. Uni- ja valvehäiriöt
	13. Seksuaaliset toimintahäiriöt
	14. Sukupuoleen liittyvä dysforia
	15. Häiriökäyttäytyminen, hillitsemishäiriöt ja käytöshäiriöt
	16. Päihteisiin liittyvät ja addiktiiviset häiriöt
	17. Neurokognitiiviset häiriöt
	18. Persoonallisuushäiriöt
	19. Parafiiliset häiriöt
	20. Muut mielenterveyshäiriöt
	21. Lääkityksen indusoimat liikehäiriöt ja muut lääkityksen haitalliset vaikutukset
	22. Muut tilat, jotka saattavat olla kliinisen huomion kohteena

4 MIELENTERVEYSTYÖ KÄSITTEENÄ

4.1 Historia

Vuonna 1755 Seilin sairaalasta tuli Suomen historian ensimmäinen valtionmielisairaala. Seili oli jo 1600-luvun alusta lähtien ollut hospitaali, aluksi se oli spitaa-listen sairaala ja virallisesti Seili muutettiin mielisairaiden turvalaitokseksi vuonna 1771. Suomessa tämä oli ensimmäinen mielisairashoitoa koskeva toimenpide. Vuonna 1791 annettiin ensimmäiset mielisairaanhoidoa koskevat säännökset ja vuonna 1840 Seilin hospitaalista tuli Seilin turvalaitos parantumattomasti mielisairaille. Mielisairaita hoidettiin edullisesti yksinkertaisilla keinoilla. Hoitomuotoina olivat työnteko, viina, kylmät kylvyt, pimeä huone rauhattomille, väkivalta ja Jumalan sana. Seilin toiminta loppui vuonna 1962. (Mäkelä 2008, 32 - 33; Ahola 2010.)

Suomessa mielenterveyspalvelut ovat viime vuosikymmenten aikana kokeneet mullistuksia. 1920- ja 1930-luvun taitteessa tuli mielisairaslainsäädäntö osaksi uudistettua sosiaalilainsäädäntöä. Varsinaista mielisairaslakia säädettiin pariin otteeseen ja lakiesitys hylättiin vuonna 1935. Ensimmäinen mielisairaslaki astui lopulta voimaan 1.1.1938. 1940-luvulla Suomessa keskityttiin sodan jälkeiseen jälleenrakentamiseen ja sotakorvausten maksamiseen. Mielenvikaisille oli käytössä 1920- ja 1930-luvulla rakennetut mielisairaalat sekä kunnalliskotien mielisairasosastot. (Aaltonen, Eskola & Karila 2007, 15 - 16; Mäkelä 2008, 50 - 52.)

Vuonna 1952 tuli voimaan uusi mielisairaslaki, joka loi koko Suomeen kunnallisen mielisairaanhuoltopiirijärjestelmän. Lain myötä kunnalliskotien mielisairasosastot haluttiin purkaa ja tilalle perustettiin psykiatristen pitkäaikaispotilaiden B-sairaa-loita. Avohoitoa ei käytännössä juuri ollut, koska mielisairauksien katsottiin olevan pysyviä, joista ei voinut täysin kuntoutua. Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki, jonka myötä mielenterveydellinen hoitotyö kääntyi laitoshoidosta avohoitoon. Vuonna 1978 astui voimaan mielisairaslain osittaisuudistus, joka vahvisti avohoidon kehittymistä. (Aaltonen ym. 2007, 16-19; Mäkelä 2008, 62, 65 - 66, 77 - 78.)

Mielenterveystyötä oli tarpeen kehittää, joten vuonna 1990 säädettiin uusi mielenterveyslaki, joka astui voimaan seuraavana vuonna. 1990-luvun lainuudistamisen yhteydessä tapahtui mielisairaanhoidon järjestämistä vastaava suuri muutos. Vuonna 1991 annetun erikoissairaanhoidon myötä mielisairaanhuoltopiirit ja itsenäisesti mielisairaaloita ylläpitäneet kuntainliitot lakkautettiin. Uutena alettiin perustaa sairaanhoitopiirejä, joille myös vastuu siirrettiin. Vuonna 1993 koettiin myös toinen suuri muutos, sairaanhoitopiireille ei annettu enää valtionapua vaan avustus siirtyi suoraan kunnille annettavaksi. Kunnille siirtyi velvollisuus järjestää asukkaiden psykiatriset palvelut osana sosiaali- ja terveystalouksena. Lain uudistukset vaikuttivat siihen, että avohoitoa lisättiin entisestään. (Mäkelä 2008, 80, 82 - 83, 87.)

4.2 Mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö

Keskeisiä mielenterveystyötä ohjaavia lakeja ovat; Suomen perustuslaki (11.6.1999/731), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559), kansanterveyslaki (28.1.1972/66), erikoissairaanhoidon laki (1.12.1989/1062) ja mielenterveyslaki (14.12.1990/1116).

Suomen perustuslaki on mielenterveystalouden perustana. Laki määrittää yksilön perusoikeudet yhdenvertaiseen kohteluun terveydentilasta riippumatta. Mielenterveystalouksessa, kansanterveystalouksessa ja erikoissairaanhoidon laitoksissa on säädetty kuntien terveystalouksien järjestämisestä. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä on luotu turvaamaan potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon laatua. Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Potilaan perusoikeudet turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaalla on tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Laki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä salassa pitämään potilasasiakirjojen tiedot ja se kieltää luovuttamasta niitä sivullisille ilman asianomaisen kirjallista lupaa. Mielenterveystalouksella on muun muassa tahdosta riippumattomasta hoidosta ja potilaan rajoittamisesta säättävä laki. (Mielenterveystalouksella 1116/1990; Lakitietoutta 2017.)

4.3 Mielen terveystyö

Mielen terveystyön päämäärä on lisätä ihmisten hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä edistää persoonallisuuden kasvua. Lisäksi mielen terveystyö on mielisairauksien ja muiden mielen terveysthäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielen terveystyö on moniammatillista, sitä tehdään yhteiskunnassa kaikilla sektoreilla. Käytännössä se merkitsee työskentelyä neuvoloissa, päiväkodeissa, kouluissa, työpaikoilla, seurakunnissa, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, lastensuojelussa sekä potilasjärjestöjen ja kolmannen sektorin toimijoiden palveluissa. (Mielen terveystlaki 1116/1990 1 §; Hietaharju & Nuutila 2010, 16 - 17; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 76 - 77; Hämäläinen ym. 2017, 27 - 28.)

Mielen terveystyö voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: edistävä, ehkäisevä ja korjaava mielen terveystyö. Edistävä mielen terveystyö tunnistaa mielen terveysttä edistäviä yhteiskunnallisia ja yksilöllisiä tekijöitä, sekä voimistaa niitä. Edistäminen on positiivisen mielen terveystden vahvistamista. Tavoitteena on edistää hyvinvointia ja tarkoituksena on vahvistaa mielen terveysttä eli vähentää riskitekijöitä ja vahvistaa suojaavia tekijöitä. Edistävällä toiminnalla parannetaan myös riskiryhmässä olevien ihmisten selviytymiskykyä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 78; Hämäläinen ym. 2017, 29 - 30.)

Ehkäisevä mielen terveystyö tunnistaa ja torjuu mielen terveysttä uhkaavia tekijöitä. Tavoitteena on tunnistaa potilaan ensioireet ja varhaisen toteamisen sekä nopean hoidon avulla lyhentää häiriön kesto. Tehtävänä on sairauden kroonistumisen ehkäiseminen. Ehkäisevä mielen terveystyö pyrkii ehkäisemään häiriöiden syntyä. Tänä päivänä painotetaan varhaisen tunnistamisen tärkeyttä. Siinä apua tarjotaan jo ennen varsinaista mielen terveystden häiriön puhkeamista tai ensimmäistä psykiatrisen diagnoosin saamista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 79; Hämäläinen ym. 2017, 30.)

Korjaavaa mielen terveysttyötä ovat mielen terveystsongelmien tutkimus, hoito ja kuntoutus. Tarkoituksena on lievittää potilaan häiriötä sekä vähentää siihen liittyvää toimintakyvyn menetystä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 80; Hämäläinen ym. 2017, 32.)

4.4 Mielensterveyshoitotyö

Mielensterveyshoitotyö on yksi osa-alue laajasta mielensterveystyöstä. Se on mielensterveyttä edistävää hoitotyötä. Sen tavoitteena on tunnistaa riskissä oleva yksilö mahdollisimman varhain, antaa psyykkistä ensiapua sekä palauttaa ja koventaa potilaan mielensterveyttä. Tärkeänä osana on myös psyykkisen sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. (Kanerva ym. 2010, 16; Hämäläinen ym. 2017, 18.)

Mielensterveyshoitotyössä hoitaja toteuttaa itsenäisesti ja vastuullisesti potilaslähtöistä hoitotyötä. Toimintaa perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Hoitotyössä se ilmenee ajattelun ja toiminnan tasolla. Peruslähtökohtana on yksilön, yhteisön ja perheen voimavaroja kunnioittava ja tukeva työote sekä mielensterveyden edistäminen. (Kanerva ym. 2010, 30; Hämäläinen ym. 2017, 33.)

Sairastumisesta huolimatta jokaisella potilaalla on positiivista mielensterveyttä. Hoitajan tulee hoitaa potilasta niin, että hän tukee ja vahvistaa potilaan positiivista mielensterveyttä mielensterveyshäiriön hoitamisen lisäksi. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta, ei vain hänen sairaudesta tai ongelmasta. Hoitajan tulee olla läsnä sekä asiantuntijana, että ihmisenä. Tietoa tulee olla mielensterveydestä sekä sen edistämisestä ja mielensterveyshäiriöistä sekä niiden ennaltaehkäisystä. Asiantuntijana toimivan hoitajan hoitotyötä ohjaa näyttöön perustuva toiminta. Päätöksenteossa ohjaavat käypä hoito -suositukset, laatu- ja kehittämissuositukset sekä Hyvä käytäntö -suositukset. Suositukset perustuvat tutkittuun ja arvioituun tietoon. (Kanerva ym. 2010, 31; Hämäläinen ym. 2017, 33.)

Mielensterveyshoitotyön ydinosuamista on potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde. Tämä tulisi perustua kykyyn käyttää omaa persoonaa työvälineenä ja vuorovaikutuksellisten menetelmien hallintaan. Potilaan voimavarojen ja selviytymisen tukeminen on mielensterveyshoitotyön lähtökohta. On tärkeää myös vahvistaa potilaan läheisten ja perheen voimavaroja. Potilaan ja perheen voimaantuminen on kaiken yhteistyön tavoitteena. (Kanerva ym. 2010, 31; Hämäläinen ym. 2017, 33.)

Potilaan havainnoinnista ja hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista vastaa hoitaja. Mielensterveysshoitotyö on usein moniammatillista hoitoryhmätyöskentelyä, jonka toteuttaminen edellyttää jatkuvaa eettistä pohdintaa. (Kanerva ym. 2010, 31; Hämäläinen ym. 2017, 34.)

Hoitotieteellisen tietoperustan lisäksi lääketieteen, psykologian ja muiden yhteiskuntatieteiden tieto on hoitajalle tarpeellista. Mielensterveysshoitotyössä hyödynnetään myös eri terapiasuuntauksia. Hoitaja voi käyttää eri terapian menetelmiä työssään hyödyksi, mutta ei voi sanoa antavansa kyseistä terapiaa ilman erillistä terapiakoulutusta. (Kanerva ym. 2010, 31; Hämäläinen ym. 2017, 35.)

4.5 Eettinen näkökulma

Eettinen osaaminen mielensterveystyössä tarkoittaa, että hoitaja toimii työssään ammattia koskevan etiikan mukaisesti. Hän noudattaa mielensterveyspalveluiden laatusuosituksen esittämiä päämääriä ja toimii potilaan oikeuksia koskevien lakien mukaan ja huomioi asiakaslähtöisen hoitotyön periaatteet. Näihin periaatteisiin kuuluu: kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, huomioi potilaan yksilöllisyyden, turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden sekä kykenee tekemään eettisiä päätöksiä näiden periaatteiden pohjalta. (Kanerva ym. 2010, 54 - 55.) Terveystyöstä ja sairastumisesta puhuttaessa etiikka tulee näkyväksi, tämän vuoksi terveydenhuollon ammattiryhmät ovat kirjanneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Keskeisiä periaatteita mielensterveysshoitotyöhön on valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekeminen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltavuuden periaate. (Kanerva ym. 2010, 65.)

Mielensterveystyön luonteen vuoksi työssä ilmenee runsaasti eettisiä ongelmatilanteita. Mielensterveystyötä ohjaavat lait ovat siten tärkeässä asemassa työskentelyssä. Suurimmat eettiset ongelmat ja haasteet liittyvät potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Kanerva ym. 2010, 68 - 69.) Mielensterveyslain nojalla potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa sairauden hoidon, potilaan turvallisuuden tai muiden turvallisuuden sen vaatiessa. Rajoittaminen ei saa kuitenkaan tapahtua kauemmin, kuin tilanne sen välttämättä vaatii.

Toimenpiteet täytyy suorittaa mahdollisimman turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 4 a:22 a §.)

Psykiatrisessa hoidossa tahdosta riippumattoman hoidon käyttö katsotaan tärkeäksi ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymykseksi. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet velvoittavat pakon käytön vähentämiseen hoidossa. Sairaaloissa on viime vuosien aikana vähennetty pakon käyttöä ja pyritty kehittämään hoitomenetelmiä. Hoitotyötä tekevien asiantuntemus ennakoita ja hallita väkivaltatilanteita on parantunut. Aikaisempaan nähden potilaan oikeudet ja osallisuus huomioidaan myös paremmin ja yhteistyö potilaan kanssa on parantunut. Avohoidon lisääntyminen on vähentänyt pakkohoitoimenpiteiden käyttöä. Psykiatrisessa hoidossa joudutaan aina tarvitsemaan pakkohoitoimenpiteitä, mutta tilanteiden ennaltaehkäisemisen kehittämistä täytyy edelleen jatkaa. Psykiatrisissa sairaaloissa on myös tärkeä edelleen kehittää koulutusta ja yhteistä keskustelua hoitokulttuurista. (Korhonen, Kuosmanen, Kärkkäinen, Makkonen & Putkonen 2016, 4, 45.)

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa käsiteltiin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä valtakunnallisesti yhtenäisenä kokonaisuutena. Mieli 2009 työryhmä esitti työn kehittämislinjaukset vuoteen 2015 saakka. Suunnitelma sisälsi 18 ehdotusta, yksi ohjelman teemoista oli psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon vähentäminen. (Holmberg 2016, 44 - 45.) Työryhmän tuloksena oli muun muassa se, että tahdosta riippumattoman hoito vähentyi. Ryhmä myös teki ehdotukset mielenterveys, ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020. Painopisteinä ehdotuksessa oli asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ, mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen sekä ohjauskeinojen kehittäminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 - 2015.) Vuonna 2010 Mieli -työryhmä esitti 40 prosentin vähennystä pakon käyttöön psykiatrisessa hoidossa, tämän vuoksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kutsui psykiatristen sairaaloiden edustajat yhteen ja syntyi pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen -työryhmä. Työryhmä on yhdessä koonnut pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työkirjan, jonka tarkoituksena on auttaa sairaal-

loita. Työkirjassa esitellään ratkaisuja, joilla muun muassa lisätään hoitotyöntekijöiden osaamista ja avataan eristettävän potilaan näkökulmaa. (Korhonen ym. 2016, 4.)

5 TAHDOSTA RIIPPUMATON HOITO

Mielenterveystyössä on lähtökohtana potilaan itsemääräämisoikeuden, vapaaehtoisuuden ja mielipiteiden kunnioittaminen. Kuitenkaan aina näiden periaatteiden mukaan ei voida toimia. Ihminen ei välttämättä tiedosta sairauttaan ja hänelle voi olla mahdotonta luoda realistista käsitystä itsestään, ongelmiensa vaikeusasteesta tai hoidon tarpeesta. Potilaan perusoikeuksia voidaan rajoittaa, mikäli tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ovat olemassa. Henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuminen täytyy perustua aina lakiin. Suomessa mielenterveyslain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lakia tarvitaan mielenterveyshoidon poikkeuksellisen luonteen vuoksi. Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa psykiatrista sairaalahoitoa. Mielenterveyslaki rajaa tahdosta riippumattoman hoidon tapahtuvan sellaisessa sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, jolla on edellytykset tällaiseen hoitoon. Pakkoa ei esimerkiksi voida toteuttaa avohoidossa, kuntoutuskodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. (Kanerva ym. 2010, 69; Hietaharju & Nuutila 2016, 24; Henriksson ym. 2017, 740-741; Tahdosta riippumaton hoito 2017.)

5.1 Hoitoonmääräämisprosessi

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on neliportainen prosessi, johon kuuluu tarkkailuun lähettäminen, tarkkailuun ottaminen sairaalassa, tarkkailulausunto ja hoitoa koskeva päätös. Prosessi alkaa lääkärin tekemällä tarkkailulähetteellä, jossa tietyt hoitoon määräämisen kriteerit tulee täytyä samanaikaisesti. Kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon ovat seuraavat: henkilö todetaan mielisairaaksi, henkilö on mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen sairauttaan, vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden ihmisten terveyttään tai turvallisuutta. Lisäksi edellytetään, että muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. Alle 18-vuotiaalla riittää vakava mielenterveyden häiriö, ilman todettua mielisairautta. Muilta osin kriteerit ovat yhtäläiset aikuisten ja alaikäisten välillä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:8 §; Kanerva ym. 2010, 69; Hietaharju & Nuutila 2016, 24; Henriksson ym. 2017, 740 - 742; Tahdosta riippumaton hoito 2017.)

Tarkkailulähetteen eli M1-lähetteen laatii terveyskeskuksessa työskentelevä, virkasuhteessa oleva lääkäri. Sairaanhoidopiirin hoitaessa terveyskeskuksen päivystyspalveluita, voi sairaanhoidopiirin palveluksessa työskentelevä, virkasuhteessa oleva lääkäri laatia myös M1-lähetteen. Muu laillistettu lääkäri voi laatia M1-lähetteen, jos hän toteaa, että lähettämisen edellytykset ovat olemassa. Lähetteen tekevän lääkärin on tavattava potilas henkilökohtaisesti ja tehtävä kliininen tutkimus, jonka perusteella hän tekee M1-lähetteen. Potilas kuljetetaan ambulanssissa terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittaneen henkilön valvonnassa psykiatriselle osastolle. Ainoastaan julkisessa terveydenhuollossa toimiva lääkäri voi pyytää poliisin virka-apua hoitoon toimittamiseksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:9-9 a §; Hietaharju & Nuutila 2016, 25; Henriksson ym. 2017, 743, 745; Hämäläinen ym. 2017, 74 - 75.)

Toisessa vaiheessa henkilö otetaan psykiatriseen sairaalaan, missä vastaanottava lääkäri päättää tarkkailuun ottamisesta. Hän arvioi potilaan tilanteen henkilökohtaisesti ja varmistaa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. Tarkkailuun voidaan ottaa aikaisintaan kolme päivää aikaisemmin laaditulla tarkkailulähetteellä eli M1-tarkkailulähetteellä. Potilasta voidaan pitää enintään neljä päivää tarkkailussa. Näihin päiviin ei lasketa mukaan sairaalaan tulopäivää. Tarkkailun aikana henkilökunta haastattelee ja havainnoi potilasta ja kirjaa havaintonsa potilaan hoitokertomukseen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:9 c §; Hietaharju & Nuutila 2016, 25; Henriksson ym. 2017, 742 - 745; Hämäläinen ym. 2017, 75.)

Tarkkailusta vastaavan lääkärin on annettava kirjallinen tarkkailulausunto (M2-lomake) viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamispäivän jälkeen. Lausunnon lääkäri tekee tarkkailuaikana tehtyjen havaintojen ja loppuhaastattelun perusteella, jossa kuullaan myös potilaan oma mielipide. Lausuntoon lääkäri kirjaa perustellun kannanoton siitä, ovatko tahdonvastaisen hoidon edellytykset olemassa. Lääkäri suosittaa pidättävää (tahdosta riippumaton hoito) tai vapauttavaa (vapaaehtoinen hoito) hoitopäätöstä. Mikäli tarkkailuaikana havaitaan, että edellytykset hoitoon määräämiseen eivät täyty, on tarkkailusta heti luovuttava ja potilas poistettava sairaalasta hänen sitä halutessaan. Tarkkailulähetteen tehnyt lääkäri ei voi antaa tarkkailulausuntoa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:10-11.1 §;

Hietaharju & Nuutila 2016, 25; Henriksson ym. 2017, 744 - 745; Hämäläinen ym. 2017, 75.)

Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tai tehtävään määrätty psykiatrian erikoislääkäri tekee hoitopäätöksen (M3-lomake) tahdosta riippumattomasta hoidosta. Päätös tulee tehdä viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta tarkkailulausunnon ja tarkkailuajan hoitokertomuksen perusteella. Päätöksessä on perusteltu kannanotto siitä, ovatko tahdonvastaisen hoidon edellytykset olemassa. Potilaalle on tiedotettava viipymättä päätöksestä. Päätöspapereihin pyydetään potilaan allekirjoitus tiedoksiannosta. Potilaalle myös tiedotetaan päätöksen valitusoikeudesta ja häntä ohjataan mahdollisen valituksen tekemisessä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:11.2 §; Hietaharju & Nuutila 2016, 25; Henriksson ym. 2017, 745; Hämäläinen ym. 2017, 75.)

Pidättävä hoitopäätös eli tahdonvastaisen hoidon päätös on voimassa kolme kuukautta. Mikäli hoidontarve lakkaa aiemmin, on tahdonvastainen hoito päätettävä sitä ennen. Jos tahdonvastaisen hoidon tarve jatkuu, niin järjestetään uusi tarkkailuaika, joka on neljä päivää. Uusi päätös alistetaan hallinto-oikeudelle, ja se on voimassa enintään puoli vuotta. (Mielenterveyslaki 1116/1990 2:12 §; Hietaharju & Nuutila 2016, 25; Hämäläinen ym. 2017, 76.)

5.2 Perusoikeuksien rajoittaminen

Potilasta hoidetaan tahdosta riippumattoman hoidon aikana yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänelle laaditaan hoitosuunnitelma. Potilaan itsemääräämisoikeutta sekä muita oikeuksia rajoitetaan vain sen verran, kun hänen hoitonsa sitä vaatii, ja kun se on ehdottoman välttämätöntä. Tahdosta riippumaton hoito ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoidossa tulisi käyttää tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä. Hoitava lääkäri päättää potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimusmenetelmistä. Hoitotoimenpiteistä ja niiden kestoista on tehtävä huolelliset ja perusteelliset kirjaukset. (Mielenterveyslaki 1116/1990 4 a:22 a-22 b §; Hietaharju & Nuutila 2016, 26; Henriksson ym. 2017, 747; Hämäläinen ym. 2017, 78.)

Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä ovat yhteydenpidon rajoittaminen, liikkumisvapauden rajoittaminen, eristäminen ja sitominen, omaisuuden ja läheysten tarkastaminen, omaisuuden haltuunotto, henkilöntarkastus- ja katsastus sekä vastentahtoinen lääkitseminen (Hämäläinen ym. 2017, 78).

5.3 Eristäminen ja sitominen

Eristäminen ja lepositeiden käyttö ovat tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä. Potilas voidaan eristää tai sitoa, mikäli hän todennäköisesti satuttaisi itseään tai muita, vaikeuttaisi muiden potilaiden hoitoa, tai vaarantaisi turvallisuutta. Lisäksi edellytetään, että tilanteen rauhoittamiseksi eivät sovellu muut tavat kuten keskustelukontakti, vierihoito, huoneessaan rauhoittuminen tai lisälääkitys. Eristämishoito sekä fyysinen kiinnipitäminen ovat viimeinen keino hallita tahdosta riippumattomassa hoidossa olevaa aggressiivisesti tai sekavasti käyttäytyvää potilasta. Eristäminen tai lepositeisiin asettaminen tulee suorittaa päättäväisesti, mutta voimatoimia tulee käyttää ainoastaan tarvittavissa määrin. (Putkonen ym. 2012; Hietaharju & Nuutila 2016, 26 - 27; Henriksson ym. 2017, 709; Hämäläinen ym. 2017, 80 - 81.)

Eristämisestä päättää lääkäri ja eristyksestä sekä sitomisesta Suomen laissa säättää mielenterveyslaki. Häätävarjelutilanteessa työryhmä voi aloittaa eristämishoidon, mutta siitä on ilmoitettava välittömästi lääkärille. Lääkäri päättää eristämisen lopettamisesta tai jatkamisesta. Henkilökunnalle on tehtävä selväksi, että eristäminen ja lepositeiden käyttö ovat hoitotoimenpiteitä, joihin on oltava lääketieteelliset perustelut. Sidotulla potilaalla on vastuuhoitaja, joka on jatkuvasti läsnä. Myös eristetylle potilaalle lääkäri voi määrätä oman hoitajan. Potilasta ei siis eristetä hoitajista, vaan avunpyyntöön ja keskustelutarpeeseen vastataan herkästi. Hoitajat myös seuraavat potilaan tilaa, ravitsemusta ja huolehtivat WC-käynneistä. Eristyshuoneessa on potilasta käytävä katsomassa ainakin puolen tunnin välein. Leposidehoidossa ja eristämisessä puututaan potilaan itsemääräämisoikeuteen ja siitä on pyrittävä tekemään potilaalle mahdollisimman vähän traumatisoiva kokemus. Uhkana on, että kokemus jättää potilaalle häpeän, katkeruuden ja epäoikeudenmukaisuuden tunteen. Eristämisen ja sitomisen takia

järjestetään purkukeskustelu kriisitilanteeseen johtaneiden tekijöiden selvittämiseksi. (Putkonen ym. 2012; Hietaharju & Nuutila 2016, 26 – 27; Henriksson ym. 2017, 709; Hämäläinen ym. 2017, 81 - 82.)

Tavallisesti potilaan eristäminen ja sitominen kestää muutaman tunnin. On kuitenkin tilanteita, jolloin ne voivat kestää pidempään. Potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle on viipymättä ilmoitettava, jos potilaan eristäminen on jatkunut yli 12 tuntia, tai potilaan sitominen on jatkunut yli kahdeksan tuntia. Eristyksen paras mahdollinen kesto on mietittävä, jos potilas on jouduttu eristämään pakolla. Tarpeettoman pitkää eristysaikaa on vältettävä. Potilasta ei tule ottaa takaisin osastolle muutaman tunnin välein, mikäli eristyksen aikana ei ole ilmaantunut seikkoja, jotka viittaisivat potilaan rauhoittumiseen. On syytä välttää tilanteita, joissa todetaan, että potilas joudutaan eristämään uudelleen. Potilaalle on aina selitettävä mitä hänelle tehdään ja miksi. (Hietaharju & Nuutila 2016, 28; Henriksson ym. 2017, 709.)

6 KEROPUTAAN SAIRAALA

6.1 Historiaa

Keroputaan sairaala valmistui vuonna 1960 Alatornioon ja sairaalan toiminta aloitettiin vuonna 1961. Vuonna 1961 sairaala hyväksyttiin Lääkintöhallituksessa 160- paikkaiseksi B-mielisairaanhoidolaitokseksi. (Haarakangas 2002, 16 - 17.) B-mielisairaaloitten potilaat olivat pitkäaikaishoitoa ja ei erikoishoitoa tarvitsevia potilaita, joita ei sairautensa tai muun syyn vuoksi voitu hoitaa perhehoidossa (Ahola 2015).

Keroputaan sairaalaan ensimmäiset potilaat tulivat Oulun keskusmielisairaalaan, muista B-mielisairaaloista ja kunnalliskodeista, sekä osa myös kotoa ja sairaaloista. Alussa hoito oli työterapiaa ja potilaat muun muassa kasvattivat sikoja, harjoittivat maataloutta ja tekivät käsitöitä. Viriketoimintaa pidettiin myös tärkeänä osana hoitoa. Potilaat olivat pitkäaikaispotilaita. Potilaiden vaihtelu oli vähäistä ja sairaalan hoitopaikat olivat täynnä, eikä uusille potilaille ollut paikkoja. Merkittäväällä osalla potilaista pääasiallinen diagnoosi oli skitsofrenia, tämän lisäksi kehitysvammaiset potilaat olivat iso osa sairaalaa. Potilaat viettivät sairaalassa suurimman osan elämästään ja sairaala oli useille loppuelämän koti. (Haarakangas 2002, 17 - 18.)

Vuonna 1978 tuli voimaan mielisairaslain osauudistus, jonka vuoksi Keroputaan sairaalaa kohtasi ongelma. Osauudistuksen myötä vaadittiin, että pitkäaikaispotilaiden hoidon lisäksi Keroputaan sairaalan tulisi tarjota myös akuutti- ja avohoidon aluepsykiatrisen hoitomallin mukaan. Samoin uuden kehitysvammalain vuoksi kehitysvammaiset potilaat tulisi hoitaa heille tarkoitetuissa hoitolaitoksissa. Tämän myötä vuonna 1979 yksi osastoista muutettiin naisten ja miesten suljetuksi osastoksi. Osasto toimi samanaikaisesti myös vastaanotto-osastona. Muille osastoille saatiin väljyyttä kotiosastolla, jossa potilaita opetettiin omatoimiseksi. Avohoidossa avuksi tulivat pitkäaikaiset injektio lääkkeet ja erityiskoulutetun henkilökunnan lisääminen vähensi psyykelääkkeiden käyttöä. Käyttöön tuli myös nykyaikaisia terapiamuotoja. Potilasvaihto kasvoi runsaasti ja akuuttihoitoa vaativat potilaat pystyttiin ottamaan sairaalahoitoon. Vuonna 1986 avattiin Keroputaan sairaalan poliklinikka, jossa potilaille tehtiin sairaalahoidon tarpeen

arviointi ennen sairaalaan sisään kirjausta. Tätä arviota kutsuttiin vastaanottokoukukseksi, kokoukseen osallistui päivystävä lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja ja kaksi mielisairaanhoitajaa, jotka arvioivat potilaan tilanteen ja päättivät jatkotoimenpiteistä. (Haarakangas 2002, 21 - 25.)

Poliklinikka alkoi toimia myös liikkuvana kriisiryhmänä ja tehdä kotikäyntejä. Poliklinikalle kehittyi kriisityömenetelmä, jonka periaatteita olivat nopea apu, perhe ja verkostokeskeiset tapaamiset, joustavuus, liikkuvuus sekä epävarmuuden sietäminen. Työryhmä ajatteli rajojen alentuvan sairaalahoidon ja avohoidon väliltä. Hoitajat kokivat itsensä uuden luojaksi ja sen vuoksi ylilyöntejäkin tapahtui, kun potilaan sairaalaan ottamista saatettiin välttää viimeiseen asti. Poliklinikan kriisityö muodostui vaihtoehdoksi sairaalahoidolle. Poliklinikkatoiminnan, liikkuvan kriisityöryhmän sekä Keroputaan sairaalan ja sosiaali- ja perusterveydenhuollon paremman yhteistyön vuoksi sairaalaan sisäänkirjoitettujen potilaiden määrä väheni vuonna 1988 sadalla ihmisellä edellisvuoteen verrattuna. (Haarakangas 2002, 25 - 26.)

Vuonna 1989 Keroputaan sairaalan toiminnat siirtyivät Länsi-Pohjaan perustetulle sairaanhoitopiirille. Psykiatrisen hoidon keskuspaikaksi valikoitui Keroputaan sairaala. Avohoito siirtyi Lapin mielisairaanhoitopiiriltä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirille. Avohoitotoiminnassa pääpisteenä pidettiin perhekeskeistä kriisihoidoa ja hoitokokouskäytännön kehittämistä. (Haarakangas 2002, 26 - 27.)

Sairaalan hoitotyössä kehitettiin 1990-luvun alkupuolella yksilövastuisuutta ja perhekeskeisyyttä. Tämän myötä hoitajan työnkuva selkeytyi. Myös kokonaisvaltainen potilaan hyvinvointi ja hoidon yksilöllisyys korostui. Osastot ja poliklinikka aloittivat yhteistyönä ympärivuorokautisen kriisipalvelun, jonka tarkoitus oli kehittää hoitotyötä potilaskeskeisemmäksi. Uutena palveluna aloitettiin vuonna 1993 nuorisopsykiatrisen toiminta, jonka tilat olivat keskussairaalan yhteydessä Kemissä. (Haarakangas 2002, 27.)

Keroputaan sairaalan ensimmäiset 10 vuotta sisälsi niukasti koulutusta. Sairaallassa hoito oli perushoitoa ja potilaiden ohjaamista esimerkiksi työhön ja askarteluun. Henkilökunnalla ei ollut erityiskoulutusta ja mielisairaanhoitajien koulutus kesti vuoden. Työn haastavuuden takia henkilökunnan koulutuksen tilalla panostettiin virkistystoimintaan. 1970-luvulla koulutuksen tärkeyteen alettiin kiinnittää

huomiota. Sairaalaan hankittiin ammattikirjallisuutta henkilökunnan käyttöön ja sairaalassa aloitti toimintansa psykologian kerho yhteistyössä kansalaisopiston psykologian opintopiirin kanssa. Toimipaikkakoulutus aloitettiin kaksi vuotta myöhemmin. Oulun keskusmielisairaalan psykologi alkoi käydä Keroputaan sairaalalla pitämässä luentosarjoja aiheenaan lääkitys, kuntoutus ja vanhusten psyykkiset sairaudet. Keroputaan sairaalan eri henkilökuntaryhmät alkoivat käydä myös oman alansa opintopäivillä. (Haarakangas 2002, 29.)

Vuonna 1974 ajateltiin, että hoidossa ryhmätyölle olisi tarvetta, mutta johtaja toiminnalle puuttuu. Tavoitteena ajateltiin olevan ryhmäkoulutuksen antaminen. Vuonna 1975 alkoi mielenterveystoimiston psykologi pitämään luentoja ryhmätyöstä. Samana vuonna mainittiin toimintakertomuksessa ensimmäistä kertaa erillisenä kohtana koulutustoiminta. Vuotta myöhemmin mielisairaanhoitajat osallistuivat Lääkintöhallituksen määräämään luentosarjaan koskien lääkkeiden antamista. Mielisairaanhoitajat saivat todistuksen, joka oikeutti lääkkeiden jakamisen. Vuonna 1977 aloitti Keroputaan sairaala koulutusohjelmaan kuuluvan tutustumistyöskentelyn Muurolan sairaalassa, jonka tarkoitus oli tutustua uusiin mielisairaanhoitomenetelmiin. Työnohjaus mielenterveystoimiston psykologin antamana alkoi yhdellä osastolla vuotta myöhemmin. (Haarakangas 2002, 28.)

Vuonna 1978 mielisairaslain osauudistuksen vuoksi ja B-mielisairaaloiden lakkauttamisen jälkeen Keroputaan sairaalan täytyi tehdä päätös. Vaihtoehtoina oli muuttuminen terveystieteiden vuodeosastoksi tai aluepsykiatrisen mallin mukaiseksi psykiatriseksi sairaalaksi. Tässä tilanteessa koulutus nousi hyvin tärkeäksi asiaksi. Henkilökunta osallistui laajasti koulutuksiin niin ulkopuolisiin kuin sairaalan sisäisiin. Tässä vaiheessa Keroputaan sairaalan sisäiset koulutuksen koskivat muun muassa perhehoidon perusteita ja yksilöpsykoterapiaa. (Haarakangas 2002, 29.)

Koulutuksessa alkoi vuonna 1980-luvulla kehittyä skitsofrenian yksilöterapien ja perheterapien opiskelu. Koulutus- ja terapiakäyttöön hyödynnettiin vanha maatilalan päärakennus. Perheterapiaistuntoja järjestettiin terapiatalolla. Nämä istunnot videoitiin ja mukana oli myös seurantaryhmä. Vuonna 1981 virkaan tullut sairaalan psykologi Jaakko Seikkula järjesti koulutustoimintaa. Seikkula ja kaksi muuta

tulevaa psykologia osallistuivat Suomen mielenterveysseuran järjestämään erityistason perheterapiakoulutukseen. Kyseinen koulutus oli pohjana tulevien vuosien laajalle perheterapian koulutukselle Keroputaan sairaalassa. Perheterapian oppeja sovellettiin sairaalan hoitokäytäntöihin. Aluksi perheterapian menetelmiä kyettiin tarjoamaan ainoastaan pienelle osalle potilaista ja terapian antaminen oli vain muutaman työntekijän varassa. Perheterapian sijasta hoitokokouksesta kehittyi potilaan perhekeskeisen hoidon perustapahtuma sekä hoitavien työntekijöiden kokoontuminen. Hoitavilta työntekijöiltä alettiin odottaa osallistumasta keskusteluun kertoen oman näkemyksensä ja havaintonsa potilaan tilanteesta ja hoidosta. Hoitajille tämä oli aluksi vaikeaa. (Haarakangas 2002, 29.)

Hoitokokouksista ja -keskusteluista muovautui myös tieteellisen tutkimuksen kohde. 1990-luvulla hoitokokouskäytännöistä Keroputaalla valmistui kolme väitöskirjaa. Toimiessaan psykologina Seikkula oli luonut sairaalasta innostuneen tutkimusyhteisön. Rajasysteemi oli ensimmäinen askel hoitokokouskäytäntöjen kokemusten muuttamisesta teoriaksi. Rajasysteemillä tarkoitettiin perheen ja sairaalan kohtaamisen tuloksena syntynyttä vuorovaikutusta. Perhe ei enää nähty kohteena vaan yhteistyön tasavertaisena osapuolena. Vuodesta 1987 lähtien myös verkostoterapia ja sosiaalisen verkoston teoria vaikutti Keroputaan sairaalan hoitokäytäntöihin. Tällöin oli verkostoterapiaseminaari, joka oli vaikuttava kokemus osallistujille. Verkostoterapian periaatteita alettiin ottaa käytäntöön ja vähitellen verkostokeskeisestä työskentelystä muodostui hoitomallin yksi tärkeä perusaate. Länsi-Pohjan psykiatrinen malli eli ”Keroputaan malli” on siis muodostunut klinisen työn, teoreettisten pohdintojen ja tutkimuksen vuorovaikutuksessa. (Haarakangas 2002, 30.)

6.2 Avoimen dialogin hoitomalli (Keroputaan malli)

Keroputaan sairaalassa kehitettyä avoimen dialogin hoitomallia kutsutaan Keroputaan malliksi. Mallin muodostuminen alkoi 1980-luvun alussa, jolloin sairaalan johto ja alueen poliittiset päättäjät päättivät panostaa psykiatrisen hoidon kehittämiseen. Vuonna 1981-1987 toteutetun valtakunnallisen skitsofreniaprojektin suosituksissa korostettiin nopeaa hoidon aloitusta, perhekeskeisyyttä, työryhmätyös-

kentelyä, hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaamista ja erilaisten hoitomenetelmien yhdistämistä. Keroputaalla nämä keskeiset suositukset otettiin hyvin vastaan. (Haarakangas 2002, 65.)

Keroputaan mallin mukaisesti keskeisiä työn käsitteitä olivatkin; hoidon nopea aloitus, omaiset ja läheiset osallistuvat hoitoon, työryhmä ottaa vastuun hoidosta, epävarmuuden sietäminen, hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin, verkostokeskeinen työskentely ja avoin dialogi hoitokokouksissa. Mallia onkin alun perin kehitetty erityisesti skitsofrenian hoitoon, mutta periaatteita kuitenkin sovelletaan myös muihin psykiatriin kriisitilanteisiin. Periaatteet ovat tulleet myös käyttöön muissa palveluissa, esimerkiksi sosiaalitoimessa ja avohoidon palveluissa. (Alakare & Seikkula, 289 - 291; Haarakangas 2002, 65.)

Verkostokeskeisen toimintatapa muuttaa psykiatrista hoitoa. Keroputaan sairaalan toimialueella tämä havaitaan eri tutkimuksissa. Tutkimuksissa todettiin se muun muassa niin, että 40% sairaalaan tulleista potilaista voidaan hoitaa kotona yhdessä lähiverkoston kanssa sekä intensiivisellä alkuhoidolla ja pakkohoidosta voitiin luopua 15% tapauksissa. Erityisesti ensimmäistä kertaa sairaalaan tulevien potilaiden osuus pienenee. Vain 20% sairaalaan tulevista potilaista tarvitsi sairaalahoitoa. (Seikkula 1991, Keränen 1992, Alakare & Seikkula 2004 mukaan.)

7 OPINNÄYTETYÖN METODINEN LÄHESTYMISTAPA

7.1 Monimenetelmätutkimus

Opinnäytetyö toteutetaan monimenetelmätutkimuksena, mikä tarkoittaa, että yhden aihealueen tutkimiseen käytetään apuna useita menetelmiä. Tutkimuksen tekeminen monimenetelmätutkimuksena lisää luotettavuutta ja usein menetelmien triangulaatio eli erilaisten menetelmien yhdistäminen perustellaan sillä, että yksittäisellä menetelmällä ei saada riittävän kattavaa kuvaa tutkittavasta kohteesta. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006b; Aveyard ym. 2017, 275.)

Suomessa keskustelu triangulaation käytöstä tutkimusmenetelmänä on vähäistä. Keskustelun vähyden ajatellaan olevan yksi selitys sille, miksi korkeakouluopiskelijat jättävät triangulatiivisen tutkimusasetelman käytön pois. Triangulaation käytön ajatellaan olevan vaativaa ja aikaa vievää ensimmäiseen tutkimukseen. Vieraskielisiä metodioppaita lukiessa lisäksi ajatellaan, että aloittavan tutkijan on vaikea saada käsitys triangulaation toteuttamisesta. Parhaimmillaan triangulaation hyödyntäminen voi olla opinnäytetyön prosessin kannalta mielenkiintoisempi, kuin ainoastaan määrällisen tai laadullisen tutkimusasetelman käyttö. Triangulatiivisen tutkimusasetelman käyttö ei kuitenkaan tarkoita, että se tekisi työstä paremman verrattuna muihin tutkimusasetelmiin. Tutkimusteema määrittää sen, onko triangulatiivisen asetelman käyttö tarpeellista. (Saari & Viinamäki 2007, 173 - 174.)

Triangulaatiolla tarkoitetaan asioiden tarkastelua monesta eri asetelmasta ja parhaassa tilanteessa jokaisella eri näkökulmalla olisi yhtä merkittävä rooli tutkimuksessa. Tällöin on varmistettava, että työssä tarkastellaan saman ilmiön eri puolia eikä eri ilmiöitä. Triangulaatiossa on kyse tutkimuksen luotettavuuden lisäämisestä ja erilaisten näkökulmien tarkastelusta tutkittavaan aiheeseen. (Saari & Viinamäki, 175.)

Tutkijan käyttäessä triangulaatiota tutkimuksessaan hän myös ottaa kantaa tieteen filosofian kysymykseen, voiko erilaisia tutkimusaineistoja ja -menetelmiä käyttää samassa tutkimuksessa. Tähän kysymykseen on eri tutkijoilla erilaisia käsityksiä, osa puolesta ja osa vastaan. Toinen näkökulmista korostaa käytännöllisyyttä, jonka mukaan tutkimustehtävä määrittää metodologiset ratkaisut ja

näin ollen mahdollistaa triangulaation. Toisen näkökulman mukaan tutkimusasetelmia ja -menetelmiä valittaessa on tärkeää toimia johdonmukaisesti teoreettisiin ja tieteenfilosofisiin taustaoletuksiin perustuvan todellisuuskäsityksen edellyttämällä tavalla. Heidän mielestään on tavoiteltava metodologista puhtasoppiisuutta, joka poissulkee triangulaation käytön. Opinnäytetyötä tekeväälle tämä kysymys on erityisen haastava mietittäväksi, voidaanko työssä soveltaa triangulaatiivista tutkimusasetelmaa. Opiskelijan on myös luettava tietoa sekä määrällisestä, että laadullisesta tutkimusasetelmasta. (Saari & Viinamäki, 178 - 180.)

Määrällisen ja laadullisen menetelmän yhdistämiseen tietojenkeruu- ja analyysivaiheissa on ajateltu olevan neljä tapaa. 1. mallissa tietojen keruu tapahtuu laadullisella menetelmällä ja aineistot käsitellään sekä laadullisella, että määrällisellä menetelmällä. 2. mallissa tietojen keruu tapahtuu sekä laadullisella että määrällisellä menetelmällä, mutta myös käsittely tapahtuu molemmilla. 3. menetelmässä tietojen keruu tapahtuu laadullisella menetelmällä ja myös tietojen analyysi tapahtuu laadullisella tavalla. 4. mallissa tietojen keruu tapahtuu määrällisellä menetelmällä, kuten myös analyysi. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 28 - 29.)

Tässä opinnäytetyössä määrällinen ja laadullinen menetelmä yhdistettiin 2. mallin mukaisesti. Tietojen keräämisessä ja analysoinnissa käytettiin määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää peräkkäin täydentäen toisiaan.

7.2 Aineiston hankinta

Tutkimuksessa aineistot saatiin valmiina Keroputaan sairaalalta SPSS-tiedostoina. Teemahaastattelun avulla kerättiin laadullinen aineisto. Lisäksi yhden kuvion tiedot saatiin erillisenä ja ne tallennettiin Excel-taulukkoon ja analysoitiin Excel-ohjelman ominaisuuksia hyödyntäen.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriltä haettiin kirjallinen tutkimuslupa Keroputaan sairaalalta kerättävien tietojen tutkimuskäyttöön. Valmiiksi kerätyt tiedot kuvaavat Keroputaan sairaalan eritystilanteita. Tutkimuksessa ei käytetty potilaan henkilö- ja tunnistetietoja, eikä näitä missään vaiheessa ole luovutettu tutkijoiden käyttöön. Muuttujina käytettiin huone- ja leposide-eristysten määriä vuosilta 2013-2017 ja edellä mainittujen eristystilanteiden ajankohtia (päivä, kuukausi, kellon-aika).

Puolistrukturoidulla haastattelulla tarkoitetaan sitä, että haastateltaville esitetään samat tai melkein samat kysymykset, mutta haastattelun kysymysten järjestystä voidaan muokata (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2006a; Hirsjärvi & Hurme 2014, 47.) Teemahaastattelussa edetään tiettyjen, etukäteen valittujen teemojen mukaisesti. Teemahaastattelujen yhdenmukaisuus vaihtelee tutkimuksesta riippuen, haastattelu ei aina ole yhtä syvälle ulottuva tai yhtä strukturoitu. Vaihteluväli on lähes avoimesta haastattelusta strukturoidusti etenevään. Haastattelussa pyritään etsimään vastauksia tutkimusongelmiin. (Sarajärvi & Tuomi 2013, 75.) Käytettäessä haastattelua tiedonkeruuseen on se menetelmänä hyvin joustava. Haastattelun haastavina puolina ajatellaan olevan muun muassa sen, että haastatteliijoilla täytyisi olla kokemusta ja taitoa, jotta tilannetta voitaisiin hallita joustavasti. Muiksi haasteiksi on katsottu sen, että haastattelu vie aikaa niin suunnitelmaan, kuin haastattelusta sopimiseenkin. Ajatellaan myös, että haastateltavat saattavat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia ja vapaamuotoisen haastattelun analysointi, tulkinta ja raportointi on usein vaikeaa, koska valmiita malleja ei ole. Etuna haastattelussa nähdään muun muassa se, että ihminen nähdään subjektina, jolla on mahdollisuus tuoda asiat esille vapaasti. Mikäli kyseessä on vähän tutkittu alue, tutkijan voi olla vaikea etukäteen tietää vastauksen suunta. Silloin haastattelu koetaan myös hyväksi, jos puhe sijoitetaan osana laajempaa kontekstia tai kyseessä on vaikea tai arka aihe. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 34 - 35.)

Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun kysymykset olivat puolistrukturoituja (Liite 1). Teemahaastattelun aiheet on valittu tutkimusongelman pohjalta. Teemahaastattelu toteutettiin kahtena päivänä kahdelle eri hoitotiimille Keroputaan sairaalassa. Haastattelujen ajankohdat sovittiin etukäteen apulaisosastonhoitajan kanssa. Kerrallaan keskustelussa oli paikalla 4-7 hoitotyöntekijää sekä haastattelijat. Haastattelu toteutui ryhmähaastatteluna. Käytettyjä teemoja tässä tutkimuksessa olivat: ajalliset vaihtelut eristysten käytöstä Keroputaan sairaalassa, eristämisen ajallisen vaihtelun ehkäiseminen ja eristämistilanteet.

7.3 Aineiston analysointi

SPSS-ohjelmisto on tilasto-ohjelma, jota käytetään esimerkiksi hoitotieteellisten aineistojen analyysissä. Aineisto tallennetaan ohjelmaan ja käytetty menetelmä valitaan vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimusongelmia. Tutkimus voi

olla esimerkiksi muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaileva, selittävä tai ennustava. Määrällisen aineiston analyysin keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Havaintoyksiköllä tarkoitetaan usein yksittäistä henkilöä, muuttajat yksilöstä mitattavia ominaisuuksia ja arvot muuttujien luokkia, kuten esimerkiksi samanmielisyys asteikolla 1-5. Yleensä aineiston kuvailuun käytetään frekvenssejä ja taulukointia. Frekvenssi tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden määrää ja sitä voidaan kuvata taulukoissa ja kuvioissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128 - 129.)

Tutkimustulosten analysoinnissa hyödynnettiin SPSS-ohjelmistoa. Ohjelmiston avulla tuotettiin kuvioita sekä taulukko Keroputaan sairaalan luovuttamasta materiaalista. Muuttujina käytettiin huone- ja leposide-eristysten määriä vuosilta 2013-2017 ja edellä mainittujen eristystilanteiden ajankohtia. Yksi kuvio tuotettiin Excel-taulukointia hyödyntäen.

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Se voidaan ajatella yksittäisenä metodina tai teoreettisena kehyksenä erilaisiin analyysiin. Väljään teoreettiseen kehykseen sisällönanalyysistä kuuluu tutkittavan ilmiön rajaus, aineiston litterointi eli purkaminen ja koodaaminen, teemoittelu tai luokittelu ja yhteenveto. Sisällönanalyysissä aineistoa siis tiivistetään ja puretaan, etsien ja tarkastellen eroja tai yhtäläisyyksiä. Haastattelut voidaan muuttaa tekstimuodoksi. Aineisto rajataan tarkkaan ja rajatusta ilmiöstä kerrotaan mahdollisimman paljon. Se mihin aineisto rajataan ja mitä tutkimuksessa tutkitaan, näkyy tutkimusongelmasta. Aineiston litterointi ja koodaaminen voidaan tehdä itse parhaaksi näkemällään tavalla. Litteroinnilla ja koodaamisella on viisi tehtävää; toimia sisäisinä muistiinpanoina, sen avulla jäsenetään, mitä aineistossa käsitellään. Toimia kuvailun apuvälineenä. Toimia aineiston jäsennyksen testausvälineenä sekä sen avulla voidaan etsiä ja tarkastaa tekstin eri kohtia. Luokittelu ja teemoittelun ajatellaan yleensä olevan varsinaista analyysiä, tämän onnistumiseksi kuitenkin täytyy tehdä aiemmat luetellut kohdat. Luokittelu on aineiston järjestämistä. Teemoittelu sopii painottamaan sitä, mitä kustakin teemasta ollaan sanottu. Kyseisessä kohdassa aineisto ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaisesti. Tässä vaiheessa myös katsotaan, haetaanko aineistosta samankaltaisuutta vai eroavaisuuksia. (Sarajärvi & Tuomi 2013, 91 - 93.)

Sisällönanalyysi käsitteenä voi tarkoittaa joko sisällönanalyysiä tai sisällön erittelyä. Sisällönanalyysi voidaan myös ajatella olevan joko induktiivista tai deduktiivista. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineistolähtöistä analyysiä. Deduktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan teorialähtöistä analyysiä. Deduktiivisessa analyysissä aineiston luokittelu koostuu aiemmasta viitekehystä, se voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. (Sarajarvi & Tuomi 2013, 107 - 108, 113.)

Tässä työssä on käytetty induktiivista sisällönanalyysiä. Aineisto on kerätty haastatteluilla, jotka nauhoitettiin. Nauhoitukset kuunneltiin ja purettiin tekstimuotoon. Tekstin sisältöön perehdyttiin ja tekstistä etsittiin niin yhtäläisyyksiä kuin eroavaisuuksia. Apuna käytettiin tekstin alleviivaamista. Alleviivaukset luokiteltiin haastatteluiden kysymysten mukaan, jotka luokiteltiin edelleen teemojen mukaan yhtenäisen kokonaisuuden muodostamiseksi. Haastatteluja purettaessa huomio kiinnitettiin tutkimusongelman kautta olennaisiin vastauksiin.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Kuvioiden tarkastelu

Seuranta-aikana eristettyjä potilaita oli yhteensä 317. Lyhyin eristysaika oli 10 minuuttia ja pisin 144 tuntia. Eristysten ajallinen keskiarvo oli 17 tuntia. Eristysten keston mediaani (tyypillinen kesto, jos aineistot järjestetty suuruusjärjestykseen) oli 14 tuntia. Eristysten moodi (aineistossa useimmiten esiintyvä arvo) oli 5,15 tuntia. Vuositasolla eristysmäärät vaihtelivat. Eniten eristyskiä oli vuonna 2013, josta määrät laskivat aina vuoteen 2017 asti. Koko seuranta-aikana kuukausitasolla vähiten eristyskiä tapahtui maaliskuussa ja eniten elokuussa. Viikonpäivätasolla tarkasteltuna eristyskiä huomattiin olleen vähiten maanantaisin ja keski- viikkoisin. Eristyskiä tapahtui eniten iltapäivä- ja ilta-aikaan klo 13:00-21:00. Kaikista seuranta-ajan potilaista 56 % eristettiin huone-eristykseen ja 44 % leposide-eristykseen. Vuonna 2016 huone-eristettyjä ja leposide-eristettyjä potilaita oli saman verran.

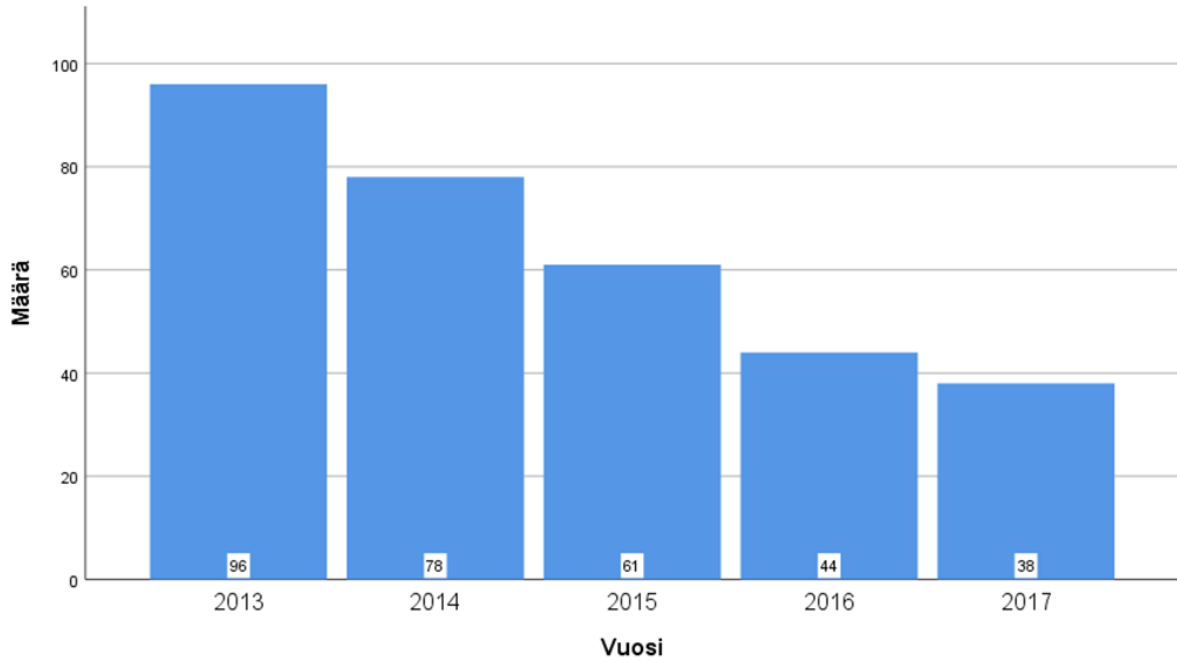
Taulukko 3. Eristykset vuonna 2013-2017

Eristykset		
Kesto tunteina		
N	Validi	317
	Puuttuva tieto	0
Keskiarvo		17
Mediaani		14
Moodi		5,15 ^a
Minimi		,10
Maksimi		144

a. Useita moodeja havaittavissa. Pienin arvo näkyvissä.

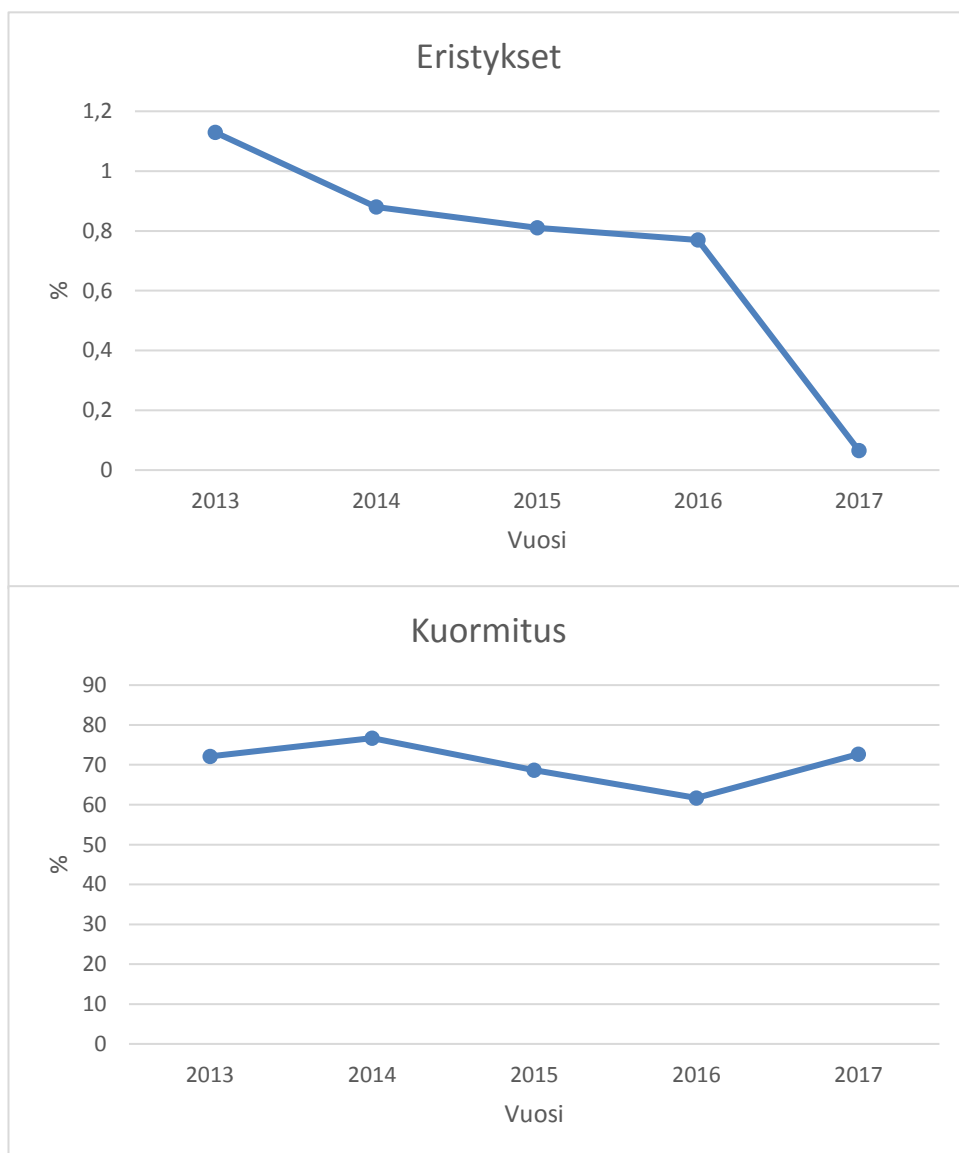
Taulukossa 3 nähdään seuranta-ajalta eristettyjen potilaiden kokonaismäärä, eristysten keston keskiarvo, mediaani, moodi sekä eristysten keston minimi ja maksimiaika tunteina.

Vuonna 2013 eristettyjä potilaita oli yhteensä 96, kun taas vuonna 2017 eristetyinä oli 38. Määrät ovat laskeneet seuratus viiden vuoden sisällä. Luvut laskivat melko tasaisesti vuosina 2013 - 2016. Vuosina 2016 - 2017 vaihtelu oli vähäisempää, mutta edelleen laskusuuntaista.



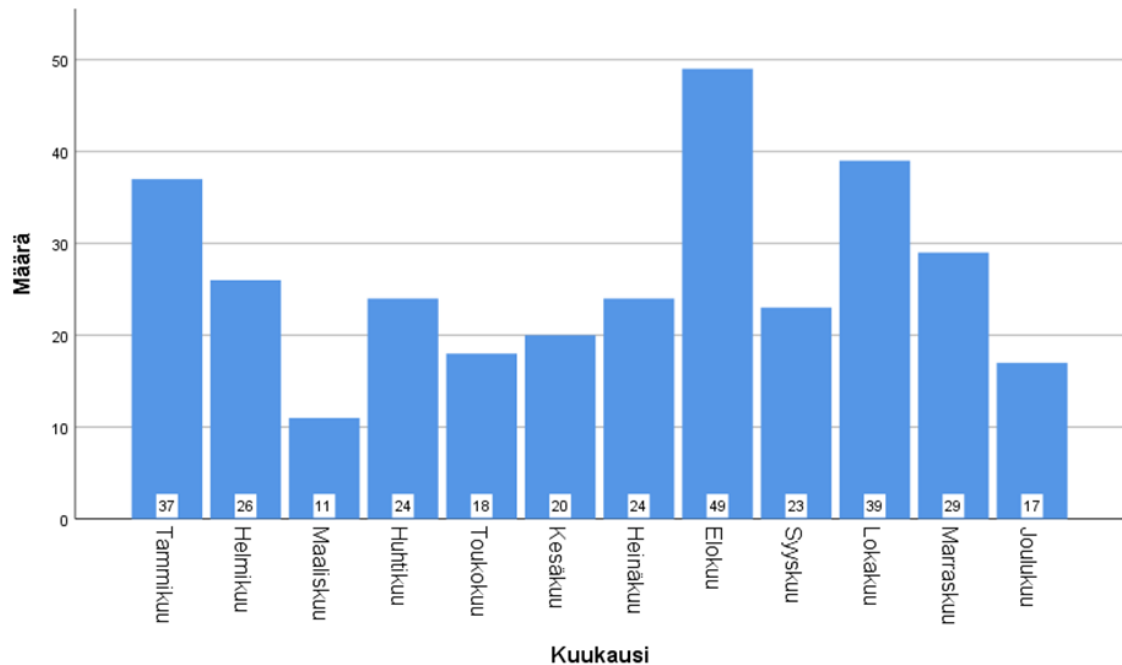
Kuvio 1. Eristysten määrät vuositasolla

Kuvioissa 2a nähdään eristysten määrä suhteutettuna Keroputaan sairaalan hoitopäiviin. Eristysten määrä on vähentynyt huomattavasti vuonna 2017, kun määrää verrataan suoraan vuoteen 2013. Vuosien 2016 ja 2017 välillä tapahtuu suurin kahden vuoden välinen muutos. Kuviossa 2b nähdään Keroputaan sairaalaan kuormitus vuosilta 2013 - 2017. Tarkasteltavien vuosien aikana sairaalan kuormitus on ensimmäisen vuoden aikana noussut, sen jälkeen kahden vuoden ajan laskenut, jonka jälkeen kuormitus on taas kääntynyt nousuun. Eristysten määrä on toistuvasti vähentynyt. Kyseisen kuvion teossa on käytetty Excel-taulukointia, jotta kuvioon tarvittava monipuolisempi analyysi toteutuu.



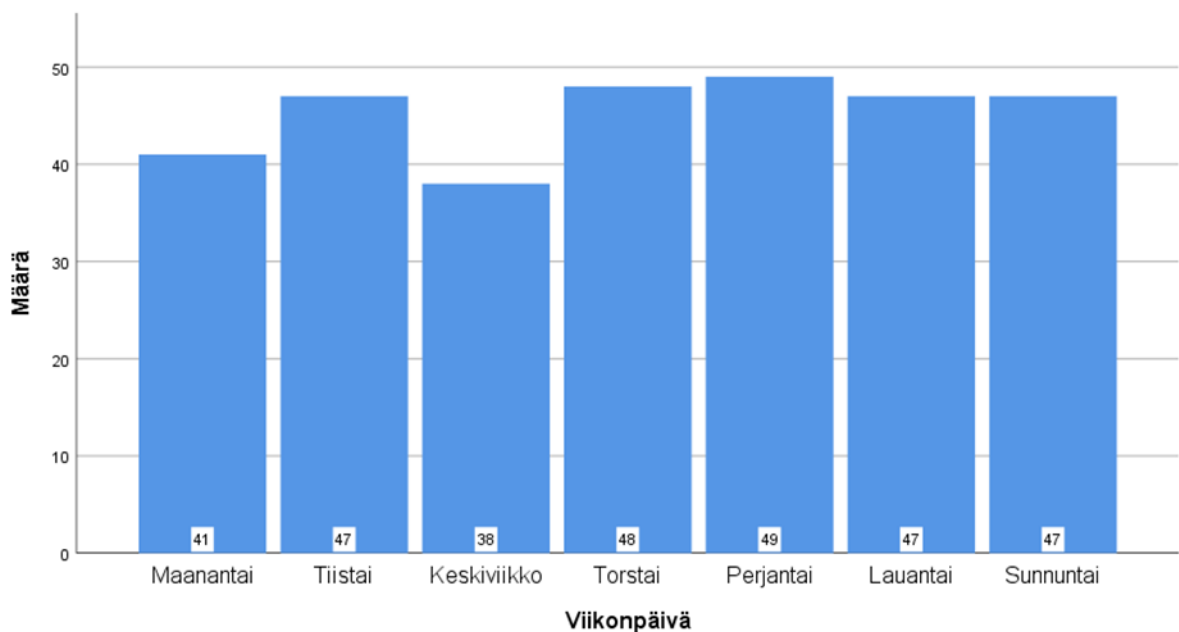
Kuvio 2a ja 2b. Hoitomäärät ja kuormitus

Kuviossa 3 nähdään, että koko seuranta-ajalta vähiten eristyksiä tapahtui maaliskuussa (11 potilasta) ja eniten elokuussa (49 potilasta). Vaihteluväli kuukausien välillä on suurta. Heinäkuun ja huhtikuun aikana eristyksiä oli saman verran (24 potilasta).



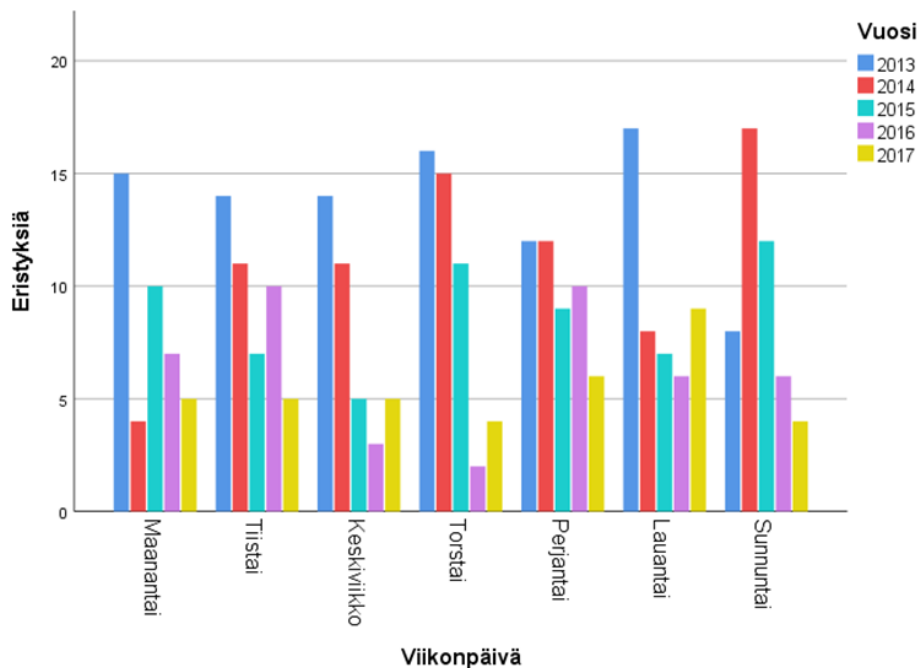
Kuvio 3. Eristykset kuukausitasolla

Seuranta-ajalta viikonpäivätasolla vähiten eristyksiä tapahtui keskiviikkoisin ja eniten perjantaisin. Vaihteluväli oli 38 - 49 potilasta. Viikonpäivistä tiistaille, lauantaille ja sunnuntaille eristyksiä jakaantui sama määrä (47 potilasta).



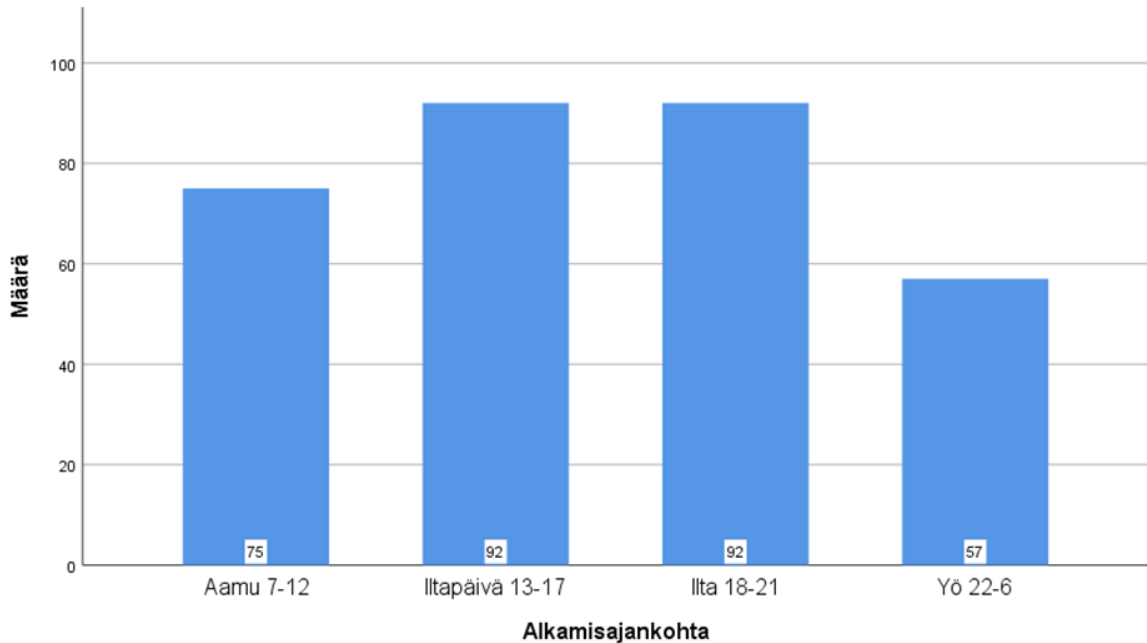
Kuvio 4. Eristykset viikkotasolla

Seuranta-ajalta vähiten eristyksiä oli vuonna 2013 sunnuntaisin ja eniten lau-
 antaisin. Vuonna 2014 maanantaina oli selkeästi vähiten eristyksiä, kun taas sun-
 nuntaina eniten. Vuonna 2015 vähiten eristyksiä oli keskiviikkona ja eniten sun-
 nuntaina. Vuonna 2016 vähiten eristyksiä oli torstaina ja eniten tiistaisin ja per-
 jantaisin. Vuonna 2017 vähiten eristyksiä oli torstaisin ja sunnuntaisin, eniten
 eristyksiä oli lauantaina. Tarkastellessa koko seuranta-aikaa huomataan kahtena
 vuonna olleen vähiten eristyksiä sunnuntaisin ja kahtena vuonna eniten eristyksiä
 lauantaisin ja sunnuntaisin.



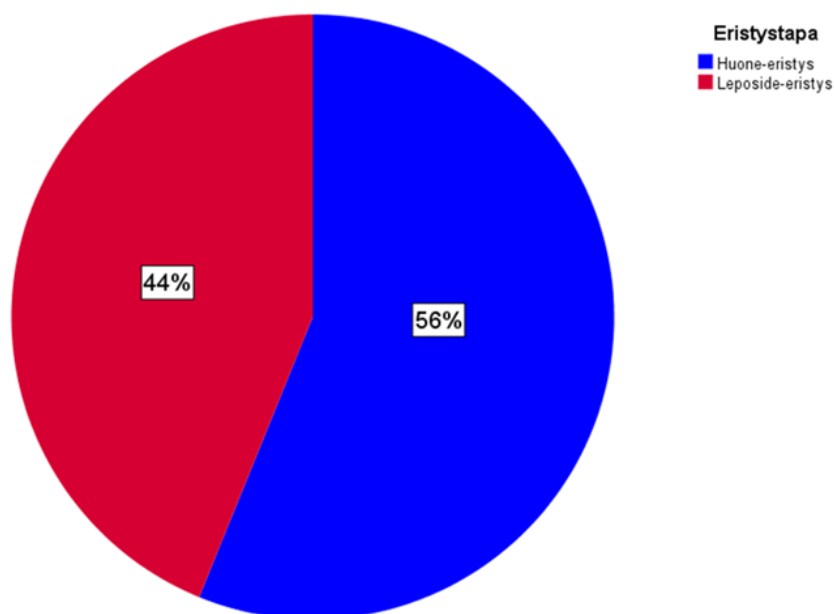
Kuvio 5. Eristykset viikottasolla vuosien 2013-2017 mukaan

Tarkasteltaessa vuorokauden aikoja, eristysten alkamisajankohtien välillä oli vaihtelua. Seuranta-ajalta eristykset keskittyivät iltapäivään ja iltaan, jolloin eristettyjä potilaita oli saman verran (92 potilasta). Vähiten eristystyksiä oli yöaikaan (57 potilasta).



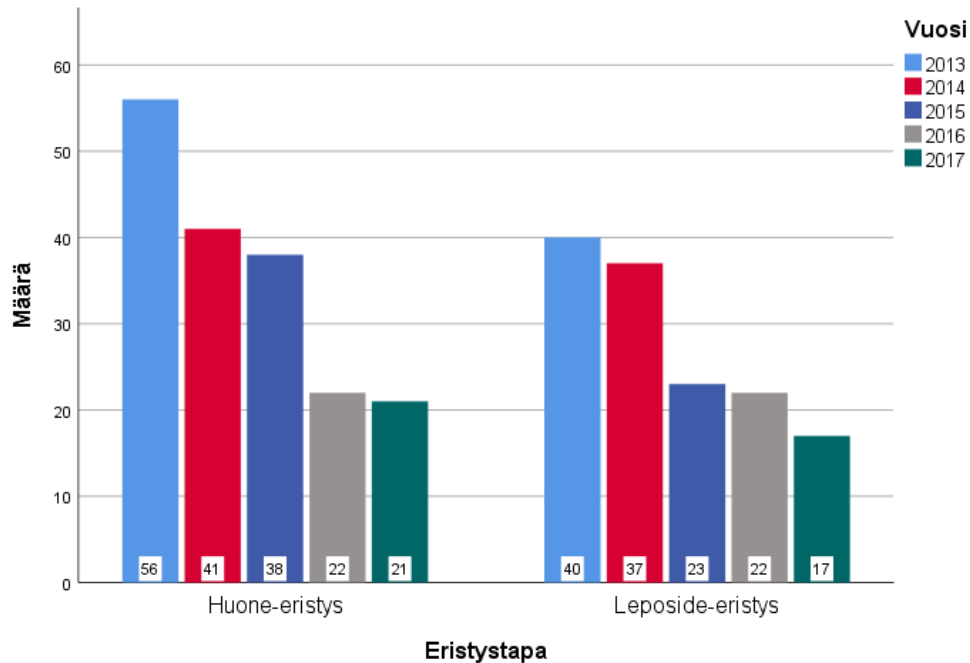
Kuvio 6. Eristykset vuorokauden mukaan.

Kaikista seuranta-ajalta eristetyistä potilaista enemmän oli huone-eristystyksiä kuin leposide-eristystyksiä. Prosentuaalinen ero eristystapojen välillä oli 12%.



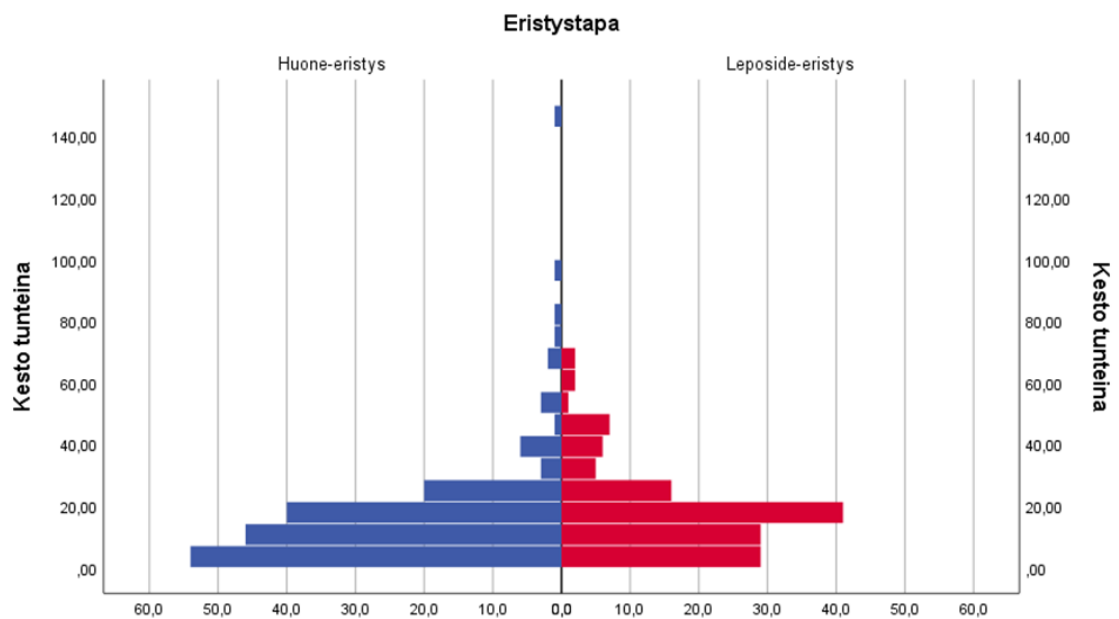
Kuvio 7. Eristystapa prosentteina koko seuranta-ajalta

Seuranta-aikana vuosittain enemmän käytetty eristystapa oli huone-eristys, pois lukien vuosi 2016. Vuonna 2016 huone-eristyksiä ja leposide-eristyksiä oli saman verran. Kuviossa on myös nähtävillä eristysten laskeva trendi.



Kuvio 8. Eristystavan jakauma vuositasolla

Kuviossa tarkastellaan eristystapaa ja eristysten kestoa. Eristysten kestoissa on vaihtelua niin huone-eristyksissä kuin leposide-eristyksissä. Pisimpään kestänyt eristys on ollut huone-eristys.



Kuvio 9. Eristystapa ja kesto tunteina

8.2 Teemahaastatteluiden sisällönanalyysi

Teemahaastattelu suoritettiin Keroputaan sairaalan kahdelle eri hoitotiimille eri päivinä ryhmähaastatteluna. Yhteensä vastaajia oli paikalla 10 - 12. Kaikki hoitajista eivät kyenneet olemaan koko haastattelua paikalla potilaiden hoidon vuoksi. Vastaajia oli paikalla 6 - 7 hoitotyöntekijää ensimmäisestä hoitotiimistä ja 4 - 5 hoitotyöntekijää toisesta hoitotiimistä. Haastattelu nauhoitettiin tulosten käsittelyn helpottamiseksi. Hoitajien nimiä tai muitakaan henkilötietoja ei haastattelua varten kysytty. Taustatietona käytettiin ainoastaan tietoa siitä, kauanko hoitotyöntekijä on työskennellyt Keroputaan sairaalassa. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt sairaalassa yli 30 vuotta.

Haastattelujen jälkeen nauhoitukset kuunneltiin ja kirjoitettiin auki. Kirjoitukset luettiin läpi ja tulostettiin paperimuotoon. Kirjoitettu teksti jaettiin teemoittain esitettyihin kysymyksiin. Aineistosta etsittiin tämän avulla yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kerätystä aineistosta jätettiin samalla pois tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Haastattelut suoritettiin ryhmähaastatteluna, jonka vuoksi osallistujat saattoivat vaikuttaa toistensa käsitykseen keskinäisen vuorovaikutuksen seurauksena. Analyysin kannalta oli tärkeää huomioida kommenttien toistuvuus, mutta myös ryhmästä eriävät mielipiteet.

Teema 1. Eristämisen ajankohdat

Ensimmäisessä teemassa käsitellään Keroputaan sairaalan eristyksiä vuosi, kuukausi, viikko ja vuorokausitasolla vuosilta 2013 - 2017.

Osa hoitotyöntekijöistä pohtii, että eristysten määrissä on vaihtelua vuosi- ja kuukausitasolla. Vuositasolla selkeää laskevaa määrää eristyksissä ei nähdä. Osa hoitotyöntekijöistä pohtii, että tilastointikäytännöissä saattaa olla jonkin asteisia eroavaisuuksia yksiköiden välillä. Keroputaan sairaalassa jokainen eristys tilastoidaan erillisenä merkintänä, myös saman potilaan kohdalla tapahtuva lyhyt eristäminen merkitään uutena eristyksenä. Osa hoitotyöntekijöistä kokee eristystilanteet vaihteleviksi sen vuoksi, että tilastointia saattaa kuormittaa potilaat, joita joudutaan eristämään useaan otteeseen.

”Saman ihmisen kohalla saattaa vuorokauden aikana olla vaikka kaks uutta niinku eristämisiä, että aina alkaa uusi ku joudutaan eristämään”

Viikkotasolla hoitotyöntekijät eivät ole huomanneet merkittävää vaihtelua. Tilanteet koetaan tapauskohtaisiksi. Eristämisen tarve ei katso viikonpäivää tai ajankohtaa.

Hoitotyöntekijöillä on eriäviä näkemyksiä vuorokausitasolla tapahtuvista eristystilanteista. Yksi hoitotyöntekijöistä totesi, ettei kellonajalla ole vaikutusta eristämiseen, johon toinen työntekijä myötäili. Toinen työntekijä kokee, että eristykset ajoittuvat ilta- ja yöaikaan. Tähän kommenttiin tulee myös myötäilyä muilta työntekijöiltä. Esille tulee, että yleisesti potilaiden tulon koetaan painottuvan iltapäivään, virka-ajan ulkopuolelle. Tämän koetaan olevan yksi syy eristämisen ajankohdan painottumiseen virka-ajan ulkopuolelle.

Teema 2. Eristämistilanteet

Haastattelun perusteella hoitohenkilökunnan määrä vuorossa vaihtelee. Vaihtopäivät sekä yövuorot vaikuttavat henkilökunnan määrään. Yövuoroissa paikalla on neljä hoitotyöntekijää. Tiimien vaihtopäivinä ovat maanantai, tiistai, torstai ja perjantai. Vaihtopäivinä työntekijöitä on pääsääntöisesti enemmän paikalla. Kokemukset henkilökunnan määrän vaikutuksesta eristämisen tarpeeseen tai sen käyttöön olivat, että niillä ei nähty olevan vaikutusta tai ei osattu sanoa, onko niillä yhteyttä.

”Emmää kyllä oo koskaan nähny yhteyttä, sillä henkilökunnan määrällä eristämisen tarpeeseen tai eristyksen käyttöön, een.”

Teema 3. Eristämistilanteiden ehkäiseminen

Keroputaan sairaalan henkilökunnan mukaan käytössä on lukuisia keinoja eristystilanteiden ehkäisemiseksi. Hoitotyöntekijän mukaan koko henkilökunta käy läpi tietyin väliajoin HHR-koulutuksen eli hallittu hoidollinen rajoittaminen. Usean hoitotyöntekijän mielestä muita eristämisen käyttöä ehkäiseviä asioita oli läsnäolo, tarpeen mukainen lääkitys sekä omaisten mukana olo osana hoitoa. Työkokemus ja pitkien työvuorojen tekeminen koettiin myös tärkeänä keinona eristämi-

sen ehkäisemisessä. Pitkät työvuorot rauhoittavat osastolla tapahtuvaa liikehdintää ja näin sillä on rauhoittava vaikutus myös potilaille. Haastattelussa myös tuotiin ilmi resurssikysymys. Toivottiin, että olisi enemmän henkilökuntaa tai rauhoitumistila potilaille.

”Kyllähän se lähtee siitä, että luodaan rauhallinen, turvallinen ympäristö, että ei provosoida ja puhuminen on yks asia. Kun nähdään, et joku alkaa olemaan levoton, kiihtynyt, aggressiivinen, sen potilaan kanssa käydään sit keskustelu siinä ja yks on tietenki tärkeä. Et on tarvittavat lääkkeet siinä, mut sit on niitä tilanteita, et mitkään nämä ennaltavarautuminen ja puuttumiset keskustelulla tai läsnäololla tai lääkehoidollisesti ei enää auta.”

Haastatteluissa useasti esille noussut asia oli vartijan läsnä oleminen sairaalassa. Vartijapalveluiden käyttö koettiin erittäin positiivisena. Palvelu on ollut käytössä hoitotyöntekijöiden mukaan noin kolme vuotta. Vartijan läsnäolon koettiin vaikuttavan rauhoittavasti, sekä sen koettiin tuovan turvaa ja rauhaa hoitohenkilökunnalle. Palvelun koettiin antavan mieshoitajille mahdollisuuden keskittyä tekemään omaa työtään. Haastatteluissa ei käynyt ilmi, että onko vartijaa tarvittu potilastilanteissa. Tämän selvittäminen vaatisi vielä lisätutkimuksia.

8.3 Johtopäätökset

Vuosien 2013 - 2017 aikana eristysmäärät Keroputaan sairaalassa laskivat (kuvio 2.) Hoitotyöntekijät pohtivat, että eristysten määrissä vuositasolla on vaihtelua, mutta haastattelun aikana he eivät tuoneet ilmi, että määrät olisivat heidän mielestä vähentyneet. Osa hoitotyöntekijöistä pohtii, että sairaaloiden tilastointikäytännöissä saattaisi olla jonkin asteisia eroavaisuuksia. Työntekijät pohtivat, että myös yksittäiset potilaat kuormittaisivat tilastoa, joka vaikuttaisi myös kuukausi- ja viikkotasoon tilastointiin.

Kuukausitasolla eristyksissä ei hoitotyöntekijöiden kertoman mukaan koettu olevan eroja. Tilastointi osoittaa, että suurin määrä eristyksistä tapahtuu elokuussa. Vähiten eristyksiä on maaliskuussa. Hoitohenkilökunnan mukaan viikkotasolla ei ole vaihtelua. Tilastojen mukaan eristyksiä sijoittuu vähiten keskiviikolle ja eniten perjantaille. Vuorokausitasolla hoitohenkilökunnan mielipiteet erosivat, osa ei ko-

kenut kellonajalla olevan vaikutusta eristämisen tarpeeseen, kun taas osa henkilökunnasta toi ilmi tietyn potilasryhmän hakeutuvan hoitoon iltapäivästä, virkaajan loputtua. Tilastossa nähdään iltapäivä- ja ilta-aika eniten eristyksiä vaativana aikana.

Osa hoitotyöntekijöistä koki, ettei henkilökunnan määrällä ole vaikutusta eristysten määrään. Toisaalta toivottiin, että jos käytössä olisi enemmän henkilökuntaa, voisi se vähentää eristyksiä ennestään. Muiden eristystilanteiden ehkäisemisessä käytössä olevia keinoja olivat HHR-koulutus, läsnäolo, tarpeen mukainen lääkitys, omaisten mukanaolo potilaan hoidossa, käytössä olevat pitkät työvuorot sekä vartijan käyttö, jonka koettiin olevan erityisen hyödyllistä. Ilmi tuli myös, että potilaille toivottiin erillistä rauhoittumistilaa.

9 TUTKIMUSEETTINEN POHDINTA, LUOTETTAVUUS JA PÄTEVYYS

Mielenterveys on suuri osa ihmisen hyvinvointia. Jokainen hoitoalalla työskentelevä kohtaa työssään psyykkistä tukea tarvitsevia ihmisiä. Sairaanhoitajan ammatissa tietämys mielenterveydestä ja mielenterveyshoitotyöstä on tärkeää. Mielenterveystyötä kehitetään jatkuvasti ja pakkohoidon vähentämiseksi tehty työ nähdään olevan tärkeä ihmisoikeus- sekä turvallisuuskysymys. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Keroputaan sairaalalle eristysten ajallisesta vaihtelusta sekä selvittää hoitotyöntekijöiden kokemus eristystilanteista. Haastattelulla selvitettiin hoitajien näkökulmaa eristysten ajalliseen vaihteluun.

Työ toteutettiin kahdessa eri osassa. Ensimmäisessä vaiheessa käsiteltiin Keroputaalta saadut SPSS-tiedostot, joista tehtiin taulukot kuvaamaan eristysten ajankohtia. Toisessa vaiheessa hoitajille pidettiin ryhmähaastattelut, joissa karotettiin heidän näkemystään ajalliseen vaihteluun. Työssä saatiin vastaus tutkimusongelmaan, toiveena olisi kuitenkin ollut saada enemmän mielipiteitä ja näkemyksiä haastattelujen kautta, kuin niitä loppujen lopuksi saatiin. SPSS-tiedostot antoivat paljon hyödyllistä tietoa haastattelujen tueksi.

Opinnäytetyön aihe ja tutkimusmenetelmänä triangulaatio olivat jo itsessään haastavia. Haasteena nähtiin myös se, mihin tutkimus rajataan. Olisi ollut liian aikaa vievää tutkia koko eristyskäsitettä. Triangulaatio lisäsi työn luotettavuutta. Haastavaa oli, ettei tutkimuksia eristysten ajallisesta vaihtelusta juurikaan löytynyt. OYS, psykiatrian tulosityksikkö on tehnyt tutkimuksen, jossa käsiteltiin eristämistä laajemmin, mutta yksi käsiteltävistä aiheista oli eristysten ajalliset vaihtelut. Työn ovat tehneet Ala-aho Sirkka, Hakko Helinä ja Saarento Outi. Aiheena tutkimuksessa oli psykiatrisen akuuttiosaston eristämistapahtumat OYS:n psykiatriassa klinikassa vuosina 1999 - 2000. Tutkimuksen tarkoitus oli eristämistoimien määrän vähentäminen. (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003, 1969.) Opinnäytetyötä tehdessä tutkimus huomioitiin, mutta sen laajuuden vuoksi tutkimustuloksia oli mahdoton verrata toisiinsa.

Opinnäytetyössä huomioitiin mielenterveystyön luonne ja salassapitovelvollisuus sekä anonyymiteetin tärkeys. Tutkijat eivät missään vaiheessa saaneet tietoonsa

potilaiden henkilötietoja, sukupuolta, ikää tai sairauksia. Haastatteluun osallistuneiden hoitajien henkilötietoja ei myöskään kysytty.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi tutkia minkälainen on Keroputaan sairaalassa se potilasaineisto, joka kuormittaa eniten eristystilastoja. Hyvä olisi myös selvittää tilastointikäytäntöjä eristysten merkinnöistä Suomen psykiatrisissa sairaaloissa ja miten yhtenäisiä nämä käytännöt arjen työssä ovat. Opinnäytetyö on myös hyvä vertailututkimus myöhemmissä tutkimuksissa.

Sairaanhoitajan ammattia ajatellen työ antoi paljon uutta tietoa mielenterveystyöstä. Työssä käsiteltäviin asioihin perehdyttiin laajasti, tietoa syventäen. Mielenterveystyön osaaminen antaa myös valmiuksia hoitaa potilasta kokonaisvaltaisemmin. Opinnäytetyö opetti paljon tutkimustyön tekemisestä. Triangulaatiomenetelmän vuoksi myös useampi tutkimusmenetelmä tuli tutuksi. Suurena apuna työtä tehdessä oli Keroputaan sairaalan työelämäkontakti sekä ohjaavat opettajat.

9.1 Tutkimuksen etiikka

Tutkimusetiikka käsitetään yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Normatiivinen etiikka vastaa kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211; Aveyard 2017, 101 - 102.) Suomessa tutkimuksen eettisyyttä ohjaa Helsingin julistus. Se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, joka sopii hyvin myös hoitotieteellisten tutkimusten ohjeeksi. Julistuksessa otetaan kantaa muun muassa siihen, että vaikka tutkimuksen tarkoitus on toteuttaa uutta tietoa, se ei saa olla etusijalla yksittäisen tutkittavan etuihin ja oikeuksiin nähden. Julistus ottaa kantaa myös haavoittuviin ryhmiin, jolloin kaikkien haavoittuvien ryhmien ja yksilöiden tulee saada erityistä suojaa. (Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus). Haavoittuviksi ryhmiksi luetaan muun muassa vajaavaltaiset henkilöt kuten alaikäiset, ihmiset, jotka eivät kykene päättämään suostumuksestaan tai taloudellisesti ja terveydellisesti huonossa asemassa olevat ihmiset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212 - 213.)

Perinteiset hyväksytyt tutkimuksen kriteerit ovat arvovapaus, objektiivisuus, luotettavuus, kriittisyys ja arvioitavuus. Nämä kriteerit eivät kuitenkaan takaa hyvää

tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana pidetään tiedon intressin etiikkaa. Tutkimusta tehdessä täytyy huomioida myös tutkimuksen seurauksena syntyvät eettiset haasteet. Yhteiskuntatieteissä korostuu kysymykset mistä lähtökohdista, kenelle, mitä varten ja kenen hyödyksi aihetta tutkitaan. (Saari & Viinamäki 2007, 11 - 12.)

Tässä tutkimuksessa ei ole käytetty eristetyn potilaan henkilö- ja tunnistetietoja, eikä näitä ole missään vaiheessa luovutettu tutkijoiden käyttöön. Keroputaan sairaalalla on tutkimukseen liittyviä ohjeita eettisyyden varmistamiseksi, joita tutkimuksessa noudatettiin. Tutkimuksen tekijöiltä sairaala edellyttää salassapitosopimusta ja aineistonkeruun tulee tapahtua Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin nimemmän työntekijän ohjauksessa. Aineiston käsittely ja tutkimustulosten julkaisu tapahtuvat myöskin työntekijän ohjauksessa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta mitataan arvioimalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimus mittaa juuri sitä, mitä aiottiinkin mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tuloksia voidaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa tämä on usein hankalaa pohtia, voidaanko esimerkiksi terveyskeskuksen potilaista saatuja tuloksia yleistää erikoissairaanhoidon potilaisiin. Mittaamisen reliabiliteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin mittari tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta on oltu huolissaan sen vuoksi, että tutkija usein työskentelee yksin, minkä vuoksi hän saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tässä tilanteessa myös holistinen harhaluulo ja virhepäätelmät ovat riskinä. Tilanteessa tutkija tulee tutkimusprosessin aikana vakuuttuneeksi johtopäätöstensä oikeellisuudesta, vaikka todellisuudessa niin ei olisi. Luotettavuuden arvioinnin yleisinä kriteereinä nähdään uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.)

Opinnäytetyössä käytetty lähdemateriaali valittiin tarkoin ja niihin on viitattu asianmukaisesti. Lähdemateriaalia valittaessa päätökset tietojen käytöstä tehtiin yh-

dessä. Tutkimuksen tulokset on kirjattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Luotettavuutta lisättiin parityöskentelyllä sekä Keroputaan sairaalan psykologin kanssa tehdyllä yhteistyöllä.

Opinnäytetyössä määrällisen osuuden validiteetti varmistettiin tarkastelemalla ainoastaan eristysten ajallista vaihtelua. Realibiteetti varmistettiin sillä, että työssä käytettiin Keroputaan sairaalasta valmiiksi kerättyä aineistoa.

Luotettavuutta opinnäytetyössä on lisännyt haastattelujen nauhoitus, haastattelujen toteutus teemahaastatteluna sekä haastattelun valmistelu teemojen mukaisesti. Haastattelun toteutus kahdelle eri hoitotiimille tuo myös laajempaa näkökulmaa aiheeseen kuin pelkästään yhdelle ryhmälle haastattelun toteuttaminen. Haastattelun toteutus ryhmähaastatteluna nähdään positiivisena vuorovaikutuksen kannalta, sillä osallistujilla on mahdollisuus keskustella tutkittavasta aiheesta ryhmänä. Ryhmähaastattelu voi myös tuoda uusia näkökulmia ja keskustelua aiheesta laajemmalla tasolla kuin yksilöhaastattelu. Toisaalta se on myös haaste, sillä riskinä on, että vastauksiin vaikuttaa sosiaalinen ympäristö ja yhteisö.

Opinnäytetyön määrällisen aineiston käsittely SPSS-ohjelmalla tapahtui ennen teemahaastattelua. Tämän vuoksi tutkijat tarkastelivat tuottamiaan kuvioita ja niistä saatua tietoa jo ennen haastattelua. Jo saadut tulokset tutkittavasta aiheesta eivät kuitenkaan ohjanneet tutkimushaastattelun kysymyksiä vaan aineistot pidettiin erillään. Hoitotiimeillä ei ollut tiedossa kuvioiden tuomaa informaatiota aiheesta ennen haastattelua tai sen aikana. Aiempi aiheesta tuotettu tieto ei siis ohjannut vastaajien näkemystä. Tutkijoiden rooli haastattelujen aikana oli pysyä mielipiteiden osalta neutraalina, jotta keskustelujen eteneminen tapahtuisi haastateltavien näkemysten mukaisesti.

LÄHTEET

Aaltonen, J., Eskola, J. & Karila, A. 2007. Mielekäs Suomi - Näkökulmia mielen-terveystyöhön. Helsinki: Edita Prima.

Ahola, M. 2010. Seili – spitaalisten ja hourujen saari. Viitattu 20.11.2018 <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2010/12/29/seili-spitaalisten-ja-hourujen-saari>

Ahola, T. 2015. Terveyttä kaikille. B-mielisairaalat 1950-luvulta 1970-luvulle. Viitattu 15.6.2018 <https://www.museovirasto.fi/uploads/Arkisto-ja-kokoelmapalvelut/Julkaisut/b-mielisairaalat.pdf>.

Ala-aho, S., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoisten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. Duodecim. Viitattu 16.12.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo93847>.

Alakare, B. & Seikkula, J. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Viitattu 6.9.2017 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>.

Aveyard, H., Goodman, M. & Moule, P. 2017. Nursing Research an introduction. 3rd edition. Lontoo: SAGE Publications.

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062

Haarakangas, K. 2002. Mielisairaala muuttuu. Helsinki: Hakapaino Oy.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen T. 2017. Psykiatria. 12. uudistettu painos. Tallinna: Printon.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Latvia: Tammi.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu. Tallinna Raamatutrükikoda: Gaudeamus Oy.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

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

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J., Makkonen, P., Putkonen, A. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 14.12.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lakitietoutta 2017. Mielenterveystalo. Viitattu 11.9.2017 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Lakitietoutta.aspx>.

Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus 2017. Lääkäriliitto. Viitattu 4.7.2018. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>.

Mielenterveyshäiriöt 2015. THL Viitattu 6.9.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. 2016. Sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 14.12.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Mäkelä, J. 2008. Hourinhoitoasetuksesta mielenterveyslakiin. Mielisairaanhoidon ja erityisesti tahdosta riippumattoman hoidonlainsäädännön muutokset vuosina 1840–1991. Joensuun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Nordling, E. & Toivio, T. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Psykiatrian osasto 2018. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Viitattu 8.12.2018 <http://www.lpshp.fi/fi/yksikot/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/osasto-ja-poliklinikat/psykiatrian-osasto.html>.

Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 14.6.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>.

Puusniekka, A & Saaranen-Kauppinen, A. 2006a. Strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 3.7.2018 http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L6_3_3.html.

Puusniekka, A & Saaranen-Kauppinen, A. 2006b. Triangulaatio. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 12.6.2018 http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html.

Saari, E. & Viinamäki, L. 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Tahdosta riippumaton hoito 2017. Valvira. Viitattu 1.11.2017 <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/mielenterveys>.

Tamminen, N. 2018. Positiivinen mielenterveys Suomessa. THL 13.4.2018. Viitattu 6.10.2018 <https://www.slideshare.net/THLfi/positiivinen-mielenterveys-suomessanina-tamminen>.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Videbeck, S. 2003. Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko

Tutkijat haastattelevat Keroputaan sairaalan hoitajia kahdesta eri hoitotiimistä ryhmähaastatteluna. Haastattelu nauhoitetaan. Haastateltaville kerrotaan, että tutkimuksessa tutkitaan Keroputaan sairaalan eristysten määriä. Osa kysymyksistä pohjautuu tilastollisesti tutkittuun materiaaliin Keroputaan sairaalan eristysmääristä (vuosi, kuukausi, päivä) vuosilta 2013-2017.

Taustatiedot

- Kauanko hoitotyöntekijä on työskennellyt Keroputaan sairaalassa?

Haastattelun aiheet:

1. Eristämisen ajankohdat
2. Eristämistilanteet
3. Eristämistilanteiden ehkäisy

Eristämisen ajankohdat

- Tutkimustiedon mukaan eristysten määrät ovat toistuvasti vähentyneet vuosien 2013-2017 aikana.
 - Oletteko huomanneet eristysmäärissä muutoksia vuositasolla?
 - Mistä vaihtelut vuositasolla mielestänne johtuvat?
- Tutkimustiedon mukaan eristyksiä tapahtuu kuukausitasolla eniten elokuussa ja vähiten maaliskuussa.
 - Oletteko huomanneet eristysmäärien vaihtelua kuukausitasolla?
 - Mistä vaihtelut kuukausitasolla mielestänne johtuvat?
- Tutkimustiedon mukaan vähiten eristyksiä on keskiviikkoisin.
 - Oletteko huomanneet eristyksissä ajallista vaihtelua päivätasolla?
 - Mistä tämä teidän mielestänne johtuu?
- Tutkimustiedon mukaan eristyksen ajoittuvat iltapäivälle ja illalle (klo 13-21)
 - Mistä tämä teidän mielestänne johtuu?

Eristämistilanteet

- Oletteko huomanneet vaihtelua potilasmäärissä tai henkilökunnan määrissä eri kuukausina, päivinä tai vuorokaudenaikoina?
 - Jos on, niin onko teillä tietoa miksi?
- Miten eristämistilanteen jälkeen asia puretaan?
 - Mitä mieltä olette purkamistilanteen tarpeellisuudesta?

Eristämistilanteiden ehkäiseminen

- Millä keinoin eristyksiä pystyttäisiin mielestänne ehkäisemään?