



Hinni Harju, Jemina Saarinen, Laura Wainio

Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen akuuttihoitotyössä

Itseopiskelumateriaalin kehittäminen akuuttihoitotyön opiskelijoille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja AMK

Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

2.11.2021

Tekijät	Hinni Harju, Jemina Saarinen, Laura Wainio
Otsikko	Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen akuuttihoitotyössä
Sivumäärä	56 sivua + 2 liitettä
Aika	2.11.2021
Tutkinto	Ensihoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Marika Lähdetniemi, TtM, SH
<p>Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle on olemassa tarkat kriteerit ja perusteltavissa olevat syyt. Pakkotoimiin liittyy kuitenkin eettinen ongelma puuttuessa hyvin konkreettisesti ihmisen perusoikeuksiin, kuten itsemääräämisoikeuteen. Tahdosta riippumattomien toimien vähentäminen onkin tavoiteltavaa mielenterveyspotilaiden hoidossa.</p> <p>Samaan aikaan sekä ensihoitajat että päivystyksessä työskennelleet sairaanhoitajat ovat kuvanneet osaamistaan mielenterveyspotilaan kohtaamisessa ja hoitopäätösten tekemisessä heikoksi. Kuitenkin juuri hoidon ensikontaktissa onnistumisella tiedetään olevan positiivisia vaikutuksia niin potilaan hoitoon sitoutumisen kuin tahdosta riippumattomien toimien vähentämisenkin kannalta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa itseopiskelumateriaalia mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta akuuttihoitotyössä. Itseopiskelumateriaali suunnattiin Metropolia Ammattikorkeakoulun ensi- ja sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka tulevat työskentelemään akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä opiskelijoiden tietämystä tavoista, joilla tukea mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta. Lisäksi tavoitteena oli kuvata tahdosta riippumattoman hoidon prosessia ja toimintatapoja tilanteissa, joissa mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan.</p> <p>Toiminnallisena toteutettu opinnäytetyö pohjautui kirjallisuuskatsaukseen, jossa käsiteltiin potilaan itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia lakeja, tahdosta riippumattoman hoidon prosessia sekä siihen liittyviä rajoitustoimenpiteitä. Lisäksi tarkasteltiin tapoja, joilla tukea mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta, sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä eettisiä ongelmatilanteita hoitotyössä. Tuotoksena syntynyt itseopiskelumateriaali sisältää kirjallisuuskatsaukseen perustuvan PowerPoint –diaesityksen ja tietotestin, jonka avulla opiskelija voi testata omaa osaamistaan mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyössä tuotettu itseopiskelumateriaali tehtiin mahdollisimman yleishyödylliseksi, jotta sitä voitaisiin hyödyntää sekä ensi- että sairaanhoitajien tutkinto-ohjelmien opintojaksoissa.</p> <p>Hoitajalla on merkittävä rooli mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa. Aiheesta löytyy kuitenkin hyvin vähän ajantasaista tutkimustietoa, minkä vuoksi sen tutkiminen olisi jatkossa tärkeää. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt itseopiskelumateriaali lisää tulevaisuudessa ensi- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden osaamista mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta akuuttihoitotyössä. Tuotosta on mahdollista myös jatkokehittää esimerkiksi simulaatio-opetukseen tai työelämään vietäväksi oppaaksi.</p>	
Avainsanat	akuuttihoitotyö, itsemääräämisoikeus, itseopiskelumateriaali, mielenterveyspotilas, tahdosta riippumaton hoito

Author	Hinni Harju, Jemina Saarinen, Laura Wainio
Title	Implementation of Mental Health Patient's Right of Self-determination in Acute Care
Number of Pages	56 pages + 2 appendices
Date	2 November 2021
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Emergency Care
Instructors	Marika Lähdetniemi, Senior Lecturer, MNSc, RN
<p>There are precise criteria and justifiable reasons for mental health patient's involuntary treatment. However, the use of coercive measures includes ethical problems when interfering with fundamental human rights, such as the right of self-determination. Thus, reducing the number of coercive measures is desirable in mental health care. Paramedics and nurses working in emergency department have described a lack of competence in caring for mental health patients and making treatment decisions. Succeeding in the primary contact of care nevertheless has positive effect both in patient's commitment to care and reducing coercion.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce self-study material for the implementation of mental health patient's right of self-determination in acute care. The self-study material was directed to the emergency care and nursing students of Metropolia University of Applied Sciences who will be working in acute care. The aim of this thesis was to increase students' ways and means to support the self-determination of mental health patients. Additionally, the aim was to describe the process of involuntary treatment and course of action in situations where mental health patient's right of self-determination must be restricted.</p> <p>This functional thesis was based on a literature review of the covered topic which consisted of laws, the process of involuntary treatment and restrictive measures used in coercive treatment. Additionally, the literature review included ways and means to support the self-determination of mental health patients and emerging ethical problems when restricting patient's autonomy. The self-study material includes a PowerPoint -slide show and an exam to help students test their knowledge on the topic covered. The produced material was made to be as broadly exploitable as possible so that it could be utilized both in emergency care and nursing degree programmes.</p> <p>Based on the made literature review we would like to point out that health care staff have a significant role in the implementation of self-determination with mental health patients. However, due to the unfortunate fact that there is not much up-to-date information available on the subject, it would be important carry out more studies into the subject. The produced self-study material will possibly be of help in increasing emergency care and nursing student's competence in caring for mental health patients. For further development of the produced self-study material could be expanded to simulation training and a handbook for graduated health care professionals.</p>	
Keywords	acute care, involuntary treatment, mental health patient, right of self-determination, self-study material

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
3	Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen akuuttihoitotyössä	2
3.1	Keskeiset käsitteet	2
3.2	Potilaan itsemääräämisoikeuteen vaikuttavat lait Suomessa	4
3.3	Mielenterveyspotilaan tahdosta riippumattoman hoidon prosessi	5
3.3.1	Tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvio	6
3.3.2	Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen	7
3.3.3	Virka-apu	9
3.3.4	Tarkkailulähete M1	10
3.3.5	Tarkkailulausunto eli M2-lomake	12
3.3.6	Hoitoonmääräämispäätös eli M3-lomake	12
3.3.7	Tahdosta riippumattoman hoidon kesto ja jatkotoimenpiteet	13
3.4	Potilaan rajoittaminen	14
3.4.1	Tahdonvastainen sairauden hoitaminen	15
3.4.2	Liikkumisvapauden rajoittaminen	16
3.4.3	Yhteydenpidon rajoittaminen	16
3.4.4	Eristäminen ja sitominen	17
3.4.5	Omaisuuksien tarkistaminen ja haltuunotto	18
3.4.6	Henkilöntarkastus ja -katsastus	19
3.5	Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen	19
3.5.1	Potilaan mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon	20
3.5.2	Vastavuoroinen hoitosuhde	21
3.5.3	Potilaan kunnioittaminen	22
3.5.4	Hoitajan ammattitaito	23
3.6	Eettistä pohdintaa ongelmatilanteissa	23
3.6.1	Arvot ja asenteet	23
3.6.2	Päätöksenteko	24
3.6.3	Väkivaltainen potilas	28
3.6.4	Omaiset	29
3.6.5	Ensihoidon kuormitus ja vakiopotilaat	30
3.6.6	Mielenterveyspalveluiden saatavuus ja järjestelmän heikkoudet	32
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	33
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat	33

4.2	Tiedonhaku	33
4.3	Toimintaympäristö, kohderyhmä, hyödynsaajat	35
4.4	Lähtötilanteen kartoitus	35
4.5	Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus	36
5	Opinnäytetyön tuotos	37
5.1	Itseopiskelumateriaali	37
5.2	Kuvaus itseopiskelumateriaalista	38
6	Pohdinta	38
6.1	Tuotoksen tarkastelu	38
6.1.1	Mitä itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan?	39
6.1.2	Mitä asioita tulisi huomioida mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa?	39
6.1.3	Miksi mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan akuuttihoitotyössä?	41
6.1.4	Millainen on hyvä itseopiskelumateriaali?	42
6.2	Luotettavuus ja eettisyys	43
6.3	Tuotoksen hyödyntäminen	45
6.4	Kehittämisehdotukset	46
6.5	Ammatillinen kasvu	48
	Lähteet	50
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku­taulukko	
	Liite 2. Artikkelitaulukko	

1 Johdanto

Kun mielenterveyspotilaan todellisuudentaju on häiriintynyt, joudutaan hoito usein aloittamaan ilman potilaan suostumusta. Tällöin puhutaan tahdosta riippumattomasta hoidosta. (F20-29 Psykoottiset häiriöt.) Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa puuttumista ihmisen itsemääräämisoikeuteen, joka on jokaisen perusoikeus (Mielenterveyslaki 1116/1999 § 22a). Kyseiseen hoitoon liittyy lisäksi yleisesti potilaan rajoittaminen (Repo-Tiihonen & Putkonen & Tuppurainen 2012). Tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvät rajoitustoimenpiteet ovatkin kiistelty aihe, sillä niillä on sekä hyötynsä että haittansa: toisaalta vaakakupissa painavat potilaan ja yksilön oikeudet, toisaalta taas potilaan hoidon turvaaminen ja mahdollisesti hengen pelastaminen (Pylkkänen & Eskola & Hemmi 2010; Rovasalo & Jüriloo 2011).

Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitettaessakin tulisi keskiössä olla aina potilaslähtöisyys. Kiireelliset akuuttihoitotilanteetkaan eivät saisi vaikuttaa mielenterveyspotilaan ammattimaiseen kohteluun tai hoidon suunnitteluun. (Ojanen & Mantere 2013.) Sekä ensihoidossa että päivystyspoliklinikalla työskennelleet hoitajat ovat kuvanneet valmiuksiaan mielenterveyspotilaan kohtaamiseen ja hoitopäätösten tekemiseen heikoksi (Rees & Porter & Rapport & Hughes & John 2018; Wahlbeck ym. 2018: 113). Kuitenkin juuri hoidon ensikontaktissa onnistumisella tiedetään olevan positiivisia vaikutuksia potilaalle niin hoitoon sitoutumisen kuin pakkotoimien vähentämisenkin kannalta (Ojanen & Mantere 2013; Wahlbeck ym. 2018: 114).

Opinnäytetyössä on tuotettu itseopiskelumateriaalia mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta akuuttihoitotyössä. Itseopiskelumateriaali on suunnattu ensi- ja sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka tulevat työskentelemään akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyön tilaajana on Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toiminnallisena toteutuksessa opinnäytetyössä tarkastellaan nimenomaan aikuisia mielenterveyspotilaita, heidän itsemääräämisoikeuttaan ja miten tätä oikeutta tuetaan tilanteissa, joissa tahdosta riippumattomat toimenpiteet tulevat kyseeseen.

Päihdenäkökulma on rajattu tästä opinnäytetyöstä pois. Päihdepotilaan tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit poikkeavat jonkin verran mielenterveyspotilaan vastaavan hoidon kriteereistä. Lisäksi päihdehuoltolain määrittämiä tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä tehdään prosessin monimutkaisuuden vuoksi aikuisille vain vähän. (Huttunen 2018b.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa itseopiskelumateriaalia mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta Metropolia Ammattikorkeakoulun ensihoitaja- ja sairaanhoitajaopiskelijoille, jotka tulevat työskentelemään akuuttihoitotyössä. Metropolia Ammattikorkeakoulu voi hyödyntää tuotoksena syntynyttä itseopiskelumateriaalia kummankin mainitun tutkinnon loppuvaiheen opintojen toteutuksissa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä opiskelijoiden tietämystä tavoista, joilla tukea mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta akuuttihoitotyössä. Lisäksi tavoitteena oli kuvata tahdosta riippumattoman hoidon prosessia sekä toimintatapoja tilanteissa, joissa mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Opinnäytetyössä käytettiin apuna ohjaavia kysymyksiä, jotka määrittivät tarvittavia vastauksia työhön ja sen tavoitteisiin.

Opinnäytetyö vastaa kysymyksiin:

1. Mitä itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan?
2. Mitä asioita tulisi huomioida mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa?
3. Miksi mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan akuuttihoitotyössä?
4. Millainen on hyvä itseopiskelumateriaali?

3 Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisen akuuttihoitotyössä

3.1 Keskeiset käsitteet

Taulukossa 1 määritellään opinnäytetyön kannalta keskeisiä käsitteitä, joita ovat *aikuisen, akuuttihoito, itsemääräämisoikeus, psykoosi (mielisairaus), potilaan rajoittaminen ja tahdosta riippumaton hoito*.

Taulukko 1. Keskeiset käsitteet

Käsite	Määritelmä
Aikuinen	Suomessa laki holhoustoimesta (442/1999) määrittelee täysi-ikäisyydeksi 18 vuotta. Opinnäytetyössä aikuisiin viitataan juridisesti täysi-ikäisillä.
Akuuttihoito	Opinnäytetyössä akuuttihoidolla tarkoitetaan ensihoitoa ja päivystystä. Ensihoidon tarkoituksena on tarjota äkillisesti sairastuneelle tai loukkaantuneelle potilaalle kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa kuljetus hoitoyksikköön (Ensihoito). Päivystys tarjoaa vastaavaa kiireellistä hoitoa hoitoyksikössä (Päivystys).
Itsemääräämisoikeus	Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan hoitotyössä potilaan oikeutta osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Hoitotoimenpiteitä voi suorittaa vain, kun potilas on antanut siihen suostumuksensa ja on tietoinen kaikista hoitoon liittyvistä asioista. (Potilaan itsemääräämisoikeus.) Jos täysi-ikäinen potilas ei esimerkiksi mielenterveysongelman vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on tilannekohtaisesti päämääränä hoitaa häntä aiemmin ilmaistun tahdon tai hänen yleisen etunsa mukaisesti (Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene päättämään hoidostaan).
Psykoosi (mielisairaus)	Psykoosilla tarkoitetaan tilaa, jossa yksilön todellisuudentaju on heikentynyt ja hänen on vaikea erottaa totuutta väärästä. Psykoosille on tyypillistä erilaiset harha-aistimukset ja harhaluulot. (Huttunen 2018a.) Mielisairaudella tahdosta riippumattoman hoidon kriteereissä tarkoitetaan nimenomaan psykoositasoista sairautta (Heino & Hietala & Lindholm & Salonen & Kampman 2015).
Potilaan rajoittaminen	Tahdosta riippumattomaan hoitoon, tarkkailuun tai tutkimukseen määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa hänen itsensä, muiden ihmisten tai hoidon turvaamiseksi. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittamista tai eristämistä muista potilaista, minkä toteuttamiseksi on luvallista käyttää myös fyysisiä voimakeinoja. Rajoitustoimenpiteet tulee aina mitoittaa potilaan sairaalassaolon perusteisiin ja toteuttaa mahdollisimman turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 a,d,e.)
Tahdosta riippumaton hoito	Mielenterveyslaissa on määritelty tahdosta riippumattoman hoidon kriteereiksi psykoosityyppinen mielisairaus, potilaan vaarallisuus itseään tai muita kohtaan ja muiden mielenterveyspalveluiden riittämättömyys kyseisessä tilanteessa (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8). Mielenterveyspotilas voidaan näiden kriteerien täytyessä määrätä joko tutkimukseen, tarkkailuun tai hoitoon. Jokaiseen päätökseen vaaditaan erillinen lääkärinlausunto. (Huttunen 2018c.)

3.2 Potilaan itsemääräämisoikeuteen vaikuttavat lait Suomessa

Suomen perustuslaki (731/1999) määrää ihmisten perusoikeuksista. Itsemääräämisoikeus kuuluu ihmisen perusoikeuksiin (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 a). Lisäksi Suomessa on useita eri lakeja, jotka turvaavat potilaan oikeuksia ja hoitoa. Tärkeimpiä terveydenalan ammattilaisten toimintaa ohjaavia lakeja potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa ovat Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Mielenterveyslaki (1116/1990).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 § 3) määrää, että jokaisen Suomessa pysyvästi asuvan henkilön on saatava terveydentilaansa edellyttävää hoitoa niiden resurssien rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaan on saatava laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa ilman syrjintää sekä kunnioittaen potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä. Myöskään hänen ihmisarvoaan ei saa loukata. Mahdollisuuksien mukaan potilaan hoidossa ja kohtelussa tulee ottaa huomioon myös hänen äidinkieltensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

Potilaan tiedonsaantioikeuden mukaan hänelle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan sekä muista asioista, jotka vaikuttavat päätökseen hänen hoidostaan. Selvitys on annettava niin, että potilas ymmärtää sen sisällöstä kaiken tarpeellisen. Selvitystä terveydentilasta ei kuitenkaan anneta potilaalle ilman hänen suostumustaan tai jos selvityksen antaminen voisi aiheuttaa vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 5.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta toteutetaan hoitamalla häntä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, tulee häntä hoitaa mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Mikäli potilas ei pysty itse päättämään hoidostaan esimerkiksi mielenterveydenhäiriön vuoksi, tulee hänen laillista edustajaansa, lähiomaistaan tai muuta läheistään kuulla ennen tärkeän hoitopäätöksen tekoa. Tällöin potilasta edustavan henkilön on otettava huomioon, mikä hoitovaihtoehto vastaisi parhaiten potilaan tahtoa, jos hän voisi siitä itse päättää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 6.)

Jos selvyttä potilaan tahdosta ei saada, hoidetaan häntä sen mukaan, mitä voidaan pitää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisena. Mikäli potilaan edustaja kieltää potilaan hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, tulee potilasta hoitaa

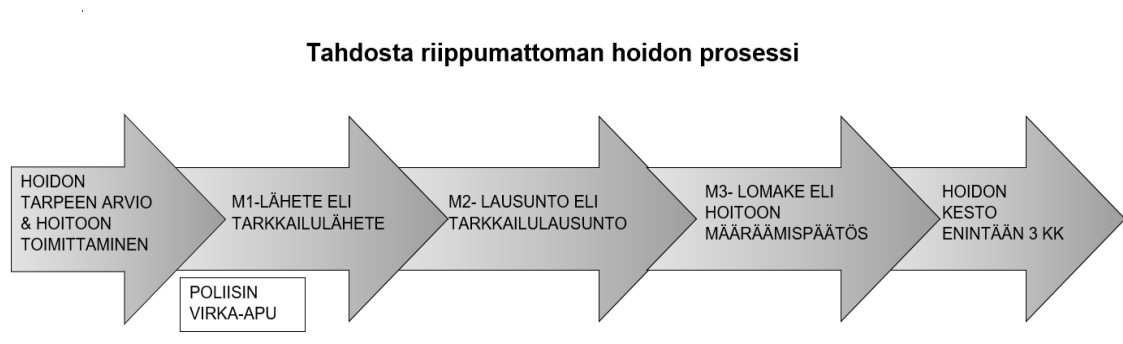
yhteisymmärryksessä hänen edustajansa kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 6.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 § 8) määrää, että potilaalle on annettava tarpeen vaativaa hoitoa, kun potilaan tila uhkaa hänen henkeään ja terveyttään, vaikka potilaan tahdosta ei saataisi selvyyttä. Kuitenkin tilanteessa, jossa potilas on aikaisemmin ilmaissut tahtonsa pätevästi, hänelle ei saa antaa hoitoa, joka on hänen tahtonsa vastaista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 8).

Kunnan tai kuntayhtymän mielenterveyspalvelujen tulee vastata sekä laajuudeltaan että sisällöltään alueella esiintyvää tarvetta. Lähtökohtaisesti mielenterveyspalvelut toteutetaan avohoidossa ja niiden pitää tukea yksilön itsenäistä suoriutumista sekä oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 4.) Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän, terveyskeskusten, kunnallisen sosiaalihuollon sekä erityispalveluja antavien kuntayhtymien on yhdessä huolehdittava, että tarjottavista mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 5).

3.3 Mielenterveyspotilaan tahdosta riippumattoman hoidon prosessi

Suomessa tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen tapahtuu neliportaisena prosessina Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti. Prosessin tutkimus- ja päätöksentekovaiheet jakautuvat tarkkailuun lähettämiseen ja tarkkailuun ottamiseen sairaalassa M1-lähetteen perusteella, tarkkailulausuntoon eli M2-lomakkeeseen sekä hoitoa koskevaan päätökseen eli M3-lomakkeeseen. Tahdosta riippumattoman hoidon aloittamista edeltää aina useamman lääkärin arvio hoidon perusteiden täyttymisestä. Jokaiseen vaiheeseen siirtymisestä ja sen käynnistämisestä vastaa siis aina eri lääkäri. (Huttunen 2018c; Lönnqvist & Henriksson 2021.) Ohessa havainnollistava kaavio tahdosta riippumattoman hoidon prosessista (kuva 1).



Kuva 1. Tahdosta riippumattoman hoidon prosessi (Mielenterveyslakia 1116/1990 § 8–12 muokailten)

3.3.1 Tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvio

Mielenterveislain (1116/1990) mukaan potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli hoitoon määräämisen kolme kriteeriä täyttyvät yhtä aikaa. Tällöin potilaan todetaan olevan psykoottisesti mielisairas ja hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Lisäksi vaaditaan, etteivät mitkään muut mielenterveyspalvelut sovellu käytettäväksi tai ole riittäviä potilaan tilanteessa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8.)

Tahdosta riippumattoman hoidon toisessa kriteerissä tarkastellaan hoitoon toimittamatta jättämisen haitallisia vaikutuksia potilaan sairaudentilalle sekä potilaan mahdollista vaarallisuutta itselleen tai muille. Näistä kolmesta edellytyksestä ainakin yhden tulee täytyä, jotta kyseinen kriteeri on voimassa. Esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas ei käytä oireita vähentäviä lääkkeitä, hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi potilaan mielisairautta olennaisesti. Hoidon tarvetta arvioitaessa tulee myös ottaa huomioon lääketieteellisten hoitojen vaikutus potilaan tilaan, eli lievittäisivätkö tai estäisivätkö ne potilaan tilan pahenemista. (Lönngqvist & Henriksson 2021.)

Toisen kriteerin täyttymistä arvioitaessa pohditaan myös sekä potilaan että muiden henkilöiden turvallisuuden tai terveyden vaarantumista. Potilaan turvallisuus tai terveys voivat olla vaarassa potilaan ollessa kykenemätön huolehtimaan itsestään tai päivittäisen elämän vaatimuksista. Potilaan kykyä selviytyä heikentävät esimerkiksi harhaisuus, maanisuus ja sekavuus. Puhuttaessa muiden ihmisten turvallisuuden ja terveyden vaarantumisesta, on yleensä kyse potilaan väkivaltaisuuden uhasta. Kuitenkin esimerkiksi tilanteita, joissa muiden ihmisten mielenterveyden tasapaino vakavasti vaarantuu potilaan psykoottisuuden vuoksi, voidaan myös pitää terveyden vaarantumisena. (Lönngqvist & Henriksson 2021.)

Ennen tarkkailulähetteen laatimista on lisäksi kartoitettava potilaan kotikunnan tarjoamat mielenterveyspalvelut, jotta varmistutaan, olisiko käytettävissä muita potilaan hoidon tarpeelle sopivia ja riittäviä palveluja. Kartoitus on tehtävä, jos on ilmeistä, etteivät muut palvelut ole riittäviä tai sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9 a.) Lääkäri voi käyttää aikaisempaan kokemukseensa perustuvaa tietoa harkitessaan, voi-

siko jonkin toisen palvelun käyttö vaikuttaa tahdosta riippumattoman hoidon tarpeeseen. Tästä syystä päivystyksessä tulisi aina olla saatavilla ajankohtainen ja tarvittava tieto potilaan kotikunnan sosiaali- ja terveyspalveluista asianmukaista hoitoon ohjausta varten. (Lönqvist & Henriksson 2021.)

Ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä on tärkeää arvioida potilaan kompetenssia. Kompetentti potilas ymmärtää päätöksenteolleen tärkeän informaation, pystyy pitämään sen mielessään päätöksenteon ajan sekä kykenee punnitsemaan eri vaihtoehtoja ja niiden seurauksia. (Ojanen & Mantere 2013.) Erilaiset mielenterveydenhäiriöt ja niiden eri vaiheet voivatkin vaikuttaa ajatteluun ja siten vaikeuttaa päätöksentekoa (Hämäläinen 2019: 55–56). Mikäli potilas ei ole kompetentti, on lääkäri vastuussa potilaan hoitoa koskevista päätöksistä. Näiden päätösten tulee olla potilaan henkilökohtaisen edun mukaisia. Itsenäiseen päätöksentekoon kykenevällä, eli kompetentilla potilaalla, on oikeus tehdä lääkärin suosituksista poikkeavia päätöksiä, vaikka ne eivät olisikaan potilaan edun mukaisia. (Ojanen & Mantere 2013.)

3.3.2 Tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittaminen

Mielenterveyslaissa on erillinen osuus terveyskeskuksen toimintavelvollisuudesta. Se sisältää säädöksen, jonka mukaan terveyskeskuksen vastaavan lääkärin tai muun hänen nimeämänsä lääkärin tulee arvioida toiminta-alueellaan olevan potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarve, jos tälle on olemassa perusteltu epäily. (Jylhä 2021: 776–777.) Epäily on perusteltu, jos henkilö ei kykene mielisairautensa takia huolehtimaan itsestään, tai on vaaraksi itselleen tai muille (Huttunen 2018c). Kuka tahansa voi ilmoittaa terveyskeskukselle hoidon tarpeessa olevasta henkilöstä, jolloin ilmoituksen tekijä voi olla esimerkiksi omainen, naapuri tai muu viranomainen (Jylhä 2021: 777). Tällöin lääkärin tehtävänä on perehtyä potilaan tilanteeseen. Jos tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit todennäköisesti täyttyisivät, täytyy lääkärin laatia potilaasta M1-lähetekarkailuun toimittamiseksi. (Huttunen 2018c.)

On huomioitavaa, että terveyskeskuslääkärin tulee lain mukaan lähettää potilas sairaalaan tarkkailuun jo epäillessään hoitoon määräämisen edellytysten todennäköisesti täyttyvän. Tarkkailuun lähettämistä varten ei siis tarvitse olla täysin varma potilaan sairauden luonteesta tai tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisestä, pelkkä perusteltu epäily riittää. Tällä menettelytavalla halutaan varmistaa sairaudestaan kärsivän potilaan pääsy hoidon piiriin sekä hänen lähipiirinsä ja muiden ihmisten turvallisuus. (Huttunen 2018c.)

Kaikilla lääkäreillä on myös mielenterveyslain mukaisesti mahdollisuus tehdä hoidon tarvetta koskeva ilmoitus, joka suunnataan terveyskeskukselle tai kunnan muulle päivystävälle terveydenhuollon yksikölle. Ilmoituksen tehdessään lääkäri pitää potilaan tahdosta riippumattoman hoitoon määräämisen edellytysten arviointia välttämättömänä. (Lönqvist & Henriksson 2021.)

Ensihoito vastaa pääsääntöisesti potilaan kuljettamisesta tahdosta riippumattomaan hoitoon. Kuljetusta avustaa tarvittaessa poliisi. Potilas voidaan kuljettaa joko terveyskeskukseen tai päivystyspoliklinikalle arvion tekemiseksi tai tarkkailulähetteellä hoitoon. Pyyntö kuljettamistarpeesta voi tulla joko suoraan terveyskeskuslääkäriltä tai hätäkeskukselta. (Jylhä 2021: 770–771.)

Lähtökohtaisesti potilasta ei saa kuljettaa vastoin hänen tahtoaan päivystykseen tai terveysasemalle hoidon tarpeen arviointia varten ilman lääkärin lupaa. Kuljettamispyyntö on niin sanottua julkisen vallan käyttöä, joka on sallittua vain virkasuhteiselta lääkäriltä. Jos kuljettamispyyntö tulee kuitenkin hätäkeskuksen kautta, riittää ensihoitolääkärin konsultoiminen kuljettamisesta tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arviota varten. (Jylhä 2021: 777.)

Jos potilas on soittanut itse hätänumeroon tai joku muu henkilö on tehnyt sen hänen puolestaan ja potilas on vapaaehtoisesti lähdössä hoitoon, saa ensihoitaja päättää hoidon tarpeesta. Tällöin lääkäriltä ei tarvita erillistä lähetettä kuljettamiseen, mutta konsultointi on suotavaa etenkin epäselvissä tilanteissa. Ilman lähetettä potilas voidaan kuljettaa terveysasemalle tai päivystävälle poliklinikalle. (Jylhä 2021: 777.)

Psykoottisen potilaan kohtaamisessa tulisi ensihoidossakin pyrkiä järjestämään tilanne mahdollisimman rauhalliseksi. Potilaalle tulisi antaa mahdollisuus kertoa avoimesti tilanteestaan, eikä hänen harhojaan tulisi kiistää. Potilasta voi kuitenkin auttaa havainnoimaan reaalimaailmaa esittämällä siitä kysymyksiä ja ohjaamalla keskustelua sen suuntaisesti. Vaikkei potilas vaikuttaisikaan kykenevältä ottamaan vastaan informaatiota, hän todennäköisesti kuitenkin muistaa äänensävyt ja sanamuodot. Yhteisymmärryksessä ja turvallisessa ilmapiirissä tapahtunut hoitoon toimittaminen edistääkin potilaan sitoutumista myös myöhempään hoitoon. (Jylhä 2021: 771–772.)

Kun ensihoito hakee potilaan kotoa hoidon tarpeen arvioon, olisi hyvä kirjata ensihoitokertomukseen havaintoja potilaan asumisolosuhteista. Esimerkiksi huomiot kodin siisteydestä ja asumiskelpoisuudesta voivat hyödyttää lääkäriä hänen miettiessään psykiatrisen hoidon tarvetta. (Jylhä 2021: 778.)

Ensihoitajilla ei toistaiseksi ole lain mukaan lupaa rajoittaa potilasta, vaikka tilanne sitä vaatisikin. Ainoana poikkeuksena käytetään Rikoslain (515/2003) neljännen luvun § 5 määriteltyä pakkotilaa. Pakkotilan mukaan ensihoitaja voi fyysisesti rajoittaa potilasta, jos potilas olisi muuten vaaraksi itselleen tai muille. Näitä toimia ei kuitenkaan tulisi käyttää rutiininomaisesti tai muuten kuin viimesijaisena keinona (Uusitalo 2015: 33.)

3.3.3 Virka-apu

Hallintolain (434/2003 § 10) mukaan viranomaisen on toisen viranomaisen pyynnöstä avustettava hallintotehtävän hoitamisessa sekä yleisesti pyrittävä edistämään yhteistyötä eri viranomaisten kesken. Viranomainen avustaa tällöin toista viranomaista oman toimivaltansa rajoissa sekä kyseisen tilanteen edellyttämällä laajuudella. (Hallintolaki 434/2003 § 10.)

Mielenterveyslaissa (1116/1990 § 31) määrätään poliisin velvollisuudesta avustaa potilaan kuljetuksessa, kun potilas on toimitettava johonkin sairaanhoidon toimintayksikön olemassa olevalla tarkkailulähetteellä tai kun hänet on vietävä sairaanhoidon yksikköön lähetteen laatimiseksi. Tässä tilanteessa sairaanhoitopiirin tai terveyskeskuksen virkasuhteisen lääkärin mielestä potilaan kuljetukseen tarvitaan terveydenhuoltoalan ammattilaisen lisäksi saattajaksi poliisi, esimerkiksi potilaan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 31; Lönnqvist & Henriksson 2021.) Lähtökohtaisesti potilas, josta on tehty M1-lähete, kuljetetaan siis sairaalaan ambulanssilla poliisin avustaessa ja varmistaessa hoitoon toimittamisen turvallisuutta (Lönnqvist & Henriksson 2021).

Isossa-Britanniassa vuosina 2014–2016 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin ensihoitajien näkemyksiä itsetuhoisten potilaiden hoidosta ja hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Yhtenä tekijänä nousi esiin huoli riskien hallinnasta, liittyen esimerkiksi potilaan ensihoitajaan kohdistamaan aggressioon ja väkivaltaan. Ensihoitajat kokivat tällaisissa tilanteissa huolta ja haavoittuvaisuutta. He kertoivat arvostavansa poliisin apua kyseisissä tilanteissa, sillä poliisi tarjosi suojaa ensihoitajille, potilaalle sekä mahdollisille muille sivustakatsojille. (Rees ym. 2018.)

Virka-apupyynnön hoitoon toimittamiseksi voi tehdä ainoastaan julkisen terveydenhuollon virkasuhteinen lääkäri. Muun lääkärin, kuten keikkalääkärin, on konsultoitava virkasuhteista lääkäriä, joka potilaan tapaukseen tutustuttuaan arvioi virka-apupyynnön tarpeellisuuden ja laatii sen. Konsultaation tekevä lääkäri kertoo tiedoista, joiden perus-

teella virka-apu on merkittävässä roolissa hoitoon toimittamisen turvallisuuden varmistamisessa. (Lönqvist & Henriksson 2021; Juusela 2015: 34.) Virka-apupyynnön tekemistä varten lääkäri voi salassapitovelvollisuudesta huolimatta ilmoittaa todennäköisesti tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttävästä potilaasta kunnalliselle päivystävälle terveydenhuollon toimintayksikölle. Kyseisessä tapauksessa lääkäri pitää hoitoon määräämisen edellytysten arviointia välttämättömänä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9 b.)

Systole-lehden artikkelissa ”Vastoin potilaan omaa tahtoa” Markku Koskimäki Itä-Uudenmaan poliisilaitokselta kertoo poliisin vielä tarkistavan, että virka-apupyynnön lain vaatimat perusteet täyttyvät. On myös mahdollista, että poliisi ei anna virka-apua tilanteessa, jossa he ovat todenneet, ettei virka-apu ole välttämätöntä. Kyseinen tilanne on kuitenkin Koskimäen mukaan hyvin harvinainen. (Juusela 2015: 34.)

Virka-apu tehtävillä pääsuorittajana on ensihoito ja poliisin tehtävänä on avustaa sekä tarvittaessa lähteä saattamaan potilasta. Potilaan on kuitenkin aina matkustettava ambulanssilla. Poliisi voi siis joko ajaa ambulanssin perässä tai matkustaa potilaan kanssa ambulanssissa. (Juusela 2015: 34–35.)

Poliisilla on velvollisuus lääkärin pyynnöstä antaa virka-apua potilaan palauttamiseksi sairaalaan, mikäli sairaalaan tarkkailuun tai hoitoon määrätty potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 31). Mielenterveislain (1116/1990) mukaan poliisin on myös ilmoitettava terveyskeskukselle kohtaamastaan henkilöstä, jonka hoidossa voi mahdollisesti täytyä tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit. Kiiretapauksessa poliisi on velvollinen kuljettamaan kyseisen henkilön heti terveyskeskukseen tutkittavaksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 30.) Poliisin yleisistä toimivaltuuksista on säädetty Poliisilain (872/2011) luvussa kaksi.

3.3.4 Tarkkailulähete M1

Tarkkailulähete eli M1-lähete on lääkärin laatima ja allekirjoittama lausunto potilaan tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta, joka sisältää perustellun kannanoton tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisestä (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9). Sitä tarvitaan, kun potilaalla epäillään hoitoa vaativaa psykoositasoista sairautta, eikä hän suostu psykiatriseen arvioon vapaaehtoisesti. Lähete myös mahdollistaa sen, että potilas voidaan ottaa vastoin tahtoaan sairaalahoitoon esimerkiksi psykiatrian päivystyksestä. (Hietala ym. 2015.)

Terveyskeskuksessa tai sairaanhoitopiiriin päivystyksessä työskentelevän virkasuhteen lääkärin on tehtävä potilaasta tarkkailulähete M1 ja lähetettävä potilas sairaalaan tutkittavaksi silloin, kun lääkärin tekemän tutkimuksen perusteella tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit todennäköisesti täyttyvät (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9 a; Lönnqvist & Henriksson 2021). Käytännössä jokainen laillistettu lääkäri saa tehdä M1-lahetteen, oli hänellä virkasuhdetta tai ei. Vain lääketieteen opiskelijoilta vaaditaan virkasuhde M1-lahetteen tekemiseksi. (Lönnqvist & Henriksson 2021; Juusela 2015: 34.)

Ennen M1-lahetteen kirjoittamista lahetteen laativan lääkärin on tehtävä huolellinen kliininen tutkimus (Ojanen & Mantere 2013; Lönnqvist & Henriksson 2021). Kun harkitaan potilaan lähettämistä psykiatriseen sairaalahoitoon, on tavoitteena etsiä hoidollisesti asianmukainen lähestymistapa potilaan ongelmiin. Kaikki hoidolliset päätökset pyritään aina tekemään potilaan edun mukaisesti. (Ojanen & Mantere 2013.) Kiireisessä päivystystilanteessa arvio potilaan kokonaistilanteesta saattaa kuitenkin jäädä ajan puutteen vuoksi tekemättä (Lund 2017).

Psykoottisen potilaan tutkimukseen kuuluu myös somaattisten syiden poissulku. Esitietojen ja oireiden perusteella tehdään tarkennettu somaattinen ja neurologinen tutkimus, sekä otetaan tarvittavia laboratoriotutkimuksia. Tarkoituksena on varmistaa, ettei psykoosi johdu somaattisista tai päihteiden käyttöön liittyvistä syistä. Esimerkiksi äkillisesti alkanut psykoosi ilman aikaisempaa psykiatrista oireilua, tajunnan heikkeneminen, psykoosia edeltänyt runsas päihteiden käyttö ja korkea ikä voivat viitata somaattiseen syyhyyn tai päihdepsykoosiin. (Moilanen 2013.)

Tarkkailulähete ei automaattisesti oikeuta tahdosta riippumattomaan hoitoon tai pakko-toimiin, vaan sen tarkoituksena on arvioida näiden toimien tarpeellisuutta. (Hietala ym. 2015.) Vain osa mielisairausten diagnoosin saaneista tarvitseekin psykiatrista sairaalahoitoa tai tahdosta riippumatonta hoitoa (Lönnqvist & Henriksson 2021).

Kuitenkin potilaan rajoittaminen on toisinaan ainoa keino turvata kaikkien turvallisuus. Myös somaattisessa päivystyksessä viimesijaiseksi toimeksi tarkoitettu pakkotila on usein ainoa vaihtoehto turvata tilanne potilaan ollessa vaaraksi itseään tai muita kohtaan. Päivystyksessä työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden turvana ovat useimmiten järjestyksensivalvojat, mutta myös väkivallan ennaltaehkäisy on tärkeää. Tähän pyritään niin koulutuksen, tilasuunnittelun, henkilöstömitoituksen kuin hälytysjärjestelmienkin avulla. Myös organisaation ja työyksikön turvallisuusjohtamisen kehittämisellä on merkitystä. Jokaisesta toimintayksiköstä tulisikin löytyä johdon hyväksymät kirjalliset ohjeet

potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen käytännöistä ja perusteista. (Vaula 2014.)

3.3.5 Tarkkailulausunto eli M2-lomake

Potilas voidaan ottaa sairaalaan tarkkailuun, kun potilaasta on tehty tarkkailulähete ja se on enintään kolme päivää vanha. Ennen tarkkailuun ottamista sairaalan virkasuhteen lääkärin on arvioitava, että tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit yhä todennäköisesti täyttyvät. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 9 c; Lönnqvist & Henriksson 2021.)

Potilasta voidaan pitää tarkkailussa enintään neljä päivää. Viimeistään neljäntenä tarkkailupäivänä tarkkailusta vastaavan lääkärin on tehtävä potilaasta kirjallinen tarkkailulausunto eli M2-lomake, joka sisältää perustellun kannanoton siitä, täyttyvätkö tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit. Mikäli tarkkailun aikana ilmenee, ettei tahdosta riippumattomalle hoidolle ole perusteita, tulee potilas päästää pois sairaalasta hänen niin halutessaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 10; Lönnqvist & Henriksson 2021.)

3.3.6 Hoitoonmääräämispäätös eli M3-lomake

Ennen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä pitää selvittää potilaan oma mielipide. Päätöksen hoitoon määräämisestä eli M3-lomakkeen tekee sairaalan psykiatrian ylilääkäri, tai hänen ollessa estynyt tehtävään määrätty lääkäri, ensisijaisesti kuitenkin psykiatrian erikoislääkäri. Päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta lääkäri tekee tarkkailulähetteen, tarkkailulausunnon sekä sairauskertomuksen perusteella. Päätös tulee antaa kirjallisena viimeistään neljäntenä tarkkailupäivänä ja se sisältää perustellun kannanoton tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisestä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 11.) Hoitohenkilökunnalla on siten neljä päivää aikaa tarkkailuun otosta arvioida potilasta sekä päättää täyttyvätkö hoidon kriteerit vai siirretäänkö potilas vapaaehtoiseen osastohoitoon tai mahdollisesti avohoidon piiriin (Hietala ym. 2015).

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen päätös perustuu tilanteesta riippuen kolmen tai neljän eri lääkärin näkemykseen hoidon tarpeellisuudesta, sillä esimerkiksi tarkkailulausuntoa ei voi laatia tarkkailulähetteen kirjoittanut lääkäri eikä päätöstä hoitoon määräämisestä voi tehdä tarkkailulausuntoa laatinut lääkäri (Huttunen 2018c; Lönnqvist & Henriksson 2021). Hoitoon määräämisprosessin aikana potilaan tila voi myös muuttua, jolloin tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit eivät enää toteudu. On yleistä, että potilaan vointi kehittyy parempaan suuntaan tarkkailun aikana, jolloin M2-

ja M3-lausunnoille ei enää ole perusteltua tarvetta. (Lönqvist & Henriksson 2021.) On myös mahdollista, että esimerkiksi potilaan hoitohistorian perusteella tiedetään hänen reagoivan hyvin lääkitykseensä ja potilaan läheisten on mahdollista ottaa vastuu potilaan lääkehoidon aloittamisesta avohoidon kanssa (Ojanen & Mantere 2013).

Potilas, joka on otettu sairaalaan omasta tahdostaan, voidaan myös määrätä tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Näin voidaan menetellä esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas haluaisi poistua sairaalasta, mutta potilaan hoidon lopettamisesta päättävä lääkärin mielestä tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyttyvät. Tällöin potilas on otettava tarkkailuun. Viimeistään neljä päivää sen jälkeen, kun potilas on ilmoittanut halunsa poistua sairaalasta, tulee lääkärin antaa päätös hoitoon määrittämisestä tarkkailulausunnon perusteella. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 13.)

3.3.7 Tahdosta riippumattoman hoidon kesto ja jatkotoimenpiteet

Potilasta voidaan pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa enintään kolme kuukautta. Mikäli on ilmeistä, että potilas tulee tarvitsemaan hoitoa vielä kolmen kuukauden hoitojakson jälkeen, mutta potilas ei halua jäädä sairaalahoitoon, tulee potilaasta tehdä uusi tarkkailulausunto hyvissä ajoin ennen kolmen kuukauden hoitojakson päättymistä. Tarkkailulausunnon selvitetään, täytyvätkö tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit edelleen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12.)

Ratkaisu hoidon jatkamisesta tai päättämisestä on lääkärin päätettävissä ja se tulee tehdä kirjallisesti ennen kolmen kuukauden hoitojakson loppumista. Päätös annetaan viipymättä tiedoksi potilaalle ja alistetaan hallinto-oikeudelle vahvistettavaksi. Mikäli hoitoa päätetään jatkaa, voidaan potilasta pitää tahdosta riippumattomassa hoidossa enintään kuusi kuukautta, jonka jälkeen potilaan tilanne on arvioitava taas uudestaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12.)

Hoidon pitkittyessä potilaalla on oikeus saada arvio tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisestä myös ennen enimmäisajan päättymistä. Arvio voidaan jättää tekemättä, jos potilas on pyytänyt edellisen kerran uudelleen arviointia vain vähän aikaa sitten, eikä potilaan tilassa ole tapahtunut selkeää muutosta. Tekemättä jättämisen perustelut on kuitenkin kirjattava potilasasiakirjoihin. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12 d.)

Sairaalan on annettava potilaalle tiedoksi hänen oikeutensa pyytää sairaalan ulkopuolisen, riippumattoman lääkärin arvio ja lausunto tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta ennen kuin päätös tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta tehdään. Ulkopuolisen lääkärin on oltava virkasuhteessa oleva psykiatrian erikoislääkäri tai muu virkasuhteessa oleva lääkäri, joka on perehtynyt psykiatriaan. Lausuntoa varten lääkärin on tutkittava potilas ja hänellä on oikeus tutustua potilaan potilasasiakirjoihin. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12 a.)

Hoidon jatkamispäätöksessä ulkopuolisen lääkärin näkemykset on otettava huomioon. Mikäli ulkopuolisen lääkärin näkemykset eroavat tarkkailulausunnon johtopäätöksestä, on tarkkailulausunnossa ja hoidon jatkamispäätöksessä perusteltava, miksi päätös eroaa ulkopuolisen lääkärin näkemyksistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12 a.)

Potilaalle on annettava myös mahdollisuus pyytää itse valitsemaltaan lääkäriltä lausunto tahdosta riippumattoman hoidon tarpeesta ennen hoidon jatkamispäätöksen tekoa. Potilas vastaa itse valitsemansa lääkärin tekemästä arviosta koituvista kustannuksista. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12 c.) Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä ulkopuolisen lääkärin tekemästä arviosta. Tällöin kieltäytyminen ja perustelut tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja kieltäytymisestä on lähetettävä selvitys hallinto-oikeudelle muiden hoidon jatkamispäätöstä koskevien asiakirjojen mukana. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 12 b.)

3.4 Potilaan rajoittaminen

Tahdosta riippumattomaan hoitoon, tarkkailuun tai tutkimukseen määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa hänen itsensä, muiden ihmisten tai hoidon turvaamiseksi. Mielenterveyslaissa määritellään erikseen edellytykset rajoitustoimenpiteille, kuten tahdonvastaiselle sairauden hoitamiselle, liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittamiselle, eristämiseksi ja sitomiselle, omaisuuden haltuunotolle ja tarkastamiselle sekä henkilöntarkastukselle ja -katsastukselle. Rajoitustoimenpiteet tulee aina mitoittaa potilaan sairaalassaolon perusteisiin ja toteuttaa mahdollisimman turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22.)

Suomessa vuonna 2019 päättyneistä psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitajaksoista noin 6000 sisälsi pakkotoimia. Tämä vastaa noin 16 prosenttia kaikista hoitajaksoista. Ehdottomasti yleisimmin käytetty pakkotoimi oli liikkumisvapauden rajoittaminen, jota käytettiin yhteensä 4941:n hoitajakson aikana. (Järvelin & Kyrölä 2020: 9–10.)

Pakkotoimiin liittyy eettinen ongelma puututtaessa hyvin konkreettisesti ihmisen vapau-
teen ja perusoikeuksiin. Pakkotoimia psykiatrisessa hoidossa onkin pyritty minimoi-
maan, mutta aivan helppoa se ei ole, koska yleensä tahdosta riippumattomien toimien
käytölle on perusteltava syy. Pakkotoimet eivät olekaan rangaistus, vaan viimeinen
keino ehkäistä vaaratilanteita tai turvata tarpeellinen hoito. (Rovasalo & Jüriloo 2011.)

Pakkotoimiin päätyminen yleisyys kuitenkin kertoo rakenteellisista ongelmista. Pakon
käyttö kertoo, ettei ongelmien ratkaisu ja aiempi hoito ole olleet riittäviä. Tahdosta riip-
pumattomien toimien vähentämiseksi onkin ratkaisua haettava niin hoidollisista, työyh-
teisöön liittyvistä kuin rakenteellisistakin tekijöistä. On kuitenkin huomioitavaa, ettei
vankkaa tutkimustietoa yksittäisten menetelmien käytöstä juurikaan ole. (Rovasalo &
Jüriloo 2011.)

3.4.1 Tahdonvastainen sairauden hoitaminen

Potilasta on lähtökohtaisesti pyrittävä hoitamaan yhteistyössä hänen kanssaan. Joskus
sairaudenhoito täytyy kuitenkin toteuttaa tahdonvastaisesti esimerkiksi psykoosin alku-
vaiheessa. (Repo-Tiihonen ym. 2012.) Potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saa-
daan käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksytyjä hoitotoimenpiteitä ja tutki-
muksia, joiden toteuttamatta jättäminen vaarantaisi joko potilaan tai muiden terveyden
ja turvallisuuden. Näiden toteuttamisesta päättää aina potilasta hoitava lääkäri. Hän
päättää lisäksi mahdollisesta potilaan sitomisesta, kiinnipitämisestä tai näihin rinnastet-
tavasta rajoituskeinosta hoitotoimenpiteiden aikana. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22
b.)

Suomessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla ei ole oikeutta kiel-
täytyä lääkärin hänelle määräämästä lääkehoidosta, vaikka hän olisi tietoinen lääkitse-
mättä jättämiseen liittyvistä riskeistä. Lääkitystä voidaan antaa tahdosta riippumatta
myös tarkkailuaikana lääketieteelliseen hätätilaan perustuen. (Repo-Tiihonen ym.
2012.) Samoin psykokirurgista tai potilaan koskemattomuuteen erityisen paljon kajoa-
vaa tai siihen peruuttamattomasti vaikuttavaa hoitoa voidaan antaa potilaalle henkeä
uhkaavan vaaran torjumiseksi. Muissa tilanteissa näihin toimenpiteisiin vaaditaan täysi-
ikäisen potilaan kirjallinen suostumus. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 b.)

Potilaan ruumiillista sairautta saadaan hoitaa ilman potilaan suostumusta tilanteessa,
jossa hän ei ole kykeneväinen päättämään hoitoaan koskevista asioista (Mielenter-
veyslaki 1116/1990 § 22 c). Tällainen tilanne saattaa tulla, jos potilas ei esimerkiksi
psykoosin vuoksi koe olevansa somaattisesti sairas tai kokee sairautensa harhaisella

tavalla (Repo-Tiihonen ym. 2012). Sairauden hoito kuitenkin edellyttää, että sen hoitamatta jättäminen vaarantaisi potilaan terveyden tai hengen. Hoidosta ja sen toteuttamisen kannalta tarpeellisista rajoitustoimista päättää potilasta hoitava lääkäri. Tällaista hoitoa voidaan antaa myös muussa kuin psykiatrista hoitoa antavassa terveydenhuollon yksikössä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 c.)

3.4.2 Liikkumisvapauden rajoittaminen

Potilaan liikkumisvapautta voidaan rajoittaa siten, että häntä kielletään poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu luvatta hoitoyksiköstä tai jää palaamatta hoitoyksikköön sovittuna ajankohtana, voidaan hänet noutaa takaisin. Poistumisen estämiseksi tai hoitoyksikköön siirtämisen yhteydessä voidaan tarvittaessa käyttää voimakeinoja. Tämä on kuitenkin sallittua vain sairaalan palvelusuhteessa olevalta henkilökunnalta tai virka-apua antavalta poliisilta. Voimakeinojen pitää olla puolustettavia, eli niitä käytettäessä on otettava huomioon muun muassa potilaan sairaalassa olon syy ja onko hän sairaalasta poistuessaan vaaraksi itselleen tai muille. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 d.)

Liikkumisvapauden rajoittaminen ei automaattisesti tarkoita osaston sisälle sulkemista. Potilas voi esimerkiksi kulkea vapaasti sairaala-alueella tai käydä kotilomilla, jos hän on yhteistyökykyinen. Itsenäisen vapaakävelyn laajuudesta ja kestosta päätetään jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Jos potilaalla ei ole lupaa käydä vapaasti ulkona, on hänelle siltikin tarjottava päivittäinen mahdollisuus vähintään tunnin mittaiseen ulkoiluun hoitajan valvonnassa. Liikkumisvapauden rajoittamisesta päättää potilasta hoitava lääkäri. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

3.4.3 Yhteydenpidon rajoittaminen

Lähtökohtaisesti potilaalla on oikeus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle puhelimitse, internetin välityksellä, kirjeiden ja lähetysten muodossa sekä ottamalla vastaan vierailijoita. Edellä mainittuja yhteydenpitotapoja voidaan kuitenkin tarvittaessa rajoittaa, jos niistä on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutumiselle tai turvallisuudelle. Myös jonkun toisen henkilön yksityisyyden suojelemiseksi voidaan rajoittaa potilaan yhteydenpitoa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 j.)

Käytännössä yhteydenpidon rajoittaminen onnistuu siten, että sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tekee kirjallisen päätöksen asiasta. Päätös pitää sisällään

rajoituksen syyn, henkilöt, joita rajoitus koskettaa, millaista yhteydenpitoa rajoitus koskee ja millä laajuudella se toteutetaan. Päätös voi olla voimassa enintään 30 vuorokautta ja ennen sen toteuttamista potilaalla tai muulla asianosaisella on oikeus tulla kuulluksi. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 j.)

Potilaalta voidaan esimerkiksi takavarikoida yhteydenpitoon tarvittavia välineitä, kuten puhelin tai muu mobiililaitte, tai rajoittaa niiden käyttöä. Myös kirjeet tai muut lähetykset voidaan ottaa toimintayksikön haltuun ja tarvittaessa lukea. Vain erikseen määritellyt henkilökunnan jäsenet saavat lukea potilaan pidätetyt kirjeet ja siksi ne on pidettävä erillään muista potilasasiakirjoista. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 j.)

Potilas saa kuitenkin kaikissa tilanteissa olla yhteydessä oikeusavustajaansa, potilasasiamieheen, lainkäyttö- ja valvontaviranomaisiin sekä ihmisoikeuksien kansainvälisiin valvontaelimiin (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 j). Tällaista yhteydenpitoa ei saa missään tapauksessa rajoittaa eikä hoitohenkilökunta saa koskaan esimerkiksi kuunnella potilaan puheluita kyseisten tahojen kanssa. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

Ennen rajoitustoimenpiteitä pyritään potilaan kanssa neuvottelemaan ja sopimaan yhteydenpitotavoista, jos ne häiritsevät potilaan asianmukaista hoitoa. Hoidon kannalta on olennaista, että potilas on kontaktissa hoitaviin henkilöihin ja yhteisöön. Myös potilaan vieraiden tai häneen puhelimitse yhteydessä olevien henkilöiden kanssa voidaan tarvittaessa keskustella yhteydenpitoon liittyvistä rajoista. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

3.4.4 Eristäminen ja sitominen

Mielenterveyslaissa on erikseen määritelty niin sanotut erityiset rajoitukset, jotka pitävät sisällään potilaan kiinnipidon, sitomisen ja eristämisen muista potilaista. Potilaan saa eristää vasten tahtoaan muista potilaista vain, jos hän on käytöksellään tai uhkauksellaan todennäköisesti vaaraksi itselleen tai muille, vaikeuttaa käytöksellään vakavasti muiden potilaiden hoitoa, todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi tai jos eristäminen on välttämätöntä jostain muusta hoidollisesta syystä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 e.)

Edellä mainittujen kriteerien täytyessä potilasta saadaan pitää kiinni eristämisen toteutumiseksi välttämättömiä voimakeinoja käyttäen. Potilasta saadaan pitää kiinni myös muissa tilanteissa, jos se on hoidon kannalta välttämätöntä. Tarvittaessa potilaan eris-

tämiseksi voidaan käyttää myös lepositeitä tai muuta vastaavaa vyötä, jos muut toimenpiteet ovat olleet riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 e.) Ne eivät saa kuitenkaan olla ensisijaisesti ainoa vaihtoehto (Repo-Tiihonen ym. 2012).

Lähtökohtaisesti eristämisestä päättää potilasta hoitava lääkäri tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tilanteissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa kuitenkin väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan. Tästä on viipymättä ilmoitettava lääkärille. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 e.)

Eristämisen ja sitomisen yhteydessä potilaalle on määrättävä vastuuhoitaja, joka pitää huolen potilaan riittävästä hoidosta ja seurannasta sekä keskustelumahdollisuudesta toimenpiteen aikana. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 f.) Eristetylle potilaalle on annettava sopiva vaatetus, tai jos tavanomainen vaatetus ei sovellu, huoneen lämpötilaa on seurattava. Potilaalta ei viedä vaatetusta, puhelinta tai lukemista, ellei se ole välttämätöntä. Hoitaja huolehtii myös potilaan somaattisen tilan seurannasta, ravitsemuksesta, WC-käynneistä ja ulkoilusta, jos se on potilaan tilanteessa mahdollista. (Repo-Tiihonen ym. 2012.)

Eristäminen ei tarkoita potilaan eristämistä henkilökunnasta, vaan potilaan tarpeisiin ja avunpyyntöihin tulisivikin vastata entistä herkemmin eristämisen aikana. Potilaan vointia seurataan vähintään niin usein kuin lääkäri on määrännyt. (Repo-Tiihonen ym. 2012.) Sidotun potilaan pitää lisäksi jatkuvasti olla näkö- ja kuuloetäisyyden päässä hoitajista (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 f).

Potilaan eristäminen ja kiinni pitäminen on lopetettava heti, kun sille ei ole enää tarvetta. Yli 12 tuntia kestäneestä eristämisestä ja 8 tuntia kestäneestä sitomisesta on ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Aluehallintovirasto seuraa potilaiden sitomista ja eristämistä terveydenhuollon yksiköissä ja heille on tehtävä näistä toimenpiteistä ilmoitus kahden viikon välein. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 f.)

3.4.5 Omaisuuden tarkistaminen ja haltuunotto

Potilaan omaisuuden tai hänen vastaanottamansa lähetykset saa tarkistaa, jos on olemassa perusteltu epäily sille, että ne pitäisivät sisällään päihitteitä tai sairaalan turvallisuutta vaarantavia esineitä tai aineita. Myös tavaroiden tarkastamiseen tarvitaan lääkärin lupa. Tarkastuksen suorittaa kaksi henkilökuntaan kuuluvaa henkilöä, mieluiten potilaan itsensä läsnä ollessa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 h.)

Jos potilaalla on hallussaan päihteitä tai itsensä tai muiden turvallisuutta vaarantavia esineitä, voidaan nämä ottaa toimintayksikön haltuun. Myös muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä haittaavat aineet ja esineet voidaan takavarikoida potilaan käytöstä. Rahaa tai muita maksuvälineitä voidaan ottaa toimintayksikön haltuun, jos on riski, että potilas sairautentilansa takia todennäköisesti hävittäisi ne. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 g.)

Kuka tahansa henkilökunnasta voi ottaa edellä määritellyt esineet ja aineet toimintayksikön haltuun, mutta asiasta on joka tapauksessa tehtävä ilmoitus ylilääkärille tai muulle vastaavalle lääkärille. Lääkäri myös päättää, annetaanko omaisuus potilaalle takaisin jo ennen hoidon päättymistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 g.) Potilaan hallusta löydettyt laittomat huumausaineet, räjähteiksi epäillyt aineet ja joissain tapauksissa terä- sekä ampuma-aseet luovutetaan poliisille (Repo-Tiihonen ym. 2012).

3.4.6 Henkilöntarkastus ja -katsastus

Samoin, jos on perusteltua epäillä, että potilas säilyttäisi edellä mainittuja aineita tai tavaroita vaatteissaan tai muuten yllään, saa hänelle lääkärin luvalla suorittaa henkilöntarkastuksen. Jos potilas vaikuttaa päihtyneeltä tai herää epäily, että hänellä olisi päihdyttäviä aineita tai muita vaarallisia aineita tai esineitä kehossaan, saa hänelle suorittaa henkilönkatsastuksen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 i.) Perusteltu syy henkilönkatsastukselle voi olla esimerkiksi potilaan tiedossa oleva päihdeongelma tai päihtyneen henkilön seurassa olo (Repo-Tiihonen ym. 2012). Katsastus sisältää ruumiin tarkastuksen lisäksi kyseisessä tapauksessa tarvittavien näytteiden oton, kuten puhalluskokeen sekä veri- ja virtsanäytteen oton. Vain terveydenhuollon ammattihenkilö saa suorittaa henkilönkatsastuksen ja lääkärin ammattitaitoa vaativat toimenpiteet suorittaa luonnollisesti vain lääkäri. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 i.)

3.5 Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen

Hoitajalla on suuri merkitys mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden mahdollistajana (Tiainen 2016). Norjassa vuonna 2018 julkaistussa tutkimuksessa tarkasteltiin päivystyksellistä psykiatrisen hoidon tarpeen arviointia ja tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa muun muassa todettiin, että potilaiden mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon ja hoitohenkilöstön kunnioittava kohtelu potilasta kohtaan vähensivät tahdosta riippumattomien toimien tarvetta. Hoitohenkilökunta voi siis omalla toiminnallaan vaikuttaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen. (Berge ym. 2018.)

3.5.1 Potilaan mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon

Edellä mainitussa norjalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin tapoja, joilla hoitohenkilökunta voi tukea mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan tulisi saada osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon myös silloin, kun mietitään tahdosta riippumattomien toimien tarpeellisuutta. Tällöin on hyvä varata riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Potilaalle on annettava tilaa ja aikaa kertoa tilanteestaan ja ilmaista näkemyksiään sekä erimielisyyksiä. Myös hoitopäätösten syiden perustelevuus on tärkeää ja tähän tulisi käyttää runsaasti aikaa. (Berge ym. 2018.)

Vaikka tahdosta riippumaton hoito tulisi potilaan kohdalla kyseeseen, on hänen mielipidettään edelleen kuultava. Hoitohenkilökunnalla on näin ollen vastuu huomioida potilaan tahto häntä koskevassa päätöksenteossa. Itsemääräämisoikeutta rajoitettaessakin tulee hoitohenkilökunnan jatkuvasti arvioida potilaan kykyä osallistua hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sekä osallistaa potilasta tämän hoitoa koskevien asioiden käsittelyssä potilaan sen hetkisten kykyjen ja voimavarojen mukaisesti. Potilaan riittävä tiedonsaanti suhteutettuna realistisesti potilaan osaamiseen ja voimavaroihin on olennaista potilaan itsemääräämisen toteuttamisen kannalta (Hämäläinen 2019: 55–56.)

Hoitajan tehtävänä onkin tarjota tietoa sekä erilaisia vaihtoehtoja potilaalle. Tässä yhteydessä potilaan odotetaan vertailevan eri vaihtoehtoja sekä niiden hyötyjä ja haittoja ennen päätöksentekoa. (Hämäläinen 2019: 54–55.) Potilaan on pystyttävä ymmärtämään olennaista tietoa ja liittämään kyseinen informaatio omaan tilanteeseensa sekä kyettävä tasapainoiseen päätöksentekoon (Steinert 2017). Potilaan saama tieto on tekijä, joka mahdollistaa potilaan hoitoon osallistumisen ja tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. Mielenterveyshoitotyössä toimivalla hoitajalla tuleekin olla erilaisten menetelmien hallintaan perustuva tietopohja ja päätöksenteon tulee perustua hoitotieteelliseen ja lääketieteelliseen tietoon. (Hämäläinen 2019: 54–55.)

Potilas voi halutessaan tehdä myös psykiatrisen hoitotahdon. Sen tarkoituksena on välittää hoitohenkilökunnalle tietoa potilaan toiveista tilanteessa, jossa hän ei kykene niitä ilmaisemaan. Hoitotahdolla pyritään myös vähentämään pakkotoimien tarvetta. Psykiatrisen hoitotahto on suunnattu erityisesti sellaisille potilaille, joilla tahdosta riippumattomaa hoitoa ja pakkotoimien käyttöä on jouduttu harkitsemaan toistuvasti. (Tammentie-Sarén 2014.)

Psykiatrisen hoitotahto tehdään sairauden ollessa paremmassa vaiheessa yhdessä omahoitajan tai hoitavan lääkärin kanssa. Hoitotahdossa potilas voi kuvata, millaista

kohtelua hän toivoisi saavansa tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi potilaan mielestä hänelle itselleen sopivia rauhoittelukeinoja. (Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista.) Potilas voi hoitotahdossaan myös nimetä läheisiä ja luoda kriisisuunnitelman. Ristiriitatilanteissa mielenterveyslaki menee kuitenkin myös hoitotahdon edelle. Psykiatrisen hoitotahdon olisikin hyvä olla eräänlainen keskustelun apuväline, kun mietitään potilaslähtöiseen hoitoon liittyviä kysymyksiä. (Tammentie-Sarén 2014.)

3.5.2 Vastavuoroinen hoitosuhde

Mielenterveyshoitotyössä on tärkeää pyrkiä luomaan potilaan kanssa vastavuoroinen ja luottamuksellinen hoitosuhde (Kuhanen 2019: 33; Jylhä 2021: 772). Tässä tärkeitä näkökulmia ovat hoitosuhteen yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus. Hoitajan on esimerkiksi huomioitava, ettei hän dominoi keskustelua ja näin estä avointa ja suoraa dialogia potilaan kanssa. Vaikka hoitajalla onkin teoreettista asiantuntijuutta, tulee hänen myös luottaa potilaan asiantuntijuuteen elämäntilanteestaan ja sairaudestaan. (Kuhanen 2019: 33; Kuhanen & Kanerva 2019: 147.)

Vastavuoroisen luottamuksen syntymiseksi olennaista on, että potilas ja hänen kokemuksensa otetaan tosissaan ja hänelle tehdyt lupaukset pidetään (Kuhanen & Kanerva 2019: 149; Jylhä 2021: 772). Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeää jo hoidon alkuvaiheessa. Ensikontaktissa onnistuminen on ratkaisevaa myös tulevan hoidon kannalta. (Ojanen & Mantere 2013.) On tutkittu, että potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta, hyvästä vuorovaikutuksesta hoitosuhteessa ja hänen toiveidensa huomioon ottamisesta lisäsivät hänen sitoutumistaan hoitoon pitkällä tähtäimellä (Tiainen 2016).

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeää myös omaisten kanssa (Ojanen & Mantere 2013). Omaisten osallistaminen potilaan hoitoon nähdään voimavarana mielenterveyshoitotyössä ja on siten tavoiteltavaa. Omaisille on tärkeää avoin keskusteluyhteys hoitohenkilöstön kanssa, jossa he saavat sekä tietoa potilaan tilanteesta ja hoidosta että tukea omassa arjessaan selviytymiseen. Omaisilla onkin sairauden akuutin vaiheen jälkeen merkittävä osuus potilaan kuntoutumisessa. (Tiainen 2016.)

Omaisilla on tärkeä rooli myös silloin, kun mietitään tärkeitä hoitopäätöksiä tilanteessa, jossa potilas ei itse kykene kertomaan tahdostaan. Näissä tilanteissa potilaan läheisen kuuleminen voi auttaa selvittämään, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan toiveita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 § 6.)

Vastavuoroisessa hoitosuhteessa on tärkeää pyrkiä niin omaisten kuin potilaankin voimaantumiseen (Kuhanen 2019: 33). Läheisten voimavarojen tukemisella on tietenkin suora vaikutus heidän omaan hyvinvointiinsa, mutta se heijastuu myös potilaaseen lisäten hänen voimavarojaan ja toipumistaan. (Tiainen 2016.) Potilaan voimavarojen ja positiivisen mielenterveyden tukeminen taas vaikuttaa merkittävästi hänen kykyynsä tehdä itseään koskevia päätöksiä ja siten mahdollistaa potilaan itsemääräämisen. Hoitajan tulee muistaa, että potilaalla on positiivista mielenterveyttä sairastumisestaan huolimatta. Samalla kun hoitaja on kiinnostunut sairauden lisäksi myös potilaasta itsestään, kokee potilas tulleen kohdatuksi myös ihmisenä ja yksilönä. (Kuhanen 2019: 33.)

3.5.3 Potilaan kunnioittaminen

Potilasta tulee kohdella kunnioittavasti. Mielenterveysongelmiin liittyvät negatiiviset stereotyyppit ja stigma ovat myös terveydenhuollon ammattilaisten ongelmia. (Ojanen & Mantere 2013.) Hoitohenkilöstönkin tulisi siis jatkuvasti tarkastella ja kyseenalaistaa itsessä ilmeneviä asenteita, jotta ne eivät estäisi potilaan ammattimaista kohtaamista ja hoidon suunnittelua (Kuhanen 2019: 34). Tämä korostuu entisestään kiireellisissä akuuttihoitotilanteissa (Ojanen & Mantere 2013).

Myös tarvittavat rajoitustoimenpiteet tulee toteuttaa mahdollisimman potilasturvallisesti, potilaan ihmisarvoa kunnioittaen ja suhteuttaa potilaan tilanteeseen (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 a). On ammattimaista kohdella potilasta arvostavasti ja kunnioittavasti myös silloin, kun hän on kieltäytynyt hoidosta tai laiminlyönyt sitä (Hämäläinen 2019: 54).

Isobritannialaisessa tutkimuksessa tarkastellaan ensihoitajien näkemyksiä itsetuhoisten potilaiden hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa nousi yhtenä osa-alueena esiin juuri ensihoitajien omien asenteiden ja arvojen vaikutus itsetuhoisten potilaiden hoitoon ja kohtaamiseen. Ensihoitajat korostivatkin itsetuhoisuuden taustasyiden ymmärtämisen tärkeyttä. (Rees ym. 2018.)

Samalla nousi esiin potilaan kohtaaminen ongelmien lisäksi ihmisenä. Sellaiset potilaat, jotka olivat toistuvasti tarvinneet ensihoitopalveluja itsetuhoisuuden vuoksi, aiheuttivat toisaalta turhautumista, mutta samalla potilaan tunteminen entuudestaan nähtiin hyödyllisenä empatian kannalta. Ensihoidon työoloihin liittyvän kiireen ja väsymyksen taas koettiin vaikuttavan potilaan empaattiseen ja ammattimaiseen kohtaamiseen negatiivisesti. (Rees ym. 2018.)

3.5.4 Hoitajan ammattitaito

Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa kävi myös ilmi, että hoitajan kokemuksella ja ammattitaidolla on oma merkityksensä mielenterveyspotilaan ammattimaisessa kohtaamisessa. Jo aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu, että korkeammin koulutetut sekä kokeneemmat ensihoitajat suhtautuivat itsetuhoisiin potilaisiin positiivisemmin, empaattisemmin ja kannustavammin kuin vain ammatillisen koulutuksen saaneet ja vähemmän kokeneet kollegansa. (Rees ym. 2018.) Hoitajan tuleekin sekä omata riittävä tietoperusta mielenterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta että osata soveltaa tietojaan ja taitojaan potilaan yksilöllisessä tilanteessa (Kuhanen 2019: 33).

3.6 Eettistä pohdintaa ongelmatilanteissa

Eettinen ongelma syntyy, kun ei pystytä noudattamaan eettisiä periaatteita, tai jos eri arvojen välille syntyy ristiriita. Tällöin nousee usein esiin kysymykset, mikä on oikein tai väärin tai mikä on hyvää tai pahaa. Usein eettiseen ongelmaan ei ole yhtä oikeaa vastausta, vaan useita eri ratkaisuvaihtoehtoja. (Hämäläinen 2019: 44.)

Hoitotyössä käytetään omaa persoonaa työkaluna. Tällöin ammatilliseen päätöksentekoon voivat vaikuttaa hoitajan omat elämänarvot ja näkemykset. On kuitenkin tärkeää, että eettisten ongelmien ilmaantuessa hoitaja erottaa omat henkilökohtaiset arvot ja hoitotyön arvot toisistaan. (Hämäläinen 2019: 45.) Jatkuva eettinen pohdinta eri hoitotyön tilanteissa onkin mielenterveyshoitotyön toteutumisen edellytys (Kuhanen 2019: 34). Seuraavissa kohdissa käydään läpi muutamia eettistä pohdintaa vaativia tilanteita, jotka liittyvät mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen.

3.6.1 Arvot ja asenteet

Myös hoitajat sortuvat ajoittain mielenterveysongelmien stigmatisoinnille ja ennakkoluuloiselle ajattelulle (Ojanen & Mantere 2013). Tämän on todettu olevan mielenterveyshoitotyössä yleisempää akuuttipsykiatriassa työskentelevillä hoitajilla (Hämäläinen 2019: 59). Myös akuuttihoidossa työskentelevät ensihoitajat ovat kuvanneet turhautumista mielenterveyspotilaisiin, jotka saattavat viedä aikaa niin sanotusti kiireellisimmiltä potilailta (Rees ym. 2018). Paljon päivystyspalveluja käyttävät mielenterveyspotilaat ovat myös kuvanneet tulleensa kohdelluiksi ”turhina” potilaina hoitohenkilöstön negatiivisten asenteiden vuoksi (Wahlberg ym. 2018: 113).

Syitä ennakkoluuloiselle ja negatiiviselle kohtelulle on monia. Esimerkiksi akuuttihoitotyössä voivat rasittaa niin kutsutut vakiopotilaat, jotka saattavat tarvita apua toistuvasti saman ongelman kanssa (Rees ym. 2018; Lund 2017). Myös riittämätön tietoperusta mielenterveysongelmista altistaa ennakkoluuloisille asenteille. Mielenterveysongelmiin liittyvät normeista poikkeavat käytösmallit saatetaan esimerkiksi pistää vähä-älyisyyden piikkiin, mikä vaikuttaa potilaiden ammattimaiseen kohteluun. (Hämäläinen 2019: 58.) Onkin tutkittu, että hoitajan kokemuksella ja ammattitaidolla on merkitystä mielenterveyspotilaan empaattisemmassa kohtaamisessa (Rees ym. 2018).

Myös hoitajan henkilökohtaisten arvojen ristiriitaisuus hoitotyön arvojen kanssa voi aiheuttaa eettisesti haastavia tilanteita. Esimerkkinä voisi olla tilanne, jossa hoitajalla on ennakkokäsitys mielenterveyspotilaan kykenemättömyydestä tehdä itseään koskevia päätöksiä. Pystyykö hoitaja tällöin tukemaan mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista, jos hän ei usko potilaan kykenevän päätöksentekoon? Vaikka hoitotyössä oma persoona on tärkeä työkalu, tulisi näissä tilanteissa pyrkiä erottelmaan omat arvot hoitotyön arvoista ja toimia viimeiseksi mainittujen mukaan. (Hämäläinen 2019: 44–45.)

Omiin arvoihin ja asenteisiin liittyvä itsetutkiskelu onkin tärkeää eettisesti hyvän hoidon savuttamiseksi. Hoitajan ammattietiikka heijastuu hänen toteuttamaansa hoitotyöhön, jolloin omat arvot saattavat näkyä tehdyissä ratkaisuissa. Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeudessa onkin keskeistä hänen mahdollisuutensa päätöksentekoon, vaikka hän päättäisikin kieltäytyä hoidosta. Tällöin esimerkiksi hoitajan ärtymys potilaan laiminlyödessä hoitoaan tai huoli kustannuksista eivät saa vaikuttaa päätökseen potilaan rajoittamisesta. (Hämäläinen 2019: 40, 45, 54.)

3.6.2 Päätöksenteko

Itsemääräämisoikeuteen puuttuminen ja sitä koskeva päätöksenteko saattavat aiheuttaa epävarmuutta hoitajissa (Rees ym. 2018). Päätöksenteon tukena terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat erilaiset potilaan oikeuksia ja ammattivelvollisuutta käsittelevät lait sekä ammattiryhmille suunnatut eettiset ohjeet (Hämäläinen 2019: 48–50). Ongelmaksi saattaa kuitenkin muodostua ristiriitaisuudet eri lakien kesken sekä eettisten ohjeiden kanssa. Samoin arviointi siitä, milloin hoitohenkilökunnan tulisi tehdä päätökset potilaan puolesta, koetaan ajoittain hankalaksi (Rees ym. 2018).

Ammattihenkilön ammattieettisistä velvollisuuksista määrää Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Terveiden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen ovat ammattitoiminnan päämääriä. Terveidenhuollon ammattihenkilön tulee myös ottaa huomioon potilaalle ammattitoiminnasta koituvat hyödyt sekä mahdolliset haitat. Ammattihenkilön velvollisuutena on myös huomioida, mitä potilaan oikeuksista on säädetty. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 § 15.)

Etenkin ensihoidossa vastaan saattaa tulla tilanteita, joissa joudutaan työskentelemään niin sanotusti lain harmaalla alueella, kun joudutaan rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Toisaalta perustuslaki takaa potilaalle henkilökohtaisen koskemattomuuden, mutta samalla ensihoitajilla on ammattivelvollisuus auttaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevaa. Jos potilasta ei voi näissä tilanteissa rajoittaa, on riskinä potilaan mahdollinen uhka ensihoitajien turvallisuudelle ja terveydelle. (Uusitalo 2015: 32–33.)

Jotta potilaan itsemääräämisoikeus kuitenkin turvattaisiin ja rajoittaminen toteutettaisiin selkein laillisin perustein, kaivattaisiin lakimuutosta (Uusitalo 2015: 33). Tätä olisi tarjonnut Suomen hallituksen vuonna 2014 eduskunnalle esittämä lakiehdotus Itsemääräämisoikeuslaista (Itsemääräämisoikeuslaki). Kyseinen lakiehdotus olisi sisältänyt pykälä, jotka olisivat olleet selkeästi sovellettavissa myös ensihoitotilanteisiin. Lakiehdotus ehti kuitenkin raueta ennen sen loppuun käsittelemistä. (Uusitalo 2015: 33.)

Itsemääräämisoikeuslain tullessa voimaan olisi ensihoitajilla ollut mahdollisuus esimerkiksi estää potilaan liikkuminen turvavyön avulla kuljetuksen aikana tai antaa lyhytvaikutteista rauhoittavaa lääkettä, jos potilas olisi muutoin ollut vaaraksi omalle tai muiden terveydelle ja turvallisuudelle. Rajoitustoimenpiteistä olisi päättänyt joko ensihoitolääkäri tai kenttäjohtaja. (Uusitalo 2015: 33.) Itsemääräämisoikeuslaki onkin ollut erittäin odotettu ja kaivattu säännös terveydenhuollossa itsemääräämisoikeuden rajoittamisen perusteiden selkiyttämiseksi (Vaula 2014).

Lakien lisäksi terveydenhuollon ammattiryhmät ovat luoneet itselleen eettisiä ohjeita. Nämä eivät ole yhtä velvoittavia kuin lait, mutta auttavat toiminnan oikeuttamisessa ja hyvän erottamisessa pahasta. (Hämäläinen 2019: 50.) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE perustaa toimintansa potilaslakiin sekä sosiaalihuollon asiakaslakiin. Neuvottelukunnan toiminnan tarkoituksena on nostaa keskusteluun potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyviä näkökulmia esimerkiksi ihmisarvon, itsemääräämisen, yhdenvertaisuuden ja hyvän hoidon edistämiseksi. (ETENEn toiminta.)

ETENE on luonut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille yhteiset eettiset suositukset. Hoidon tavoitteena on tehdä hyvää ja välttää vahingon tuottamista. Hyvän tavoittelu ohjaa ratkaisuihin, joilla tuetaan hoitoa tarvitsevan ihmisen tarpeita. Myös inhimillisen ja yksilöllisen kohtelun tärkeyttä korostetaan. Päätöksenteossa etiikan tulee näkyä sen kaikilla tasoilla. Lisäksi etiikan ja talouden välisiin ristiriitoihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoidollisia päätöksiä tehdessä. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011: 5–7.)

Yksi ETENEn keskeisistä teemoista on juuri potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeus sekä valinnanvapaus. ETENE muun muassa toteaa, että mielenterveyden häiriöiden hoito tahdosta riippumatta on Suomessa varsin yleistä. Pakkotoimia myös toteutetaan paljon sosiaali- ja terveyshuollossa ilman toimintaa ohjaavia säädöksiä. ETENE painottaakin omalta osaltaan aiheetta koskevien lakiuudistusten tarpeellisuutta, mutta toteaa myös, etteivät ne yksinään ratkaise itsemääräämisoikeuden ongelmallisuutta tilanteissa, joissa potilas ei kykene tahtoaan ilmaisemaan. (Itsemääräämisoikeus ja vapaus valita.)

Eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä tukee sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on kärsimyksen lievittäminen, terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sairauksien ehkäiseminen ja hoito. Sairanhoitajan tulee myös kannustaa potilasta hoitoaan koskevassa päätöksenteossa sekä omaan hoitoon osallistumisessa. (Ammattietiikka ja kollegiaalisuus.) Suomen Ensihoitoalan Liitto ry on julkaissut myös omat eettiset ohjeensa ensihoitopalvelun tehtävissä toimiville ammattilaisille, eli ensivasteelle, perus- ja hoitotason ensihoitajille sekä ensihoidon kenttäjohtajille. Ohjeiden mukaan ensihoitajan tulee vaalia potilaan etua vaarantamatta omaa tai työparin työturvallisuutta sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Ensihoitajan on työssään noudatettava ensihoitopalvelun toimintaa ohjaavia lakeja ja asetuksia ja kannettava vastuu ammatillisessa päätöksenteossa. (Sederholm ym. 2018.)

Mielenterveyshoitotyössä kiinnitetään eettisiä kysymyksiä pohdittaessa erityisesti huomiota potilasta koskevaan päätöksentekoprosessiin. Tähän liittyvät myös kysymykset siitä, tulisiko potilaalla olla omaan kuolemaan liittyvissä kysymyksissä oikeus itsemääräämiseen. Mielenterveyspotilaita hoidettaessa onkin tärkeää löytyä herkkyyttä tunnistaa potilaan ja hoitajan päätösvallan rajat. Tämän takia keskeisimpiä eettisiä kysymyksiä onkin pakon, rajoittamisen, vastuun sekä vapauden välisen tasapainon löytäminen. (Hämäläinen 2019: 56–57.)

Esimerkiksi isobritannialaisessa tutkimuksessa potilaan ollessa itsetuhoinen, ensihoitajat kuvailivat epävarmuutta hoitopäätöksiä tehdessään ja pakkotoimien tarpeellisuutta miettiessään. Oikean päätöksen tekemisen koettiin olevan haastavaa, sillä vaihtoehtoina tuntuivat olevan joko potilaan mahdollinen kuoleminen tai oman työpaikan vaarantaminen. (Rees ym. 2018.)

Tutkimuksessa ensihoitajat kokivat kuitenkin olevansa valmiimpia ottamaan riskin potilaan mahdollisesti epäeettisestä rajoittamisesta kuin potilaan kuolemista itsetuhoisuuden ja hoitoon toimittamatta jättämisen seurauksena. Tutkimukseen osallistuneet ensihoitajat olisivatkin kaivanneet parempaa koulutusta myös mielenterveyspotilaiden hoidosta ja sitä koskevasta päätöksenteosta. Riittäväällä ammattitaidolla turvattaisiin myös mielenterveyspotilaan ammattimainen ja kunnioittava kohtaaminen sekä vähennettäisiin mielenterveysongelmiin liittyvää hoidollista stigmaa. (Rees ym. 2018.)

Hoitolinjoihin liittyvää päätöksentekoa saattaa osaltaan hankaloittaa epävarmuus potilaan kompetenssista. Kompetentilla potilaalla on oikeus itsemääräämisoikeutensa nojalla kieltäytyä hoidosta ja sen takia potilaan kompetenssin arviointi onkin olennaista. (Rauhala 2010: 202; Ojanen & Mantere 2013.) Huomioitavaa kuitenkin on, että kompetenssiin voivat vaikuttaa potilaan oireeseen tai sairauteen liittyvät tilat, kuten mielenterveysongelmat ja tajunnan häiriöt (Rauhala 2010: 202; Korkeila 2010: 203).

Hoitotahto ja erilaiset hoitosuunnitelmat ovatkin tapa tukea itsemääräämisoikeuden toteuttamista myös sellaisissa tilanteissa, joissa täysi-ikäinen potilas ei esimerkiksi mielenterveysongelmien vuoksi pystykään päättämään hoidostaan (Topo 2012). Tilannekohtaisesti päämääränä on hoitaa potilasta aiemmin ilmaistun tahdon tai hänen yleisen etunsa mukaisesti (Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene päättämään hoidostaan).

Joissain tapauksissa voi kuitenkin olla vaikea varmistua siitä, perustuuko hoitotahto potilaan vakaaseen ja pätevään tahdon muodostukseen sekä ymmärrykseen hoitotahdon pysyvyydestä (Lahti 2010: 204). Esimerkiksi Isossa-Britanniassa oli vuonna 2007 tapaus, jossa eräs potilas kuoli juotuaan pakkasnestettä itsemurhatarkoituksessa. Potilaalla oli takana useita aikaisempia samanlaisia itsemurhayrityksiä, jolloin hän oli suosunut hengen pelastaviin toimenpiteisiin. Viimeisellä kerralla hän oli kuitenkin laatinut hoitotahdon, joka salli vain oireita lievittävän hoidon. (Szawarski 2013: 211.)

Vaikka potilas vahvisti hoitotahtonsa sairaalassa, heräsi tästä eettisiä kysymyksiä liittyen hoitotahdon noudattamiseen, kun potilaan kompetenssista ei voitu olla täysin varmoja (Rauhala 2010: 202). Tuoreen hoitotahdon voi ajatella olevan osoitus siitä, että

potilas on järjissään ja kykenevä tekemään päätöksiä (Rauhala 2010: 202; Lahti 2010: 204). Toisaalta osa terveydenhuollon ammattilaisista oli kyseiseen tapaukseen liittyen sitä mieltä, että potilas ei voinut olla järjissään, koska pelkästään kuoleman toivominen on järjetöntä. Mikäli potilas kuitenkin kyseisessä tilanteessa pystyy selkeästi kertomaan halunsa ja vaatimaan esimerkiksi pelkkää kivun lievitystä, voidaan häntä pitää kompetenttina. (Häyry 2010: 203–204.)

Isobritannialaisen tapauksen lopullinen tulkinta oli, että potilaan hoitotahto oli niin harjittu, että sitä oli noudatettava, vaikka potilaan kompetenssi saattoikin olla puutteellinen (Rauhala 2010: 202). Myös laillisesti katsottuna potilaan hoitotahtoa on noudatettava, mutta ristiriita potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisen ja hengen pelastamisen velvollisuuden välillä on silti huomion arvoista. (Lahti 2010: 204; Häyry 2010: 203–204.)

3.6.3 Väkivaltainen potilas

Hoitohenkilökunnalla on ammatillinen velvollisuus auttaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevaa ja siten turvata hänen oikeutensa elämään (Uusitalo 2015: 33). Kuitenkin eteen saattaa tulla tilanteita, joissa potilaan hoito ei ole mahdollista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Psykoottiset potilaat saattavat olla peloissaan ja aggressiivisia ja tällöin käyttäytyä väkivaltaisesti auttajaa kohtaan. (Jylhä 2021: 772; Vaula 2014.)

Potilaan itsemääräämisoikeuteen kuuluu hänen oikeutensa päättää omasta hoidostaan. Psykoosipotilaiden itsemääräämisoikeutta saadaan kuitenkin lain mukaan rajoittaa heidän terveytensä ja hoitonsa turvaamiseksi. Erityisen ongelmalliseksi tilanne saattaa kuitenkin muodostua, jos edellä mainitun toteuttamiseksi vaaditaan fyysistä rajoittamista, koska potilas käyttäytyy hoitotilanteessa väkivaltaisesti. (Uusitalo 2015: 32–33.)

Etenkin ensihoitajilla on hyvin rajallinen kyky rajoittaa potilasta kentällä. Esimerkiksi potilaan sitominen tai rauhoittavan lääkityksen antaminen voisivat olla aiheellisia myös tahdosta riippumatta, jos potilas uhkaa käytöksellään omaa tai muiden henkilöiden turvallisuutta. Ensihoitotilanteissa potilasta saa kuitenkin rajoittaa vain pakkotilan perusteella, mitä tulisi käyttää ainoastaan viimesijaisena vaihtoehtona. (Uusitalo 2015: 32–33.) Myös somaattisessa päivystyksessä potilaan rajoittaminen perustuu usein pakkotilaan (Vaula 2014).

Hoitoalan on todettu olevan erityisen riskialtis ala työpaikkaväkivallalle (Väkivallan uhka työssä 2013). Esimerkiksi vuonna 2018 julkaistussa ”Julkisen alan työhyvinvointi

vuonna 2018” -tutkimuksessa käy ilmi, että lähes joka kolmas terveystalalla työskentelevä oli kohdannut väkivaltaa työssään tutkimusta edeltävän vuoden aikana (Pekkari-nen 2018: 52–53). Mäkelä ja Saarenpää (2017) taas ovat todenneet, että yleisimmin väkivaltaisesti hoitajaa kohtaan käyttäytyvät nimenomaan potilaat (ks. Kukka 2019: 3).

Hoitotilanteiden väkivallan uhkaan liittyy eettinen ongelma, kun hoitajalla on velvollisuus auttaa potilasta väkivallan uhasta huolimatta. Tällöin herää kysymys, missä menee uhrautumisen rajat? Entä kuuluuko oman terveyden uhraaminen ammattieettisiin periaatteisiin? (Arvot näkyviksi 2013: 13–14.)

Työnantajalla on velvollisuus järjestää koulutusta henkilöstölle väkivaltatilanteiden ehkäisyyn sekä kohdatun väkivallan vaikutusten rajoittamiseen (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 27). Myös hoitajille on olemassa ohjeita väkivaltaisen potilaan kohtaamiseen. Tärkeintä on pysyä itse rauhallisena ja olla provosoitumatta potilaan käytöksestä. Potilaaseen on hyvä pitää turvaetäisyyttä ja varmistaa sekä oma että potilaan perään-tymistä. Sivuttain seisominen kädet näkyvillä vähentää uhkaavan vaikutelman synty-mistä. Potilasta voi pyytää istumaan, ahdistamatta häntä kuitenkaan nurkkaan. Ylimääräisiä henkilöitä kannattaa pyytää poistumaan tilasta, mutta oman selustan varmistami-nen muulla henkilöstöllä on kannattavaa. (Jylhä 2021: 773.)

Ympäristöstä tulisi pyrkiä poistamaan kaikki aseeksi kelpaavat esineet. Jos tilanne kui-tenkin kärjistyy ja potilas uhkaa hoitajaa aseella, tulee potilaan vaatimukseen suostua. Jos saatavilla on hätäkutsupainike, voi sitä painamalla yrittää saada ylimääräisiä apu-voimia, kuten poliisin, paikalle. (Jylhä 2021: 773.) Rikoslain (515/2003) neljännen luvun § 4:n hätävarjelun nojalla hoitaja saa puolustautua välittömän hyökkäyksen torju-miseksi sellaisella voimalla, mikä on verrattavissa hyökkäyksen laatuun ja voimakkuu-teen sekä tilanteeseen yleisesti.

3.6.4 Omaiset

Perhekeskeisyys on yksi mielenterveyshoitotyön keskeisistä ominaisuuksista ja osa hy-vää hoitoa (Kanerva & Kuhanen 2019b: 190). Jo ensikontaktista lähtien olisi tärkeää huomioida myös mielenterveyspotilaan perheenjäsenet (Kanerva & Kuhanen 2019b: 190; Ojanen & Mantere 2013). Hoitajan tuleekin tukea niin potilaan kuin hänen läheis-tensäkin voimavaroja (Kuhanen 2019: 33).

Perhe- ja verkostokeskeisillä hoitomenetelmillä tiedetään olevan moninaisia hyötyjä – samalla voidaan auttaa potilaan lisäksi muita ihmisiä (Lehtinen & Haapaniemi & Lindroos 2014). Esimerkiksi tiedetään, että läheiset, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon ja joiden tilannetta ei huomioida hoidon yhteydessä, ovat alttiimpia sairastumaan itsekin psyykkisesti (Kanerva & Kuhanen 2019b: 191). Mielenveysongelmilla voi olla myös ylisukupolvisia vaikutuksia. Yksittäisen henkilön sairastuminen voi siis heijastua koko läheisverkostoon ja samalla vaikuttaa myös pitkälle tulevaisuuteen. (Lehtinen ym. 2014.)

Mielenveyspotilaan itsemääräämisoikeutta pohdittaessa kiinnitetään yleensä huomiota yksilön oikeuksiin. Kuitenkin esimerkiksi itsemurhavaarassa olevan potilaan hoidon tarvetta arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota myös hänen läheisilleen mahdollisesti koituviin seurauksiin. Itsemurhalla voi olla negatiivisia vaikutuksia myös lähiympäristön hyvinvoinnille ja seurauksena voi olla jopa uusia itsemurhia. Tahdosta riippumattomalla hoidolla ja itsemääräämisoikeuden rajoittamisella voidaan siis suojella myös läheisiä ja heidän terveyttään. (Hämäläinen 2019: 56.) On kuitenkin huomioitava, että tämä ei yksin riitä tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen syyksi, vaan muidenkin kriteerien on tällöin täytyttävä (Mielenveyslaki 1116/1990 § 8).

Joskus omaiset saattavat olla liian stressaantuneita tukeakseen potilasta, jolloin kontaktit perheenjäseniin saattavat osaltaan lisätä potilaan oireiden vaikeutumista. Vaikka perhekeskeinen työote onkin mielenveyspotilaiden hoidossa tavoiteltavaa, tulee hoitajalla olla kuitenkin silmää sen hyödyllisyyttä arvioitaessa. (Kanerva & Kuhanen 2019a: 260.)

3.6.5 Ensihoidon kuormitus ja vakipotilaat

Ensihoidon tehtävämäärät ovat nousseet viime vuosien aikana sekä Suomessa että muualla maailmassa väestön ikääntymisen vuoksi. On ennustettu, että vuonna 2040 yli 65-vuotiaita on noin 25 % Suomen väestöstä. Tanskassa ensihoidon tehtävämäärät nousivat vuosina 2014–2017 24,3 %, aiheuttaen ensihoidon kustannusten nousua sekä ensihoitopalvelun sisällön muutosta. Tämän lisäksi ambulanssipalveluja tarvitsevien määrä vuodessa kasvoi Tanskassa 67 % samalla aikavälillä. C- ja D-kiireellisyysluokkien tehtävät ovat yleisimpiä ensihoidon tehtäviä. Nämä kiireettömät tehtävät kuormittavat osaltaan ensihoitoa, sillä osa näistä tehtävistä voitaisiin hoitaa myös esimerkiksi puhelinneuvonnalla tai perusterveydenhuollossa. Tällöin ambulanssin käyntiä kohteessa ei tarvita eikä potilasta tarvitsisi kuljettaa myöskään päivystykseen, sillä se ei aina ole tarkoituksenmukaista potilaan kannalta. (Ervasti ym. 2019.)

Hätäkeskuksessa tehtävän riskinarvion perusteella ensihoidon hälytystehtävät jaetaan neljään eri tehtäväkiireellisyysluokkaan, joita ovat A-, B-, C- ja D-luokka. Tehtäväkiireellisyysluokkien perusteella ensihoitaja voi ennakoita potilaan tilaa ennen kohteeseen saapumista. Karkeasti jaettuna korkeariskisissä ensihoitotehtävissä eli A- ja B-kiireellisyysluokkien tehtävissä potilaan peruselintoiminnot ovat uhattuna tai niiden tasosta ei ole täyttä varmuutta. C-kiireellisyysluokan tehtävässä potilaan peruselintoiminnot ovat vakaat tai lievästi häiriintyneet, mutta potilaan tila vaatii ensihoidolta nopeaa arviota. D-kiireellisyysluokan tehtävässä potilaalla ei ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta potilaan tila vaatii ensihoidon suorittamaa hoidontarpeen arviota. Näiden kiireellisyysluokkien perusteella mielenterveyteen liittyvät ensihoidon tehtävät ovat useimmiten C- tai D-kiireellisyysluokan tehtäviä. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017 § 6.)

Toisinaan ensihoitajat kohtaavat työssään niin sanottuja vakipotilaita, jotka soittavat itselleen ambulanssin valittaen riskioiretta. Kuitenkin usein ensihoitajien saapuessa kohteeseen oireet ovat helpottaneet, eikä päivystykseen kuljetukselle ole tarvetta. Potilas saattaa myös kieltäytyä tutkimuksista, kuljetuksesta tai hoidosta, vaikka olisi itse soittanut apua. Jos potilaalla ei toteudu tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen kriteerit, tulee ensihoitajien kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, eivätkä he tällöin voi kuljettaa potilasta päivystykseen vastoin potilaan tahtoa. (Lund 2017.)

Potilas, joka soittaa itselleen säännöllisesti ambulanssin, mutta systemaattisesti kieltäytyy hoidosta jossain kohtaa hoitoketjua, voi kärsiä esimerkiksi mielenterveysongelmista. Harkintakyvyn heikentyessä hän saattaa hakea apua mielenterveysongelmiinsa soittamalla hätäkeskukseen ja kuvailemalla somaattista riskioiretta. Tällainen moniongelmainen potilas on juridisesti väliinpuotoaja, sillä häntä ei voida hoitaa terveydenhuollossa tai sosiaalihuollon piirissä vastoin hänen tahtoaan. Ensihoidon on kuitenkin mentävä potilaan luokse, sillä hän valittaa riskioiretta ja mahdollisesti myös sairastaa sellaisia sairauksia, jotka voivat oireilla potilaan kertomalla tavalla. Tästä syystä poliisikaan ei voi puuttua potilaan toimintaan, sillä ei voida osoittaa, että potilas häiritsisi hätäkeskuksen toimintaa. Kuitenkin potilaan toiminta kuormittaa ensihoitoa, sillä hän saattaa sitoa ensihoidon resursseja vakavammilta tapauksilta, joissa jollain toisella ihmisellä on todellinen hätä ja avuntarve. (Lund 2017.)

3.6.6 Mielenterveyspalveluiden saatavuus ja järjestelmän heikkoudet

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle on olemassa tarkat kriteerit. Menetelmällä halutaan suojata potilaan itsemääräämisoikeutta. (Hietala ym. 2015.) Mielenterveyspalveluiden saatavuus ei kuitenkaan aina vastaa potilaiden tarpeita, jolloin ongelmien kasaantuessa potilaan ainoaksi mahdollisuudeksi saada hoitoa jää sen toteuttaminen tahdosta riippumatta. (Wahlbeck 2013.)

Iso-Britanniassa toteutetussa tutkimuksessa tarkastellaan ensihoitajien kokemuksia eri tekijöistä, jotka vaikuttavat itsetuhoisten potilaiden hoitoon. Tutkimuksessa muun muassa todetaan, että usein ensihoitajat saattavat olla mielenterveyspotilaan ensimmäinen hoitokontakti. Tutkimukseen haastateltujen ensihoitajien kokemuksena oli tilanteita, joissa potilas ei saanut tarvittavaa apua riittävän nopeasti avohoidon puolelta. Tällöin potilaan vointi on voinut huonontua siihen pisteeseen, että hän on nähnyt itsemurhan ainoana vaihtoehtona. (Rees ym. 2018.)

Myös Suomessa on pohdittu palvelujärjestelmän heikkouksia mielenterveyshoityössä. Avun saaminen matalan kynnyksen palveluista koetaan hankalaksi, eikä potilas saa välttämättä apua akuutissakaan kriisissä. Esimerkiksi psykiatriseen osastohoitoon ei välttämättä pääse päivystystapauksena, ellei potilaasta tehdä M1-lähetettä. (Wahlbeck 2013.)

Tiukat hoidolliset kriteerit saattavat tällaisessa tilanteessa kääntyä potilasta vastaan (Wahlbeck 2013). Esimerkiksi itsetuhoisuus ei yksinään riitä tahdosta riippumattoman hoidon aloittamiseen (Hietala ym. 2015). Sama pätee itsemurhavaaraan – useimmiten itsemurhaa yrittäneiden jatkohoito tapahtuukin avohoidon piirissä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2020). Tällaisessa tilanteessa potilaasta tulee helposti väliinputoaja, jos hän ei saa apua perusterveydenhuollosta eikä myöskään erikoissairaanhoidosta (Wahlbeck 2013).

Tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi on mietitty kokonaisvaltaista ja yhteistoiminnallista järjestelmää, joka perustuisi erikoissairaanhoidon tukemiin perustason palveluihin (Pirkola 2020). Sosiaali- ja terveysministeriö onkin julkaissut kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2020–2030. Strategiaassa muun muassa tavoitellaan potilaslähtöistä, yhdenvertaista ja oikea-aikaista palvelumallia, jossa palveluiden saatavuus ja vaikuttavuus paranisi. Samoin todetaan, että hyvin toimivat palvelut myös tukevat mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista, kun tarve turvautua

tahdosta riippumattomiin toimiin vähenee. (Vorma, Rotko, Larivaara, Kosloff 2020: 25–34.)

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyön toteutustapa ja aihe määriteltiin yhdessä tilaajan eli Metropolia Ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyön tekijöiden kesken. Toteutustavaksi valikoitui toiminnallisen opinnäytetyönä toteutettava itseopiskelumateriaali ja myöhemmin tuotokseksi muotoutui opiskelijoille oppimisen tueksi tarkoitettu tietotesti ja PowerPoint -diaesitys. Opinnäytetyön aihe alkoi muotoutua tekijöiden ideasta, jota tilaaja omalla näkemyksellään tarkensi.

Opinnäytetyön tuotoksen eli Moodle -alustalle tuotetun tietotestin ja diaesityksen teoreettisena pohjana käytettiin kirjallisuuskatsausta. Katsaus koostui erilaisista laeista, tutkimuksista, kirjoista sekä muista tieteellisistä julkaisuista. Tiedonhaku on kuvattu tarkemmin osiossa 4.2 Tiedonhaku.

4.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhaku aloitettiin etsimällä yleisesti potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista akuuttihoitossa koskevia tutkimuksia, artikkeleita sekä muita tieteellisiä julkaisuja eri tietokantojen avulla. Tämän laaja-alaisen haun tarkoituksena oli auttaa rajaamaan aihetta sen perusteella, mistä näkökulmista itsemääräämisoikeuden toteuttamista on aiemmin käsitelty. Aiheen rajauksen jälkeen tiedonhaku kohdennettiin koskemaan ainoastaan mielenterveyspotilaita ja heidän itsemääräämisoikeutensa rajoittamiseen liittyviä asioita. Apuna opinnäytetyön toteutusvaiheessa oli työpaja tiedonhausta, josta sai kaivattuja vinkkejä tiedonhakuprosessiin.

Tiedonhaussa hyödynnettiin suomenkielisiä Medic, Terveysportti ja Finna -tietokantoja, sekä englanninkielistä PubMed -tietokantaa ja ruotsinkielistä SwePub -tietokantaa. Haku rajattiin opinnäytetyön aiheen perusteella koskemaan aikuisia, itsemääräämisoikeutta, akuuttihoitotyötä sekä mielenterveyspotilaita. Hakusanoja olivat *akuuttihoito*, *ensihoito*, *etiikka*, *hoidosta kieltäytyminen*, *itsemääräämisoikeus*, *kompetenssi*, *läheiset*, *mielenterveys*, *moniammatillinen*, *omaiset*, *pakkohoito*, *päivystys*, *tahdonvastai-*

nen, tahdosta riippumaton, tarkkailulähetä, poliisi, psykiatria, autonomy, capacity, coercive care, competence, emergency care, ethic, involuntary treatment, mental health, paramedic, qualitative study, self-determination, self-harm ja självstudier. Mahdollisimman ajantasaisen materiaalin hyödyntämiseksi haku rajattiin koskemaan vuoden 2011 jälkeen tehtyjä julkaisuja, muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta. Tehty tiedonhaku ja sen vaiheet kirjattiin ylös tarkasti, joka mahdollistaa tiedonhaun toistamisen tarvittaessa.

Tiedonhaussa löytyi paljon aihetta koskevia tieteellisiä julkaisuja, joskin niistä moni ei loppujen lopuksi ollut sisällöltään sopivia tämän opinnäytetyön teoriapohjaksi. Tekstien valintaa varsinaiseen opinnäytetyöhön porrastettiin siten, että ensin valittiin kaikki otsikon perusteella sopivat julkaisut lähempään tarkasteluun. Seuraavaksi osa julkaisuista karsittiin pois tiivistelmän perusteella ja lopulta koko tekstin perusteella. Opinnäytetyön näkökulman tarkentuessa vielä osa jo valituista julkaisuista jäi itseopiskelumateriaalin teoriapohjasta pois.

Vaikka julkaisuja löytyi tietokantahaulla runsaasti, oli sopivien tieteellisten tutkimusten löytäminen haastavaa. Lisäksi tietokannoista löytyi paljon otsikon perusteella mielenkiintoisia julkaisuja, jotka olivat maksullisia ja siten eivät valikoituneet opinnäytetyöhön. Näistä osa kuitenkin löytyi nimellä haettaessa Finna -tietokannasta saavutettavassa muodossa. Metropolia Ammattikorkeakoulun kampuskirjastosta tilattiin myös muutama tietokantahaulla löytynyt artikkeli.

Tietokantojen lisäksi manuaalisella haulla etsittiin aihetta koskevaa tietoa kirjoista *Mielenterveyshoitotyö* (Hämäläinen & Kanerva & Kuhanen & Schubert & Seuri 2019) ja *Ensihoito* (Kuisma & Holmström & Nurmi & Porthan & Puolakka 2021) sekä e-kirjasta *Psykiatria* (Lönqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2021). Tietoa etsittiin myös erilaisista aiheeseen liittyvistä laeista, *Duodecim Aikakauskirjasta*, Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn julkaisuista sekä internetin hakukone Googlasta etsimällä johonkin tiettyyn asiaan kohdennettua tietoa. Aikaisempien vuosien opinnäytetöitä selaamalla löytyi myös lähteitä, joita etsittiin manuaalisella haulla. Tarkempi kuvaus tiedonhaun tulokista löytyy liitteestä 1. Yhteenveto valituista artikkeleista löytyy liitteestä 2.

4.3 Toimintaympäristö, kohderyhmä, hyödynsaajat

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä Metropolia Ammattikorkeakoululle. Toiminnallisena osuutena opinnäytetyössä tuotettiin itseopiskelumateriaalia, jonka kohderyhmänä ja hyödynsaajina ovat Metropolia Ammattikorkeakoulun ensi- ja sairaanhoitajaopiskelijat, jotka tulevat työskentelemään akuuttihoitotyössä. Lisäksi hyödynsaajana on Metropolia Ammattikorkeakoulu, jonka opettajat voivat käyttää tuotamaamme itseopiskelumateriaalia omassa opetuksessaan.

Itseopiskelumateriaalin voi sijoittaa esimerkiksi ensihoitajaopiskelijoiden Hoitotason ensihoito tai Ensihoidon erityisosaaminen –opintojaksoille, sekä sairaanhoitajaopiskelijoiden Akuuttihoitotyön tai Mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön syventäville opintojaksoille. Kyseiset opintojaksot sijoittuvat kummankin tutkinto-ohjelman opintojen loppupuolelle. (Opetussuunnitelmat 2021a; Opetussuunnitelmat 2021b.)

4.4 Lähtötilanteen kartoitus

Metropolia Ammattikorkeakoulun eli opinnäytetyön tilaajan kanssa tehtiin työstä kirjallinen sopimus tilaajan laatimalle suppealle sopimus pohjalle. Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on yleisesti sopia keskeisistä työhön liittyvistä pelisäännöistä, kuten aikataulusta, tuotoksista sekä niiden omistus- ja käyttöoikeuksista sekä vastuunrajoituksista (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020: 21).

Opinnäytetyön aihe valikoitui aluksi koskemaan yleisesti potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen toteuttamista. Tähän vaikuttivat tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan ja halu oppia asiasta lisää sekä tarve tuottaa aiheesta lisää tietoa myös muille akuuttihoitossa tulevaisuudessa työskenteleville opiskelijoille. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta ei myöskään ole viime vuosina tehty montaa opinnäytetyötä, jonka takia tilaajakin koki aiheen tärkeäksi. Lisäksi sekä ensi- että sairaanhoitajien koulutusohjelmissa potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista käsitellään varsin vähän aiheen tärkeydestä huolimatta.

Aihe valittiin koskemaan akuuttihoitotyötä kokonaisuudessaan eli sekä ensihoitoa että päivystystä, jotta opinnäytetyön tuotos olisi mahdollisimman yleishyödyllinen ja käytettävissä myös sairaanhoitajatutkinnossa. Toisaalta myös ensihoitajien on mahdollista työllistyä ensihoidon lisäksi päivystykseen, joten tämän asian huomioimisen tarkoituksena oli vielä edelleen kasvattaa tuotoksen hyödynnettävyyttä opinnoissa.

Tämän jälkeen näkökulmaa lähdettiin rajaamaan vain mielenterveyspotilaisiin ja heidän itsemääräämisoikeutensa toteuttamiseen akuuttihoitossa. Aiheen rajaus perustui tekijöiden kiinnostuksen lisäksi saatavilla olevan teorian tiedon määrään, sillä muista vaihtoehtoisista aiheenrajauksista ei ollut saatavilla riittävästi tietoa. Tätä aiheen rajausta puolsi myös se, että mielenterveyspotilaiden määrä akuuttihoitossa on kasvanut ja usein mielenterveyspotilaan ensimmäinen hoitokontakti on juuri akuuttihoitossa. (Jylhä 2021: 770; Wahlbeck ym. 2018; Rees ym. 2018). Tämän takia mielenterveyspotilaiden hoitoa tulisikin käsitellä ensi- ja sairaanhoitajien koulutuksissa laajemmin.

Opinnäytetyössä esitellyn isobritannialaisen tutkimuksen mukaan ensihoitajat kaipasivatkin enemmän tukea ja koulutusta mielenterveyspotilaan hoidossa (Rees ym. 2018). Myös suomalaisen selvityksen mukaan päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat kuvasivat valmiuksiaan mielenterveyspotilaan kohtaamiseen heikoksi (Wahlbeck ym. 2018). Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen jo akuuttihoitossa on tärkeää, sillä sen avulla voidaan sekä lisätä potilaan hoitoon sitoutumista että vähentää pakkotoimien tarvetta (Ojanen & Mantere 2013; Wahlbeck ym. 2018: 114). Tämä taas on tavoiteltavaa mielenterveyshoitotyössä yleisesti (Rovasalo & Jüriloo 2011).

4.5 Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus

Opinnäytetyön prosessi eteni Metropolia Ammattikorkeakoulun ensihoidon tutkinto-ohjelman opetussuunnitelman mukaisesti. Prosessi on jaettu opetussuunnitelmassa suunnittelu-, toteutus- sekä raportointivaiheeseen. (Opetussuunnitelmat 2019.)

Suunnitteluvaiheen tarkoituksena oli opinnäytetyön suunnitelman tekemisen lisäksi tutustua opinnäytetyön prosessiin, tehdä lähdekirjittistä tiedonhakuja sekä täsmentää aiheen rajausta. Vaihe alkoi toiminnallisen opinnäytetyön aiheen valinnalla ja rajauksella. Tässä apuna oli laaja tiedonhaku, jossa löydetyt tutkimukset ja tieteelliset tekstit auttoivat hahmottamaan toiminnallisen tuotoksen tietopohjaa. Suunnitteluvaiheessa pohdittiin myös opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita sekä hahmoteltiin, millainen itseopiskelumateriaali opinnäytetyössä olisi tuotoksena.

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa koottiin tuotoksen tietopohja aiempia suunnitteluvaiheen tiedonhaun tuloksia hyödyntäen sekä täydentäen sitä uudella tiedonhaulla. Tietopohjan ohjaamana tehtiin itseopiskelumateriaaliksi tarkoitettu tietotesti sekä teoriatietoa sisältävä PowerPoint -diaesitys Moodle -alustalle. Toteutusvaiheen jälkeen siirryttiin ra-

portointivaiheeseen, jonka aikana kirjoitettiin opinnäytetyön raporttiin kuuluvat pohdintaosuudet, joissa pohdittiin muun muassa opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta, tuotoksen hyödynnettävyyttä sekä prosessin aikana tapahtunutta ammatillista kasvua.

Opinnäytetyön prosessin etenemistä selkiyttämään ja tukemaan laadittiin jo suunnitelluvaiheessa aikataulu, johon hahmoteltiin prosessin vaiheita sekä niiden päivämääriä. Lisäksi opinnäytetyön etenemistä tukemassa olivat viikkokohtaiset tavoitteet sekä säännölliset palaverit tekijöiden kesken koko opinnäytetyöprosessin ajan. Prosessin aikana pidetyt ohjaustapaamiset ohjaavan opettajan kanssa sekä yhteiset ryhmätapaamiset luokan kanssa auttoivat selkeyttämään tavoitteita sekä opinnäytetyön rakennetta.

Pidetyt suunnittelu- sekä raportointiseminaarit sekä niihin liittyneet opponoinnit toivat kaivattua ulkopuolista näkökulmaa opinnäytetyöhön. Lisäksi kohdennettuja neuvoja tiettyyn asiaan tarjosivat työpajat, joihin osallistuminen auttoi esimerkiksi itseopiskelumateriaalin koonnissa.

5 Opinnäytetyön tuotos

5.1 Itseopiskelumateriaali

Nykypäivän opiskelu painottuu yhä enemmän itseopiskeluun, jonka vuoksi opiskelumateriaalin on tärkeää tukea itsenäistä opiskelua. Hyvä opiskelumateriaali on kiinnostava ja motivoi opiskelijaa. Materiaalin tulee olla monipuolista ja käsitellä opiskeltavaa aiheita eri näkökulmista. Lisäksi materiaalin pitää olla sovellettavissa erilaisiin opetus- ja oppimismuotoihin. (Zetterqvist & Lindström 2016.)

Opintojaksoja suunniteltaessa tulee ottaa huomioon erilaiset oppimista tukevat ja edistävät opetusmenetelmät. Hyvin suunnitellussa opetuksessa, joka tukee oppimistavoitteiden saavuttamista, voidaan hyödyntää verkko-opetusta. Verkko-opetuksessa opiskelijalta vaaditaan enemmän itsenäistä työskentelyä. Tällöin opiskelijan on otettava enemmän vastuuta omasta oppimisestaan. (Löfström & Kanerva & Tuuttila & Lehtinen & Nevgi 2010: 15, 42.)

5.2 Kuvaus itseopiskelumateriaalista

Opinnäytetyön tuotoksena oli akuuttihoitotyötä opiskeleville suunnattu itseopiskelumateriaali. Materiaali koostuu Moodle -alustalla olevasta itsenäisesti tehtävästä tietotestistä ja PowerPoint -diaesityksestä. Tietotestin avulla opiskelijat pääsevät testaamaan omaa osaamistaan mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta akuuttihoitotyössä. Diaesityksen tarkoituksena on tarjota opiskelijalle tarkemmin tietoa opinnäytetyön aiheesta ja siten parantaa myös ymmärrystä testissä käsiteltyjen asioiden taustalla. Itseopiskelumateriaali tukee opiskelijan oppimista ja ammattieettisen ajattelun rakentumista sekä antaa valmiuksia toimia mielenterveyspotilaiden kanssa heidän itsemääräämisoikeuttaan tukien. Sen on tarkoitus olla yleishyödyllinen ja kiinnostava materiaali, joka antaa opiskelijalle myös mahdollisuuden pohtia asioita.

Tietotesti sisältää erilaisia väittämiä, monivalintakysymyksiä, terminyhdistys -tehtäviä sekä keksittyjä potilastapauksia kysymyksineen. Tehtävät liittyvät akuuttihoitossa ilmeviin tilanteisiin, joissa mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista joudutaan pohtimaan tarkemmin. Itseopiskelumateriaali perustuu lähdekriittisesti valittuun teoriatietoon, jota on esitelty opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa.

Opiskelijat pääsevät testin tekemisen jälkeen tarkastelemaan vielä vastauksiaan ja näkemään suorituksensa tulokset. Jokaisen vastauksen kohdalla opiskelija saa myös teoriatietoon pohjautuvat perustelut kysymykseen. Opiskelija voi itse päättää lukeeko ensin diaesityksen vai tekeekö testin ensin.

6 Pohdinta

6.1 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyössä on käytetty apuna ohjaavia kysymyksiä, joiden avulla määritellään vastauksia opinnäytetyön tavoitteisiin liittyen. Tutkimuskysymyksiä on yhteensä neljä ja niiden sisältö on muotoiltu yhdessä opinnäytetyön tekijöiden sekä tilaajan kanssa. Kysymyksiin on vastattu sekä opinnäytetyön raportissa että tuotetussa itseopiskelumateriaalikokonaisuudessa.

6.1.1 Mitä itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan?

Työssä on käsitelty itsemääräämisoikeuteen liittyviä lakeja, jotka määrittelevät sen ihmisen perusoikeudeksi (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 a). Hoitotyössä itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta päättää omaa hoitoaan koskevista asioista. Hoitotoimenpiteitä saa siis suorittaa vain, kun potilas on antanut niihin suostumuksensa ja on tietoinen kaikista hoitoon liittyvistä asioista. (Potilaan itsemääräämisoikeus.) Jos täysi-ikäinen potilas ei kuitenkaan ole esimerkiksi mielenterveysongelman vuoksi kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan, on tarkoituksenmukaista hoitaa häntä aiemmin ilmaistun tahdon tai hänen yleisen etunsa mukaisesti (Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene päättämään hoidostaan).

Kun pohditaan tarvetta määrätä potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon, tulee arvioida potilaan kompetenssia. Kompetentti potilas ymmärtää päätöksenteon kannalta tärkeän informaation, kykenee pitämään tiedon mielessään päätöksenteon ajan sekä pystyy punnitsemaan eri vaihtoehtoja ja niiden seurauksia. (Ojanen & Mantere 2013.)

Vaikka potilas ei olisikaan täysin kompetentti ja häntä hoidettaisiin tästä syystä tahdosta riippumatta, on hänen mielipidettään silti edelleen kuultava. Itsemääräämisoikeutta rajoitettaessakin tulee hoitohenkilökunnan siis jatkuvasti arvioida potilaan kykyä osallistua hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sekä osallistaa potilasta tämän hoitoa koskevien asioiden käsittelyssä sen hetkisten kykyjen ja voimavarojen mukaisesti, mitä potilaalla on käytössään. (Hämäläinen 2019: 56.) Potilaalla siis on itsemääräämisoikeutta myös silloin, kun häntä hoidetaan tahdosta riippumatta.

6.1.2 Mitä asioita tulisi huomioida mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa?

Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen vaikuttavia asioita on käsitelty laajasti sekä opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa että tuotetussa itseopiskelumateriaalissa. Tässä keskeisiä näkökulmia ovat potilaan mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon, vastavuoroinen hoitosuhde ja hoitajan ammattitaito sekä potilaan kunnioittaminen. Huomioitavaa on, että nämä asiat pätevät myös tilanteissa, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan (Berge ym. 2018; Kuhanen 2019: 33, Hämäläinen 2019: 56).

Mielenterveyspotilaalla täytyy olla mahdollisuus vaikuttaa hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon myös tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä (Hämäläinen

2019: 56). Tässä hoitajalla on keskeinen rooli potilaan osallisuuden ja itsemääräämisen mahdollistajana (Tiainen 2016). Hoitohenkilöstön tuleekin jatkuvasti arvioida potilaan kykyä itseään koskevaan päätöksentekoon myös tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä (Hämäläinen 2019: 55–56). Lähtökohtana on, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, vaikka hänet olisikin määrätty hoitoon tahdosta riippumatta (Repo-Tiihonen ym. 2012).

Myös tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä tehdessä on hyvä varata riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun. Potilaalle on annettava tilaa ja aikaa kertoa tilanteestaan sekä ilmaista näkemyksiään ja erimielisyyksiä. Myös hoitopäätösten syiden perustelevminen on tärkeää ja tähän tulisi käyttää runsaasti aikaa. (Berge ym. 2018.) Potilaan riittävä tiedonsaanti suhteutettuna realistisesti potilaan osaamiseen ja voimavaroihin on olennaista potilaan itsemääräämisen toteuttamisen kannalta (Hämäläinen 2019: 55).

Mielenterveyshoitotyössä on tärkeää pyrkiä luomaan potilaan kanssa luottamuksellinen ja vastavuoroinen hoitosuhde (Kuhanen 2019: 33; Jylhä 2021: 772). Tässä tärkeitä näkökulmia ovat hoitosuhteen yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus (Kuhanen 2019: 33). Hoitajan on tärkeää huomioida, ettei hän esimerkiksi dominoi keskustelua ja siten estä potilaan osallisuutta hoitosuhteessa (Kuhanen & Kanerva 2019: 147). Tämä taas on olennaista mielenterveyspotilaan itsemääräämisen toteuttamisen kannalta.

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeää jo hoidon alkuvaiheessa. Ensi-kontaktissa onnistuminen on ratkaisevaa myös tulevan hoidon kannalta. (Ojanen & Mantere.) On tutkittu, että potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta, hyvästä vuorovaikutuksesta hoitosuhteessa ja hänen toiveidensa huomioon ottamisesta lisäsivät myös hänen sitoutumistaan hoitoon pitkällä tähtäimellä (Tiainen 2016).

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on tärkeää myös omaisten kanssa (Ojanen & Mantere 2013). Omaisten osallistaminen potilaan hoitoon nähdään voimavarana mielenterveyshoitotyössä ja on siten tavoiteltavaa. Läheisten voimavarojen tukemisella on toki suora vaikutus heidän omaan hyvinvointiinsa, mutta se heijastuu myös potilaaseen lisäten hänen voimavarojaan ja toipumistaan. (Tiainen 2016.) Potilaan voimavarojen tukeminen taas vaikuttaa olennaisesti hänen kykyynsä tehdä itseään koskevia päätöksiä (Kuhanen 2019: 33).

Norjalaisen tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön kunnioittava kohtelu potilasta kohtaan vähentää tahdosta riippumattomien toimien tarvetta (Berge ym. 2018). Mielenter-

veyspotilasta tulee siis kohdella kunnioittavasti. Mielensterveysongelmiin liittyvät negatiiviset stereotyyppit ja stigma ovat kuitenkin myös terveydenhuollon ammattilaisten ongelmia. (Ojanen & Mantere 2013.) Hoitohenkilöstönkin tulisikin siis jatkuvasti tarkastella ja kyseenalaistaa itsessä ilmeneviä asenteita, jotta ne eivät estäisi potilaan ammattimaista kohtaamista ja hoidon suunnittelua (Kuhanen 2019: 34). Tämä korostuu entistä enemmän kiireellisissä akuuttihoitotilanteissa (Ojanen & Mantere 2013).

Myös tarvittavat rajoitustoimenpiteet tulee toteuttaa mahdollisimman potilasturvallisesti, potilaan ihmisarvoa kunnioittaen ja suhteuttaa ne potilaan tilanteeseen (Mielensterveyslaki 1116/1990 § 22 a). On lisäksi ammattimaista kohdella potilasta arvostavasti ja kunnioittavasti riippumatta siitä, miten hyvin hän on aikaisemmin sitoutunut hoitoonsa (Hämäläinen 2019: 54).

Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajan kokemuksella ja ammattitaidolla on oma merkityksensä mielensterveyspotilaan ammattimaisessa kohtauksessa. Lisäksi aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu, että korkeammin koulutetut sekä kokeneemmat ensihoitajat suhtautuivat itsetuhoisiin potilaisiin empaattisemmin kuin vain ammatillisen koulutuksen saaneet ja vähemmän kokeneet kollegansa. (Rees ym. 2018.) Hoitajan tuleekin sekä omata riittävä tietoperusta mielensterveyden häiriöistä ja niiden hoidosta, että osata soveltaa tietojaan ja taitojaan potilaan yksilöllisessä tilanteessa (Kuhanen 2019: 33).

6.1.3 Miksi mielensterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan akuuttihoitotyössä?

Opinnäytetyössä on kuvattu tahdosta riippumattoman hoidon prosessia, hoitoon määräämisen kriteereitä ja mahdollisia rajoitustoimenpiteitä. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tulee aina olla perusteltavissa Mielensterveyslaissa (1116/1990) määritellyillä tahdosta riippumattoman hoidon kriteereillä. Tällöin potilaan todetaan olevan psykoottisesti mielisairas ja hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. Lisäksi vaaditaan, etteivät mitkään muut mielensterveyspalvelut sovellu käytettäväksi tai ole riittäviä potilaan tilanteessa. (Mielensterveyslaki 1116/1990 § 8.)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon, tarkkailuun tai tutkimukseen määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa hänen itsensä tai muiden turvallisuuden takaamiseksi. Lisäksi itsemääräämisoikeuden rajoittamisella halutaan turvata psykoottisen

potilaan oikeus tarvitsemaansa hoitoon. Mielenterveyslaissa määritellään erikseen edellytykset rajoitustoimenpiteille, kuten eristämiseksi ja sitomiselle. Rajoitustoimenpiteet tulee aina mitoittaa potilaan sairaalassaolon perusteisiin ja toteuttaa mahdollisimman turvallisesti potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22.)

Akuuttihoitotyössä potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas ei suostu vapaaehtoisesti tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen arvioon tai on vaaraksi itselleen tai muille (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 8; Juusela 2015: 34). Esimerkiksi päivystyksessä työskentelevällä sairaanhoitajalla on lupa aloittaa tahdosta riippumattomaan tutkimukseen tuodun potilaan leposide-eristys, jos tilanteen kiireellisyys sitä vaatii (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22 e).

Ensihoitajilla ei kuitenkaan toistaiseksi ole lain mukaan lupaa rajoittaa potilasta, vaikka tilanne sitä vaatisikin. Ainoana poikkeuksena käytetään Rikoslaisissa (515/2003) määritettyä pakkotilaa. (Uusitalo 2015: 33.) Rikoslain (515/2003) luvun 4 § 5 pakkotilan mukaan ensihoitaja voi fyysisesti rajoittaa potilasta, jos potilas olisi muuten vaaraksi itselleen tai muille. Näitä toimia ei kuitenkaan tulisi käyttää rutiininomaisesti tai muuten kuin viimesijaisena keinona. Ensihoidossa saattaa siis tulla vastaan tilanteita, joissa joudutaan työskentelemään niin sanotusti lain harmaalla alueella potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa. (Uusitalo 2015: 33.) Usein myös somaattisessa päivystyksessä joudutaan käyttämään pakkotilaa tilanteen turvaamiseksi (Vaula 2014).

6.1.4 Millainen on hyvä itseopiskelumateriaali?

Nykypäivän opiskelu painottuu yhä enemmän itseopiskeluun, jonka vuoksi materiaalin on tärkeää tukea itsenäistä opiskelua (Zetterqvist & Lindström 2016). Opinnäytetyön tuotos on toteutettu Zetterqvistin ja Lindströmin määrittelemien hyvän itseopiskelumateriaalin ominaisuuksien pohjalta. Tuotoksen tekemisessä on otettu huomioon materiaalin monipuolisuus ja sovellettavuus eri opintojaksokokonaisuuksissa. Itseopiskelumateriaali myös tarkastelee sen aihetta eri näkökulmista ja kehittää opiskelijan ongelmanratkaisukykyä virikemateriaalin kautta.

Itseopiskelumateriaalina tuotettu tietotesti on monipuolinen, sillä siinä lähestytään opinnäytetyön aihetta eri näkökulmista ja erilaisten kysymysasetelmien kautta. Tällöin opiskelijan on pystyttävä soveltamaan oppimaansa tietoa ajattelemalla aihetta useammalta eri kantilta. Tietotestin lisäksi tehty PowerPoint -diaesitys on tehty tukemaan opiskelijan oppimista lisäämällä aiheeseen liittyvää teoretietoa.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön prosessin aikana pyrittiin jatkuvasti huomioimaan työn luotettavuus ja eettisyys, työskentelemään huolellisesti sekä arvioimaan työtä kriittisesti eri vaiheissa. Eettisyyden ja luotettavuuden varmistamiseksi opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ja suomalaisen tiedeyhteisön laatimaa tutkimuseettistä ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyy tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen, joita ovat esimerkiksi rehellisyys ja yleinen huolellisuus tutkimustyössä, tulosten esittämisessä sekä tutkimusten ja tutkimustulosten arvioinnissa. Opinnäytetyössä sovellettiin myös hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK).)

Opinnäytetyöprosessia eettisyyden ja luotettavuuden osalta ohjaavat myös Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston Arene ry:n Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Niiden tavoitteena on muun muassa ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä, edistää hyvää tieteellistä käytäntöä sekä kohentaa opinnäytetyön laatua (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020: 3–4).

Tärkeä osa opiskelutaitoja on lähdekritiikki, jonka takia tässäkin opinnäytetyössä lähdekritiikki on ollut isossa osassa koko prosessin ajan (Tiedon käyttö ja arviointi). Työhön valittiin vain luotettavaksi arvioituja lähteitä, jotta itseopiskelumateriaalin sekä koko teoriapohjan tiedon oikeellisuus pystyttiin varmistamaan. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin yhdessä opinnäytetyöryhmän kesken koko prosessin ajan. Jokainen tämän opinnäytetyön tekijöistä onkin tutustunut käytettyihin lähteisiin, joten arvio esimerkiksi tutkimusten luotettavuudesta ei perustu vain yhden henkilön mielipiteeseen.

Opinnäytetyön luotettavuuden takaamiseksi teoriapohjassa käytetyt tieteelliset tekstit ja tutkimukset ovat luotettavien ja tunnettujen hoito- ja lääketieteellisten tahojen julkaisemia. Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen akuuttihoitotyössä liittyy olennaisena eri lait, joten myös niiden kattava käyttö lähteenä lisäsi tuotoksen luotettavuutta. Teoriapohjassa ja tuotoksessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta ja ajankohtaista tietoa, ja lähteet ovatkin pääsääntöisesti alle kymmenen vuotta vanhoja.

Lisäksi tiedonhakua pyrittiin tekemään mahdollisimman laajasti ja kattavasti eri tietokannoista. Manuaalisella haulla löytyneitä lähteitä käytettiin tietokannoista löytyneiden

lähteiden tukena. Luotettavuuden parantamiseksi kansainvälisiä tietokantoja olisi kuitenkin voinut käyttää enemmän. Opinnäytetyön aihetta koskevia tutkimuksia olisi voinut löytyä kansainvälisistä tietokannoista paremmin. Tutkimusten, etenkin suomalaisten, määrä jäikin tässä opinnäytetyössä vähäiseksi. Suomalaiset tietokannat pyrittiin kuitenkin käymään mahdollisimman kattavasti läpi eri hakusanojen avulla, jotta erilaisia lähteitä löytyisi mahdollisimman paljon. Suomalaisten lähteiden laajaa käyttöä puoltaa ja työn luotettavuutta lisääkin se, että aihe on vahvasti sidonnainen Suomessa käytettyihin lakeihin ja säädöksiin ja etenkin esimerkiksi tahdosta riippumattoman hoidon prosessi voi olla erilainen eri maissa.

Ennen aiheen rajausta lähteitä löytyi kiitettävästi, mutta tarkemman aiheen rajauksen jälkeen etenkin tutkimustietoa oli haastavaa löytää. Tieteellisiä artikkeleita löytyi kuitenkin aiheeseen liittyen melko paljon. Toisaalta oli joitain aihealueita, joista tiedon etsiminen oli haastavaa sopivien ja luotettavien lähteiden vähäisyyden vuoksi. Esimerkiksi omaisten vaikutuksesta mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuteen oli sovellettavaa ja ajantasaista tietoa vain vähän. Tämän takia osa käsitellyistä näkökulmista jäi suppeammaksi ja vähensi siten myös osaltaan opinnäytetyön luotettavuutta. Huomioitavaa on myös, että osa otsikon perusteella mielenkiintoisista ja mahdollisesti sopivista lähteistä rajautui opinnäytetyöstä pois saavutettavuusongelmien, kuten artikkeleiden maksullisuuden vuoksi.

Yksi tämän opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä oli myös eri lähteissä ilmenevä tiedon ristiriitaisuus. Esimerkiksi tahdosta riippumattoman hoidon perusteita arvioivien lääkäreiden lukumäärää vaihteli lähteestä riippuen kolmesta neljään. (Huttunen 2018c; Lönnqvist & Henriksson 2021). Teoriapohjassa käytettiin myös muutamia oppikirjoja lähteinä, joiden käyttöä laajasti ei suositella, sillä ne ovat sekundaarilähteitä, jotka hyödyntävät primaarilähdettä (Kirjallisen työn ohjeet 2021).

Opinnäytetyössä käytettiin lähteenä myös englanninkielisiä julkaisuja, joiden luotettavuuteen vaikutti mahdollisesti tehdyt käänkövirheet. Sanakirjaa käytettiin kuitenkin laajasti ja asiayhteyksiä selvitettiin huolella, jotta varmistuttiin käänköksen oikeellisuudesta. Tuotoksen luotettavuutta heikensi myös se, että tiedonhakuja tehdessä ei huomioitu mahdollisuutta rajata hakua koskemaan pelkästään vertaisarvioituja julkaisuja. Tämän seikan huomioiminen olisi parantanut teoriapohjan luotettavuutta.

Opinnäytetyön tuotoksen eli itseopiskelumateriaalin luotettavuuden takaamiseksi materiaalin teoriapohja muodostettiin lähdekriittisesti etsityn tiedon pohjalta. Työn tekijöillä ei

kuitenkaan ole taustalla pedagogisia opintoja, kokemusta opettamisesta tai itseopiskelumateriaalin tekemisestä. Nämä tekijät ovat mahdollisesti vaikuttaneet materiaalin luotettavuuteen. Jotta pystyttiin kokoamaan mahdollisimman hyödyllinen ja luotettava tuotos opiskelijoille, etsittiin teorian tietoa myös siitä, millainen on hyvä itseopiskelumateriaali.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tässäkin opinnäytetyössä kunnioitettiin muiden tekemää alkuperäistä työtä käsittelemällä kerättyä tietoa tarkasti ja viittaamalla alkuperäisiin julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Lähteet merkittiinkin tekstiviitteisiin ja lähdeuuteluun Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeiden mukaisesti kunnioittaen näin alkuperäistä työtä. Opinnäytetyössä huolehdittiin myös, että alkuperäisen lähteen viesti välittyy opinnäytetyössä plagioiden. Plagiointi eli luvaton lainaaminen on yksi vilpin muoto, joka voidaan jakaa suoraan ja mukailen tehtyyn kopiointiin. Plagioinnissa esitetään omana jonkun toisen julkituomaa tekstiä, kuten artikkelia tai tutkimussuunnitelmaa. (Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset 2013: 9.)

Tekstin alkuperäisyyden varmistamisessa käytettiin Turnit -plagiatintunnistusjärjestelmää ja sen tuloksia analysoitiin työn eri vaiheissa kriittisesti suhteessa tähän opinnäytetyöhön. Järjestelmä antaa työstä prosenttiosuuden, joka kertoo plagioiden osuuden määräästä. Tässä opinnäytetyössä prosenttilukua nosti työn loppuvaiheessa lähdeviitteet, opinnäytetyön pohja sekä lakien laaja käyttö. Tästä huolimatta plagiointia kuvaava prosenttiosuus ei noussut testausvaiheessa hälyttävän korkeaksi. Testauksen perusteella tehtiin tekstiin vielä muutamia muutoksia, pyrkien kuitenkin siihen, että lähteeseen verrattava asiasisältö pysyi kuitenkin samana.

6.3 Tuotoksen hyödyntäminen

Tuotos on luotu yleishyödylliseksi opiskelumateriaaliksi, jotta se olisi mahdollisimman pitkään hyödynnettävissä useammassa eri tutkinto-ohjelmassa. Tuotosta voidaan hyödyntää Metropolia Ammattikorkeakoulun ensi- ja sairaanhoidon opinnoissa useammassa eri opintojaksokokonaisuudessa. Opinnäytetyön hyödynnettävyyttä lisää myös sen teorian pohjautuminen pitkälti lakiin, johon tulee harvoin suuria muutoksia. Lakiin tulevat muutokset ovat yleensä täydentäviä, kuten opinnäytetyössä käsitelty itsemääräämisoikeuslaki. Tämä olisi toteutuessaan selventänyt terveysalan työntekijöiden toimintamahdollisuuksia lain harmailla alueilla (Uusitalo 2015: 33).

Opinnäytetyön hyödynnettävyyteen vaikuttaa suuresti se, jakavatko opettajat opinnäytetyön tuotoksena syntyneitä itseopiskelumateriaaleja eteenpäin opintojaksoillaan ja

onko materiaali opiskelijoille helposti saatavilla. Myös opiskelijoiden kiinnostus mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamista kohtaan akuuttihoitotyössä vaikuttaa siihen, kuinka hyödylliseksi he kokevat itseopiskelumateriaalin omalle oppimiselleen.

6.4 Kehittämisehdotukset

Jatkokehittämisehdotuksia opinnäytetyölle löytyy sekä itse aiheesta että tuotoksesta itsestään. Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta löytyy ylipäättään melko vähän ajantasaista tutkimustietoa. Etenkin tuoreita suomalaisia tutkimuksia aiheesta oli vaikea löytää. Samoin tutkimuksia ja muita lähteitä, jotka olisivat sijoittuneet nimenomaan akuuttihoiton ympäristöön, ei juurikaan löytynyt. Aiheen tiedetään kuitenkin olevan tärkeä pakkotoimien vähentämiseksi, mikä on Suomessakin tavoiteltavaa mielenterveyspotilaiden hoidossa (Rovasalo & Jüriloo 2011). Aihetta voisikin tutkia lisää useammasta eri näkökulmasta: esimerkiksi hoitajien osaaminen ja kokemukset itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä sekä tällaisen hoidon tulokset voisivat olla aiheita tutkimukselle.

Kuten aiemmin todettiin, sekä ensihoitajien että päivystyshoitotyössä työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen mielenterveyspotilaan kohtaamisessa ja hoitopäätösten tekemisessä on heikolla tasolla (Rees ym. 2018, Wahlbeck ym. 2018: 113). Esimerkiksi isobritannialaiset ensihoitajat kokivat, että mielenterveyspotilaan hoitoon liittyvät asiat jäivät opetuksessa somaattisten sairauksien varjoon (Rees ym. 2018). Akuuttihoitotyössä työskentelevän hoitohenkilöstön osaamisen varmistaminen mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen liittyvissä asioissa olisi siis myös tärkeä jatkokehittämisen aihe.

Itse opinnäytetyötä ja sen tuotoksena syntynyttä itseopiskelumateriaalia voisi lisäksi kehittää monella tapaa. Ajan ja resurssien ollessa paremmin käytettävissä, olisi opinnäytetyö voinut olla laajempi ja monipuolisempi. Työskentelyn edetessä tuli eteen paljon uusia näkökulmia ja asioita, joita ei alun perin edes ajateltu käsitellä opinnäytetyössä. On siis hyvin mahdollista, että näitä oivalluksia olisi työn suhteen tullut lisää ajan kanssa. Materiaalia ja lähteitä opinnäytetyöhön olisi myös voinut löytyä enemmän, jos aikaa olisi ollut enemmän käytettävissä. Samoin materiaalin löytymiseen vaikuttivat myös rajalliset mahdollisuudet päästä käsiksi kaikkiin lähteisiin: esimerkiksi jotkin artikkelit ja tutkimukset olivat joko maksumuurin takana tai niihin ei ollut muuten käyttöoikeutta.

Aihetta olisi myös voinut rajata eri tavalla. Pohdittavaksi jää, olisiko jotain opinnäytetyön osa-aluetta voinut käsitellä tarkemmin tai olisiko työhön voinut vielä lisätä jotain. Työskentelyn aikana pyrittiin kuitenkin ottamaan huomioon, ettei opinnäytetyöhön tulisi mitään ylimääräistä, joka menisi ohi valitun aiheen. Opinnäytetyöryhmä on omasta mielestään saavuttanut tavoiteltavan aiheen rajauksen ja tyytyväinen siihen sellaisenaan.

Opinnäytetyön tuotos eli itseopiskelumateriaali voisi olla paremmin hyödynnettävissä, jos se käännettäisiin muillekin kielille. Esimerkiksi Metropolia Ammattikorkeakoulu tarjoaa sairaanhoitajan tutkinto-ohjelmia myös englanniksi (Sairaanhoitaja (AMK) – koulutus maahanmuuttajille; Sairaanhoito – Nursing AMK, päiväopiskelu). Myös näistä tutkinto-ohjelmista voi valmistua hoitajia akuuttihoitotyöhön, jolloin hekin voisivat hyötyä kyseisestä itseopiskelumateriaalista.

Jotta itseopiskelumateriaali vastaisi ylipäätään paremmin opiskelijoiden tarpeita ja toiveita, pitäisi selvittää materiaalin hyödyllisyyttä ja toimivuutta käytännössä. Tämä pyrittiin ottamaan huomioon jo opinnäytetyöprosessin aikana ja itseopiskelumateriaali julkaistiinkin muille tutkintoryhmäläisille testattavaksi. Opiskelijoille annettiin myös vapaan palautteen mahdollisuus tietotestin yhteydessä. Palautetta tuli kuitenkin tässä vaiheessa vielä varsin vähän, eikä saadun palautteen perusteella itseopiskelumateriaaliin tullut juurikaan korjauksia. Jatkossa palautteen kerääminen materiaalista olisi siis varmasti vielä oleellista. Myös niiden opettajien kehittämissuhteet, joiden opintojaksoille itseopiskelumateriaali on suunniteltu, voisivat parantaa materiaalin tarkoituksenmukaisuutta.

Tuotosta voi jatkokehittää myös käytännön tasolle. Aihetta voisi esimerkiksi harjoitella osana simulaatio-opetusta. Lähtökohtaisesti opinnäytetyöryhmän kokemuksen mukaan simulaatio-opetusta mielenterveyspotilaan kohtaamisesta ja hoidosta on tullut koulutuksen aikana hyvin vähän. Mielenterveyspotilaiden määrä on kuitenkin kasvussa myös sairaalan ulkopuolisessa hoidossa (Jylhä 2021: 770). Tämä olisi siis hyvä ottaa huomioon myös esimerkiksi ensihoitajakoulutuksessa.

Tuotoksessa esitellyistä tavoista mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseksi voisi myös tehdä eräänlaisen oppaan. Opas voisi sisältää esimerkiksi käytännön vinkkejä ja työvälineitä mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta hoitajan näkökulmasta. Oppaan voisi suunnata oppilaitosten lisäksi myös työelämään, kuten pelastuslaitoksille tai päivystyspoliklinikoille, joissa mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen saattaa tulla vastaan.

6.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessin alussa aihe vaikutti helpolta käsitellä tämän tasoisessa kirjallisessa työssä. Aiheeseen syvemmin perehtyessä sen todellinen haastavuus tuli kuitenkin ilmi, sillä valitusta aiheesta löytyikin yllättävän vähän tutkittua tietoa. Lisäksi mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen oli aiheena ylipäättäen haasteellisempi ja monitahoisempi kuin esimerkiksi mielenterveyspotilaan rajoittaminen, mistä löytyy enemmän yksiselitteistä tietoa ja tutkimusta.

Mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen on kuitenkin selvästi tärkeää pyrkiä huomioimaan jo akuuttihoitotyössä, sillä sen on todettu parantavan potilaan sitoutumista hoitoon myös pitkällä tähtäimellä ja vähentävän rajoitustoimenpiteiden tarvetta (Ojanen & Mantere 2013; Wahlbeck ym. 2018: 114). Opinnäytetyön tekijöillä ei juurikaan ollut entuudestaan tietoa tavoista, joilla mielenterveyspotilaan itsemääräämistä voisi akuuttihoitotyössä tukea. Opinnäytetyöprosessi onkin opettanut paljon mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeudesta ja siihen liittyvistä asioista, kuten rajoitustoimenpiteiden tarpeellisuuden arvioinnista. Samoin se on antanut tärkeää tietoa tavoista, joilla itsemääräämisoikeutta voidaan toteuttaa akuuttihoitotyössä myös niissä tilanteissa, joissa sitä joudutaan rajoittamaan.

Lisäksi tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn mielenterveyspotilaan hoitopolku on selkiytynyt opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön tekijöillä oli varsinkin hoitopolusta hyvin erilaiset käsitykset ennen opinnäytetyöprosessia, joten teorian tietoon perehtyminen on antanut paljon ajateltavaa ja pohdittavaa prosessin aikana. Myös ensihoidon ja päivystyksen rooli tahdosta riippumattomaan hoitoon toimittamisessa on selkiytynyt opinnäytetyötä tehdessä. Opittu tieto tulee varmasti hyödylliseksi myös tulevaisuudessa, niin työharjoitteluissa kuin itse ammattilaisena toimiessakin.

Lisäksi ammattieettinen ajattelu on kehittynyt aiheeseen perehtymisen myötä. Potilaan itsemääräämisoikeuteen puuttuminen on lähtökohtaisesti eettisesti haastava tilanne, kun joudutaan rajoittamaan ihmisen perusoikeuksia (Rovasalo & Jüriloo 2011). Eettisesti haastavien tilanteiden tunnistaminen sekä potilaan ja hoitajan oikeuksien tietäminen on keskeistä eettisesti hyvän hoidon saavuttamisessa, mutta myös oman toiminnan kriittinen tarkastelu on tärkeää. Tämä koskee mielenterveyspotilaiden kohdalla erityisesti heihin liittyviä kielteisiä asenteita ja ennakkoluuloja, jotka eivät saisi vaikuttaa potilaan ammattimaiseen kohtaamiseen myöskään tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä (Hämäläinen 2019: 39, 54, 58). Opinnäytetyö antaa varmasti välineitä

eettisesti hyväksyttävään työskentelyyn myös tulevaisuudessa, oli kyseessä mikä hoitotyön osaamisalue tahansa.

Koska opinnäytetyö on toteutettu pienryhmässä, myös ryhmätyöskentelytaidot ovat kehittyneet. Prosessin aikana on täytynyt ottaa huomioon muiden ryhmän jäsenten aika-aulut ja sovittaa ne yhteen niin, että ryhmä on voinut säännöllisesti tavata ja keskustella opinnäytetyön edistymisestä. Ryhmäläisten vahvuudet on otettu huomioon opinnäytetyötä tehdessä, jolloin jokainen on päässyt tuomaan omaa osaamistaan esiin esimerkiksi opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tekemisessä. Samalla jokainen on päässyt myös haastamaan omaa osaamistaan muun muassa tietoteknisten taitojen kehittämässä, tiedonhaussa sekä tieteellisessä kirjoittamisessa.

Tiedonhakuja tehdessä myös lähdekriittisyyden huomioiminen on ollut tärkeässä asemassa. Opinnäytetyössä on pitänyt tarkastella käytettävien lähteiden laatua ja luotettavuutta erityisen tarkasti. Lähdekriittisyyden harjaantumista on edistänyt entisestään aiheita käsittelevän tiedonhaun haastavuus, jolloin lähteitä piti arvioida vieläkin kriittisemmin. Myös tiedonhakuun liittyvä muu osaaminen, kuten hakusanojen muodostaminen ja eri tietokantojen käyttäminen harjaantuivat opinnäytetyötä tehdessä.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on antanut valmiuksia projektityöskentelyyn. Näitä valmiuksia opinnäytetyöryhmä voi hyödyntää myös tulevaisuudessa, esimerkiksi mahdollisissa alaa kehittämissä projekteissa. Opinnäytetyön tekijät ovat tyytyväisiä opinnäytetyöhön ja sen tuotoksena syntyneeseen itseopiskelumateriaaliin sekä kokee-neet saaneensa prosessista paljon ammatillista kasvua tukevia elementtejä.

Lähteet

Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Ammatti ja osaaminen. Sairaanhoidajat. <<https://sairanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>>. Viitattu 30.9.2021.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>. Viitattu 29.10.2021.

Arvot näkyviksi 2013. Teoksessa Kangasniemi, Mari (toim.). Lähietiikan lähteillä. Terveystieteiden eettisten kysymysten pohdintaa. Tehyn julkaisusarja F: 1/2013. Vantaa: Tehyn eettinen toimikunta. 10-21. <https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2013/2013_f_1_lahietiikan_lahteilla_id_58.pdf>. Viitattu 24.10.2021.

Berge, Torkil & Bjøntegård, Kjersti Sunniva & Ekern, Petter & Furan, Martin & Landrø, Nils Inge & Sølvsberg Larsen, Grete J & Osnes, Kåre & Selvaag, Inger & Vedlog, Anne Helene 2018. Coercive mental health care – dilemmas in the decision-making process. Tidsskrift for Den norske legeforening. <<https://tidsskriftet.no/en/2018/08/originalartikkel/coercive-mental-health-care-dilemmas-decision-making-process>>. Viitattu 27.9.2021.

Ensihoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/ensihoito>>. Viitattu 11.10.2021.

Ervasti, Mari & Hautala, Mia & Pikkarainen, Minna & Reponen, Jarmo & Tuukkanen, Johanna & Daavittila, Iida & Raatinieniemi, Lasse & Martikainen, Matti & Korpelainen, Juha. Tuhansia turhia kuljetuksia? Uudet teknologiaratkaisut ja toimintatavat ensihoitoon ja päivystykseen 2019. Lääkärilehti 74. 1584–1590. <<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tuhansia-turhia-kuljetuksia-uedet-teknologiaratkaisut-ja-toimintatavat-ensihoitoon-ja-paivystykseen/>>. Viitattu 11.10.2021.

ETENEn toiminta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta ETENE. <<https://etene.fi/toiminta>>. Viitattu 12.10.2021.

F20-29 Psykoottiset häiriöt. Tietoa mielenterveydestä. Tietoa diagnooseista. Mielenterveystalo.fi. <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/default.aspx>>. Viitattu 11.10.2021.

Hallintolaki 434/2003. Annettu Helsingissä 6.6.2003. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>>. Viitattu 2.10.2021.

Hietala, Elina & Lindholm, Lars & Heino, Jarkko & Salonen, Kaija & Kampman, Olli 2015. M1-lähetteen kirjoittaminen vaatii tarkkoja perusteluja. Suomen lääkäri-lehti 70 (24). 1766–1767.

Huttunen, Matti 2018a. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411>>. Viitattu 12.10.2021.

Huttunen, Matti 2018b. Päihdepotilaan tahdosta riippumattomat toimenpiteet. Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00479>>. Viitattu 11.10.2021.

Huttunen, Matti 2018c. Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoidon. Lääkärikirja Duodecim. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>> Viitattu 22.9.2021.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Tiedevilppi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). <<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>>. Viitattu 15.10.2021.

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset 2013. Teoksessa Varantola, Krista & Launis, Veikko & Helin, Markku & Spoof, Sanna Kaisa & Jäppinen, Sanna (toim.). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 8-9. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 26.10.2021.

Hämäläinen, Kaisu 2019. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy. 39–64.

Häyry, Matti 2010. Ainakin neljä kysymystä. Artikkelissa Louhiala, Pekka (toim.). Itsemurha ja hoitotahto. Suomen Lääkärilehti 65 (3). 203–204.

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen mielenterveysyhdistys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/>>. Viitattu 24.10.2021. &häm

Itsemääräämisoikeuslaki. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/-/itsemaaraamisoikeuslaki>>. Viitattu 24.10.2021.

Itsemääräämisoikeus ja vapaus valita. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. <<https://etene.fi/itsemaaraamisoikeus-ja-vapaus-valita>>. Viitattu 12.10.2021.

Jos täysi-ikäinen potilas ei kykene päättämään hoidostaan. Terveydenhuolto. Potilaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Päivitetty 24.8.2018. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/jos_taysi-ikainen_potilas_ei_kykene_paattamaan_hoidostaan>. Viitattu 9.10.2021.

Juusela, Enni 2015. Vastoin potilaan omaa tahtoa. Systole ensihoidon erikoislehti. 4/2015. 34–35.

Jylhä, Pekka 2021. Psykiatrisen potilas. Teoksessa Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Nurmi, Jouni & Porthan, Kari & Puolakka, Tuukka. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro. 770–778.

Järvelin, Jutta & Kyrölä, Atte 2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2019. Psykiatristen hoitajaksojen kesto lyhenee yhä. THL-Tilastoraportti 53/2020. Tilastoraportti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR_53_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 27.9.2021.

Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita 2019a. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja niiden hoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy. 224–298.

Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita 2019b. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy. 175–223.

Kirjallisen työn ohjeet 2021. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opas.

Korkeila, Jyrki 2010. Itsemurha hyvässä seurassa. Artikkelissa Louhiala, Pekka (toim.). Itsemurha ja hoitotahto. Suomen Lääkärilehti 65 (3). 203.

Kuhanen, Carita 2019. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy. 18–38.

Kuhanen, Carita & Kanerva, Anne 2019. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Hämäläinen, Kaisu & Kanerva, Anne & Kuhanen, Carita & Schubert, Carla & Seuri, Tarja. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro Oy. 139–174.

Kukka, Anna 2019. Väkivallan riskialueena ensihoito – vai onko? Esitelmä Ensihoitopalvelualan opintopäivillä 11.2.2019. <https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/luento-materiaali/2019/anna_kukka3_vakivallan_riskialueena_ensihoito_-_vai_onko5_id_14173.pdf>. Viitattu 24.10.2021.

Lahti, Raimo 2010. Oikeudellinen näkökulma. Artikkelissa Louhiala, Pekka (toim.). Itsemurha ja hoitotahto. Suomen Lääkärilehti 65 (3). 204.

Laki holhustoimesta 442/1999. Annettu Helsingissä 1.4.1999. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990442#L1>>. Viitattu 12.10.2021.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilas>>. Viitattu 16.9.2021.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Viitattu 5.10.2021.

Lehtinen Klaus & Haapaniemi, Elina & Lindroos, Sirpa 2014. Perheterapiasta hyötyy myös potilaan läheisverkosto. Lääkärilehti 69 (41). 2625–2628.

Lund, Vesa 2017. Moniongelmainen potilas ensihoidossa. Lääkärilehti 72 (23). 1513–1514.

Löfström, Erika & Kanerva, Kaisa & Tuuttila, Leena & Lehtinen, Anu & Nevgi Anne 2010. Laadukkaasti verkossa: Verkko-opetuksen käsikirja yliopisto-opettajille. E-kirja. Helsinki: Yliopistopaino. 15–17, 35–74.

Lönngqvist, Jouko & Henriksson, Markus 2021. Tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Lönngqvist, Jouko & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilas>>. Viitattu 22.9.2021.

Moilanen, Kristiina 2013. Psykoosin arviointi. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 129 (8). 886-92. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/8/duo10930>>. Viitattu 29.9.2021.

Ojanen, Juhani & Mantere, Outi 2013. Psykiatrinen lainsäädäntö päivystäjälle. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 129 (8). 855–862.

Opetussuunnitelmat 2019. Ensihoito. Metropolia. <<https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70304/SXK19K1/year/2018>>. Viitattu 13.10.2021.

Opetussuunnitelmat 2021a. Ensihoito. Metropolia. <<https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70304/SXK21S1/year/2021>>. Viitattu 29.10.2021.

Opetussuunnitelmat 2021b. Sairaanhoidotyö. Metropolia. <<https://opinto-opas.metropolia.fi/fi/88094/fi/70320/SXO21S1/year/2021>>. Viitattu 29.10.2021.

Pekkarinen, Laura 2018. Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018. <<https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tutkimusraportti-julkisen-alan-tyohyvinvointi-vuonna-2018.pdf>>. Viitattu 24.10.2021.

Pirkola, Sami 2020. Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 135 (16). 1763-4. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15737>>. Viitattu 24.10.2021.

Poliisilaki 872/2011. Annettu Naantalissa 22.7.2011. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110872>>. Viitattu 2.10.2021.

Potilaan itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Päivitetty 24.8.2018. <<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>>. Viitattu 11.10.2021.

Pylkkänen, Kari & Eskola, Jarkko & Hemmi, Antti 2010. Pakon käyttö psykiatriassa - lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? *Lääkärilehti* 65 (41). 3332–3337.

Päivystys. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://stm.fi/paivystys>>. Viitattu 11.10.2021.

Rauhala, Vuokko 2010. Tehohoidon näkökulma. Artikkelissa Louhiala, Pekka (toim.). *Itsemurha ja hoitotahto*. Suomen *Lääkärilehti* 65 (3). 202.

Rees, Nigel & Porter, Alison & Rapport, Frances & Hughes, Sarah & John, Ann 2018. Paramedics' perceptions of the care they provide to people who self-harm: A qualitative study using evolved grounded theory methodology. *PLoS One* 13 (10). <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192640/pdf/pone.0205813.pdf>>. Viitattu 15.10.2021.

Repo-Tiihonen, Eila & Putkonen, Anu & Tuppurainen, Heli 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128 (22). 2336–43. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>>. Viitattu 22.9.2021.

Rikoslaki 515/2003. Vahvistettu 13.06.2003. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>>. Viitattu 5.10.2021.

Rovasalo, Aki & Jüriloo, Alo 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127. 5–7.

Sairaanhoitaja (AMK) – koulutus maahanmuuttajille. Opiskelu Metropoliaassa. AMK-tutkinnot. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <<https://www.metropolia.fi/fi/opiskelu-metropoliaassa/amk-tutkinnot/sairaanhoito-maahanmuuttajille>>. Viitattu 14.10.2021.

Sairaanhoito – Nursing AMK, päiväopiskelu. Opiskelu Metropoliaassa. AMK-tutkinnot. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <<https://www.metropolia.fi/fi/opiskelu-metropoliaassa/amk-tutkinnot/nursing>>. Viitattu 14.10.2021.

Sederholm, Heikki & Purhonen, Matti & Saikko, Simo & Ekman, Simo & Kauppinen, Sanna & Seppälä, Juhani & Palviainen, Jan-Erik & Törrönen, Kari 2018. Ensihoitoalan eettiset ohjeet. <https://sehl.fi/wp-content/uploads/2018/12/Ensihoitajan_eettiset_ohjeet.pdf>. Viitattu 29.10.2021.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf?t=1439805553000>>. Viitattu 12.10.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Annettu Helsingissä 24.8.2017. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170585>>. Viitattu 12.10.2021.

Steinert, Tilman 2017. Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry. *Psychiatric Services* 68 (3). 291–294.

Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki#L2>>. Viitattu 16.9.2021.

Szawarski, Piotr 2013. Classic cases revisited: The suicide of Kerry Wooltorton. *Journal of the Intensive Care Society*. 14 (3). 211–214. <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/175114371301400307>>. Viitattu 29.10.2021.

Tammentie-Sarén, Tarja 2014. Psykiatrinen hoitotahto. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tays. <<https://thl.fi/documents/10531/1415978/Tammentie-Saren+Psykiatrinen+hoitotahto.pdf/c74cd63e-f0bf-4c7b-b56b-643f9642b42f>>. Viitattu 1.10.2021.

Tiainen, Irina 2016: Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden opettajankoulutus. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16539/urn_nbn_fi_uef-20160474.pdf>. Viitattu 1.10.2021.

Tiedon käyttö ja arviointi. Tiedonhaun ABC. Metropolia LibGuides. Päivitetty 14.10.2021. <<https://libguides.metropolia.fi/tiedonhaku/tiedon-kaytto>>. Viitattu 15.10.2021.

Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Esite. <<https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Suomenkielinen+esite+tahdosta+riippumaton+hoito+ja+potilaan+oikeudet.pdf/b608bc36-2e62-5408-155a-b0ed391b2f3b?t=1600177028437>>. Viitattu 1.10.2021.

Topo, Päivi 2012. Itsemääräämisoikeuden monet ulottuvuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (4). 287–289.

Uusitalo, Jenna 2015. Ongelmallinen itsemääräämisoikeus. *Systole ensihoidon erikoislehti*. 4/2015. 32–33.

Vaula, Eija 2014. Päivystyspotilaan ja henkilökunnan turvallisuus. *Lääkärilehti* 69 (41). 648–650.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2020:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 17-37. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Viitattu 24.10.2021.

Väkivallan uhka työssä 2013. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 46. Tampere: Työsuojeluhallinto. <<https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/2426906/V%C3%A4kivallan+uhka+ty%C3%B6ss%C3%A4+2016/cba409ad-5766-44b9-b813-d5652a22a300>>. Viitattu 24.10.2021.

Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Valtioneuvoston kanslia. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 11.10.2021.

Wahlbeck, Kristian 2013. Hoitoon pääsy päivystystilanteessa – palvelujärjestelmän heikko lenkki. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (8). 894–5. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/8/duo10936>>. Viitattu 24.10.2021.

Zetterqvist, Lena & Johan Lindström 2016. "Studenterna lär sig det de får arbeta med. Ge dem ett bra arbetsmaterial!". Esitelmä Pedagogiska Inspirations -konferenssissa 15.12.2016. <https://www.lth.se/fileadmin/lth/genombrottet/konferens2016/34_Zetterqvist_Lindstrom.pdf>. Viitattu 11.10.2021.

Liite 1. Tiedonhaku-
taulukko

Tietokanta, suomen- kielinen	Hakusana, hakusa- nayhdis- telmät	Valinta- ja pois- sulkukri- terit	Osumien määrä (kpl)	Valinta otsikon perus- teella (kpl)	Valinta tiivistel- män pe- rusteella (kpl)	Valinta koko tekstin perus- teella (kpl)
Finna	"tahdosta riippuma- ton" OR pakkohoi* OR tarkkai- luläh* AND ensihoi*	2011– 2021, englanti, suomi	2	2	2	2
	akuuttihoi* AND monia- mmatil*	2011– 2021, englanti, suomi	58	1	1	0
	poliisi* AND aku- uttihoi*	2011– 2021, englanti, suomi	26	3	0	0
Yhteensä (kpl)						2
Medic	itse* AND ensihoi*	2011– 2021, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyypit, asia- sanojen synonyymit käytössä	18	3	3	1
	itse* AND päiv*	2011– 2021, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyypit, asia- sanojen	145	5	5	1

		synonyymit käytössä				
	ensihoi* AND hoid* AND kielt*	2010–2021, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, asiasanojen synonyymit käytössä	4	1	1	1
	itsemää*	2010–2021, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, asiasanojen synonyymit käytössä	73	1	1	1
	tahd* AND riippumat* AND mielent*	2010–2021, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, asiasanojen synonyymit käytössä	14	1	1	1
	etiik* AND itsemäärää*	2011–2021, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, asiasanojen synonyymit käytössä	19	1	1	0

	etiik* AND kompe- tens*	2011– 2021, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyy- pit, asia- sanojen synonyy- mit käy- tössä	21	2	2	0
	pakkohoi* OR tah- donvast* AND päivyst*	2011– 2021, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyy- pit, asia- sanojen synonyy- mit käy- tössä	24	5	5	4
	mielent* AND läheis*	2011– 2021, vain koko tekstit, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyy- pit, asia- sanojen synonyy- mit käy- tössä	8	2	2	1
	psyk* AND omais*	2011– 2021, vain koko tekstit, kaikki kielet, kaikki jul- kaisutyy- pit, asia- sanojen synonyy- mit käy- tössä	40	2	1	1

Yhteensä (kpl)						11
Terveysportti	itsemääräämisoikeus		46	3	0	0
Yhteensä (kpl)						0
PubMed	emergency care AND self-determination	2010-2021	353	2	2	0
	emergency care AND autonomy AND mental health	2011-2021	61	1	1	0
	"emergency care" AND self-harm	2011-2021, NOT children	54	2	1	0
	"self-harm" AND paramedic AND "qualitative study"		3	1	1	1
	emergency care AND coercive care	2011-2021	39	2	2	1
	ethic* AND capacity AND "involuntary treatment" AND "mental health"	2011-2021	15	2	2	0
	ethic* AND "involuntary treatment" AND competen*	2011-2021	12	2	2	0

	ethic* AND "involun- tary treat- ment"	2011- 2021	101	7	4	1
Yhteensä (kpl)						3
SwePub	självstudie*		32	1	1	1
Yhteensä (kpl)						1
Manuaali- nen haku, yhteensä (kpl)						51

Liite 2. Artikkelitaulukko

Nro	Tekijä(t), ilmestymisvuosi, maa	Artikkelin nimi	Aineisto, menetelmät, otoskoko (=n)	Tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1	Berge, Torkil & Bjøntegård, Kjersti Sunniva & Ekern, Petter & Furan, Martin & Landrø, Nils Inge & Sølvsberg Larsen, Grete J & Osnes, Kåre & Selvaag, Inger & Vedlog, Anne Helene 2018, Norja	Coercive mental health care – dilemmas in the decision-making process	Laadullinen kyselytutkimus n= 37	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esiin asioita, jotka vaikuttavat psykiatrien/lääkäreiden tekemiin päätöksiin pohdittaessa tahdosta riippumattoman hoidon mahdollisuutta.	Esiin tulleita tekijöitä päätöksenteon taustalla olivat esimerkiksi psykoottisten oireiden vakavuus, vaikeudet sosiaalisissa olosuhteissa, itsemurhan riski sekä potilaan vaarallisuus muita kohtaan. Päätöksentekoprosessiin liittyi myös monia ammatillisia sekä eettisiä ongelmia.
2	Hietala, Elina & Lindholm, Lars & Heino, Jarkko & Salonen, Kaija & Kampman, Olli 2015, Suomi	M1- lähetteen kirjoittaminen vaatii tarkkoja perusteluja	Asiantuntija-artikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa käsitellään tahdosta riippumattomaan hoitoon lähettämisen edellytyksiä ja käytänteitä.	Tahdosta riippumattomaan hoitoon lähettämiseksi on olemassa tarkat kriteerit. M1-lähetteen kirjoittamiseen on olemassa tarkat käytännöt. Lähetteen mahdolliset puutteet tarkistetaan vielä psykiatrisessa päivystyksessä. Samoin psykiatrisen päivystyksen varmistaa tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttymisen.

3	Huttunen, Matti 2018, Suomi	Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito	Katsausartikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelin tarkoituksena on käsitellä tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon aiheita sekä hoidon toteuttamista ja sen prosessia.	Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä psykiatriseen hoitoon tahdosta riippumatta, mikäli kaikki kolme kriteeriä täyttyvät. Alaikäisellä psykoottisella potilaalla täytyy täytyä samat kriteerit. Alle 18-vuotiaan vakavan mielenterveydenhäiriön ei kuitenkaan tarvitse olla psykoottinen, jos hän häiriönsä vuoksi tarvitsee sairaalahoitoa. Hoitoon määrääminen tapahtuu neliportaisesti ja hoitoon määräämisprosessi pitää sisällään M1-, M2- ja M3- lausunnot.
4	Juusela, Enni 2015, Suomi	Vastoin potilaan omaa tahtoa	Asiantuntija-artikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa käsitellään ensihoitajien toimintaa toimittaessaan potilasta tahdosta riippumattomaan hoitoon ja ensihoidon saamaa virka-apua.	Potilaan kuljettaminen tahdosta riippumattomaan hoitoon on ensihoidon tehtävä. Ensihoidolla on mahdollisuus saada tehtävälle poliisin antamaa virka-apua, mikäli potilas on esimerkiksi aggressiivinen. Poliisit voivat virka-apua antaessaan joko ajaa ambulanssin perässä tai poliisi voi tulla turvaamaan kuljetusta ambulanssiin. Potilasta ei kuitenkaan voida kuljettaa poliisiauton kyydissä tahdosta riippumattomaan hoitoon, sillä ensihoito on tehtävän päätoimija.
5	Lund, Vesa 2017, Suomi	Moniongelmainen potilas ensihoidossa	Tapausselostus, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa käsitellään moniongelmaisia potilaita, jotka saattavat jäädä ilman asianmukaista hoitoa.	Ensihoito saattaa joskus kohdata työssään potilaita, joilla on fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia ongelmia. Nämä potilaat voivat kuitenkin jäädä tarvitsemansa hoidon ulkopuolelle, sillä nyky-

					lainsäädännön puitteissa he ovat viranomaisten tavoittamattomissa, mikäli he eivät itse halua hoitoa ja apua ongelmiinsa.
6	Ojanen, Juhani & Mantere, Outi 2013, Suomi	Psykiatrinen lainsäädäntö päivystäjälle	Asiantuntija-artikkeli, asiantuntijakatsaus	Päivystykseen ja päivystäjälle kohdistetussa artikkelissa on tarkoitus käsitellä psykiatrista lainsäädäntöä, johon liittyy esimerkiksi tarkkailulähetteen tekeminen sekä potilaan kompetenssi eli kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä.	Joskus voidaan joutua rajoittamaan potilaan perusoikeuksia, kuten itsemääräämisoikeutta. Potilaan oikeuksia rajoitettaessa lääkärin tulee noudattaa hyvää lääkärin etiikkaa ja lakia. Pohdittaessa tarkkailulähetteen tarpeellisuutta, tulisi hoidon olla potilaslähtöistä, eikä ongelmakeskeistä. Päätettäessä potilaan tahdosta riippumattomasta hoidosta, tulisi arvioida potilaan kompetenssia. Toistaiseksi Suomessa ei ole yhdenmukaista tapaa arvioida potilaan kompetenssia.
7	Rauhala, Vuokko & Korkeila, Jyrki & Häyry, Matti & Lahti, Raimo 2010, Suomi	Itsemurha ja hoitoahto	Tapausselostus, asiantuntija katsaus	Artikkelin tarkoituksena on käsitellä eri näkökulmia itsemääräämisoikeuden toteuttamisen ristiriitaisuudesta ja kompetenssin arvioinnista, kun itsetuhoinen potilas on tehnyt hoitotahdon. Näkökulmia pohditaan Isossa-Britanniassa tapahtuneen tapauksen pohjalta.	Itsemääräämisoikeuden nojalla kompetentilla potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta ja osoitus järjissään olevan henkilön tahdosta on esimerkiksi hoitoahto. Potilaan kompetenssiin voi kuitenkin vaikuttaa sairauteen liittyvä tila. Potilaan itsemääräämisoikeus voi kuitenkin olla ristiriidassa hoitohenkilökunnan ammattivelvollisuuksien kanssa ja esimerkiksi rajoittaa lääkärin hoitoautonomiamia.

8	Rees, Nigel & Porter, Alison & Rapport, Frances & Hughes, Sarah & John, Anna 2018, Iso-Britannia	Paramedics' perceptions of the care they provide to people who self-harm: A qualitative study using evolved ground theory methodology	Laadullinen kyselytutkimus n= 11	Tutkimuksen tarkoituksena oli paljastaa ja tutkia ensihoitajien käsityksiä itsetuhoisten potilaiden hoidosta.	Tutkimuksessa nousi esiin kokonaisuudessaan kuusi erilaista kategoriaa. Ensihoitajat kokivat terveydenhuoltojärjestelmän olevan viallinen jättäen heidät ilman tukea. He myös kertoivat epävarmuudesta ja epäpätevyyden tunteesta tehdessään päätöksiä. Ahdistuneisuutta koettiin tilanteissa, joissa potilaan itsemurhariski oli suuri ja potilas olisi haluttu viedä hoitoon vastoin hänen tahtoaan. Esiin nousi myös muita ammatillisia, laillisia sekä eettisiä ongelmia ja risiirittoja.
9	Repo-Tiihonen, Eila & Putkonen, Anu & Tuppurainen, Heli 2012, Suomi	Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa	Katsausartikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelin tarkoituksena on käsitellä tahdosta riippumatonta hoitoa ja siihen liittyviä rajoitustoimenpiteitä.	Psykiatrisen potilaan rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä arvioidaan tapauskohtaisesti potilaan toimintakyvyn mukaan. Myös tahdosta riippumattoman hoidon yhteydessä tulisi pyrkiä potilaan hoitoon yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Rajoitustoimenpiteitä koskevan lainsäädännön uudistus sekä siihen liittyvät keskustelut ja tutkimukset ovat odotettuja psykiatrisessa hoitotyössä.
10	Rovasalo, Aki & Jüriloo, Alo 2011, Suomi	Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta	Pääkirjoitus, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa on tarkoituksena käsitellä psykiatrisen hoitoon liittyvien pakkotoimien ongelmallisuutta ja pakkotoimien vähentämiseen vaikuttavia tekijöitä.	Tahdosta riippumattomat toimenpiteet osana psykiatrista hoitoa ovat ongelmallisia, sillä silloin puututaan hyvin konkreettisesti ihmisen perusoikeuksiin. Pakkotoimien vähentäminen onkin tavoiteltavaa mielenterveyslaitoksissa, mutta tavoitteeseen liittyy haasteita.

					Pakkotoimien vähentämiseksi tulisi pohtia niin työyhteisön sisäisiä kuin yhteiskunnallisia ja rakenteellisiakin tekijöitä.
11	Steinert, Tilman 2017	Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry	Katsausartikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa on tarkoituksena käsitellä tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä käytännönläheisesti lähestyttäviä päätöksiä ja päätöksenteon periaatteita. Esiin tuodaan myös eettistä näkökantaa asiaan.	Neljä periaatetta liittyen tahdosta riippumattoman hoidon päätöksentekoon perustuvat periaate pohjaiseen etiikkaan. Nämä periaatteet käsittävät vahingon tuottamisen välttämisen, hyvän tekemisen, oikeudenmukaisuuden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Tahdosta riippumaton hoito on oikeutettua eettisesti viimeisenä keinona hyvin pienessä määrässä tapauksia tiukat ehdot huomioiden.
12	Tiainen, Irina 2016, Suomi	Osallisuus aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta	Pro-gradu tutkielma, laadullinen kyselytutkimus n=23	Tutkimuksessa on kuvattu osallisuuden toteutumista aikuispsykiatrisen potilaan, omaisen ja henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksessa on myös tuotettu tietoa potilaan osallisuuteen vaikuttavista tekijöistä.	Tutkimuksen mukaan sekä potilaat, omaiset että henkilöstö kuvasivat osallisuutta ja sitä vahvistavia tekijöitä samansuuntaisesti. Muun muassa potilaan kunnioittavalla kohtelulla ja mahdollisuudella vaikuttaa hoitonsa toteutumiseen, omaisten osallistumisella potilaan hoitoon sekä pienimmällä mahdollisella vallankäytöllä nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia potilaan osallisuuden ja hoitoon sitoutumisen kannalta. Samoin myönteinen vuorovaikutus kyseisten ryhmien välillä oli keskeistä.

13	Uusitalo, Jenna 2015, Suomi	Ongelmallinen itsemääräämisoikeus.	Asiantuntija-artikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelissa on tarkoituksena käydä läpi lainsäädäntöä potilaan itsemääräämisoikeudesta sekä ensihoitajien ammatillista velvollisuutta potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisessa.	Laissa säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta, jolloin sitä ei saa rajoittaa ilman laissa säädettyä perustetta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja tämä voi tarkoittaa sitä, että potilas saattaa kieltäytyä tietyistä hoitolinjoista. Terveysalan ammattilaisella on kuitenkin velvollisuus ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä ja parantaa sairauksia sekä lievittää kärsimyksiä. Lainsäädännön takia ensihoitajat joutuvat joskus työskentelemään lain harmaalla alueella, joutessaan rajoittamaan psykoottista potilasta.
14	Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Lari-vaara, Meri & Kosloff, Anu 2020, Suomi	Kansallinen mielen-terveysstrategia ja itsemurhien ehkäisy-ohjelma vuosille 2020–2030	Kehittämishankkeen kuvausjulkaisu, asiantuntijakatsaus	Strategian tarkoituksena on esitellä Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2020–2030 tehtyä kansallista mielenterveysstrategiaa ja itsemurhien ehkäisyohjelmaa.	Strategian ja ehkäisyohjelman lähtökohtana on kokonaisvaltainen mielen-terveyden huomioiminen yhteiskunnassa ja se tunnistaakin mielenterveyden merkityksen maailmassa. Mielen-terveyspalveluiden saatavuus tulee saattaa muiden terveystalvelujen tasolle ja strategian on tarkoitus antaa suuntaviivoja toiminnan suuntaamiselle sekä päätöksenteolle.
15	Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes &	Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut	Kehittämishankkeen kuvausjulkaisu, kirjallisuuskatsaus, kyselytutkimus (n=	Kehittämishankkeen tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihde- palvelumalleista päättäjille.	Keskeisinä näkökulmina korostuivat näyttöön perustuvien sekä hyviksi koettujen hoitomallien painottaminen. Ihmis- lähtöiset, osallisuutta ja vertaisuutta tukevat toimintamallit nähdään mahdollisuuksina palveluiden uudistamisessa.

	Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni 2018, Suomi		307), asiantuntijahaastattelu, kokemusasiantuntijoiden fokusryhmät, kansalaiskuuleminen, taloudellinen analyysi		Lisäksi eri palvelutasojen integroitumisen ajatellaan olevan hyödyllistä palveluita järjestettäessä. Mielen terveyden edistämiseen ja palveluiden tuottamiseen panostaminen voivat vähentää mielen terveysongelmien epäsuoria kustannuksia.
16	Zetterqvist, Lena & Lindström, Johan 2016, Ruotsi	"Studenterna lär sig det de får arbeta med. Ge dem ett bra arbetsmaterial!"	Katsausartikkeli, asiantuntijakatsaus	Artikkelin tarkoituksena on käsitellä, millaista on hyvä itseopiskelumateriaali ja miten sitä voidaan kehittää.	Hyvä opiskelumateriaali herättää opiskelijan kiinnostuksen aiheeseen, on monipuolinen ja sopii erilaisiin opetus- ja oppimistyyliin.