



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Potilaslähtöisyyden merkitys psykiatrisen osaston turvallisuudelle

Hallikainen, Harri

2015 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Potilaslähtöisyyden merkitys psykiatrisen osaston turvallisuudelle

Harri Hallikainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2015

Harri Hallikainen

Potilaslähtöisyyden merkitys psykiatrisen osaston turvallisuudelle

Vuosi 2015 Sivumäärä 45

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia potilaslähtöisyyden merkitystä turvallisuudelle erään eteläsuomalaisen psykiatrisen sairaalan suljetulla osastolla. Potilaslähtöisyys on suomalaisissa sairaaloissa yksi arvoista ja turvallista työpaikkaa sekä hoitoa voidaan pitää jokaisen perusoikeutena. Potilaslähtöisyyttä voidaan kuvata kategorioiden yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskeisyys, vuorovaikutus ja osallisuus avulla. Potilaslähtöisen hoidon lähtökohtana tulee olla potilaan todellisuus mahdollisuuksineen ja rajoituksineen. Hoitotyössä korostuu potilaan kanssa vuorovaikutuksessa oleminen. Verbaalisen ilmaisun lisäksi non-verbaalisella kielellä voi olla ratkaiseva merkitys, etenkin potilaan ollessa aggressiivinen tai kiihtynyt. Tämän takia MAPA-koulutuksissakin perehdytään nykyään syvemmin non-verbaaliseen viestintään ja de-eskalaatio menetelmiin. Psykiatrisessa hoitotyössä käytetään omaa persoonaa, jonka takia hoitajien tulisi harjaantua assertiivisen viestintätätylin käyttöön.

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen ja toteutettiin erään eteläsuomalaisen sairaalan psykiatrisella suljetulla osastolla haastatteleamalla yhdeksää hoitajaa. Hoitajilta kysyttiin heidän käsitystään potilaslähtöisyydestä, sen toteutumisesta osastolla ja kehittämismahdollisuuksista. Lisäksi heiltä kysyttiin potilaslähtöisyyden ja hoitajien kokemuksen merkityksestä osaston turvallisuudelle. Haastattelut nauhoitin ja se oli luonteeltaan puolistrukturoitu. Haastateltaville esitettiin kysymykset samalla tavalla, mutta he saivat vastata kysymyksiin omin sanoin. Haastattelut suoritin huhtikuussa 2015, jonka jälkeen ne litteroin. Kesäkuussa tein litteroidulle haastattelulle sisällönanalyysin, jonka perusteella pystyin luomaan 15 kategoriaa, joihin haastateltavien ajatukset on tiivistetty. Kategorioiden avulla pystyin päättelemään, että hoitotyö on nykyisin huomattavasti potilaslähtöisempää aikaisempaan verrattuna. Hoitoa räätälöidään yksilöllisesti potilaille heidän kulloisenkin elämäntilanteen mukaan.

Tuloksista ilmenee, että potilaslähtöisyyden keskeisenä piirteenä on inhimillisyys ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Kyseisellä osastolla potilaslähtöisyys on kehittynyt huomattavasti parin viime vuoden aikana. Potilaslähtöisyyttä voidaan edistää kouluttamalla henkilökuntaa erilaisen projektien esim. Safewardsin ja työnohjauksen avulla. Potilaslähtöisyys voi tuoda mukanaan turvattomuuden tunnetta, mikäli sitä sovelletaan kaikkiin potilaisiin samalla tavalla. Parhaiten potilaslähtöisyys tuo turvallisuutta osastolle, kun sitä sovelletaan asteittain potilaisiin heidän psyykkisen vointinsa perusteella. Tutkimusaiheiksi jatkossa suosittelen moniaistisen huoneen suunnittelua ja rakentamista jollekin psykiatriselle suljetulle osastolle. Tulevaisuudessa tutkimusaiheen arvoinen on myös uuden Safewards-mallin merkitys osaston turvallisuudelle.

Asiasanat, Itsemääräämisoikeus, potilaslähtöisyys, turvallisuus, rajoittaminen, assertiivisuus, Safewards, MAPA

Harri Hallikainen

The importance of patient centered care for psychiatric wards safety

Year	2015	Pages	45
------	------	-------	----

The aim of this study was to examine the importance of patient centered care for the safety of a closed ward in a psychiatric hospital in southern Finland. Patient centered care is one of the values in the Finnish hospitals and both a safe workplace and treatment can be considered as everybody's fundamental right. The patient centered care can be described by the categories of individuality, freedom of choice, family-centered, interaction and participation form. The starting point of patient care will be the reality of the patient's possibilities and limitations. Nursing is highlighted as being a profession of interactivity with the patient. In addition to verbal expression non-verbal language can be crucial, especially when the patient is aggressive or agitated. For this reason, MAPA training now focuses more deeply on non-verbal communication and de-escalation techniques. One's own personality is used in psychiatric nursing, which is why nurses should be practiced at using assertive communication style.

The study was qualitative and was carried out in a psychiatric closed ward at a southern Finnish hospital by interviewing nine nurses. Nurses were asked about their perception of patient centered care, its implementation in the ward and its potential development. In addition, they were asked about the importance of patient centered care and nurses' experience in relation to the security in the ward. I recorded the interviews and it was semi-structured in nature. The interviewees were questioned in the same way, but they had to answer the questions in their own words. I processed Interviews in April 2015 after which they were transcribed. In June, I did a content analysis of interview transcripts, the basis of which I was able to create 15 categories to which the interviewees' thoughts are contained. The categories allowed me to conclude that nursing on the ward is currently more patient centered compared to the previous times. Treatment is individually tailored to patients needs and their current life circumstances.

The results show that key features of patient centered care are humanity and the interaction with the patient. The patient orientation can be promoted by educating employees by different projects, for example Safewards and supervision. Patient centered care can bring a sense of insecurity, if it applied to all patients in the same way. The best patient centered care brings security for a department, when it is applied progressively to patients based on their mental wellbeing. Research topics that I would recommend are a multisensory room design and construction of any of the closed psychiatric ward models. For the future, it would be worth having a research topic relating to the importance of a new model of Safewards and generally safety on a ward.

Keywords, patient's self-determination, patient centered care, safety, restrain, assertion, Safewards, MAPA.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Potilaslähtöisyys tutkimusten valossa	6
2.1	Potilaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä	7
2.2	Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus	8
2.3	Potilaan mahdollisuus osallistua hoitoonsa	9
2.4	Psykiatrisen hoitotyön arvot ja eettisyys	10
3	Psykiatrisen osaston turvallisuus	13
3.1	Psykiatrisen osaston haasteita	13
3.2	Potilaan tahdosta riippumaton hoito	14
3.3	Psykiatrinen hoitotahto	15
4	Rajoittamisen ja eristämisen vähentäminen osana turvallista hoitoa	16
4.1	Kevin Ann Huckshornin teoria	16
4.2	Merkityksen hakeminen potilaan haastavalle käytökselle	18
4.3	Turvallisuutta viestinnällä- hoitajan asertiivisuus	19
5	Uusia kehityssuuntauksia	21
6	Tutkimuksen tarkoitus ja toteutus	22
6.1	Aineiston hankinta	23
6.2	Aineiston analysointi	23
6.3	Esimerkki aineiston analysoinnista	25
7	Tutkimuksen tulokset	26
7.1	Osaston potilaslähtöisyyden toteutumisen nykytilanne	27
7.2	Keinot potilaslähtöisyyden kehittämiseksi	28
7.3	Potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle	29
7.4	Hoitajan ammattitaidon ja kokemuksen merkitys turvallisuudelle	30
7.5	Tulosten yhteenveto	31
8	Pohdinta	32
8.1	Tulosten ja teorian yhteys	32
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	34
8.3	Tutkimuksen eettisyys	35
8.4	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet	36
	Lähteet	37
	Liitteet	42

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vastata kysymykseen, mikä merkitys potilaslähtöisyydellä on psykiatrisen osaston turvallisuudelle. Opinnäytetyön aiheesta sain vihjeen eräältä eteläsuomalaisen sairaalan osastonhoitajalta. Itse olen mielenterveystyöhön suuntautuva sairaanhoitajaopiskelija. Viimeiset syventävät harjoitteluni tein samassa sairaalassa, jossa suoritin työhöni liittyvät haastattelut. Valmisteilla olleen itsemääräämisoikeuslain takia työni on hyvin ajankohtainen. Potilaan tai sosiaalihuollon asiakkaan kannalta lainsäädäntö on ollut aikaisemmin puutteellista perustuslakiin tai kansainvälisiin säännöksiin verrattuna ja tämän takia on monen sosiaali- ja terveystyöpalveluita tarjoavan yksikön katsottu toimivan harmaalla alueella rajoittaessaan asiakkaitensa toimintaa ja liikkumista. Toimintatavat ja käytännöt sekä niistä kirjaaminen rajoittamisten suhteen ovat vaihdelleet runsaasti toimintayksiköstä riippuen. Erityisesti lakivalmistelu on koskenut ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia asumispalveluita, koska näissä yksiköissä asuu paljon muistisairaita. (Rusila 2014.) Lain ulkopuolelle on rajattu tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyt potilaat. (Asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014, 14). Psykiatrisilla osastoilla voi kuitenkin olla sinne vapaaehtoisesti tulleita potilaita pakkohoidettavien joukossa.

Potilas tulee ottaa mukaan oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja suunniteltaessa turvallisuuteen liittyviä asioita. Ongelmana on psykiatristen sairauksien luonne, joihin voi liittyä harhaluuloja ja harha-aistimuksia sekä niihin liittyviä pelkotiloja. Nämä voivat johtaa itselle vaaralliseen käyttäytymiseen ja väkivaltaan muita ihmisiä kohtaan. Koska potilas ei kykene aina sairautensa takia ajamaan omia etujaan, saattaa tällaisissa tapauksissa korostua hoitajan vallankäytön mahdollisuus. (Kaltiala-Heino, Makkonen & Moring 2013, 62-64.) Suomessa on meneillään sama kehityssuunta kuin muissakin länsimaissa pakon käytön vähentämisen suhteen. Esimerkiksi HUS-psykiatriassa on käynnistetty vuonna 2012 Vaihtoehtoja pakolle -hanke, jonka avulla pyritään vähentämään eristämisten ja rajoittamisten kestoa sekä lukumäärää 40 % vuoteen 2015 mennessä. (Kontio 2012, 16-18.) Hankkeen tukena toimii kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jonka yhtenä päätavoitteena on vähentää eristämisiä ja rajoittamisia valtakunnallisen työryhmän toiminnan avulla (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 27.) Opinnäytetyöni on luonteeltaan laadullinen ja se toteutettiin tekemällä eteläsuomalaisessa sairaalassa kevään 2015 aikana puolistrukturoituja yksilöhaastatteluita, joihin osallistui yhdeksän mielenterveys- ja sairaanhoitajaa.

2 Potilaslähtöisyys tutkimusten valossa

Laitila (2010, 24-25) kuvaa potilaslähtöisyyttä eettisesti korkeatasoiseksi keinoksi toteuttaa hoitotyötä. Toimintaan kuuluu se, että potilaan omien käsityksiä ja toimintaa kunnioitetaan, potilas saa itse vaikuttaa asioidensa käsittelyyn, aikatauluun ja etenemiseen, potilas saa

osakseen asiallista kohtelua ja toiminta perustuu potilaan kanssa yhdessä tekemiseen. Ei ole olemassa yhteistä käsitystä potilaslähtöisyydestä, ei myöskään sen kriteereistä eikä siitä kuinka se ilmenee hoitotyössä. Hänen mukaansa potilaslähtöisyys voi syntyä vain potilaan ja häntä hoitavan välisessä dialogissa ja vuorovaikutuksessa, jossa potilaan oma näkemys tulee huomioiduksi. Aikaisemmista tutkimuksista on löytynyt kaksi erilaista tapaa määrittellä potilaslähtöisyys somaattisella puolella. Ensimmäinen sisältää potilaan mielipiteiden ja käsitysten huomioidun ja toinen laajemmin potilaan aktivoimisen oman sairautensa ja hoitonsa hallintaan. Potilaslähtöisyyttä voi siis kuvailla monin eri tavoin. Niemi on (2006, 24-25) kuvannut yksityisen ja kunnallisen kotihoidon näkemyksen asiakaslähtöisyydestä. Kuvaaviksi kategorioiksi muodostuivat yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskyys, vuorovaikutus ja osallistuminen. Nämä asiakaslähtöiset ulottuvuudet hän muodosti teoreettisen kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksensa empiirisessä osassa tehtyjen haastattelujen avulla.

2.1 Potilaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä

Latvalan (1998) mukaan psykiatrisessa hoitotyössä potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaan todellisuus on rajoituksineen ja mahdollisuuksineen hoitotyön lähtökohtana. Potilaan selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa voidaan auttaa erilaisilla sitä tukevilla auttamismenetelmillä. Hoitaja voi tukea potilaslähtöisyyttä käyttämällä yhteistoiminnallisia hoitotyön taitojaan, kun taas käytettäessä varmistavia menetelmiä potilaslähtöisyys ei juurikaan toteudu. Varmistavat menetelmät nojaavat auktoriteetteihin ja niillä on läheiset yhteydet paternalismiin. (Latvala 1998, 6.) Psykiatrisesta käytännön hoitotyöstä voidaan erotella kolme erilaista hoitotyön tyyppiä: yhteistoiminnallista, kasvattavaa ja varmistavaa. Hoitajan yhteistoiminnalliset hoitotaidot olivat edellytyksenä potilaslähtöisyyden toteutumiseksi ja potilaan sitoutumisella omaan hoitoonsa. Yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä potilaan on mahdollista osallistua oman hoitonsa kaikkiin vaiheisiin vastuullisena osallistujana. Kasvattavan hoitotavan mukaan toimiva hoitaja odottaa potilaan toimivan annettujen hoito-ohjeiden mukaisesti ja olevan hoidossaan vastuullinen vastaanottaja. Asiantuntijalähtöisessä hoitotavassa asiantuntijoista koostuva tiimi valitsee ideaalimallin, joka ohjaa hoitoa. Potilas ei ole mukana tiimissä. (Latvala 1998, 47-50.)

Potilaan hoito on monitieteistä toimintaa, johon osallistuvat monet terveydenhuollon ammattiryhmät, potilas ja tarvittaessa hänen läheisensä. Potilaslähtöisen hoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilas voi yhdessä ammattilaisen tuen avulla kohdata sairautensa itsessään. Potilaan näkökulmasta on kyseessä oman todellisuuden kohtaaminen, joka voi tuntua hyvin tuskalliselta, mutta joka voi mahdollistaa omien voimavarojen löytymisen ja sairautensa kanssa selviytymisen. Hoitajan potilaslähtöinen työskentely on hyvin tärkeä osa potilaan todellisten käytettävissä olevien voimavarojen löytymisessä, potilaan tietoisuuden lisääntymisessä omista mahdollisuuksistaan ja potilaan kasvamisesta vastuuseen omasta itsestään ja osallistumis-

taan. Hoitajalle tällainen työskentelytapa olisi todella tärkeää, koska hänelle on keskeinen asema hoidollisen yhteistyösuhteen rakentamiselle. Hoidollisessa yhteistyösuhteessa, joka perustuu keskinäiseen luottamukseen, yksilöllisyyteen ja toistensa kunnioitukseen, keskeistä on yhdessä jakaminen, yhteistoiminnallisuus ja yhteinen päätöksenteko. (Latvala 1998, 23, 28-30.) Laine (2003, 83) on tutkinut avointen kysymysten avulla psykiatrisen hoitotyön esimiesten käsitystä potilaslähtöisyyden sisällöstä. Samassa tutkimuksessa esimiehet mainitsivat potilaslähtöisen hoitotyön esteiksi resurssien, yhteistyön ja jatkohoidon puutteellisuuden.

”Lähiesimiesten mukaan potilaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä on sitä, että varmistetaan asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi, asiakkaan kunnioittava kohtaaminen, asiakkaan tiedonsaanti, asiakkaan hoitoon osallistuminen, asiakkaan ja muiden ammattilaisten yhteistyö, asiakkaan tuensaanti ja asiakkaan hoidon saatavuus” (Laine 2003, 83).

2.2 Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus

Vuorovaikutustilanteen keskeinen tekijä on viestintä, joka voidaan jakaa verbaaliseen ja non-verbaaliseen. Huomattavasti suurempi osa viestinnästä on non-verbaalista ja sillä on tärkeämpi merkitys etenkin potilaan ollessa kiihtynyt, koska näissä tilanteissa eleillä, ilmeillä, asennoilla sekä äänenpainolla ja -sävyllä on ratkaiseva merkitys. Kapeasti määriteltynä sanaton ilmaisu nähdään puheesta erillisinä ilmaisuina, joka sisältää kasvojen ilmeet, kehonasennot, käsien liikkeet, kehon asennon suhteessa tilaan sekä erilaiset kehon, jalkojen ja jalkaterien liikkeet. Laajemmin määriteltäessä siihen kuuluu edellisten lisäksi puheen ilmaisun sisällä havaittavia tekijöitä, kuten äänen voimakkuus ja perustajuus, puheen rytmi ja kesto, puhevirheet sekä tauot. (Kiviniemi ym. 2007, 76.) Kiihtyneen potilaan kanssa keskustellessaan hoitajan tulisi keskustella mahdollisimman lyhyesti ja selkeästi. Keskustelun aikana hoitajan tulisi huomioida potilaan reaktioita: Miten potilas ottaa tiedon vastaan? Näkyykö huolen tai ärsyyntymisen merkkejä? Syyt kiihtyneeseen käytökseen selvitetään kuuntelemalla ja kyselemällä. Mikäli tilanteessa on useita hoitajia, tulisi yhden heistä johtaa keskustelua. Toisinaan saattaa eteen tulla tilanteita, joissa potilaan on taivuttava hoitajan tahtoon. Potilaalle tulisi tällöin antaa ”kunniallinen perääntymistie”, mikä voi tarkoittaa vaikkapa potilaan aiheettoman purkauksen sietämistä. Vaikka purkaus juuri sillä hetkellä saattaa tuntua loukkaavalta ja epäoikeudenmukaiselta, saattaa se myöhemmin johtaa yhteistyön syntymiseen. (Miettinen & Kaarne 2008, 274-276.)

Vuorovaikutustilanteisiin liittyy myös kasvojen käsite. Kasvot tarkoittavat sitä julkista kuvaa, jonka itsestä halutaan välittyvän muille. Kasvoihin sisältyy kaksi puolta; negatiiviset kasvot tarkoittavat ihmisen halua yksityisyyteen ja omaan toimintavapauteen, positiiviset kasvot halua tulla arvostetuksi ja hyväksytyksi. Nämä halut ovat ihmisen perustarpeita, jotka ihminen tietää olevan myös muilla. Kasvoja uhkaavat teot voivat olla verbaalia tai non-verbaalia toi-

mintaa. Negatiivisten kasvojen uhkaaminen tarkoittaa kuulijan toiminnan vapauden estämistä, tunkeutumista kuulijan alueelle. Positiivisia kasvoja uhatessa puhuja ei välitä kuulijan toiveista, tunteista, tarpeista tai haluista. Kohteliaisuuden avulla voidaan pyrkiä pienentämään kasvojen uhkaa. Positiivinen kohteliaisuus on välitöntä ja se lähentää keskustelijoita. Siinä pyritään parantamaan keskustelukumppanin kasvoja mm. osoittamalla kunnioitusta tätä kohtaan ja ilmaisemalla halua mielihyvän tuottamiselle. Negatiivinen kohteliaisuus puolestaan antaa kuulijalle tilaa ja etäisyyttä. Sen ideana on tyydyttää tarve oman tilan ja toimintaympäristön säilyttämisestä. Negatiivisen kohteliaisuuden keinoin osoitetaan, ettei haluta tunkeutua toisen alueelle. Tyypillistä sille on muodollisuus ja pidättyväisyys. Negatiivinen kohteliaisuus on tyyliään välttelevää ja sitä käyttää yleensä statukseltaan alempi henkilö. Kaikkein uhkaavimpia tilanteita kasvojen menettämiseen ovat, kun osapuolet ovat toisilleen sosiaalisesti etäisiä tai toisella osapuolella on jonkinlainen valta-asema. Tällaisia tilanteita ovat myös ne, joissa toista osapuolta pyritään ohjailemaan käskyin ja kielloin. (Leikas 2002, 9-10.)

2.3 Potilaan mahdollisuus osallistua hoitoonsa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4 a § (17.9.2004/857) velvoittaa suunnittelemaan potilaan hoitoa ja sitä varten on laadittava hoitosuunnitelma. Se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. (Kotisaari & Kukkola 2012, 58.) Potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaslain 6§:n 1 momentissa potilaan oikeutta omaan koskemattomuuteen. Lainkohdan mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja säännöksen ajatuksena on laittaa potilaan suostumus hänen hoitonsa luvallisuuden edellytykseksi. Mitä vakavammasta potilaan koskemattomuuden rikkomisesta on kyse, sitä tärkeämpää on päästä selvyyteen potilaan tahdosta. Potilaan suostumus hoitoon ei ole aina kuitenkaan riittävä syy potilaan koskemattomuuden rikkomiseen, vaan hänen suostumuksensa on oltava myös pätevä. Kotisaaren ja Kukkolan mukaan (2012, 88) oikeudellisesti pätevän suostumuksen on täytettävä seuraavat neljä ehtoa: Suostumuksen antajalla on oltava kyky suostumuksen antamiseen, suostumuksen antamisen on perustuttava riittävään tietoon potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Potilaan on ymmärrettävä, mihin hän suostuu ja potilaan on annettava suostumuksensa vapaaehtoisesti, ilman minkäänlaista painostusta.

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu myös oikeus kieltäytyä hoidosta tai jo aloitetuista hoidoista. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, vaikka se johtaisi hänen kuolemaansa. Tahdonvastaiseen hoitoon liittyviä säännöksiä löytyy kuitenkin terveydenhuollon erityislainsäädännöstä, kuten mielenterveyslaista ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetusta laista. (Kotisaari & Kukkola 2012, 99.) Mielenterveyslain (Mielenterveyslaki 1990) suomina valtuuksia ei saa kuitenkaan potilaan voimien heikentyessä käyttää sellaisen tahdon vastaisen hoidon toteuttamiseen, josta potilas on aiemmin johdonmukaisesti kieltäytynyt (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 99). Uusi

laki potilaan itsemääräämisoikeudesta oli suunniteltu alun perin tulevan voimaan marraskuussa 2014 ja sen tarkoituksena oli paikata lainsäädännön puutteita etenkin muistisairaiden hoidon osalta somaattisella puolella (Rusila 2014). Lakiesitys on tällä hetkellä rauennut (HE 108/2014 vp). Itsemääräämisoikeuden yhteydessä on hedelmällistä tutkia paternalismin käsitettä. Gerald Dworkinin tunnetun määritelmän mukaan paternalismi tarkoittaa sellaista puutumista yksilön elämään ja vapauteen, joka on oikeutettua pakotuksen kohteena olevan henkilön oman hyvinvoinnin, onnellisuuden, arvojen tai edun takia. Paternalistinen sekaantuminen muiden ihmisten asioihin rikkoo usein jotain moraaliperiaatetta tai oikeutta, hoitoalalla etenkin itsemääräämisoikeutta. Vahvaa paternalismia voisi edustaa kuvitteellinen tilanne, jossa loukkaantuneelle täysivaltaiselle Jehovan todistajalle annettaisiin vieraan ihmisen verihuitaleita. Heikon paternalismin mukaan henkilön omien etujen vastaiseen käyttäytymiseen on oikeutettua puuttua silloin, kun hän on kykenemätön pysyvästi (esim. Alzheimerin tauti) tai tilapäisesti (esim. traumaattinen psyykinen kriisi) autonomiseen ajatteluun. Maltillista paternalismia ei tarvitse erikseen perustella, koska potilas itse voi päättää, ottaako sitä vastaan. Tämän tyyppisestä paternalismista hyvänä esimerkkinä on lääkärin antama terveysvalistus. (Launis 2010, 137.)

Mielenterveystyöhön liittyy erityistä valtaa, koska toisinaan hoidon onnistumisen vuoksi joudutaan tekemään potilaan tahdosta riippumattomia hoitopäätöksiä. Psykiatrisesta sairaalasta voidaan löytää erilaisia vallan symboleita. Tällaisia ovat mm. työntekijöiden avaimet ja työvaatetus. Valta näkyy myös työntekijöiden toiminnassa, pakottamisen ja kontrollin kautta. Kontrolli on vuorovaikutuksen kontrollointia tai suuriin ihmisryhmiin vaikuttamista esim. manipulaation kautta. Pakottamisella tarkoitetaan sitä, että toinen henkilö pakottaa toisen tekemään jotain, mitä hän vapaaehtoisesti ei tekisi. Asiakas voi olla autonominen tai kontrolloitu omassa hoidossaan. Autonomia tarkoittaa sitä, että asiakas on omaehtoisesti sitoutunut yhteistyöhön. Hoito jää toteutumatta ilman potilaan autonomiaa. Hoitaja pystyy voimistamaan potilaan autonomisuutta osoittamalla ymmärrystä potilaalle sekä huomioimalla hänen asennettaan, henkilöhistoriaansa ja elämäntilannettaan. Vallankäyttöä voidaan vähentää tiedostamalla se ja kehittämällä vuorovaikutustilanteita. Vuorovaikutuksessa korostuvat tällöin työntekijän oman persoonan käyttäminen ja dialoginen yhteistyösuhde. (Kiviniemi ym. 2007, 140-146.)

2.4 Psykiatrisen hoitotyön arvot ja eettisyys

Jotta hoitaja pystyisi työskentelemään ammatillisesti psykiatrisella osastolla, on hänen arvoistettava itseään. Itsensä arvostaminen näkyy vuorovaikutustilanteissa itsensä ilmaisemana, itselleen pyytämisenä ja itsensä puolustamisena. Näillä taidoilla työntekijä saa jaettua muille työn aiheuttamaa kuormaa. Samalla muut työryhmän jäsenet tulevat tietoiseksi kyseisen sairaanhoitajan arvoista, persoonallisesta tavasta ilmaista itseään ja hänen tavastaan kokea eri-

laiset tilanteet. Luottamus mahdollistaa työtovereiden kesken vapaan tunteiden ja ajatusten vaihdon. Voidaankin sanoa, että hoitajan eettinen velvollisuus on huolehtia itsestään, koska oma itse on työn keskeinen väline. (Kiviniemi ym. 2007, 33-34.)`

Asiakkaan hyväksi toimiminen kaikissa tilanteissa on useimmiten koettu liittyvän hoitoalalla työskentelevien ammattilaisten piirteisiin. Tämä on monesti vain osatotuus, sillä hoitajia ohjaavat aina heidän omatkin tarpeensa. Toisinaan nämä tarpeet ovat asiakkaiden tarpeita täydentäviä, mutta joskus voi olla kysymyksessä hoitajan omat tarpeet ja henkilökohtaiset pyrkimykset. Muita mielenterveystyön keskeisiä arvoja ovat tasa-arvo, vapaus, oikeus ja arvokkuus. Vapaudella ja oikeudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta tehdä itse häntä koskevat päätökset, olla riippumaton, aloitteellinen ja itseohjautuva. (Kiviniemi ym. 2007, 34-35.)

Hoitajalla on kaikessa toiminnassaan velvollisuus kunnioittaa potilaidensa ihmisarvoa. Ihmisarvoihin kuuluu potilaan oikeuksien, autonomian ja koskemattomuuden kunnioittaminen, totuuden, rehellisyyden ja aitouden kunnioittaminen sekä hyvinvoinnin edistäminen. Hoitajan kuuluu kunnioittaa muita ammattilaisia, koska mielenterveystyötä tehdään erilaisissa moniammatillisissa ryhmissä. (Oittinen 2013, 68.)

Leino-Kilven (2008, 25-26) mukaan useissa kirjoituksissa on tullut esille, että terveyteen liittyy useita tekijöitä ja että terveys on luonteeltaan yksilöllistä. Hoitotyön etiikan kannalta on tärkeää, että hoitajat ymmärtävät ihmisten erilaisia tapoja määritellä terveyttä, hallitsevat keinot tukea erilaisia ihmisiä ja osaavat arvostaa yksilöiden erilaisia terveysnäkömymiä. Tällainen ymmärrys estää hoitajia toteuttamasta hoitoa mekaanisesti ja rutiininomaisesti ja se on sivistyneen hoidon lähtökohta. Pohjimmaltaan jokainen ihminen ensisijaisesti itse hoitaa itseään ja vaalii terveyttään. Tätä voidaan kutsua hoitamisen primaaprosessiksi ja se on luonteeltaan yksilöllinen: eri ihmisillä on erilainen käsitys terveyteen liittyvistä asioista. Sekundääriprosessi alkaa, kun ihminen sairastuu ja tarvitsee hoitajan apua. Hoitajalle tulee tällöin vastuu ihmisestä ja tehtävästä. Vastuu ihmisestä merkitsee, että autettava ihminen on aina ainutlaatuinen, ajatteleva, arvovalintoja tekevä yksilö, jolla on myös oma näkemys terveydestään. Hänen ainutlaatuisuuttaan tulisi kunnioittaa ja hänen tulisi tuntee asioitaan ajettavan parhain päin.

Käytännössä hoitotyötä voidaan organisoida yksilövastuiseksi hoitotyöksi. Kyseessä on työnjakomalli, joka on levinnyt suomalaiseen hoitotyöhön suuntaamaan tehtäväkeskeistä työnjakomallia uudelleen. Tässä mallissa työn tulisi olla yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua. Omahoitajamallissa potilaalle on määrätty vastuuhoitaja. Vastuuhoitajalta yksilöllinen palvelu vaatii potilaan tuntemista. Tuntemisella tarkoitetaan asiakkaan toiveiden, tapojen, kykyjen ja luonteenpiirteiden tuntemista. (Niemi 2006, 26.)

Leppänen (2011) pohtii valinnanvapauden merkitystä ihmisille. Ihmisille on tärkeää, että he saavat itse päättää omista asioistaan. Pienet tavallisetkin asiat antavat tyydytyksen tunnetta, kuten esimerkiksi vanhusten palvelutaloissa on nähty. Jo päivittäinen oikeus valita, nauttiiko lounaan päivällissalissa vai omassa huoneessaan, antaa hallinnan tunnetta. Ihminen ei välttämättä tee aina tarkkaan harkittuja ja kaikin puolin punnittuja päätöksiä, mutta haluaa silti useimmiten valita itse kuin että hänen puolestaan päätetään. (kts. Peltonen 2011, 34.) Niemi (2006) on todennut, että ihmisen vapauden kunnioittaminen tekee mahdolliseksi asiakkaan autonomian tukemisen. Autonomia eli itsemääräämisoikeus merkitsee riippumattomuutta ulkopuolisesta määräysvallasta eli oikeutta määrätä itsestään. Autonomia sisältää sekä vapauden että vapauden valita. Autonomiselle ihmiselle on mahdollista valita ja toteuttaa valintojaan. Toisaalta hän saattaa myös jättää valitsematta jonkin menetelmän. Tällöin ihmisen toimintaa ei voi nähdä ennalta määrättyinä, vaan nimenomaan valinnan tuloksena. Asiakkaan valinnanvapautta tukevaa kehitystä pidetään väistämättömänä, mutta myös vaikeana saavuttaa. Olemassa olevat palvelurakenteet ylläpitävät paternalistista toimintakulttuuria ja pyrkimys kansalaisten tasa-arvon säilyttämiseksi uhkaavat todellisen muutoksen toteuttamista. Ihmisten valinnanvapaus tulee korostumaan tulevaisuuden terveydenhuollon haasteena. (Niemi 2006, 30.)

Hyvään hoitoympäristöön kuuluu perhekeskeisyys, jossa hoitotyöntekijät ovat aktiivisia toimijoita. Potilaan perhe tulisi ottaa huomioon hoidon suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Potilaan vointi ja hoitoprosessin vaihe vaikuttavat luonnollisesti valittaviin perhetyön muotoihin. Potilaan sairastuessa hänen sairautensa koskettaa tavalla tai toisella hänen perhettäänkin. Perhettä tuetaan antamalla heille tietoa sairauden luonteesta ja toipumisprosessista. Mikäli potilaan välit ovat kunnossa perheeseen, voidaan se kutsua mukaan hoitokokouksiin. Perhettä ohjataan tukemaan potilasta ja perhetyötä voidaan kohdistaa perheen keskinäisen vuorovaikutuksen voimistamiseen. Parisuhteissa eläville on mahdollista, että parisuhde on kriisiytynyt ja potilaan ongelmien vuoksi ollaan eron partaalla. Hoitaja voi auttaa parisuhdetta kehittymään parisuhteen tai vanhemmuuden roolikartan avulla, jonka avulla päästään keskustelemaan ongelmatilanteista ja etsimään muutostarpeita. Roolikartat ovat työvälineitä tutkittaessa, mikä toimii ja missä tarvitaan muutosta. Tärkeää on ohjata perheenjäsenet hakemaan apua, mikäli siihen on tarvetta. (Vähäniemi 2008, 113-115.)

Aina potilaan ja perheen tapaamiset eivät onnistu, vaikka kuinka yritetään. Tärkeää on kuitenkin kuljettaa perhetyön ajatusta mukana hoidossa, sillä se antaa menneisyyden ja nykyisyyden kautta ymmärrettävyyttä myös tulevaisuuteen. Lasten tilanteeseen tulee hoidon aikana kiinnittää erityistä huomiota. Lastensuojelulaisissa (Lastensuojelulaki 2007) korostetaan, että viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään, tarvittava heille apua riittävän varhain ja ohjattava lapsi perheineen lastensuojelun piiriin. (Vähäniemi 2008, 116.)

3 Psykiatrisen osaston turvallisuus

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut kansallisen potilasturvallisuussuunnitelman vuosille 2009-2013, jonka päätavoitteina olivat seuraavat tavoitteet: Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan, potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin ja potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa sekä kehityksessä (Potilasturvallisuusopas 2011, 8). THL:n laatima opas koskee myös psykiatrista hoitotyötä. Sen mukaan ulkomaiset potilasturvallisuuskartoitukset arvioivat että, joka kymmenes potilas kärsii hoitovirheen takia haittaa ja joka sadas potilas saa vakavan haitan. Vastaavia kartoituksia ei ole Suomessa toteutettu, mutta voidaan olettaa haittatapahtumien määrän olevan meillä samansuuntainen. Kuolemaan johtavia hoitovirheitä meillä on arvioitu tehtävän 700-1700 kpl vuodessa. Tutkijoiden mukaan jopa puolet haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seuraamisella sekä vaaratapahtumista oppimisella. (Potilasturvallisuusopas 2011, 15-16.) Vaikuttavaan potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu mm. hoitohenkilökunnan huolellinen perehdyttäminen ja koulutus, avoin turvallisuuskulttuuri, virheistä tiedottaminen ja oppiminen sekä haittatapahtumien käsittely sovitun protokollan mukaisesti (Potilasturvallisuusopas 2011, 16-28). Huolellinen kirjaaminen ja raportointi vuorojen vaihteessa ovat tärkeässä asemassa psykiatrisessa hoitotyössäkin.

3.1 Psykiatrisen osaston haasteita

Kanervan, Kuhasen ja Seurin (2013, 185-186) mukaan suurin osa psykiatriselle osastolle saapuvista potilaista tulee vapaaehtoisesti. Sairaalahoido on vain yksi lenkki potilaan hoitoketjussa ja ennen sen aloittamista tulee selvittää potilaan elämäntilanne. Potilaalla saattaa olla hoidettavanaan pieniä lapsiakin. Sairaalahoidossa on olennaista sairauteen liittyvä neuvonta ja ohjaus sekä siihen liittyvä tunteiden ja ajatusten käsittely. Osastolla potilaan hoitoon kuuluu mm. potilaan ohjaaminen, arjen toimintojen tukeminen, vuorovaikutus ja läsnäolo, lääkehoitoon ja somaattisiin sairauksiin liittyvät toimenpiteet, sopimukset ja rajoittamiset, toipumista edistävän päivä- ja viikko-ohjelman laatiminen, vuorovaikutukseen rohkaisu sekä sosiaalisten verkostojen ylläpito.

Psykiatriassa hoidon turvallisuuteen liittyy erityispiirteitä, koska potilaiden sairauksiin voi liittyä harhaluuloja ja harha-aistimuksia, jotka saavat potilaat pelkäämään. Ne myös heikentävät potilaan kykyä selvittää päivittäisistä toiminnoistaan ja voivat johtaa itseä vahingoittavaan toimintaan tai väkivaltaan muita ihmisiä kohtaan. Tästä syystä mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1990) antaa mahdollisuuden hoitaa potilasta tahdosta riippumatta ja rajoittaa potilaan oikeuksia tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Rajoittavina toimenpiteinä voidaan käyttää liikkumisvapauden rajoitusta, omaisuuden haltuun ottamista ja tarkastamista, yhteydenpidon

rajoittamista, eristämistä, sitomista, pakkolääkitystä ja tahdonvastaisesti toteutettua tutkimusta. Kaiken toiminnan lähtökohdaksi tulisi kuitenkin nostaa ennalta ehkäisevä työote ja rajoittamiselle vaihtoehtoiset toiminnot. Rajoittamistoimintoihin liittyvät tilat ja varusteet tulisi yhtenäistää ja tiloille tulisi saada minimivaatimukset. Mieli-suunnitelmaan liittyvässä Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen-hankkeessa pyritään näihin tavoitteisiin (Kontio 2012, 16-18). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman eli mieli-suunnitelman tarkoituksena on linjata mielenterveys- ja päihdetyön keskeiset periaatteet vuoteen 2015 saakka. Ensimmäistä kertaa tavoitteena on linjata toimintaperiaatteet kansallisella tasolla. Siinä painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihdetömyyden vahvistamista, ongelmien ja haittojen ehkäisyä sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. (Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2012, 3.)

Potilaan rajoittamiseksi ei aina pelkkä puhe riitä, vaan hoitajat voivat joutua kiinnipitotilanteisiin ja potilaan siirtoon voimakeinoin. Potilaan näkökulman huomioimisen keskeisimpänä ratkaisuna voidaan pitää MAPA- koulutusmallia (The Management of Actual and Potential Aggression). MAPA-koulutuksen tavoite on opettaa haastavan käytöksen ennakoimista ja kohtaaminen hoidollisen vuorovaikutuksen keinoin. Ellei haastavan käytöksen rauhoittaminen muilla keinoin onnistu, turvaudutaan tarvittaessa viimeisenä keinona potilaan ohjaamiseen tai kiinnipitämiseen. Kiinnipitäminen perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen hallittuun ja kivuttomaan rajaamiseen sekä samanaikaiseen hoidolliseen vuorovaikutukseen. Koulutuksen teoreettisessa osiossa korostetaan työntekijän psykososiaalisia, verbaalisia ja non-verbaalisia vuorovaikutustaitoja. Neuvottelemisen, ongelmanratkaisu ja potilaan uhkaavan käytöksen merkityksen ymmärtäminen kuuluvat hoitajan de-eskalaatitaitoihin. Potilaan annetaan valita tilanteissa kaikille osapuolille turvallisin vaihtoehto. Potilasta hoidetaan mahdollisimman vähän rajoittamalla. Potilasta voidaan rauhoittaa suuntaamalla hänen huomiotaan muuhun kiihtymystä lieventävään toimintaan. Mikäli mikään muu ei auta, tehdään fyysinen, kommunikoi-va, hallittu väliintulo. (Pilli 2009, 125-128.) MAPA-mallissa ohjataan myös systemaattiseen jälkipuintiin, josta saatava tieto käytetään ennakoimisen kehittämiseen hoidon eri tasoilla (Mapa Foundation participant workbook 2012, 49-50).

3.2 Potilaan tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1990) antaa mahdollisuuden hoitaa potilasta tarvittaessa ilman hänen suostumustaan. Pakon käyttö on rajattu tarkoin koskemaan ainoastaan psykoosien ja nuorten vakavien mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Muihin häiriöihin laki ei anna perusteita puuttua pakkoa käyttäen. (Kaltiala-Heino ym. 2013, 66.) Tahdosta riippumaton hoitoprosessi alkaa M1-lähetteen kirjoittamisella, jonka tekee useimmiten terveyskeskuslääkäri. Potilas siirretään psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikköön ja asetetaan tarkkailuun, joka

saa kestää enintään 4 vuorokautta. Mikäli tarkkailun aikana tahdonvastaisen hoidon kriteerit täyttyvät, kirjoittaa vastaava lääkäri M2 lausunnon eli tarkkailulausunnon 4. päivänä potilaan tarkkailun aloittamisesta. Tarkkailulausunnon, M1-lähetteen ja potilaskertomusten pohjalta sairaalan ylilääkäri voi kirjoittaa M3-lausunnon ja määrätä potilaan hoitoon hänen tahdostaan riippumatta. M3-lausunto on voimassa korkeintaan 3 kuukautta, jonka jälkeen on mahdollista laittaa potilas uudestaan tarkkailuun ja kirjoittaa hänelle uusi M3-lausunto, joka voi olla voimassa korkeintaan kuusi kuukautta. Kyseinen 6 kuukauden hoitoon määräävä M3-lausunto alistetaan aina hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Mikäli on tarpeen jatkaa tahdonvastaista hoitoa vielä tämänkin jälkeen, on koko prosessi aloitettava alusta ulkopuolisen lääkärin tekemällä arvioinnilla ja M1-lähetteen kirjoittamisella. Tarkkailun aikana on potilas heti poistettava tahdonvastaisesta hoidosta hänen sitä vaatiessaan, mikäli pakkohoidon kriteerit eivät täyty. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 116.)

Valmisteilla olleen itsemääräämislain ulkopuolelle oli rajattu mielenterveyslain ja päihdehuoltolain mukainen tahdosta riippumatta annettava hoito. (Asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014, 14). Mielenterveyslaissa (Mielenterveyslaki 1990) on säädetty rajoittamisen yleisistä edellytyksistä, jonka mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun mielenterveyslain 4 a luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota potilaan sairaalassa olon perusteeseen. (Asiakkaan itsemääräämisoikeus 2014, 66.)

3.3 Psykiatrinen hoitotahto

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012) linjaa tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015 saakka. Suunnitelmasa painotetaan muiden seikkojen ohella asiakkaan aseman vahvistamista. Asiakkaan oma tahto tulee ottaa huomioon rajoitettaessa asiakasta. Potilaiden joukossa saattaa olla potilaita, joita joudutaan rajoittamaan toistuvasti. Heidän sairautensa paremmassa vaiheessa tulisi heidän kanssaan tehdä kirjallisesti psykiatrinen hoitotahto. (Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 2012, 26). Tällä hetkellä on esim. HUS:ssa menossa hanke vähentämiseksi psykiatrisessa hoitotyössä ja psykiatrisen hoitotahdon kunnioittaminen tukee omalta osaltaan tätä hanketta. Hoitotahto koskee useimmiten pakkotoimia sairaaloissa ja ilmaisee, kuinka potilas haluaa itseään hoidettavan rajoittamistilanteissa. Tärkeää on rajoittamistilanteiden jälkeen tapahtuva purkukeskustelu, jossa käydään läpi tilanne ja sen johdosta suoritettavat rajoittamistoimenpiteet. Hoitotahto vahvistaa omalta osaltaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Hoitotahdon noudattaminen on yksi osa hyvää hoitoa, mutta sillä ei ole

lain turvaa selkänojanaan. (Soininen 2014.) Mielenterveyslaki antaa mahdollisuuden vaikkapa pakkolääkitystä potilas, mikäli hoitava lääkäri toteaa sen hoidon suhteen olevan välttämätöntä.

Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan vastaava ylilääkäri Blanco Sequeiros kommentoi hoitotahtoa Lääkärilehdessä 4.4.2013. "Hoitavana lääkärinä olen joskus yllättynyt, kuinka paljon potilaan toiveet ovat poikenneet siitä, mitä olin olettanut. Potilas on saattanut esimerkiksi kertoa, että hän haluaa akuutissa vaiheessa reilusti enemmän tahdosta riippumatonta lääkitystä. Tai että hän ei halua hoitajaa vierelleen hankalana hetkenä, vaan on mieluummin yksin. Näitä asioita ei voi tietää, ellei potilas kerro. Psykiatrisessa hoitotahdossa hän voi sen tehdä."

4 Rajoittamisen ja eristämisen vähentäminen osana turvallista hoitoa

Psykiatriassa hoidon turvallisuuteen liittyy erityispiirteitä nimenomaan hoitoon liittyvien rajoittamisen ja eristysten ongelmallisuuden takia. Näiden toimenpiteiden takia saattaa koko osaston ilmapiiri järkkäytyä. Eristämistilanteet ovat luonteensa takia traumatisoivia sekä potilaille että siihen osallistuville hoitajille. Tämän takia tarvitaan muutosta henkilökunnan asenteissa, hoitokulttuureissa ja toimintatavoissa. HUS-psykiatriassa on käynnistetty vuonna 2012 Vaihtoehtoja pakolle -hanke, jonka avulla pyritään löytämään vaihtoehtoja vanhoille toimintatavoille. Hankkeen avulla pyritään vähentämään eristämisen ja rajoittamisen kestoa sekä lukumäärää 40 % vuoteen 2015 mennessä. (Kontio 2012, 17-18.)

Psykiatrisella suljetulla osastolla joudutaan toisinaan puuttumaan potilaan uhkaavaan käytökseen, mutta tilanteen ei aina tarvitse johtaa eristämiseen. Potilaan käytös saattaa rauhoittua ennen mahdollista eristämispäätöstä. Potilaan fyysinen rajoittaminen on äärimmäinen keino ja sen aikana on otettava huomioon hoidollisuus, kivuttomuus ja työturvallisuus. Hoitohenkilökunnan tulee olla koulututtunut (MAPA) tilanteiden hoitoon ja koko henkilökunnalla tulee olla yhteinen näkemys toimintatavoista näissä tilanteissa. (Kanerva & Kuhanen 2013, 250.) MAPA toimintamallissa henkilökunta ohjataan riskinarviointiin, jonka mukaan toiminnan ohjaus tapahtuu aina vähiten rajoittavan menetelmän mukaan. Joskus riittää myönteinen kosketus, toisinaan tarvitaan fyysistä ohjaamista ja vasta ääritilanteissa turvaudutaan fyysiseen rajoittamiseen. (Mapa Foundation participant workbook 2012, 38-39.)

4.1 Kevin Ann Huckshornin teoria

HUS:in hanke perustuu Kevin Ann Huckshornin (2005) teoriaan nimeltään "Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint Planning Tool", josta löytyy kuusi ydinstrategiaa pakon ja eristämisen vähentämiseksi. Nämä ovat johtaminen, eristystilanteiden kontrollointi, koulutus, työkalujen käyttöönotto, potilaan roolin monipuolistaminen ja debriefing.

Ensimmäinen tavoite on sitouttaa johto organisaation muuttamiseen. Määritetään uudelleen organisaation tehtävä, tavoitteet ja hoitokulttuuri. Johdon tulee varmistaa eristämisten ja rajoittamisten (E/R) vähennyshankkeen kehittäminen ja sen käyttöön otto hoitoyhteisössä. Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää, etteivät E/R-toimenpiteet ole hoitoa, vaan viimeinen keino turvallisen ympäristön ylläpitämiseksi. Hoitohenkilökunnan taidot ja asenteet tulisi tarkistaa. Potilailla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa päivittäisiin aktiviteetteihinsa. (Huckshorn 2005, 1-2.) Toisena tavoitteena on seurata eristystilanteiden määrää ja pituutta tilastollisin menetelmin. Eristystilanteisiin johtaneista tilanteista tulee kerätä tietoa käytäntöön sopivalla tavalla ja hoitohenkilökuntaa syyllistämättä. Mikäli yksittäisen hoitajan kohdalla toteutuu usein E/R-tilanteita, tulisi hänelle järjestää lisäkoulutusta. Terveellinen kilpailu muiden osastojen kanssa E/R-tilanteiden vähentämiseksi palvelee hyvin tätä tavoitetta. (Huckshorn 2005, 5.) Kolmanneksi panostetaan työvoiman kehittämiseen. Luodaan elvyttävä hoitoympäristö, jonka perustana on trauman aiheuttamien neurologisten, psykologisten ja biologisten muutosten ymmärtäminen potilaan nykyisessä terveydentilassa. Tällaiseen hoitoympäristöön sisältyvät käsitteet potilaslähtöisyys, valinnanvapaus, kunnioitus, arvokkuus, kumppanuus, itsensä johtaminen ja itsemääräämisoikeus. Tavoitteena on hoitoympäristö, joka sisältää vähemmän pakotteita ja rajoituksia. Hoidon aikana tulisi potilaille opettaa taitoja jokapäiväisessä elämässä selviämiseen. Monissa sairaalayhteisöissä on jäänteinä rankaisevia sääntöjä, joiden perusteella potilas saatetaan eristää mitättömän häiriökäyttäytymisen takia. (Huckshorn 2005, 6-7.)

Neljänneksi sovelletaan käytäntöön E/R-tilanteiden vähentämiseksi luotuja työkaluja. Arvioidaan jokaisen potilaan riski aggressiiviseen käyttäytymiseen. Parhaiten tällaista käyttäytymistä ennustaa aikaisempi hoitohistoria, josta saattaa löytyä myös vinkkejä tilanteen laukaisemiseksi. Hoitohenkilökunnan tulee olla tietoinen potilaan riskeistä menehtyä E/R-toimenpiteiden aikana, etenkin jos hän on obeesi, on juuri syönyt tai hänellä on perussairautena astma tai sydän- ja verisuonitauti. Tietynlainen lääkitys saattaa myös vaikuttaa kohtalokkaasti eristystilanteissa. Hoitohenkilökunta tulisi kouluttaa käyttämään de-eskalaatiomenetelmiä, jotta eristystilanteelta vältyttäisiin. Lalemondin käyttäytymisasteikon perusteella on mahdollista erottaa toisistaan kiihtynyt, hajoava, tuhoava, vaarallinen ja itsetuhoainen käytös. (Huckshorn 2005, 7-8.) Viides tavoite on varmistaa potilaiden toipuminen antamalla heille muitakin rooleja, kuin vain potilaan rooli. Potilaille tulisi antaa enemmän mahdollisuuksia tehdä valintoja hoitonsa eri vaiheissa. Lapsipotilaiden perheiden mielipiteitä on kuunneltava. Kokemusasiantuntijoiden näkemyksiä hoidossa kannattaa hyödyntää. Potilaille tulee olla mahdollisuus antaa hoidosta asiakaspalautetta ja tietoa tulee käyttää toiminnan kehittämiseen. (Huckshorn 2005, 9.)

Kuudentena tavoitteena on hyödyntää toteutettuja E/R-toimenpiteitä analysoimalla ne täsmällisesti ja hyödyntämällä saatuja tuloksia niin, ettei samoja virheitä toistettaisi enää tule-

vaisuudessa. Tarkoituksena on myös lievittää tilanteeseen osallistuneiden hoitajien, silminnäkijöiden ja potilaiden traumatisoitumista. Heti eristystilanteen jälkeen pidetään paikan päällä ”debriefing”, jonka tarkoituksena on varmistaa tilanteeseen osallistuneiden turvallisuus, koota silminnäkijöiden kuvaus tilanteesta, kirjataan tapahtuman kulku ja pyritään palauttamaan takaisin osaston rauhallinen ilmapiiri. Virallinen ”debriefing” pidetään myöhemmin, 1-7 vuorokauden kuluttua tilanteesta ja siinä analysoidaan tarkasti tapahtumien kulku. Siihen osallistuu eristystilanteeseen osallistunut hoitohenkilökunta, hoitava lääkäri ja toimiva johto. Tässä tapaamisessa pohditaan, mikä meni vikaan, mitkä taidot unohtuivat, mitä voitaisiin tehdä toisin ja kuinka tulevaisuudessa vältetään todetut virheet. Potilaan mielipide olisi tärkeä saada esiin tässä tapaamisessa, joko hänen itsensä tai hänen edustajansa kertomana. (Huckshorn 2005, 10.)

4.2 Merkityksen hakeminen potilaan haastavalle käytökselle

Osastohoitoon tulleet potilaat ovat usein menettäneet kykynsä hallita omaa elämäänsä ja he voivat olla hyvinkin riippuvaisia heitä hoitavista henkilöistä. Heille yksin oleminen on tarpeellista, koska potilas tarvitsee aikaa omaan elämäntilanteensa jäsentämiseen. Potilaat, joiden minuuden rajat ovat häilyvät ja joiden käsitys omasta merkityksestään ympäristölle on epäselvä saattavat kokea suhteen hoitajaan omaa turvallisuuttaan uhkaavana. Liian pitkään jatkuessaan yksinolo kuitenkin passivoi ja kasvattaa eristäytymistä ihmiskontakteista. Epävarmuus ja turvattomuus, tarkoitukseton oleskelu ja kontaktien puute voivat olla puolestaan syynä väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Potilaan kokema välittäminen turvallisuudessa kehittää valmiuksia aggressiivisten tunteiden myönteiselle kanavoimiselle. Arkirutiinien tehtävänä osastolla on jäsentää potilaan päivää osastolla. Ne tyydyttävät ihmisen perustarpeita, koska niissä hän voi opetella oman elämän hallintaa ja kommunikointia toisten kanssa. (Lepola 2002, 140.) Hoitajien suurempi määrä ja heidän mahdollisuutensa olla potilaiden saatavilla osaston puolella ehkäisevät uhkaavaa käyttäytymistä. Selkeillä osaston rajoilla ja päiväohjelmalla voidaan vähentää levotonta käyttäytymistä. Potilaiden uhkaava käytös on yksilöllistä ja tilanteiden laukaisukeinot riippuvat potilaasta. Potilaiden kanssa kannattaa harjoitella sosiaalisia taitoja, koska niiden puute johtaa usein aggressiiviseen käyttäytymiseen. Opeteltaessa potilaan kanssa vuorovaikutuksessa olemista, autetaan häntä samalla ilmaistamaan tunteitaan. Tämä rauhoittaa potilaan mielialaa ja lieventää ahdistusta. (Kanerva & Kujanen 2013, 247-249.)

Whittington & Wykes (1994, 223-224) ovat tutkineet, onko olemassa tiettyjä piirteitä, jotka altistavat niitä omaavan hoitajan potilaiden aggressioille muita hoitajia enemmän. He havaitsivat osalla potilaista ilmenevän aggressiivista asennetta nuoria ja valtaa käyttäviä hoitajia kohtaan. Tutkijat epäilivät kyseisten hoitajien omassa käytöksessään olevan jotain, mikä ärsyttää kyseisiä potilaita. Tutkimuksessa, joka suoritettiin 13 Lontoon psykiatristen sairaaloi-

den osastoilla, huomattiin vanhempien ja kooltaan pienempien potilaiden tavallista useammin käyttäytyvän aggressiivisesti heitä nuorempia ja suurempikokoisia hoitajia kohtaan. Tutkijat arvelevat hoitajien aliarvioivan pienempikokoisten potilaiden aggressiivisuutta, kun taas suurikokoiset potilaat saavat kunnioittavaa käytöstä luonnostaan.

Seppälä (2011, 42) on tutkielmassaan löytänyt mielenkiintoisen piirteen hoitajan sukupuolen merkityksestä osaston turvallisuuteen. Hänen haastattelemiensa osastonhoitajien mukaan psykiatrisessa sairaanhoidossa on aina työskennellyt paljon miehiä muihin erikoissairaanhoidon aloihin verrattuna. Mies-naishoitaja asetelmat tuovat joihinkin potilastilanteisiin jännitteitä ja vaikuttavat myös potilasturvallisuuteen. Joissain tilanteissa osa naispotilaista saattaa pelätä, mikäli paikalla on pelkästään mieshoitajia. Toisaalta levottomiin potilaisiin saattaa vaikuttaa rauhoittavasti mieshoitajien läsnäolo. Tasapuolisen hoidon takia vuoroissa tulisi olla kumpaakin sukupuolta.

Välimäen ym. (2013, 40) mukaan Björkdahl ym. (2010) tutkivat erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä vaativissa tilanteissa neljällä akuuttipsykiatrian osastolla Ruotsissa. Yksilöhaastatteluiden perusteella he havaitsivat olevan kahdenlaisia auttamismenetelmiä. ”Balettitanssija” rakensi luottamuksellista yhteistyösuhdetta potilaan kanssa ja ”raivaustraktori” huolehtii osaston turvallisuudesta ja järjestyksestä. Raivaustraktorin auttamismenetelmät sisältävät riskin, ettei potilaan ääni tule kuulluksi ja että potilas kokee tullessa talloituksi. Hoitajien tulisikin olla tietoinen näistä riskeistä ja heidän tulisi pyrkiä löytämään vaihtoehtoja hoidolliseen lähestymistapaansa, huolehtien samalla osaston turvallisuudesta. Välimäen ym. tutkimuksen mukaan nuoret mieshoitajat olivat suurimmassa vaarassa kohdata potilaan aggressiivisuutta työssään.

4.3 Turvallisuutta viestinnällä- hoitajan assertiivisuus

Haasteellisissa tilanteissa assertiivisesti viestivän hoitajan huomio suuntautuu asiaan ja tilanteeseen. Hän ei tarkkaile itseään liiaksi, ainoastaan kohtuullisesti, siten että tiedostaa käyttäytymisensä. Hoitaja on ulospäin suuntautunut ja osoittaa rohkeutta sekä käyttäytyy tilanteissa tarpeen tullen hiukan dominoivastikin, ilman tarvetta miellyttää. Myös keskustelun aloittaminen ja määrätietoinen päättäminen saattavat vaatia dominoivuutta. Assertiivisten strategioiden valitsemisen seurauksena on oman assertiivisuuden vahvistuminen, uskottavuus ja luotettavuus. Tällainen hoitaja ottaa huomioon toisen osapuolen ja asettaa itsensä alttiiksi kommunikointitilanteissa. Assertiivisten strategioiden viestinnällisiä piirteitä ovat ystävällisyys, myönteisyys ja miellyttävyyys. Oman persoonan käyttö on luonteva osa tätä viestintätätä, samoin suoraan ja rehellisesti puhuminen toista loukkaamatta. Assertiivisyyteen liittyvä ilmaisu ei ole koskaan töykeää tai hyökkäävää ilmaisua. (Hjelt-Putilin 2005, 90-91.)

Assertiivisuuden vastakohtia ovat epäassertiivisuus, aggressiivisuus ja puolustukselliset strategiat. Epäassertiivisuus syntyy käsityksestä, että muiden ihmisten tarpeet ovat tärkeämpiä kuin omat. Hoitaja ilmaisee omat halunsa, mielipiteensä ja tunteensa arkailleen, ikään kuin omia tarpeitaan anteeksipyydellen. Tällainen viestintä johtuu useimmiten siitä, että hoitaja haluaa välttää ristiriitoja ja haluaa miellyttää toisia ihmisiä. Aggressiivista viestintästrategiaa käyttävä hoitaja puolustaa omia oikeuksiaan tavalla, joka loukkaa muiden oikeuksia ja tunteita. Aggressiivinen kokee häneltä vaadittavan paljon, mutta muiden työpanosta hän pitää mitättömänä. Tavoitteena hänellä on voittaminen, vaikka sitten toisia loukaten ja toisten kustannuksella. Puolustuksellisille strategioille on tyypillistä kommunikointihaluttomuus ja vähäpuheisuus. Siinä oman itsen tarkkailu on kasvanut niin suureksi, että huomion kiinnittyminen toiseen ihmiseen ja tilanteeseen kärsii. Tällaisen viestijän huomio on kiinnittynyt ulkoisiin seikkoihin ristiriitatilanteen ratkaisun pohtimisen sijasta. Puolustuksellinen strategia näkyy ulospäin ja houkuttelee puoleensa enemmän aggressiivista ja vallanhaluista asiakasta verrattuna assertiivisesti kommunikoivaan. (Hjelt-Putilin 2005, 87-89.) Ken ja Kate Back ovat jakaneet assertion kuuteen eri tyyppiin, joita ovat perusassertio, responsiivinen assertio, empaattinen assertio, ristiriita-assertio, negatiivisten tunteiden assertio ja seuraamusassertio (kts. Huhtinen 2011, 60).

Perusassertiossa rauhallisesti ja selkeästi esitetty näkemys siirtää huomion itse asiaan. Siinä tulee selväksi, ettei kuuntelija aio lähteä mukaan tahtojen taisteluun, vaikka toinen osapuoli siihen häntä omalla hyökkäävyydellään ärsyttäisikin. Tärkeää on kiinnittää huomiota sanattomaan viestintään. Ystävällinen ja lämmin äänensävy saattavat houkutella toisenkin osapuolen assertiivisemmaksi. Ilmaisun vahvuutena on suoruus ja selkeys, joka luo turvallisuuden tunnetta muihinkin läsnäolijoihin. (Huhtinen 2011, 61.)

Responsiivisessa assertiossa pyritään toisen osapuolen aktivoimiseen ja se tapahtuu useimmiten kysymyksiä esittämällä. Sopii erityisesti epäassertion kohtaamiseen, koska siinä ongelmana on usein vetäytyminen ja vaikeneminen. Tietoja saattaa joutua lypsämään pitkäänkin, jotta saataisiin lopulta esiin todelliset tarpeet ja mielipiteet. Aggressiivisen henkilön suhteen voidaan tällä tyylillä saada lisätietoa taustalla vaikuttavista syistä ja saadaan parhaassa tapauksessa pysäytettyä aggressio henkilön huomattessa toiminnastaan seuraavat vaikeudet. (Huhtinen 2011, 61-62.) Empaattinen assertio soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa pystyy hyvin ennakkoimaan toisen ihmisen hankalan aseman ja tilanteissa, joissa halutaan herättää toisen yhteistyöhalukkuus. Tämän assertion avulla tilannetta pyritään katsomaan toisen osapuolen näkökulmasta. Yksinkertaisimmillaan tämä tarkoittaa toisen tunnetilan huomioimista tai hänen valmistamistaan epämiellyttävän viestin vastaanottoon. (Huhtinen 2011, 62-63.)

Ristiriita-assertion avulla on mahdollista tarkistaa, onko tapahtunut väärinkäsitys sovittujen asioiden suhteen vai onko kyseessä aito ristiriita. Tämän tyylin avulla voidaan näyttää toteen,

että jotain on sovittu aikaisemmin, mutta käytännön toiminta on jostain syystä aivan jotain muuta. Neuvottelutilanteessa saattaa hyvinkin ilmetä, ettei mitään todellista ristiriitaa ole. Tällainen seikka rauhoittaa tilannetta ja madaltaa tarvetta hyökkäävään tai puolustautuvaan käyttäytymiseen. Tämän assertion avulla on mahdollista antaa tilaisuus vastapuolelle kasvojen säilyttämiseen, koska hän voi vedota väärinkäsitykseen. Toimii hyvin silloin, kun vastapuoli on halukas muuttamaan toimintatapojaan tai käsityksiään. (Huhtinen 2011, 63-64.)

Negatiivisten tunteiden assertiota kannattaa käyttää vasta kokeiltuaan muita assertioita, koska se on voimakas strategia. Siinä kuvataan toisen käyttäytymistä tai toimintaa, kerrotaan siitä aiheutuvat haitat toisille, kuvaillaan ongelman aiheuttamia tunteita ja ilmaistaan oma tarve tai ehdotus tilanteen ratkaisemiseksi. Tämä on käyttökelpoinen assertio etenkin aggressiivisuuden ja epäassertion kohtaamiseen. (Huhtinen 2011, 64-65.) Seuraamusassertio on jotiukka kannanotto siihen, mitä tulee tapahtumaan, ellei tilanne muutu positiivisempaan suuntaan. Tällöin tulee huolehtia, että esitetty uhkaus on oikeassa suhteessa tapahtuneeseen ja toisekseen on oltava valmiina toteuttamaan uhkaamansa sanktio. Jos nämä kaksi perusvaatimusta ovat kohdallaan, seuraamusassertio on erittäin hyvä työväline vaikeissakin tilanteissa. Tähän tulisi turvautua kuitenkin vasta vaikeissa tilanteissa. Toinen osapuoli on saatava vakuuttuneeksi siitä, että on tosi kyseessä eikä vain uhkailu. (Huhtinen 2011, 65-66.) Assertiivisuuden käsitteen ymmärtäminen on tärkeää hoitajien jokapäiväisessä työssä, koska sen avulla voidaan luoda turvallisempi työpaikka. Tätä seikkaa tukee yksi MAPAn päätavoitteista, joka on saada työntekijät ymmärtämään puheen merkitys kiihtyneen potilaan rauhoittamiseksi (MAPA 2012, 41).

5 Uusia kehityssuuntauksia

Cummings ym. (2010, 26-30) ovat tutkineet New Hampshiren sairaalassa Yhdysvalloissa moniaistisen huoneen merkitystä potilaiden eristystilanteiden vähenemiseen. Sairaalaan rakennettiin huone, joka sisustettiin miellyttävien värien ja meriaiheisten tauluin. Potilas saa huoneessa itse säädellä valaistusta, kuunnella rauhoittavaa musiikkia, katsella DVD:tä ja istua hierovassa tuolissa. Hoitaja ohjaa potilaan menemään huoneeseen huomattuaan hänessä stressin oireita. Huoneen avulla saatiin osaston eristystilanteita vähennettyä, mutta sillä ei ollut vaikutusta kaikkein sairaimpien miespotilaiden eristämisiin, joita jouduttiin eristämään entiseen malliin.

Kontio ym. (2010, 20-22) ovat tutkineet haastatteluiden avulla psykiatristen potilaiden omia mielipiteitä potilaslähtöisyyden toteuttamisen mahdollisuudesta eristystilanteissa. Potilaat toivoivat hoitajien käyttävän enemmän vuorovaikutustaitojaan ennen mahdollisen eristämisen toteuttamista. Mikäli eristys päätetään toteuttaa, tulisi henkilökunnan selvittää potilaalle siihen johtaneet syyt ja määritellä etukäteen eristyksen pituus. Henkilökunnalta toivottiin potilasta kunnioittavaa ja asiallista käytöstä sekä voiman käytön minimoimista. Eristyksessä olevan pitäisi saada huolehtia hygieniastaan ja tarpeistaan normaalin potilaan tavoin. Eristyk-

sen aikana ja sen jälkeisessä debriefingissä potilaat toivoivat tuekseen ulkopuolisen arvioijan suorittamaa keskustelua. Eristyssellin he sisustaisivat kodinomaisemmaksi ja toivoivat mahdollisuutta musiikin kuunteluun ja lehtien lukuun. Potilaiden mielestä eristyksiä pystyttäisiin vähentämään järjestämällä enemmän mielekästä tekemistä vapaa-ajalla, terapeutisella yhteisöllä ja biologisella lääkityksellä.

Bowers (2014, 499, 507) on kehittänyt Safewardin mallin, jonka avulla pystytään selittämään erot eri psykiatristen osastojen rajoittamistoimenpiteiden määrässä. Mallin mukaan konflikti (aggressiivisuus, itsemurhayritys, ym.) ja sen tukahduttaminen (pakkolääkitys, eristäminen) asettavat potilaan ja hoitajan alttiiksi vakavalle haitalle. Safewardin malli kuvailee menetelmät, kuinka voidaan alentaa eristys- ja rajoittamistilanteiden määrää. Mallissa kuvaillaan kuusi piiriä (domain), joista saa alkunsa aggressiivisia tilanteita aiheuttavia tekijöitä (factors). Näitä ovat hoitohenkilökunnan jäsenet, fyysinen ympäristö, sairaalan ulkopuolinen maailma, potilasyhteisö, potilaan luonteenpiirteet ja sääntöjen antamat puitteet. Näihin piireihin sisältyy räjähdysten (flashpoint) vaara, josta voi aiheutua konflikti ja sen tukahduttaminen. Hoitohenkilökunta voi lieventää aggressiivisia tilanteita alentamalla tekijöiden (factor) vaikutusta, estämällä räjähdysten (flashpoint) tapahtuminen, pidättäytymällä tukahduttamistoimenpiteistä ja huolehtimalla siitä, etteivät tukahduttamistoimenpiteet johda uusiin aggressioihin. Malli on erittäin käyttökelpoinen osastoille, jotka haluavat alentaa eristystapahtumiaan, koska se tarjoaa hoitohenkilökunnalle monia tapoja puuttua eristämistilanteisiin johtaneisiin syihin. Mallissa tarjotaan uutta näkökulmaa potilaiden kanssa käytäviin keskusteluihin, mutta malli ei ohjaa miten toimitaan, kun tarvitaan konkreettista fyysistä ohjausta tai rajoittamista. Toistaiseksi malli esitetään avoimena, verkkopohjaisena sovelluksena, jolle organisaatioiden on etsittävä soveltamistavat eri yksiköiden toimintaan.

6 Tutkimuksen tarkoitus ja toteutus

Toteutin tutkimuksen erään eteläsuomalaisen sairaalan suljetulla osastolla. Ehdotuksen tutkimuksen aiheeksi sain osastonhoitajalta marraskuussa 2014. Hänen osastolleen sijoitetaan vaikeasti hallittavia potilaita, joilla on itsetuhoista ja väkivaltaista käytöstä ja siitä johtuen eristämisiä ja rajoittamisia toteutetaan enemmän verrattuna muihin osastoihin. Tärkeimpänä tutkimuskohteena on potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle, koska turvallinen hoito on nykyisin olennainen osa länsimaista hoitoa. Tutkimukseni tarkoitus on hakea vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä potilaslähtöisyys psykiatriselle hoitajalle merkitsee?
- Miten se toteutuu osastollanne?
- Miten sitä voitaisiin parantaa?
- Voiko potilaslähtöinen osasto olla myös turvallinen?

- Millainen merkitys hoitajan persoonalla on osaston turvallisuudelle?

6.1 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoitin joulukuun 2014 ja helmikuun 2015 välisenä aikana. Tutkimustani varten tarvitsin tutkimusluvan, jota pääsin hakemaan maaliskuun alussa. Lupa myönnettiin maaliskuun lopussa. Haastattelurungon toimivuuden testasin perhepiirissä ja huomasin samalla teknisen ongelman. Olin ajatellut äänittää haastattelut n. 5-vuotiaalla Sony Walkman laitteella, koska se oli jo ennestään kotona ja siinä oli äänitustoiminto. Huomasin äänityksen laadun olevan huono, eikä kaikista haastateltavan sanoista saanut selvää. Tämän takia päädyin tilaamaan Olympus VN-7700 sanelulaitteen, jonka testasin ja totesin äänen laadun moitteettomaksi, kunhan haastattelija ojentaa laitteen kohti äänen lähdettä. Heti luvan saatuani tiedotin tutkimuksestani kiinnittämällä tiedotteen (Liite 1) tutkimuksesta osaston kahvihuoneen seinälle. Tiedotin tutkimuksestani myös suullisesti hoitajille raporttien yhteydessä. Parhaaksi strategiaksi haastatteluiden saamiseksi osoittautui henkilökohtainen kysyminen niiltä hoitajilta, joilla oli jo yli kahden vuoden työkokemus mielenterveystyössä. Tuon kahden vuoden työkokemuksen varmistin suullisesti kyseisiltä hoitajilta. Haastattelin yhdeksää hoitajaa (n=9) viikoilla 14-15 huhtikuussa, jotka kaikki suostuivat allekirjoittamaan suostumuslomakkeen (Liite 2) haastattelun äänittämiseen. Tutkimusluvassani hain lupaa haastatella seitsemää hoitajaa, mutta jouduin haastattelemaan yhdeksää, jotta sain kattavamman aineiston. Kaksi hoitajaa kieltäytyi haastattelusta. Oma-aloitteisesti ei yksikään hoitaja ilmoittautunut mukaan tutkimukseen.

Haastattelin hoitajia puolistrukturoidusti (Liite 1), jolloin hoitajat saivat vastata kysymyksiin omin sanoin. Lisäksi käytin tarkentavia kysymyksiä, mikäli halusin johonkin seikkaan lisää selvyyttä tai hoitajalta löytyi jotain poikkeuksellisen mielenkiintoista sanottavaa. Haastattelun lopuksi hoitajat saivat mahdollisuuden omin sanoin kertoa näkemyksiään potilaslähtöisyyteen liittyen. Haastatteluiden pituus vaihteli 5 ja 14 minuutin välillä. Haastattelut suoritettiin osaston tiloissa työaikana erillisessä rauhallisessa huoneessa ja he saivat etukäteen mahdollisuuden perehtyä heiltä kysyttäviin kysymyksiin. Teknisesti haastatteluiden äänitykset onnistuivat moitteettomasti, käytännössä jokainen sana oli kuultavissa haastatteluiden äänityksiä kuunneltaessa. Sain litteroitua eli purettua äänitteet sanasta sanaan tietokoneelleni viikoilla 16-17 huhtikuussa. Sanojen välisiä taukojen pituuksia ja epäselviä äännähdyksiä en litteroinut. Litteroitua aineistoa kertyi kaikkiaan 20 sivua.

6.2 Aineiston analysointi

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimuskysymysten muotoutuminen tutkimuksen edetessä. Tutkimussuunnitelma parhaimmillaan elää tutkimuksen edetessä. Tutkimuksessa

voidaan lähteä liikkeelle ilman ennako-oletuksia tutkittavasta ilmiöstä ts. tutkijalla ei ole hypoteesia tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin aineistolähtöisestä analyysistä, joka tarkoittaa teorian rakentamista havainnointiaineistosta lähtien. Aineistojen avulla tutkija voi löytää uusia näkökulmia, ei vain todentaa jo tietämäänsä. (Eskola & Suoranta 2014, 15-20.) Edeltä rakennetusta teoriasta on hyötyä analysoitaessa kerättyä aineistoa, koska tutkimustulosten raportointi on enimmäkseen teorian ja empirian vuoropuhelua. Teoria voi toimia välineenä, jonka avulla teoriasta pystyy rakentamaan tulkintoja ja jonka avulla tulkintojaan voi esittää tieteellisessä muodossa. Teoreettisilla käsityksillä on generoiva merkitys tutkimuksissa. (Eskola & Suoranta 2014, 83-84.)

Puusan (2011, 114) mukaan laadullisen aineiston analyysiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta ja aineiston käsittelytapa vaihtelee eri tutkimuksissa. Lähestymistavan valinnassa on aina kyse tarkoituksenmukaisuudesta, joka on tutkimuskohtaista. Eskola ja Suoranta (2014, 138-147) kirjoittavat laadullisen aineiston analysoinnin tuottavat kaikkein eniten päänvaivaa aloitteleville tutkijoille. Syyksi tähän he mainitsevat kevyen opetuksen ja selkeiden analyysitekniikoiden puutteen. Ei ole olemassa mitään mekaanista kaavaa tai tutkijan luovuuden sampoja, joka poikisi tuloksia kuin liukuhihnalta. Laadullisen tutkimuksen vaikein vaihe on tulkintojen tekeminen haastateltavien antamista lausunnoista. Tähän vaiheeseen ei ole olemassa muodollisia ohjeita, vaan tulkintojen hedelmällisyys ja osuvuus on aina kiinni tutkijan tieteellisestä mielikuvituksesta.

Hirsjärvi ja Hurmeen (2011, 137) mukaan litteroitu aineisto voidaan ensin selventää tietokoneen avulla, jolloin siitä poistetaan suuri määrä asiaan kuulumattomia osia: toistoja ja ei-olennaisia seikkoja. Varsinainen analyysi merkitsee tiivistämistä, luokittelua, narratiivin etsimistä, tulkintaa tai merkitysten luomista ad hoc menettelyä käyttäen.

Merkitysten tiivistäminen tarkoittaa haastateltavien esiintuomien merkitysten pukemista lyhyempään sanalliseen muotoon. Merkitysten luokittelu tarkoittaa haastattelun koodaamista tiettyihin luokkiin. Narratiivinen strukturointi tarkoittaa tekstin ajallista ja sosiaalista järjestämistä. Siinä keskitytään haastattelun aikana kerrottuihin tarinoihin. Merkitysten tulkinnassa tutkija pyrkii löytämään piirteitä, joita ei ole suoraan tekstissä lausuttuna. Hän tulkitsee haastattelua omasta näkökulmastaan. Merkitysanalyysia voidaan tehdä myös etsimällä niitä ad hoc-menettelyin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 137 - 138.) Opinnäytetyöni sisällönanalyysin aloitin tutustumalla huolellisesti litteroituihin haastatteluihin. Luin ne läpi useaan kertaan, jotta ne jäisivät kunnolla mieleeni. Eskola ja Suorannan (2014, 180) mukaan haastattelurunkoa voi käyttää toisinaan miltei suoraan analyysin runkona, joten tuon ohjeen mukaan päätin toteuttaa analyysin. Etsin litteroidusta tekstistä sanoja, lauseita ja ajatuskokonaisuuksia, joilla saattaisi olla merkitystä tutkimusongelmani ratkaisemisessa. Osa lauseista oli sellaisia, joissa jouduin käyttämään omaa tulkintaani. Tämän jälkeen tiivistin lauseet omaan tiedostoonsa

lyhyempään muotoon, kuitenkin säilyttäen niiden sisältämän informaation. Jokaiselle hoitajalle annoin kirjainkoodin haastattelujärjestyksen perusteella. Haastattelurungon kysymykset koodasin numeroilla, joissa on piste perässä. Ajatuskokonaisuudet on tiivistetty ja koodattu sulkeisiin laitetulla juoksevalla numerolla (Liite 3), Näitä tiivistettyjen ajatuskokonaisuuksien ajattelun olevan kategorioita, joiden avulla pystyn ratkaisemaan tutkimusongelman. Esitän seuraavaksi esimerkin aineiston sisällönanalyysin kulusta opinnäytetyössäni.

6.3 Esimerkki aineiston analysoinnista

Kohdassa 2. kysyin, kuinka potilaslähtöisyys toteutuu osastolla tällä hetkellä? Tähän vastasivat hoitajat omin sanoin ja omin ajatuksin. Hoitajan A litteroidusta haastattelusta löytyy seuraava teksti.

” Mä sanoisin, että tällä hetkellä ehkä jossain määrin liikaakin. Et potilaan vointia ei sillä lailla, miten mä nyt sen sanoisin. Et potilaan sen hetkistä vointia ei sillä lailla välttämättä huomioida, vaan häneltä saatetaan kysyä joitakin asioita”

Hoitajan B litteroidusta haastattelussa sanotaan sama asia seuraavasti.

” Tällä osastolla, millä minä nyt olen töissä, niin minusta tämä menee vähän yli tämä potilaslähtöisyys”

Hoitaja H ilmaisee ajatuksiaan seuraavin sanoin.

”Mun mielestä on hyvä asia, että potilaslähtöisyyttä on hoitotyössä ja sitä kautta yritetään rakentaa, mutta jos potilaan lähitulevaisuuden suunnitelma on vetää huumeita ja ryypäätä, niin...ja se sallitaan osastolla, niin sitä mä en ymmärrä”

Ajatus on tiivistetty ja koodattu merkinnällä A2 sitä varten luotuun omaan tiedostoon.

” A2, Toteutuu liian hyvin, koska osa potilaista on saanut paljon vaikuttaa omaan hoitoonsa, vaikka vointi ei salli.”

Sisällönanalyysin koodausvaiheessa (Liite 3) tämä ajatus näkyy kohdassa 2.(4). Perässä näkyvä merkintä = A,B,H,I tarkoittaa, että neljä eri hoitajaa on haastattelussa antanut samantyyppisen lauseen tai ajatuksen, joiden olen tulkinut tarkoittavan tuota asiaa. Käyn seuraavaksi läpi analyysin avulla löytämiäni tuloksia.

7 Tutkimuksen tulokset

Ensimmäisessä kysymyksessäni hoitajille halusin tutkia heidän käsityksiään potilaslähtöisyydestä jokapäiväisessä hoitotyössä psykiatrisella osastolla. Kysymys ei ollut heille helppo, osa hoitajista käsitti potilaslähtöisyyden olevan abstrakti ilmiö, jota ei vielä ole missään selkeästi määritelty. Suurin osa hoitajien vastauksista (n=5) luokittelin kategoriaan 1, ”Potilas pääsee itse vaikuttamaan hoitoonsa paljon”. Seuraavana kolme esimerkkiä tämän kategorian vastauksista:

”Potilas voi itse määritellä omaa hoitoaan pitkälti ja voi vaikuttaa siihen, miten häntä hoidetaan”

” Kyllähän potilaslähtöisyys on niinku koko hoidon oikeestaan sellanen kulmakiivi. Et mun mielestä on tosi tärkeitä, et potilas pääsee itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa mahdollisimman paljon”

” Potilaan kannalta semmosta enemmän yksilöllistä sille sopivaa ja sen lähtökohdista olevaa hoitotyötä”

Kaksi hoitajaa käsitti potilaslähtöisen hoitotyön olevan jotain sen tyyppistä, jota he itsekin haluaisivat saada osakseen ollessaan hoidon tarpeessa. Vastauksissa korostuu hoitajan empaattinen asenne ja kunnioitus potilaita kohtaan. Kategorian (2) olen nimennyt ” Potilasta kohdellaan samalla tavalla, kuin itseäsi haluaisit kohdeltavan hoidossa”.

” Jos sä itse olisit joku päivä täällä hoidossa tai joku lähiomainen, niin miten sä haluat et tää sinun omaisesi tai sinut kohdataan, niin sillä tavalla mä haluan et näitä potilaita hoidetaan”

” Et mennään potilaan asemaan ja ymmärretään häntä ja hänen toimintatapaan”

Kahden hoitajan käsitys potilaslähtöisestä hoidosta luokittelin kuuluvaksi kategoriaan (3), jonka olen nimennyt ” Hoito räätälöidään potilaalle hänen vointinsa salliessa”.

” Osa potilaista saattaa olla niin huonossa kunnossa tai niin psykoottisia, et ne ei voi niinkun ainakaan siinä alkutilanteessa osallistua siihen oman hoidon suunnitteluun kauheen kattavasti”

” Et sitä vartenhan mun mielestä sairaala on ja hoitajat on, silloin kun sä et ihan itse pysty itestäs vastaamaan, niin joku muu ottaa sen vastuun”

Viisi hoitajaa mainitsi käytännönläheisiä esimerkkejä, joiden avulla he kokivat potilaslähtöisyyttä edistettävän osastolla. Tällaisiksi he mainitsivat psykiatrisen hoitotahdon, omahoitajuuden, hoitosuunnitelman, jatkohoidon järjestämisen, omaisten huomioimisen, hoitajien yhteisen linjan ja potilaan saaman tiedon etenemisestään.

Mielestäni tärkein tutkimustulos ensimmäisen kysymyksen osalta on kategoria (2), ” Potilasta kohdellaan niin, kuin itseäsi haluaisit kohdeltavan hoidossa”. Tuohon kategoriaan pystyin selvästi jaottelemaan vain kahden hoitajan käsityksen, mutta haastatteluista olen tulkinnut niin, että tuo käsitys olisi saanut enemmänkin puoltoääniä, mikäli sitä olisi suoraan hoitajilta kysytty. Tärkeä tulos on myös kategoria (3), ” Hoito räätälöidään potilaalle hänen vointinsa salliessa”. Perustelut tulkinnalle ovat mielestäni samat kuin kategorialle (2). Tärkeää on huomata, ettei hoitajille ole työnantaja tai koulutus suoraan määritelty, mitä potilaslähtöisyys on. He kaikki kuvailivat termiä ammatissa muodostuneen kokemuksen avulla.

7.1 Osaston potilaslähtöisyyden toteutumisen nykytilanne

Toisena tutkimuskysymyksenä oli potilaslähtöisyyden toteutuminen nykyisin kyseisellä osastolla. Vastausten perusteella loin kaksi kategoriaa, joihin hoitajien käsitykset jakautuivat tasan. Tulosten perusteella pystyin päättelemään potilaslähtöisyyden kehittyneen huomattavasti parin viime vuoden aikana. Osalla hoitajista oli käsitys, että potilaslähtöistä hoito-otetta toteutetaan sellaisiinkin potilaisiin, joiden sen hetkinen vointi ei salli vastuunkantoa omista asioista. Kategorian (4) olen nimennyt ”Potilaslähtöisyys on mennyt liian pitkälle”, ja siitä seuraavaksi pari lainausta haastateltavilta.

” Osittain se toteutuu kauheen hyvin ja osittain sitten taas tiettyjen potilaiden kohdalla niin, se on, heillä on niinku liikaa tavallaan valtaa. Niinku vaikuttaa siihen hoitoon”

” Mun mielestä on hyvä asia, että potilaslähtöisyyttä on hoitotyössä ja sitä kautta yritetään rakentaa, mutta jos potilaan lähitulevaisuuden suunnitelma on vetää huumeita ja ryypätä, ja se sallitaan osastolla, niin sitä mä en ymmärrä”

” Mä sanoisin, että tällä hetkellä ehkä jossain määrin liikaakin. Et potilaan vointia ei sillä lailla, miten mä nyt sen sanoisin. Et potilaan sen hetkistä vointia

ei sillä lailla välttämättä huomioida, vaan häneltä saatetaan kysyä joitakin asioita”

Puolet hoitajista ilmaisi käsityksen, että potilaslähtöisyyttä toteutetaan osastolla mallikkaasti ja se on tuonut osastolle mukanaan paljon positiivisia asioita verrattuna menneisiin vuosikymmeniin. Kategorian (5) olen nimennyt ” Hoito on hyvin potilaslähtöistä verrattuna aikaisempaan”.

” Koko ajan paremmin ja paremmin. Ja se myöskin riippuu siitä, et minkälainen henkilökunta on paikalla sitä toteuttamassa”

” Kyl mun mielestä ainakin nykyään paljo paremmin kuin pari vuotta sitten”

Tähän kategoriaan liittyvistä vastauksista en pystynyt tulkitsemaan kritiikkiä potilaslähtöisyyttä kohtaan, kun taas (4) kategoriaan liittyy huoli liiallisesta potilaslähtöisyydestä.

7.2 Keinot potilaslähtöisyyden kehittämiseksi

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli kartoittaa mahdollisuuksia potilaslähtöisyyden kehittämiseksi osastolla. Vastauksien tulkinnassa muodostui useita eri kategorioita, josta voi päätellä kysymyksen olleen hoitajille haasteellinen. Eniten mielipiteitä (n=5) sai kategoria (5), ”Henkilöstön koulutuksen avulla”, joista alempana kolme esimerkkiä.

” No ainakin osallistumalla erilaisiin projekteihin, missä meidän osasto on ollut kyllä ihan niinku aktiivinen aikaisemminki, ja tietysti nyt edelleenki tulee tää Safewards-malli”

”Tietysti vielä törmää vähän sellaseen, et joskus on vähän jähmeitä ajatusmalleja vielä osalla henkilökuntaa”

” Ja työnohjausta haluan erityisesti alleviivata ja koulutusta totta kai täytyy olla koko ajan. Mut työnohjaus on meillä täällä psykiatrisella puolella tämmönen ihan iso mahdollisuus”

Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä, että parasta kehitystä potilaslähtöisyydelle olisi sen kohdistaminen niihin potilaisiin, jotka siitä hoidollisesti eniten hyötyvät. Kategorian (6) nimeksi olen antanut ”Potilaslähtöisyyttä pitäisi toteuttaa potilaan voinnin mukaan”.

” Mut se on must sillai, että siin pitää ottaa huomioon se potilaan vointi”

” Semmonen asioiden ylilyönti päätöksien antamisessa potilaille, se ei ole oikein”

Tutkimuksessa tuli näiden lisäksi yksittäisiä ehdotuksia potilaslähtöisyyden kehittämiseksi osastolla. Näitä olivat omahoitajuuden kehittäminen, aktiviteettien järjestäminen potilaille ja koko hoitotiimin osallistuminen potilaan ensimmäiseen tapaamiseen.

7.3 Potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle

Opinnäytetyöni tärkeimpänä tutkimustehtävänä on tutkia potilaslähtöisyyden merkitystä osaston turvallisuudelle. Kysyin asiaa suoraan haastateltavilta, mutta turvallisuuteen liittyviä käsitteitä tuli runsaasti ilmi myös muissa haastattelun kysymyksissä. Vastauksista muodostin kaksi kategoriaa, joista kategoriaan (11) pystyin liittämään peräti seitsemän hoitajan mielipiteen. Kategoria on nimeltään ” Potilaslähtöisyys luo osastolle turvallisuutta, mikäli sitä toteutetaan siihen sopiville potilaille” ja alempana näistä muutama esimerkki.

” Nimenomaan mä katon sitä sitä kautta, et silloin kun potilas tavallaan itse sanelee sitä omaa hoitoonsa liikaa, ei syö lääkkeitä mitä on määrätty. Siitä saattaa tulla väkivaltatilanteita”

” Jos potilaalle annetaan, en ehkä käyttäisi sanaa valtaa, mut jos annetaan niinku liikaa tehdä päätöksiä oman hoitonsa kannalta ja niistä pelisäännöistä luovutaan, mitkä luo sitä turvallisuuden rajaa osastolle, niin se ei ole hyvä”

” Et potilailla on niin paljo jo omaa vaikutusmahdollisuutta, kuten esimerkiksi huumeiden käytöt ja mahdollisuus käyttää niitä osastollakin. Niin turvallisuutta ei voida enää taata”

Yhden hoitajan mielestä potilaslähtöisyys tuo mukanaan turvallisuuden tunteen, koska tyytyväinen potilas ei ole aggressiivinen. Kategoriaan (12) meni alla oleva käsitys.

” Mitä enemmän me otetaan potilasta mukaan hoitoon, mitä enemmän me ollaan heidän kanssaan, niin se on se, mikä tuo sen työturvallisuuden ja työtyytyväisyyden”

7.4 Hoitajan ammattitaidon ja kokemuksen merkitys turvallisuudelle

Viimeisenä tutkimukseni mielenkiinnon kohteena oli hoitajan kokemuksen ja ammattitaidon merkitys osaston turvallisuuteen. Tähän kysymykseen kaikki haastateltavat pystyivät antamaan yksiselitteisiä vastauksia, joista muodostin kolme erilaista kategoriaa. Kaikille kolmelle kategorialle on yhteistä, että pitkä työkokemus tuo mukanaan paljon osaston turvallisuutta ylläpitäviä piirteitä. Kattegoria (13) on nimeltään ”Kokeneemilla hoitajilla on ammattitaitoa, jonka ansiosta osaston ilmapiiri säilyy rauhallisempana”. Tähän kategoriaan pystyin liittämään neljän eri hoitajan käsityksen, joista alla pari esimerkkiä.

” Et näillä vanhemmilla hoitajilla on tosi hyvä ja rautainen ammattitaito, josta taas sit nuoremmat hoitajat voi napata semmosia omia oppeja ja semmosia niinku vinkkejä, et miten kannattaa toimia”

” Kyllähän se tietysti se, no kokemus ny varsinkin vaikuttaa osaston turvallisuuteen, sillai osataan jo paremmin lukee niitä tilanteita”

Kategoriaan (14) sijoitin ne ajatukset, joissa hoitajien kokemuksella katsotaan olevan suurta merkitystä turvallisuudelle, mutta hoitajan asenteessa potilaaseen saattaa toisinaan olla parantamisen varaa. Viiden hoitajan mielipiteet sisältyvät tähän kategoriaan.

” Niin, kyllähän sillä tietenkkin on. Mitä enemmän on nähny potilaita ja näin, mutta ei se aina mene niinkun yks yhteen. Ja sitten tää inhimillisuus, että hoitaja voi olla inhimillinen siitä huolimatta, että hän osaa rajata potilasta silloin kun potilas tarvii niitä rajoja”

” Jos on niinkun vääränlaisia opittuja malleja, vaikka ois kuinkaki pitkään työssä ollut hoitaja, niin se vaikuttaa minun mielestä negatiivisesti. Mut voi olla ihan uusi ja vihreä hoitaja, joka osaa kohdata sen potilaan hyvin, niin silloinhan se vaikuttaa positiivisesti”

”...vois vaikka näin ajatella, että vastuuttomuutta voi olla siellä seniorioiden puolellakin... se on ykkösasia se, että me ollaan puhetyöläisiä ja meidän täytyy pärjätä ensisijaisesti tällä suusanallisella viestinnällä ja semmosella kanssa käymisellä”

Yhden hoitajan käsitys oli, että kokeneemilla hoitajilla on paljon taitoa, jonka avulla osasto säilyisi rauhallisempana paikkana. Kyseisen hoitajan mielestä nykyinen suuntaus kohti potilaslähtöisempää hoitoa ei vain salli käyttää näitä taitoja niin paljon kuin olisi tarpeen.

7.5 Tulosten yhteenveto

Alla olevasta kuviosta on mahdollista hahmottaa kysymykset, joihin tässä tutkimuksessa on haettu vastauksia, sekä niiden pohjalta muodostetut kategoriat.



Kuvio 1: Kategoriat ryhmiteltynä.

Tutkimuksen tulokset voidaan tiivistää seuraavasti: Erään eteläsuomalaisen sairaalan suljetulla osastolla on potilaslähtöinen hoitotyö kehittynyt muutaman viimeisen vuoden aikana huomattavasti. Useat haastateltavat kertovat potilaiden mielipiteillä ja toiveilla olevan suuri merkitys hoidon toteuttamisessa. Muutama vuosi aikaisemmin näin ei ollut. Potilaslähtöinen hoitotyö voidaan määritellä monin eri tavoin, mutta keskeisenä piirteenä on inhimillisyys ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Potilaslähtöisyyttä voidaan edistää kouluttamalla henkilökuntaa erilaisten projektien esim. Safewards-mallin ja työohjauksen avulla. Potilaslähtöisyys voi tuoda mukanaan turvattomuuden tunnetta, mikäli sitä sovelletaan kaikkiin potilaisiin samalla tavalla. Parhaiten potilaslähtöisyys tuo turvallisuutta osastolle, kun sitä sovelletaan asteittain potilaisiin heidän psyykkisen vointinsa perusteella. Psykkisen voinnin arvioinnissa voidaan käyttää heti ensimmäisestä hoitopäivästä alkaen moniammatillista työryhmää.

8 Pohdinta

Potilaslähtöisyys voidaan aikaisempien tutkimustulosten mukaan määritellä monin eri tavoin. Haastattelemani hoitajat kuvailivat sitä kukin omalla tavallaan, mutta ehkä kaikkein mieleenpainuvimman lause oli seuraava: kohdellaan potilaita samalla tavoin kuin haluaisimme itseämme kohdeltavan. Potilaslähtöisyys on psykiatrisessa hoitotyössä osa nykyaikaista hoitotyötä, mutta tutkimukseni tulosten mukaan sitä ei pidä kuitenkaan kaikkiin potilaisiin soveltaa samalla tavalla. Valta tuo mukanaan aina vastuuta, eikä psykoottinen tai huumeriippuvainen potilas sitä pysty aina niin hyvin kantamaan. Häneen kannattaakin soveltaa potilaslähtöistä hoitoa sen hetkisen voinnin mukaan. Toisaalta henkilökuntaakin pitäisi valmentaa yhä taitavammaksi. Apuna tässä voi käyttää Safewards-mallia sekä Kevin Ann Huckshornin teoriaan pohjautuvia projekteja. Tietyillä osastoilla ei todennäköisesti päästä koskaan eroon eristämisestä, mutta niitä voidaan vähentää ja toteuttaa inhimillisellä tavalla.

Tulevaisuudessa on mielenkiintoista seurata, kuinka Safewards-malli vaikuttaa osastojen toimintaan. Mallia tulee alun perin Iso-Britanniasta ja siitä on tekeillä suomenkielinen käännös Päivi Soinisen ja Raija Kontion toimesta (Safewards 2015). Jatkotutkimusaiheena tuon mallin toimiminen ja siitä saadut tulokset ovat todennäköisesti ajankohtaisia vasta parin vuoden päästä, mutta jo nyt on hyvät perusteet ennustaa, että malli tulee muuttamaan psykiatrista hoitotyötä. MAPA-taidotkin luotiin alun perin Ilossa-Britanniassa ja tällä hetkellä ne ovat osa psykiatrisen hoitajan perustyökaluja. Ennaltaehkäisevät menetelmät ovat saaneet suuremman tilan MAPA-koulutuksissa siten, että perehdytään syvemmin non-verbaaliseen viestintään ja de-eskalaatiomenetelmiin (Mapa Foundation participant workbook 2012, 41).

8.1 Tulosten ja teorian yhteys

Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin hoitajia määrittelemään oma käsityksensä potilaslähtöisestä hoidosta. Tuloksissa ilmenee potilaslähtöisen hoitotyön olevan sellaista, jossa potilas pääsee itse osallistumaan paljon hoitoonsa. Potilaslähtöisessä hoitotyössä potilasta kohdellaan niin, kuin haluaisit itseäsi hoidossa kohdeltavan. Tutkimustulokset ovat tämän kysymyksen kohdalla samansuuntaiset teorian kanssa. Laitilan väitöstyössä (2010) kuvataan potilaslähtöisen hoitotyön olevan eettisesti korkeatasoista hoitotyötä. Rauenneen lakiehdotuksen oli tarkoitus vahvistaa potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa (Rusila 2014.) Laineen (2003, 83) tutkimuksessa hoitotyön esimiehet luonnehtivat potilaslähtöisyyttä psykiatrisessa hoitotyössä potilaan kokonaisvaltaiseksi huomioimiseksi, kunnioittavaksi kohtaamiseksi, potilaan tiedonsaamiseksi, potilaan hoitoon osallistumiseksi, potilaan ja muiden ammattilaisten yhteistyöksi sekä potilaan tuen saamiseksi.

Toisena tutkimusongelmana selvitin potilaslähtöisyyden toteutumista osastolla kevään 2015 aikana. Haastatteluun osallistuneiden kommenttien mukaan sen voidaan päätellä toteutuneen paremmin verrattuna parin vuoden takaiseen. Tutkimustuloksia aikaisemmin vallinneesta tilanteesta osastolla ei ole suoraan löydettävissä. Voidaan kuitenkin päätellä, että tarvetta on ollut pakkotoimenpiteiden vähentämiseen. Tästä syystä osastolla toteutetaan erilaisia hankkeita mm. Huckshornin (2005) -mallin ja Bowersin (2014) Safewardsin mukaan, joiden tarkoituksena on luoda rauhallisempi ja turvallisempi osasto.

Kolmanneksi olin kiinnostunut, kuinka potilaslähtöistä hoitotyötä voitaisiin edelleen kehittää. Tutkimustulokset olivat enimmäkseen yhteneväisiä teorian tiedon kanssa, mutta tuloksista löytyi uuttakin tietoa. Tuloksista ilmenee potilaslähtöisyyttä olevan mahdollista kehittää koulutuksen avulla ja sitä vartenhan Huchhorn (2005) ja Bowers (2014) ovat luoneet omat mallinsa. Tuloksissa ilmenee myös potilaiden aktiviteettien lisäämisen kehittävän potilaslähtöisyyttä. Kanerva ym. (2013) mukaan selkeän päivä- ja viikko-ohjelman laatiminen sekä rohkaiseminen vuorovaikutustilanteissa tukee potilaan toipumista. Tutkimuksessani löytyi maininta moniammatillisen tiimityön kehittämistä ja teoriaosuudesta löytyy Oittisen (2013) päätelmä, jonka mukaan hoitajan kuuluu kunnioittaa muita ammattilaisia, koska mielenterveystyötä tehdään erilaisissa moniammatillisissa ryhmissä. (Oittinen 2013, 68.) Omahahoitajuuden kehittäminen löytyy tutkimustuloksista, teoriassa viitataan Niemen tutkimukseen (2006), jossa sanotaan omahoitajamallin mahdollistavan yksilöllisen hoitotyön, koska omahoitaja tuntee parhaiten potilaansa (Niemi 2006, 26.) Edelleen tuloksista ilmenee, että hoitaja pystyy työnohjauksen avulla kehittämään omaa potilaslähtöisyyttään. Paimion mukaan (2009) työnohjaus onnistuessaan kehittää ohjattavaa onnistuessaan syvällisempään ajattelutavan ja asenteen muutokseen (Paimio 2009, 328). Uutta tutkimustietoa on hoitajien käsitys, että potilaslähtöisyyttä pitäisi soveltaa kuhunkin potilaaseen voinnin mukaan. Teoriatiedoista nousevat esille MAPA-aidot (Pilli 2009), hoitajan asertiivisuus (Hjelt-Putilin 2005, Huhtinen 2011) sekä moniaistisen huoneen rakentaminen (Cummings ym. 2010.) MAPA-koulutuksissa korostetaan de-eskalaatitaitoja, joilla pitäisi olla merkitystä osaston rauhallisen ilmapiirin säilyttämiselle. Näitä ei kuitenkaan noussut esille tutkimustuloksissa.

Tärkein tutkimusongelma oli potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle, johon löysinkin vastauksen: Potilaslähtöisyys voi tuoda mukanaan turvattomuuden tunnetta, mikäli sitä sovelletaan kaikkiin potilaisiin samalla kaavalla. Tulos on kyseisen osaston hoitajien käsitys omien kokemustensa pohjalta, mutta siinä voidaan kuitenkin olettaa piilevän totuuden siemenen. Antaahan mielenterveyslakikin (Mielenterveyslaki 1990) mahdollisuuden rajoittaa potilaan käyttäytymistä, tosin rajoittaminen tarvitsee aina lääkärin luvan. Kaikissa yhteiskunnissa on luotu erilaisia lakeja ihmiselon sujuvan toiminnan ja rauhan turvaamiseksi.

Viimeisenä tutkimusongelmana halusin selvittää hoitajan kokemuksen ja ammattitaidon merkitystä osaston turvallisuudelle. Tulokset hajosivat tämän kysymyksen kohdalla. Muutaman haastateltavan mielestä kokemus ja ammattitaito tuovat aina turvallisuutta, osa taas oli sitä mieltä, että asenteella työhön ja potilaaseen on paljon suurempi merkitys. Molempia tuloksia varten löytyy niitä tukevia seikkoja. Hoitajat saavat työssään palkkaa lisää sitä mukaa kun kertyy työvuosia, joten voidaan olettaa heidän työnsäkin olevan laadukkaampaa ja turvallisempaa. Toisaalta asennetta työhön voidaan muuttaa koulutuksen ja työnohjauksen avulla (Paimio 2009, Huckshorn 2004, Bowers 2014). Huckshornin mallissa nousee esiin myös johtajuuden merkitys vaadittaessa henkilökunnalta muutosta ajattelutapoihin sekä resursseja niiden toteuttamiseen koulutuksen muodossa.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden arvioinnissa käytetään perinteisesti käsitteitä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, kuinka eheä tutkimuksen kohteeksi päässyt ilmiö on. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen. (Aaltio & Puusa 2011, 155.) Eskola ja Suorannan (2014, 214) mukaan sisäinen validiteetti laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määritelmien sopusointua. Niin teoreettis-filosofisten lähtökohtien, käsitteellisten määritelmien kuin menetelmällisten ratkaisujen pitää olla loogisessa suhteessa keskenään. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa aineiston ja siitä tehtyjen johtopäätösten pätevyyttä. Aineiston tulkinta on reliabeli, silloin kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia.

Haastateltavat oli valittu sillä perusteella, että heillä todennäköisesti oli tietoa tutkimastani aiheesta eli potilaslähtöisyydestä ja sen merkityksestä osaston turvallisuuteen. Työkokemusta mielenterveystyöstä vaadin vähintään kaksi vuotta. Tässä asiassa luotin hoitajien suulliseen ilmoitukseen työkokemuksestaan. Teknisesti haastattelut onnistuivat hyvin, koska käytännössä jokaisen sanan pystyin litteroimaan tietokoneelle. Haastateltavien puheeseen saattoi olla vaikutusta sillä, että suoritin samaan aikaan syventävää 7 viikon mielenterveydenharjoitteluani samalla osastolla. Toisaalta vielä enemmän persoonallani olisi ollut vaikutusta, mikäli olisin työskennellyt osastolla vakituisena työntekijänä. Haastateltavien lukumääräksi tuli lopulta 9 (n=9), jonka jälkeen huomasin aineistossa esiintyvän piirteitä kylläntymisestä. Tutkimuksen luotettavuutta olisi voinut parantaa lisäämällä haastateltavien määrää vielä suuremmaksi.

Eskola ja Suorannan (2014, 214) mukaan tutkimuksen reliabiliteetin tarkistamiseksi voi käyttää kolmenlaisia toimia: indikaattorien vaihtoa, useampaa havainnointikertaa ja useamman havaintajan käyttöä. Olisin saanut tutkimuksestani luotettavamman, mikäli olisin haastattelun lisäksi käyttänyt harjoitteluajanani havainnointia tutkimusmenetelmänä ja pitänyt vaikkapa havainnointipäiväkirjaa (triangulaatio). Toisaalta haastatteluissa kysyin samaa asiaa eri muo-

doissa ja sain silti saman suuntaisia vastauksia, joka Eskola ja Suorannan (2014, 214-215) mukaan tekee tutkimuksesta reliabiliteetin.

Tutkimuksessani oli tarkoitus aluksi hyödyntää fenomenografista lähestymistapaa, mutta kerättyäni aineiston ja luettuani sen läpi useaan kertaan luovuin ideasta. Laadullisen aineiston yksi rikkaus piilee siinä, että voi vaihtaa analysointitapaa, mikäli jokin tapa alkaa tuntua toimimattomalta. (Eskola & Suoranta 2014, 163.) Sisällönanalyysin eri vaiheet pystyin aukaisemaan niin, että ulkopuolisetkin pystyvät seuraamaan eri analyysivaiheiden etenemistä. Mielestäni analyysi on kattava, koska suurin osa tutkimustuloksista perustuu toistuviin poimintoihin aineistosta. Eskola ja Suorannan (2014, 216) mukaan yhä useammin aineiston tehtävänä on myös hypoteesien keksiminen. Pieni osa tutkimustuloksistani perustuu vain yhteen poimintaan aineistosta esim. moniammatillisen tiimin käyttö arvioimaan potilaan psyykkistä vointia ensimmäisenä hoitopäivänä sekä Safewards-malli. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa tutkijan kokemattomuus laadullisessa tutkimisessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa uutta tietoa tilaajalleen, mutta kaikkein suurin hyöty tästä on ollut itselleni. Tilaajalle hyötyä koituu markkinoitaessa koulutuksen ja asenteiden merkitystä hoitohenkilökunnalle. Työni on mainio tapa levittää tietoa potilaslähtöisyydestä, MAPAsta, työohjauksesta sekä hoitajan asertiivisuuden merkityksestä. Prosessi alkoi jo syksyllä 2014 aiheen etsimisellä ja on monen eri vaiheen jälkeen edennyt tähän pisteeseen, että kirjoitan viimeisiä lukuja. Itse olen oppinut, ettei potilaslähtöisyys ole vain korulauseita organisaation esitteissä. Teoriaosuuteeni löysin yllättävän paljon potilaslähtöisyyteen liittyviä tutkimuksia, minkä lisäksi haastattelemani hoitajat toivat lisää syvyyttä ilmiöön. Opin työni aikana tutkimuksen aikatauluttamista ja sen suunnittelua. Sisällönanalyysin toteuttaminen Eskola & Suorannan (2014, 150-153) periaatteilla oli mielenkiintoista. Tuossa vaiheessa tuntui, kuin olisin ratkaisemassa jotain arvoitusta.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseetiikan kannalta tärkeitä kysymyksiä on käsitelty mm. Helsingin sopimuksessa vuodelta 1964. Siinä on lueteltu joitakin seikkoja, jotka on otettava huomioon pohdittaessa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Tärkeimpinä seikkoina mainittakoon, ettei tutkimus saa vahingoittaa millään tavoin tutkittavaa ja että tutkimuksen on oltava vapaaehtoista siihen osallistuville. Lisäksi tutkimuksen hyödyn on oltava haittaa suurempi ja vastuu on tutkimuksen johtajalla. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.)

Opinnäytetyöni ei ollut tutkimuslain tarkoittama ja eettisen toimikunnan lausuntoa edellyttävä lääketieteellinen tutkimus, joten sain lupani ns. lomakelausuntona. Haastatteluista tiedottamisen ja haastattelut aloitin vasta tutkimusluvan tultua. Haastateltavien henkilöllisyys ja

heidän työpaikkansa salasin tutkimuksessa mahdollisimman tarkkaan. Haastateltavien allekirjoittamat suostumuslomakkeet hävitin polttamalla ja sanelukoneen muistin tyhjensin litteroinnin valmistuttua. Tietokoneelta olen hävittänyt litteroidut haastattelut. Haastatteluiden aikana en huomannut haastateltavissa nousevan ahdistuksen tai ärtymyksen tunteita. Kysymykseni käsittelivät pelkästään heidän työhönsä liittyviä asioita eikä niissä menty henkilökoh-taisuuksiin. Plagiointia en ole työssäni käyttänyt missään vaiheessa ja lähdemerkinnät olen kirjoittanut huolellisesti paikoilleen. Tutkimukseni tarkoitus oli lisätä potilasturvallisuutta osastotyössä ja huomioon ottaen edellä mainitut seikat voidaankin päätellä, että opinnäyte-työni on eettisesti hyvin korkealaatuinen.

8.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet

Yhdessä päivystysten kanssa psykiatrisilla osastoilla on kaikkein suuri riski joutua väkivaltaisen tai verbaalisen hyökkäyksen kohteeksi. Sen takia on tärkeää tutkia ja kehittää uusia mene-telmiä rauhallisempien osastojen luomiseksi. Parin vuoden sisällä Safewardsin opit todennä-köisesti ovat levinneet useimmille osastoille ja uuden toimintatavan vaikutusta osastojen tur-vallisuuteen voidaan alkaa tutkia. Nykyhetken mainiosti sopiva opinnäytetyn aihe olisi moni-aistisen huoneen suunnittelu jollekin suljetulle osastolle. Huoneen suunnittelu olisi edullista teettää oppilastyönä, mutta rakentamiseen luonnollisesti tarvittaisiin siihen sopiva tila sekä materiaaleihin ja työhön rahallisia resursseja. Luonteva vaihtoehto olisi tietysti varata yksi potilashuoneista käyttötarkoitukseen, riippuen osaston tilaresursseista. Muina aiheina MAPA-menetelmän kehittäminen ennakointia painottavaksi ja henkilöstön kouluttaminen huomioi-maan asertiivisuustaidot voisivat toimia hyvänä pohjana uusille opinnäytetöille. Jokaisen psykiatriseksi hoitajaksi opiskelevan tulee ymmärtää vuorovaikutustaitojen merkitys ja myös se, että on valmistumassa puhetyöläisen ammattiin.

Lähteet

- Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat- perusteita laadullisen tutkimustavan valintaan. Johtamistaidon opisto, 153-166.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Hjelt-Putilin, P. 2005. Turvallisuutta viestinnällä. Helsinki: Edita.
- Huhtinen, P. 2011. Neuvottelijan vuorovaikutustaidot. Tampere: Monivire Kustannus.
- Kaltiala-Heino, R. Makkonen, P. & Moring, J. 2013. Turvallisuus psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 61-83.
- Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2013. Erytyiskysymyksiä mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa Stormi, A. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma, 236-255.
- Kanerva, A. Kuhanen, C. & Seuri, T. 2013. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Stormi, A. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma, 180-235.
- Kiviniemi, L. Läksy, M-L. Matinlauri, T, Nevalainen, K. Ruotsalainen, K. Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.
- Kokkonen, P. Holli, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca.
- Laine, H. 2003. Asiakslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lepola, I. 2002. Potilaan arkipäivä psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. Teoksessa Haarakangas, K. (toim.) Mielisairaala muuttuu, Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 129-143.
- Noppiari, E. Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Oittinen, P. 2013. Mielenterveyshoitotyön etiikka. Teoksessa Stormi, A. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma, 55-92.
- Paimio, S. 2009. Työnohjaus hoitotyön voimavarana. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 323-339.
- Peltonen, A. 2011. Kunnioita asiakasta, lisää luottamusta. Helsinki: CC Lakimiesliiton kustannus.
- Pilli, M. 2009. Väkivallan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito -perusteet. Teoksessa Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hentinen, K, Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Tammi, 122-143.
- Puusa, A. 2011. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat- perusteita laadullisen tutkimustavan valintaan. Johtamistaidon opisto, 114-125.

Seppälä, C. 2011. Osastonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu-tutkielma, Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M & Vehviläinen- Julkunen, K 1997. Helsinki: WSOY

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J. Hirschovits, T. Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 101-125.

Välimäki, M. Lantta, T, Anttila, M. Pekurinen, V. Alhonkoski, M. Suvanne, T. Laine, A. Kannisto, K. & Kontio, R. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa (Hanke 111298) Loppuraportti. Turku: Turun yliopisto.

Elektroniset lähteet

Asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työryhmän loppuraportti. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. Viitattu 10.12.2014.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf

Blanco Sequeiros, S. 2013. Psykiatrisesta hoitotahdosta jo käytännön kokemuksia. Haastattelu Lääkärilehdessä 4.4.2013. Viitattu 6.1.2014.

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=13279/type=1

Bowers, L. 2014. Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 21, 499-508. Viitattu 12.1.2015.

http://www.researchgate.net/publication/260251951_Safewards_a_new_model_of_conflict_and_containment_on_psychiatric_wards

Cummings, K. Grandfield, S & Coldwell, C. 2010. Caring with Comfort rooms. Reducing Seclusion and Restraint Use in Psychiatric Facilities. Journal of Psychosocial Nursing. 48 (6), 26-30. Viitattu 15.1.2015.

<http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=a52b1bd2-357a-4b39-8c08-43d6ffa13ea9%40sessionmgr115&hid=102>

Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Viitattu 6.1.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

HE 108/2014 vp. Viitattu 9.8.2015.

<https://www.eduskunta.fi/FI/Vaski/sivut/trip.aspx?triptype=ValtiopaivaAsiat&docid=he+108/2014>

Huckshorn, K. 2005. Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint Planning Tool. National Technical Assistance Center: USA. Viitattu 7.1.2015.

http://www.hogg.utexas.edu/uploads/documents/SR_Plan_Template.pdf

Kontio, R. 2012. Vaihtoehtoja pakolle-hanke. HUS vuosikertomus 2012. Viitattu 10.11.2015.

http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/vuosikertomukset/Documents/hus_vuosikertomus2012_suomi.pdf

Kontio, R. Joffe, G. Putkonen, H. Kuosmanen, L. Hane, K. Holli, M. & Välimäki, M. 2010. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patient's Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. Perspectives in Psychiatric Care. 2012, 48, 16-24. Viitattu 11.1.2015.

<http://web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=b446651a-10ae-4bfb-b5c2-68f94d8eaa3c%40sessionmgr4004&hid=4101>

- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 12.12.2014 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf
- Larue, C. Dumais, A. Ahern, E. Bernheim, E & Mailhot, M-P. 2008. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009, 16, 440-446. Viitattu 14.1.2015. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=7d55be8f-91ea-4eac-a8aa-ba54971ef8c3%40sessionmgr4004&hid=4114>
- Lastensuojelulaki. 2007. Viitattu 9.11.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 10.12.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:9514250680>
- Launis, V. 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (47)2010, 136-139. Viitattu 14.12.2014. http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffojs.tsv.fi%2Findex.php%2FSA%2Farticle%2Fdownload%2F2821%2F4137&ei=nMyNVPF8E4bpywOTnYKgCA&usq=AFQjCNESlp8tUVE_43WkJ76F-7povdVo5g&sig2=dilzaEKTyTK0dA_hnuXU0Q&bvm=bv.81828268,d.bGQ
- Leikas, H. 2002. ”Joo, asioista saa ja pitää olla erimieltä, mut...” Pro gradu-tutkielma. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.12.2014. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11831/haleika.pdf?sequence=1>
- Mapa Foundation participant workbook. 2012. Manchester. United Kingdom: CPI. <http://www.crisisprevention.com/en-uk/Products/MAPA-Foundation-Participant-Workbook>
- Mielenterveyslaki. 1990. Viitattu 8.11.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.11.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden ja talouden laitos. Viitattu 12.12.2014. <https://www.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduANiemi.pdf/9fb8c72e-8ac4-4e54-916c-268f38a0111d>
- Potilasturvallisuusopas. 2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.8.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1>
- Rusila, H. 2014. Uusi itsemääräämislaki: Vähemmän rajoittamista, enemmän ennakkointia. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. Viitattu 9.11.2015. <http://tesso.fi/artikkeli/uusi-itsem-r-mislaki-v-hemm-n-rajoittamista-enemm-n-ennakkointia>
- Safewards. 2015. Viitattu 16.6.2015. <http://www.safewards.net/>
- Soininen, P. 2014. Psykiatrinen hoitotohto. Viitattu 6.1.2015. <http://www.otu.fi/images/pdf/seminaarimateriaalit/hoitotohtopaivisoinin.pdf>
- Whittington, R & Wykes, T. 1994. Violence in psychiatric hospitals: Are certain staff prone to being assaulted? Journal of Advanced Nursing, (19)1994, 219-225. Viitattu 10.1.2015. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=6&sid=f29c691c-1547-4193-95eb->

[86f28e2d87ac%40sessionmgr4001&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=1994184123](https://www.pearsoncmg.com/api/v1/print/healthcare/9780130812690/9780130812690-ch04-sessionmgr4001&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=1994184123)

Kuviot

Kuvio 1: Kategoriat ryhmiteltynä.	31
--	----

Liitteet

Liite 1. Tutkimuksen tiedotuslomake ja haastattelurunko	43
Liite 2. Suostumuslomake tutkimukseen.....	44
Liite 3. Koodausvaihe ja kategoriat	45

Liitteet

Liite 1. Tutkimuksen tiedotuslomake ja haastattelurunko

Tiedotus tutkimuksesta



Olen syksyllä valmistuva sairaanhoitajaopiskelija Harri Hallikainen ja teen opinnäytetyötäni osastolla maaliskuun puolestavälistä kesäkuun loppuun saakka. Opinnäytetyöni nimi on ”Potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle”. Tutkimukseni havainnot on tarkoitus koota teemahaastattelun avulla, haastattelemalla vähintään kahden vuoden psykiatrisen hoitotyönkokemuksen omaavia mielenterveys- ja sairaanhoitajia. Haastattelut suoritan 15.3-30.6.2015 välisenä aikana.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen suostuneiden haastattelut haluaisin äänittää. Haastattelut litteroin ja aineistolle teen sisällönanalyysin fenomenografisella tutkimusotteella. Fenomenografiassa ”tutkija on oppija, joka etsii tutkimansa ilmiön struktuuria ja rakennetta” (miten ihmiset kokevat tutkittavan ilmiön).

Tutkimukseen suostuvien toivon allekirjoittavan erillisen suostumuslomakkeen. Teemahaastattelu on luonteeltaan puolistrukturoitu, jossa kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu vaihtoehtoihin, vaan haastateltavat voivat niihin vastata omin sanoin. Alla olen luetellut haastattelua eteenpäin vieviä kysymyksiä:

- Mitä potilaslähtöisyys sinulle merkitsee?
- Miten se toteutuu osastollanne?
- Miten sitä voitaisiin edelleen kehittää?
- Mikä merkitys mielestäsi potilaslähtöisyydellä on osaston turvallisuudelle?
- Miten hoitajan ammattitaito ja kokemus vaikuttavat osaston turvallisuudelle?

Harri Hallikainen / Hoitotyön koulutusohjelma/Sairaanhoitaja AMK

harri.hallikainen@laurea.fi GSM: 050-3316649

Opinnäytetyön ohjaaja: Aulikki Yliniva. Puh: 09 8868 7691 aulikki.yliniva@laurea.fi

Liite 2. Suostumuslomake tutkimukseen

SUOSTUMUS

Osallistun sairaanhoitajaopiskelija Harri Hallikaisen tutkimukseen, jonka aiheena ovat potilaslähtöisyyden ja turvallisuuden kehittäminen psykiatrisella osastolla. Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja minulla on oikeus keskeyttää haastattelutilanne ja tutkimukseen osallistuminen milloin haluan.

Haastattelutilanteen saa äänittää (rastita haluamasi vaihtoehto):

kyllä

ei

Sanelulaitetta säilytetään lukitussa kaapissa. Sisällönanalyysin valmistuttua litteroidut haastattelut hävitetään tietokoneelta ja sanelulaite tyhjenetään.

_____ Syntymäaika

_____ Katuosoite

_____ Kaupunki

_____, ____ / ____ 2015 Paikka ja aika

_____ Allekirjoitus ja nimenselvennys

Harri Hallikainen

Haapatie 10 B

04480 HAARAJOKI

harri.hallikainen(at)laurea.fi GSM: 050-3316649

Liite 3. Koodausvaihe ja kategoriat

Numero+piste perässä= haastattelurungon kysymys, numero sulkeissa=ajatuskokonaisuus (kategoria)

Kirjain=haastattelun antanut hoitaja

1. Mitä potilaslähtöisyys sinulle merkitsee osastotyössä?
 - (1) Potilas pääsee itse vaikuttamaan hoitoonsa paljon=I,G,E,B,H
 - (2) Potilasta kohdellaan niin, kuin itseäsi haluaisit kohdeltavan hoidossa=F,C
 - (3) Hoito räätälöidään potilaalle hänen vointinsa salliessa=A,D esim.
Psykiatrinen hoitotahto=H, Omahoitajuus=C, E, Hoitosuunnitelma=A,C,E, Hoitoneuvottelut=A , Jatkohoidot=E, Omaiset=F, Hoitajien yhtenäinen linja=E, Potilaan saama tieto omasta etenemisestään=E

2. Kuinka potilaslähtöisyys toteutuu osastolla nyt?
 - (4) Potilaslähtöisyys on mennyt liian pitkälle=A,B,H,I
 - (5) Hoito on hyvin potilaslähtöistä verrattuna aikaisempaan=D,G,E,C,F.

3. Kuinka sitä voitaisiin kehittää paremmaksi?
 - (6) Potilaslähtöisyyttä pitäisi toteuttaa voinnin mukaan=A,B
 - (7) Omahoitajuutta kehittämällä potilaslähtöisyyskin kehittyi=C
 - (8) Potilaan ensimmäiseen tapaamiseen tulisi osallistua koko hoitotiimin=A
 - (9) Potilaille olisi järjestettävä enemmän aktiviteettejä ja resursseja niiden vetämiseen=E
 - (10)Projektien ja henkilöstön koulutuksen avulla (Safewards-malli),E,F,G,C

4. Mikä on potilaslähtöisyyden merkitys osaston turvallisuudelle?
 - (11)Potilaslähtöisyys luo osastolle turvallisuutta, mikäli sitä toteutetaan siihen sopiville potilaille=A,B,C,D,I,H,G,
 - (12)Potilaslähtöisyys tuo aina turvallisuutta osastolle, koska potilaat on tyytyväisiä=F

5. Millainen merkitys hoitajan ammattitaidolla ja kokemuksella on osaston turvallisuudelle?
 - (13)Kokeneemmilla hoitajilla on ammattitaitoa, jonka ansiosta osaston ilmapiiri säilyy rauhallisempana=A,B,G,
 - (14)Kokeneemmilla hoitajilla on ammattitaitoa, mutta osa heistäkin joutuu opiskelemaan potilaslähtöistä työskentelyotetta=C,D,E,F,H
 - (15)Kokeneemmilla hoitajilla on ammattitaitoa, jota potilaslähtöisen hoito-otteen takia ei hyödynnetä=I