

Katja Boman

PSYKIATRISEN POTILAAN VAPAUDEN RAJOITTAMINEN HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA

Hoitotiede
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2021

TIIVISTELMÄ

Katja Boman: Psykiatrisen potilaan vapauden rajoittaminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Hoitotiede
Huhtikuu 2021
Ohjaajat: dosentti Anja Rantanen ja professori Marja Kaunonen

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä sekä kuvata hoitohenkilökunnan suhtautumista pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

Kohderyhmänä oli hoitohenkilökunta yhden psykiatrisen sairaalan akuuttipsykiatrian, neuro-/vanhuspsykiatrian ja oikeuspsykiatrian osastoilta. Kaikki osastot olivat aikuispsykiatriasia osastoja. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 220 lähi- ja perushoitajalle, mielenterveyshoitajalle, sairaanhoitajalle sekä apulaisosastonhoitajalle ja osastonhoitajalle. Vastausprosentti oli 79% (n=174). Aineisto käsiteltiin tilastollisesti. Hoitohenkilökunnan tietoa potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttiluvuin. Suhtautumisen eroja pakkotoimiin testattiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Ikäluokkien myönteistä ja kielteistä suhtautumista pakkotoimiin testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Muuttujan neutraali suhtautuminen pakkotoimiin käytettiin Mann-Whitney U-testiä ja Kruskal-Wallis H-testiä.

Hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä voidaan pitää hyvänä. Potilaan vapauden rajoittamista koskeviin ohjeistuksiin ja lainsäädäntöön liittyviin väittämiin oikein vastanneiden keskiarvo oli 81,2%.

Pakkotoimiin suhtautumista tarkasteltiin myönteisenä, kielteisenä ja neutraalina. Naisten ja miesten myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti suuntaa antavana ($p = 0,10$). Ammattiryhmän lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja ja ammattiryhmän sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja myönteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p = 0,05$). Ammattiryhmä lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja suhtautui myönteisemmin pakkotoimiin. Ammattiryhmien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,02$). Ammattiryhmä sairaanhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja suhtautui kielteisemmin pakkotoimiin. Työsuhteiden kielteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti suuntaa antavana ($p = 0,10$).

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää muun muassa aggressiivisten ja levottomien potilaiden hoidon kehittämiseksi ja sairaalan sisäiselle koulutukselle. Tällä voitaisiin yhtenäistää aggressiivisten ja levottomien ja potilaiden hoitokäytäntöjä ja menetelmiä ja tätä kautta tehostaa aggressiivisten ja levottomien ja potilaiden hoidon laatua. Saatua tietoa voitaisiin käyttää myös pakkotoimien vähentämisessä.

Avainsanat: potilaan vapauden rajoittaminen, vastentahtoinen hoito, pakkotoimet, hoitohenkilökunta

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Katja Boman: Restriction of freedom of psychiatric patient from the nursing staff's point of view

Master's Thesis

Tampere University

Nursing Science

April 2021

Supervisors: docent Anja Rantanen and professor Marja Kaunonen

The main purpose of the study is to illustrate both the levels of staff's knowledge regarding the guidelines and legislations of restricting patient's freedom as well as how staff take an attitude on coercive measures and its affiliative factors.

Staff from Neuro-, geriatric-, forensic- and acute psychiatric wards of one psychiatric hospital formed the target group for the study. All the wards were exclusively for adult patients. Total sum of 220 Questionnaires were given for psychiatric nurses, practical nurses, nurses, assistant head nurses and head nurses. Response rate was 79% (n=174). The survey material has been statistically processed. The staff's understanding of the guidelines and legislations regarding restricting patient's freedom are illustrated in frequencies and percentages. Differing attitudes on coercive measures were tested in two sample independent t-tests. Age groups' positive and negative attitudes on coercive measurements were tested using one-way analysis of variance (ANOVA). Mann-Whitney's U-test and Kruskal-Wallis's H-test were used on the variable "neutral attitude regarding coercive measurements".

Surveyed staffs were aware of the legislations and guidelines of patient's coercive measurements and restrictions on liberties. The survey was correctly answered with 81,2% average.

Attitudes regarding coercive measurements were investigated positively, negatively and neutrally. Positive attitude regarding coercive measurements differed between sexes and was statistically directional ($p = 0,10$). Positive attitudes in occupational groups consisting of (A) psychiatric- and practical nurses, and (B) nurses, assistant head nurses and head nurses differed somewhat significantly ($p = 0.05$). Group (A) took more positive attitude regarding coercive measurements. Negative attitudes regarding coercive measurements differed statistically significantly ($p = 0.02$). Group (B) had more negative attitude towards coercive measurements. Negative attitude regarding coercive measurements differed between basis of employment was statistically directional ($p = 0,10$).

The purpose of the study was to produce valuable information which could be utilized on both the development of the treatment of aggressive and restless patients, and in the internal educational matters within the hospital staff. The information gained in this study could be used to improve the quality of treatment concerning aggressive and restless patients as well as to reduce the tendency to opt in coercive measurements.

Key words: Restriction of freedom, coercive treatment, coercive measurements, nursing staff.

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Mielenterveyshäiriöt ja niiden esiintyminen Suomessa	6
2.2 Potilaan vapauden rajoittaminen terveydenhuollossa	10
2.3 Potilaan vapautta rajoittavat hoitotoimenpiteet Suomessa ja ulkomailla	11
2.4 Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa	14
2.5 Potilaan vapautta rajoittava ohjeisto Suomessa	16
2.5.1.Lainsäädäntö	16
2.5.2 Säännökset ja sopimukset	19
2.6 Eettiset ohjeet ja etiikka liittyen potilaan vapauden rajoittamiseen	20
2.7 Tutkimukset liittyen potilaan oikeuksiin ja vapauden rajoittamiseen	22
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	27
4.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	27
4.2 Mittari	27
4.3 Aineiston analyysi	28
4.4 Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kuvaus	28
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	33
5.1 Hoitohenkilökunnan tieto potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä.	33
5.2. Pakkotoimiin suhtautuminen	35
5.3 Taustamuuttujien yhteys pakkotoimiin suhtautumisessa.	36
6 POHDINTA	37
6.1 Tulosten tarkastelu	37
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	40
6.2.1 Reliabiliteettikerroin Cronbachin alfa	40
6.2.2 Validiteetti	42
6.3 Tutkimuksen eettisyys	42
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	43
7.1 Hoitohenkilökunnan tietämys potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä	43

7.2 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä	44
LÄHTEET	45

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Euroopan parlamentin mietinnön (2006) mukaan mielenterveydenhoidon haasteena on muuttaa järjestelmiä, mahdollisuuksia sekä asenteita. Euroopan parlamentin mietintö katsoo, että tarvitaan erilaisia toimenpiteitä ennakkoluulojen poistamiseksi ja asenteiden muuttamiseksi. Tärkeää on, että kehitetään asenteita, kykyjä sekä tarjotaan olennaisia tietoja. Tässä korostuu mielenterveyspotilaiden hoitamisessa mukana olevien tahojen, kuten hoitohenkilökunnan, jatkuvan koulutuksen ja työnaikaisen koulutuksen merkitys.

Asenne on johonkin sosiaalisesti merkitykselliseen kohteeseen liittyvä positiivinen tai negatiivinen suhtautumistapa. Asenne sisältää tunnepohjaisen latauksen johonkin asiaan ja aina myös hieman tietoa asiasta. Asenteen voidaan ajatella olevan eräänlainen, selvästi arvolatautunut, skeema. Skeema tarkoittaa rakennetta tai kaavaa, ja sillä viitataan ajattelun tiedollisiin ja jäsentyneisiin kokonaisuuksiin. Kiistelyä aiheuttaa asenteen mahdollinen toiminnallinen puoli. Sosiaalisen elämän kannalta olisi tärkeää tietää siitä, että toimiiko ihminen asenteidensa mukaisella tavalla.

(Kongitiivistä sosiaalipsykologiaa 2008.)

Käytännön työtä tekevien asenteet ja mielipiteet heijastavat sitä, mitä hoitotyö todellisuudessa on. Asenteet ovat käytännön kokemuksen tuoman tiedon lisäksi loppumaton ja liian vähänkin huomioitu voimavara hoitotyössä. Asenteet ovat yksi tiedon lähde siitä, miten potilaita käytännössä hoidetaan. Hoitajan asenteet saattavat vaikuttaa hänen motivaatioonsa oppia uusia asioita, työmoraaliin sekä työstä koettuun tyytyväisyyteen. Nämä tekijät voivat puolestaan vaikuttaa hoitajan työsuoritukseen ja potilaan kohtaamiseen ja kohteluun. Näiden seikkojen vuoksi tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatristen vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja laeista sekä suhtautumista potilaan vapauden rajoittamista kohtaan. Potilaiden hoitoa sekä hoitotyötä ohjaavat erilaiset lait, ohjeistukset ja säännökset. Näiden tunteminen on käytännön toiminnassa tärkeää, jotta voi toimia oikealla tavalla. Tarvittaessa voidaan suunnitella täydennyskoulutusta lakien ja ohjeistuksien sisällöstä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös hoitohenkilökunnan työhönsäätelyn tarpeen määrittelyssä ja kohdentamisessa.

Tutkimuksessa potilaan vapauden rajoittamisella tarkoitetaan potilaaseen kohdistuvaa pakkoa psykiatriassa. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on se, onko hoitotyöntekijöiden taustatiedoilla yhteyttä asenteisiin ja mielipiteisiin potilaan vapauden rajoittamista kohtaan. Saadulla tiedolla saatettaisiin voida vaikuttaa hoitajien asenteisiin ja sitä kautta myös hoitotyön laatuun koulutuksen myötä.

Vapauden rajoittamisella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan hoitoon määrääminen vasten potilaan tahtoa ja hoidon jatkaminen ilman potilaan suostumusta ja itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Pakolla toteutetut hoitotoimenpiteitä ovat huone- ja leposide-eristys, fyysinen kiinnipito, pakkolääkitys ja pakkoruokinta, yhteydenpidon ja ulkoilun rajoittaminen ja omaisuuden haltuunotto. Levottomilla ja aggressiivisilla potilailla tarkoitetaan potilasryhmää, joihin pakkotoimia yleensä kohdennetaan. (Kaltiala-Heino 1999; Kaltiala-Heino, R. 2000; Minilex 2020.)

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää muun muassa apuna levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoidon kehittämisessä ja suunniteltaessa esimerkiksi sairaalan sisäistä koulutusta. Tällä voitaisiin yhtenäistää levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoitokäytäntöjä ja menetelmiä ja tätä kautta tehostaa levottomien ja aggressiivisten potilaiden hoidon laatua. Saatua tietoa voitaisiin käyttää myös pakkotoimien vähentämisessä.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveyshäiriöt ja niiden esiintyminen Suomessa

Vuonna 2013 laitoshoidossa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli yhteensä 26 561 potilasta, joista 8 330 potilasta tuli hoitoon tahdosta riippumattomasti tarkkailulähetteellä MI, eli 29 prosenttia kaikista potilaista. Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet kohdistuvat Suomessa suurelta osin juuri mielenterveyden häiriöstä kärsiviin henkilöihin. (Raunio & Rätty 2015.)

Mielenterveyden häiriöt ovat nykyisin yleisin työkyvyttömyyden peruste. Voimakkain muutos tähän suuntaan on tapahtunut 90-luvun aikana (Pirkola & Sohlman 2005.) Kaikista alle 44-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä 64 % johtuu mielenterveyden ongelmista. Masennus on noussut 1990-luvun puolivälissä skitsofrenian ohi yleisimmäksi psykiatriseksi diagnoosiksi työkyvyttömyyden aiheuttajana. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanhi & Hakola 2002; Joukamaa 2002.) Joukamaan (2002) mukaan mielenterveyden ongelmat esiintyvät Suomessa jokaisessa ikäluokassa ja haittaava yhden viidestä arjessa selviytymistä. Vuosittain sairastuu 1,5 % väestöstä mielenterveyshäiriöihin. Lönnqvistin (2005) mukaan eri puolilla maailmaa skitsofreniaa esiintyy noin yhdellä prosentilla väestöstä. Skitsofrenian esiintyvyys on kuitenkin jostain syystä jonkin verran suurempi. (Ks. Myös Joukamaa & Heikkinen 2001.)

Mielenterveyden ongelmista skitsofrenia on suuri vaikeus psykiatriselle hoitotyölle, koska

skitsofrenia on psykoottisista häiriöistä ongelmallisim ja kaikkein yleisin. Mielialahäiriöt aiheuttavat inhimillisen kärsimyksen lisäksi myös yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia tappioita ja, työkyvyttömyyttä ja jopa ennen aikaista kuolemaa. (Jokinen & Räisänen 2001; Lehtonen & Lönnqvist 2001.) Mielenterveyden häiriö vaikuttaa yksilön käyttäytymiseen ja heikentää tämän toimintakykyä. Nuorella iällä alkanut mielenterveyden häiriö haittaa ammatillista kehittymistä tai voi johtaa jopa työkyvyttömyyteen, samoin haittaa voi aiheutua sosiaalisten suhteiden luomiseen. Mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä huonoon sosiaaliseen asemaan, alhaiseen koulutustasoon, työkyvyttömyyteen ja yksinäisyyteen. Mielenterveyshäiriöön liittyy myös merkittävästi lisääntynyt vaara kivusta ja vapauden menettämisestä, mikä heikentää yksilön elämänlaatua ja tuottaa inhimillistä kärsimystä (Joukamaa 2002; Pirkola & Sohlman 2005.)

Kliinisesti eri mielenterveyden häiriöt liitetään kuvailevana oirekokonaisuutena aina yksilöön eikä parisuhteeseen, perheeseen tai ryhmään. Yksilön kautta mielenterveyden ongelmat vaikuttavat perheeseen ja yhteiskuntaan. Ihmisen mielenterveyttä voidaan määritellä usealla eri tavalla, myös muutoin kuin tautiluokituksen diagnoosein. (Lehtonen & Lönnqvist 2001; Joukamaa 2002.) Taulukossa 1. on esitelty Suomen suurimmat työeläkkeen saajat vuonna 2003 sairauden ja eläkejärjestelmän mukaan.

Taulukko 1. Työeläkkeen saajat vuonna 2003. (Kelan tilastollinen vuosikirja 2003; Mielenterveysatlas 2005.)

Sairausryhmä	Työeläke lkm	%	Vain kansaneläke lkm	%	Yhteensä lkm	%
F00-99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	75 305	35,9	31 833	72,4	107 135	42,2
M00-M99 Tuki- ja liikunta- elinten, sidekudosten sairaudet	61 661	29,4	1096	2,5	62 757	24,7
I00-I99 Verenkiertoelinten Sairaudet	20 449	9,7	365	0,8	20 814	8,2

Psykiatristen sairauksien yksi hoitomuoto on lääkehoito, jonka käytännöt muuttuvat jatkuvasti

tutkimus- ja kehittämistyön myötä. Monien psykiatristen sairauksien hoitoon on tullut uusia lääkeaineita ja ainakin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa niiden rooli on tärkeä. Lääkekehittelyn ja tutkimuksen tärkeänä tavoitteena on tuottaa vaikutusmekanismeiltaan tehokkaita lääkeaineita, joilla on entistä vähemmän haittavaikutuksia. (Välimäki 2000.) Ajan myötä ongelmaksi ovat nousseet lääkekehittelyn huomattavat kustannukset. Tämän vuoksi lääkkeet ovat kalliita sekä käyttäjän, että yhteiskunnan näkökulmasta. (Pirkola & Sohlman 2005). Taulukossa 2 esitetään psykelääkkeiden kulutus apteekkimyyntin mukaan vuosina 1990-2003.

Taulukko 2 Psykelääkekulutus apteekkimyyntin perusteella 1990-2003. (Mielenterveysatlas 2005.)

Vuorokausiannos annos/1000as/vrk	Unilääkkeet	Depressiolääkkeet	Antipsykoottiset lääkkeet
1990	35	8	16
1995	40	20	15
2000	52	40	15,5
2003	57	47	18

Hoitojaksot psykiatrisissa sairaaloissa ovat lyhentyneet vuodesta 1996 vuoteen 2003. Vuonna 1996 se oli 67 päivää ja vuonna 2004 38 päivää. (Stakes 2005). Tähän liittyy pitkien hoitajaksojen väheneminen. Dementiapotilaat ja iäkkäät psykiatrisista sairauksista kärsivät ovat sijoitettu vanhainkoteihin ja muualle hoitoon. Ilmeisesti tästä syystä hoitajaksojen keskipituus oli vielä 2000-luvulla lyhentynyt eniten juuri yli 75-vuotialla. Ikäryhmässä 0-14 vuotiaat löytyvät pisimmät sairaalahoitojaksot. (Välimäki 2000; Pirkola & Sohlman 2005.)

Hoitopäivien ja hoitajaksojen väheneminen jatkuu edelleen. Vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat vähentyneet lähes 29 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2013. Samoin hoitajaksojen määrässä vähennys on ollut noin 20 prosenttia. Avohoitokäynnit ovat kuitenkin lisääntyneet samassa ajassa 31 prosenttia. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilasmäärän lisäys on ollut 23 prosenttia. Naisia ja miehiä oli laitoshoidon potilaina yhtä paljon. Sukupuolijakauma vaihteli kuitenkin ikäryhmittäin. Miehillä skitsofrenia oli yleisin vuodeosastohoidon syy, naisilla masennus. Miehillä lääkkeiden, alkoholin ja muiden päihteiden käyttö oli yleisempi vuodeosastohoidon syy kuin naisilla. Syömishäiriöiden vuoksi hoitoon joutuneista yli 90 prosenttia oli naisia tai tyttöjä. (Raunio & Rätty 2015.)

Mielenterveyshäiriöiden määrä on vuosikymmenen seurannassa pysynyt samana. Suomalaisväestöllä

esiintyy mielenterveyshäiriöitä suunnilleen saman verran kuin vastaavien tutkimusten perusteella muiden länsimaiden väestöllä (WHO 2000). Skitsofrenian esiintyvyys on Suomessa hieman yleisempää kuin muualla (Lönnqvist 2005). Psykkiset ongelmat ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin aikaisemmin. Tehtyjen tutkimuksien tulokset eivät viittaa näiden ongelmien merkittävään yleistymiseen (Lepola ym. 2002; Pirkola & Sohlman 2005.) Taulukkoon 3 on koottu tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden prosentuaalinen lukumäärä yli 29-vuotialla suomalaisilla vuosina 2000-2001.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä kaikkialla maailmassa. Ne liittyvät persoonallisuushäiriöiden lisäksi usein muihin mielenterveyden häiriöihin ja vaikeuttavat hoitoa. (Jokinen & Räsänen 2001; Joukamaa 2002.) Vuosina 2000-2004 eniten hoitoa vaativia potilaita oli diagnooseilla F20-F29. Tähän diagnoosiryhmään kuuluvat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt ja skitsotyyppinen häiriö. Skitsofrenia on yleisin häiriö yksittäisistä diagnooseista psykiatriassa. Toiseksi suurin määrä potilaita oli hoidossa diagnooseilla mielialahäiriöt F30-F39. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Pylkkänen 2001; Stakes 2005.)

On arvioitu, että viisi kymmenestä eniten toimintakykyä alentavasta sairaudesta maailmassa on mielenterveyshäiriö, kuten masennus, alkoholismi, kaksisuuntainen mielialahäiriö, pakko-oireinen häiriö ja skitsofrenia. Yksinomaan masennus aiheuttaa yli 10% kaikista toimintakykyrajoitteisesti eleyistä vuosista koko maailmassa. Mielenterveyshäiriöistä johtuva työkyvyttömyys ja kuntoutuksen tarve ovat lisääntyneet samalla kun muiden kansantautien aiheuttama työkyvyttömyys on vähentynyt. Psykiatrisista sairauksista aiheutuva työkyvyttömyysuhka koskee erityisesti nuoria ikäluokkia. Tämä seikka korostaa psykiatriseen kuntoutukseen panostamisen tärkeyttä. Hoidon alkaminen tapahtuu usein viiveellä ja vain osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ihmisistä on asianmukaisessa hoidossa. (Pylkkänen 2001; Joukamaa 2002.)

2.2 Potilaan vapauden rajoittaminen terveydenhuollossa

Vapauden rajoittamisella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan hoitoon määrääminen vasten potilaan tahtoa ja hoidon jatkaminen ilman potilaan suostumusta ja itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Pakolla toteutettuja hoitotoimenpiteitä ovat huone- ja leposide-eristys, fyysinen kiinnipito, pakkolääkitys ja pakkoruokinta, yhteydenpidon ja ulkoilun rajoittaminen ja omaisuuden haltuunotto. Levottomilla ja aggressiivisilla potilailla tarkoitetaan potilasryhmää, joihin pakkotoimia yleensä kohdennetaan. (Kaltiala-Heino 1999; Kaltiala-Heino, R. 2000, Minilex 2020.

Historiallisesti tarkasteltuna pakko on aina läsnä terveydenhuollossa, etenkin mielenterveyspotilaiden hoidossa. Kontrollointi ja vallankäyttö ovat läpi aikakausien sävyttäneet psykiatrissa hoitoa niin kansainvälisesti kuin Suomessakin. Hoitamisen ja kontrollin yhteen kietoutuminen sai aikaan sen, että mielisairaisiin kohdistettu vallankäyttö oli aikanaan jokseenkin rajatonta. (Suutala 1999.) Tuskalliset, nykyaikana kiduttamiseen rinnastettavat kokeilut ja hoitotoimenpiteet olivat mahdollisia, koska potilaiksi joutuneilla ei ollut edes samoja ihmisoikeuksia kuin rikoksista tuomituilla (Cullberg 2005). Viimeisten neljän vuosikymmenen kuluessa mielenterveyden ongelmien hoidon synkkä keskiaika on hälventynyt. Edelleen synkkä keskiaika kuitenkin vallitsee ainakin yhdessä osaluueessa. Nimittäin häpeän leima häilyy vielä tällä vuosituhanellakin mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien yllä. (Euroopan parlamentin mietintö 2006.) Nykyisin psykologiset ja biologiset hoitokeinot ja selitysmallit elävät psyykkisten häiriöiden hoidossa rinnakkaiseloa ja ovat yhdessä mahdollistaneet potilaiden kohtelun tulosten paranemisen (Cullberg 2005).

Tietämyksen kasvun lisäksi yleiset asenteet ja käsitykset ovat muuttuneet toisenlaisiksi. Nykypäivänä on vaikea kuvitella kenenkään puolustelevan ruumiillista kuritusta, kidutusta ja vankityrmiä ratkaisuna psykoottisten ihmisten hoitoon. Perimmäinen kysymys pakkovallan oikeutuksesta psykoottisten ihmisten kohtaamisessa on siltikin ajankohtainen. (Ojanen & Sariola 1997.) Terveydenhuollossa pakkotoimilla on sekä kannattajansa, että vastustajansa. Jyrkimmät pakkohoidon vastustajat haluaisivat poistaa koko instituution, koska he näkevät pakkohoidon yksinomaan vallankäytön muotona, jolle ei ole mitään oikeutusta. Vapausoikeuksien puolustajat katsovat, että potilaan tahdon huomiotta jättäminen on haitallinen ja vaarallinen teko. Suomessa pakkohoitoon ottaminen on käytännössä pitkälti terveydenhuollon sisäinen asia. Hoitoon ottamisprosessi tapahtuu terveydenhuollon sisäisesti, vaikka valitustiet ovatkin osoitettu ja hallinto-oikeus valvoo hoitopäätöksiä, koska vasta valmis päätös alistetaan hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Joissakin maissa, kuten Yhdysvalloissa, pakkohoitoon ottamisesta päätetään oikeudessa. Molempia tapoja vastaan on nostettu kritiikkiä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan potilaat itse haluavat päätösvallan pakkohoidosta säilyvän lääkäreillä. (Huttunen 2017; Kaltiala-Heino 1999; Seppi 2005.)

Pakon käytön seuraamuksista tiedetään vähän. Ei ole selvää, johtaako pakkotoimi toivottuun rauhoittumiseen rangaistuksen pelossa vai hoidollisista syistä. (Sailas 1999; Sailas & Fenton 2000.) ei ole olemassa myöskään näyttöä siitä, että eristämällä olisi selkeää vaikutusta aggressiivisuuden vähenemiseen. Psykiatrinen sairaus vähentää osaltaan potilaan kompetenssia. Tästä huolimatta potilaan itsemääräämisoikeus on huomattavasti tärkeämpää kuin usein ajatellaan. (Kaltiala-Heino

1999.) Vaikka osa potilaista näkee pakkotoimien käytöllä olevan hyötyä esimerkiksi oman käyttäytymisen hallinnassa, hekin kokivat lepositeet ja eristämisen negatiivisena kokemuksena, vielä puolen vuoden jälkeen eristämisestä. Etenkin oikeuspsykiatrisen sairaalan potilaat kokivat pakkotoimet rangaistuksena. (Keski-Valkama 2010.)

Pakkohoidon ohjauksessa on huomioitava muun muassa seuraavia seikkoja: Pakkoa käytetään liikaa ja sairaaloiden välisiä eroja pakkotoimien käytössä on havaittavissa, eroja on myös samassa sairaalassa sijaitsevien eri yksiköiden välillä ja säädökset eivät yksin riitä ohjaamaan pakkotoimia, vaan tarvitaan yksiköiden omaa laatutyötä ja ohjausta. Hoitotyöntekijöiden rooli on ratkaisevassa asemassa pakkotoimien käynnistämiseen, joten osaamista on kehitettävä ja henkilökuntaa tulee olla riittävä määrä. Tulevaisuudessa olisi tarvetta pakkotoimia vähentävälle kansalliselle projektille. (Kääriäinen 2007).

2.3 Potilaan vapautta rajoittavat hoitotoimenpiteet Suomessa ja ulkomailla

Ihmisen vapauden rajoittaminen psykiatrisessa hoidossa on nykyaikana yleisesti sallittua länsimaissa, tosin siinä on laajalti ongelmakohtia eettisellä, juridisella ja lääketieteellisellä alueella. Vapauden rajoittaminen ja erilaisia pakkotoimia voidaan määrätä yleensä vain sairaalahoidossa pakkohoidossa olevalle potilaalle. Nykyään Suomessa, ja kansainvälisestikin, on herännyt keskustelua siitä, tulisiko avohoidossa myös olla mahdollisuus niin sanottuun velvoittavaan avohoitoon, joka muun muassa Italiassa sisältyy mielenterveyslakiin. (Kaltiala-Heino 1998; Keski- Valkama 2010; Kiikkala & Tuori 2004.)

Pakkohoito-käsite on käytössä vain Suomessa, ja esimerkiksi pakkolääkitystä ei ole muualla kuin Suomessa. Euroopassa ei puhuta pakkohoidosta tai pakosta vaan aggressiivisen ja levottoman potilaan hoidosta ja eristämisestä. Suomella ei ole Euroopan maiden kanssa oikeastaan muuta yhteistä kuin eristyshuone. Suomessa on olemassa hyvät ja kattavat tilastot erilaisten pakkotoimien käytöstä ja vastentahtoisesta hoidosta. Useissa Euroopan maissa puuttuvat kokonaan tilastot pakkotoimien käytöstä, tai tilastot ovat puutteellisia. (Välimäki 2006 a.)

Yleisesti ottaen Suomessa käytetään jonkin verran enemmän huone-eristystä kuin leposide-eristystä. Suomessa eri sairaaloiden välillä on eroja pakkotoimien käytössä. Toisessa sairaalassa käytetään enemmän huone-eristystä, kun toisessa leposide-eristystä. Myös eri maiden välillä on eroavaisuuksia. Englannissa lepositeiden käyttö on pääosin kiellettyä, mutta Hollannissa huone-eristyksen ja

leposide-eristyksen käyttö voi olla huomattavankin pitkäkestoista. (Keski-Valkama 2010.)

Suomessa pääosa psykiatrian erikoissairaanhoidon akuuttipsykiatrisista osastoista ovat suljettuja. Euroopassa ne ovat avo-osastoja. Euroopassa levottomien ja aggressiivisten potilaiden valvonta on käytetyin toimintatapa ja valvontaa on eri asteista. Suomessa tehostettuna valvontatapana käytetään vierihoitoa. Levottomien ja aggressiivisten potilaiden lääkintä rauhoittavilla lääkkeillä ja neurolepteillä on Euroopassa yleinen rauhoittamiskeino, tämä korostuu etenkin, jos eristys huonetta tai lepositeitä ei ole käytössä. Yleinen rauhoittamismuoto Euroopassa on myös potilaan fyysinen kiinnipitäminen. (Välimäki 2006 b.) Suomessa aikuispotilaiden fyysinen kiinnipitäminen on melko vähäistä. Lasten ja nuorten psykiatrisella osastoilla fyysinen kiinnipitäminen on kuitenkin yleinen rauhoittamismenetelmä. (Kiikkala & Tuori 2004.)

Suomessa fyysisellä kiinnipitämisellä tarkoitetaan potilaan luonnollisten liikeratojen hallittua, kivutonta rajoittamista ja immobilisointia sekä samanaikaista hoidollista vuorovaikutusta. Tavoitteena on katkaista väkivaltatilanne, auttaa potilasta rauhoittumaan, toiminaan yhteistyössä ja lopulta itse kontrolloimaan käytöstään. Vierihoido psykiatrisessa hoitotyössä tarkoittaa nimetyin hoitajan jatkuvaa läsnäoloa potilaan vierellä. Vierihoidolla taataan potilaan turvallisuutta ja pyritään lisäämään potilaan turvallisuuden tunnetta. (Korpela, Kontio, Koivisto & Laaksonen 2005.)

Pakkohoitoa koskeva keskustelu on pääasiassa koskenut psykiatriseen sairaalaan ottamista ja siellä pitämistä, mutta Yhdysvalloissa on keskusteltu siitä, miten paljon tahdosta riippumattoman sairaalahoidon aikana voidaan potilaaseen kohdistaa pakkohoitoa ja rajoittavia pakkotoimia. Myös Euroopan Neuvostossa hoitoon ottamisen ja hoidon aikaisen potilaan tahdon ohittamisen tarkemmasta erottamisesta keskustellaan. (Kaltiala-Heino 1998; Paunio 2000; Kiikkala & Tuori 2004.)

Suomessa pakkohoidon edellytyksenä on vakava todellisuudentajun häiriintyminen eli psykoosi. Eräissä Euroopan maissa psykiatrista pakkohoitoa sovelletaan laajemmin. Hoitoa voidaan antaa vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivälle. Käsite sisältää vaikeat persoonallisuushäiriöt, joihin liittyy ohimenevää todellisuuden tajun häiriintymistä sekä itsetuhoisuutta sisältävät vakavat masennustilat. Suomessa sovelletaan vastaavia periaatteita alaikäisiin. (Suutala 1999; 2000.) Salize & Dressingin (2005) tutkimuksessa ilmenee, että hoidon laatu voi vaihdella eri maissa arvioijan näkökulman mukaan ja mielenterveyspotilaan hoidon laatua ei ole standardoitu. Yhtenevistä EU-säädöksistä huolimatta yhdenmukaisia ohjeita ja lainsäädäntöä pakkotoimiin liittyen ei ole tunnistettavissa (Dressing & Salize 2004), vaikka samat diagnoosit johtavat pakkotoimiin (Välimäki

2006 b.) European Commission (Green Paper 2005) on ensimmäinen aloite kohti yhteneviä ohjeistuksia.

Kansainvälisiä vertailuja tahdosta riippumattoman hoidon yleisyydestä ei ole kovinkaan paljon. Salize, Dressing ja Peitz (2002) ovat verranneet (Ks. Myös Kiikkala & Touri 2004 ja Paunio 2000) laajassa raportissaan mielenterveyspotilaiden vastentahtoista sairaalahoitoon lähettämistä ja hoitoa Euroopan Unionin jäsenvaltioissa. Suomessa oli vuosituhanen vaihteessa väestöön suhteutettuna huomattavan runsaasti psykiatrista pakkohoitoa. Vain Luxemburgissa ja Ruotsissa pakkohoitajaksojen määrä oli suurempi kuin Suomessa. Pakon käytöstä ja vapauden rajoittamisesta on viime vuosien aikana tehty selvityksiä, joiden yhteinen viesti on ollut pakon käyttämisen runsaus ja pysyvyys psykiatrisessa sairaalahoidossa. Kellokosken sairaalan tilastojen (2006) mukaan eristyksen kesto on keskimäärin 21,54 tuntia. (Vrt. Groth ym 1999). Savagen, Certin ja Salibin (1999) tutkimuksessa eristyksen kesto vaihteli 15 minuutista 12 tuntiin ja vain 4 % potilaista oli eristettynä 10 tuntia tai enemmän (Ks. Myös Sailas & Fenton 2003, Sailas Wahlbeck 2005.) Groth ym. (1999) mukaan eristämisen määrät vaihtelevat eri tutkimuksissa 0-66 tuntia.

Vuonna 2013 koko Suomessa tahdosta riippumattomia psykiatrisen erikoissairaanhoidon laitoshoitopäiviä oli 8033. Potilaita vastentahtoisessa hoidossa oli 8339, näistä 1513 (6,1%) oli eristetty, lepositeissa oli ollut 773 (3,1%), kiinnipitämistä oli kokenut 424 potilasta (1,7%) ja tahdonvastainen injektio oli annettu 772:lle (3,1%). Pakkotoimenpiteiden määrässä oli eroja sairaanhoitopiirien välillä. (Rautio & Rätty 2015.)

Potilas on lähetettävä Suomessa tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon, silloin kun hoito on lääketieteellisesti perusteltua ja tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon mielenterveyslain (1116/1991) mukaiset juridiset edellytykset samanaikaisesti täyttyvät. Tilanne, jossa tahdosta riippumattoman hoidon juridiset edellytykset täyttyvät, mutta hoito ei ole lääketieteellisesti perusteltua on hyvin harvinainen. (Taiminen 1998 vrt. Utria 1996.) Psykiatrisessa hoidossa pakkotoimia käytetään ainoastaan potilaisiin, jotka ovat Mielenterveyslain (1116/1990) mukaisesti pakkohoidossa tai tarkkailussa. Pakkoa ei saa käyttää vapaaehtoisesti hoidossa oleviin potilaisiin. Tällöin rajoituksista on erikseen sovittava potilaan kanssa. (ETENE 2004; Suutala 1999; 2000.)

2.4 Vapauden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa

Pakkoa käytetään psykiatriassa niin potilaan ottamiseksi sairaalahoitoon ja siellä pitämiseksi kuin

hoidon aikana sekä potilaan psyykkisen tilanteen kohentamiseksi, että hänen kontrolloimisekseen. Pakolla toteutettavat hoitotoimenpiteet (engl. coercive treatments) tähtäävät potilaan psyykkisen tilan kohentamiseen, pakkotoimet (engl. Coercive measures) ja rajoitukset (engl. Restrictions) taas tilanteen hallintaan esimerkiksi väkivaltaisuuden katkaisemiseen ja terapeutin hoitoympäristön takaaminen muille potilaille. (Kaltiala-Heino 1998; 1999.) Näitä edellä mainittuja pakkotoimenpiteitä ovat eristäminen, leposide-eristys, fyysinen kiinnipito, vasten potilaan tahtoa annettu injektio, omaisuuden huostaanotto yhteydenpidon rajoittaminen, henkilötarkastusta ja katsastus ja magneettivyyön käyttö. Myös potilaan omaisuutta ja lähetyksiä voidaan tarkasta ja yhteydenpitoa voidaan rajoittaa (Raunio ja Rätty 20015; Valvira 2018 b). Käytännössä hoitamisen pakon elementit usein sekoittuvat esimerkiksi silloin kun samalla toimenpiteellä saatetaan yhtä aikaa tavoitella tilanteen hallintaa ja potilaan auttamista, ja myös silloin kun tahdosta riippumaton hoitotoimi saa tahattomasti kontrolloinnin ja jopa rangaistuksen sävyjä. (Kaltiala-Heino 1998; 1999.)

Pakkotoimia perustellaan usein sairaalahoidossa potilaan hoidon vuoksi tarpeellisina toimenpiteinä. perusteluina ovat myös potilaan suojeleminen itseltään ja muilta sekä potilaan hallinnan tarpeella. Näissä tapauksissa käytetään eristystä, lepositeitä ja fyysistä kiinnipitämistä (Ks. Myös Tuohimäki, Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuori, Joukamaa 2003). Pakon käytöllä voidaan myös pyrkiä estämään itsemurhayrityksiä tai jollakin muulla tavalla oman ruumiin vahingoittamista. Eristämisen ja lepositeiden käytön ajatellaan sinänsä auttavan potilasta kontrolloimaan psykiatrista oireiluaan. Kontrolli keinona huone-eristystä ja lepositeitä käytetään silloin kun psykiatrinen potilas on oireilunsa vuoksi vaarallinen muiden turvallisuudelle. (Kiikkala & Tuori 2004.) Hoidon aikana pakkotoimia ja rajoituksia ovat myös pakkoruokinta, puhelimen käytön, kirjeenvaihdon ja ulkoilun rajoitukset. (Paunio 2000). Välimäki, Taipale, Kaltiala-Heino (2001) toteavat tutkimuksessaan, että Suomessa psykiatrisia potilaita hoidetaan yhteistyössä heidän kanssaan ja rajoitukset ovat vain potilaan oman tai ympäristön turvaksi. Suomessa sairaaloissa ovat omat ohjeistukset ja rajoitukset pakkotoimien käytöstä.

Eristettäessä potilas laitetaan yksin eristyshuoneeseen tai muuhun lukittuun ilman kalusteita olevan tilaan, josta hän ei omin voimin pysty poistumaan. Niillä psykiatrisilla osastoilla, joilla eristämistä käytetään, yleensä ensisijaisesti psykoosipotilaita hoitavilla osastoilla, on eristämistarkoitusta varten mainitut kalustamattomat eristyshuoneet. Joskus käytetään eristämisenä potilaan sulkemista normaaliin potilashuoneeseen, josta otetaan tarkoitusta varten pois kalustus. Lepositeet ovat remmejä ja hihnoja, jotka ovat tarkoitettu potilaan kiinnipitoon. Näillä hihnoilla potilas sidotaan kiinni vuoteeseen sellaisella tavalla, että hän ei pääse nousemaan pois sängystä. Potilas voi olla sidottuna

sekä raajoista, että vyötäröltä tai jokin hihna irrotettuna. Eri leposidetilanteissa ja eri sairaaloissa voivat valitut sidontatavat vaihdella. Kansainvälinen kirjallisuus kuvaa edelleen myös pakkopaitojen käyttöä. Näitä ei ole käytössä Suomessa. (Kaltiala-Heino 1999; Suutala 2000; Sailas & Wahlbeck 2005.)

Tahdonvastaisella läheteellä sairaalaan tulo on lisääntynyt vuodesta 1999 lähtien. Psykiatrisissa sairaaloissa tulisi olla selkeä laitoskohtainen linja pakkotoimien käyttämisestä. Pakkotoimenpiteiden käyttö psykiatrian erikoisalalla on mielenterveyslain perusteella erityisen seurannan ja valvonnan kohteena. Potilalle on ensin annettava suullista palautetta ennen kuin fyysisiin rajoituksiin ryhdytään. Lepositeitä saa käyttää ainoastaan lääkärin määräämänä toimenpiteenä. Pakkotoimia voidaan käyttää vain niin kauan kuin se on tarpeen. Pakkotoimenpiteiden ilmoittaminen on myös parantunut, kyseinen tieto pitäisi ilmoittaa jokaisesta potilaasta. (Suutala 1999; 2000; Tuori & Kiikkala 2004.)

Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos raportoi Suomessa vuosittain tilastoja psykiatrisesta sairaalahoidosta. Psykiatrian erikoisalan lisätietolomakkeella kerätään tietoa vastentahtoisesta hoidosta ja pakkotoimenpiteiden käytöstä psykiatrisessa sairaalahoidossa, näihin sisältyy vastentahtoiset hoitopäivät sekä eristyksen ja lepositeiden käyttö, fyysinen kiinnipitäminen ja ilman potilaan tahtoa pistetty injektio. Tilastoissa tarkastellaan aina vuoden aikana alkaneita hoitajaksoja. (Raunio & Rätty 2015.)

2.5 POTILAAN VAPAUTTA RAJOITTAVA OHJEISTO SUOMESSA

2.5.1 Lainsäädäntö

Pakkohoidolle on lain asettamat tiukat kriteerit samalla kun jokaisella hoidon tarpeessa olevalla tulisi olla oikeus psykiatriseen hoitoon. Pakkohoito on lailla säädelty. Pakkohoidossa puututaan potilaan itsemääräämisoikeuteen. Tahdonvastaisen hoidon jatkuessa on sen tarvetta aina arvioitava uudelleen. Psykiatrinen potilas on täysivaltainen kansalainen, joka on pääsääntöisesti oikeustoimikelpoinen. Laki ei saa estää hoidon tarpeessa olevaa saamasta hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee estää potilasta vahingoittamasta itseään tai ulkopuolisia henkilöitä. Yksilön oikeudet ja paternalistinen hoitokäytäntö voi olla joskus vaikea sovittaa yhteen. (ETENE 2004; Louhiala 1995; Suutala 1999; Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

Mielenterveyslain (1116/90) mukaan Suomessa pakkohoidon edellytyksenä on vakava todellisuudentajun häiriintyminen eli psykoosi. Pakkotoimia voidaan käyttää silloin kun turvataan potilaan hoitoa, potilasta itseään tai muita. Potilaan itsemääräämisoikeus on palautettava heti kun se on mahdollista Tartuntatautilain (1227/2016) mukaan henkilö, jolla on tartuntatauti, voidaan asettaa eristykseen terveistä henkilöistä. Potilas voidaan asettaa eristykseen vain sellaisessa tilanteissa, jossa tarttuvan taudin leviäminen on mahdollista tai taudin leviämistä ei voi millään muilla tavoilla ehkäistä. Tartuntatautilääkäri tekee eristysmääräyksen. Henkilö voi olla eristyksessä sairaalassa tai kotona. Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan potilas voidaan eristää, jos potilasta hoidetaan vastoin hänen tahtoaan ja potilas vaarantaa omansa tai muiden turvallisuutta tai eristys on hyvin perusteltu ja tae onnistuneelle hoidolle. Kehitysvammaisten erityishuoltolain (519/1977) perusteella pakkotoimia voidaan soveltaa, kun henkilö on erityishuollon alaisena ja ainoastaan silloin kun on suuri tarve erityishoidolle ja muiden turvallisuuden takaamiselle.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan tahdosta riippumatta annettavassa hoidossa olevat lait: mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki, tartuntatautilaki ja kehitysvammaisten erityishuoltolaki, jotka ohjeistavat hoitokäytäntöjen toimintaperiaatteet. Päihdehuoltolain soveltaminen pakkotoimissa on vähäisempää eikä näin ollen käytännössä merkittävää. Mielenterveyslain ja kehitysvammaisten erityishuoltolain perusteella tapahtuva vastentahtoinen hoito on tavanomaisempaa ja vaikuttaa tuhansiin potilaisiin joka vuosi. (Kalkas & Sarvimäki 1996; Bärlund & Toivonen 2000; Tiuhonen 2004.)

Potilaan oikeuksia psykiatrisessa hoidossa säätelevät mielenterveyslaki (1116/90) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992). Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus saada ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992).) Kunta on velvollinen järjestämään terveyspalvelut kuten kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989), tartuntatautilaissa (1227/2016) ja mielenterveyslaissa (1116/90) tarkemmin säädetään. Keskeistä terveydenhuoltoa ohjaavia lakeja ja säännöksiä ovat myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (439/1990), ja ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (ETS 164/1997). (ETENE 2001; Pylkkänen 2001.). Potilasvakuutuslaissa (948/2019) säädetään terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamisesta potilasvakuutuksesta.

Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira valvoo terveydenhuoltohenkilöstön ammatinharjoittamista (Valvira 2018). Aluehallintovirastot valvovat myös laillisuutta (Aluehallintovirasto 2018). Jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa täytyy olla kirjalliset ohjeet pakkotoimenpiteiden käyttämisestä. Nämä ohjeet ovat oikeusturva sekä potilaille, että henkilökunnalle. Kirjallisten ohjeiden noudattamatta jättäminen on laiminlyönti ja hoitovirhe, joka johtaa seuraamuksiin. (Kaltiala-Heino 1999; 2000.)

Suomen perustuslaissa (731/1999) on kansalaisten perusoikeudet. Kansalaisten perusoikeudet, jotka on huomioitava psykiatrisessa hoidossa, on kirjattuna perustuslain 7 ja 10 pykälään:

"Jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa tuomita kuolemaan, kiduttaa eikä muutoinkaan kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua, eikä vapautta riistää mielivaltaisesti ilman laissa säädettyä perustetta. Rangaistuksen, joka sisältää vapaudenmenetyksen, määrää tuomioistuin. Muun vapaudenmenetyksen laillisuus voidaan saattaa tuomioistuimen tutkittavaksi. Vapautensa menettäneen oikeudet turvataan lailla. Kirjeen, puhelun ja muun luottamuksellisen viestin salaisuus on loukkaamaton. Lailla voidaan säätää lisäksi välttämättömistä rajoituksista viestin salaisuuteen yksilön tai yhteiskunnan salaisuutta tai kotirauhaa vaarantavien rikosten tutkinnassa oikeudenkäynnissä ja turvallisuustarkastuksessa sekä vapauden menetyksen aikana."

Mielenterveyslaissa (1116/90) säädetään tahdosta riippumatta olevassa hoidossa henkilöön kohdistuvan pakon lähtökohdat. Itsemääräämisoikeuden rajoituksista psykiatrisessa hoidossa säädetään mielenterveyslaissa pykälässä 22:

"Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa tämän luvun säännösten nojalla rajoittaa vain siinä määrin, kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun tässä luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan sairaalassa olon perusteeseen."

Psykiatrisessa sairaalassa saa pakkoa soveltaa vain potilaisiin, jotka ovat tahdosta riippumattomassa hoidossa tai mielenterveyslain mukaisesti tarkkailussa. Mielenterveyslain (1116/90) tahdosta riippumatonta hoitoon määräämisen edellytyksistä säädetään seuraavaa pykälässä 8:

"Henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuutta, ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu tai ovat riittämättömiä".

Pakkohoitoon määrääminen edellyttää lääkärin tutkimusta ja sen perusteella tehtyä lääkärinlausuntoa eli tarkkailulähetettä (M I). Lausunnossa todetaan hoitoon määräämisen edellytykset, potilas voidaan

ottaa tarkkailulähetteen perusteella tarkkailuun psykiatriseen sairaalaan enintään neljäksi päiväksi. Tämän ajan kuluessa on vastaavan lääkärin tehtävä kirjallinen tarkkailulausunto (M II). Saman ajan kuluessa on tehtävä myös varsinainen päätös hoidon jatkamisesta (M III), tämän tekeminen kuuluu sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavan ylilääkärin tai muun nimetyn erikoislääkärin tehtäviin. Ennen pakkohoitoon määräämistä on myös kuultava tarkkailuun otetun potilaan oma mielipide asiasta. Päätös on ilmoitettava potilaalle viipymättä. Hoitoon määrättyä henkilöä voidaan pitää tahdostaan riippumattomassa hoidossa enintään kolme kuukautta. Jos hoidon jatkuminen näyttää ilmeiseltä ennen määräajan täyttymistä, potilaasta on tehtävä uusi tarkkailulausunto ja uusi päätös (M III) hoidon jatkamiseksi. Päätös on alistettava heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi ja potilasta voidaan pitää pakkohoidossa sen nojalla enintään kuusi kuukautta. Tämä jälkeen kaikki on aloitettava alusta eli tarkkailulähete, tarkkailulausunto ja uusi päätös hoidon aloittamisesta tahdosta riippumatta. (Huttunen 2017; Kaltiala-Heino & Välimäki 2001; Lepola ym. 2002; Mielenterveyslaki 1116/90; Pimenof 2004.)

Aluehallintoviraston tehtäviin kuuluu suunnitella, ohjata ja valvoa mielenterveystyötä. Aluehallintoviraston tehtäviin kuuluu myös valvoa itsemääräämisoikeuden rajoitusten käyttöä, kuten pakkohoitoon lähettämistä, tarkkailuun ottamista ja hoidon aikaisia rajoituksia. Potilaan vastentahtoisen hoitoon määräämistä ja omaisuuden huostaanottamista valvoo hallinto-oikeus. Potilaalla on oikeus valittaa mainituista toimista niitä valvovaan instanssiin siis Aluehallintovirastoon tai hallinto-oikeuteen. Potilaan ollessa tyytymätön päätökseen tahdosta riippumattomasta hoidosta, potilaalla on siis oikeus tehdä siitä valitus hallinto-oikeudelle. Hoitoon määräämistä koskevaa päätöstä voi muuttaa ainoastaan hallinto-oikeus. Valitus on tehtävä kahden viikon kuluessa päätöksen saamisesta. (Kääriäinen 2007; Mielenterveyslaki (1116/90); Valvira 2018a.)

2.5.2 Säännökset ja sopimukset

Euroopan neuvoston yhteydessä toimii kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun vastainen komitea, josta käytetään nimitystä kidutuksen vastainen komitea eli CPT. Kidutuksen vastainen komitea valvoo vapautensa menettäneiden oikeuksia ja kohtelua neuvoston jäsenmaissa. Komitea on perustettu vuonna 1987, samaan aikaan solmittiin myös eurooppalainen yleissopimus kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi. Komitean jäsenet valitaan määräajaksi Euroopan neuvoston jäsenmaista. Komitean jäsenillä on oikeus päästä jäsenvaltioiden alueella mihin tahansa laitokseen, jossa ihmisiä pidetään vastoin tahtoaan. Yleisimmät tarkastuksen kohteet ovat vankimielisairaalat ja psykiatriset sairaalat. Komitea on

julkaissut vuonna 1997 suositukseksi periaatteita, joiden noudattamisen katsotaan kuuluvan asianmukaiseen psykiatriseen hoitoon *Publication of Standards to Prevent Mistreatment of Psychiatric Patients*. (Niveau 2003; STM 2016.)

Komitean tarkoituksena on poistaa huonoja ammatinharjoittamiskäytäntöjä. Psykiatrisessa hoidossa olevilla on komitean mukaan oltava asianmukaiset ja tyydyttävät elinolosuhteet. Tämä tarkoittaa, että potilaan yksityisyys on suojattava laitospolusta huolimatta. Potilaille tulisi olla mahdollisuus päästä omaan huoneeseen myös päiväsaikaan ja pitää hallussaan omia tavaroita. Heillä tulee olla myös mahdollisuus ulkoiluun ja harrastuksiin. Fyysisen ympäristön, ruokailun ja vaatetuksen on oltava asianmukaiset. Saniteettitilojen täytyy olla tarkoituksenmukaisia. Hoidon tulee olla yksilöllistä ja perustua hoitosuunnitelmaan. Hoidon sisällöstä ja hoitosuunnitelmasta on aina kerrottava potilaalle, (Suutala 1999; Välimäki 2000; Ks. Myös Niveau 2003.) Psykiatrisessa hoidossa tulee soveltaa hyviä ammatinharjoittamistapoja ja hyväksytyjä hoitokäytäntöjä. Henkilökunnan tulee psykiatrisessa sairaalassa olla koulutettua. Komitea on todennut, että ongelmia esiintyy lähinnä (Euroopassa) kouluttamattomien sijaisten suhteen. Koulutettu terveydenhuoltohenkilökunta noudattaa ohjeistuksia. (Suutala 1999; 2000.)

Maailman psykiatrijärjestön eettisten ohjeiden mukaan hoitavan tahon pitäisi potilaan ihmisarvon ja laillisten oikeuksien turvaamiseksi neuvotella perheenjäsenten tai tarvittaessa lakimiehen kanssa, jos potilas mielenterveyden häiriön takia on menettänyt harkintakykynsä. Pakkohoitoon voidaan ryhtyä vain, mikäli hoidosta pidättäytyminen vaarantaisi potilaan tai lähellä olevien hengen (World Psychiatric Association (1996). Suomen laki sallii pakkohoidon laajemmin kuin edellä mainittu ohjeisto. Eri maiden välillä vaihtelevat pakkohoitoon oikeuttavat tilanteet. Pakkohoitoa pidetään yleensä oikeutettuna, jos potilas on vaaraksi itselleen tai muille, mutta pakkohoitoa hoidon tarpeen takia ei kaikissa maissa tunneta. Esimerkiksi Italiassa potilas voidaan ottaa pakkohoitoon vain siksi, että hänen terveydentilansa vaatii hoitoa, ei muiden suojelemiseksi. (Kaltiala-Heino 2000; Pylkkänen 2001.)

Euroopan parlamentin mietintö korostaa, että mielenterveyden ongelmista kärsivä olisi hoidettava inhimillisesti ja arvokkaasti. Potilaiden tulisi voida osallistua heidän omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Euroopan parlamentin mietintö katsoo pakkotoimien käyttämisen olevan haitallista. On myös vältettävä henkilökohtaisten vapauksien kaikenlaista rajoittamista. (Euroopan parlamentin mietintö 2006.)

Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus hyväksyttiin EU:ssa vuonna 2008. Sopimus kehottaa toimenpiteisiin viidellä alueella, jotka ovat masennuksen ja itsemurhien ehkäisy, mielenterveys koulutuksessa, mielenterveys työpaikoilla, nuorten mielenterveys ja ikääntyneiden mielenterveys sekä sosiaalisen syrjäytymisen ja leimaantumisen torjuminen. WHO on Suomen terveyspolitiikan arvioimisen ja kehittämisen tärkein kansainvälinen yhteistyökumppani. WHO julkaisi vuonna 2013 Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelman. OECD käynnisti vuonna 2011 mielenterveyshankkeen, jonka tuloksena julkaistiin raportti Making Mental Health Count vuonna 2104. Koko OECD maita koskevan raportin viesti oli, että mielenterveyskysymyksien tulisi olla etusijalla, koska mielenterveyden ongelmien merkitys, yhteiskunnalle, yksilölle, taloudelle ja terveysjärjestelmälle on suuri. (STM 2016.)

2.6 EETTISET OHJEET JA ETIIKKA LIITTYEN POTILAAN VAPAUDEN RAJOITTAMISEEN

Itsemääräämisoikeus, tahdonvapaus, oikeus koskemattomuuteen ja vapauten ovat keskeisiä perusoikeuksiamme. Itsemäärääminen tarkoittaa, että henkilö voi itse ilman kenenkään muun puuttumista tehdä itseään koskevia päätöksiä. Itsemääräämisen kunnioittamista pidetään eettisenä periaatteena. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003.) Eri maissa on potilaan oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä kehitetty ihmisoikeuksien viitoittamalla tavalla. Potilaan oikeuksien edistämiseksi on erilaisia suosituksia ja julistuksia kuten, WHO:n julistus, A Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe, jolla on ollut omat vaikutuksensa potilaiden oikeuksien kehittymiseen, mutta jolta puuttuu lainsäädännölle oikeudellinen velvoittavuus. (Långvik 1994; Louhiala 1995; Bärlund-Toivonen 2000.) Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjaa potilaan oikeuksia ja hyvän hoidon toteutumista. (Ilveskivi 1997).

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on asiantuntijatoimielin, jonka tehtävänä on edistää terveydenhuollon etiikkaa Suomessa. ETENE (2001) käynnisti keskustelun terveydenhuollon etiikasta, arvoista, periaatteista ja tavoitteista Suomessa. Yhteiskunnalliset päättäjät, kansalaisjärjestöt ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä roolissa kehitettäessä parempaa terveydenhuoltoa.

Suomessa terveydenhuollossa on olemassa eettisiä ohjeistuksia eri ammattiryhmille, esimerkiksi mielenterveyshoitajien eettiset ohjeet (1997), sairaanhoitajien eettiset ohjeet (1996) ja lähihoitajien eettiset ohjeet (1996). Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeet ovat säännöstöjä tai periaatteita, jotka ohjaavat hoitotyön toimintaa. Etiikka muodostuu käytännölliseksi ja

konkreettiseksi, kun kysymykseen tulee sairaus, terveys, syntymä ja kuolema, hyvä elämä sekä ihmisen rajallisuus ja haavoittuvuus. (Välimäki 2000; Leino-Kilpi & Välimäki 2003.) Eettiset periaatteet ovat periaatteita ja sääntöjä, joiden avulla ammattikunnan oletetaan ohjaavan omaa jäsenistöään ja myös osoittavansa vastuun toiminnastaan yhteiskunnalle. Terveysthuollon eettisissä ohjeistuksissa keskeistä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden huomioon ottaminen, terveyden edistäminen ja elämän suojeleminen. Ohjeista ilmenee kuinka hoitotyöntekijöiden tulisi turvata potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Yksilön itsemääräämistä pidetään tärkeänä sosiaali- ja terveydenhuollossa, joten se sisältyy useiden eri ammattiryhmien eettisiin ohjeisiin. (Suutala 1999; ETENE 2001.) Kansainvälisiä eettisiä ohjeistuksia ovat muun muassa The ICN Code of Ethics for Nurses (2006) ja The Ethical Guidelines for Study on Nursing in the Nordic Countries (2003).

Potilaana oleva ihminen tuntee sairautensa vuoksi olevansa enemmän riippuvainen muista ihmisistä kuin missään muissa vuorovaikutussuhteissa. Erityistä tässä tilanteessa on se, että apua tarvitsevan ja apua antavan välillä on valtasuhde. Mitä suurempi valtasuhde on hoitajan ja potilaan välillä sitä suurempi on mahdollisuus hyväksikäyttää tai kieltää potilaan vapaaehtoisuus esimerkiksi hoitokodeissa ja psykiatrisissa hoitopaikoissa. Erityisesti pakkotoimenpiteiden käytössä piilee aina vallankäytön mahdollisuus Joskus myös perhe pakottaa potilaan toimenpiteeseen, josta on vain vähän etua hänelle. Potilasta on helppo manipuloida sopimukseen, silloin kun potilas luottaa ja on riippuvainen henkilökunnasta. Potilas pitää itseään tietämättömänä, mutta uskoo, että hänen hyvinvoinnistaan huolehditaan. Silloin potilaalla ei ole mahdollisuutta valintaan. On monenlaisia manipulointikeinoja; informaatiota voi vääristää, jättää kertomatta vaihtoehdot ja riskit. Tapa, jolla informaatio esitetään vaikuttaa paljon siihen, miten potilas siihen vastaa. Informaatio tulisi esittää yleisesti ja positiivisesti niin, ettei sisältö muutu. (Bandman & Bandman 1995; Keski-Valkama 2010; Ks. Myös Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

Mielenterveys jää yhteiskunnallisessa päätöksenteossa monesti vähemmälle huomiolle kuin somaattinen terveys, jolloin mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidon edellytykset kaventuvat ja terveydenhuollon sisälle syntyy eettisiä ristiriitoja. (Kalkas & Sarvimäki 1996; Fry 1997). Väestön mielenterveyden edistäminen edellyttää toimintaa yhteiskunnan eri sektoreilta sekä hyvinvointilähtöistä yhteiskuntapolitiikkaa. (Hannukkala, Parkkonen, Solantaus, Valkonen & Wahlbeck 2017). Aina kaikkea hyvää ei voida tehdä, joudutaan valitsemaan erilaisten arvojen ja tavoitteiden välillä. Mielenterveyden ottaminen huomioon osana ihmisen kokonaisterveyttä on näin ollen myös eettinen kannanotto. (Lehtonen & Lönnqvist 2001.)

Potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa ja tätä kautta potilaan vapauden rajoittamista on pohdittu niin juridiselta, lääketieteelliseltä kuin eettiseltäkin kannalta. Juridinen ongelma on, voidaanko sallia yksilön vapauden rajoittamista, vaikka hän ei ole syyllistynyt mihinkään rikokseen, josta laissa säädettäisiin rangaistukseksi vapauden menetys. Lääketieteellisesti ongelma on, voiko pakolla toteutettu hoito auttaa. Erityisesti tätä voidaan miettiä vuorovaikutukseen ja hoitoympäristöön perustuvissa hoitomuodoissa. (Kaltiala-Heino 1998; Ks. Myös Välimäki 1994.) Eettiset ongelmat ovat hyvin moninaiset: onko hyväksyttävää rajoittaa vapautta sairauden takia ja miten tulisi tällaisessa tilanteessa punnita keskenään ristiriitaan joutuvia arvoja, esimerkiksi terveyttä ja vapautta? (Leino-Kilpi & Välimäki 2004).

2.7 TUTKIMUKSET LIITTYEN POTILAAN OIKEUKSIIN JA VAPAUDEN RAJOITTAMISEEN

Aikaisempien tutkimuksien mukaan Suomessa potilaita hoidetaan yhteistyössä heidän kanssaan ja rajoitukset ovat potilaan ja ympäristön turvaksi. Suomessa kaikissa sairaaloissa on omat ohjeistukset rajoituksista ja niiden käytöstä. Pakkolääkitys on usein yhteydessä muihin pakkotoimiin. (Välimäki, Taipale, Kaltiala-Heino 2001.) Kaltialan & Välimäen (2001) tutkimuksessa selviää, että Suomessa psykiatristen potilaiden, päihdeongelmaisten ja kehitysvammaisten vastentahtoinen hoito on paternalistista ja myös muiden turvaamista.

Tutkimuksien mukaan potilaat eivät olleet aina tietoisia omista oikeuksistaan, eivätkä olleet kuulleet itsemääräämisestä. Tutkimuksien mukaan osa potilaista oli myös sitä mieltä, että itsemäärääminen ei toteudu, vaikka niin sanotaan. Tiedonsaannissa on havaittu olevan puutteita. (Leino-Kilpi & Kurittu 1995; Välimäki 1998.) Myös myöhemmin toteutetussa tutkimuksessa todetaan, että potilaat eivät tiedä oikeuksistaan tarpeeksi ja etenkin tiedonsaannin alueella on puutteita. (Kaltiala-Heino & Välimäki 2001).

Suomessa on yleistä rajoittaa potilaan vapautta ja pakkohoidossa on vuosittain useita potilaita. Väestöön suhteutetut eristysluvut erosivat tutkimussairaaloiden välillä. Psykoosisairaus ja aikaisempi tahdon vastentahtoinen hoito olivat vapauden rajoittamista ennustavia tekijöitä. Disorientaatio ja agitaatio olivat usein syynä eristystoimenpiteille. Naisia eristettiin jonkin verran vähemmän kuin miehiä. (Tuohimäki 2007.) Toiselle vahingollista kriteeriä käytettiin erittäin harvoin pakkotoimien käytön syynä. Se on kuitenkin käytössä yhdessä muiden kriteerien kanssa. (Tuohimäki, Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuori & Joukamaa 2003.)

Keski-Valkaman (2010) väitöstutkimuksessa selvisi, että väkivaltaisia potilaita enemmän eristetään sekavuudesta kärsiviä potilaita, joiden kohdalla ei ollut väkivallan uhkaa. Väkivaltaisen käytöksen ennakointi voi olla vaikeaa etenkin silloin kun potilasta ei tunneta entuudestaan. Huone-eristystä käytetään hieman enemmän kuin leposide-eristystä. Suurin osa pakkotoimenpiteiden kohteeksi joutuvista on skitsofreniaa sairastavia tai päihdediagnoosin omaavia potilaita. Keski-Valkama painottaa, että pakkotoimien käytössä vanhat asenteet ja käytänteet määräävät niiden käyttöä yhtä lailla kuin lainsäädäntö ja näin ollen pelkkä lainsäädännön uudistaminen ei riitä tilanteen muuttamiseen. Pakkotoimien käyttöä voitaisiin korvata esimerkiksi vuorovaikutteisella keskustelulla potilaan kanssa, kun tilanne alkaa kriisiytyä. Tavoitteena tulisi olla pakkotoimien vähäinen käyttö ja huomiota tulisi kiinnittää erityisesti pakkotoimien kestoon ja syihin. Muutoksien tekemiseen tarvittaisiin enemmän hyvää tahtoa kuin rahaa. Kriegerin (2018) tutkimuksessa potilaat arvioivat useita mahdollisuuksia vähentää pakkoa osastoilla. Erityisesti musiikki tai harjoitukset nousivat esille. Suuri ryhmä myös ilmoitti haluavansa keskustella tulevasta hoitoon ottamisista hoitohenkilökunnan kanssa. Hotzyn (2018) tutkimuksessa alleviivattiin, että on tärkeää löytää hoitostrategioita potilaille, jotka ovat riskissä joutua tilanteeseen, jossa pakkotoimia joudutaan käyttämään.

Keski-Valkaman (2010) tutkimuksessa todetaan, että eristys oli potilaille usein kielteinen kokemus. Potilaat toivoivat, että heillä olisi enemmän mahdollisuuksia keskustella hoitohenkilökunnan kanssa eristyksen aikana. Mileaun (2018) tutkimuksessa ilmeni, että sillä miten potilaat olivat subjektiivisesti kokeneet pakkotoimet, oli sillä suora vaikutus siihen, minkälainen käsitys heillä oli psykiatrisesta hoidosta kokonaisuudessaan.

Hoitajat, potilaat ja lääkärit uskovat, että ihmissuhteet ja inhimillinen kontakti ovat tärkeitä osa-alueita potilaan hoidossa. Potilaiden mukaan inhimillinen kontakti lievitti heidän epämukavuuttaan ja sai heidät tuntemaan olonsa turvallisemmaksi kuin heihin kohdistui pakkoa. Potilaiden ja henkilökunnan välille tarvitaan lisää vuoropuhelua. Vuoropuhelun tulisi kohdentua siihen, että henkilökunta ymmärtäisi potilaiden tunteita paremmin silloin kun potilaisiin kohdistetaan pakkoa ja, että potilaita informoitaisiin paremmin pakkotoimista. (Olofsson 2001.)

Eristäminen oli yleisimmin käytetty pakkotoimi Suomessa vuonna 2017. Potilaita eristettiin 109 psykiatrisella osastolla yhteensä 4006 kertaa. Huone-eristysten kesto oli keskimäärin lähes kolme päivää. Sitomisia raportoitiin 106 osastolla 2113 tapahtumaa. Sitomiset kestivät keskimäärin 17 tuntia. Tahdonvastaista lääkitystä annettiin psykiatrisille potilaille 2178 kertaa 95 osastolla, ja

kiinnipidon käyttöä raportoi 83 osastoa, yhteensä 1064 kiinnipittoa. Kiinnipidot kestivät keskimäärin alle tunnin. (Laukkanen, Kuosmanen, Selander & Vehviläinen-Julkunen 2020).

Yhdessäkään selonteossa Euroopassa ei tullut esille potilaisiin kohdistuvaa kidutusta, mutta kuitenkin esiintyi pahoinpitelyjä. Oli myös tilanteita, joissa henkilökuntaan kuuluva toimi epäammattillisesti eristyspäätöksissä. Tutkimuksissa havaittiin myös puutteita eristystilanteiden turvallisuudessa. Tutkimuksien tuloksien pohjalta pyritään parantamaan ihmisoikeuksien toteutumista. (Niveau 2003.) Eristyksen käyttö pitäisi minimoida eettisistä syistä (Lind, Kaltiala-Heino, Suominen, Leino-Kilpi & Välimäki 2004). Missään tutkimuksessa ei löytynyt näyttöä sille, että eristystä käytetään jatkuvasti (Sailas & Fenton 2000). Jotkut sairaalat eristävät potilaita turhaan ja syy on jossakin muussa kuin itse potilaassa, esimerkiksi hoitokulttuurissa. Eristämisen on havaittu liittyvän milloin vähäiseen, milloin runsaaseen henkilökunnan määrään. (Groth, Honka, Konttinen & Konttinen 1999.) Hardingin (2000) tutkimuksessa todetaan, että psykiatriset potilaat tarvitsevat enemmän huomiota ihmisenä itsenään kuin annettuna diagnoosina.

Del Olmo-Romeron (2018) tutkimuksessa todetaan, että maailmanlaajuisesti mielenterveysalan ammattilaiset osoittivat positiivista suhtautumista mielenterveysongelmiin, mutta olivat myös hyväksyviä pakkotoimenpiteitä kohtaan. Asenteissa oli eroja eri ammattiryhmien välillä. Tulokset voivat ohjata ennalta ehkäiseviä strategioita etenkin sairaalassa työskenteleville hoitotyöntekijöille.

Tässä tutkimuksessa keskeistä ovat hoitohenkilökunnan asenteet potilaan vapauden rajoittamista, vastentahtoista hoitoa ja pakkotoimia kohtaan. Keskeistä on myös hoitohenkilökunnan tieto potilaan vapautta rajoittavasta ohjeistosta Suomessa, joka pitää sisällään lainsäädännön, säännökset ja sopimukset sekä eettiset ohjeet liittyen potilaan vapauden rajoittamiseen.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatristen vuodeosastojen hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja laeista sekä suhtautumista potilaan vapauden rajoittamista kohtaan. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä mikä on hoitohenkilökunnan tietämys potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Tavoitteena on myös saada tietoa siitä, minkälaista on hoitohenkilökunnan suhtautuminen pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää muun muassa aggressiivisten ja levottomien potilaiden hoidon kehittämiseksi ja sairaalan sisäiselle koulutukselle. Tällä voitaisiin yhtenäistää aggressiivisten ja levottomien ja potilaiden hoitokäytäntöjä ja menetelmiä ja tätä kautta tehostaa aggressiivisten ja levottomien ja potilaiden hoidon laatua. Saatua tietoa voitaisiin käyttää myös pakkotoimien vähentämiseksi.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä.
2. Kuvata hoitohenkilökunnan suhtautumista pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä.

4 TUTKIMUSAINEISTO JA AINEISTON HANKINTA

4.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Kohderymänä oli hoitohenkilökunta yhden psykiatrisen sairaalan akuuttipsykiatrian, neuro-/vanhuspsykiatrian ja oikeuspsykiatrian osastoilta. Kaikki osastot olivat aikuispsykiatrisia osastoja. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 220:lle lähi- ja perushoitajalle, mielenterveyshoitajalle, sairaanhoitajalle sekä apulaisosastonhoitajalle ja osastonhoitajalle. Otokoko oli kohtuullisen suuri, jotta kadon merkitys ei olisi niin merkittävä.

4.2 Mittari

Kuvailevassa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä joko havainnoinnin, haastattelun tai kyselylomakkeen avulla. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994) Tutkimus voi olla kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. (Heikkilä 2014). Tämä tutkimus on kvantitatiivinen. Tiedonkeruussa käytettiin tätä tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta, koska valmista mittaria ei ollut saatavilla. Mittari sisältää sekä strukturoituja, että puolistrukturoituja kysymyksiä.

Mittarin kysymykset ja väittämät perustuvat lainsäädäntöön, säännöksiin, sopimuksiin, ohjeistuksiin ja kirjallisuuteen. Mittarissa on kolmesta osiosta. Mittarin ensimmäisessä osiossa kysytään vastaajien taustatietoja. Nämä tiedot ovat taustamuuttujia. Taustamuuttujia ovat ikä, sukupuoli, ammattinimike, työsuhteen muoto, työyksikkö sekä työkokemus terveydenhuoltoalalta ja psykiatriassa. Näiden kysymysten lisäksi mittarin ensimmäisessä osiossa on kolme puolistrukturoitua kysymystä sekä kolme Likert-asteikollista kysymystä. Nämä kysymykset liittyvät potilaan vapautta rajoittavista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä saatuun koulutukseen ja lainsäädännön sisältöjen tietouteen sekä niihin liittyviin asenteisiin.

Mittarin toisessa osiossa on 30 väittämää, jotka mittaavat hoitajien tietämystä lain potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992), perustuslain (731/1999), mielenterveyslain (1116/90), lain terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), Publication of Standards to Prevent Mistreatment of Psychiatric Patients-julkaisun (1997) ja terveydenhuoltoalan eettisten ohjeiden sisällöstä koskien täysi-ikäisten potilaiden vapauden rajoittamista.

Mittarin kolmannessa osiossa on 30 väittämää liittyen psykiatrisen potilaan vapauden rajoittamiseen

terveydenhuollossa, vastentahtoiseen hoitoon ja pakkotoimiin. Väittämien tarkoituksena on mitata hoitajien asenteita ja mielipiteitä potilaan vapauden rajoittamista kohtaan ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Väittämät ovat Likert-asteikollisia, joissa on viisiportainen vastausasteikko. Vastausasteikossa yksi tarkoittaa eri mieltä, luku kaksi hieman eri mieltä, luku kolme on en osaa sanoa, luku neljä hieman samaa mieltä ja luku viisi samaa mieltä. Mittarin laadun parantamiseksi kysymykset on muodostettu teorian eli aihealueesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksiin sekä muun aihetta käsittelevän tutkimuksen ja kirjallisuuden pohjalta. Mittarin esitestaaminen myös parantaa luotettavuutta. Mittari esitestausta tehtiin yhden terveystieteiden osastonhoitajien kokouksessa (n=5). (Kvantimotiv 2007; Borg 2017.)

4.3 Aineiston analyysi

Tämä tutkimus on määrällinen tutkimus. Tutkimustulokset esitetään numeerisesti. Kyselylomakkeet tarkastettiin, numeroitiin ja syötettiin spss-tilasto-ohjelmaan. Hoitohenkilökunnan tietoa potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä kuvattiin frekvenssi- ja prosenttiluvuin. Suhtautumisen eroja pakkotoimiin testattiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Ikäluokkien myönteistä ja kielteistä suhtautumista pakkotoimiin testattiin yksisuuntaisen varianssianalyysillä (ANOVA). Muuttujan neutraali suhtautuminen pakkotoimiin käytettiin Mann-Whitney U-testiä ja Kruskal-Wallis H-testiä.

4.4 Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kuvaus

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 220, joista palautettiin 174, jolloin kokonaisvastausprosentti oli 79. Lomakkeet jaettiin yhden psykiatrisen sairaalan aikuispsykiatrian vuodeosastojen henkilökunnalle. Poliklinikat, ja muut yksiköt jätettiin kyselyn ulkopuolelle.

Kyselyyn vastaajien iät luokiteltiin kolmeen luokkaan, joista luokka 1. oli 20-35 -vuotiaat, luokka 2. 36-51 -vuotiaat ja luokka 3. 52-66 -vuotiaat. Nuorin vastaaja oli iältään 20-vuotta ja vanhin 66-vuotta. Iän keskiarvo oli 44-vuotta. Iän keskihajonta oli 10,2. Kolme vastaajaa (n=3) 1,7% ei ilmoittanut ikäänsä

Kyselyyn vastaajista (n=105) 60,3% oli naisia ja miehiä (n=67) 38,5%. Kaksi vastaajaa (n=2 1,1%) ei ilmoittanut sukupuoltaan. Määräaikaisessa työsuhteessa oli 13,8 % (n=24) ja vakituksessa työsuhteessa oli 86,2% (n=150).

Kyselyyn vastanneista lähihoitajia ja perushoitajia oli 6,3% (n=11), mielenterveyshoitajia 38,5% (n=67), sairaanhoitajia 45,4% (n=79) ja apulaisosastonhoitajia ja osastonhoitajia 9,2% (n=16). Lähi- ja perushoitajat yhdistettiin mielenterveyshoitajien kanssa samaan luokkaan. Apulaisosastonhoitajat ja osastonhoitajat yhdistettiin sairaanhoitajien kanssa samaan luokkaan. Näin toimittiin, koska lähi- ja perushoitajien sekä apulaisosastonhoitajien ja osastonhoitajien määrä oli niin pieni, että olisi voinut muodostua tilanne, että yksittäisen kyselyyn vastanneen hoitajan olisi kyennyt yksilöimään vastauksissa. Yksi vastaaja (n=1, 0,6%) ei ilmoittanut ammattinimikettään. Taulukoissa esitetään taustamuuttujat prosenttiluvuin.

Taulukko 4. Taulukossa kuvataan taustamuuttujat, eli vastaajien ikä, sukupuoli, ammattinimike ja työsuhde.

	n	%
Ikä		
20-35 vuotta	42	24,1
36-51 vuotta	83	47,9
52-66 vuotta	46	26,3
Puuttuva tieto	3	1,7
Sukupuoli		
Nainen	105	60,3
Mies	67	38,5
Puuttuva tieto	2	1,1
Ammattinimike		
Lähi- ja perushoitaja/ Mielenterveyshoitaja	78	44,8
Sairaanhoitaja/ Apulaisosastonhoitaja/ Osastonhoitaja	95	54,6
Puuttuva tieto	1	0,6
Työsuhde		
Määräaikainen	24	13,8
Vakituisen	150	86,2

Taulukko 5. Taulukossa kuvataan työkokemus vuosina terveydenhuollossa.

	n	%
Työkokemus terveydenhuollossa		
0-5 vuotta	23	13,3
6-10 vuotta	27	15,5
11-15 vuotta	27	15,5
16-20 vuotta	15	8,6
21-25 vuotta	27	15,5
26-30 vuotta	29	16,7
31-40 vuotta	24	13,8
Puuttuva tieto	2	1,1

Taulukko 6. Taulukossa kuvataan työkokemus vuosina psykiatriassa

	n	%
Työkokemus psykiatriassa		
0-5 vuotta	32	18,4
6-10 vuotta	29	16,7
11-15 vuotta	24	13,8
16-20 vuotta	17	9,8
21-25 vuotta	28	16,1
26-30 vuotta	24	13,8
31-40 vuotta	18	10,3
Puuttuva tieto	2	1,1

Lomakkeessa kysyttiin erikseen työkokemusta terveydenhuollossa ja psykiatriassa. Terveydenhuollossa lyhin työkokemus oli 0,8-vuotta ja pisin 39,5-vuotta. Työkokemuksen keskiarvo terveydenhuollossa oli 18,9-vuotta. Työkokemuksen keskihajonta terveydenhuollossa oli 10,3. Kaksi (n=2) 1,1% ei vastannut kysymykseen. Lyhin työkokemus psykiatriassa oli 0,7-vuotta ja pisin 39,2-vuotta. Työkokemuksen keskiarvo psykiatriassa oli 17,2-vuotta. Työkokemuksen keskihajonta psykiatriassa oli 10,4. Kaksi (n=2) 1,1% ei vastannut kysymykseen.

Kyselyyn vastanneista hoitajista suurin osa eli 85,1 % (n=148) oli saanut koulutusta liittyen potilaan vapauden rajoittamiseen ja/tai sitä koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. 14,9% (=26) ei ollut saanut aiempaa koulutusta. 77,6% (n=135) kysymykseen vastannutta vastasi myös puolistrukturoituun kysymykseen siitä kenen järjestämää koulutusta he olivat saaneet liittyen potilaan vapaudenrajoittamiseen ja/tai sitä koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Yli puolet 60,7%

(n=82) ilmoitti saaneensa pelkästään työnantajan järjestämää koulutusta, joista erikseen mainittiin kaksi koulutusta, jotka olivat Aggression hoidollinen hallinta eli AHHA-koulutus ja ePsyNurse-koulutus. Työnantajan ja oppilaitoksen antamaa koulutusta ilmoitti saaneensa 20,0% (n=27). Pelkästään oppilaitoksen antamaa koulutusta ilmoitti saaneensa 9,6% (n=13). Oppilaitoksista mainittiin muun muassa -ammattikorkeakoulu, yliopisto ja sairaanhoitajakoulu. Jostain muualta koulutusta ilmoitti saaneensa 9,6% (n=13). Muita mainittuja olivat esimerkiksi -kollega osastonhoitaja, ylilääkäri, internet, Tehy-ammattiliitto, Suomen Mielenterveydenhoitoalan Liitto, Stakes ja myös käytännön hoitotyö.

Vastaajista 74,1 % (=129) piti saamansa tietoa riittävänä ja 22,4% (n=39) ei pitänyt saamaansa tietoa riittävänä. Kuusi (n=6) 3,4% ei vastannut tiedon riittävyttä koskevaan kysymykseen. 20,8% (n=35) kysymykseen vastannutta vastasi myös puolistrukturoituun kysymykseen siitä miksi saatu tieto ei ollut riittävää. Lähes puolet 45,7% (n=16) koki tarvitsevansa lisäkoulutusta tai lisäpäivitystä tiedosta liittyen potilaan vapaudenrajoittamiseen ja/tai sitä koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. 28,6% (n=10) koki, että saatu koulutus ei ollut riittävää, koska tieto ja ohjeistukset muuttuvat. 11,4% (n=4) ei ollut saanut aikaisempaa koulutusta. 14,3% (n=5) ilmaisi jonkun muun syyn, miksi tieto ei ole ollut riittävää. Esille nousi, että käytännöt ovat kirjavia, ohjeistukset eivät aina ole selkeitä, tieto on yleisluonteista, geriatristen potilaiden sitominen on epäselvää ja yhtenäinen selkeä ohjeistus puuttuu.

Kysymykseen oletko täydentänyt tietämystäsi potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä kyllä vastasi 70,7% (n=123) ja ei vastasi 27,6% (=48). Kolme (n=3) 1,7% ei vastannut kysymykseen. 60,9% (n=106) kysymykseen vastannutta vastasi myös puolistrukturoituun kysymykseen siitä millä tavalla on täydentänyt tietämystään. Itse erilaisilla tavoilla tiedon täydentäminen oli selvästi yleisin tapa täydentää tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä. Itse tietämystään oli täydentänyt 81,1% (n=86). Itse tietämystä täydennettiin yleisimmin lukemalla tietoa laeista ja ohjeistuksista erilaisista lähteistä kuten kirjallisuudesta, artikkeleista, lehdistä, tiedotteista, internetistä ym. Työpaikan ulkopuolisen koulutuksen tai peruskoulutuksen tiedon täydentämiseksi mainitsi 8,5% (n=9). 10,4% (n=11) kertoi täydentäneensä tietoaan työssään työnantajan infosta, ohjeista, ja materiaalista, osastolle tulleesta tiedosta sekä moniammatillisessa työryhmässä ym.

Yli puolet vastaajista koki tuntevansa potilaan vapauden rajoittamista koskevat ohjeistukset ja lainsäädännön melko hyvin 68,4% (=119), erittäin hyvin tuntevia oli 16,1% (=28) ja en hyvin, enkä

huonosti tuntevia oli 15,5% (n=27). Potilaan vapautta rajoittavan lainsäädännön ja ohjeistuksien sisältötietämystä hyvin tärkeänä pitäviä oli 79,9% (n=139), melko tärkeänä pitäviä oli 19,5% (n=34) ja yksi vastaaja koki sisältötuntemuksen ei tärkeänä mutta ei tarpeettomanakaan 0,6% (n=1). Tämän hetkisessä työssään potilaan vapautta rajoittavan lainsäädännön ja ohjeistuksien sisältötietämystä hyvin tärkeänä piti enemmistö eli 81,6% (n=142) ja melko tärkeänä sisältötietämystä piti 17,8% (n=31), yksi vastaaja piti sisältötietämystä tämän hetkisessä työssään ei tärkeänä, mutta ei tarpeettomanakaan (0,6% n=1).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitohenkilökunnan tieto potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä.

Taulukko 7. Potilaan vapauden rajoittamista koskeviin ohjeistuksiin ja lainsäädäntöön liittyvien väittämien vastausprosentit. Oikein on väittämään oikein vastanneiden määrä ja väärin on väittämään väärin vastanneiden määrä. Taulukossa on myös väittämään en osaa sanoa vastanneiden määrä ja puuttuvan tiedon määrä. Taulukossa on merkitty, onko väittäjä oikein (O) vai väärin (V).

	Oikein		Väärin		En osaa sanoa		Puuttuva tieto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Laki ohjaa perusoikeuksien ja hyvän hoidon toteutumista. (O)	171	98,3	0	0	3	1,7	0	0
2.Itsemääräämisoikeus on perusoikeus. (O)	164	94,3	3	1,7	7	4,0	0	0
3.Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa. (O)	165	94,8	2	1,1	7	4,0	0	0
4.Tahdostariippumaton hoito on lailla säädettyä. (O)	173	99,4	0	0	1	0,6	0	0
5. Pakkotoimenpiteiden käyttö on erityisen seurannan ja valvonnan kohteen. (O)	170	97,7	2	1,1	2	1,1	0	0
6.Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa ainoastaan psykiatriseen sairaalaan ottamista ja siellä pitämistä. (V)	75	43,1	90	51,7	9	5,2	0	0
7.Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä, jos on vahingollinen itselleen. (V)	21	12,1	151	86,8	2	1,1	0	0
8.Hoitoon määrääminen edellyttää lääkärin tutkimusta ja sen perusteella tehtyä lääkärinlausuntoa. (O)	172	98,9	2	1,1	0	0	0	0
9.Potilas voidaan ottaa tarkkailulähetteellä (MI) psykiatriseen sairaalaan enintään neljäksi päiväksi. (O)	162	93,7	9	5,3	1	0,6	1	0,6
10.Vastaavan lääkärin on tehtävä tarkkailulausunto (MII) neljän päivän kuluessa tarkkailuun ottamisesta. (O)	171	98,3	2	1,1	0	0	1	0,6
11. Päätös hoidon jatkamisesta (MII) kuuluu sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavan ylilääkärin tehtäviin. (O)	152	87,4	18	10,3	3	1,7	1	0,6
12.Potilaan mielipidettä hoitoon määräämisestä ei tarvitse kysyä. (V)	108	62,1	59	33,9	6	3,4	1	0,6

	Oikein		Väärin		En osaa sanoa		Puuttuva tieto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
13. Hoitoon määrätty henkilö voidaan pitää tahdostaan riippumattomassa hoidossa enintään kolme kuukautta. (O)	129	74,1	40	23,0	4	2,3	1	0,6
14. Pakkotoimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. (O)	169	97,1	4	2,3	0	0	1	0,6
15. Pakkoa saa käyttää vapaaehtoisesti hoidossa oleviin potilaisiin. (V)	153	87,9	18	10,3	2	1,1	1	0,6
16. Potilaalle on aina ensin annettava suullista palautetta ennen kuin fyysisiin rajoituksiin ryhdytään. (O)	156	89,7	13	7,5	4	2,3	1	0,6
17. Lepositeitä saa käyttää vain poikkeustapauksessa lääkärin määräämänä hoitotoimenpiteenä. (O)	168	96,6	4	2,3	1	0,6	1	0,6
18. Potilas voidaan eristää muuallekin kuin eristyshuoneeseen. (O)	58	33,3	105	60,3	10	5,7	1	0,6
19. Vapauden rajoittamista ja erilaisia pakkotoimia voidaan käyttää ainoastaan sairaalahoidossa. (O)	132	75,9	27	15,5	14	8,0	1	0,6
20. Pakkotoimista ja rajoituksista on aina sovittava erikseen potilaan kanssa. (V)	66	37,9	94	54,0	14	8,0	0	0
21. Tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilas ei voi lainkaan päättää omista asioistaan. (V)	163	93,7	5	2,9	6	3,4	0	0
22. Potilaan omaisuuden huostaan ottamista valvoo hallinto-oikeus. (O)	82	47,1	42	24,1	50	28,7	0	0
23. Jokaisessa psykiatrisessa sairaalassa tulee olla kirjalliset ohjeet pakkotoimien soveltamisesta käytännössä. (O)	170	97,7	2	1,1	2	11,1	0	0
24. Kirjallisten ohjeiden noudattamatta jättäminen on laiminlyönti ja hoitovirhe, joka johtaa seuraamuksiin. (O)	155	89,1	5	2,9	14	8,0	0	0
25. Psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden yksityisyys on suojattava laitolosuhteista huolimatta. (O)	173	99,4	1	0,6	0	0	0	0
26. Potilaille tulisi olla mahdollisuus päästä omaan huoneeseen myös päiväsaikaa. (O)	155	89,1	8	4,6	11	6,3	0	0
27. Hoidon sisällöstä ja hoitosuunnitelmasta ei tarvitse kertoa potilaalle, jos se vaikeuttaa potilaan hoitoa. (V)	143	82,2	15	8,6	16	9,2	0	0

	Oikein		Väärin		En osaa sanoa		Puuttuva tieto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
28. Terveysthuollolla on omat eettiset ohjeensa. (O)	158	90,8	5	2,9	11	6,3	0	0
29. Terveysthuollon ammattiryhmillä ovat omat eettiset ohjeensa. (O)	126	72,4	35	20,1	13	7,3	0	0
30. Eettiset ohjeet ohjeistavat hoitotyön toimintaa. (O)	168	96,6	2	1,1	4	2,3	0	0

Kaikkiaan hoitajien t potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä voidaan pitää hyvänä. Potilaan vapauden rajoittamista koskeviin ohjeistuksiin ja lainsäädäntöön liittyviin väittämiin oikein vastanneiden keskiarvo oli 81,2%. Viiteen väittämään kolmestakymmenestä vastasi alle 50 prosenttia oikein.

5.2. Pakkotoimiin suhtautuminen

Myönteisessä suhtautumisessa pakkotoimiin keskiarvo oli 3,51 ja keskihajonta 0,55. Kielteisessä suhtautumisessa pakkotoimiin keskiarvo oli 2,66 ja keskihajonta 0,50. Neutraalissa suhtautumisessa pakkotoimiin mediaani oli 4,29 ja minimi ja maksimi 5,00.

5.3 Taustamuuttujien yhteys pakkotoimiin suhtautumisessa.

Taulukko 8. Taustamuuttujien yhteys pakkotoimiin suhtautumisessa.

	Myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin			Kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin			Neutraali suhtautuminen pakkotoimiin		
	Keskiarvo	Keskihajonta	p-arvo	Keskiarvo	Keskihajonta	p-arvo	Mediaani	Minimi Maksimi	p-arvo
Sukupuoli			0,10			0,49			0,92
Nainen	3,46	0,54		2,67	0,50		4,25	2,25; 5,00	
Mies	3,60	0,56		2,62	0,52		4,38	2,88; 5,00	
Ikäluokat			0,36			0,45			0,39
20-35 vuotta	3,60	0,51		2,73	0,51		4,38	2,88; 5,00	
36-51 vuotta	3,60	0,57		2,60	0,51		4,38	2,25; 5,00	
5-66 vuotta	3,40	0,55		2,67	0,50		4,12	2,50; 5,00	
Ammattiryhmä			0,05			0,02*			0,46
Lähihoitaja, perushoitaja, mielenterveys- hoitaja	3,60	0,54		2,56	0,47		4,38	2,50; 5,00	
Sairaanhoitaja, osastonhoitaja, apulaisosaston- hoitaja	3,44	0,55		2,73	0,52		4,25	2,25; 5,00	
Työsuhde			0,37			0,10			0,12
Määräaikainen	3,60	0,56		2,81	0,53		4,25	2,50; 4,75	
Vakituisen	3,50	0,55		2,63	0,50		4,38	2,25; 5,00	

* tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0,05$)

Tutkimustehtävänä on kuvata hoitohenkilökunnan suhtautumista pakkotoimiin. Suhtautumisen eroja testattiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Testaus suoritettiin 5% merkitsevyystasolla. Naisten ja miesten myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti suuntaa antavana ($p = 0,10$). Naisten ja miesten kielteinen suhtautuminen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,49$). Ammattiryhmän lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja ja ammattiryhmän sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja myönteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p = 0,05$). Ammattiryhmien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,02$). Tämä oli tutkimuksen ainoa tilastollisesti merkitsevä ero. Määräaikaisen ja vakituisen työsuhteen myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,37$). Työsuhdeiden kielteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti suuntaa antavasti ($p = 0,10$).

Arvioitaessa ikäluokkien myönteistä ja kielteistä suhtautumista pakkotoimiin ei eroa ollut. Yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) mukaan ikäluokkien myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,36$). Ikäluokkien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin ei myöskään eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,45$).

Muuttujan neutraali suhtautuminen pakkotoimiin jakauma on vino. Tästä syystä testauksessa käytettiin Mann-Whitney U-testiä ja Kruskal-Wallis H-testiä. Mann-Whitney U-testin mukaan naisten ja miesten neutraali suhtautuminen pakkotoimiin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,92$). Ammattiryhmän lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja ja ammattiryhmän sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja neutraali suhtautuminen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,46$). Määräaikaisen ja vakituisen työsuhteen neutraali suhtautumien pakkotoimiin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,12$). Kruskal-Wallis H-testin mukaan ikäluokkien 20-35 vuotta, 36-51 vuotta ja 52-66 vuotta neutraali suhtautuminen pakkotoimiin ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,39$).

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Potilaan vapauden rajoittamista koskeviin ohjeistuksiin ja lainsäädäntöön liittyviin väittämiin oikein vastanneiden keskiarvo oli 81,2%, joten hoitajien tietoa voidaan pitää hyvänä. Viiteen kysymykseen vastattiin alle 50% oikein. Nämä kysymykset koskivat potilaan vapauden rajoittamista koskevaa lainsäädäntöä. Kysymyksen asettelu on saattanut olla epäselvää. Tällaista ei tosin tullut ilmi esitestauksessa. Esitestauksen otanta ($n=5$) olisi voinut olla suurempi ja koskea eri ammattiryhmiä. Voi myös olla, että kyselyyn vastanneille nämä lainkohdat ja ohjeistukset eivät olleet ennestään tuttuja. Väittämät, joihin vastattiin alle 50% oikein, nostettiin esille, koska niiden tietämyksessä on parannettavaa.

Väittämään 6. Tahdosta riippumaton hoito tarkoittaa ainoastaan psykiatriseen sairaalaan ottamista ja siellä pitämistä vastasi oikein 43,1% ($n=75$), väärin 51,7% ($n=90$) ja en osaa sanoa 5,2% ($n=9$). Potilaan vapautta voidaan rajoittaa myös Tartuntatautilain (583/86) Päihdehuoltolain (41/86) Kehitysvammaisten erityishuoltolain (519/1977) perusteella.

Vähiten oikein vastattiin väittämään numero 7. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä, jos on vahingollinen itselleen. Oikein väittämään vastasi 21,1% (n=21), väärin väittämään vastasi 86,8% (n=151) ja ei osaa sanoa vastasi 1,1% (n=2). Itsemurhavaara ei yksittäisenä kriteerinä riitä potilaan määräämiseksi pakkohoitoon. (Korkeila 2006). Täysi-ikäinen henkilö voidaan määrätä pakkohoitoon psykiatriseen sairaalaan, ainoastaan jos seuraavat kolme alla mainittua kriteeriä vallitsevat samanaikaisesti. Mielenterveyslain (1116/90) mukaan henkilön täytyy olla 1. Mielisairas eli psykoottinen. 2. Henkilö mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa niin, että hoitamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi henkilön omaa terveyttä ja turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta. 3. Mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä.

Väittämään 18. Potilas voidaan eristää muuallekin kuin eristyshuoneeseen vastasi 33,3% (n=58) oikein, väärin vastasi 60,3% (n=105), en osaa sanoa vastasi 5,7% (n=10) ja yksi 0,6% (n=1) ei vastannut kysymykseen. Eristettäessä potilas laitetaan yksin eristyshuoneeseen tai muuhun lukittuun ilman kalusteita olevan tilaan tai muuhun lukittuun tilaan, josta hän ei omin voimin pysty poistumaan. Niillä psykiatrisilla osastoilla, joilla eristämistä käytetään, yleensä ensisijaisesti psykoosipotilaita hoitavilla osastoilla, on eristämistarkoitusta varten mainitut kalustamattomat eristyshuoneet. Joskus käytetään eristämisenä potilaan sulkemista normaaliin potilashuoneeseen, josta otetaan tarkoitusta varten pois kalustus. Eristäminen täytyy lopettaa välittömästi, kun siihen ei enää ole tarvetta. (Kaltiala-Heino 1999; Mielenterveyslaki (1116/90); Suutala 2000; Sailas & Wahlbeck 2005.)

Väittämään 20. Pakkotoimista ja rajoituksista on aina erikseen sovittava potilaan kanssa oikein vastasi 37,9% (n=66), 54,0% (n=94) vastasi väärin ja 8% (n=14) vastasi en osaa sanoa. Pakkotoimista ja rajoituksista ei tarvitse erikseen sopia potilaan kanssa. Ennen kuin potilas määrätään tahdon vastaiseen hoitoon, on hänen mielipiteensä kuultava. Ennen fyysistä rajoittamista on potilaalle kerrottava tilanteesta. Jos rajoituksia kohdistuu vapaaehtoisesti hoidossa oleviin potilaisiin, niin niistä on erikseen sovittava potilaan kanssa. (ETENE 2004; Mielenterveyslaki (1116/90); Publication of Standards to Prevent Mistreatment of Psychiatric Patients 1997; Suutala 1999;2000.)

Väittämään 22. Potilaan omaisuuden huostaanottamista valvoo hallinto-oikeus vastasi oikein 47,1% (n=82) ja väärin 24,1% (n=42) ja en osaa sanoa en osaa sanoa 28,7% (n=50). Potilaan omaisuuden huostaanottamista valvoo hallinto-oikeus. Kun hoito päättyy, on potilaalta haltuun otettu omaisuus palautettava. Potilaalla on oikeus valittaa mainituista toimista niitä valvovaan instanssiin eli hallinto-oikeuteen. (Kääriäinen 2007; Mielenterveyslaki (1116/90); Valvira 2018a.)

Psykiatrasta hoitotyötä on tutkittu paljon, sekä potilaan vapauden rajoittamista, niin Suomessa kuin ulkomailla. Hoitajien tietoa laeista ja ohjeistuksista psykiatriassa ei ole tietääkseni tutkittu Suomessa. Hoitajien tietoa on tutkittu, mutta erilaista tietoa kuin tässä tutkimuksessa. Immosen (2005) Pro Gradu- tutkielmassa selvitettiin hoitajien tietämystä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) sisällöstä. Immosen (2005) mukaan olisi hyvä tulevaisuudessa tutkia psykiatristen hoitajien tietämystä mielenterveyslain (1116/1990) sisällöstä, koska sitä ei ole aikeisemmin tutkittu.

Naisten ja miesten myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti suuntaa antavana ($p = 0,10$). Tämä antaa viitteitä siihen, että miesten ja naisten välillä on eroa. Voi olla, että naiset ovat kasvaneet sellaisessa yhteiskunnassa, että heille on kehittynyt miehiä pehmeämmät arvot. Lisätutkimuksen aihe voisi olla tutkia minkä suuntaisia erot ovat niiden erojen syiden selvittämiseksi.

Ammattiryhmän lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja ja ammattiryhmän sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja myönteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p = 0,05$). Ammattiryhmien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,02$). Koulutuksella on varmasti vaikutusta suhtautumisessa pakkotoimiin. Voi olla, että korkeammin koulutetut suhtautuvat kielteisemmin pakkotoimiin koulutuksen tuoman tiedon myötä. Vähemmän koulutusta saaneet saattavat suhtautua pakkotoimiin myönteisemmin. Laukkasen (2020) mukaan hoitotyön johtajat suhtautuivat negatiivisemmin lepositeisiin ja fyysisiin rajoituksiin sekä positiivisemmin tarvittaviin lääkkeisiin. Tutkimuksessa havaittiin muutama yhteys taustamuuttujien välillä kuten sukupuoli ja työntekijöiden määrä.

Määräaikaisen ja vakituisen työsuhteen kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti suuntaa antavasti ($p = 0,10$). Määräaikaisessa työsuhteessa olevien hoitajien työkokemus saattaa olla lyhyempi kuin vakituisessa työsuhteessa olevilla. Tämä voi vaikuttaa asenteisiin psykiatrisen potilaan vapauden rajoittamista kohtaan. Toisaalta vaikeahoitoisten psykiatristen potilaiden hoitaminen voi olla raskasta ja tämä voi aiheuttaa kyynisyyttä työtä kohtaan. Kriegeren (2020) mukaan eniten työkokemusta omaavien hoitajien suhtautuminen pakkotoimiin oli tuomitsevampi kuin vähemmän työkokemusta omaavien.

6.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

6.1 Reliabiliteettikerroin Cronbachin alfa

Reliabiliteetilla osoitetaan, miten toistettavasti ja luotettavasti käytetty mittausmenetelmä mittaa valittua aihetta. Toistomittauksilla voidaan arvioida reliabiliteettia. (Hiltunen 2009; Tilastokeskus 2021). Toistokoe voisi olla aiheellinen reliabiliteetin määrittelemiseksi. Tämä voisi olla jatkotutkimusaihe.

Cronbachin alfaa käytetään reliabiliteetin mittaamiseksi. Cronbachin alfa kertoo kuinka yhdenmukaisesti mittarin eri kysymykset mittaavat samaa asiaa. (Kvantimotiv 2008; Miettunen 2016.)

Mittarin kolmannessa osiossa on 30 väittämää liittyen potilaan vapauden rajoittamiseen psykiatriassa, pakkotoimiin ja vastentahtoiseen hoitoon. Väittämillä mitattiin hoitajien suhtautumista potilaan vapauden rajoittamista kohtaan. Väittämät ovat muodostettu teorian eli kirjallisuuden ja aihealueesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksien sekä muun aihetta käsittelevän tutkimuksen pohjalta. Väittämistä muodostettiin kolme summamuuttujaa. Suhtautumista tarkastellaan myönteisenä, kielteisenä ja neutraalina suhtautumisena.

Myönteisen suhtautumisen summamuuttujasta poistettiin summamuuttujaa muodostaessa yksi väittämä. Poistettu väittämä on 48. Syy potilaan eristämiseen on aina potilaassa itsessään. Tällä saatiin nostettua Cronbachin alfa riittävälle tasolle 0,60. Miettusen (2016) mukaan on esitetty erilaisia raja-arvoja, sille mikä on riittävä arvo, esimerkiksi 0,60-0,80 voitaisiin pitää riittävänä arvona.

Taulukko 9. Cronbachin alfa

Summamuuttuja	Lomakkeen väittämät	Cronbachin alfa
Myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin keskiarvo 3,51 keskihajonta 0,55	31. Pakkohoito on välttämätöntä. 38. Pakkohoidolla saavutetaan hyvä 33. On hyväksyttävää rajoittaa potilaan vapautta sairauden takia. 41. Rajoitukset ovat potilaan omaksi parhaaksi. 50. Potilas pitäisi voida eristää, jos henkilökuntaa ei ole riittävästi. 54. Potilasta ei voida hoitaa ilman pakkotoimia. 58. Pakolla toteutettu hoito auttaa. 59. Hoitajalla on oikeus päättää potilaan puolesta häntä koskevista asioista.	0,60
Kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin keskiarvo 2,66 keskihajonta 0,50	32. Pakkohoito on vallankäytön muoto. 34. Potilaan tahdon huomiotta jättäminen on haitallinen ja vaarallinen teko. 35. Pakkotoimien toteuttaminen aiheuttaa eettisiä ristiriitoja. 46. Pakkohoito on etiikkani vastaista. 51. Eristyksen käyttö pitäisi minimoida eettisistä syistä. 55. Pakkohoidolle ei ole mitään oikeutusta. 56. Tahdonvastainen hoito loukkaa ihmisen perusoikeuksia. 42. Rajoituksilla rankaistetaan potilasta. 43. Potilaan pitäisi saada itse päättää kaikista koskevista asioista. 36. Pakkotoimia käytetään liikaa. 44. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi rajoittaa mahdollisimman vähän. 47. Potilaita eristetään turhaan. 49. Eristämisen tulisi olla viimeinen vaihtoehto.	0,73
Neutraali suhtautuminen pakkotoimiin mediaani 4,29 minimi 2,14 maksimi 5,00	37. Potilaan tahto huomioidaan riittävästi. 40. Potilaita hoidetaan yhteistyössä heidän kanssaan. 45. Pakkotoimia käytetään oikein perustein. 52. Potilasta kohdellaan kunnioittavasti eristystilanteissa. 53. Tahdonvastainen hoito aloitetaan oikein perustein. 57. Potilaat ovat tietoisia omista oikeuksistaan. 60. Potilaalla on mahdollisuus omaan valintaan hoitoaan koskevissa päätöksissä.	0,74

6.2.2 Validiteetti

Mittaria on käytettävä oikealla tavalla, oikeaan kohteeseen ja oikea-aikaisesti. Virheellinen mittari ja aineisto vaikuttavat tutkimuksen kokonaisvaliditeettiin. Mittarin hyvä validiteetti on tärkeä tutkimuksen kokonaisvaliditeetin kannalta. Mittarin validiteettia on vaikea perustella, ellei sitä perusteta teorialle. Teoria on tae mittarin validiteetille. Kun reliabiliteetti on huono, niin silloin lopputuloksena on huono validiteetti. (Kvantimotv 2008; Taanila 2019).

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli yhden psykiatrisen sairaalan aikuispsykiatriset osastot. Kohderyhmää voidaan pitää oikeana, koska tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia juuri aikuispsykiatriassa työskentelevien hoitajien tietoa potilaan vapauden rajoittamiseen liittyvistä ohjeistuksista ja lainsäädännöstä sekä kuvata hoitohenkilökunnan suhtautumista pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tämä tutkimus on määrällinen tutkimus. Määrällinen tutkimustapa valittiin, koska aineisto oli numeerisessa muodossa ilmaistavaa. Mittauksen ajankohta valittiin niin, että se ei osunut loma-aikaan. Näin tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli vakihenkilökuntaa, eikä sijaisia. Juuri vakihenkilökuntaa haluttiin tutkimukseen, koska heidän tietämys ja asenteet kertovat enemmän sairaalan pysyvistä tilanteesta. Tutkimusta varten kehitettiin mittari, koska ei ollut juuri tähän tutkimukseen soveltuvaa mittaria. Mittarin kysymykset pohjautuivat lakeihin, ohjeistuksiin säädöksiin ja kirjallisuuteen. Mittarin reliabiliteettia voidaan pitää hyvänä. Tutkimuksen validiteettia voidaan pitää hyvänä, koska kohde, tapa, mittauksen ajankohta ja tutkimusasetelma olivat oikeita. Tulevaisuuden tutkimuksessa voitaisiin tehdä faktorianalyysi. Voitaisiin myös tehdä uudelleen testaus reliabiliteetin määrittämiseksi.

6.3 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimustyön eettisten kysymyksien tarkastelu on tärkeää, erityisesti niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset kysymykset koskevat muun muassa tutkijan ja tutkimusorganisaation välistä suhdetta, tutkimusongelmien valintaa, tutkijan ja tutkittavan suhdetta ja tutkimusaineiston keräämistä sekä tutkimusten tulosten julkaisua. (Vehviläinen-Julkunen 2006.) The Ethical Guidelines for Study on Nursing in the Nordic Countries (2003) mukaan hoitotyön tutkimusta ohjaavat hyvää tekemisen periaate, vahingoittamatta olemisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate, autonomian periaate sekä tutkimuksen vapauden ja riippumattomuuden periaate.

Tutkijan tulee noudattaa rehtyyttä, tarkkuuta ja huolellisuutta. Tutkimuksessa pitää käyttää tieteellisesti ja eettisesti vahvoja tutkimus-, raportointi- ja arviontimenetelmiä ja tiedon hankintaa. Tutkimuksessa tulee huomioida muiden tutkijoiden työt ja annettava niille oikea arvo. Noudatetaan avoimuutta tutkimustulosten julkaisussa. Määritellään tutkijan asema, vastuut ja oikeudet sekä tulosten omistajaa koskevat kysymykset. Ilmoitetaan rahoituksen lähteet ja muut sidonnaisuudet. (Leino-Kilpi 2008; TENK 2012).

Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena ovat hoitohenkilökunnan asenteet potilaan vapauden rajoittamista kohtaan sekä tieto potilaan vapauden rajoittamista koskevien ohjeistuksien ja lainsäädännön sisällöstä. Tätä tutkimusnäkökulmaa voidaan perustella esimerkiksi hoitotyön kehittämisen ja koulutuksen tarpeella juuri tämän aihealueen osalta.

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitoalueen johtavalta ylihoitajalta pyydettiin lupa kyselyn toteuttamista varten. Tutkimus koskee sairaalan henkilökuntaa, joten eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja anonymia. Kyselylomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa. Aineiston analyysi ja tutkimustulosten raportointi tapahtui niin, että tutkittavien anonymiteetti säilyi. Ketään yksittäistä hoitajaa ei tutkimustuloksista pysty tunnistamaan. Tutkimustuloksien raportoinnissa huomioitiin myös se, ettei siinä paljastettu sellaista, josta voisi oletettavasti olla haittaa tutkimukseen osallistuneille. Raportoinnissa säilytettiin avoimuus ja rehellisyys. (TENK 2012).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Hoitohenkilökunnan tietämys potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä

Mittarissa oli yhteensä 24 kysymystä potilaan vapauden rajoittamista koskevasta lainsäädännöstä, kolme kysymystä vapauden rajoittamista koskevasta ohjeistuksesta ja kolme kysymystä eettisistä ohjeistuksista. Lainsäädäntöä koskevia kysymyksiä oli eniten, koska lainsäädäntö antaa pohjan psykiatriselle hoitotyölle. Ainoastaan viiteen kysymykseen vastattiin alle 50 prosenttia oikein. Nämä kysymykset koskivat potilaan vapauden rajoittamista koskevaa lainsäädäntöä.

Hoitohenkilökunnan tietämystä potilaan vapauden rajoittamista koskevista ohjeistuksista ja lainsäädännöstä voidaan pitää hyvänä. Potilaan vapauden rajoittamista koskeviin ohjeistuksiin ja lainsäädäntöön liittyviin väittämiin oikein vastanneiden keskiarvo oli 81,2%.

7.2 Hoitohenkilökunnan suhtautuminen pakkotoimiin sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä

Pakkotoimiin suhtautumista tarkasteltiin myönteisenä, kielteisenä ja neutraalina. Naisten ja miesten myönteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti suuntaa antavana ($p = 0,10$). Ammattiryhmän lähihoitaja, perushoitaja ja mielenterveyshoitaja ja ammattiryhmän sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja myönteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p = 0,05$). Ammattiryhmien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,02$). Tämä oli tutkimuksen ainoa tilastollisesti merkitsevä ero. Työsuhteiden, määräaikainen ja vakituinen, kielteinen suhtautuminen erosi tilastollisesti suuntaa antavasti ($p = 0,10$).

Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut paljon. Ainoastaan ammattiryhmien kielteinen suhtautuminen pakkotoimiin erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,02$). Aihetta voisi tutkia lisää.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Aluehallintovirasto. 2018. <https://www.avi.fi>. Luettu 6.11.2018.

Bandman, E.L. & Bandman B. 1995. Nursing Ethics Through Life Span. Third Edition. Norwalk: Appleton Lange.

Borg, S. 2017. Mitä ihmettä on... kyselylomakkeen 10 kultaista sääntöä? JKK, Metodifestivaali 2017. www.jyu.fi. Luettu 26.10.2020

Bärlund-Toivonen, E. 2000. Tahdosta riippumaton hoito: psykiatrisen potilaan oikeuksien toteutuminen. Teoksessa Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tampere Paino Oy, 168-177.

Cullberg, J. 2005. Psykoosit – Kokoava näkökulma. Therapie-säätiö. Vantaa: Dark Oy.

Del Olmo-Romero, F. 2018. Mental Health Professionals' Attitudes Towards Mental Illness: Professional and Cultural Factors in the INTER Study. Eur Arch psychiatry Clin. Neurosci. 2018 Jan 20.

Dressing, J. & Salize, HJ. 2004. Compulsory Admission of Mentally Ill Patients in European Union Member States. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 39(10), 797-803.

ETENE- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen toimikunta 2004: Autonomia ja heitteillejättö-eettistä rajankäyntiä. Etene- julkaisu 10. <http://etene.org/dokumentti/ETENE10fin.pdf>. Luettu 14.8.2006.

Euroopan parlamentin mietintö. 2006. Euroopan parlamentin päätöslauselma väestön mielenterveyden parantamisesta – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia (2006/2058(INI)). [Http://www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu). Luettu 4.12.2008.

European Commission 2005. Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Health and Consumer Protection. Directorate-General. Brussels. 14.10.2005, COM (2005)484. Brussel.

Fry, S.1997. Etiikka hoitotyössä. Tampere: Tammer-paino Oy

Groth, L., Honka, J., Konttinen, I. & Konttinen, R. 1999. Eristämisen problematiikka pitkäaikaissairaiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 54 (26), 3037-3043.

Hannukkala, M., Parkkonen, J., Solantaus, T., Valkonen, J. & Wahlbeck, K. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveyden ytimessä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 133(10), 985-992.

Harding, T.W. 2000. Human Rights Law in the Field of Mental Health: A Critical review. Munksgraad Acta Psychiatry Scandinavia 101, 24-30.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing.

Hiltunen, L.2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/graduryhmä/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf. Luettu 15.1.2021

Hotzy, F. 2018. Clinical Course and Prevalence of Coercive Measures: An Observational Study Among Involuntary Hospitalised Psychiatric Patients. Swiss Med Wkly. 2018 Apr26;148.

Huttunen, M. 2017. Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. Lääkärikirja Duodecim. http://terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512. Luettu 7.11.2018.

The ICN Code of Ethics for Nurses. 2006. www.icn.ch/icncode.pdf. Luettu 4.12.2008.

Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Ilveskivi, P. 1997. Potilaan oikeusasema oikeuden näkökulmasta. Helsinki: Hakapaino Oy.

- Jokinen, M. & Räsänen, K. 2001. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY, 41-67.
- Joukamaa, M. 2002. Sosiaalipsykiatria. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E. Joukamaa, M. Isohanhi, M. & Hakola, P. (toim.) Psykiatria. WSOY: Porvoo, 281-287.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Juva: WSOY.
- Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. 2001. Involuntary Commitment in Health Care. *European Journal of Health Law* 8, 299-316.
- Kaltiala-Heino, R. 1998. Tahdosta riippumattoman hoidon eettisistä ongelmista. *Suomen Lääkärilehti* 53(35), 4099-4205.
- Kaltiala-Heino, R. 1999. Eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa Taipale, I. (toim.) *Mielen valtaa – Psykiatrian lukemisto*. Vantaa: Printway Oy, 107-118.
- Kaltiala-Heino, R. 2000. Pakko psykiatrisessa hoidossa. Teoksessa Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. (toim.) *Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa*. Juva: WS Bookwell Oy, 102-132.
- Kansaneläkelaitos. 2004. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2003. Kansaneläkelaitos, Julkaisuja T1:39. Helsinki.
- Kaplan, R. & Saccuzzo, D. 2013. *Psychological Assessment and Theory*. 8th edition. USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Kellokosken sairaala. 2006. Pakkotoimitilasto ajalta 01.0-2006-21.11.2006. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Keski-Valkama, A. 2010. *The Use of seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry: A Persistent Challenge Over Time*. Vanha Vaasa Hospital 2010. Väitöskirja. University of Tampere.
- Kiikkala, I. & Tuori, T. 2004. Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 59(37), 3411-3414.

Koivisto, J. 1994. Potilaan oikeudet ja potilasasiamies toiminta. Teoksessa Koivisto, J. (toim.) Potilaan oikeudet ja potilasasiamies toiminta, 17-23.

Kognitiivinen sosiaalipsykologiaa. 2008. Sosiaalipsykologian peruskurssi. Kurssimateriaali. Tampereen Yliopiston täydennyskoulutuskeskus. <http://www.uta.fi/tyt/verkko-opinnot/sosiaalipsykologia/kognitiivisuus.html>. Luettu 17.4.2008.

Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: Milloin ja miten? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 122(18):2251-7.

Korpela, M., Kontio, R., Koivisto, T. & Laaksonen, T. 2005. Ohjeet mielenterveystilain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisuja 2/2005.

Krieger, E. 2018. Patient's Attitudes Towards an Acceptance of Coercion in Psychiatry. Psychiatry Res. 2018 Feb;260, 478-485.

Kruskal-Wallis H test in SPSS. <https://statistics.learnd.com>. Luettu 28.4.2020.

Kruskal-Wallis tests in SPSS. <https://ssor.vcu.edu>. Luettu 28.4.2020

Kvantimotv. 2009. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Menetelmäopintojen tietovaranto. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat/summamuuttujat.html>. Luettu 18.2.2019.

Kvantimotv. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. <https://fsd.tuni.fi>. Luettu 9.12.2020.

Kvantimotv 2007. Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet. <https://fsd.tuni.fi>. Luettu 26.10.2020.

Kääriäinen, J. Lääninhallitus tahdosta riippumattoman hoidon ja pakkotoimien valvojana. Pakkoseminaari 25.9.2007 Niuvanniemen sairaala. Kuopio. www.stakes.fi. Luettu 7.12.2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992). www.finlex.fi. Luettu 10.8.2006.

Laki kehitysvammaisen erityishuollosta (519/1977). <http://www.finlex.fi>. Luettu 10.8.2006.

Laukkanen, E. 2020. Psychiatric nursing managers' attitudes towards containment methods in psychiatric inpatient care. *J Nurs Manag.* 2020.

Laukkanen, E., Kuosmanen L., Selander T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2020. Seclusion restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data. *Nord J Psychiatry.* 2020 Mar 3:1-6.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen M., Henriksson, M. Marttunen, M. & Partinen, T. (toim) *Psykiatria.* Hämeenlinna: Karisto Oy, 13-20.

Leino-Kilpi, H. 2010. Hoitotyöntekijä ja tutkimuseetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä.* WSOY, 360-377.

Leino-Kilpi, H. & Kurittu K. 1995. Patients' Rights in Hospital: An Empirical Investigation in Finland. *Nursing Ethics* 2(2), 103-113.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. *Etiikka hoitotyössä.* Juva: WSOY.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanhi, M. & Hakola, P. 2002. *Psykiatria.* Porvoo: WSOY.

Lind, M., Kaltiala-Heino, R., Suominen, T., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Nurses Ethical Perceptions About Coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 379-385.

Louhiala, P. 1995. *Terveys, arvot ja oikeudet.* Helsinki: Yliopistopaino.

Långvik, B. 1994. Esipuhe. Teoksessa Koivisto, J. (toim.) *Potilaan oikeudet ja potilasasiamies toiminta.* Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 11-13.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. *Suomalaisten terveys.* <http://www.terveyskirjasto.fi/>. Luettu 4.12.2008.

Lähihoitajan eettiset ohjeet. 1996. <http://www.superliitto.fi/>. Luettu 4.12.2008.

Mileau, J. 2018. The Influence of Coercion Measures on Patient's Stances Towards Psychiatric Institutions. *Int J Psychiatry Clin Pract.* Jun 22(2), 115-122.

Milenterveysatlas. 2005.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75445/MielenterveysAtlas2005.pdf?sequence=1>.

Luettu 15.10.2007.

Mielenterveyshoitajan eettiset ohjeet. 1996. www.smthl.net/liitto.html. Luettu 4.12.2008.

Mielenterveyslaki (1116/1990). <http://www.finlex.fi>. Luettu 10.8.2006.

Minilex. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. <https://minilex.fi>. Luettu 24.10.2020.

Miettunen, J. Kvantitatiivinen tutkimus hoitotieteessä. 2016. Oulu.

Niveau, G. 2003. Preventing Human Rights Abuse in Psychiatric Establishments: The Work of the CPT. *European Psychiatry* 19, 146-154.

Ojanen, M. & Sariola, E. 1997. Hoito vai pakkohoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Olofsson, B. 2001. Experiences of Coercion in Psychiatric Care as Narrated by Patients, Nurses and Physicians. *J Adv Nurs* Jan;33(1), 89-97.

Paunio, R-L. 2000. Pakko terveydenhuollossa – Tarvitaanko uusia säännöksiä ja ohjeita? *Suomen Lääkärilehti* 55(35), 3461-3463.

Pikaohjeita SPSS:lle. <http://www.helsinki.fi/reunamo/opetus/spssohje.html>. Luettu 7.10.2018

Pimenof, V. 2004. Lääkäri ja väkivaltakoneisto. *Suomen Lääkärilehti* 59(3), 197-198.

Potilasvakuutuslaki (948/2019). <https://finlex>. 26.1.2021.

Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas, tunnuslukuja Suomesta. Helsinki: Stakes.

Publication on Standards to Prevent Mistreatment of Psychiatric Patients. 1998. European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment of Punishment.

Pylkkänen K. 2001. Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy 705-732.

Päihdehuoltolaki (41/1986). <http://finlex.fi>. Luettu 10.8.2006.

Raunio, J & Rätty, T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Sailas, E. & Fenton, M. 2000. Seclusion and Restraint for People With Serious Mental Illnesses. Cochrane Database.

Sailas, E. & Wahlbeck, K. 2005. Restraint and Seclusion in Psychiatric Inpatient Ward. *Current Opinion in Psychiatry* 18 (5), 555-559.

Sailas, E. 1999. Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Psychiatria Fennica* (30), 205-213.

Salize, H. & Dressing, H. 2005. Coercion, Involuntary treatment and Quality of Mental Health Care: Is There Any Link? *Current Opinion on Psychiatry* 18 (5), 576-584.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. www.sairaanhoitajaliitto.fi/ Luettu 4.12.2008.

Salize, K., Dressing, H. & Peitz. 2002. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-member States. Mannheim: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General.

Savage, L., Cert, E. & Salib, E. 1999. Seclusion in Psychiatry. *Nursing Standard* 13(50), 34-37.

Seppi, P. 2005. Pakkohoito- hengenpelastaja vai ihmisoikeusloukkaus? *Mielenterveys*. 5/2005, 17-23.

Stakes. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja. 2005. Vaajakoski: Gummerus

Kirjapaino Oy.

STM. 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Arviomuistio: Mieleneterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. [https://: stm.fi](https://stm.fi). Luettu 10.11.2018.

Suomen perustuslaki (731/1999). www.finlex.fi. Luettu 10.8.2006.

Suutala, H. 1999. Pakkotoimet ja ihmisoikeudet Euroopassa. Teoksessa Kaltiala- Heino, R-K. & Välimäki, M. (toim.) Rajoitetaanko rajoittamista – eristys ja lepositeet psykiatrisessa hoidossa- Tampereen Yliopiston terveystieteenlaitos. Julkaisuja 2, 5 – 9,11.

Taanila, A. 2017. IBM SPSS Statistics 24. [spss19.pdf](#). Luettu 28.4.2020.

Taiminen, T. 1998. Milloin aikuinen ihminen tulisi lähettää tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon? Suomen Lääkärilehti 53(31),3509.

Tartuntatautilaki (1227/2016). <http://finlex.fi>. Luettu 26.1.2021.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 3.2.2021.

Tiihonen, J. 2004. Miksi pakon käyttö vaihtelee niin paljon psykiatrisessa hoidossa? Suomen lääkäri-lehti 37(59), 3359.

Tilastokeskus 2021. Käsitteet. tilastokeskus.fi/kas/reliabiliteetti.html. Luettu 28.3.2021.

Tuohimäki, C., Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuori, T., Lehtinen, V. & Joukamaa, M. 2003. The Use of Harmful to Others-criterion for Involuntary Treatment in Finland. European Journal of Health Law 10 (2):183-199.

Tuohimäki, C. 2007. The Use of Coercion in the Finnish Civil Psychiatric Inpatients: A Part of the Nordic Project Paternalism and Autonomy. Väitöskirja. University of Oulu.

Utria, S. 1996. Tahdosta riippumaton psykiatrisen hoito – kriittinen tarkastelu. Suomen Lääkärilehti

51(32), 3442.

Valvira 2018 a. <https://valvira.fi>. Luettu 7.11.2018

Valvira 2018 b. Perusoikeuksien rajoittaminen tahdosta riippumattoman hoidon aikana. https://valvira/terveydenhuolto/hyva_ammattinharjoittaminen/mielenterveys/perusoikeuksien_rajoittaminen_tahdosta_riippumattoman_hoidon_aikana. Luettu 7.11.2018

Vehkalahti, V. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26-34.

Välimäki, M. 1994. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeus. Teoreettinen ja empiirinen analyysi itsemääräämisoikeuden käsitteestä. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Välimäki, M. 1998. Psychiatric Patients Views on the Concept of Selfdetermination: Findings from a Descriptive Study. *Journal of Clinical Nursing*. 1(7), 59.

Välimäki, M. 2000. Psykiatrisen potilaan itsemäärääminen. Teoksessa Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. (toim.) Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy, 85-100.

Välimäki, M. 2006. a. EpsychNurse.Net -Leonardo da Vinci. Community Vacation Training Action Program 2006-2008. Pilot project. 21.8.2006 Tampereen yliopistollinen sairaala.

Välimäki, M. 2006 b. 1st International Seminar of ePsychNurse. Net – Project. 1.11.2006. University of Turku.

Välimäki, M., Taipale, J. & Kaltiala-Heino, R. 2001. Deprivation of Liberty in Psychiatric Treatment: A Finnish Perspective. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals* 8(6): 522-532.

