

**Pakon käytön vähentäminen High and Intensive care -mallia
hyödyntäen psykiatrisilla osastoilla**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan ammattikorkeakoulukeskus

Kevät 2021

Katri Havunen

Emma Länsivuori

Sairaanhoitaja

Tiivistelmä

Hämeenlinnan ammattikorkeakoulukeskus

Tekijä	Katri Havunen, Emma Länsivuori	Vuosi 2021
Työn nimi	Pakon käytön vähentäminen High and Intensive care -mallia hyödyntäen psykiatrisilla osastoilla, kuvaileva kirjallisuuskatsaus	
Ohjaajat	Paula Vikberg-Aaltonen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaista näyttöä High and Intensive care -mallin toiminnan vahvuuksista on pakon käytön vähentymiseen, ja selvittää mallin mahdollisia kehityskohteita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa koostettua tutkimustietoa High and Intensive care -mallista tilaajan käyttöön. Tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian tulosalue.

Opinnäytetyön teoriaosuus rakentui uhkaavasti tai aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan hoidosta, mielenterveyslaista sekä erilaisista pakon käytön vähentämisen keinoista psykiatrisessa hoidossa. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, ja tutkimusaineisto kerättiin tietokantahauilla. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhdeksän tutkimusta, joiden keskeisimmät tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista selvisi, että High and Intensive care -mallin vahvuus pakon käytön vähentämiseksi koostui useista eri tekijöistä. Tutkimusaineiston perusteella vahvuuksiksi osoittautui hoidon yksilöllisyys, hoitohenkilöstön ammattitaitoisuus sekä mallin vaikuttavuus tarkoittaen laadun jatkuvaa arvioimista ja työtapojen kehittämistä. Tutkimustuloksena mallin kehittämiskohteiksi nousivat vuorovaikutuksen sekä potilasprofiloinnin kehittäminen.

Avainsanat Mielenterveyslaki, pakkokeinot, psykiatria, tahdosta riippumaton hoito

Sivut 62 sivua

Authors	Katri Havunen, Emma Länsivuori	Year 2021
Subject	Reducing Coercion with High and Intensive Care Model in Psychiatric Wards, a narrative literature review	
Supervisor	Paula Vikberg-Aaltonen	

ABSTRACT

The purpose of the bachelor's thesis was to study the High and Intensive care model, firstly to examine what kind of effect nursing according to the model has on reducing coercion on psychiatric wards and secondly to discover potential targets for future development. The aim was to present a literature review of the effects of the High and Intensive care model. The Department of Psychiatry at Kanta-Hämeen keskussairaala central hospital acted as commissioner of the thesis.

The theoretical basis of this thesis consists of treatment of patient whose behaviour is aggressive, of the Mental Health Law and measures of reducing coercion in psychiatric wards. The research method used in the thesis was narrative literature review and the research material was collected by doing database searches. For the literature review was selected nine studies, whose most essential results were analysed with the inductive content analysis method.

It emerges from the results of the literature review that the strength of the High and Intensive care model consists of various elements. The elements considered the strengths were individuality in care, nursing staff's professional skills, evaluation of quality of the model and continuous development of practices. Based on the literature review as the potential future development targets emerged the skills of interaction and patient profiling.

Keywords Coercive means, involuntary care, Mental Health Law, psychiatry

Pages 62 pages

Sisälllys

1	Johdanto	1
2	Potilaan aggressiivinen käytös.....	3
2.1	Väkivaltaisen tilanteen hallitseminen	4
2.2	Aggressiotilanteiden vaikutukset potilaaseen ja henkiökuntaan	5
2.3	Potilaiden kokemuksia pakkotoimenpiteistä	6
3	Puitteita mielenterveystyölle	7
3.1	Mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö.....	8
3.1.1	Tahdosta riippumaton hoito	8
3.1.2	Rajoitustoimenpiteiden käyttö psykiatrisessa hoidossa	9
3.2	Hoitotyön eettiset ohjeet ja eettisiä näkökulmia hoitotyöhön	11
3.2.1	Sairauden vaikutus päätöksentekokykyyn	13
3.2.2	Hoidon tarpeesta päättäminen	14
3.3	Hoitosuunnitelma ja psykiatrinen hoitotahto.....	15
4	Pakon käytön vähentämisen keinoja.....	16
4.1	Pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa	16
4.2	Uhkaavan käyttäytymisen ja väkivaltariskin arviointi.....	19
4.3	Osastojen tilojen vaikutus pakkotoimien määrään	21
4.4	Safewards-malli.....	22
5	Psykiatriset intensiivihoitoyksiköt	27
5.1	High and Intensive care -malli.....	27
5.2	Psychiatric Intensive Care Unit	29
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	31
7	Tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku	31
7.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	32
7.2	Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valintaprosessi	35
7.3	Valitun aineiston laadun kuvaus	38
7.4	Aineiston analyysi	40
8	Tulokset	41
8.1	High and Intensive care -mallin vahvuudet pakon käytön vähentämisessä..	41
8.1.1	Yksilöllisyys hoidossa.....	41
8.1.2	Hoitohenkilöstön ammattitaitoisuus	43
8.1.3	High and Intensive care -mallin vaikuttavuus	44
8.2	High and Intensive care -mallin kehityskohteet	45

8.2.1	Vuorovaikutuksen kehittäminen	45
8.2.2	Potilasprofiloinnin kehittäminen	47
9	Pohdinta ja johtopäätökset	48
9.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	49
9.2	Opinnäytetyöprosessi ja tilaajan kommentit.....	50
	Lähteet.....	53

Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1	Safewards-mallin interventiot	24
Kuva 2	Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi, 2013).....	33
Kuva 3	SALSA-periaate (Stoltia, 2016, s. 8).....	34
Kuva 4	Tiedonhaun prosessi	37
Taulukko 1	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	36
Taulukko 2	Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	38
Taulukko 3	High and Intensive care -mallin toiminnan vahvuudet pakkotoimien vähentämisessä	45
Taulukko 4	Kehitysmahdollisuuksien ylä- ja alakategoriat.....	48

1 Johdanto

”Blackwell Islandin mielisairaala on rotanloukko ihmiselle. Sinne on helppo päästä, mutta sieltä on mahdotonta päästä pois.” Näin kuvaa Nellie Bly kirjassaan Kymmenen päivää mielisairaalassa (Bly, 2018, s. 130) Blackwell Islandin mielisairaala New Yorkissa 1800 – luvun loppupuolella. Bly oli tutkivan journalismin pioneereja ja peiteroolissa tutustui köyhien naisten ”hullujen huoneeseen”, jossa nälkä, kylmä, pakon käyttö ja kaltoinkohtelu olivat arkipäivää tuon ajan hoitotyössä. Noin 150 vuodessa mielenterveyshoitotyö on merkittävästi muuttunut, mutta pakon käytöllä on edelleen oma osansa mielenterveyshoitotyössä.

Vuonna 2019 psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidettiin 25 175 potilasta, joiden hoitajaksojen aikana 16 %:ssa jouduttiin turvautumaan pakkokeinojen käyttöön (THL, 2020). Psykiatrisen hoidon pitäisi yleisesti toteutua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mutta valitettavasti tämä ei aina ole mahdollista, jos potilas osoittaa hoitokielteisyyttä tai aggressiivisuutta (Kuosmanen & Laukkanen, 2019). Mielenterveyslain mukaan erityiset rajoitukset, kuten eristäminen, kiinnipitäminen ja sitominen ovat oikeutettuja vain, jos potilas käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella pystyy vahingoittamaan itseään, muita tai omaisuuttaan. Rajoittaminen on oikeutettua myös, jos potilaan käyttäytyminen vaikeuttaa huomattavasti muiden potilaiden hoitoa tai potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta hoidollisesti erittäin oleellisesta syystä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 § 22)

Sitomisen tai eristämisen hyödyistä mielenterveyshäiriöiden hoidossa ei ole näyttöä, minkä takia uusia näyttöön perustuvia pakon käytön vähentämisen menetelmiä olisi erityisen tärkeä ottaa käyttöön, arvioida ja kehittää. Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa pohjautuu eettisiin periaatteisiin itsemääräämisoikeudesta sekä eurooppalaisesta ihmisoikeuslainsäädännöstä. Potilaiden kokemat erityiset rajoitustoimet jättävät usein potilaille negatiivisen kuvan pakkokeinoista. Suomessa pakon käyttöä on yritetty vähentää Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman avulla vuonna 2009, jonka mukaan pakkotoimien käytön olisi pitänyt vähentyä vuoteen 2015 mennessä 40 %. Tavoite ei valitettavasti toteutunut, mutta havaittavissa oli selkeää pakkokeinojen määrän laskua. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019)

Tässä opinnäytetyössä perehdytään etenkin Hollannissa kehitettyyn High and Intensive care -malliin (HIC) ja siihen läheisesti liittyvään Isosta-Britanniasta lähtöisin olevaan Psychiatric Intensive care Unit -malliin (PICU), jotka toimivat psykiatrisina intensiivihoidoiksi psykiatristen osastojen yhteydessä. Intensiivihoidot valikoituivat opinnäytetyön aiheeksi, koska niiden tarkoituksena on vähentää pakon käytön tarvetta uusien menetelmien psykiatrisessa hoidossa. Suomessa High and Intensive care -mallin käyttö on vielä vähäistä, mutta sitä ollaan toteutettu suomalaisen toimintaympäristöön mukautetulla tavalla jo muutamissa sairaaloissa. Suomessa mallia kutsutaan turvasoluksi tai turvasiiveksi. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä kansainvälistä tutkimustietoa High and Intensive care -mallista tilaajan käyttöön, jotta mallia pystyttäisiin toteuttamaan Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla.

Tilaajan tarvitsemaa materiaalia psykiatrisesta intensiivihoidosta esitellään työssä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen ajankohtaisia tutkimuksia vuosilta 2010–2021 ja koostaa niistä tutkimuskysymyksiin vastaavaa tietoa. Tutkimuskysymyksiksi muodostui tiedonhaun aikana: Millaista näyttöä psykiatristen intensiivihoidotuksien (High and Intensive care ja Psychiatric Intensive care) toiminnan vahvuuksista on pakkotoimien käyttöön? Minkälaisia psykiatristen intensiivihoidotuksien kehittämiskohteita opinnäytetyön tutkimusaineistosta ilmenee?

Tämän opinnäytetyön toisessa luvussa taustoitetaan pakon käytön syitä kuvaamalla potilaan aggressiivista käytöstä ja sen syitä, mahdollisia seurauksia sekä potilaaseen, että hoitohenkilöstöön. Kolmannessa luvussa tarkastellaan mielenterveystyön taustalla vaikuttavia puitteita keskittymällä erityisesti mielenterveyslain antamiin raameihin tahdostariippumattomaan hoitoon ja rajoitustoimenpiteisiin. Luvussa pohditaan myös mielenterveystyön taustalla vaikuttavia eettisiä kysymyksiä, psykiatrista hoitosuunnitelmaa ja hoitotahtoa. Pakon käytön vähentämiseen tähtäviä keinoja käsitellään luvussa neljä. Erilaisia keinoja ovat pakon käytön kuusi ydinstrategiaa -malli, uhkaavan käyttäytymisen ja väkivaltariskin arvioiminen, Safewards-toimintamalli sekä osastojen tilojen suunnittelun merkitys. Viidennessä luvussa esitellään psykiatrista intensiivihoidoa käsittelemällä High and Intensive Care (HIC) ja Psychiatric Intensive Care (PICU) -malleja. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset käsitellään luvussa kuusi. Seitsemännessä luvussa syvennytään työn tutkimusmenetelmään, tiedonhaun prosessiin sekä aineiston analysointiin.

Kahdeksas luku avaa tutkimustuloksia esittelemällä tutkimuksista selvinneitä psykiatrisen intensiivihoidon vahvuuksia sekä kehityskohteita. Yhdeksännessä luvussa pohditaan työn tuloksia ja tieteellistä luotettavuutta, sekä kerrotaan opinnäytetyöprosessista.

2 Potilaan aggressiivinen käytös

Aggression mielletään liittyvän ihmisen perustavaan tarpeeseen tavoitella mielihyvää. Tavoitteen epäonnistuessa voi pettymyksen kokemuksesta syntyä turhautumista ja turhautumisesta aggressio (Hietaharju & Nuutila, 2017, ss. 114–115). Aggressiivisuus kuuluu Hietaharjun & Nuutilan (2017, ss. 114–115) mukaan ihmisyyteen, sillä voidaan joissain tapauksissa saada voimaa vaikeasta tilanteesta selviämiseen. Aggressio voi kuitenkin olla lähtöärsykkeeseenä nähden kohtuuttoman voimakas. Hietaharju & Nuutila (2017, ss. 114–115) määrittelevät aggression tahalliseksi toiseen yksilöön kohdistuvaksi vahingoittamiseksi tai häiritseväksi teoksi tai käyttäytymiseksi.

Väkivallan ja aggressiivisuuden ilmenemismuodot voidaan Hietaharjun & Nuutilan (2017, ss. 114–115) mukaan jakaa viiteen kategoriaan. Ensimmäinen on fyysinen väkivalta, johon kuuluu fyysisen voiman käyttö kuten potkimalla, tuuppimalla tai huitomalla. Toinen kategoria on henkisen väkivallan muodot, jotka voivat näkyä uhkailuna, vaatimuksina, pelotteluna, haukkumisena, mutta myös vähättelynä, arvon kieltämisenä ja syyllistämisenä. Henkilökohtaisten ominaisuuksien pilkkaaminen ja nimittely ovat myös henkisen väkivallan muotoja. Omaisuuteen kohdistuva väkivalta on kolmas kategoria: väkivalta kohdistuu esineisiin tai omaisuuteen, ja se voi ilmetä esineiden paiskomisena tai rikkomisena, mikä puolestaan voi aiheuttaa pelkoa tai ahdistusta muissa ihmisissä. Neljäntenä kategoriana on seksuaalinen väkivalta tai seksuaalisen väkivallan uhan ilmapiiri, joka sisältää myös tahdonvastaista pakottamista ja kiristämistä. Viidentenä kategoriana on piilevä väkivalta, jolla tarkoitetaan uhrissa pelkoa herättävää ja uhrin hallintaan pyrkivää uhan ja arvaamattomuuden ilmapiiriä. Piilevä väkivalta voi ilmetä myös passiivis-aggressiivisena asennoitumisena, kuten puhumattomuutena, kieltäytymisenä kontaktista, ylimielisenä ja halveksivana asenteena. Piilevän väkivallan tarkoitus voi olla toisen ihmisen arvon mitätöinti ja vallankäyttö.

Hietaharju & Nuutila (2017, s. 112) painottavat, että ammattitaitoinen hoitohenkilöstö on harvoin syynä potilaan aggressiivisuuteen, vaan on työnsä puolesta sijaiskohteena. Ammattitaitoinen henkilöstö saattaa kuitenkin jopa turtua pitämään aggressiivista käytöstä osana työnkuvaa, vaikka näin ei kuuluisi olla. Syitä aggressiiviselle käytökselle voivat olla syyllisyys, turhautuminen tai pelokkuus. Kärjistäviä elementtejä voivat olla myös ahdistuneisuus, kiputilat, harhaisuus tai päihtyneisyys. Potilas voi Holmbergin (2016, s. 227) mukaan väkivaltaisella käytöksellä yrittää estää tilastaan kokemaansa häpeän tunnetta, yrittää viivästyttää hoidon aloittamista tai siirtää psyykkisen heikkouden hoitajan kannettavaksi.

Toisaalta Hietaharju & Nuutila (2017, s. 115) näkevät, että väkivallan uhalla ja osaston työolosuhteilla on yhtymäkohtia, kuten vähäinen henkilökunta, henkilökunnan vaihtuvuus, koulutuksen puute ja potilaan kokemus liiallisesta odottamisesta, epäselvistä ohjeista sekä ennakkoinnin puutteesta. Bowers (2014) mainitsee, että aggressiivinen käytös tarttuu helposti myös potilaasta toiseen. Zuaboni ym. (2017) on sitä mieltä, että konfliktitilanteilla ja potilaan persoonallisuudella tai diagnoosilla on vähemmän yhtymäkohtia, kuin kontekstilla, jossa tilanne eskaloituu. Kontekstitekijöiksi Zuaboni ym. (2017) nimeää myös hoitohenkilöstön puutteelliset kyvyt käyttää de-eskalaatiotekniikoita sekä rakenteelliset olosuhteet osastoilla, kuten rauhattoman ilmapiirin ja vähäiset mahdollisuudet päästä lääkärin vastaanotolle. Muiden potilaiden määrä ja terveydentila, sekä tapa, jolla huonoja uutisia kerrotaan vaikuttavat lempeämpien rauhoittumiskeinojen käytön epäonnistumiseen ja tilanteen eskaloitumiseen.

2.1 Väkivaltaisen tilanteen hallitseminen

Hietaharju & Nuutinen (2017, s. 117) sekä Holmbergin (2016, s. 227) mielestä väkivaltaisen käytös on usein ennakoitavissa potilaan käytöksestä ja tilanteisiin voidaan toimintatavoilla vaikuttaa lieventävästi. Holmbergin (2016, s. 227) mukaan uhkaava tilanne on vuorovaikutustilanne, jota sekä hoitaja, että potilas voivat oppia hallitsemaan. Väkivaltaa edeltävä tila on usein kiihtynyt, ärtynyt, vihainen tai yhteistyöstä kieltäytyvä. Uhkaava tilanne on useasti nähtävissä potilaan kehonkielestä ennen kuin se tulee kielellisesti esiin. Potilas saattaa liikehtiä kiihkeästi, katse voi olla pälyilevä ja olemus kireä sekä uhkaava ja hän

voi olla vaativa tai syyllistävä. Potilaan harhaisuus voi saada potilaan tuntemaan itsensä uhatuksi (Hietaharju & Nuutinen 2017, s. 117)

Tilanteen mahdollista eskaloitumista voi estää hoitohenkilökunnan rauhallinen ja turvallisuutta edistävä käytös. Potilaalle viestitetään, että häneen ei kohdistu uhkaa, ja väkivallan käyttö ei ole sallittua, vaikka vihaa saa tuntea. Henkilökunnan ennalta sovitut toimintatavat ja työnjako rauhoittavat tilannetta. Potilaalle tarjotaan mahdollisuus saavuttaa oma kontrolli ja tilaisuus rauhoittumiseen. (Hietaharju & Nuutila, 2017, s. 112—118)

Tilanteen voi myös keskeyttää hillityn rauhallisesti, jos tilanteen hallintaa ei koeta mahdolliseksi. Tärkeää on huomioida, että potilas ei menetä kasvojaan muiden mahdollisesti tilannetta seuraavien ihmisten edessä. Potilaalle on Holmbergin (2016) mielestä hyvä kertoa, että hoitohenkilökunta ymmärtää hänen reaktioitansa ja niihin johtaneita syitä, ja että tunteiden tunteminen on sallittua. Väkivaltatilanteet tai niiden uhka ovat henkilökunnalle stressaavia, mutta tunteiden osoittaminen joko fyysisellä tai henkisellä väkivallalla kuten käymällä käsiksi tai solvaamalla ei ole sallittua. (Hietaharju & Nuutila, 2017, s. 112—118; Holmberg, 2016, s. 227)

Holmbergin (2016, s. 227) mielestä väkivaltatilanteen uhan ollessa todennäköinen, vuorovaikutuksen olisi oltava selkeää ja rauhallista sekä kehon kielen että verbaalisen ilmaisun osalta. Olennaista on, mitkä ovat ensimmäiset sanat tilanteen tyyntymiseksi ja kuinka ne sanotaan: Lauseiden tulisi olla lyhyitä, selkeitä ja sisältää ydinviesti. Ääni tulee pitää itsevarmana, rauhallisena, matalana ja kuuluvana. Myös hiljaisuutta lauseiden välillä voi käyttää rauhoittumiskeinona. Huumorin käyttöä ja liikaa tuttavallisuutta tulee välttää, koska potilas voi käsittää sen kiihtyneessä tilassa loukkauksena. (Hietaharju & Nuutinen, 2017, s. 119; Holmberg, 2016, s. 227)

2.2 Aggressiotilanteiden vaikutukset potilaaseen ja henkiökuntaan

Pakkotoimenpiteeseen johtanutta tilannetta käydään jälkikäteen läpi potilaan kanssa, koska oma väkivaltaisuus jää usein vaivaamaan potilasta aiheuttamalla häpeän ja syyllisyyden tunteita. Ilman jälkiselvittelyä väkivaltatilanne aiheuttaen tekijälle pitkäaikaisen vihan terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan ja jopa estää hoitoon hakeutumista myöhemmin. Itse tilanteesta tekijä ei välttämättä muista mitään. (Hietaharju & Nuutinen, 2017, s. 120) Krieger

ym. (2021, s. 158) toteavat tutkimuksessaan, että vaikka pakkotoimenpiteeseen johtaneet tilanteet pitäisi käydä potilaan kanssa läpi, näin ei kuitenkaan läheskään aina tapahdu. Vain puolet tutkimukseen vastanneista ilmoitti jälkiselvittelyn tapahtuvan.

Pakkotoimenpiteelle altistuminen on usein potilaalle negatiivinen, vihaa, katkeruutta ja avuttomuuden tunteita herättävä kokemus. Tilanne voi olla potilaalle jopa traumaattinen. (Zuaboni ym., 2017) Pakon käyttö vähentää myös potilaan hoitomyönteisyyttä vielä useamman vuoden jälkeen pakkotoimenpiteestä (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen, 2012). Potilaan hoitomyönteisyyden väheneminen voi aiheuttaa hoidosta kieltäytymistä, joka pidemmällä aikavälillä kostautuu ja puolestaan nostaa hoitokuluja huomattavasti. (Zuaboni ym., 2017)

Henkilökunnalla on juridinen vastuu potilaiden ja muiden sivullisten turvallisuudesta. Mielenterveyslaki antaa juridiset raamit väkivaltatilanteiden hillitsemiseen, sen sijaan se ei ota kantaa henkilökunnan kokemaan väkivaltaan tai sen uhkaan. Väkivaltatilanne potilastyössä saattaa järkyttää henkilökuntaa, jonka takia tilannetta täytyy käydä läpi jälkikäteen objektiivisesti ilman syyttelyä, esittämällä kysymyksiä kuten huomattiinko ajoissa, että tilanne olisi ollut ehkäistävissä. (Holmberg, 2016, s. 231) Väkivallan kohteeksi joutunut henkilökunnan jäsen tarvitsee Hietaharjun & Nuutisen (2017, s. 120) mukaan tukea työyhteisöltään ja joskus myös työterveyspsykologilta. Väkivallan kohteeksi joutunut voi kokea häpeää ja syyllisyyttä tilanteesta tai saattaa vähätellä tapahtunutta, pahimmillaan kohde voi saada posttraumaattisia oireita ja mahdollisesti hakeutuu pois alalta.

2.3 Potilaiden kokemuksia pakkotoimenpiteistä

Kontion väitöskirjatutkimuksen mukaan (2011, ss. 40–45) potilaat olivat tyytymättömiä, kuinka hoitohenkilöstö puhutteli tai kohteli heitä ennen rajoitustoimenpiteitä (eristys tai sitominen). Tiedonsaanti tilanteesta, hoitotoimenpiteistä ja suunnitelmista oli puutteellista, samoin kuin syy, mikä johti rajoitustoimenpiteeseen. Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat käyneensä läpi erilaisia tuntemuksia rajoitustoimenpiteen aikana, kuten vihaa, pelkoa ja yksinäisyyttä. Kokemuksesta jäi pinnalle lähinnä negatiiviset tuntemukset sekä tunne

rankaisemisesta sekä vapauden riistosta. Toisaalta tutkimuksesta kävi ilmi, että rajoitustoimenpide koettiin turvallisen tuntuksena ja sai tyyntymään.

Kontion (2011, ss. 40–45) mukaan potilaat kertovat, että vuorovaikutustilanteista hoitohenkilökunnan kanssa nousi esiin sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Potilaiden selkeänä toiveena oli enemmän elävää vuorovaikutusta. Samoin aktiviteettien puute rajoitustoimenpiteiden aikana oli potilaiden mielestä puutos. Parannusehdotuksena oli mahdollisuus lukemiseen, musiikin kuunteluun ja fyysisiin aktiviteetteihin. Toimenpiteen aikana potilaat ilmoittivat kokeneensa ongelmia perustarpeiden tyydyttämisessä, kuten peseytymisessä, wc:ssä käymisessä, syömisessä ja juomisessa. Tähän vaikuttivat erityisesti hoitoyksiköiden tilat.

Kontion (2011, ss. 40–45) tutkimuksen mukaan potilaiden ehdotuksia rajoitustoimenpiteen läpiviemiseksi olisi humanimpi kohtelu, ulkopuoliset arvioijat tilanteelle, ajantasainen tieto, kirjalliset sopimukset ja potilasystävällisempi ympäristö. Vaihtoehtona rajoitustoimenpiteille tutkimuksessa esitetään empaattista hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta, mielekkäitä aktiviteetteja, terapeutista yhteisöä ja biologisia hoitomuotoja.

3 Puitteita mielenterveystyölle

Tässä luvussa tarkastellaan mielenterveystyöhön vaikuttaavaa lainsäädäntöä, sekä pohditaan mielenterveystyön taustalla vaikuttavia eettisiä kysymyksiä ja paneudutaan psykiatriseen hoitosuunnitelmaan ja hoitotahtoon.

Yleistä terveydenhuoltoa säädellään usealla eri lailla, kuten lailla potilaan asemasta ja oikeuksista, potilas-, potilasvahinko-, lastensuojelu- ja päihdehuoltolaki (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri, 2017, s. 72) Terveydenhuoltolaissa määrätään, että kuntien on järjestettävä asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, johon liittyvät mielenterveystyö suojaava ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus, neuvonta ja mielenterveyspalvelut. Mielenterveyshoitotyötä tehdään ensisijaisesti perustuen potilaan itsemääräysoikeuteen, hoidon vapaaehtoisuuteen ja

potilaan mielipiteen ja toiveiden kunnioittamisen pohjalta, ja hoitoa on tarkoitettu ensisijaisesti haettavaksi kuntien järjestämistä palveluista kuten mielenterveystoimistosta tai terveyskeskuksesta. (Hämäläinen ym., 2017, s. 72).

3.1 Mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö

Mielenterveystyötä varten on säädetty mielenterveyslaki (1116/1990) ja laki mielenterveyslain muuttamisesta (1423/2001 ja 438/2014) toimialan poikkeuksellisuuden takia. Mielenterveyslain tavoitteena on taata mieleltään sairastuneen ihmisen oikeusturvaa ja varmistaa hänen pääsy tilansa vaatiman hoidon piiriin. Mielenterveyslaki määrittelee myös, minkälaisissa tilanteissa ihmisen itsemääräysoikeutta voidaan hoitoyksiköissä rajoittaa.

Mielenterveyslain mukaan psykiatrasta hoitoa antavan henkilökunnan tulee olla tietoisia itsemääräysoikeuden rajoittamista koskevista säädöksistä ja kuinka niitä tulee toteuttaa. Henkilökunnalla pitää olla nähtävillä kirjalliset ja riittävän yksityiskohtaiset ohjeet Mielenterveyslain mukaisesta toiminnasta. Terveystieteiden yksiköiden omat säännöt eivät saa olla ankarampia kuin mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1423/2001 22 §; Repo ym., 2012)

3.1.1 Tahdosta riippumaton hoito

Mielenterveyslaki mahdollistaa sairastuneen saattamisen hoitoon pääsyn hänen tahdostaan riippumatta, silloin kun potilaan tahdon mukaisesti ei voi toimia hänen sairautensa takia. Sairastunut voi olla täysin sairautentunnoton, eikä ehkä tilansa takia tunnista tarvitsevänsä hoitoa, vaan saattaa jopa vastustaa sitä. Mielenterveyslaille voidaan varmistaa myös hoidon piirissä pysyminen tilanteissa, joissa yksilö ei sairautensa takia tarvettansa ymmärrä. Mielenterveyslainsäädännössä korostuu myös, että tahdosta riippumaton hoito on oikeutettu vain, jos muut hoitomuodot eivät ole käytettävissä tai ovat riittämättömiä ja hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi henkilön tilaa oleellisesti. Tahdosta riippumattoman hoidon ainoa syy on mielisairaus, joka ilmenee psykoosina tai delirium-tilana.

Potilaan itsemääräysoikeutta ei siis saa mielivaltaisesti rajoittaa, vaan vain sen verran kuin sairauden hoito tai potilaan oma ja ympäristön turvallisuus vaatii. (Hietaharju & Nuutila, 2017, s. 24; Korkeila, 2019, s. 624). Mielenterveyslaissa (1423/2001 22 a §) sanotaan yksilön itsemääräysoikeuden rajoittamisesta eli tahdonvastaisten toimenpiteiden käytöstä seuraava:

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.

Potilaan hoito tulee toteuttaa ensisijaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja tästä laaditaan potilasta kuullen hoitosuunnitelma. Lakisääteisesti on määritetty, että tahdonvastaisia toimenpiteitä potilaalle saa suorittaa vain palvelusuhteessa oleva henkilökunta sekä virka-apua antava poliisi. (Mielenterveyslaki 2001/1423 22 §; Repo-Tiihonen ym., 2012) Mielenterveyslain (2001/1423 § 22) mukaan potilaan perusoikeuksia rajaavat toimenpiteet tulee tapahtua:

Mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan sairaalassa olon perusteeseen.

Potilaan itsemääräysoikeutta rajattaessa potilaan ihmisarvoa on kunnioitettava ja se on suoritettava mahdollisimman turvallisesti, eli potilasta vahingoittamatta. Potilaan tila on otettava huomioon tahdonvastaisia toimia suoritettaessa: onko potilas sairauden takia psykoottinen ja ei sen takia voi ymmärtää saamaansa ohjeistusta tai tekojensa merkitystä.

3.1.2 Rajoitustoimenpiteiden käyttö psykiatrisessa hoidossa

Mielenterveyslaki pykälän 22 d (1423/2001) mukaan potilaan liikkumista voidaan rajoittaa sairaalan alueella tai hoitoyksiköntiloissa vain, jos tähän on painavat perusteet, eli on syytä olettaa, että potilas poistuisi ilman lupaa tai luvan saatuaan ei palaisi takaisin häntä

hoitavaan yksikköön. Hoitava lääkäri tekee päätöksen potilaan liikkumisvapauden rajaamisesta.

Potilaan eristämisessä tai siirtämisessä saa käyttää vain perusteltavissa olevia voimakeinoja, tässä huomioidaan käytettävissä olevat voimavarat sekä yleinen tilanne, kuten osaston muut potilaat. Voimakeinojen ylittämistä on säädetty rikoslaisissa. Potilaan eristäminen muista potilaista on aiheellista mielenterveyslain mukaan vain, jos potilas on vaaraksi itselleen ja omalle turvallisuudelleen, muille potilaille tai henkilökunnalle, ja potilas tuo tämän esille sanallisella uhkauksellaan tai käytöksellään. Toiseksi, jos potilaan läsnäolo vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa ja kolmanneksi, jos hän vahingoittaa omaisuutta. Ennen eristämistä on käytettävä muita keinoja potilaan rauhoittamiseksi, kuten puheella rauhoittamisella. Päätöksen eristämisestä tekee lääkäri. Potilaan vastustaessa erityistä voidaan käyttää välttämättömiä tilanteen vaatimia voimakeinoja. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, ss. 79–83)

Mielenterveyslain mukaan potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille hänet voidaan sitoa lepositeillä. Sitomisesta päätöksen antaa lääkäri, joka tekee sen joko edeltävästi tai jos hoitohenkilöstö joutuu suorittamaan sitomisen hätätilanteessa ilman lääkärin päätöstä, lääkärin annettava päätös takautuvasti heti kun on mahdollista. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, ss. 79–83)

Mielenterveyslaki ohjeistaa sidonta- ja eristystoimenpiteitä: Sidotulla tai eristetyllä potilaalla on oltava vastuuhoidtaja, joka pakkotoimenpiteen aikana huolehtii potilaan hyvinvoinnista ja potilaan halutessa keskustelee hänen kanssaan. Hoitohenkilökunnalla tulee olla aina näkö- tai kuuloyhteys alaikäiseen sidottuun tai eristettyyn potilaaseen. Alaikäisen potilaan kohdalla potilaan vanhemmille tai huoltajalle on heti ilmoitettava näistä toimenpiteistä ja alaikäistä potilasta ei saa jättää eristykseen ilman hoitajan läsnäoloa. Sidonta ja eristys on mielenterveyslain mukaan purettava heti kun tilanne sen sallii. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, s. 79–83) Toimenpiteet dokumentoidaan huolellisesti ja lääkäri kantaa niistä vastuun (Korkeila, 2017, s. 625).

Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle voidaan pitää itsemääräysoikeuden rajoittamisena, koska potilaalla on oikeus olla yhteydessä osaston ulkopuolisiin tahoihin,

kuten omaisiinsa tai ystäviinsä puhelimella tai kirjeillä. Samoin potilaalla on oikeus ottaa vastaan lähetyksiä ja vieraita. Yhteydenpitoa voidaan joutua rajaamaan, jos siitä on vakavaksi katsottua haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle.

Yhteydenpitoa voidaan joutua rajaamaan tilanteissa, joissa se vaarantaisi toisen henkilön yksityiselämää. Rajoittamispäätöksen tekee hoidosta vastaava ylilääkäri tai muu vastaava lääkäri. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, s. 79)

Yhteydenpidon rajaamisena pidetään yhteydenpidon estämistä, kuten ottamalla yhteydenpitoon tarvittavat laitteet hoitoyksikön haltuun määrääjäksi. Potilaan lähettämä yksittäinen kirje tai viesti voidaan painavasta syystä lukea, tällöin tilanne kirjataan potilasasiakirjoihin. Samoin potilaan saamat kirjeet tai lähetykset voidaan tarkastaa ennen kuin ne luovutetaan hänelle. Mielenterveyslaki määrittää, että potilaan yhteydenpitoa sairaalan toimintaa valvovien viranomaisten, lainkäyttöviranomaisten tai ihmisoikeuksien kansainvälisten valvontaelimien kanssa ei saa rajoittaa (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, s. 79)

Potilaan tahdosta riippumatonta toimintaa on myös potilaan henkilön tai omaisuuden tarkistaminen. Mielenterveyslaki sallii potilaan henkilön tai omaisuuden tarkistamisen, jos on perusteltu syy epäillä potilaalla olevan hallussaan päihteitä, huumausaineita tai niiden käyttöön erityisesti soveltuvia välineitä tai joko potilaan omaa tai toisen henkilön terveyttä vaarantavia aineita tai esineitä. Omaisuuden ja henkilön tarkistuksen tekee kaksi hoitajaa, tilanne kirjataan potilastietoihin. Henkilökunta voi ottaa kyseessä olevat esineet haltuun, ja haltuunotosta ilmoitetaan vastaavalle lääkärille. Lain sallimat esineet palautetaan potilaalle hoitojakson päätyttyä. (Mielenterveyslaki 1423/2001 § 22; Hämäläinen ym., 2017, s. 80)

3.2 Hoitotyön eettiset ohjeet ja eettisiä näkökulmia hoitotyöhön

Mielenterveyslaki ohjaa mielenterveyshoitotyötä, mutta sen ohella myös hoitotyön eettiset ohjeet, kuten hoitotyötä yleensäkin. Eettiset ohjeet eivät ole lakien tapaan sitovia, mutta niiden tarkoitus on ohjata korkealaatuiseen hoitotyöhön, antaa käytännön ohjeistusta, oikeuttaa toimintatapoja ja auttaa arvovalinnoissa hyvän ja huonon välillä. Eettiset ohjeet pitävät sisällään periaatteita, jotka kuvaavat hoitajan ja potilaan välistä hyvää suhdetta.

(Sairaanhoitajat, 2021) Hämäläisen ym. (2017, s. 51) mukaan mielenterveyshoitotyöhön vaikuttavia periaatteita ja ohjeistuksia ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE mukaan ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioittaminen, asiakkaan ja potilaan edun korostaminen, arvostava ja inhimillinen vuorovaikutus, huolenpito ammatillisesta osaamisesta ja vastuullisten päätösten tekeminen.

Asioita katsottaessa etiikan näkökulmasta, niistä löytyy harvoin yhtä ainoaa oikeaa tai hyvää ratkaisua. Sen sijaan etiikan näkökulmasta voi pohdiskella, mikä on oikein ja eettisesti hyväksyttävää ja mikä on väärin ja epäeettistä. Etiikan näkökulma sisältää myös pohdiskelua siitä, mitkä arvot ohjaava toimintaa ja onko arvojen ja reaalituneen toiminnan välillä ristiriitoja. Arvot taas kertovat siitä, mitä yksilö tai yhteisö pitää hyvänä ja tavoiteltavana. Yhteiskunnan arvot ovat näkyvissä säädetyissä laeissa, mielenterveytyössä ensisijaisesti mielenterveyslaissa. (Hämäläinen ym. 2017, s. 44)

Sarvimäki & Stenbock-Hult (2009, s. 14) määrittävät hoitotyön keskeiseksi eettiseksi periaatteeksi pyrkimyksenä tehdä hyvää, olla vahingoittamatta ja kunnioittaa ihmisarvoa ja toteuttaa oikeutta saada hyvää hoitoa. Hoitotyön etiikka nostaa esiin ihmisen haavoittuvuuden käsitteen, jolla viitataan yleisesti ihmisyyteen kuuluvaan piirteeseen. Haavoittuvuus tarkoittaa ihmisen olemista erityisen altis loukkaamiselle tai vahingoittamiselle fyysisesti tai psyykkisesti. Psyykkisellä haavoittamisella tarkoitetaan nöyryytystä, loukkaamista ja surun aiheuttamista. Mielenterveyspotilaat ovat haavoittuvuuden kannalta erityisen alttiita, koska mielensairauksiin liitetään yhteiskunnassa yhä edelleen stigmatisoitumista eli häpeäleiman antamista.

Osa mielenterveyden häiriöistä vaikuttavat yksilön ajatteluun ja kykyyn tehdä rationaalisia päätöksiä oman terveyden suhteen, ja samalla ne voivat aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja toimintakyvyttömyyttä (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 261). Mielenterveyspotilaiden kohdalla olennainen eettinen kysymys on hoitohenkilöstön lakisääteinen oikeus rajoittaa yksilön oikeuksia sairauden takia ja toisaalta henkilöstöllä on myös velvollisuus vaalia yksilön itsemääräysoikeutta. Samoin oikeuksien puntarointi tilanteessa, jossa yksilö on vaaraksi itselleen tai muille. Korkeilan (2017, s. 608) mielestä laki antaa suuntaviivat, mutta jättää asiantuntijuuteen perustuvaa harkintavaltaa hoitoyksiköille.

3.2.1 Sairauden vaikutus päätöksentekokykyyn

Hoitotyön kannalta on huomioitavaa, että potilaan kykyyn edistää terveyttään vaikuttaa hänen sairautensa, kuten vakavat mielenterveyshäiriöt. Vakava sairaus tekee ihmisen riippuvaiseksi muista ja aiheuttaa avuttomuuden tunnetta. Leino-Kilpi & Välimäki (2014, s. 265) mukaan heikko sosiaalinen asema, joka kytkeytyy usein vakaviin mielenterveysongelmiin, vaikuttaa usein ihmisen mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämäänsä. Ihminen ei välttämättä rohkene tuoda omia kantojaan esille ja hänestä tulee haavoittuva. Lisäksi asiantuntijuus antaa hoitohenkilöstölle helposti auktoriteettiaseman potilaaseen nähden.

Hämäläinen ym. (2017, s. 53) mukaan erityisesti mielenterveyshoitotyössä potilaan on tärkeää saada kokemus, että häntä kunnioitetaan ja että hänen kanssaan yritetään päästä yhteisymmärrykseen ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Korkeila (2017, s. 612) toteaa, että psykiatrinen potilas on sairautensa takia muita potilasryhmiä haavoittuvammassa tilassa, koska vakava psykiatrinen sairaus voi heikentää yksilön kykyä rationaaliseen harkintaan ja hän voi tällöin altistua väärinkäytöksille ja häpeää aiheuttavalle väärinkäytökselle. Hoitotyön näkökulmasta korostuu tasapainottelu potilaan vapauden, itsemääräysoikeuden, vastuun, rajoittamisen ja pakon välillä. Yksilöllä on oikeus päättää hoidostaan, mutta itsemääräysoikeus toisaalta velvoittaa myös huolehtimaan terveydestään, tällä tarkoitetaan oman terveyden edistämistä ja annettujen ohjeiden noudattamista. (Hämäläinen ym., 2017, ss. 53—55)

Hämäläinen ym. (2017, s. 55) korostavat tiedon ja vuorovaikutuksen tärkeyttä. Potilaalla oleva tai hänen saamansa tieto antaa hänelle mahdollisuuden käyttää itsemääräysoikeuttaan. Hoitajan tukiessa potilasta päätöksentekoprosessin vaikeissakin ratkaisuissa potilaan itsemääräysoikeus lisääntyy. Hyvä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä taas parantaa tiedon välittymistä. Potilaan ja hoitajan päätösvallan rajojen hahmottaminen kuuluvat hyvään ja eettisesti oikeutettuun mielenterveystyöhön.

Sjöstrand & Helgesson (2008) mielestä tahdonvastaisten toimien käyttöä mielenterveyspotilaiden hoidossa on hyvä pohtia kolmesta näkökulmasta: yhteiskunnan / yhteisön, yksilön terveyden sekä itsemääräysoikeuden. Yhteiskunnan näkökulma

tahdonvastaisten toimien käyttämisen puolesta nojaa vahvasti argumenttiin, että psyykkisestisairas ihminen voi olla vakavaksi vaaraksi itselleen, mutta myös muille ihmisille lähiympäristössään. Tämä argumentti on Sjöstrandin & Helgessonin (2008) mukaan nähtävissä monien maiden lainsäädännöissä. Muiden suojaaminen yksilön uhalta ylittää yksilön oikeudet päättää omasta hoidostaan.

3.2.2 Hoidon tarpeesta päättäminen

Tilanteessa, jossa psykiatrisen potilaan terveydentila vaatisi asiantuntijoiden mukaan hoitoa, mutta potilas itse on sitä vastaan, Sjöstrand & Helgesson (2008) argumentoivat potilaan oikeudesta kieltäytyä hoidosta vertaamalla tilannetta somaattisiin sairauksiin. Syöpään sairastunutta ei pakoteta sytostaattihoitoihin, vaikka potilaan tila sitä asiantuntijoiden mukaan vaatisikin. Somaattinen potilas voi päättää hoidostaan nojautuen muihin kriteereihin kuin terveydellisiin. Sjöstrand & Helgesson (2008) mielestä vastentahtoisesti annettuja sytostaatteja pidettäisiin syvästi epäinhimillisinä, vaikka ne olisivat potilaan terveydelle eduksi.

Yksilön itsemääräysoikeuden kunnioittaminen psykoottisen potilaan kohdalla voi Sjöstrand & Helgesson (2008) mukaan olla hankalaa. Haastavaa on nähdä potilaan syvälle juurtuneet arvot ja asenteet sairauden läpi, mikä edustaa potilaan arvoja ja asenteita ja mikä on sairauden läpilyömiä ajattelua? Toisaalta, vaikka potilaan arvomaailma olisikin entuudestaan tiedossa, ihmisellä on oikeus muuttaa mielipiteitään ja asenteitaan uusien tilanteiden myötä. Jos potilas ei terveydentilansa takia pysty ilmaisemaan mielipidettään hoidosta tai toimenpiteestä, tai sitä ei voida luotettavasti tulkita, ainoa keino Sjöstrandin & Helgessonin (2008) mukaan on yrittää päätellä mitä mieltä potilaan hypoteettinen, jo parantunut, persoona olisi hoidoista. Keino on kirjoittajien mukaan kuitenkin hyvin paternalistinen. Hämäläisen ym. (2017, s. 55) mielestä potilaan ollessa kyvytön ilmaisemaan mielipidettään hoidostaan tulisi kysyä neuvoa potilaan läheisiltä, mutta kuitenkin niin, että tehty päätös olisi potilaan tahdon mukainen.

3.3 Hoitosuunnitelma ja psykiatrinen hoitotahto

Mielenterveyspotilaasta tulee laatia mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä potilaan kanssa hoitosuunnitelma, johon potilas sekä hoitava taho sitoutuvat. Mielenterveyttä säätelevän lainsäädännön mukaan psyykkistä sairautta voidaan hoitaa potilaan tahdosta riippumatta vain sellaisilla lääketieteellisillä tutkimushoitotoimenpiteillä, joiden käyttämättä jättäminen vaarantaisi potilaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta (Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001; Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 266).

Mielenterveyspotilaan itsemääräysoikeuden vaalimiseksi on kehitetty psykiatrinen hoitotahto tai -toive. Potilas voi ennakoivasti ilmaista hoitotahtonsa niitä tilanteita varten, joissa hän ei kykene ilmaisemaan tahtoansa psykiatrisen sairauden takia. Hoitotahtoon ansiosta tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä voidaan välttää (Hämäläinen ym., 2017, s. 57). Psykiatrinen hoitotahto on Mieli 2009 ohjelman mukaan kehitetty niitä psykiatrisia potilaita varten, joiden hoidossa joudutaan käyttämään toistuvasti tahdosta riippumattomia toimenpiteitä. Hoitotahto laaditaan sairauden paremmassa vaiheessa. (Tammentie-Saren, 2014; Valvira, 2021)

Psykiatrisen hoitotahtoon tarkoitus on olla tahdonilmaisun lisäksi keskustelun apuväline, joka toimii henkilökohtaisena kriisisuunnitelmana, johon voidaan kirjata asioita, mitkä keinot auttavat potilasta rauhoittumaan kiihtyneestä tai ahdistuneesta tilasta. Hoitotahtoon voidaan nimetä läheinen ihminen sekä tietoa potilaan elämän arvoista. Hoitotahto pidetään hyvän hoidon osana, ja se on alisteinen mielenterveyslaille, eikä se sisälly lainsäädäntöön. Hoitotahto tehdään henkilön ollessa mahdollisimman hyvässä terveydentilassa ja mieluiten yhdessä lääkärin tai omahoitajan kanssa keskustellen. Hoitotahto kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Hoitotahtosta voidaan poiketa, jos huomataan, että se perustuu virheelliseen käsitykseen tai realiteettitestauksen puutteeseen (Korkeila, 2017, s. 635; Tammentie-Saren, 2014)

Hoitotahtoon käyttöönotto ei ole Tammentie-Sarenin (2014) mukaan täysin vakiintunut ja sen käytössä on haasteita, kuten kysymyksissä: tarjotaanko potilaille systemaattisesti mahdollisuutta hoitotahtoon tekemiseen ja tiedon kulku eri hoitoyksiköiden välillä, selvitetäänkö potilaan tullessa osastolle, onko hänellä hoitotahtoa.

4 Pakon käytön vähentämisen keinoja

Vuonna 2019 psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidettiin 25 175 potilasta, joiden hoitajaksoista 16% :ssa jouduttiin turvautumaan pakkotoimien käyttöön. Suomessa pakkotoimien käyttö on tilastollisesti ollut noususuhdanteinen viimeisien vuosien aikana, koska pakkotoimien tiedonkeruuta uudistettiin vuonna 2017, lisäten siihen monia uusia pakkotoimien luokkia. (THL, 2020) Kansainvälisesti pakkotoimien käyttöä on haastavaa vertailla, koska tilastointimenetelmät eroavat eri maiden välillä. On kuitenkin arvioitu, että Suomi kuuluu keskimääräisesti tai muita enemmän pakkoa käyttäviin maihin etenkin sitomisen ja eristämisen osalta. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019, s. 925)

Hoitotyössä pakon käytön kuuluu olla viimeinen hoitokeino, johon turvaudutaan, jos muut toimintamenetelmät eivät ole auttaneet uhkaavan tai aggressiivisen potilaan hoidossa. Nykyaikainen hoitotyö korostaa vahvasti asiakaslähtöisyyttä ja itsemääräämisoikeutta, jonka takia pakkotoimien käytön tarpeellisuus on tärkeä ihmisoikeuskysymys. Pakon käyttö on myös suoranaudessa yhteydessä potilas- ja työturvallisuuteen. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019; Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen, 2016, s. 9). Pakon käyttöön vaikuttavat monet eri osa-alueet kuten yksikkö- ja laitospohjaiset käytännöt, palvelujärjestelmän toimivuus sekä potilaaseen tai hoitohenkilökuntaan liittyvät yksittäiset tekijät. Tämän takia pakon käytön vähentäminen ei ole yksiselitteinen kokonaisuus, vaan se vaatii laajoja toimenpiteitä itse järjestelmään ja potilaiden hoidon toimintamalleihin. (Makkonen ym., 2016, s. 18) Seuraavaksi esiteltävät menetelmät ja kokonaisuudet ovat pakon käytön vähentämisen kannalta olennaisia osa-alueita.

4.1 Pakon käytön vähentämisen kuusi ydinstrategiaa

Pakon käytön vähentämiseksi on kehitetty Kuuden kohdan ydinstrategia -malli, jonka eri kohdat toimivat toimintaperiaatteina psykiatrisessa hoidossa. Periaatteet on tarkoitettu käytettäväksi muiden toimivien menetelmien rinnalle. Mallin toimivuutta on tutkittu laajalaisesti Australiassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Kyseisissä maissa se on myönnistuneesti otettu käyttöön osana psykiatrista hoitoa. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019)

Suomessa mallin käytöstä on tehty tutkimusta Niuvaniemen sairaalassa vuosina 2008–2009. Tutkimus osoitti, että Kuuden kohdan ydinstrategia -mallin käytöllä pystyttiin vähentämään potilaiden eristys-, leposide- sekä tarkkailuhuonetunteja 30 prosentista 15 prosenttiin. (Putkonen, Kuivalainen, Louheranta, Repo-Tiihonen, Rynnänen, Kautiainen & Tiihonen, 2013) Malli sisältää kuusi periaatetta, jotka vaikuttavat yhdessä käytettynä pakon käytön vähentämiseen. (Makkonen ym., 2016, s. 18)

Johtajuuden näkökulmasta olennaista on, että pakon käytön vähentäminen on suunniteltu systemaattisesti. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019) Johtotehtävissä toimivien työntekijöiden täytyy olla tietoisia toimintamalleista ja niiden vaikuttavuudesta, jotta he pystyvät osallistumaan pakon käytön vähentämiseen ja määrätietoisesti informoida muuta henkilökuntaa toimintamallien käytöstä. (Makkonen ym., 2016, s. 18) Hoitotyön johdon on esimerkillään näytettävä työyhteisölle oikeaa suuntaa pakon käytön vähentämiseen ja tukea muutosta, olemalla esimerkiksi työntekijöiden tukena tai vähentämällä pakon käyttöön tarkoitettuja tiloja. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019) Johdon tärkeänä tehtävänä on myös seurata pakon käyttöön johtaneiden tilanteiden lukumäärää, jotta pystytään arvioimaan toimintamallien vaikuttavuutta, tunnistamaan mahdollisia riskitilanteita sekä kehittämään hoitohenkilöstön osaamista vaaditulle tasolle. (Makkonen ym., 2016, s. 18)

Tieto ohjaa vahvasti käytäntöä, koska toteutuneista pakon käytön tilanteista on tehtävä tarkka tilastointi, josta selviää potilaiden rajoitustoimet, henkilökunnalle tai potilaalle aiheutuneet vammat sekä pakkolääkitseminen. Tilastoitujen lukujen pohjalta saatuja tietoja analysoidaan, ja näin pystytään kohdentamaan pakon käytön vähentämisen menetelmät hoitotyöhön tuloksekkaammin. Lukujen pohjalta luodaan myös vertaileva seurantamenetelmä sekä pakon käytön vähentämisen tavoitteet. (Makkonen ym., 2016, s. 18)

Henkilöstön kehittäminen ja osaaminen korreloituvat vahvasti potilaiden saamaan hoidon laatuun, jonka takia hoitohenkilöstön jatkuva kouluttaminen ja ohjaus on erityisen tärkeää. Koulutuksen on hyvä painottaa etenkin pakon käytön ennaltaehkäisyä, kouluttamalla hoitohenkilöstöä potilaille tarjottavista vaihtoehtoisista hoitomuodoista kriisitilanteiden aikana. Hoitohenkilöstön kehittämisen tarpeen arviointi vaatii aktiivista kommunikointia johdon ja muun henkilöstön välillä. (Makkonen ym., 2016, s. 18) THL:n työpaperin (2016, s.

31) mukaan eristämistä käytetään vähemmän, kun henkilökunta on hyvin koulutettua ja omaa paljon työkokemusta. Pakon käytön vähentämisen kannalta on myös olennaista, että rekrytointi työtehtäviin on korkeatasoista. Näin pystytään varmistamaan, että työnhaku seuloa jo valmiiksi ammattitaitoista henkilökuntaa. Työtehtäviin perehdyttämisen on tärkeä sisältää yksikön turvallisuuteen ja pakon käytön vähentämiseen liittyviä ohjeita ja käytäntöjä. (Makkonen ym., 2016, s. 31)

Suomessa jokaisessa sairaanhoitopiirissä on käytössä jokin seuraavista väkivaltatilanteiden hallintamenetelmistä: MAPA (Management of Actual or Potential Aggression), AHHA (Aggressioiden hoidollinen hallinta), HFR (Hallittu fyysinen rajoittaminen), VETH (Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito), HHR (Hallittu hoidollinen rajoittaminen) tai AVEKKI (Aggressioon puuttumisen, vuorovaikutuksen, ennaltaehkäisyn sekä hallinnan toimintamalli). Kyseiset menetelmät antavat henkilökunnalle valmiuksia ja itsevarmuutta kohdata uhkaavia tai aggressiivisia potilaita. Menetelmien avulla tilanteet voidaan saada hallintaan paremmin, jolloin myös pakon käytön tarve vähenee. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019)

Ennaltaehkäisytyökaluja pakon käytön vähentämiseksi ovat potilaan pakkohoitohistorian ja väkivaltariskin tiedostaminen sekä arviointi, kriisisuunnitelmat, riskitilanteiden mahdolliset tunnistamismenetelmät, rauhoittumishuoneet sekä potilaille opetettavat itsehallinta- ja tunnetaidot. Potilaan kuntouttamissuunnitelmaan kirjataan tarkasti edellä mainitut osat alueet ja niiden pohjalta toteutetaan hoitotyötä pakon käytön vähentämisen mukaisesti. (Makkonen ym., 2016, s. 19) Ennaltaehkäisyn näkökulmasta työryhmän yhteiset ja selkeät toimintalinjat uhkaavissa tai väkivaltaisissa tilanteissa ovat erityisen tärkeitä. Näkyvillä olevat osaston arvot ja periaatteet sekä päiväohjelma edesauttavat myös selkeää sanomaa osaston yleisistä rajoista potilaille. Informaation ollessa kaikkien saatavilla, potilaiden levoton käyttäytyminen voi vähentyä. Potilaat pystyvät myös itse tällä tavalla ennakoimaan tilanteita. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert, 2013, s. 248) Hoitajien mahdollisuus olla osaston puolella potilaiden saatavilla ja suuri hoitajamäärä vähentävät potilaiden uhkaavaa käyttäytymistä. Hoitajat pystyvät tällöin myös havaitsemaan mahdolliset kriisitilanteet aikaisessa vaiheessa ja reagoimaan niihin nopeammin. (Kuhanen ym., 2013, s. 247–248)

Potilaiden rooli pakon käytön vähentämisessä korostuu etenkin siinä, että vapaaehtoiset potilaat ja heidän omaisensa sekä muut mahdolliset tukihenkilöt otetaan mukaan osastojen kehittämistyöhön. He voivat esittää kehittämissuhteita esimerkiksi osastojen arvojen määrittämiseen tai erilaisiin toimintoihin. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019)

Kehittämistyöhön osallistuvilla voidaan myös järjestää työhönsuhteita työntekijältä, joka on valmis tukemaan ja puolustamaan osallistujien etuja.

Jälkipalaverissa käydään systemaattisesti läpi jokainen läheltä piti -tilanne, pakkokeinon käyttö sekä väkivaltatapahtuma. Palaveriin kutsutaan mukaan erikseen sovittu kokoonpano, jonka kanssa käydään läpi tapahtuman kulku, tapahtuman aikana oikein tehdyt asiat ja asiat, joissa olisi ollut kehitettävää. Jälkipalaverien tavoitteena on vähentää tapahtumien traumaattista vaikutusta hoitohenkilökuntaan ja potilaisiin sekä ehkäistä samankaltaisten tapahtumien toistuminen jatkossa. (Makkonen ym., 2016, s. 19)

4.2 Uhkaavan käyttäytymisen ja väkivaltariskin arviointi

Hoitajien työhön kuuluu arvioida psykiatrisen potilaan mahdollista uhkaavaa käyttäytymistä ja väkivaltariskin suuruutta (Kuhanen ym., 2013, s. 248). Arvioinnin tarpeellisuus sekä säännöllisyys määritellään potilaskohtaisesti, koska joidenkin potilaiden kohdalla tiheä arviointi on hoidon laadun ja sopivuuden sekä potilasturvallisuuden kannalta erittäin olennaista. (Makkonen ym., 2016, s. 21) Väkivaltariskin arviointimenetelmien avulla potilaan hoitosuunnitelmista pystytään tekemään mahdollisimman yksilöllisiä ja tällä tavoin hoito pystytään myös kohdentamaan oikeisiin hoitomenetelmiin (Kuhanen ym., 2013, s. 248).

Uhkaavaa käyttäytymistä arvioidessa kiinnitetään huomiota etenkin potilaan henkilökohtaiseen historiaan, aiempiin ja tämänhetkisiin mielentilan arviointeihin, sosiaaliseen toimintakykyyn, päihteidenkäyttöön sekä uhkaavan käyttäytymisen riskitekijöihin. Erityisen tärkeää on selvittää, onko potilaalla ennen esiintynyt uhkaavaa tai väkivaltaista käytöstä, sekä mistä tämänkaltaisen käytös on johtunut. Potilaan kanssa on hyvä käydä läpi keinot, jotka ovat potilasta aikaisemmin auttaneet rauhoittumaan uhkaavissa tilanteissa. Uhkaavan käytöksen arvioinnissa ja sen hallintakeinojen kartoittamisessa on hyvä hyödyntää erilaisia tahoja kuten esimerkiksi omaiset sekä aiemmat hoitosuhteet. (Kuhanen ym., 2013, s. 248)

Väkivaltariskin arviointivälineet on otettu hoitotyössä käyttöön vasta 1900 –luvulla ja ne perustuivat suurimmilta osin aktuaarisesta lähestymistavasta. Tämä lähestymistapa perustui pitkälti vain todennäköisyyksien mittaamiseen, joten myöhemmin väkivaltariskin arviointimenetelmään yhdistettiin myös kliinisen työn näkökulma. Mittareiden käyttöön liittyy hoitotyössä paljon epäkohtia, koska potilaiden käyttäytymistä ei voida aukottomasti arvioida pelkän mittaustuloksen pohjalta. Pakon käytön vähentämisen kannalta erilaiset väkivaltariskimittarien vaikuttavuus yksinään on kohtalaisen heikko. Tämän takia väkivaltariskimittarit kuuluu huomioida vain osana laajaa psykiatrisen potilaan hoitokokonaisuutta. Väkivaltariskin arviointimenetelmät pystytään jakamaan lyhyen ja pitkän aikavälin menetelmiin. (Makkonen ym., 2016, s. 21—22)

Lyhyen aikavälin arvioinnissa (< 24 h), mittarien avulla pyritään löytämään ne potilaat, joiden väkivaltariski on suurentunut. Suomessa käytössä olevia lyhyen aikavälin arviointimittareita ovat esimerkiksi Dynamic Appraisal Of Situational Aggression (DASA) sekä Brøset Violence Checklist (BVC) (Makkonen ym., 2016, s. 21). BVC -mittarin ideologia perustuu sille, että väkivaltaisia tapahtumia esiintyy harvoin ilman tunnistettavia varoitusmerkkejä. Mittari sisältää kuusi erilaista varoitusmerkkiä eli käyttäytymismallia, jotka pisteytetään potilaan käyttäytymisen mukaisesti. (Riskassessment, n.d) DASA -menetelmästä pisteytettäviä käytösmalleja on seitsemän, joiden pohjalta tehdään arvio väkivaltariskistä, potilaan aiempi väkivaltainen käytös huomioiden. (Lantta, Kontio, Daffern, Adams & Välimäki, 2016).

Pidemmän ajan väkivaltariskiä (< 6—12 kk) voidaan Suomessa arvioida STARTin ja The Historical, Clinical, Risk Management (HCR-20) avulla. Nuorisopsykiatrialla käytössä on SAVRY. (Makkonen ym., 2016, 21) The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) toimii potilaan itsetuhoisuuden ja aggression sekä hoidon toimivuuden mittarina. Kyseinen mittari eroaa muista työvälineistä sillä, että se kohdentaa huomiota myös potilaan voimavaroihin, eikä pelkästään haavoittuvuuteen. (Bc Mental Health & Substance Use Services, n.d.) HCR -mittarin avulla pystytään arvioimaan väkivaltariskiä potilaskohtaisten riskiskenaarioiden kartoittamisen avulla (Makkonen ym., 2016, s. 21).

4.3 Osastojen tilojen vaikutus pakkotoimien määrään

Työturvallisuuslain (738/2002 § 12) mukaan työnantaja on velvollinen huomioimaan työtilojen sekä työvälineiden turvallisuuden ja mahdollisen vaikutuksen työntekijöiden terveyteen. Ulrich, Bogren, Gardiner, Lundin, (2018) mukaan osastojen tiloilla on suora vaikutus myös potilaiden mielentilaan ja henkiseen kuormitukseen. Osastojen arkkitehtuurin suunnittelulla voidaan vähentää potilaiden aggressiivisuutta, koska fyysiset tilat voivat lisätä potilaiden stressitekijöitä ja stressitekijät puolestaan kasvattavat aggressiivisen käyttäytymisen uhkaa (Ulrich ym. 2018, s. 54). Spatiaalinen tiheys eli tilan tiheys tarkoittaa sitä, kuinka paljon kutakin potilasta varten on laskettu olevan neliömetrejä ja sosiaalisella tiheydellä viitataan henkilömäärään huonetta kohti. Spatiaalisella ja sosiaalisella tiheydellä on suora suhde potilaiden tarpeeseen etsiä yksityisyyttä, säädellä suhteita muihin potilaisiin ja vältellä stressitekijöitä kuten melua ja väittelyitä. (Ulrich ym. 2018, s. 54)

Osastot, jotka on suunniteltu pohjaratkaisullisesti selkeiksi ja potilaspaikkamäärällisesti pieniksi vähentävät potilaiden uhkaavaa käyttäytymistä (Kuhanen ym., 2013, s. 247). Myös hoitoympäristön muoto, erilaiset kalusteet sekä sisään- ja uloskäynnit voivat vaikuttaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen. On todettu, että potilaan sekä työntekijän turvallisuutta edistävillä asioilla kuten hälytysjärjestelmillä, peileillä ja valvontalaitteilla pystytään vähentämään pakon käyttöä. (Makkonen ym., 2016, s. 33; Ulrich ym., 2018)

Tehtyjen tutkimusten mukaan yhden hengen tilavat potilashuoneet hyvällä äänieristyksellä on todettu vähentävän potilaiden uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä. Yhden hengen huoneet lisäävät potilaiden yksityisyyttä, unenlaatua ja viihtyvyyttä. Jokaisessa potilashuoneessa suositellaan olevan rikkoutumaton peili, kello, radio/tv, suihku ja wc. Osastojen oleskelutilojen viihtyisyyttä ja esteettisyyttä lisäämällä pystytään myös vaikuttamaan pakon käyttöön vähentävästi. Viihtyisyyttä voidaan lisätä tilojen suunnitteluvaiheessa esimerkiksi seinämaalien terapeuttisella värimaailmalla, avaralla tilasuunnittelulla ja valaistuksen riittävydellä. (Makkonen ym., 2016, s. 33; Kuosmanen & Laukkanen, 2019).

Suosittelujen ja tutkimusten mukaan erityshuoneet olisivat hyvä olla sijoitettuna keskitetysti ja eristys huoneissa kuuluisi olla mahdollisimman hyvä äänieristys, jotta osaston muut

potilaat eivät häiriintyisi eristystilanteesta. Suosituksena on, että eristyshuoneissa olisi kalenteri sekä kello, jotta potilas pystyy seuraamaan normaalia vuorokausirytmää.

Mahdollisuus radion kuunteluun on myös koettu inhimilliseksi vähimmäisvaatimukseksi eristyksessä. Wc:n ja suihkun kuuluu olla sijoitettuna niin, että potilaalla on tarpeen mukaan mahdollisuus niitä käyttää. Eristyshuoneen sisustukseen suositusten mukaisesti kuuluu korkea patja sekä turvallisesta materiaalista tehdyt tuoli sekä pöytä. Lattia ja tarvittaessa myös seinät olisivat hyvä olla Tatami -pehmustusmateriaalilla vuoratut. Eristyshuoneen pääasiallinen tavoite pitäisi olla turvallisuuden takaaminen, niin ettei leposidehoitoon jouduttaisi siirtymään. Pakon käyttöä pystytään vähentämään eristyshuoneen asianmukaisilla turvallisilla puitteilla. (Makkonen ym., 2016, s. 34)

4.4 Safewards-malli

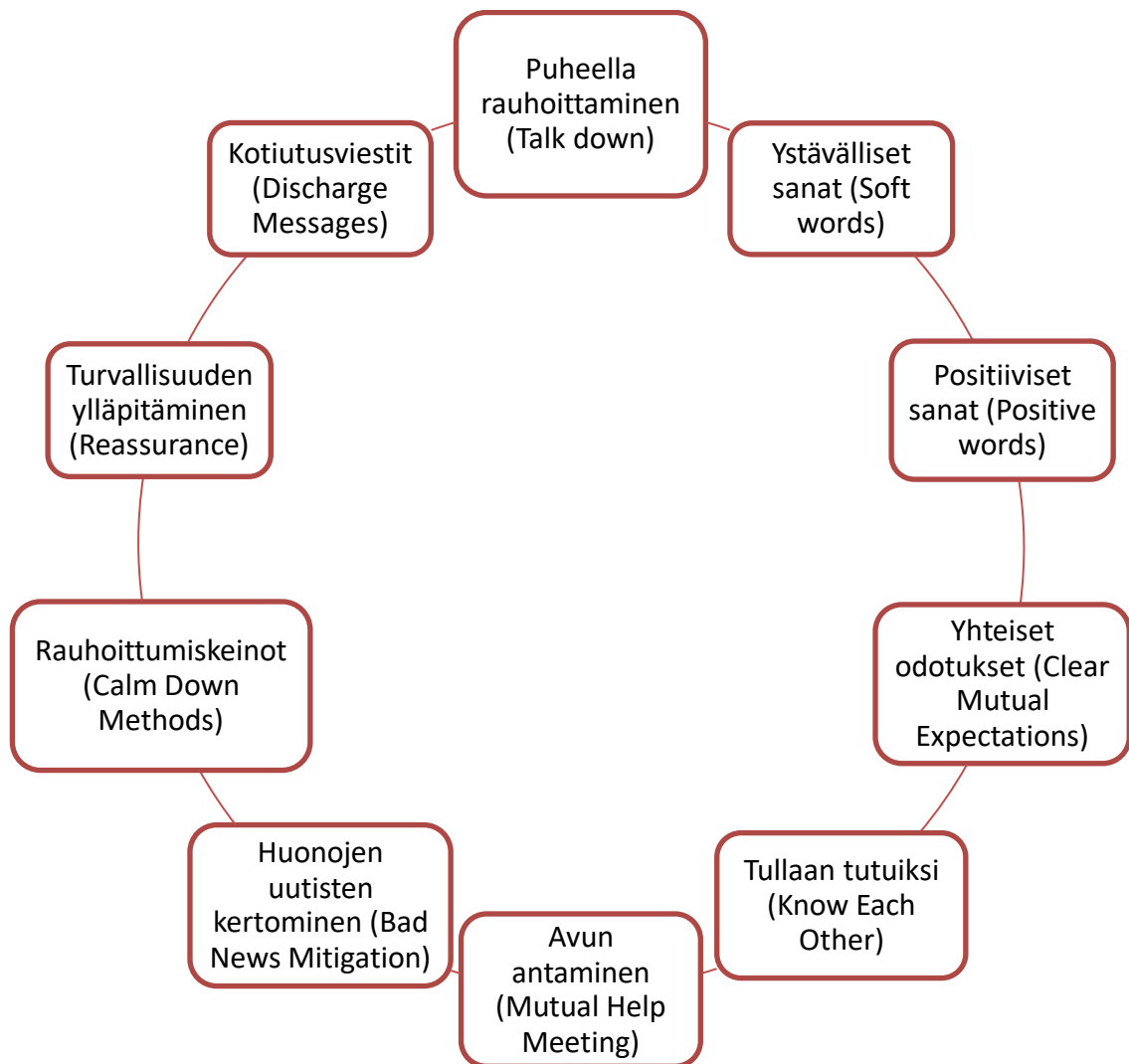
Safewards-mallin ideologia sai alkunsa, kun englantilainen hoitotieteen professori Len Bowers (Bowers, James, Quirk, Simpson, Steward & Hodsoll, 2015) alkoi tutkia psykiatristen osastojen turvattomuutta. Työryhmä apunaan Bowers tutki yli tuhat aiheeseen liittyvää julkaisua, joiden pohjalta Safewards-mallia aloitettiin työstää. Malli kehitettiin takaamaan ja ylläpitämään psykiatrisen osastohoidon turvallisuutta, ehkäisten konkreettisten toimintamallien avulla väkivaltaista käyttäytymistä sekä antaen keinoja aggressiotilanteiden rauhoittamiseen. Mallin vaikuttavuus on tutkittu laajalla kokeella, johon osallistui satunnaisesti valitut 31 akuuttipsykiatrian osastoa 15 eri sairaalasta Iso-Britanniassa. Tutkimuksen tuloksesta ilmeni, että rajoitustoimenpiteet vähenivät 26,4 % ja konfliktitilanteet 15 %. (Safewards, n.d.)

Safewards -malliin liittyy käsitteet konflikti sekä rajoitustoimenpide. Konfliktilla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan käyttäytyminen voi olla uhkaavaa ja vahingoittavaa. Konflikti voi olla itsensä vahingoittamista tai osaston perussääntöjen rikkomista. Rajoitustoimenpiteellä tarkoitetaan menettelytapaa, jota joudutaan käyttämään vaikeissa tilanteissa, joissa potilaan tai hoitohenkilökunnan turvallisuus on uhattuna. Menettelytapa voi olla potilaan liikkumisen rajoittaminen, eristystoimien toteuttaminen tai tahdonvastainen lääkitseminen. Mallin

mukaan ihanteellisinta olisi jos, kyseisien käsitteiden toteutumista saataisiin vähennettyä osastohoidossa. (Safewards, n.d.)

Mallissa on lueteltu kuusi taustatekijää, jotka voivat aiheuttaa konfliktin syntymisen psykiatrisella osastolla. Taustatekijöitä ovat: 1) henkilökunta ja sisäinen rakenne, 2) fyysinen ympäristö, 3) sairaalan ulkopuolinen maailma, 4) potilasyhteisö, 5) potilaan ominaispiirteet sekä 6) sääntelykehys. Safewards-mallin avulla hoitotyöntekijät voivat tulla tietoisiksi taustatekijöistä ja ennaltaehkäisevästi reagoida mahdollisten konfliktien syntyyn. Safewards-malli painottaa sitä, ettei se pysty antamaan vastauksia kaikkiin ongelmatilanteisiin, koska uusia kehittymismahdollisuuksia psykiatrisesta hoitotyöstä löytyy jatkuvasti lisää. (Safewards, n.d.; Kontio, 2015) Malli sisältää kymmenen erilaista konkreettista toimintamallia eli interventiota, joiden avulla pystytään vähentämään vaaratilanteiden syntymistä ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Kaikki Safewards-mallin kymmenen interventiota on esitelty (Kuva 1) kokonaisuuden hahmottamiseksi.

Kuva 1 Safewards-mallin interventiot



Yhteiset odotukset -intervention tarkoituksena on lisätä osaston johdonmukaisten ohjeistuksien ja sääntöjen ymmärtämistä sekä selkeyttää hoitajien ja potilaiden odotuksia puolin ja toisin. Interventiossa hoitohenkilökunta ja potilaat määrittelevät ja kirjaavat yhdessä yhteiset odotukset siitä, kuinka osastolla käyttäytyään toisia kohtaan. Odotukset kirjoitetaan selkeästi, helposti ymmärrettävin lausein ja näistä tehdään huoneentaulu näkyvälle paikalle osastolla. Tarkoituksena on edistää selkeää kommunikaatiota ja tiettyjen velvollisuuksien sisäistämistä osastolla. (Safewards, n.d.)

Positiiviset sanat -intervention tarkoituksena korostaa potilaan positiivisia ominaisuuksia ja vahvuuksia henkilökunnan vuorovaikutustilanteissa ja raporttien aikana. Intervention avulla henkilökunta oppii tunnistamaan ja korostamaan potilaan keskeisiä voimavaroja, huonojen käytösmallien tai poikkeavan käytöksen lisäksi. Interventiota käytettäessä potilaista

puhuttaessa ja potilastekstien kirjauksissa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus.
(Safewards, n.d.)

Turvallisuuden ylläpitäminen -intervention avulla lisätään henkilökunnan tietoisuutta siitä, miten osastolla tapahtuva aggressio, pakkotoimi tai levottomuus voi lisätä potilaiden ahdistuneisuutta sekä annetaan henkilökunnalle keinoja kärjistyneiden tilanteiden läpikäymiseen potilaiden kanssa. Intervention mukaan potilaille tulee antaa selitys kärjistyneistä tapahtumista ja mahdollistaa niistä keskusteleminen. Intervention toteuttamisessa korostuu läsnäolo, rauhoittumiskeinot ja tuen antaminen. Keinona voi toimia esimerkiksi yhteisökokoukset, joissa potilaat voivat kertoa heitä harmittaneista ja ahdistaneista asioista. (Safewards, n.d.)

Rauhoittumiskeinot-interventiossa potilaan omia sopeutumismekanismeja ja voimavaroja yritetään vahvistaa rauhoittumiskeinona ennen tarvittavan lääkityksen käyttöä. Potilalle tarjotaan erilaisia esineitä ja tavaroita laatikosta, jotta potilas pystyisi kontrolloimaan levotonta oloaan tai mahdollisia aggressiivisia ajatuksiaan. Rauhoittumiskeinoina voivat esimerkiksi toimia kirjoittamis- tai piirustusvälineet, stressipallot, rentouttava musiikki, hieronta, television katselu tai suihkussa käynti. Interventiosta vastaavan hoitajan rooli on varmistaa, että lääkkeettömiä rauhoittumiskeinoja kokeillaan aina asianmukaisissa tilanteissa. (Safewards, n.d.)

Avun antaminen -intervention avulla ylläpidetään osastojen yhteisöllisyyttä, kannustetaan potilaita toistensa auttamiseen ja sitoutetaan potilaita yhteisiin odotuksiin. Interventiossa suositellaan yhteisökokouksia kolme kertaa viikossa, joissa hoitajien ja vapaaehtoisten potilaiden kesken keskustellaan ja sovitaan siitä, miten potilaat voisivat ottaa toisensa huomioon paremmin ja kuinka heitä voitaisiin auttaa pienissäkin asioissa. Interventiossa käydään läpi myös osaston viimeaikaiset tapahtumat, palautteet ja kiitokset sekä toiveet, jotta potilaiden mielipide saadaan kuuluviin. Intervention tavoitteena on lisätä potilaiden arvostusta toisiinsa sekä kohentaa potilaiden itsetuntoa. (Safewards, n.d.)

Puheella rauhoittaminen -intervention tarkoituksena on potilaan ja hoitajan välisen kommunikaation turvin rauhoittaa tilanteita, joista välittyy mahdollisuus väkivaltaiselle käyttäytymiselle tai itsetuhoisuudelle. Interventiossa henkilöstön de-eskalaatitaitoja eli

puheella rauhoittamisen taitoja vahvistetaan ja niitä käytetään systemaattisesti sovittujen ohjeiden mukaisesti. Kyseissä interventiossa voidaan tuottaa juliste erilaisista de-eskalaatiotekniikoista kanslian seinälle ja tällä tavoin lisätä henkilöstön ammattitaitoa kärjistyneissä potilastilanteissa. (Safewards, n.d.)

Kotiutusviestit-intervention tarkoituksena on auttaa uusia potilaita ymmärtämään osastohoidon hyödyllistä, tavoitteellista ja toiveikasta toimintaa. Interventiossa osastolta kotiutuvat potilaat kirjoittavat rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestilappuja uusille potilaille nähtäväksi osaston tiloihin. Viestilapuissa tulisi lukea potilaiden mielipide osastojaksosta ja hoitohenkilökunnasta sekä jokin hyödykäs ja mukava neuvo tuleville potilaille. Kotiutusviestit voidaan kiinnittää henkilökunnan tekemään viestipuuhiin tai ilmoitustaululle. (Safewards, n.d.)

Huonojen uutisten kertominen -interventiota voidaan hyödyntää tilanteissa, joissa potilas saa kuulla häntä epämiellyttäviä uutisia ja tästä johtuen osoittaa tyytymättömyyttään esimerkiksi vihan tunteen kautta. Interventiossa on tärkeää pystyä ennakoimaan potilaan mahdollista huonoa reagoitua uutisiin, jotta hoitohenkilökunta osaisi kyseisissä tilanteissa olla potilaan tukena. Huonojen uutisten kertominen suoritetaan intervention mukaan, myötätuntoisesti ja kunnioittavasti. Potilaan mielentilan muutoksia on tärkeä seurata uutisten kertomisen jälkeen ja herkästi kysyä potilaalta voinnista, jos potilaan normaalista käyttäytymisestä poikkeavaa toimintaa ilmenee. (Safewards, n.d.)

Tullaan tutuiksi -interventiossa, potilaiden ja hoitajien välistä terapeutista yhteistyösuhdetta syvennetään keskustelemalla asioista, jotka voivat toimia ihmisiä yhdistävänä tekijänä. Interventiossa hoitohenkilökunta tuottaa kansion, jossa on esitelty kaikki työntekijät ja heidän valitsemat tiedot itsestään kuten esimerkiksi kiinnostuksen kohteet, lempieläimet tai erityistaidot. Kansion kuuluu olla kaikkien nähtävissä. Myös potilailta kysytään alkuhaastattelun aikana heidän persoonallisuuttaan ja mielenkiinnon kohteita koskevia kysymyksiä. Intervention tavoitteena on vähentää konflikteja avoimien ja luotettavien hoitosuhteiden avulla. (Safewards, n.d.)

Ystävälliset sanat -intervention tarkoituksena on välttää konfrontaatiota ja edistää hoitajien ja potilaiden yhteistyösuhdetta. Intervention mukaan normaaleissa

kommunikaatiotilanteissa sekä mahdollisissa rajaustilanteissa hoitajien kuuluu puhutella potilaita kunnioittavasti ja kohteliaasti. Intervention keinoina voivat toimia posteriviestit kanslian seinällä, jotka sisältävät esimerkkejä ystävällisestä ja kunnioittavasta kommunikaatiosta sekä postikortit, jotka sisältävät positiivisia, innoittavia ja lempeitä viestejä ja ohjeita potilaille sekä henkilökunnalle. (Safewards, n.d.)

5 Psykiatriset intensiivihoidoyksiköt

Psykiatriset intensiivihoidoyksiköt on kehitetty vähentämään pakkotoimien käyttöä. Seuraavissa alaotsikoissa käsitellään kahta olennaista psykiatrista intensiivihoidoyksikköä, High and Intensive care sekä Psychiatric Intensive Care Unit. Nämä kaksi pakon käytön vähentämisen mallia ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa, koska High and Intensive care -malli on kehitetty vanhemman Psychiatri Intensive Care Unit -mallin pohjalta. Tämän opinnäytetyön tutkimusosassa keskistytään enemmän uuteen malliin, mutta molempiin malleihin liittyviä tutkimuksia on hyödynnetty tutkimustuloksissa, koska mallit ovat samanoloisia.

5.1 High and Intensive care -malli

High and Intensive Care -malli (HIC) on kehitetty Hollannissa vuonna 2013 intensiivisempää hoitoa tarvitsevien psykiatristen potilaiden hoitomuodoksi. Kehittämisprosessissa otettiin mallia Iso-Britanniassa kehitetystä Psychiatric Intensive Care -mallista. High and Intensive Care -malli on psykiatristen osastojen läheisyydessä toimiva erityislaatuinen tehohoidoyksikkö, jonka tarkoituksena on intensiivisen ja korkealaatuisen hoidon avulla vähentää pakkotoimien käytön tarvetta. Mallia on kehitetty systemaattisesti, ja jokainen mallin yksittäisen osion toimivuus on tutkittu HIC Model Fidelity Scale -mittariston avulla. Mallia pidetään hyvin määriteltynä ja selkeästi kuvattuna ja sitä voidaan tieteellisesti kehittää, koska HIC Model Fidelity Scale -mittariston osia voidaan operationalisoida eli osoittaa niiden vaikutus toisiinsa. (Mulder, 2015, s. 237—238; High & Intensive care, n.d.)

High and Intensive care -mallin periaatteena on lisätä hoitajien ja potilaiden kommunikaatiota, tukea kriisitilanteiden ehkäisemistä sekä käyttää portaittaista (stepped-care) lähestymistapaa potilaiden hoidossa (Van Melle, ym., 2021). Erilaiset henkilöstö- ja hoitomenetelmät, jotka on sisällytetty malliin sen kehittämisvaiheessa, ovat hollantilaisten moniammatillisten asiantuntijatyöryhmien valitsemia. Kaikki menetelmät on valittu aikaisempien tutkimusten pohjalta ja ne perustuivat näyttöön. Apuna kehitysprosessissa käytettiin myös mahdollisia tulevia kuluttajia sekä vertaistukiryhmien edustajia. (High & Intensive care, n.d.; Mulder, 2015, ss. 237—238)

High and Intensive care -mallin ensimmäinen menetelmä on nimeltään ”Ensimmäiset viisi minuuttia” ja se kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan asenteisiin ja käytökseen ensimmäisen viiden minuutin aikana, kun potilas saapuu intensiiviyksikköön. Menetelmän mukaan alkukontaktin tekeminen potilaan kanssa on erittäin tärkeää. Potilaan olo pitää myös tehdä mahdollisimman mukavaksi ja turvalliseksi, jotta pystytään vähentämään ahdistuneisuutta, aggressiivisia tuntemuksia sekä syrjäytymistä. (High & Intensive care, n.d.) Luottamussuhde luodaan potilaan kanssa osoittamalla, että potilaan omaiset ovat tervetulleita osastolle koko hoidon ajan. (Van Melle, van der Ham, Widdershoven & Voskes, 2021).

Potilaan väkivaltariskiä tulee arvioida High and Intensive care yksikössä vähintään kolme kertaa päivässä, jokaisessa työvuorossa erikseen. Tällä tavoin henkilökunta saa tietoa potentiaalisista riskeistä ja pystyy välttämään tilanteiden eskaloitumisen. (High & Intensive care, n.d.) Väkivaltariskin arviointi aloitetaan heti potilaaseen tutustumisen ja luottamussuhteen luomisen jälkeen. Kolmantena vaiheena potilaan saavuttua yksikköön, psykiatri suorittaa potilaalle psykiatrisen arvion. Neljäntenä vaiheena potilaalle tehdään somaattinen arvio. Viidennessä vaiheessa potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma ja mahdollisuuksien mukaan potilas otetaan mukaan sen suunnitteluun. Kuudennessa vaiheessa hoitosuunnitelma esitetään hoitotapaamisessa, johon osallistuvat potilas, omaiset sekä hoitoon osallistuvat psykiatrit. (Van Melle ym., 2021)

High and Intensive care -malli sisältää tarkat vaatimuksen siitä, millä tavoin tilasuunnittelu täytyy huomioida, jotta yksikkö täyttää hyvän hoitoympäristön periaatteet. Hoitoympäristön tulee olla Healing environment -periaatteiden mukaisia, joten ympäristön tulee olla potilaita voimaannuttava. Mallin mukaan tilavaatimuksina ovat esimerkiksi yhden hengen potilashuoneet, isot ja valoisat olohuoneet sekä ulkotila mahdollisuus potilaille. (High & Intensive care, n.d.; Mulder, 2015, s. 237)

High and Intensive care yksikössä sijaitsee erikseen intensiivisen hoidon yksikkö Intensive Care Unit (ICU), joka on suunnattu potilaille, jotka eivät akuutin kriisitilanteen takia pysty olemaan muiden potilaiden kanssa samassa tilassa. Intensive Care Unitissa potilasta hoidetaan niin, että hoitajalla on nimettynä koko ajan vain yksi potilas ja potilaalla on jatkuva mahdollisuus keskustelutukeen sekä hoitajan läsnäoloon. Periaatteena on, ettei mielenterveyspotilasta jätetä akuutin kriisin aikana yksin huoneeseen, vaan hoidossa korostetaan terapeuttisen läsnäolon merkitystä. Intensive Care Unitissa potilasta voidaan hoitaa niin kauan, kuin sille on tarvetta. Jos potilaan tilanne pahenee, voidaan hänet siirtää eristyshuoneeseen vasten tahtoaan. Tavoitteena on ehkäistä pakkotoimien käyttöä ja näin lisätä psykiatrisen hoidon laatua. (High & Intensive care, n.d.)

Suomessa High and Intensive care -mallia on hyödynnetty TYKS:n psykiatrian tutkimusosastolla, TurvaSiipi -hankkeessa, joka toteutettiin Eriturva (Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristuksen aikana) -hankkeen avulla. Turvasiipi -hankkeen tarkoituksena oli kehittää turvatilamallia niin, että se pystyttäisiin ottamaan käytäntöön myös Suomessa, jotta perinteistä huone-eristystä pystyttäisiin vähentämään. Malli muokattiin hankkeen avulla Suomeen sopivaksi, koska sitä ei pystytty siirtämään suoraan alkuperäisessä muodossaan (Lahti, Berg, Varpula, Lipponen, Äärinen, Lantta, Soininen, Sailas, Kontio & Välimäki, 2018, s. 6)

5.2 Psychiatric Intensive Care Unit

High and Intensive Care -malli ja ICU -turvatila ovat ottaneet alun perin vaikutteita Isossa-Britanniassa 1970-luvulla kehittyneestä Psychiatric Care Unit (PICU) -mallista. PICU-yksiköitä ei suunnitelmallisesti kehitetty, vaan ne syntyivät käytännössä vastauksena paikallisiin

tarpeisiin (Brown & Bass, 2004, s. 601). Muita nimityksiä vastaaville yksiköille ovat high dependency ward, locked ward ja low secure ward.

Salzmann-Erikson & Söderqvist, (2017) määrittelevät PICU -yksiköt lyhytaikaista, intensiivistä ja psykiatrista hoitoa tarjoavina yksiköinä potilaille, joiden käytös on selkeästi hyvin haastavaa, ja jotka tarvitsevat tästä syystä intensiivistä tarkkailua, eikä potilasta voida hoitaa tavallisella psykiatrisella osastolla. Potilaan käytös voi olla itseään vahingoittavaa tai vahingonteon uhka voi kohdistua muihin. Potilaiden vaihtuvuus Psychiatric Intensive care -yksikössä on Salzmann-Erikson & Söderqvist (2017) mukaan melko suuri, koska potilaat ovat sijoitettuna PICUun vain sairautensa pahimmissa vaiheissa ja palautuvat sitten takaisin muille psykiatrisille osastoille. Hoitajamitoitus per potilas on suuri verrattuna muihin psykiatrisiin osastoihin.

Salzmann-Erikson & Söderqvist (2017) mukaan ero PICU:n ja HIC -yksiköiden (eli High and Intensive care) välillä ovat PICU:n suurempi henkilöstön määrä ja paremmat tilat. PICU -yksikköön ohjautumiseen ei vaadita tiettyä diagnoosia, vaan syy riippuu potilaan hoidon asettamista tarpeista, esim. tarpeesta intensiivisemmästä tarkkailusta tai potilaan hyötymisestä matalavirikkeisemmästä ympäristöstä. (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017)

Hoitojaksojen pituus ja turvatoimien aste eri yksiköissä vaihtelevat. PICU -yksiköiden ominaisuuksia ovat Brownin & Bass (2004, s. 602) mukaan myös korkea hoitajamitoitus, tavallista psykiatrista vuodeosastoa suuremmat tilat ja korotetut turvatoimet. PICU -yksiköissä hoidettavia potilaita yhdistää Brown & Bass (2004, s. 606) mukaan seuraavat tekijät: akuutti psykoottinen tila, päihteiden väärinkäyttö, krooninen vaikea psyykkinen sairaus, väkivaltaisuus osastojakson aikana. PICU -yksikköä pidetään hyvänä hoitomuotona suhteellisen pienelle joukolle hyvin häiriintyneitä potilaita, jotka ovat vakavasti otettava uhka henkilöstölle ja muille potilaille psykiatrisella vuodeosastolla (Brown & Bass, 2004, s. 606).

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaista näyttöä High and Intensive care -mallin toiminnan vahvuuksista on pakon käytön vähentämiseen, ja selvittää mallin mahdollisia kehityskohteita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa koostettua tutkimustietoa High and Intensive care -mallista tilaajan käyttöön. Tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian tulosalue. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Millaista näyttöä psykiatristen intensiivihoidoyksiköiden (High and Intensive care ja Psychiatric Intensive care) toiminnan vahvuuksista on pakkotoimien käytön vähentymisestä?
2. Minkälaisia psykiatristen intensiivihoidoyksiköiden kehittämiskohteita opinnäytetyön tutkimusaineistosta ilmenee?

7 Tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kirjallisuuskatsaus, joka tieteellisenä tutkimusmenetelmänä tutkii jo tutkittua tietoa, eli on sekundaaritutkimusta. Tässä kappaleessa perehdytään kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä esittelemällä teoksien Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikainen, 2013), Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Niela-Vilén & Humari, 2016) ja Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä (Stolt, Axelin & Suhonen, 2016) lähestymistapoja ja kirjallisuuskatsauksen työvaiheita.

Kirjallisuuskatsausten tarkoituksena on Johanssonin (Johansson, 2007, s. 3) mukaan kuvata, kuinka paljon aihetta on tutkittu, millä menetelmillä, mistä näkökulmista ja mitä tutkimustuloksia on saatu. Kirjallisuuskatsausten tavoitteena on muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Sen avulla voidaan myös tunnistaa ristiriitaisuuksia tai ongelmia valitussa kohdeilmiossa (Stolt ym., 2016, s. 7).

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erityyppisiä, kuten systemaattinen ja narratiivinen, joiden väliset erot nousevat kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden toteutustavasta. Lähestymistapana kirjallisuuskatsaus voi olla puhtaasti hoitotieteellinen tai poikkitieteellinen, jolloin se ottaa myös muista tieteen aloista aineksia, kuten yhteiskuntatieteistä. (Stolt ym., 2016, s. 7–8) Vaikka kirjallisuuskatsaukseen voidaan valita erilaisia lähestymistapoja, olennaista on noudattaa tieteen tekemisen periaatteita: Katsauksen tekemisen vaiheiden esille tuominen sekä läpinäkyvyys ja toistettavuus (Niela-Vilén & Hamari, 2016, s. 33).

7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Työn tutkimusmetodiksi valikoitui narratiivisen kirjallisuuskatsauksen metodi, työ on siis tehty laadullisen tutkimuksen keinoin, työssä esitellään tutkimusaiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia opinnäytetyön raamien puitteissa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aikaisemman tiedon kuvaamiseen käytetty ilmiölähtöinen ja ymmärtämiseen tähtäävä menetelmä, joka tieteellisen tiedonkohteen ja käytön moninaisuuden vuoksi sopii erityisesti hoitotieteen käyttöön. Tutkimusmenetelmänä kuvailevan kirjallisuuskatsaus voi olla subjektiivinen, eli tutkimuksen laatijan näkemys voi vaikuttaa tutkimustulokseen, ja sattumanvaraisesti löydetty ja valittu materiaali vaikuttaa tutkimustulokseen. Toisaalta kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla argumentoiva ja ohjata tarkastelua valittuihin kysymyksiin. (Kangasniemi ym., 2013)

Olennaista kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on tutkimuskysymys ja sen perusteella valikoitunut aineisto, jota tutkimuksessa esitellään ja laadullisesti kuvaillaan. Kysymyksenasettelu voi olla laaja ja sisältää tutkimuskysymyksen rajoissa erilaisia rajauksia. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus ei välttämättä ota kantaa tutkimusaineiston luotettavuuteen tai valikoitumiseen, vaan kuvaa ja kertoo, minkälaisia tutkimuksia aiheesta on tehty. (Stolt ym., 2016, s. 8–9)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus alkaa Kangasniemi ym. (2013) mukaan väljän tutkimuskysymyksen muodostamisella, joka ohjaa koko prosessia (Kuva 2). Tutkimuskysymykset saavat myös hioutua tutkimuksen edetessä. Tutkimuskysymyksen pohjalta alkaa aineiston etsintä ja seulonta ja sitä seuraa kuvailun rakentaminen ja lopulta päädytään tulosten tarkasteluun. Kangasniemi ym. (2013) kuitenkin kuvaa kuvailevan

kirjallisuuskatsauksen vaiheita kuvailun erityispiirteiden ja ymmärtämisen prosessin kautta, jossa prosessin eteneminen ei ole lineaarista, vaan eri osioiden välillä ikään kuin käydään keskustelua tutkimuksen edetessä.

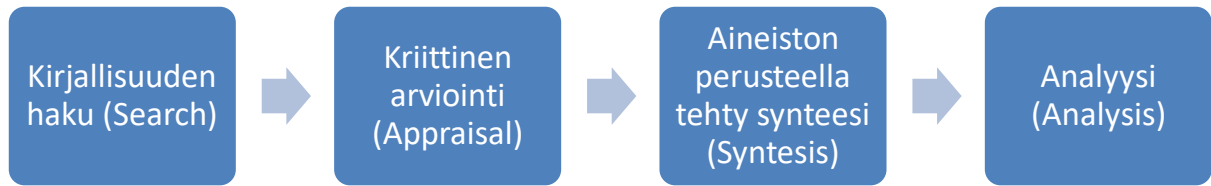
Kuva 2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet (Kangasniemi, 2013)



Kuvio 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ja erityispiirteet.

Stolt ym. (2016, s. 9) mukaan narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen sisältyviä vaiheet ovat prosessi ja analyysi: Prosessiossa sisältää materiaalin hankinnan, tekstiaineiston synteessin yleensä taulukoidussa muodossa. Analyysiossa taas esittelee olemassa olevan tutkimuksen arvon tai kontribuution. Stolt ym. (2016, s. 8) määrittävät kirjallisuuskatsauksen vaiheet SALS-periaatteen mukaan (Kuva 3). Vaiheet ovat kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi.

Kuva 3 SALSAn periaate (Stoltia, 2016, s. 8)



Niela-Vilén & Hamari, 2016, ss. 23–32): määrittävät kirjallisuuskatsaukselle välttämättömät viisi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään työn tarkoitus ja tutkimusongelman sekä hahmotetaan tutkimuskysymystä. Toisessa vaiheessa kirjallisuutta haetaan tietokannoista, kirjoista ja lehdistä, jonka jälkeen valitaan keskeisiä käsitteitä aineiston valintaan, määritetään ja valitaan hakusanoja sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerejä. Kirjallisuuskatsauksessa tuodaan esille ja pohditaan hakustrategiaan ja kirjallisuushaun toteutukseen liittyviä vahvuuksia ja heikkouksia. Kolmannessa vaiheessa arvioidaan tutkimusta tarkastelemalla alkuperäistutkimuksessa saadun tiedon kattavuutta, sekä tulosten edustavuutta. Tarkastelun tarkoituksena on myös havaita mahdollisia vinoumia sekä tutkimustuloksissa että päätelmissä.

Neljännessä vaiheessa perehdytään systemaattisesti valittujen tutkimusten tuloksiin. Yleisimpänä arviointikriteerinä käytetään alkuperäistutkimuksen vahvuuksien ja heikkouksien arviointia. Analysoinnin ja synteessin tarkoituksena on järjestää tutkimustietoa ja tehdä yhteenvetoja valittujen tutkimusten tuloksista. Tutkimusten esittelyvaiheessa kerrotaan tekijät, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukon, otoksen, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisesti alkuperäistutkimuksessa käytetyt interventiot. Aineistoon analysointivaiheessa muodostetaan luokkia, kategorioita ja teemoja. Painopisteenä alkuperäistutkimuksessa on tulososa ja johtopäätökset. Aineistoa vertaillen mahdollisesti löytyneistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista muodostetaan kokonaisuus eli synteesi. Analysoinnissa yritetään muodostaa yksittäisistä tutkimustuloksista yleisempi kokonaisuus. (Niela-Vilénin & Hamarin, 2016, ss. 30–31)

Viides vaihe on tulosten raportointi, jossa pyritään raportoimaan aiemmat vaiheet mahdollisimman tarkasti. Raportoinnin tärkeimmät osiot ovat: tiivistelmä, tausta, tutkimuskysymykset, katsauksen menetelmät, hakuprosessi, tiedot mukaan otetuista ja poissuljetuista tutkimuksista, tutkimuksen laadun arviointi, katsauksen tulokset, pohdinta katsauksen mahdollisista heikkouksista, johtopäätökset sekä tulosten soveltuvuuden arviointi. (Niela-Vilén & Hamari, 2016, s. 32)

7.2 Tiedonhaun kuvaus ja aineiston valintaprosessi

Tiedonhaku aloitettiin tekemällä koehakuja useisiin eri tietokantoihin ja nopeasti huomattiin, että tutkimustietoa High and Intensive care -mallista on olemassa vielä suhteellisen vähän. Hakua laajennettiin, ottamalla mukaan Psychiatric Intensive Care Unit -malli. Koehakujen aikana huomattiin myös, että psykiatristen intensiivihoitoyksiköiden lyhenteet ”HIC” ja ”PICU”, tuottivat tietokantahaun tulokseksi suuren määrän epärelevantteja hakuosumia ja tämän takia hauista jätettiin pois kyseiset lyhenteet.

Koehakuja tehtiin suomalaisiin tietokantoihin Medic ja Terveysportti hakutermeillä turvasolu, turvatila, turvatilamalli, ”High and Intensive care” ja ”Psychiatric Intensive Care (Unit)”. Kyseisillä hakutermeillä Terveysportista tuli yhteensä 174 hakuosumaa ja Medicistä osumia ei tullut ollenkaan. Terveysportti ja Medic -tietokannat rajattiin pois tiedonhaun prosessista, koska saadut hakuosumat eivät valitettavasti olleet relevantteja tutkimuksen kannalta. Tämä vahvistaa tietoa siitä, ettei suomenkielistä tutkimusaineistoa tai artikkeleita High and Intensive care tai Psychiatric Intensive Care Unit -malleista todennäköisimmin ole saatavilla.

Käytettäviksi tietokannoiksi valikoituivat PubMed, Finna, Google Scholar ja Cinahl. Kyseisiin tietokantoihin päädyttiin koehakujen aikana, koska ne antoivat eniten hakuosumia. Varsinaiseksi englantinkieliseksi hakulausekkeeksi muotoutui pitkän harkinnan jälkeen; (”High and Intensive care” OR ”High & Intensive care” OR ”Psychiatric Intensive Care” OR ”Psychiatric Intensive care unit*”) AND reduc* coercion OR seclusion. Saksankielistä tutkimusaineistoa haettiin hakulausekkeella ”reduzieren Zwangsmassnahmen” AND Psychiatr*. Varsinainen tiedonhaun prosessi (Kuva 4) aloitettiin hakemalla tutkimuksia ja artikkeleita hakulausekkeilla ilman tietokantojen rajauksia.

Tietokantahausta löytyviin hakuosumiin määriteltiin erilaisia sisäänotto- ja poissulkukriteerejä (Taulukko 1). Sisäänottokriteerejä käytettiin tietokantojen hakurajauksessa ja tämän avulla saatiin vähennettyä hakuosumien määrää huomattavasti. Haku rajattiin koskemaan vain vuosien 2010 – 2021 välillä julkaistuja tutkimusartikkeleita, koska opinnäytetyössä haluttiin käyttää mahdollisimman uutta tutkimustietoa. Sisäänottokriteeriksi määriteltiin myös, että tutkimusartikkeli oli vertaisarvioitu ja julkaistu englanniksi, suomeksi tai saksaksi. Otantaan valittiin tutkimuksia, jotka käsittelivät vain yli 18 –vuotiaiden hoitoa.

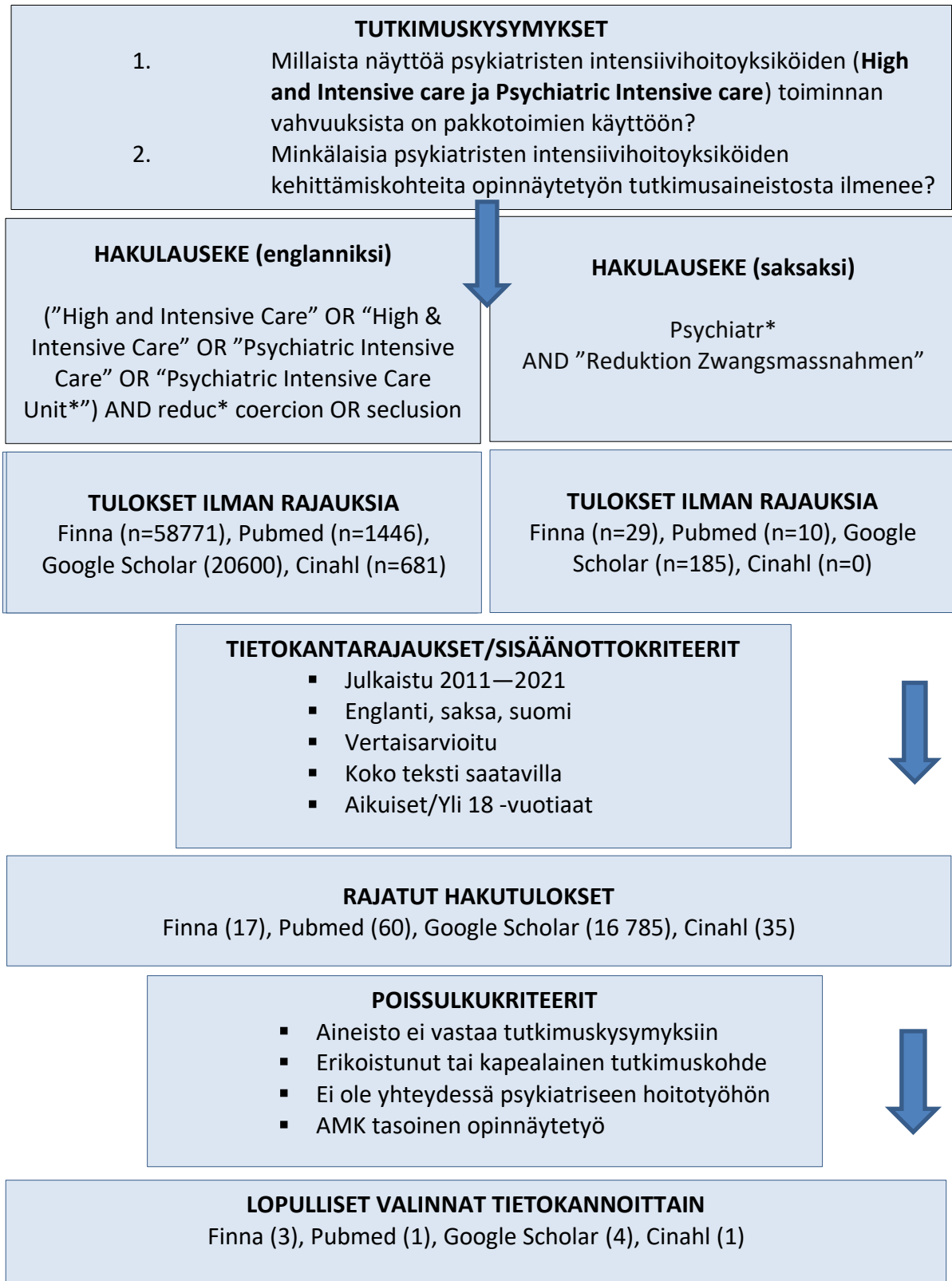
Opinnäytetyötä varten valittavien tutkimusartikkelien koko sisältö täytyi olla saatavilla ilmaiseksi ja artikkelien sisällön tuli käsitellä psykiatrisia intensiivihoidoitusyksiköitä. Ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä aiheesta oli löydettävissä eri tietokannoista, mutta niitä ei haluttu hyödyntää aineistona, koska sisällön luotettavuudesta ei ollut tietoa.

Taulukko 1 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus tai artikkeli käsittelee intensiivistä hoitoa antavia psykiatrisia yksikköjä	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Tutkimus tai artikkeli on julkaistu vuosina 2011–2021	Ei ole yhteydessä psykiatriseen hoitotyöhön
Julkaistu suomeksi, englanniksi tai saksaksi	Erikoistunut tai kapea-alainen tutkimuskohde
Tutkimus tai artikkeli on ilmaiseksi saatavilla	AMK tasoinen opinnäytetyö
Tutkimus on toteutettu aikuisten hoitotyössä	
Vertaisarvioitu	
Koko teksti saatavilla	

Hakurajauksen jälkeen osumat käytiin läpi otsikon sekä abstraktin perusteella, jonka jälkeen valittiin opinnäytetyön aiheesta eniten palvelevat tutkimukset poissulkukriteerien avulla. Valituista tutkimuksista käytiin läpi koko teksti, jonka pohjalta valikoituivat lopulliset analysoitavat tutkimusartikkelit opinnäytetyöhön.

Kuva 4 Tiedonhaun prosessi



7.3 Valitun aineiston laadun kuvaus

Tutkimusotannaksi valikoitui aikaisemmin mainituilla tiedonhaun prosessilla yhdeksän tutkimusta. Kahdeksan tutkimuksesta oli englanninkielisiä ja yksi tutkimus oli saksankielinen. Valikoidut tutkimukset (Taulukko 2) esitellään kertomalla tutkimuksen otsikko, tekijät, julkaisuvuosi, paikka /maa, tutkimuksen tarkoitus, aineisto ja menetelmät sekä tulokset tai ydinkohdat.

Taulukko 2 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimus	Teikijä(t)	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Tulokset
Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands	Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L. & Voskes, Y. (2020).	Vastata tutkimuskysymyksiin HIC –mallin vaikuttavuudesta ja toimivuudesta eristyslukuihin sekä pakkolääkitsemiseen.	Pakkotoimien käytön aineisto kerättiin Argus luokituksen avulla. Tutkimus toteutettiin HIC -mittarin avulla. Tutkimukseen valikoitui 32 eri suljettua psykiatrista osastoa Alankomaista.	Korkeampi HIC –mallin toteutumispisteitys psykiatrisilla osastoilla on liitettävissä vähäisempään eristämiseen sekä pakkolääkitsemiseen.
Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations	Gerritsen, S., Widdershoven, G., Ham, L., Melle, L., Kemper, M. & Voskes, Y. (2021).	Luoda parempia käsityksiä HIC – yksiköiden tunnusomaisista häiriötilanteista ammattilaisille ja antaa heille keinoja tilanteiden hoitamiseen.	Laadullinen tutkimus, jossa 16 ammattilaista haastateltiin, neljästä eri HIC osastosta.	Häiriötilanteet eivät pelkästään johdu potilaan ominaisuuksista vaan, niihin voivat myös vaikuttaa hoitosuhde, hajanainen hoitotiimi sekä puute yhteistyöstä avohoidon kanssa.
Implementation of High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: A Process Evaluation Pubmed	Van Melle AL, van der Ham AJ, Widdershoven GAM, Voskes Y. (2021)	Tutkia ja tunnistaa High and Intensive care – mallin käyttöönottoon kannustavia ominaisuuksia kuten myös huonoja ja estäviä tekijöitä, hoitohenkilöstön mielipiteiden ja kokemusten pohjalta.	Laadullinen tutkimus, joka tehtiin haastatteleamalla hoitotyön ammattilaisia yksin sekä ryhmissä. Yhteensä 41 osallistujaa. Tutkimukseen valikoitui 29 eri suljettua psykiatrista osastoa.	HIC –mallin käyttöönottoon kannustavia tekijöitä ovat mallin tapa sisällyttää monta interventiota yhteen vähennettäessä pakon käyttöä, mallin tapa keskittyä kontaktiin, positiivisen palautteen saaminen ja antaminen, koulutukset sekä reflektio.
Changes over time of the diagnostic and therapeutic characteristics of patients of a psychiatric intensive care unit in Austria	Winkler, D., Kaltenboeck, A., Frey, R, Kasper, S., Pjrek, E. (2019)	Verrata toistetusti ja poikkitieteellisesti psykiatrisen intensiiviyksikön potilaiden diagnooseja ja terapeuttisten piirteiden pohjalta.	Määrällinen tutkimus. Systemaattinen tutkimus PICU – potilaiden kliinisistä ominaisuuksista useamman vuosikymmenen ajalta.	Pakkotoimenpiteiden määrässä ei suurta muutosta (Itävallan lainsäädäntö muuttunut ajanjakson aikana). yleissairaalan yhteydessä suosittelava innovaatio PICU –yksikön kansainvälisen määritelmän puuttuminen hankaloittaa

				kansainvälistä kehittämistoimintaa ja yhteistyötä.
The perceptions of staff, working at the High & Intensive Care in mental health care, about inpatients' perceived unsafety	Korver, A. G. (2015).	Tutkia hoitajien havaintoja potilaiden koetusta turvallisuuden tunteesta psykiatrisessa intensiiviyksikössä ja löytää keinoja, joilla hoitajat edistävät potilaiden turvallisuudentunnetta.	Aineisto kerättiin haastattelemalla psykiatrisen intensiivihoidon työntekijöitä.	Tutkimuksessa havaittiin, että hoitajien käsitykset käsitteestä ”koettu turvallisuus” erosi. Tutkimuksen mukaan hoitajien tietoisuutta potilaiden koetusta turvallisuudesta täytyy lisätä.
Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services	Cullen, A., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P., Tulloch, A. (2016)	Selvittää onko psykiatriseen intensiivihoidon yksikköön siirrettyjen tai pakkokeinojen käytön kohteena olevien potilaiden diagnosoissa, iässä, etnisessä alkuperässä, osastolla oloajassa yhteneväisyyksiä ja onko potilaiden käytöksessä ollut yhteneviä piirteitä.	Määrällinen tietokantatutkimus, yli 25 000 henkeä sisältävästä potilasrekisteristä.	Käytökselliset piirteet osoittautuivat määräävimmäksi tekijäksi PICUun joutumiselle. Potilaiden ikä ja sukupuoli olivat vahvoja indikaattoreita, kuten myös diagnoosi ja osastolla vietetty aika. Vastatulleet potilaat tulivat herkimmin siirretyiksi.
Profiles of patients Admitted to Psychiatric Intensive Care Unit: Secluded with or without Restraint	Goulet, M. H., Larue, C., Stafford, M. C., & Dumais, A. (2013)	Tunnistaa ja kuvailla potilasprofileja, jotka on siirretty psykiatrisen intensiivihoidon yksikköön ja tarvitsevat eristämistä lepositeillä tai ilman.	Poikkitieteellinen tutkimus. Aineisto saatiin psykiatrisen intensiiviyksikön arkistoista.	Tuloksessa luokiteltiin viisi erilaista potilasprofileja, jotka tarvitsivat eristämistä. Potilasprofileja pitää tutkia lisää, jotta pakon käytön vähentämisen interventioita pystytään antamaan potilaille kohdennetummin.
Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine „offene Türpolitik“	Lang, U., Walter, M., Borgwardt, S., Heinz, A. (2016)	Artikkelin tarkoitus on osoittaa kuinka avoimet ovet epäsuorasti vähentävät pakkotoimenpiteitä ja vaikuttavat hoitoyksikön ilmapiiriin. Yksiköiden potilastiheyden (crowding) sekä toimintapojen merkitys pakkokeinojen määrään.	Baselin (Sveitsi) yliopistollisessa sairaalassa ja Berlin Charite -sairaalassa (Saksa) 2012 tehty tutkimus	Suuri potilastiheys lisää aggressiivisuuksia. Pakkotoimia vähentäviä seikkoja: Osastojen infrastruktuuri, potilasväljyys ja suorien kontaktien määrän vähentäminen akuutisti sairaiden potilaiden välillä ja potilaiden mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa.
Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals?	Noorthoorn, E., Voskes, Y., Janssen, W., Mulder, C., van de Sande, R., Nijman, H., Smit, A., Hoogendoorn, A., Bousard, A., Widdershoven G. (2016)	Tutkia saavutettiinko Alankomaissa 2006 asetettu tavoite eristystoimien vähentämisestä psykiatrisissa sairaaloissa ilman muita pakkokeinoja.	Aineistotutkimus kansallisesta tilastosta vuosilta 2008 – 2013.	Tutkimuksessa kävi ilmi, että tahdonvastaisten keinojen käyttö väheni. Menetelmänä käytettiin säännöllistä ja rakenteellista riskien arviointia, yksilön riskien arviointia, kehitettiin toimintaa tukevia aktiviteetteja, palautteen antoa tahdonvastaisista toimista ja de-eskalaatio menetelmiä.

7.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysointiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jota tutkimuskysymyksiä asettelu ohjasi. Sisällönanalyysin tavoitteena on kerätyn aineiston avulla tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka, 2014, s. 112). Analyysin avulla luodaan tutkittavaan aineistoon selkeyttä, tiivistetään tietoa sekä kasvatetaan hajanaisen tiedon informaatioarvoa (Jyväskylän yliopisto, n.d). Analyysissä ei tarvitse käyttää kaikkea kerättyjen aineistojen tietoa, vaan siinä keskistytään löytämään vastaus tutkimuksen tarkoitukseen. Sisällönanalyysi perustuu yleensä induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuskysymykset ohjaavat.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä sisältöä kuvaavat luokat syntyvät kokonaisuudessaan aineiston pohjalta ja aineistotekstin sanoja sekä niistä koostuvia ilmauksia jäsennellään niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Keskeisintä analyysissä on tunnistaa aineistotekstin väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkimustehtävät ja tutkimuskysymykset voivat tarkentua aineiston keruun aikana tai vasta analyysivaiheessa. (Kylmä & Juvakka, 2014, ss. 112–113) Opinnäytetyön tutkimuskysymykset tarkentuivat vasta analyysivaiheessa, koska tutkittava aihe on suhteellisen vähän tutkittu. Lopulliset tutkimuskysymykset muodostuivat sen mukaan, minkälaista tutkimustietoa aiheesta oli saatavilla.

Induktiivinen sisällönanalyysi sisältää neljä päävaihetta; yleiskuvan hahmottaminen aineistosta, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kylmä & Juvakka, 2014, s. 116). Analysointia varten ensin kerätty tutkimusaineiston luettiin läpi, jotta saatiin kokonaiskuva aiheesta. Tämän jälkeen aineisto luettiin läpi uudestaan ja kerättiin kaikki asiakokonaisuudet, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Yleiskuvan hahmottamisessa alkuperäisilmaukset voi merkitä aineistoon esimerkiksi korostamalla ne värillisesti, joka helpottaa pelkistämävaiheessa asiakokonaisuuksien löytämistä sekä niiden tiivistämistä (Kylmä & Juvakka, 2014, s. 117).

Aineistosta tiivistettiin suorat lainaukset, ja tämän jälkeen siirryttiin aineiston analyysiin ja ryhmittelyyn. Aineistoa analysoitaessa tehtiin vertailevaa sisältöanalyysiä tutkimusten välillä. Analysoidessa pohdittiin, mitä elementtejä esiintyy missäkin tutkimuksessa, käsitelläänkö

jotain elementtiä vain kerran sekä mitkä elementit toistuvat, ja mikä tutkimuksissa on olennaisinta sisältöä. Ryhmittelyssä valittiin myös käsitteitä, joilla sisältöjä kuvattiin, kuten valittiin ”osastojen tilat” kuvaamaan sanaa ”fascility”. Sisällön ryhmittely ja koonti edellytti paljon keskustelua ja pohdintaa pyrittäessä löytämään olennaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineistoa ryhmitellessä pyrittiin luomaan selkeä ja tiivistetty esitystapa.

8 Tulokset

Kangasniemi ym. (2013) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen kuvailemalla tutkittua materiaalia. Opinnäytetyön tuloksena syntyi kuvailu analysoidusta materiaalista, johon eri tutkimusten sisältö tiivistettiin selkeästi. Tutkimustulokset luokiteltiin ylä- ja alakategorioihin (Taulukko 3)(Taulukko 4), kokonaisuuden selventämiseksi.

8.1 High and Intensive care -mallin vahvuudet pakon käytön vähentämisessä

Tämän työn ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä pyrittiin selvittämään, minkälaista näyttöä psykiatristen intensiivihoitoyksiköiden (High and Intensive care ja Psychiatric Intensive care) toiminnan vahvuuksista on pakkotoimien käyttöön. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen luokittui kolme yläkategoriaa: yksilöllisyys hoidossa, hoitohenkilöstön ammattitaitoisuus sekä High and Intensive care -mallin vaikuttavuus.

8.1.1 Yksilöllisyys hoidossa

Yksilöllisyys hoidossa nousi tutkimuksissa tärkeimmäksi yläkategoriaksi, josta oli erotettavissa kuusi alakategoriaa; omaan hoitoon vaikuttamisen mahdollisuus, sääntöliberaali käyttäytymismalli, pieni potilastiheys, kuntoutus hoidon tavoitteena, vuorovaikutus sekä tilasuunnittelun yksilöllisyysnäkökulma. Ideologia yksilöllisen hoidon takana on, ettei potilasta hoideta vain diagnoosin perusteella, vaan lähtökohtana on ihminen diagnoosin takana (Van Melle ym., 2021). Tutkittaessa High and Intensive care -mallin käyttöönottoon innoittavia tekijöitä, havaittiin, että mallin sisällyttämä pääperiaate kommunikaation ja yhteistyön tärkeydestä koettiin yhdeksi vaikuttavammaksi tekijäksi.

Malli tarjoaa käyttäjilleen vaihtoehtoisen näyttöön perustuvan rennomman lähestymistavan kommunikaatioon ja yhteistyöhön potilaan kanssa. Lähestymistapa on kirjoitettu tietorungoksi, jonka avulla ammattilaiset voivat luoda uudella tavalla kommunikaatioyhteyden potilaaseen ja ylläpitää sitä. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunta oli huolissaan lähestymistavan muuttamisesta, koska he kokivat olevansa hyvin rutiiniorientoituneita. Samaan aikaan henkilökunta kuitenkin piti lähestymistavan muuttamista tärkeänä osana pakon käytön vähentämistä, koska osastot olivat heidän kokemustensa perusteella täynnä erilaisia tarkkoja sääntöjä ja ohjeistuksia, joista pitäisi päästä eroon. (Van Melle ym., 2021). Kommunikaation ja yhteistyön merkitystä lisättiin High and Intensive care -mallissa myös sillä periaatteella, että työvuorojen aikana hoitohenkilökunta pyrki puhumaan kaikkien potilaiden kanssa yksittäin heidän voinnistaan ja tämän jälkeen reflektoimaan tiedon eteenpäin kollegoille. (Korver, 2015)

Osastojen ahtaiden tilojen ja suuren potilastiheyden (crowding), kuvattiin olevan merkityksellinen seikka potilaiden agitoitumiselle, mikä puolestaan johti pakkotoimenpiteisiin. Akuutisti sairaiden potilaiden keskinäisten kontaktitilanteiden vähentäminen vähentää tutkimusten mukaan pakkokeinojen käyttöä. Ahtaissa ja runsaasti hälyääniä sisältävissä tiloissa potilaiden aistien koettiin ylikuormittuvan ja aiheuttavan tai lisäävän agitoitumista. High and Intensive care -mallin tilasuunnittelussa on otettu huomioon se, että agitaatio ja levottomuus tarttuu helposti potilaasta toiseen, etenkin useamman hengen huoneissa tai ahtaaksi koetuissa yhteisissä tiloissa. Malli suosittaa potilaille yhden hengen huoneita osastohoidon aikana. (Winkler ym., 2019; Cullen ym., 2016; Lang, Walter, Borgwardt & Heinz, 2016)

Omaan hoitoon vaikuttamisen mahdollisuutta pidettiin tärkeänä pakon käytön vähentämisen osa-alueena High and Intensive care -mallissa. Malli tukee potilaan yksilöllistä toipumisprosessia toipumisorientaatiolla, joka tarkoittaa potilaan itsemääräämisoikeuden ja itsensä johtamisen korostamista. Prosessissa laaditaan potilaan kanssa yhteistyössä hoitosuunnitelma ja häntä kannustetaan osallistumaan omaan paranemisprosessiinsa. (Van Melle ym., 2021)

8.1.2 Hoitohenkilöstön ammattitaitoisuus

Toiseksi yläkategoriaksi luokittui hoitohenkilöstö, koska tutkimusten tulokset viittasivat seuraavien alakategorioiden vähentävän pakon käyttöä: yhtenäinen hoitotiimi, korkea hoitajamitoitus, yhtenäinen hoitotiimi, toimiva palautteenanto ja hoitohenkilöstön välinen reflektio sekä hoitohenkilöstön koulutus. Toimiva vuorovaikutus potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä näkyy High and Intensive care -mallissa hoitohenkilöstön myönteisenä ja kunnioittavana asenteena potilaita kohtaan ja tämän nähdään vaikuttavan tiedonkulkuun ja potilaiden hoidonsuunnitteluun positiivisesti. Hoitohenkilöstön myönteinen asenne tulee esiin siinä, miten potilaille puhutaan ja millä tavalla heistä puhutaan henkilöstön kesken raporteilla (Lange ym., 2016).

Osaston ilmapiirillä nähtiin olevan potilaiden voinnille positiivinen vaikutus. Hyvän ilmapiirin ansioista pystyttiin joustamaan päivittäisissä toiminnoissa ja ylläpitämään sääntöliberaalimpaa käyttäytymismallia (Lange ym., 2016). Rauhallinen ja rento ilmapiiri lisäsi mahdollisuutta sille, että potilaat pystyivät puhumaan tunteistaan avoimesti hoitohenkilökunnalle. Osaston hyvä ilmapiiri vaikutti myös potilaiden koettuun turvallisuuden tunteeseen, joka puolestaan vähensi potilaiden aggressiivista käyttäytymistä ja sen avulla pakkotoimien käytön tarpeellisuutta. Koettua turvallisuuden tunnetta hoitohenkilöstö pystyi lisäämään levollisella käytöksellä ja harkitulla huumorilla. (Korver, 2015).

Henkilöstön koulutukset haastavien potilaiden suhteen sekä uusiin interventioihin nähtiin tilanteiden eskaloitumista estävinä. High and Intensive care -mallien hoitohenkilöstö on pitänyt hoitajien pätevyyskoulutuksia erittäin tärkeänä osana mallin toteutuksen vahvuuksia. Koulutukset tarjoavat henkilökunnalle vaadittavaa osaamista ja itsevarmuutta tuottaa intensiivistä psykiatrista hoitoa potilaille. Koulutusten avulla henkilökunta oppii lisäämään mallin toimintaperiaatteita jokapäiväiseen työhönsä ja ehkäisemään kriisitilanteiden eskaloitumista sekä pakonkäytön tarvetta erilaisia tekniikoita hyödyntäen. Koulutuksia on tärkeä pitää säännöllisestä ja rakenteellisesta työryhmän tiedottamisesta, riskien arvioinnista, toimintaa tukevien aktiviteettien kehittämisestä ja de-eskalaatiomenetelmistä. On tärkeä huomioida, että erilaisten interventioiden käyttö vaikuttaa toimintakulttuuriin ja asenteiden muutoksiin osastoilla, erityisesti muutokset kontrollista kontaktiin, rutiinista

reagointiin, suljetusta avoimeen sekä ohjeistamisesta osallistumiseen. (Noorthoorn, Voskes, Janssen, Mulder, van de Sande, Nijman, Smit, Hoogendoorn, Bousardt & Widdershoven, 2016)

Hoitohenkilökunta piti tärkeänä myös avoimuutta työhön liittyvän palautteen antamisessa sekä vastaanottamisessa, koska se edistää hoidon laatua huomattavasti ja pitää osaston kehittymiskykyisenä. Myös rohkeutta kysyä neuvoja kollegoilta pidettiin olennaisena asiana. (Gerritsen, Widdershoven, Ham, Melle, Kemper & Voskes, 2021)

8.1.3 High and Intensive care -mallin vaikuttavuus

Van Melle ym., (2020) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin High and Intensive care -mallin vaikuttavuutta pakon käytön vähenemiseen. Tutkimuksen tekemiseen käytettiin mallin omaa mittaria eli HIC model fidelity scalea, joka numeerisesti arvioi mallin toimivuutta 11:ssä eri osa-alueessa, kuten tiimityöskentelyssä sekä hoitoympäristön rakentamisessa. Tutkimus osoitti, että osastoilla, joilla mittarin tulos oli muita osastoja korkeampi, oli vähemmän eristystunteja / vuorokausi sekä pakkolääkitsemistä. Tutkimuksessa todetaan High and Intensive care -mallin vaikuttavuuden pakon käytön vähenemiseen olevan sitä suurempi, mitä enemmän mallia käytettiin täsmällisesti potilaiden hoidossa. Olennaisena tutkimustuloksena oli myös se, ettei eristämisen väheneminen vaikuttanut pakkolääkitsemisen lisääntymiseen, tai toisin päin. Henkilökunnan kokemusten perusteella High and Intensive care -malli toimii edelläkävijänä pakon käytön vähentämisessä, koska se ottaa huomioon hoidon laadun arvioimisen HIC model fidelity scalella sekä uusien konkreettisten ohjeistusten tekemisen ammattilaisille, kehittäen työtapoja jatkuvasti. (Van Melle ym., 2021).

Taulukko 3 High and Intensive care -mallin toiminnan vahvuudet pakkotoimien vähentämisessä

Alakategoriat	Yläkategoriat
Omaan hoitoon vaikuttamisen mahdollisuus	Yksilöllisyys hoidossa
Sääntöliberaali käyttäytymismalli	
Pieni potilastiheys	
Kuntoutus hoidon tavoitteena	
Vuorovaikutus	
Tilasuunnittelun yksilöllisyysnäkökulma	
Yhtenäinen hoitotiimi	Hoitohenkilöstön ammattitaitosuus
Korkea hoitajamitoitus	
Palautteen anto ja reflektio	
Koulutus	
Hyvä ilmapiiri	
Interventiot pakon käytön vähentämiseksi	
Laadun arvioiminen	Mallin vaikuttavuus
Työtapojen jatkuva kehittäminen	

8.2 High and Intensive care -mallin kehityskohteet

Työn toisen tutkimuskysymyksen avulla pyrittiin selvittämään minkälaisia kehityskohteita High and Intensive Care -mallin mukaisella toiminnalla on huomattu olevan. Toisen tutkimuskysymyksen yläkategorioiksi luokittuivat vuorovaikutuksen ja potilasprofiloinnin kehittäminen (Taulukko 4). Vuorovaikutuksen kehittämisen alakategorioiksi lukeutuivat kommunikaation puute, huono yhteistyö avohoidon kanssa, kuulluksi tulemisen tunteen sekä koetun turvallisuudentunteen puutteet. Potilasprofiloinnin alakategorioihin liitettiin iän ja diagnoosin vaikutuksen huomiointi sekä häiriötilanteiden ennakointi.

8.2.1 Vuorovaikutuksen kehittäminen

Gerritsen ym. (2020) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitohenkilöstö määritteli potilaat vaikeiksi, jos he olivat vetäytyviä, vaikeasti tavoiteltavia, vaatia, huomionhakuksia tai aggressiivisia. Määrittely koettiin ongelmallisena ja turhana, koska todellisuudessa häiriökäyttäytymiseen vaikuttivat lähinnä kommunikaation puute potilaan ja hoitohenkilöstön välillä. Kommunikaation puuttuessa hoitajat saattavat ali- tai yliarvioida potilaan kykyjä tai potilas ei tällöin kykene noudattamaan samaansa ohjeistusta. Potilas puolestaan voi kokea, ettei tule kuulluksi. Ongelman korjaamiseksi hoitajien täytyisi lähestyä

potilaita ammatillisemmin, huomioiden omaa käyttäytymistään niin, ettei ennakkoluulot tai pelko pääsisi vaikuttamaan hoitosuhteeseen.

Osastolla tapahtuvien häiriötilanteiden hoitamisen vaikeus korostuu etenkin silloin, kun hoitotiimi on hajanainen tai tiimityöskentelyssä on ongelmia. Potilaat voivat olla sekaisin osaston säännöistä ja rajoista, jos hoitotiimillä ei ole selvää yhteistä linjaa asioiden hoitamisesta. Pakon käytön vähentämisen keinoja ei pystytä sisällyttämään hajanaiseen hoitotiimiin ja tämä voi tuottaa negatiivisia vaikutuksia potilaiden saamaan hoitoon. Tiimityön edistämiseksi hoitohenkilöstön toimintatapojen jo aikaiset hajaantumisen merkit pitäisi oppia tunnistamaan ja keskittämään huomionkohde useammin itse tiimiin. Kokonaisuudessaan tutkimus osoitti, ettei häiriökäyttäytymiseen vaikuta ainoastaan potilas itse, vaan myös hoitohenkilökunta sekä keskinäinen kommunikaatio. (Gerritsen ym., 2020)

Korver (2015) toteaa tutkimuksessaan, että vuorovaikutuksen puute korostui potilaiden koetussa turvallisuudentunteessa. Hoitohenkilöstö tunnistasi potilaiden koetun turvallisuudentunteen olevan yhteydessä aggressiiviseen käyttäytymiseen. Haasteeksi kuitenkin muodostui se, että osa henkilökunnasta ei välttämättä tunnistanut mitä koettu turvallisuus tarkoittaa. Koetun turvallisuudentunteen käsitteen ymmärrys vaihteli henkilöiden välillä. Kolmanneksi haasteeksi muodostui se, että hoitohenkilökunta ei kysynyt suoraan potilaiden koetusta turvallisuuden tunteesta. Hoitohenkilöstö oletti, että potilaat jakaisivat kyseiset tuntemukset keskusteluhetkissä, joissa heitä kannustettiin jakamaan kaikenlaisia tuntemuksia.

High and Intensive care -malliin liittyy vahvasti yhteistyö avohoidon kanssa, minkä takia toimiva kommunikaatioyhteys nähdään erittäin tärkeänä. Odotukset toiselta hoitoyksiköltä eivät välttämättä kohtaa ja väärinkäsitykset voivat kasvaa, jos hoitoyksiköiden kommunikaatio on vajanaista. Etenkin potilaan positiiviset tai negatiiviset kokemukset hoidosta olisi hyvä jakaa hoitoyksiköiden välillä, jotta pystyttäisiin ottamaan huomioon myös potilaan mielipide. High and Intensive care -mallin sekä avohoidon yhteistyötä sekä hoidon jatkuvuutta pystyttäisiin parantamaan vaihtamalla informaatiota ja kokemuksia parhaista hoitomuodoista yksiköiden kesken. (Gerritsen ym., 2020)

8.2.2 Potilasprofiloinnin kehittäminen

Pakkotoimien vähentäminen on tavoite, mutta täysin niistä eroon pääsemistä ei ennakoida missään otannan tutkimuksessa, koska potilaiden sairauden tila, kuten väkivaltaisuus, pakottaa niiden käyttöön aika ajoin. Pakkotoimien käyttöä lisäävinä seikkoina nousi useamassa tutkimuksessa osastoilla olevien potilaiden tietyt ominaisuudet (Goulet, Larue, Stafford & Dumais, 2013). Goulet ym. (2013) tutkimus osoitti, että psykiatrisissa intensiiviyksiköissä potilasprofiloinnin avulla pystyttäisiin seulomaan ne potilastyypit, joilla riski häiriökäyttäytymiseen on suurempi. Toisin sanoen, potilasprofilointi auttaisi ennakoimaan osastoilla häiriötilanteita ja kohdentamaan yksilöllisemmin potilaille pakon käytön vähentämisen keinoja häiriötilanteissa. Profilointi vaatii vielä paljon lisätutkimusta mutta sen avulla pystyttäisiin ennakoivasti vähentämään pakon käyttöä.

Goulet ym. (2013) mukaan ensimmäinen potilasprofiili on miessukupuoli, ikä (< 35 v.) ja diagnoosina kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoottisuus. Näiden katsottiin liittyvän muita diagnooseja useammin pakkotoimenpiteiden käyttöön sekä psykiatriseen intensiiviyksikköön siirtoon. Toiseen profiiliin liittyi naissukupuoli, ikä 36 –vuotiaasta ylöspäin sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi. Nämä kaksi ensimmäistä profiilia olivat merkityksellisesti yhteydessä eristämiseen ja leposidehoitoon. Kolmanteen profiiliin liittyi miessukupuoli ja päihteiden väärinkäyttö ja neljänteen liittyi vaikean masennuksen diagnoosi ja yli 36 vuoden ikä. Viidennessä profiilissa oli kyse jostain muusta diagnoosista.

Eri profiileihin liittyi myös vahvasti se, kuinka monta päivää potilas oli ollut sairaalassa sekä pakkotoimien käytön tarve hoitajakson aikana. Osastolla oloaika oli selvä indikaatio: Olettamus on, että alle kaksi vuorokautta osastolla ollut potilas agitoituu todennäköisemmin ja altistuu pakkotoimenpiteille kuin osastolla pidempään ollut potilas. (Cullen ym., 2016) Tämän Cullen ym. (2016) arvioivat johtuvan potilaan käytöksen lisäksi henkilöstön toimintamalleista, koska vastatullutta potilasta ei vielä tunneta, niin riskit arvioidaan mieluiten yläkanttiin, kuin alas päin.

Profiloinnin ja vuorovaikutuksen merkityksen tärkeys näkyy myös agitoituneen ja mahdollisesti aggressiivisen potilaan käytöksen perimmäisen syyn selvittämistä pidettiin olennaisena seikkana pakkotoimien vähentämiselle. Olennaista oli havainnoida, johtuiko

aggressio potilaan sairaudesta vai ulkoisista syistä, kuten vuorovaikutusongelmista henkilöstön kanssa, säännöistä ja rajoituksista osastolla, turhautumisesta. Ulkoiset syyt vaativat enemmän empatiaa, joustavuutta ja kykyä muuttaa toimintatapoja hoitaja–potilas suhteessa. Potilaan piirteet, kuten diagnoosi ja ikä ovat vain pienessä osassa verrattuna vuorovaikutustilanteeseen ja hoitotiimin asenteisiin nähden. (Lang ym. 2016)

Taulukko 4 Kehitysmahdollisuuksien ylä- ja alakategoriat

Alakategoriat	Yläkategoriat
Kommunikaatio puute	Vuorovaikutuksen kehittäminen
Huono yhteistyö avohoidon kanssa	
Kuulluksi tulemisen tunne puuttuu	
Koettu turvallisuudentunne puuttuu	
Häiriötilanteiden ennakointi	Potilasprofiloinnin kehittäminen
län ja diagnoosin vaikutus aggressiiviseen käytökseen	

9 Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksista kävi ilmi, että psykiatrisen hoidon ammattilaiset pitivät erittäin tärkeänä High and Intensive care -mallin käyttöönottoa uutena pakon käytön vähentämisen keinona. Lähtökohtana kaikissa tämän työn puitteissa läpikäydyissä tutkimuksissa ilmeni suuri tarve pakkokeinojen vähentämiseen. Pakkokeinojen käyttöä pidettiin erityisesti potilaiden, mutta myös hoitohenkilöstön kannalta haitallisina. Pakkokeinojen käyttö nähtiin vain pakon sanelemana toimenpiteenä, johon jouduttiin turvautumaan viimeisimpänä keinona potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai ympäristölleen.

Psykiatrasta intensiivihoidoa antavat yksiköt todettiin toimiviksi ratkaisuihin rauhoittaessa agitoitunutta potilasta, jonka vointi huononisi niin sanotulla tavallisella psykiatrisella osastolla. Intensiiviyksiköissä potilaille tarjotaan väljemmät tilat ja enemmän yksilöllistä hoitoa, joiden avulla potilaan tila todennäköisesti rauhoittuu ja pakkotoimien käyttöä voidaan vähentää.

Opinnäytetyön tuloksissa toistuvat samat teemat eri asiayhteyksissä. Pakkotoimien vähentämiseen vaikuttavia tekijöitä on olemassa runsaasti, kuten potilaan yksilöllinen hoito, osaston tilat, ammattitaitoinen hoitohenkilöstö sekä vuorovaikutus potilaan, henkilöstön ja mahdollisesti potilaan läheisten välillä. Pakkotoimien käyttöä vähentävät osatekijät ovat niin sidoksissa toisiinsa, että linjavedot luokituksissa eivät aina ole yksioikoisia.

High and Intensive care -mallin vahvuusiksi pakon käytön vähentämisessä lukeutuivat monet samat asiat, kuin muissa pakon käytön vähentämisen keinoissa. Olennaiseksi eroavaisuudeksi verrattuna muihin pakkokeinojen vähentämisen keinoihin High and Intensive care -mallin vahvuudeksi lukeutui mallin kokonaisvaltaisuus. Malli yhdistää monia eri interventioita ja keinoja, maksimoidessaan pakon käytön vähentämistä. Tärkeäksi osatekijäksi lukeutui myös mallin vaikuttavuuden laaja-alainen testaaminen Alankomaissa. Vaikuttavuuden ja laadun jatkuva arvioiminen koettiin mallin vahvuudeksi, koska se vahvisti tietoa mallin toimivuudesta.

Kokonaisuudessaan High and Intensive care -malli on tutkitusti toimiva pakon käytön vähentämisen keino. Tulevaisuudessa kyseistä mallia tullaan todennäköisesti ottamaan käyttöön Suomessa laaja-alaisesti, hieman muunnettuna versiona. Mielenkiintoista on nähdä, kuinka paljon mallin käyttöönotto tulee vaikuttamaan pakkotoimien käytön vähentymiseen. Erittäin tärkeä on muistaa säilyttää myös muut pakkotoimien käytön vähentämisen keinot, joita on esitelty opinnäytetyön teoriapohjassa.

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Tämän takia tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa selvitetään laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien avulla etenkin sitä, kuinka todenmukaista tietoa on tutkimuksen aiheesta kyetty tuottamaan. Luotettavuuskriteerinä tutkimusprosessin aikana voivat toimia kysymykset tutkittava aiheen kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä, tutkimuksen tarkoituksen nimeämisestä, aineiston keruuprosessin kattavasta kuvauksesta, aineiston analyysistä tai tutkimustulosten raportoinnista. (Kylmä & Juvakka, 2014, ss. 127–133).

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, miten hyvin menetelmä on toiminut tutkimusta tehdessä. Pohjimmiltaan validiteetti mittaa tutkimuksen ja sen tulosten luotettavuutta. Reliabiliteetti mittaa tutkimuksen toistettavuutta tutkimusmenetelmän arvioimisella siitä, miten hyvin on saavutettu tarkoitettuja tuloksia. (Kyvyt, n.d.) Tämä opinnäytetyö on tehnyt hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Opinnäytetyön luotettavuutta on lisätty esittelemällä tiedonhaunprosessi (Kuva 4), aineistokriteerit (Taulukko 1) ja valitut tutkimusartikkelit (Taulukko 2) tarkasti. Lopullinen tutkimusaineisto on suhteellisen laaja, verrattuna siihen, että lähteistä kahdeksan oli englanninkielisiä ja yksi saksankielinen. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta lähteiden lukumäärä on kuitenkin olennainen, koska samat aiheet tulevat esille monesta eri lähteestä. Tietokantahakuja seulottaessa nousi esiin, että vasta-argumentteja tässä työssä esitellyille toimintamalleille ja interventioille ei löytynyt. Tietokantahakujen perusteella voidaan päätellä, että tiedeyhteisö edustaa samanlaista ajattelutapaa.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on samaan aikaan myös työn tieteellinen heikkous, koska tulokset ovat suhteellisen suppeat. Työstä rajautui pois sisäänottokriteerienmukaisesti tutkimukset, jotka olivat maksullisia. Tämä saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin, koska maksullisissa tutkimuksissa olisi voinut olla työn kannalta relevanttia tietoa. Työn puitteissa ei myöskään perehdytty eri maiden hoitokäytäntöihin eikä terveydenhuoltojärjestelmiin syvällisesti. Työn perspektiiviä olisi laajentanut, jos taustatietona olisi voitu esitellä eri maiden hoitokäytäntöjä vertailututkimuksen avulla. Vastaavuudet eri yksiköistä käytetyistä käsitteistä eri kielillä eivät välttämättä täsmää. Joskus myös maan sisälläkin käytäntö voi vaihdella hoitoyksiköiden välillä. Saksan sana die Klinik voi tarkoittaa poliklinikkaa, opetussairaala tai erikoissairaala. Samoin sanaa der Station käytetään useimmiten osastosta, mutta myös poliklinikan kaltaisista yksiköistä. die Poliklinik voi viitata myös eri sairauksia hoitavaan tahoon. Tutkituissa teksteissä ei aina ole täsmällistä tietoa siitä, minkä tyyppisestä yksiköstä on kyse.

9.2 Opinnäytetyöprosessi ja tilaajan kommentit

Opinnäytetyöprosessi alkoi vuoden 2020 marraskuussa, jolloin aloitimme etsimään Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpankista meille sopivaa aihetta. Tavoitteena oli löytää mielenterveys- ja päihdetyön erikoistumisalaan liittyvä aihe, joka tukisi ammatillista

kehitystämme. Aiheeksi valikoitui toiminnallinen Safewards-mallin aihe, jota lähdimme työstämään saatuaamme hyväksynnän asianmukaisilta tahoilta. Tässä vaiheessa työmme oli tarkoitus olla toiminnallinen. Työntilaaaja kannusti meitä kuitenkin vaihtamaan tulokulmaa työhön ja paneutumaan pakon käytön vähentämiseen turvasolumallin avulla. Tämä aihe oli tilaajalle ajankohtaisempi, joten tartuimme aiheeseen ja vaihdoimme samalla toteutustavan toiminnallisesta tutkimukselliseen opinnäytetyöhön. Suomessa käytetyt turvasolu- ja turvasiipi käsitteet johtivat meitä tiedonhaun alkuvaiheessa harhaan, koska kyseisiä käsitteitä ei selkeästikään käytetä Suomen ulkopuolella ja tutkimustietoa näillä käsitteillä löytyi hyvin niukasti. Päädyimme lopulta tutkimaan Alankomaissa kehitettyä High and Intensive care -mallia ja sitä vastaavaa Psychiatric Intensive care -mallia, joihin suomenkielinen turvasolukäsite juontuu.

Opinnäytetyön aloittaminen oli aikaa vievää, koska aihe ja toteutustapa muuttui, kun olimme jo aloittaneet tiedonhaun keräämisen vanhasta aiheesta. High and Intensive care -malliin perehtyminen oli kuitenkin todella kiinnostavaa, koska mallin laajempi käyttöönotto on vasta rantautumassa Suomeen. Tietoperustan kirjoittaminen onnistui suhteellisen nopeasti ja luontevasti, koska saimme rajattua käsiteltävät aiheet hyvin. Kirjoitimme tietoperustan siltä pohjalta, että se tukisi opinnäytetyön tehtävää mahdollisimman hyvin. Tietoperustan kirjoitusvaiheessa osallistuimme kirjoittamispaajaan, josta saimme hyviä ohjeita oikeanlaiseen kirjoitusasuun.

Tiedonhakuprosessin aloitimme tietoperustan kirjoittamisen jälkeen tekemällä eri tietokantoihin koehakuja. Saimme neuvoja tietokantahakuun Hämeen ammattikorkeakoulukeskuksen informaatikolta. High and Intensive care -malliin liittyviä tutkimuksia oli saatavilla suhteellisen vähän, jonka takia otimme hakuun mukaan myös Psychiatric Intensive Care -mallin. Tämä oli mielestämme oikea ratkaisu, koska mallien eroavuus oli pientä. Osallistuimme opinnäytetyöprosessin aikana suunnitteluseminaariin sekä väliseminaariin, joissa esittelimme opinnäytetyöpiirissä oman työmme. Saimme kehityskohteita työstämme omalta ohjaajalta sekä opponenteilta. Kehitimme opinnäytetyötä palautteen mukaisesti.

Toukokuussa pidetyssä loppuseminaari -tilaisuudessa opinnäytetyötä esiteltiin tilaajaorganisaation edustajille etäyhteyden välityksellä koronavirustilanteen takia.

Edeltävästi tilaajalle oli lähetetty lähes valmis opinnäytetyö luettavaksi. Kaikki tilaajaorganisaation edustajat eivät voineet koronavirustilanteen takia osallistua loppuseminaariin, joten osa työtä saaduista kommenteista perustuu loppuseminaariin ja osa kirjalliseen opinnäytetyöhön. Tilaajan kommentoi opinnäytetyötä hyvin laadituksi sekä analyysi- että teoriaosuudelta ja käytetyt lähteet mainittiin laadultaan korkeiksi. Tilaajan mukaan työtä voidaan hyödyntää Assi -sairaalan (Ahveniston sairaala) suunnittelussa että hoitotyön kehittämisessä. (Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian tulosalueen edustajan, henkilökohtainen tiedonanto, 20.05.2021)

Yhteistyö tekijöiden välillä opinnäytetyöprosessin aikana sujui hyvin ja sen takia pystyimme antamaan toisillemme kehittävää palautetta koko prosessin ajan. Haasteita tuotti opinnäytetyön kirjoittaminen etänä, koska Word Online -ohjelma ei välillä toiminut tekijöiden kesken. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt tietämystämme tutkitusta aiheesta, kirjallisuuskatsauksesta tutkimusmenetelmänä, mutta varsinkin se on innostanut systemaattiseen tiedonhakuun eri tietokannoista. Tietokantahaku on osoittautunut etsimiseksi, harhailuksi, pettymiseksi ja aina välillä onnistumisen iloksi. Haasteista huolimatta pystyimme luomaan kattavan kirjallisuuskatsauksen High and Intensive care -mallin vahvuuksista ja kehityskohteista.

Lähteet

- Bc Mental Health & Substance Use Services. (2021). Risk assestment: START Manual. <http://www.bcmhsus.ca/health-professionals/clinical-professional-resources/risk-assessment-start-manuals>
- Bly, N. (2018). Kymmenen päivää mielisairaalassa. Oppian.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6). <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(9). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
- Brown, S. & Bass, N. (2004). The psychiatric intensive care unit (PICU): Patient characteristics, treatment and outcome. *Journal of Mental Health*, 13(6). <https://doi.org/10.1080/09638230400017095>
- Cullen, A., Bowers, L., Khondoker, M., Pettit, S., Achilla, E., Koeser, L., Moylan, L., Baker, J., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P., Tulloch, A. (2016). Factors associated with use of psychiatric intensive care and seclusion in adult inpatient mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1). <https://doi.org/10.1017/S2045796016000731>
- Gerritsen, S., Widdershoven, G., van der Ham, L., van Melle, L., Kemper, M., & Voskes, Y. (2021). Dealing with care disruption in High and Intensive Care wards: From difficult patients to difficult situations. *International journal of mental health nursing*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/inm.12786>
- Goulet, M. H., Larue, C., Stafford, M. C., & Dumais, A. (2013). Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: secluded with or without restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(9). <https://doi.org/10.1177/070674371305800910>
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. (2017). *Käytännön mielenterveystyö*. Sanoma Pro Oy.
- High & intensive care. (n.d.). *HIC Model*. <https://hic-psy.nl/about/>
- Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä*. Edita.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy.

- Johansson (2007). Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, R-L. Ääri (toim.), *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto.
- Jyväskylän yliopisto. (n.d.). *Laadullisesta sisällönanalyysistä*.
<https://koppa.jyu.fi/kurssit/215677/harjoitusryhma/laadullisten-menetelmien-pienryhma/pienryhma-14-2-18.pdf/view>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikainen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25(4).
<http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>
- Kontio, R. (2015). Mikä safewards? *Yhteisvoimin pakkoa vähentämään*. HUS, HYKS Psykiatria. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://thl.fi/documents/974282/1449788/Raija+Kontio_esitys.pdf/26742e74-09dc-4047-beb9-d68751bc5301
- Kontio, R. (2011). Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals — Towards Evidence Based Practises. (Annales Turkuensis 951) [Väitöskirja Turun Yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4552-8>
- Korkeila, J. (2017a). Eettisiä näkökulmia. Teoksessa T. Pesonen, V. Aalberg, A. Leppävuori ja L. Viheriälä (toim.) *Yleissairaalapsykiatria* (ss. 607—617). Duodecim.
- Korkeila, J. (2017b). Hoitotahto yleissairaalapsykiatriassa. Teoksessa T. Pesonen, V. Aalberg, A. Leppävuori ja L. Viheriälä (toim.) *Yleissairaalapsykiatria* (ss. 633—634). Duodecim.
- Korkeila, J. (2017c). Tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa T. Pesonen, V. Aalberg, A. Leppävuori ja L. Viheriälä (toim.) *Yleissairaalapsykiatria* (s. 623—632). Duodecim.
- Korver, A. G. (2015). *The perceptions of staff, working at the High & Intensive Care in mental health care, about inpatients' perceived unsafety. Master's thesis*. [Väitöskirja, University Utrecht]. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/366089>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T., Fischer, R., Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 288(2).
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (2013). *Mielenterveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Kuosmanen, L. & Laukkanen, E. (2019). *Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa*. 135(1). <https://www.duodecimlehti.fi/duo14927>

- Kuosmanen, L., Makkonen, P., Lehtila, H., & Salminen, H. (2015). Seclusion experienced by mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(5). <https://doi-org.ezproxy.hamk.fi/10.1111/jpm.12224>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2014). Laadullinen terveystutkimus. Bookwell Oy.
- Kyvyt. (n.d.). *Luotettavuus*. <https://kyvyt.fi/view/artefact.php?artefact=304009&view=72174>
- Lahti, M., Berg, J., Varpula, J., Lipponen, E., Äärinen, A.; Lantta, T., Soininen, P., Sailas, E., Kontio, R. & Välimäki, M. (toim.) (2018). Hoitajien työturvallisuus psykiatrisen potilaan huone- ja sidontaeristuksen aikana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 248. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166852.pdf>
- Laki mielenterveyslain muuttamisesta 1423/2001. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011423>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- Lang, U., Walter, M., Borgwardt, S., Heinz, A. (2016). Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine, offene Türpolitik“. *Psychiat Prax* 2016, 43(6). <https://www.undinelang.ch/wp-content/uploads/2018/10/16.pdf>
- Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. E & Välimäki, M. (2016). Using the Dynamic Appraisal of Situation Aggression with mental health inpatients: A feasibility study. *Patient preference and adherence*, 10(1). <https://www.dovepress.com/using-the-dynamic-appraisal-of-situational-aggression-with-mental-heal-peer-reviewed-article-PPA>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2014). *Etiikka hoitotyössä*. Sanoma Pro Oy.
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L., & Kärkkäinen, J. (2016). *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>
- Mulder, N. (2015). Psychiatrische intensivstationen — Pro. *Psychiat Prax* 2015, 42(5) https://www.researchgate.net/profile/Cornelis-Mulder/publication/279308758_Psychiatric_Intensive_Care_Units--Pro/links/5d0bda0aa6fdcc246297b5f1/Psychiatric-Intensive-Care-Units--Pro.pdf
- Niela-Vilén, H., Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. M. Stolt, A. Axelin, R. Suhonen (toim.), *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (ss. 23–34) Turun yliopisto.

- Noorthoorn, E. O., Voskes, Y., Janssen, W. A., Mulder, C. L., van de Sande, R., Nijman, H. L., & Widdershoven, G. A. (2016). Seclusion reduction in Dutch mental health care: did hospitals meet goals? *Psychiatric Services, 67*(12).
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500414>
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric services, 64*(9).
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393>
- Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. ja Tuppurainen H. (2012). Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Duodecim*.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/22/duo10637>
- Riskassessment. (n.d.). *Brøset Violence Checklist*. <http://www.riskassessment.no/>
- Safewards. (2021). *Yleistä*. <https://www.safewards.net/fi/malli/yleistae>
- Sairaanhoitajat. (2021). Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/04/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet-2021-1.pdf>
- Salzmann-Erikson, M. & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Mental Health Nursing, 38*(7).
<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1299265>
- Sarvimäki, A. & Stenbock, B. (2009). *Hoitotyön etiikka*. Edita.
- Sjöstrand, M. & Helgesson, G. (2008) Coercive Treatment and Autonomy in Psychiatry. *Bioethics*. Vol. 22(2).
- Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R. (2016) Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. M. Stolt, A. Axelin, R. Suhonen. *Kirjallisuuskatsaushoitotieteessä* (ss. 7–22). Turun yliopisto.
- Tammentie-Saren, T. (2014) Psykiatrinen hoitotahto. Haettu 7.5.2021
<https://thl.fi/documents/10531/1415978/Tammentie-Saren+Psykiatrinen+hoitotahto.pdf/c74cd63e-f0bf-4c7b-b56b-643f9642b42f>
- THL. (2020) Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2019. *Psykiatristen hoitajaksojen kesto lyhenee yhä*. Terveystieteiden tutkimuskeskus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20201217101056>
- Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P12>
- Ulrich, R., Bogren, L., Gardiner, S., Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology, 57*.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002>

- Valvira. (n.d.) Tietoa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista. Haettu 16.4. osoitteesta <https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Suomenkielinen+esite+tahdosta+riippumaton+hoito+ja+potilaan+oikeudet.pdf/b608bc36-2e62-5408-155a-b0ed391b2f3b?t=1600177028437>
- Van Melle, A. L., Noorthoorn, E. O., Widdershoven, G. A. M., Mulder, C. L. & Voskes, Y. (2020). Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02855-y>
- Van Melle, A. L., van der Ham, A. J., Widdershoven, G. A., & Voskes, Y. (2021). Implementation of High and Intensive Care (HIC) in the Netherlands: a Process Evaluation. *Psychiatric Quarterly*, 1(13). <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09906-x>
- Winkler, D., Kaltenboeck, A., Frey, R., Kasper, S., Pjrek, E. (2019). Changes over time of the diagnostic and therapeutic characteristics of patients of a psychiatric intensive care unit in Austria. *Comprehensive Psychiatry*, 93. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.004>
- Zuaboni, G., Nienaber, A., Schulz, M. (2017). wangsmaßnahmen in der Psychiatrie Sicherheit und Prävention durch Beziehung und professionelle Begleitung. *In Case Management 2017*, 1. https://www.researchgate.net/profile/Andre-Nienaber-2/publication/315046353_Zwangsmassnahmen_in_der_Psychiatrie_Sicherheit_und_Praevention_durch_Beziehung_und_professionelle_Begleitung/links/5b1398aea6fdcc4611df9e26/Zwangsmassnahmen-in-der-Psychiatrie-Sicherheit-und-Praevention-durch-Beziehung-und-professionelle-Begleitung.pdf