

Romppainen Ville

Mielenterveyskuntoutujien

itseääräämisoikeuden toteutuminen

työntekijöiden näkökulmasta

Sairaanhoitaja

AMK

Kevät 2022



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä: Romppainen Ville

Työn nimi: Mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeuden toteutuminen työntekijöiden näkökulmasta

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala

Asiasanat: itsemääräämisoikeus, mielenterveys- ja päihdetyö, hoitotyö, kuntoutus, mielenterveysyksikkö

Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyskuntoutujan itsemääräämisoikeuden toteutuminen työntekijän näkökulmasta. Itsemääräämisoikeus on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista periaatteista ja sen toteutuminen turvataan laissa. Se on myös kasvattanut rooliaan ajan saatossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville työntekijöiden näkemys asiakkaidensa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta Kainuun sotien mielenterveysyksikössä Suomussalmi-Hyrynsalmi. Sen aineisto kerättiin mielenterveysyksikön työntekijöille laaditun sähköisen Webropol-kyselyn avulla. Kysymykset olivat avoimia ja ne laadittiin huolellisesti hankitun teorian pohjalta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kvalitatiivisella tutkimusotteella ja sen tavoitteena oli tuoda ilmi, kuinka itsemääräämisoikeus kyseisessä yksikössä toteutuu työntekijöiden näkökulmasta ja toteutuuko se lainmukaisesti.

Kyselytutkimukseen vastasi kuusi työntekijää viidestätoista. Saatujen vastausten perusteella työntekijät kokivat asiakkaidensa itsemääräämisoikeuden toteutuvan yksikössä hyvin. Vastauksissaan he kuvailivat itsemääräämisoikeus käsitettä samoin kuin esimerkiksi laissa kuvataan. Lisäksi he kuvailivat itsemääräämisoikeuden näkymistä asiakkaidensa arjessa sekä kuinka työntekijät voivat edesauttaa sen toteutumista mm. psykoedukaatiolla ja asiakkaan toiveiden kuulemisella. Saatujen vastausten perusteella voidaan todeta itsemääräämisoikeuden toteutuvan yksikössä lainmukaisesti. Jatkotutkimuksena aiheesta voitaisiin tehdä vastaava kysely myös asiakkaille ja esimerkiksi heidän omaisilleen.

Abstract

Author: Romppainen Ville

Title of the Publication: Realization of Mental Health Rehabilitees' Right to Self-Determination from the Perspective of Employees

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: self-determination, mental health work, mental health unit, rehabilitee, health care

The topic of this thesis is how mental health rehabilitees' right to self-determination is realized from the point of view of the employees. Self-determination is one of the guiding principles of social and health care and its realization is safeguarded by law. It has also increased its role over the time.

The thesis was commissioned by a rehabilitation unit within Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority located in Suomussalmi-Hyrnsalmi. The material for this thesis was collected using an electronic Webropol survey prepared for employees in a mental health unit. The purpose was to explore employees' view of the topic. The questions were open and prepared on the basis of carefully sourced theoretical knowledge. The data from the survey was analyzed qualitatively, and it aimed at demonstrating how mental health rehabilitees' right to self-determination was realized in that unit.

Six of the fifteen employees responded to the survey. Based on the responses received, the employees felt that the right to self-determination was realized well in the unit. In their responses, they described the concept of self-determination as it is described in law. In addition, they described its visibility in the daily lives of their clients, as well as how employees could contribute to the realization of clients' right to self-determination through psychoeducation and listening to the wishes of their clients, for example. On the basis of the answers received, it can be stated that the right to self-determination is realized in the unit in accordance with the law. As a further study of the thesis, a corresponding survey could also be carried out to clients and, for example, to their family.

Sisällys

1	Johdanto	4
2	Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä	5
2.1	Skitsofrenia.....	5
2.2	Masennus.....	7
2.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	7
3	Mielenterveystyö ja -kuntoutus, itsemääräämisoikeus sekä toimeksiantaja	9
3.1	Mielenterveystyö ja -kuntoutus	9
3.2	Itsemääräämisoikeus.....	11
3.3	Tutkimuksen toimeksiantaja	12
4	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	14
5	Opinnäytetyön toteutus	15
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	15
5.2	Aineiston analyysi.....	16
6	Opinnäytetyön tulokset.....	18
6.1	Työntekijöiden käsitys itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta.....	18
6.2	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen lain näkökulmasta	19
7	Johtopäätökset ja pohdinta	22
7.1	Johtopäätökset.....	22
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	23
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	24
7.4	Oma ammatillinen kehittyminen	25
	Lähteet.....	27
	Liitteet.....	31

1 Johdanto

”Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta” (ETENE 2011). Asiakkaalla on oikeus itsemääräämisoikeuteen, hyvään hoitoon sekä tiedon saantiin. Yhteisymmärryksen, suostumuksen ja kunnioittavan kohtelun merkitys on lisääntynyt. Vahvimmiltaan itsemääräämisoikeus voi näkyä hoidosta kieltäytymisenä. (Hietanen 2020, 2152–2154.) Itsemääräämisoikeutta voidaan pakon edessä kuitenkin rajoittaa esimerkiksi mielenterveys-, tartuntatauti- ja päihdehuoltolain nojalla.

Opinnäytetyön aiheeksi itsemääräämisoikeuden toteutuminen valikoitui sen tärkeyden perusteella, mutta myös oma kiinnostus mielenterveyshoitotyöhön vaikutti aiheen ja tutkimuksen kohdeyksikön valintaan. Lisäksi aihe oli tarjolla Kainuun sotien opinnäytetöiden aihepankissa. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Kainuun sotien mielenterveysyksikkö, johon kuuluu 12-paikkainen kuntoutuskoti Suomussalmella sekä akuuttiyksikkö Suomussalmi-Hyrnsalmi. Kuntoutuskeskuksen toiminnan ja akuuttihoiton lisäksi yksikön työntekijät tekevät kotikäyntejä Suomussalmen ja Hyrnsalmen alueilla.

Käsittelen opinnäytetyössä mielenterveystyötä ja siihen liittyviä keskeisiä käsitteitä, kuten mm. mielenterveyskuntoutusta ja eri mielenterveydenhäiriöitä sekä mielenterveystyötä ja itsemääräämisoikeutta määritteleviä lakeja. Tämän teoreettisen viitekehyksen pohjalta laaditulla tutkimuskyselyllä tutkittiin mielenterveysyksikön työntekijöiden näkemystä asiakkaidensa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta.

2 Yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä

Terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, joten voidaan todeta, että ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä. Jokaisella ihmisellä on oikeus mielenterveyteen ja se on hyvinvoinnin perusta sekä voimavara. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 18–19.)

Kuten ihmisen muukin terveys, myös mielenterveys vaihtelee eri elämän vaiheissa. Siihen vaikuttavat monet yksilölliset, ympäristölliset sekä yhteiskunnalliset tekijät. (Vorma 2020.) Mielenterveyshäiriöllä tarkoitetaan psyykkisiä oireyhtymiä, joihin liittyy kärsimystä ja haittaa. Niihin liittyy myös paljon stigmaa eli häpeäleimaa. Tutkimukset osoittavat mielenterveysongelmien olevan leimaavampia kuin fyysiset sairaudet (Aromaa, 2011). Laajasalo ja Pirkola (2012, 9) puolestaan toteavat, että Saarnin ym. (2006) mukaan mielenterveyshäiriöiden elämänlaatua heikentävät vaikutukset ovat verrattavissa fyysisiin sairauksiin.

Mielenterveyshäiriöt ovat merkittävimpiä kansanterveydellisiä haasteita. Niitä esiintyy jopa puolella väestöstä jossakin elämänvaiheessa. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2021) julkaiseman tilastoraportin mukaan vuonna 2020 pelkästään erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ja avohoidossa hoidettiin yhteensä noin 203 000 potilasta. Kyseisestä tilastosta puuttuvat perusterveydenhuollon mielenterveystyö.

Opinnäytetyössä käsiteltävät mielenterveydenhäiriöt ovat valikoituneet niiden yleisyyden vuoksi. Lisäksi niihin liittyy toimintakyvyn ja tiedonkäsittelyn alenemista sekä kyvyttömyyttä päätöksentekoon, jolloin itsemääräämisoikeuden toteutuminen voi heikentyä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2021) julkaiseman tilastoraportin mukaan vuonna 2020 erikoissairaanhoidossa hoidettiin päädiagnoosin mukaan 11 520 skitsofreniapotilasta, 11 683 kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivää potilasta sekä yhteensä 63 168 masennusta ja toistuvaa masennusta sairastavaa potilasta. Näiden lisäksi eniten päädiagnooseina oli ADHD sekä ADD (17 109 potilasta) ja muu diagnoosi (91 093 potilasta).

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava ja monimuotoinen psyykinen sairaus. Sen oirekuvaan kuuluvat erityisesti harhaluulot, aistiharhat kuten kuulo- ja näköharhat sekä tunneilmaisun poikkeavuus tai latistuminen. Oireet vaihtelevat suuresti eri henkilöillä ja sairauden eri vaiheissa. Lisäksi skitsofreniassa

esiintyy tyypillisesti toimintakyvyn alenemista ja vajausta tiedonkäsittelyssä. Skitsofreenikoilla on myös suurentunut riski itsetuhoisuuteen. (Skitsofrenia 2020.) Toimintakyvyn ja tiedonkäsittelyn aleneminen voi johtaa siihen, ettei henkilö ole kykeneväinen tekemään järkeviä tai itsenäisiä päätöksiä.

Skitsofrenian hoidossa keskeistä on psykoosilääkitys, jolla pyritään oireiden lievittämiseen. Lisäksi pitkäaikaishoidossa tärkeää on myös hoitoon sitoutumisen tukeminen, uusien sairausjaksojen ehkäisy. Lisäksi asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen kuuluvat hoitoon. Myös asiakkaan ja hänen läheistensä psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia kuuluvat hoitoon. (Skitsofrenia 2020.)

Huhtaniska (2018) tutki väitöstutkimuksessaan psykoosilääkkeiden ja bentsodiatsepiinien yhteyttä aivojen rakenteellisiin muutoksiin skitsofreniassa. Tutkimuksen perusteella pitkäaikaiskäytössä psykoosilääkkeet voivat liittyä aivojen rakenteellisiin muutoksiin sairaudessa.

Skitsofrenian ennustetta on mahdollista parantaa varhaisella tunnistamisella sekä hoitoketjun huolellisella suunnittelulla. Skitsofreniaa sairastavat hyötyvät erityisesti toimintakyvyn ylläpitämisestä ja heille tulisi tarjota mahdollisuuksia aktiiviseen osallistumiseen. (Penttilä, Juola, Seppälä, Kaivosoja, Raiskila, Niemelä & Jääskelä 2015) Heidän mukaansa sairauden hoidon ja ennusteen parantamisen merkitys kuitenkin korostuu, sillä useat skitsofreniaan liitetyt tekijät ovat vielä nyky lääketieteen vaikutusalueen ulkopuolella.

Kuten muihinkin psykoosisairauksiin, myös skitsofreniaan liittyy merkittävästi sairaudentunnottomuus, mikä puolestaan heikentää hoitoon sitoutumista ja skitsofrenian ennustetta. Sairaudentunnon heikkous voi liittyä esimerkiksi kognitiivisiin ongelmiin tai sairauden kieltämiseen defenssinä. Hoitoon sitoutumattomuuden ja sairaudentunnottomuuden syy on tärkeä tunnistaa, jotta siihen voidaan kohdistaa oikeanlaista interventiota, kuten psykoedukaatiota. (Leijala, Hietala & Kampman 2019, 2028–2039) Heidän mukaansa lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta ja interventiot parantavat hoitoon sitoutumista. Lisäksi keskeistä on hoitokielteisten riskipotilaiden tunnistaminen. Defensseilla tarkoitetaan tiedostamattomia toimintamalleja, joilla ihmisen psyky suojelee yksilöä liian voimakkaiden traumojen kokemiselta. Kieltäminen on yksi niistä ja siinä liian vaikeat tunteet ja asiat jätetään havaitsematta. (Lindholm 2005.)

2.2 Masennus

Masennus eli depressio on oireyhtymä, jonka diagnostiikassa keskeistä on yksittäisten masennusoireiden tunnistamisen lisäksi nimenomaan itse oireyhtymän toteaminen. Sen keskeisimmät muodot voidaan jakaa eriasteisiin masennustiloihin sekä toistuvaan masennukseen. Diagnoosi edellyttää, että 10 kriteerioireesta esiintyy vähintään 4. Vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan (lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta), mutta myös oireittareiden avulla tai masennustilaan liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. Oireita ovat esimerkiksi vähentyneet voimavarat, unihäiriöt, omanarvontunnon väheneminen ja itsesyytökset sekä kuolemaan ja itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen. (Depressio 2021.) Masennus voi olla myös psykoottista. Tällöin harhakokemukset ovat usein depressiivisiä mutta kuitenkin muita kuin skitsofrenialle tyypillisiä. (Nietola, Jääskeläinen & Korkeila 2021, 2035–2041.)

Masennuksen varhaista hoitoa tulisi kehittää aktiivisemmaksi, sillä ensimmäisen masennuksen varhainen hoito on tuloksellisempaa kuin pitkittyneen masennuksen hoito. Aktiivisuutta voitaisiin lisätä työkokeilulla, jossa työtehtäviä muokattaisiin sopivammaksi. Työkykyä voi silti olla jäljellä, vaikka se usein senhetkiseen työhön on estynyt. Ammatillinen kuntoutus tulisi kuitenkin ajoittaa oikeaan hetkeen, jotta henkilöllä olisi riittävästi voimavaroja. Toisaalta pitkittynyt poissaolo työelämästä nostaa kynnyistä merkittävästi. (Suominen, Pohjolainen, Heikman, Martimo & Haanpää 2020.)

Mielenterveyden häiriöissä, kuten masennuksessa, on yleistä myös päihdeongelmat. Virtanen (2011) tutki väitöstudiumuksessaan monihäiriöisyyttä. Havaitut yhteydet masennuksen ja päihdeongelmien välillä selittyivät osin perinnöllisillä ja ympäristöllisillä tekijöillä mutta ne eivät selittäneet tuloksia täysin. Tulosten mukaan monihäiriöisyyttä voi selittää mielenterveys- ja päihdehäiriöiden osittain samankaltaiset aiheuttajat.

2.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja. Masennusjaksot eivät eroa oirekuvaltaan tavallisista masennustiloista, mutta voivat olla kestoaltaan lyhyempiä ja niissä voi tavallista useammin esiintyä psykootti-

sia oireita. Maniassa puolestaan henkilön mieliala on selkeästi kohentunut normaalista poikkeavalla tavalla. Siinä aktiivisuus, puheliaisuus ja itsetunto ovat voimakkaasti kohonneet ja henkilöllä voi esiintyä myös eriasteisia suuruuskuvitelmia ja hajanaisuutta. Unen tarve on selkeästi vähentynyt ja hän voi esimerkiksi tuhjata rahaa holtittomasti ja olla hyperseksuaalinen. Siihen liittyy myös merkittävä itsetuhoisuuden riski. Hypomanialla tarkoitetaan manian kaltaista, mutta lievempää jaksoa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on havaittu myös tiedonkäsittelyn vaikeuksia (Anttila 2011).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ja kuntoutuksessa on keskeistä lääkehoito, mutta myös erilaiset psykososiaaliset hoitomuodot ja niiden sovittaminen yksilöllisesti sairauden eri vaiheisiin. Myös psykoedukaatio on ensisijaista, sillä mielialajaksojen tunnistaminen varhaisessa vaiheessa pienentää uusiutumiseriskiä ja parantaa ennustetta. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021.)

Hämäläisen ym. (2017, 280) mukaan myös masennuspotilailta tulisi seuloa kohonneen mielialan oireita, sillä on todettu, että jopa puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat jäävät ilman tunnistamista ja hoitoa. On yleistä, että potilas hakee apua vain masennuksen hoitoon sekä somaattisiin sairauksiin, sillä hypomania- ja maniavaiheille on tyypillistä sairauden tunnottomuus. Usein hoidon tarpeelle tuleekin aloite läheisiltä ja hoitoon tullaan tahdosta riippumatta.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistamisen tueksi on kehitetty erilaisia seuloja, joista yksi on esimerkiksi MDQ eli Mood disorder Questionnaire. Tunnistamisessa on myös hyvä kiinnittää huomiota esimerkiksi keskittymiskykyyn, rauhattomuuteen sekä esimerkiksi poikkeaviin ilmeisiin ja eleisiin. Sairauden vaiheesta ja potilaan mielialasta kertoo myös paljon se, kuinka potilas huolehtii omasta itsestään ja kuinka hän tulee uusiin tilanteisiin ja lähestyy ihmisiä. (Hämäläinen ym. 2017, 281.)

3 Mielenterveystyö ja -kuntoutus, itsemääräämisoikeus sekä toimeksiantaja

Kuten muutakin hoitotyötä, myös mielenterveyshoitotyötä ja itsemääräämisoikeutta määrittelevät useat lait kuten esimerkiksi mielenterveyslaki (L 1116/1990) sekä eettiset ohjeet (ETENE 2011). Lisäksi toipumisorientaatio on keskeinen osa mielenterveyspalveluita. Siinä korostetaan yksilöllisiä voimavaroja ja osallisuutta sekä merkityksellisyyttä ja toivoa. Toipumista ja kuntoutusta tukevat parhaiten psykososiaalisen kuntoutuksen ja muun psykiatrisen hoidon yksilöllinen kokonaisuus. (Hiekkala-Tiusanen, Halunen, Mehtälä & Kiesepää, 2019.)

Syrjäpalo (2006) tutki väitöstyönään henkilökunnan arvoja ja potilaiden hoidossa arvostamia asioita. Potilaiden vastauksista nousi tärkeänä esille ihmisarvo sairaudesta huolimatta. Turvallinen hoitoympäristö sekä esimerkiksi inhimillisyys, yksityisyys ja vapaus nousivat arvostukseen. Hoitoon pakottaminen ja alistetuksi tuleminen kokemus koettiin vaikeina asioina. Kaksi kolmasosaa potilaista kuitenkin koki oikeuksiensa toteutuvan hyvin.

Opinnäytetyön tilaajaksi valikoitui Kainuun sotien mielenterveysyksikkö, joka tarjoaa mielenterveyspalveluita Suomussalmen ja Hyrynsalmen alueen asiakkaille. Yksikön valintaan vaikutti oma mielenkiinto mielenterveyshoitotyötä kohtaan sekä toimeksiantajan tarve tutkia aihetta.

3.1 Mielenterveystyö ja -kuntoutus

Mielenterveyslaki (L 1116/1990) määrittelee mielenterveystyön yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämiseksi sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemiseksi, parantamiseksi ja lievittämiseksi. Sen tavoitteena on siis vahvistaa psyykkistä hyvinvointia ja ehkäistä sitä horjuttavia uhkia, mutta myös hoitaa ja lievittää jo ilmenneitä psyykkisiä vaikeuksia, oireita ja häiriöitä.

Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan lääketieteellistä tai sosiaalista toimintaa, jossa asiakkaan psykososiaalista toimintakykyä tai sopeutumista elinympäristöönsä vahvistetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutus tarjoaa siis keinoja sekä välineitä itsenäiseen elämään ja itsemääräämisoikeuteen. Kuntoutuksena voidaan nähdä kaikki ne toimet, joilla asiakasta edistetään aut-

tamaan itseään. Kuntoutuksen tarkoituksena on vähentää ja ehkäistä sairaudesta johtuvaa haittaa, kun taas hoidon tarkoituksena on oireiden lievitys, sairauden poistaminen tai sen kulun pysäyttäminen, vaikkakin hoidon ja kuntoutuksen raja onkin liukuva. (Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormo 2015, 1508.)

Kuntoutus on aina tavoitteellista ja sillä tähdätään elämänhallinnan ja -laadun lisäämiseen ja parantamiseen, sekä niiden ylläpitämiseen. Yksi tärkein kuntoutuksen tavoitteista on arkielämän- ja sosiaalisten taitojen ylläpitäminen, sillä psyykkisten sairauksien vuoksi ne voivat heiketä. Tavoitteiden tulee kuitenkin perustua kuntoutujan omiin tavoitteisiin, sillä kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin on helpompi sitoutua. Kuntoutumisen on tärkeää alkaa jo sairauden akuuttivaiheessa, sillä sairaalahoitojen lyhentyessä ja avopalveluiden yleistyessä selkeää jakoa akuutin ja kuntouttavan hoidon välillä ei ole. (Hämäläinen ym. 2017, 198.)

Hoitajan rooli kuntoutuksessa on tukea ja motivoida asiakasta ammattitaidon ja tiedon turvin. Myös toivon ylläpitämisen merkitys korostuu, sillä kuntoutuminen voi olla vuosienkin mittainen kasvuprosessi. Mielenterveyskuntoutuksessa tulee huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Selkeää erotusta hoidon ja kuntoutuksen välillä ei ole, vaan aina myös hoidon toteutuksessa on tärkeää huomioida kuntoutuksen näkökulmaa. (Hämäläinen ym. 2017, 198–199.)

Mielenterveystyöhön ja -kuntoutukseen ja etenkin psykoosisairauksiin kuuluu olennaisesti psykoedukaation antaminen ja sen on todettu olevan vaikuttavaa. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan opetuksellista sekä psykoterapeuttista hoitomenetelmää, jossa potilaalle annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Lisäksi tähän hoitomenetelmään kuuluu sairauden kanssa selviämisen edistäminen ja sitä voidaan antaa myös potilaan omaisille. Tällä pyritään lisäämään potilaan ymmärrystä sairaudestaan sekä antamaan tunnepohjaista lievitystä. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133–2135.)

Kuntoutumista ohjaa kuntoutussuunnitelma, johon olisi hyvä kirjata kuntoutujan tavoitteet ja hoitokeinot, joissa hoitaja voi tukea asiakasta. Näiden lisäksi suunnitelmaan on hyvä kirjata ylös kuntoutujat nykyiset voimavarat, vaikeudet ja asiat joihin kuntoutuja haluaa muutosta. Myös arvioinnille on hyvä jättää tilaa, sillä arviointia olisi hyvä tapahtua säännöllisesti. Kuntoutuminen lähtee aina kuntoutujasta itsestään ja kuntoutussuunnitelman olisi hyvä olla hänellä itsellään näkyvillä. Tavoitteiden on hyvä olla konkreettisia ja pidemmän aikavälin tavoitteiden välillä olla pienempiä lähitavoitteita. (Hämäläinen ym. 2017, 202–204.)

3.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus turvataan lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992). Sen mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, jolloin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muilla lääketieteellisesti hyväksytyillä tavoilla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli täysi-ikäinen henkilö ei kykene päättämään hoidostaan mielenterveydenhäiriön tai muun syyn vuoksi, on kuultava hänen laillista edustajaansa tai lähiomaista siitä, millainen hoito vastaisi potilaan tahtoa. Kaikissa tapauksissa on kuitenkin toimittava potilaan henkilökohtaisten etujensa mukaisesti.

Etenkin mielenterveystyössä potilaan on tärkeä kokea tulleen kuulluksi ja kunnioitetuksi, ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Hoitajalla on vastuu tehtävästään ja potilaasta, joten hoitajan tulee tarjota tietoa, kannustaa ja etsiä erilaisia vaihtoehtoja hoidolle. Lopullisen päätöksen tekee kuitenkin potilas itse, mutta hänen kuitenkin oletetaan vertailleen eri vaihtoehtoja ja niihin liittyviä hyötyjä ja haittoja. Itsemääräämisoikeus tuo myös velvollisuutta, mikä näkyy esimerkiksi potilaan oman terveyden edistämisessä ja ohjeiden noudattamisessa. (Hämäläinen ym. 2017, 53–57.)

Itsemääräystä voidaan kuitenkin myös rajoittaa. Henkilö voidaan asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon mielenterveyslain (L 1116/1990) nojalla, mikäli henkilön todetaan olevan mielisairas ja mielisairautensa vuoksi hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi mielisairautta tai hän vaarantaisi itsensä tai muiden turvallisuuden ja terveyden, sekä jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. Tahdosta riippumattomasta hoidosta ja rajoitustoimenpiteistä määrää aina lääkäri ja niillä on tiukat kriteerit. Esimerkiksi aikuisella ei riitä pelkkä itsetuhoisuus, vaan taustalla tulee olla psykoositasoisen sairauden epäily, joka vaatii hoitoa, jotta henkilö voidaan ottaa tarkkailuun. (Hietala, Lindholm, Heino, Salonen & Kampman 2015.)

Mielenterveyslaki (L 1116/1990) määrittelee myös muita pakkokeinoja. Sen nojalla henkilö voidaan myös eristää muista potilaista, pitää kiinni tai sitoa mikäli se on välttämätöntä. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökunta voi väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, mutta siitä on välittömästi ilmoitettava hoitavalle lääkärille. Henkilön omaisuutta voidaan ottaa haltuun ja se voidaan tarkastaa, jos on syytä epäillä henkilöllä olevan päihteitä tai muita terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Lääkärin päätöksestä henkilölle voidaan suorittaa myös henkilöntarkastus, mikäli henkilöllä epäillään olevan vaatteissa tai muutoin yllään edellä mainittuja esineitä

tai aineita. Hänelle voidaan suorittaa myös henkilönkatsaus, mikäli hänen epäillään olevan päih- teiden vaikutuksen alaisena tai hänellä epäillään olevan terveydelle vaarallisia aineita tai esineitä kehossaan. Tällöin hänelle voidaan lääkärin päätöksestä suorittaa ruumiintarkastus, puhallutus, veri-, virtsa- tai sylkinäytteenotto. Myös yhteydenpitoa voidaan rajoittaa, mikäli se on välttämä- töntä. Yhteydenpitoa ei voida kuitenkaan rajoittaa mm. sairaalan toimintaa valvovaan viranomai- seen tai oikeusavustajaan ja potilasasiamieheen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2021) ti- lastoraportin mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa pakkotoimia käytettiin yli 5000 hoito- jakson aikana yli 13 600 kertaa vuonna 2020.

Myös päihdehuoltolain (L 41/1986) nojalla voidaan rajoittaa itsemääräystä, mikäli vapaaehtoi- suuteen perustuva hoito ei ole mahdollinen tai riittävä ja henkilö on päihdeiden käytön vuoksi vakavassa, hengenvaarallisessa terveysvaarassa tai päihdeiden käytön vuoksi vakavasti vaarantaa muiden turvallisuutta, terveyttä ja kehitystä. Tartuntatautilain (L 1227/2016) nojalla puolestaan on mahdollista määrätä henkilö pakolliseen terveystarkastukseen, eristykseen tai karanteeniin, mikäli se on todetun tai epäillyn yleisvaarallisen taudin ja sen leviämisen ehkäisyn vuoksi perus- teltua.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevassa laissa (L 519/1977) ilmoitettuja rajoitustoimia voi puolestaan käyttää vain, jos erityishuollossa oleva henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huo- lenpitoaan koskevia ratkaisuja tai ymmärtämään niiden seurauksia tai niiden käyttäminen on vält- tämätöntä henkilön terveyden ja turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän materiaalsen va- hingon ehkäisemiseksi eikä muut lievemmat keinot ole soveltuvia tai riittäviä. Laissa kuitenkin painotetaan toimimaan yhteisymmärryksessä henkilön kanssa ja hänen etunsa hyväksi.

3.3 Tutkimuksen toimeksiantaja

Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimii Kainuun soten avohoidon mielenterveysyksikkö. Yksik- köön kuuluu 12-paikkainen kuntoutuskoti Suomussalmella, jossa on pääsääntöisesti kuusi työn- tekijää. Lisäksi akuuttiyksikkö Suomussalmi-Hyrynsalmi, jossa on kahdeksan työntekijää. Näiden lisäksi yksikössä työskentelee tiimivastaava sairaanhoitaja. Työntekijät tekevät tiivistä yhteistyötä akuuttiyksikön sekä kuntoutuskodin kesken. Yksikön työntekijät tekevät myös kuntouttavia koti- käyntejä. Asiakkaat ovat alueen täysi-ikäisiä mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Vaihtuvuus asiakaskunnassa on suurta. (Kemppainen 17.9.2021.)

Kuntoutuskodilla tarjotaan asukkaille kodinomaiset puitteet asumiseen ja kuntoutumiseen. Jokaisella on oma tai yhteinen huone toisen kuntoutujan kanssa. Lisäksi kuntoutujien käytössä on yhteiset tilat. Henkilökunta on paikalla arkisin klo 8–20 sekä viikonloppuisin klo 9–18. (Kainuun sote n.d..)

Hoito yksikössä on avohoitopainotteista. Hoitoa ja kuntoutusta toteutetaan tarpeenmukaisen tapauskohtaisen työryhmän avulla. Tavoitteina on vahvistaa mielenterveyskuntoutujan sosiaalista toimintakykyä sekä itsenäisen asumisen valmiuksia. (Kainuun sote n.d..)

Asuminen kuntoutuskodilla ja asiakkuus yksikössä perustuu yksilölliseen ja tarpeenmukaiseen kuntoutussuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä kuntoutujan, hänen läheistensä sekä tapauskohtaisen työryhmän kanssa. Asumisyksikkö toimii yhteisönä, jossa työt ja vastuut jaetaan yhdessä. Lisäksi osallistuminen erilaisiin ryhmiin ja ulkopuolisiin toimintoihin on keskeinen osa kuntoutujien arkea. Kuntoutuskodilla käy myös päiväkävijöitä, jolloin kuntoutussuunnitelmassa suunnitellaan kuinka asiakas käy ryhmissä tai kuinka lääkehoitoa toteutetaan. (Kemppainen 30.11.2021.)

Yksikössä laaditaan asiakkaalle mahdollisuuksien mukaan psykiatrinen hoitotahto, mikäli asiakkaalla ei sellaista vielä ole (Kemppainen 30.11.2021). Sen avulla on mahdollista tuoda esille omaa hoitoa koskevia asioita ja toiveita, mikäli asiakas joutuu tilanteeseen, jossa hän ei itse kykene päättämään hoidosta (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016). Kainuun sotelta löytyy valmis hoitotahtolomake, joka sisältää sitovat tahdonilmaisut, hoitoa ja hoivaa koskevat toiveet sekä psykiatrasta hoitotahtoa koskevat ohjeet. Hoitotahtoon voidaan kirjata ylös henkilö, jolle voidaan antaa tietoa sairaudesta ja jota tarvittaessa voidaan kuulla tärkeiden hoitopäätöksien tekemisessä. Psykiatriseen hoitotahtoon voidaan kirjata ylös esimerkiksi oma elämäshistoria ja suhde uskontoon, tai esimerkiksi mieliruoat sekä muita elintottumuksia.

4 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kainuun soten mielenterveysyksikön Suomussalmi-Hyrynsalmi henkilökunnan näkemystä yksikön asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kyselytutkimuksen avulla. Tavoitteena oli tuottaa ilmiöstä tietoa toimeksiantajalle ja selvittää, toteutuuko itsemääräämisoikeus yksikössä lainmukaisesti.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mikä on henkilökunnan käsitys itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta yksikössä?
2. Toteutuuko itsemääräämisoikeus lain mukaisesti?

5 Opinnäytetyön toteutus

Tutkimusmenetelmänä käytin opinnäytetyössä laadullista tutkimusotetta. Aineiston keruu toteutettiin Suomussalmi-Hyrynsalmi mielenterveysyksikön työntekijöille suunnatulla sähköisellä Webropol-kyselyllä. Tutkimusaineistoa analysoidessani pyrin nostamaan esille työntekijöiden näkemyksiä asiakkaidensa itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta ja onko toteutuminen lainmukaista.

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmänä toimi kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen, jota ei määrällisesti voi mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2018, 161). Kylmä ja Juvakka (2007, 17, 23, 26) toteavat kirjassaan Laadullinen terveystutkimus, että laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä selvittämään tutkimuskohdeena olevan ilmiön totuutta ja jäsentämään sitä hallittavampaan muotoon sekä ymmärtää siihen osallistuneiden henkilöiden näkökulmaa. Heidän mukaansa laadullista tutkimusta ohjaavat usein mitä-, miksi- ja miten-kysymykset.

Opinnäytetyön aineiston keruun menetelmänä toimi kysely, jonka avoimet kysymykset antoivat tietoa vastaajien tietämyksestä asiasta. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden vastata kysymykseen omin sanoin ja sanoa sen mitä heillä on todella mielessään (Hirsjärvi ym. 2018, 201). Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselyllä (Liite 3) ja se oli suunnattu mielenterveysyksikön työntekijöille. Kyselyyn pyydettiin vastauksia yksikön kaikilta viideltätoista työntekijältä. Vastausaikaa heillä oli noin kaksi viikkoa huhtikuun alussa 2022 ja kyselyyn pyydettiin lisää vastauksia vähäisen vastaajamäärän vuoksi. Aiheen sekä tutkimukseen osallistujien rajaamisen myötä asiakkaat rajattiin pois kyselystä. Sähköisen aineiston keruun menetelmän hyötynä on, että aineisto on valmiina kirjoitetussa muodossa (Kylmä & Juvakka 2007, 104).

Opinnäytetyön aineiston keruussa eli kyselyssä pyrin siis muodostamaan kysymykset niin että kysymykset ovat mahdollisimman yksiselitteisiä ja ettei väärinymmärryksiä syntyisi. Kyselyn laatiminen vaati perehtyneisyyttä tutkimuksen aiheeseen sekä kohteeseen eli itsemääräämisoikeuteen, mielenterveystyöhön sekä kohdeyksikköön. Näihin olin perehtynyt opinnäytetyön suunnitelmaa laatiessani huolellisella teorian tiedon hankkimisella ja siihen tutustumisella. Tutkimuksen

kohdeyksiköön olin perehtynyt toimeksiantajan kanssa käydyillä keskusteluilla ja heidän jakamillaan tiedoilla.

5.2 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta pyritään nostamaan esille mitä se kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Näin ollen analyysin myötä tutkimusaineisto muuttuu tutkittavan ilmiön teoreettiseksi kuvaukseksi. Sisällön analyysin tavoitteena on siis tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. (Kylmä & Juvakka 2007, 66.)

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällön analyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Siinä haetaan siis vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Siinä aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Tämän jälkeen aineisto tiivistetään tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimustehtävää vastaavaksi kokonaisuudeksi. Juvosen ja Kylmän (2007, 112–113) mukaan ”oleellista on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen: analyysin avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa”.

Opinnäytetyön aineistoa eli kyselytutkimuksen tuloksia analysoidessani olen pyrkinyt nostamaan vastauksista esille yksikön asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista koskevia teemoja kyselyyn vastanneiden työntekijöiden kertomista näkemyksistä, kuten esimerkiksi mitä itsemääräämisoikeus käsitteenä tarkoittaa tai millä keinoin se näkyy asiakkaiden elämässä ja kuinka työntekijät voivat edesauttaa sen toteutumisessa. Näiden lisäksi esimerkiksi kieltäytymiseen ja yksilön rajoittamiseen liittyviä asioita. Aineiston analyysissä olen pyrkinyt etsimään vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin eli henkilökunnan näkemykseen asiakkaidensa itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta sekä toteutuuko se lain mukaisesti. Koska asiakkaat olivat rajattu pois tutkimukseen osallistuneista henkilöistä, ei triangulaatio (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129) ollut mahdollista kyseisessä tutkimuksessa.

Yksityiskohtaiseen sisällön analyysiin kuuluu kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen ja siinä merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niiden olennainen sisältö säilyttäen. Seuraavassa vaiheessa tiivistettyjä ilmaisuja vertaillaan ja sisällöllisesti samankaltaiset ilmaisut ryhmitellään eli yhdistetään samaan luokkaan. Luokka nimetään sen alle koottujen ilmaisujen perusteella. Luokkia

voi syntyä useampia ja samankaltaisista alaluokista voi muodostua yläluokkia. Kolmannessa vaiheessa eli abstrahoinnissa pyritään muodostamaan yleiskäsite aineistosta, mutta se on mukana jo ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–120.)

Aineiston analyysiä tehdessäni kokosin siis alkuperäiset vastaukset word-tiedostolle, ja lihavoin niistä merkitykselliset ilmaisut. Tämän jälkeen tiivistin merkitykselliset ilmaisut, niiden sisältöä muuttamatta. Tiivistetyt ilmaisut kokosin erilliselle tiedostolle ja vertailin niitä ja etsin niistä samankaltaisia ilmaisuja. Tässä vaiheessa samankaltaiset ilmaisut voitiin yhdistää samaan alaluokkaan. Samankaltaisia alaluokkia voitiin yhdistää yläluokiksi ja luokittelua jatkettiin, kunnes aineistosta muodostui yleiskäsite.

Alaluokkia muodostui 16 ja niitä olivat esimerkiksi *Arjen itsenäiset päätökset*, *Asiakkaan kuuleminen*, *Turvallisuuden varmistaminen*, *Päihteiden käytön rajoittaminen*, *Yhteiset säännöt*, *Velvollisuudet*, *Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä*, *Ymmärtämättömyys sairauden vuoksi*. Yläluokkia puolestaan muodostui 6 ja niitä olivat mm. *Itsemääräämisoikeus työntekijöiden määrittelemänä*, *Rajoittaminen*, *Menettelytavat asiakkaan kieltäytyessä* sekä *Itsemääräämisoikeuden toteutuminen työntekijän näkökulmasta*. Yleiskäsitteenä *Mielenterveyskuntoutuajan itsemääräämisoikeus*. (Liite 4).

TAULUKKO 1. Esimerkki vastausten luokittelusta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Omaan arkeen vaikuttaminen.	Arjen itsenäiset päätökset	Itsemääräämisoikeuden toteutumisen näkyminen
Oikeus omiin päätöksiin, ei voi pakottaa.	Arjen Itsenäiset päätökset	
Saa itse valita ja päättää arkisista asioista.	Arjen Itsenäiset päätökset	
Kerrotaan asiakkaan oikeuksista, keskustellaan ja sovitaan hoidosta.	Asiakkaan kuuleminen	
Kuunnellaan asiakkaan toiveita.	Asiakkaan kuuleminen	
Pyydetään lupa asiakkaalta.	Asiakkaan kuuleminen	
Psykoedukaatio, annetaan mahdollisuuksia valita hoidon sisällöstä.	Asiakkaan kuuleminen	
Keskustellaan, tuodaan esille eri vaihtoehtoja ja suunnitellaan yhdessä.	Asiakkaan kuuleminen	
Keskustellaan ja pyydetään lupa asiakkaalta.	Asiakkaan kuuleminen	
Keskustellaan, annetaan vaikutusmahdollisuus ja suunnitellaan yhdessä.	Asiakkaan kuuleminen	
Kuunnellaan asiakkaan tahtoa ja osallisuuden vahvistaminen psykoedukaatiolla.	Asiakkaan kuuleminen	
Asiakkaan suostumus hoitotoimenpiteisiin.	Asiakkaan kuuleminen	

6 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi yhteensä kuusi työntekijää viidestätoista ja vastauksista löydettiin paljon yhtäläisyyksiä. Käsittelen kyselyn vastauksien perusteella saatuja tuloksia tutkimustehävien kautta, eli mikä on työntekijöiden käsitys asiakkaidensa itsemääräämisoikeudesta sekä sen toteutumisesta ja toteutuuko se yksikössä lainmukaisesti. Saaduista vastauksista olen ottanut lainauksia, joiden avulla aineistoa on helpompi havainnollistaa.

6.1 Työntekijöiden käsitys itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta

Kyselyssä pyysin työntekijöitä määrittelemään itsemääräämisoikeutta käsitteenä. Tällä kysymyksellä pyrittiin kartoittamaan työntekijöiden tietämystä ja näkemystä itsemääräämisoikeudesta. Yläluokan *Itsemääräämisoikeus* alle muodostui alaluokka *Itsenäiset päätökset*. Tutkimukseen vastanneet työntekijät määrittelivät itsemääräämisoikeuden asiakkaan omaksi päätösvallaksi itseään ja hoitoaan koskevissa asioissa, joita työntekijöiden tulee kunnioittaa.

Ihmisellä itsellään on oikeus määrätä itseensä liittyviä asioita. Hoitavan tahon tulee kunnioittaa yksilön päätöstä. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa myös oikeutta osallistua häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.

Seuraavaksi pyysin työntekijöitä kertomaan, kuinka asiakkaiden itsemääräämisoikeus näkyy arjessa ja millaisia keinoja sen toteutumiseksi yksikössä käytetään. Näillä kysymyksillä pyrin saamaan tietoa konkreettisista asioista, joissa itsemääräämisoikeus näkyy asiakkaiden jokapäiväisessä elämässä ja miten he voivat työntekijöinä vaikuttaa sen toteutumiseen. Vastauksissa nousi esille, että asiakkaat saavat itse vaikuttaa myös omiin arkisiin asioihinsa. Asiakkaiden kanssa keskustellaan ja heidän toiveitaan sekä suostumusta kuunnellaan niin arkisissa, kuin hoidollisissakin asioissa. Muodostui alaluokat *Asiakkaan kuuleminen* ja *Arjen itsenäiset päätökset*. Näillä vastaajat tarkoittivat asiakkaiden omia valintoja arjessa ja että asiakkailta pyydetään suostumus esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin. Itsemääräämisoikeus tuo myös vastuuta ja se näkyi myös osassa vastauksista. Työntekijät kertoivat vastauksissaan, että asiakkailta on velvollisuus osallistua ryhmiin, sillä ne ovat osa hoitoa ja kuntoutusta. Yläluokan *Itsemääräämisoikeuden näkyminen arjessa* alle muodostui siis myös alaluokka *Velvollisuudet*.

Kuunnellaan asiakasta ja koitetaan saada asiat toimiviksi hänen toivomallaan tavalla mutta tietyt säännöt ehkä estää ihan kaikkien toiveiden toteutumisen. esim. ryhmiin on velvollisuus osallistua jos on asumassa tai intervallilla, ryhmät on osa kuntoutusta.

Kyselyssä työntekijöitä pyydettiin kuvaamaan myös pulmatilanteita, jotka liittyvät itsemääräämisoikeuteen. Tällä kysymyksellä pyrin saamaan vastauksista esille myös eettistä näkökulmaa ilmiöstä, sillä itsemääräämisoikeus voi tuoda mukanaan eettisiä ongelmia. Yläluokkaan *Itsemääräämisoikeuteen liittyvät pulmat* voitiin liittää alaluokat *Sairaudesta johtuvat pulmat, Ymmärtämättömyys sairautensa vuoksi* sekä *Tahdonvastaiseen hoitoon joutuminen*. Vastauksissaan työntekijät kertoivat, että osa asiakkaista on sairaudentunnettomia eivätkä sairautensa vuoksi välttämättä ymmärrä parastaan. Eräs vastaaja kertoo, että on tilanteita, joihin olisi tarpeellista puuttua, mutta nykyisen lainsäädännön vuoksi niin ei voida tehdä.

Pulmatilanteita on johtuen asiakkaan sairaudesta. Itsemääräämisoikeus kuitenkin toteutuu koska laki velvoittaa siihen. On asioita joihin olisi tarpeellista puuttua yli itsemääräämisoikeuden mutta se tarvitsisi ensin lakimuutoksen.

Pulmana koettiin myös asiakkaan päätyminen tahdonvastaiseen hoitoon, sillä silloin asiakas voi kyseenalaistaa hoitohenkilöstön toiminnan. Myös tasavertaisuus nostettiin esille.

Jos asiakas joutuu pakkohoitoon lääkärin määräyksestä, niin silloin asiakas voi kyseenalaistaa hoitajan/hoitajien toiminnan, mutta näistä asioista on puhumalla selvitty.

Työntekijöitä pyydettiin myös kertomaan, kuinka asiakkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu yksikössä heidän mielestään. Vastaajista kaikki vastasivat sen toteutuvan hyvin tai aika hyvin.

Mielestäni aika hyvin, tietenkin on tilanteita esim. sairauden takia jolloin se ei toteudu.

6.2 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen lain näkökulmasta

Rajoittamista ja rajoitustoimenpiteitä käsittelevillä kysymyksillä pyrin kartoittamaan, rajoitetaanko asiakkaita ja ovatko ne lain mukaisia keinoja. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden mukaan varsinaisia rajoitus- ja pakkotoimenpiteitä yksikössä ei ole. Kyselyn vastauksista voitiin kuitenkin huomata, että yksikössä on erilaisia sääntöjä ja ohjeistuksia, jotka ohjaavat toimintaa. Alaluokiksi muodostuivat *Turvallisuuden varmistaminen, Yhteiset säännöt, Päihteenkäytön rajoittaminen, Vierailujen rajoittaminen, lääkkeiden rajoittaminen* sekä *Rahankäytön rajoittaminen*.

Kuntoutuskodilla on esimerkiksi järjestyssäännöt, jotka mm. kieltävät kaupittelun, kerjäämisen ja alkoholin käytön. Päähtyneitä asiakkaita ei hoideta yksikössä, vaan heidät pyydetään poistumaan. Tupakointia ei pääsääntöisesti ole rajoitettu, muutoin kuin että sen on tapahduttava sille varatulla paikalla. Eräs vastaajista kuitenkin kertoo, että joskus asiakkaan tupakkeja on säilytetty henkilökunnan kaapissa, josta asiakas on saanut ne halutessaan. Myös lääkkeiden käyttöä voidaan rajoittaa erilaisin järjestelyin ja apteekkisopimuksien avulla lääkkeiden väärinkäytön estämiseksi.

Meillä on yhteisohoidon periaatteet yksikössä. Myös esim. Alkoholin käyttö kielletty, "kerjääminen" ja "tarjoaminen" ei ole sallittu että jokaisella pitää tulla omin varoin toimeen, ehkäistään tällä ettei tule hyväksikäytetyksi jos on esim. vähävarainen tai ei pysty sanomaan ei jollekin toiselle asiakkaalle.

Korona on tuonut poikkeuksia ja sen vuoksi vierailuita on jouduttu yksikössä rajoittamaan ja pandemia on tuonut suosituksia asiakkaiden liikkumiseen yksikön ulkopuolella. Lisäksi vastauksista käy ilmi että ilta- ja yöaikaan vieraita ei sallita. Liikkumista ei kuitenkaan ole rajoitettu, vaan esimerkiksi kuntoutuskodin asukkaat saavat poistua yksiköstä vapaasti, kunhan ilmoittavat asiasta hoitajille. Myöskään rahankäyttöä ei suoranaisesti rajoiteta, mutta moni asiakkaista kuuluu edunvalvonnan piiriin, joka pitkälti säätelee rahankäyttöä.

Monella on edunvalvonta, joka pitkälti säätelee rahankäyttöä asukkaan varojen mukaan.

Ilta ja yöaikaan ei vieraita. Korona aika tietenkin tuonut poikkeuksia tähän.

Lisäksi vastauksista voitiin muodostaa alaluokka *Arvio tahdonvastaisen hoidon tarpeesta*, sillä niistä nousi esille että, mikäli asiakas ei kykene terveydentilansa vuoksi päättämään asioistaan voidaan se tehdä hänen puolestaan ja että tarvittaessa lääkäriä konsultoidaan, mikäli asiakas on itselleen tai muille vaaraksi.

. . . Tarvittaessa otetaan päivystävään lääkäriin yhteys, jos huomaamme asiakkaan olevan vaarallinen itselleen tai ympärillä oleviin ihmisiin.

Kyselyssä pyysin työntekijöitä kertomaan menettelytavoista asiakkaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä. Alaluokaksi muodostui *Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä*. Työntekijät vastasivat kieltäytymisen olevan asiakkaan oma valinta ja että hoidon voi halutessaan lopettaa. Tällaisissa tilanteissa työntekijät kertoivat kuitenkin keskustelewansa asiakkaan kanssa ja pyytävänsä perusteluita valinnoilleen. Osa vastaajista kertoi myös pyrkivänsä itse perustelemaan asi-

akkaalle, millaisia haittoja esimerkiksi lääkehoidosta kieltäytymisestä voi seurata ja että he pyrkivät motivoimaan asiakasta ja pääsemään yhteisymmärrykseen hoidosta sekä löytämään kompromisseja. Lisäksi vastauksista ilmeni, että kieltäytyminen kirjataan potilastietojärjestelmään ja usein asiasta konsultoidaan lääkäriä, mikäli esimerkiksi lääkkeen yhtäkkinen lopettaminen on fyysisesti vaarallista.

Keskustellaan asiakkaan kanssa ja pyydetään perustelua hänen päätökselleen. Kaikki kirjataan LifeCareen tarkasti. Tarvittaessa kysytään esim. lääkäriltä neuvoa mm. lääkkeisiin liittyvissä asioissa. Yritetään saada kompromissi aikaan tai etsiä hoitoon vaihtoehtoja.

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi kuusi työntekijää viidestätoista. Vastaukset ovat kuitenkin kokemusperäisiä ja pienestä vastauksien määrästä huolimatta niistä saa paljon tietoa työntekijöiden näkemyksistä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta yksikössä. Pohdinnassa käsittelem myös opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä omaa ammatillista kehittymistäni opinnäytetyöprosessin aikana.

7.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat ”Mikä on henkilökunnan käsitys itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta yksikössä?” ja ”Toteutuuko itsemääräämisoikeus lain mukaisesti?”. Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen on hoitoalan johtavia arvoja (ETENE 2011). Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että vastaajilla on hyvä tietämys itsemääräämisoikeudesta ja että heillä on myös keinoja sen toteutumisen edesauttamiseksi. Vastaajat kuvailivat itsemääräämisoikeutta samoin, kuin esimerkiksi laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) kuvataan, eli kuinka itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan oikeutta omiin päätöksiin ja esimerkiksi oikeuteen kieltäytyä hoidosta.

Moniin mielenterveyden häiriöihin, kuten esimerkiksi skitsofreniaan (Skitsofrenia 2020) ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2021), liittyy toimintakyvyn ja tiedonkäsittelyn alenemista, joka voi johtaa kykenemättömyyteen tehdä järkeviä tai itsenäisiä päätöksiä. Vastauksista ei noussut esille asiakkaiden johdatteluun tai pakottamiseen viittaavia käytäntöjä yksikössä. Sen sijaan työntekijät keskustelevat asiakkaidensa kanssa ja pyrkivät motivoinnin ja psykoedukaation kautta vahvistamaan hoitoon sitoutumista ja pyrkivät toimimaan asiakkaan parhaaksi, eli omaa ammattitaitoaan ja tietoaan hyödyntäen tukevat ja auttavat asiakkaitaan kuten hoitajan kuuluukin (Hämäläinen ym. 2017, 198–199). Lainmukaiseen toteutumiseen viittaa myös se, että vastauksista nousi esille, että työntekijöiden mukaan on asioita joihin olisi hyvä puuttua, mutta nykyisen lainsäädännön vuoksi niin ei voida tehdä. Tahdonvastaisiin hoito toimiin on tiukat kriteerit, sillä niissä puututaan asiakkaan itsemääräämisoikeuteen (Hietala ym. 2015, 1766). Tahdonvastaiseen hoitoon määrätty henkilö toimitetaan ja määrätään sairaalahoitoon, joten se ei kyseisessä avohoidon yksikössä olisi lain mukaan edes mahdollista (L 1116/1990).

Vastausten perusteella työntekijät myös kunnioittavat asiakkaidensa päätöksiä ja siten myös itsemääräämisoikeutta.

Asiakkaat saavat vastausten perusteella vaikuttaa yksikön aktiviteetteihin, kuten ryhmien sisältöön. Lisäksi vastauksista voisi päätellä asiakkaiden saavan elää itsensä näköistä elämää, sillä he saavat vaikuttaa omiin arkisiin asioihin ja esimerkiksi liikkua vapaasti, koronapandemian tuomia rajoituksia lukuun ottamatta. Silti yksikössä on järjestyssäännöt, jotka kieltävät esimerkiksi alkoholin käytön. Ne eivät kuitenkaan ole varsinaisia rajoitustoimia, vaan ne ovat yhteisiä linjauksia ja niillä turvataan yleinen järjestys sekä asiakkaan itsensä ja muiden perusoikeudet eli terveys ja turvallisuus. Lisäksi esimerkiksi tupakan ja lääkkeiden rajoittaminen perustuu asiakkaan ja työntekijöiden yhdessä luomiin sopimukseen, eivätkä ole varsinaisia rajoitustoimenpiteitä.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä tulee muistaa hyvät tutkimuseettiset periaatteet (Arene ry 2020). Hyvien tieteellisten käytäntöjen keskeisiä lähtökohtia ovat esimerkiksi rehellisyys ja huolellisuus kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimustuloksia ei saa vääristää tai muokata. Kenenkään toisen tuottamaa materiaalia ei myöskään saa luvattomasti lainata eli plagioida. (TENK 2012.) Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt prosessia niin, että jokainen vaihe on näkyvillä. Lisäksi olen huolehtinut oikeanlaisilla lainaus- ja viittauskäytännöillä sen etten ole plagioinut kenenkään muun materiaalia. Myös tutkimus tulokset ovat esitetty niin kuin ne ovat, eli niitä ei ole vääristetty tai muokattu.

Tutkimuksia, myös opinnäytetöitä, ohjaavat yleiset eettiset periaatteet. Niiden mukaan tutkijan tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta. Myös aineellista ja aineetonta kulttuuriperintöä sekä luonnon monimuotoisuutta tulee kunnioittaa. Lisäksi tutkimus on toteutettava niin, ettei siitä aiheudu merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja tutkimuksen kohteena oleville. (TENK 2019.)

Nämä eettiset lähtökohdat opinnäytetyötä tehdessä tulee huomioida, sillä opinnäyte käsittelee yksikön toimintaa koskevia käytäntöjä. Opinnäytetyön kyselyssä vastaajilta ei kerätty henkilötietoja, eikä siinä myöskään kerätty tietoa asiakkaista. Kysely oli siis anonyymi, eikä vastaajia voitu tunnistaa. Siihen osallistuminen oli myös täysin vapaaehtoista ja sen saatesanoiksi tehtiin infor-

maatiolehtinen, jossa kerrottiin kyselyn sekä opinnäytteen tavoite ja tarkoitus. Koska tutkimuksen kohteena oli organisaation edustajat ja toiminta, tarvittiin opinnäytetyölle kuitenkin tutkimuslupa.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi sen uskottavuudella, vahvistettavuudella ja siirrettävyydellä. Lisäksi luotettavuutta voidaan arvioida reflektiivisyydellä. Uskottavuutta voidaan osoittaa varmistamalla, että tutkimuksen tulokset vastaavat osallistuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Tutkimuksen tulokset voidaan siis palauttaa osallistujille ja pyytää heitä arvioimaan niiden paikkansapitävyyttä. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista niin, että prosessin kulkua on mahdollista seurata pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Vahvistettavuuden pyrin varmistamaan sillä, että opinnäytetyön suunnitelma ja raportti kirjoitettiin huolellisesti, kaikki eri opinnäytetyönprosessin vaiheet huomioiden. Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa tulosten vertailua muihin vastaaviin tilanteisiin ja se vaatii kuvailevaa tietoa ilmiön kohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Olen vertaillut opinnäytetyön tuloksia muihin vastaaviin tutkimuksiin ja tulokset ovat samansuuntaisia.

Sähköisen aineiston keruun menetelmän huono puoli on se, ettei siinä muodostu samanlaista henkilökohtaista kontaktia tutkimuksen tekijän ja tutkimukseen osallistujien välillä (Kylmä & Juvakka 2007, 104). Sen vuoksi tutkija ei välttämättä huomaa kaikkia yksityiskohtia tai osaa ottaa kaikkea huomioon ja kysyä oleellisia kysymyksiä. Olin kuitenkin perehtynyt tutkimuksen aiheeseen sekä kohdeyksikköön huolellisesti kerätyn teoriatiedon pohjalta sekä keskustelemalla toimiksiantajan kanssa kohdeyksiköstä ja sen toiminnasta.

Tutkimustulosten uskottavuutta olisi voitu vahvistaa keskustelemalla niistä tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kanssa, jotta tulokset varmasti vastaavat heidän näkemyksiään. Kun tutkimustulokset olivat analysoitu, ne olisi voitu palauttaa tutkimukseen osallistuneille ja pyytää heiltä palautetta tulosten paikkansa pitävydestä. Koska kysely oli anonyymi, päätin kuitenkin jättää tämän tekemättä vastaajien yksityisyyden turvaamiseksi. Toisaalta uskottavuutta olisi voitu vahvistaa myös triangulaatiota hyödyntämällä, eli olisi kerätty tutkimus aineistoa henkilökunnan lisäksi myös asiakkailta itseltään ja esimerkiksi heidän läheisiltään, jolloin olisi saatu useampi näkökulma tutkimukseen (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129).

Tiedonhaussa hyödynsin Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa, joka auttoi tiedonhaussa ja hakukoneiden käytössä. Suurin osa opinnäytetyössä käytetyistä artikkeleista ja tutkimuksista löytyi Medicistä. Käyttämäni hakusanat olivat mm. mielenterveys, itsemääräämisoikeus, mielenterveyshäiriö, mielenterveyskuntoutus. Lisäksi hyödynsin vastaavanlaisia opinnäytetöitä, joista löysin hyviä alkuperäislähteitä aiheesta. Lähteitä valitsiessani olen pyrkinyt käyttämään luotettavia ja tuoreita artikkeleita ja tutkimuksia aiheesta.

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi hieman alle puolet yksikön työntekijöistä. Vastausprosentiksi muodostui 40 %. Kokemusperäiset vastaukset antavat kuitenkin paljon informaatiota työntekijöiden käsityksestä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta yksikössä. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden vastauksissa löydettiin paljon yhtäläisyyksiä ja niiden pohjalta voidaan todeta itsemääräämisoikeuden toteutuvan yksikössä hyvin. Toisaalta vastaamatta jättäneiden työntekijöiden vastauksissa olisi voinut olla eriäviä käsityksiä ilmiöstä ja sen toteutumisesta.

Jatkotutkimuksena tulevaisuudessa olisi järkevää tehdä vastaava kysely myös asiakkaille ja esimerkiksi heidän omaisilleen. Näin itsemääräämisoikeuden toteutumiseen saataisiin useamman eri tahon näkökanta triangulaation avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Samoin juuri asiakkaiden omia toiveita hyvästä ja oikeudenmukaisesta hoidosta voitaisiin tutkia ja tuoda esille.

7.4 Oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessin aikana oma tiedonhaku ja kriittinen ajattelu kehittyi. Myös ymmärrys sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja erityisesti itsemääräämisoikeutta ja potilaan oikeuksia koskevasta lainsäädännöstä, arvoista ja eettisyydestä syventyi. Lisäksi tieteellisen, näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen kehittyi.

Koska opinnäytetyön tutkimuksen aiheena oli itsemääräämisoikeuden toteutuminen, täytyi itsemääräämisoikeuden käsitteenä olla hallinnassa. Lisäksi sitä koskevaan lainsäädäntöön sekä eettisiin ohjeisiin ja arvoihin täytyi olla perehtynyt huolellisesti. Näin ollen sairaanhoitajan kompetenssiin (Silén-Lipponen & Korhonen 2020, 86–103) peilaten keskeinen osaamisalue ammatillisuudesta ja eettisyydestä kehittyi opinnäytetyöprosessin aikana. Hoitotyössä ja itsemääräämisoikeuden toteutumisessa korostuvat eettisyys ja hoitotyön arvot.

Opinnäytetyötä ajatellen toinen keskeinen kompetenssi oli näyttöön perustuva toiminta, tutkimustiedon hyödyntäminen ja päätöksen teko (Silén-Lipponen & Korhonen 2020, 86–103). Teoria-tieto oli koottava luotettavalta pohjalta hyödyntäen luotettavia tietokantoja. Lisäksi tietoa oli arvioitava kriittisesti. Käytänteet mielenterveystyössä ovat muuttuneet vuosien saatossa paljon ja itsemääräämisoikeus on noussut vahvaan asemaan. Uusia tutkimuksia tehdään paljon ja hoitotyö kehittyy, siksi oli tärkeää osata löytää sekä hyödyntää ajantasaista ja tutkittua tietoa.

Opinnäytetyötä tehdessäni kehitin myös omaa ajankäytön hallintaa sekä oman toiminnan priorisointia ja organisointia eli itseni johtamista. Toisin sanoen kompetenssi johtamisesta ja työntekijyysosaamisesta (Silén-Lipponen & Korhonen 2020, 86–103) kehittyi opinnäytetyöprosessin aikana. Prosessin aikana kompetenssi kommunikoinnista ja moniammatillisuudesta (Silén-Lipponen & Korhonen 2020, 86–103) on myös kehittynyt. Se oli välttämätöntä opinnäytetyötä laadittaessa. Opinnäytetyön tiimoilta olin vuorovaikutuksessa esimerkiksi opettajien, työelämän ja kirjaston informaatikon kanssa sekä vertaisarvioijan kanssa.

Lähteet

Ammattikorkeakoulujen rehtosineuvosto ARENE ry. (2020). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Saatavilla <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

Anttila, M. (2011). Cognitive functioning and its heritability in bipolar 1 disorder. Väitöskirja. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084992>

Aromaa, E. (2011). Attitudes towards people with mental disorders in general population in Finland. Väitöskirja. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084984>

Depressio. (2021). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla 6.1.2022 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50023#s19>

ETENE (2011). Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>

Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T. ja Kiesepä, T. (2019). Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 135(20), 2011–2019.

Hietala, E., Lindholm, L., Heino, J., Salonen, K. ja Kampman, O. (2015). M1-lähetteen kirjoittaminen vaatii tarkkoja perusteluja. Suomen lääkärilehti 70(24), 1766–1767.

Hietanen, P. (2020). Kuka päättää hoidosta, potilas vai lääkäri? Suomen lääkärilehti 75(41), 2152–2154.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2018). Tutki ja kirjoita. 22. p. Helsinki: Tammi.

Huhtaniska, S. (2018). The association between antipsychotic and benzodiazepine use with brain morphology and its changes in schizophrenia. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526217598>

Hämäläinen K., Kanerva A., Kuhanen C., Schubert C. & Seuri T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. 5.–6. p. Helsinki: Sanoma Pro.

- Kainuun sote. (n.d.). Suomussalmen kuntoutusyksikkö. Saatavilla 11.12.2021 <https://sote.kainuu.fi/toimipisteet/suomussalmen-kuntoutusyksikko>
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. (2021). Duodecim. Saatavilla 22.1.2022 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00378#refs>
- Kempainen, T. (2021). Tiimivastaava. Teams-puhelu 30.11.2021.
- Kempainen, T. (2021). Tiimivastaava. Sähköposti 17.9.2021.
- Kieseppä, T. ja Oksanen, J. (2013). Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 129(20), 2133–2139.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2006). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- L 519/1977. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519#L3aP42k>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- L 1116/1990. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- L 1227/2016. Tartuntatautilaki 21.12.2016/1227. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227>
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä – Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 47/2012. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-686-1>
- Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H. & Vormaa, H. (2015). Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Suomen lääkärilehti 70(21), 1508.
- Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. (2019). Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 135(20), 2028–2039.

Lindholm, J. (2005). Defenssimekanismin suojeleva funktio. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-14840>

Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L. & Kärkkäinen J. (2016). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>

Nietola, M., Jääskeläinen, E. & Korkeila, J. (2021). Psykoottinen masennus. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 137(23), 2535–2541.

Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. (2015). Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. Suomen lääkärilehti 70(13), 875–880.

Silén-Lipponen, M. & Korhonen, T. (2020). Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoitajakoulutuksessa -YleSHarviointi-hanke. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja 5/2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020111089877>

Skitsofrenia. (2020). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla 20.11.2021 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi35050?tab=suositus>

Suominen, K., Pohjolainen, V., Heikman, P., Marttimo, K. & Haanpää, M. (2020). Miten depressiosta johtuvia sairauslomia voidaan vähentää? Suomen lääkärilehti 75(39), 1969.

Syrjälä, K. (2006). Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9514280156>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2021). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2020. Tilastoraportti 44/2021. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021121460320>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 3/2019. Saatavilla https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Virtanen, S. (2021). Association of depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder with substance misuse: Examining the underlying mechanisms with epidemiological methods. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7600-4>

Vorma H. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia varmistaa pitkäjänteisen mielenterveystyön. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 136(18), 1993–1995.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Liitteet

Liite 1. Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma

1. Aineistojen yleinen kuvaus

Minkä tyyppistä tutkimusaineistoa (esimerkiksi haastattelu, kysely, havainnointi) opinnäytetyössä kerätään tai käytetään?

- Sähköinen tutkimuskysely, joka tuotetaan Webropol-kyselynä. Kyselyssä kerätään tietoa yksikön hoitajien näkemyksistä asiakkaidensa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Miten tutkimusaineisto dokumentoidaan, esimerkiksi minkälaisia tunnistetietoja käytetään? Miten aineiston ja sen dokumentoinnin laatu varmistetaan?

- Sähköiset vastaukset kootaan Word -tiedostolle. Vastauksien sisältöä ei muokata.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Miten aineisto tallennetaan? Miten taataan sen tietoturva (esimerkiksi pääsy aineistoon) opinnäytetyön tekemisen aikana? Kuka/ketkä pääsee käsittelemään aineistoa?

- Aineisto tallentuu sähköisesti Webropoliiin. Kyselyn pääsee tekemään vain työntekijöille jaetun sähköpostilinkin kautta ja aineistoa(/vastauksia) pääsee tarkastelemaan vain kyselyn luoja eli opinnäytetyön tekijä. Word -tiedosto tallennetaan Onedrive -pilvipalveluun sekä ulkoiselle muistitikulle.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuusksymykset

Miten aineiston säilytykseen liittyvät mahdolliset eettiset kysymykset (esimerkiksi arkaluontoiset henkilöihin liitetyt tiedot, muiden pääsy aineistoihin) otetaan huomioon? Miten aineiston omistus- ja käyttöoikeudet hallinnoidaan?

- Henkilötietoja ei kyselyssä kysytä. Aineiston omistusoikeus on opinnäytetyön tekijällä. Käyttöoikeus aineistoon ainoastaan tutkimuksen tekijällä.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Olisiko aineistoa mahdollista käyttää myöhemmin? Miten aineiston jatkokäyttö tehdään mahdolliseksi.

- Aineisto tuhotaan asianmukaisesti tutkimusprosessin päätyttyä.

Liite 2. Opinnäytetyön kyselyn informaatiolehtinen



Hyvä vastaanottaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kajaanin Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötäni asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja tutkin sitä yksikössänne työntekijöiden näkökulmasta kyselytutkimuksen avulla.

Opinnäytetyötä varten tarvitsen teidän näkemystänne itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta. Kysely toteutetaan kysely- ja raportointityökalu Webropolin avulla ja siinä on 14 kysymystä, jotka käsittelevät itsemääräämisoikeutta. Kyselyn vastaukset tallennetaan anonymisti ja niitä käsitellään luottamuksellisesti ja käytetään vain tätä opinnäytetyötä varten. Toivon, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn 15.4.22 mennessä.

Linkki kyselyyn: [XX](#)

Suuret kiitokset osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin

Ville Romppainen

SMM19K

villeromppainen@kamk.fi

Liite 3. Opinnäytetyön kysely

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

1. Ensiksi pyydän sinua määrittelemään itsemääräämisoikeus käsitteen lyhyesti.
2. Kuinka asiakkaiden itsemääräämisoikeus näkyy arjessa?
3. Millaisia sääntöjä yksikössä on?
4. Millaisiin asioihin asiakkaanne voivat vaikuttaa yksikössä?
5. Millaisia rajoitustoimenpiteitä tai pakkokeinoja yksikössä käytetään?
6. Kuinka rajoitus- ja pakkotoimenpiteistä kirjataan?
7. Rajoitetaanko päihteiden, kuten tupakan ja alkoholin käyttöä?
8. Rajoitetaanko rahan käyttöä?
9. Rajoitetaanko asiakkaiden liikkumista?
10. Mitä jos asiakas kieltäytyy lääkkeenotosta tai hoitotoimenpiteestä?
11. Onko vierailuja rajoitettu?
12. Millaisia keinoja yksikössä käytetään itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi?
13. Millaisia pulmatilanteita itsemääräämisoikeuteen ja sen toteutumiseen mielestäsi liittyy?
14. Kuinka itsemääräämisoikeus mielestäsi yksikössä toteutuu?

Liite 4. Pelkistetyt ja luokitellut vastaukset

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	
Oma päätösvalta hoitoon ja omiin asioihin.	Itsenäiset päätökset	Itsemääräämisoikeus työntekijöiden määrittelemänä	
Oikeus itseä koskevaan päätöksentekoon.	Itsenäiset päätökset		
Saa itse päättää asioistaan.	Itsenäiset päätökset		
Oikeus valintaan ja tietoon.	Itsenäiset päätökset		
Oikeus päättää itseään koskevista asioista.	Itsenäiset päätökset		
Oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihin.	Itsenäiset päätökset		
Hoido vapaaehtoista.	Itsenäiset päätökset		
Omaan arkeen vaikuttaminen.	Arjen itsenäiset päätökset	Itsemääräämisoikeuden toteutumisen näkyminen	
Oikeus omiin päätöksiin, ei voi pakottaa.	Arjen Itsenäiset päätökset		
Saa itse valita ja päättää arkisista asioista.	Arjen Itsenäiset päätökset		
Kerrotaan asiakkaan oikeuksista, keskustellaan ja sovitaan hoidosta.	Asiakkaan kuuleminen		
Kuunnellaan asiakkaan toiveita.	Asiakkaan kuuleminen		
Pyydetään lupa asiakkaalta.	Asiakkaan kuuleminen		
Psykoedukaatio, annetaan mahdollisuuksia valita hoidon sisällöstä.	Asiakkaan kuuleminen		
Keskustellaan, tuodaan esille eri vaihtoehtoja ja suunnitellaan yhdessä.	Asiakkaan kuuleminen		
Keskustellaan ja pyydetään lupa asiakkaalta.	Asiakkaan kuuleminen		
Keskustellaan, annetaan vaikutusmahdollisuus ja suunnitellaan yhdessä.	Asiakkaan kuuleminen		
Kuunnellaan asiakkaan tahtoa ja osallisuuden vahvistaminen psykoedukaatiolla.	Asiakkaan kuuleminen		
Asiakkaan suostumus hoitotoimenpiteisiin.	Asiakkaan kuuleminen		
Päihtynyt pyydetään poistumaan.	Turvallisuuden varmistaminen		Rajoittaminen
Päihtyneitä asiakkaita ei hoideta.	Turvallisuuden varmistaminen		
Ei päihtyneenä yksikköön.	Turvallisuuden varmistaminen		
Päihteiden käyttö kiellettyä, tupakointi vain tupakkapaikalla. Joillakin tupakkatuotteet henkilökunnan takana.	Päihteiden käytön rajoittaminen		
Monella edunvalvonta.	Rahankäytön rajoittaminen		
Edunvalvonta monella.	Rahankäytön rajoittaminen		
Ei vieraita illalla ja yöllä, myös korona tuonut poikkeuksia rajoituksiin.	Vierailujen rajoittaminen		
Vierailut hoitajien ollessa yksikössä, korona-aikana ollut myös muita rajoituksia.	Vierailujen rajoittaminen		
Lääkkeiden käyttöä voidaan rajoittaa eri järjestelyin ja esimerkiksi apteekkisopimuksin.	Lääkkeiden rajoittaminen		
Järjestyssäännöt, päihteet kielletty.	Yhteiset säännöt		
Ei kaupittelua tai alkoholin käyttöä, tasavertainen kohtelu.	Yhteiset säännöt		
Ei alkoholia, kerjäämistä, tarjoamista tai kaupankäyntiä, ehkäistään tulemasta hyväksikäytetyksi.	Yhteiset säännöt		
Velvollisuus osallistua ryhmiin, osa kuntoutusta.	Velvollisuudet		
Ryhmiiin osallistutaan.	Velvollisuudet		

Ryhmät osa hoitoa ja kuntoutusta joihin velvollisuus osallistua.	Velvollisuudet	
Oikeus omiin päätöksiin voidaan ohittaa, jos ei kykenevä itse niistä päättämään sairauden vuoksi.	Arvio tahdonvastaisen hoidon tarpeesta	
Lääkärin konsultaatio, jos vaaraksi itselleen tai muille.	Arvio tahdonvastaisen hoidon tarpeesta	
Vastentahtoisen hoidon arvio.	Arvio tahdonvastaisen hoidon tarpeesta	
Kieltäytyminen oma valinta, hoitaja perustelee seuraukset.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	Menettelytavat asiakkaan kieltäytyessä
Saa lopettaa hoidon halutessaan, mutta siitä keskustellaan.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Jos esimerkiksi lääkkeen lopettaminen vaarallista, kons. lääkäriä, suosittelee yhteistyöhön.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Keskustellaan, koitetaan saada ymmärtämään hoidon tarpeellisuus.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Tarvittaessa lääkärin kons.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Kieltäytymisestä johtuvat riskit arvioidaan ja ilm. lääkärille.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Kieltäytyminen kirjataan, pyritään motivoimaan.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Keskustellaan ja pyydetään perustelut, pyritään kompromisseihin. Tarvittaessa lääkärin kons.	Toimenpiteet asiakkaan kieltäytyessä	
Tasavertaisuus.		
Joutuessaan pakkohoitoon, voi asiakas kyseenalaistaa hoitohenkilöstön toiminnan.	Tahdonvastaiseen hoitoon joutuminen	
Sairauden takia ei ymmärrä parastaan, sairautentunnottomana ei nähdä sairauden aiheuttamia oireita ja haittoja.	Ymmärtämättömyys sairautensa vuoksi	
Asiakas ei ymmärrä parastaan sairautensa vuoksi.	Ymmärtämättömyys sairautensa vuoksi	
Pulmatilanteita on johtuen asiakkaan sairautesta, ei voida kuitenkaan puuttua lain vuoksi.	Ymmärtämättömyys sairautensa vuoksi	
Mielestään hyvin.	Toteutuu hyvin	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen työntekijän näkökulmasta
Hyvin.		
Hyvin.		
Mielestään hyvin.		
Aika hyvin, myös tilanteita jolloin ei toteudu niin hyvin.	Toteutuu aika hyvin	