



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Pekka Makkonen
Anu Putkonen
Jukka Korhonen
Lauri Kuosmanen
Jukka Kärkkäinen (toim.)

Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 35/2016

Pekka Makkonen, Anu Putkonen, Jukka Korhonen, Lauri Kuosmanen, Jukka Kärkkäinen (toim.)

Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Mirja Ihanus

ISBN 978-952-302-751-0(verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>

Helsinki, 2016

Lukijalle

Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa hoidossa on tärkeä ihmisoikeus-, työturvallisuus- ja potilasturvallisuuskysymys. Potilaslain mukaisesti psykiatrisen hoidon tulee toteutua ensisijaisesti yhteistyössä potilaan kanssa ja vapaaehtoisesti. Eurooppalainen ihmisoikeuslainsäädäntö, kansainväliset sopimukset sekä psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet velvoittavat systemaattiseen pakon vähentämiseen. Tietoa siitä, miten pakkoa vähennetään menestyksekkäästi, on olemassa runsaasti. Suomessakin pakon käyttöä on pystytty vähentämään monissa sairaaloissa. Väkivaltaongelmaisten potilaiden hoidossa systemaattisella hoitokulttuurin kehittämällä on onnistuttu puolittamaan pakkokeinojen käyttö väkivallan lisääntymättä. Samalla potilasväkivallasta ja rajoitustapaturmista johtuvat hoitajien sairaslomat ovat merkitsevästi vähentyneet.

Tässä työkirjassa pakolla tarkoitetaan erityisesti psykiatrisessa sairaalassa tapahtuvaa mielenterveyslainsäädännön määritellyä tahdosta riippumatonta hoitoa ja rajoituksia, joita ovat liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetyksen tarkistaminen, henkilötarkastus- ja katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen, eristäminen ja sitominen sekä tahdonvastainen toimenpide.

Syksyllä 2010 Mieli -työryhmän esitettyä 40 prosentin vähennystä pakon käyttöön psykiatrisessa hoidossa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kutsui psykiatristen sairaaloiden edustajat yhteen. Perustettiin Pakon käytön vähentämisen ja turvallisuuden lisäämisen työryhmä. Työryhmä keräsi tietoa siitä, miten pakon käyttö määritellään, miten sitä mitataan ja miten sitä voisi turvallisesti vähentää. Työryhmässä ja työryhmän jäsenten organisaatioissa käydyt keskustelut, yhdessä kirjoitetut tekstit ja ajankohtainen kirjallisuus aiheesta on nyt koottu työkirjaksi. Työkirjan luonnos oli laajalla lausuntokierroksella kesällä 2015 ja siihen tuli lukuisia kommentteja ja parannusehdotuksia.

Työkirjaa valmistelleessa työryhmässä toimivat ylilääkäri Juha Moring Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, erikoissuunnittelija Pekka Makkonen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueelta, LT, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri Anu Putkonen Niuvanniemen sairaalasta ja erikoissuunnittelija Jukka Korhonen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoista kirjaa ovat muokanneet ja kommentoineet ylilääkäri Jukka Kärkkäinen, ylilääkäri Aulikki Ahlgren-Rimpiläinen, lakimies Leena Brotherus, kehittämispäällikkö Airi Partanen, tutkimusprofessori Mauri Marttunen ja tutkimusprofessori Jaana Suvisaari. Työkirjan viimeistelystä vastasi dosentti Lauri Kuosmanen Turun yliopiston hoitotieteen laitokselta.

Kirjan tavoitteena on edistää turvallista ja asiakaslähtöistä hoitoa, ehkäistä potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä ja vähentää pakon käyttöä. Kirjan toivotaan edesauttavan psykiatrisen hoidon kehittymistä potilaslähtöiseksi, vähemmän laitოსvaltaiseksi sekä elämänmyönteisemmäksi. Käytännön työtä varten toimitetaan mahdollisesti myöhemmin keittokirjamaisempi pakonvähennysopas. Lisäksi työkirja tullaan päivittämään keväällä 2017.

Tiivistelmä

Pekka Makkonen, Anu Putkonen, Jukka Korhonen, Lauri Kuosmanen, Jukka Kärkkäinen (toim.). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 35/2016. 44 sivua. Helsinki 2016.
ISBN 978-952-302-751-0 (verkkajulkaisu)

Tämän työpaperin tarkoituksena on auttaa tahdosta riippumatonta psykiatrasta hoitoa toteuttavia sairaaloita ja osastoja vähentämään potilaisiin kohdistuvaa pakon käyttöä ja samalla lisäämään työ- ja potilasturvallisuutta. Työkirjassa kuvataan itsemääräämisoikeutta rajoittavat säädökset ja niiden toteuttaminen psykiatrian käytännössä.

Kaikissa rajoitustoimenpiteissä noudatetaan aina mielenterveyslain säännöksiä ja tässä työkirjassa kuvataan tiiviissä muodossa kaikkien rajoitustoimenpiteiden juridiset perusteet. Sen jälkeen ohjeistetaan rajoitustoimenpiteiden toteuttaminen niin, että potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan mahdollisimman paljon.

Pakon käytön ennaltaehkäisyyn esitellään tutkimusnäyttöön ja vahvaan käytännön kokemukseen perustuvia toimintamalleja. Tällaisia ovat Kuusi ydinstrategiaa, psykiatrisen hoitotahdon käyttö, väkivaltariskin arviointimenetelmät, eristämisen ja sitomisen välttämisen keinot sekä Safewards-toimintamalli. Pakon vähentämisessä kaikilla psykiatrisen hoidon ja hoitojärjestelmän tasoilla on oma merkittävä roolinsa. Työkirjassa kuvataan monipuolisesti toimivan avohoidon merkitystä pakon vähentämisessä.

Sairaalahoidossa hoitohenkilöstön osaamisella ja asenteilla, hoitokulttuurilla ja tilaratkaisuilla on suuri merkitys pakon vähentämisessä ja turvallisuuden lisäämisessä. Työkirjassa esitellään konkreettisia ratkaisuja, joilla lisätään henkilöstön osaamista ja edistetään pakon käyttöä vähentävää hoitokulttuuria. Valokuvien avulla osoitetaan miten eristyshuoneen pelkistettyä ympäristöä on muutettu inhimillisemmäksi suhteellisin pienin kustannuksin.

Pakon käyttöä kokeneiden kokemusasiantuntijoiden tarinoiden avulla lukijalla on mahdollista saada hieman käsitystä siitä, mitä pakon käytön kohteeksi joutuminen tarkoittaa potilaan näkökulmasta. Pakon käytön vähentämisessä ei saa laiminlyödä työ- ja potilasturvallisuutta. Näitä molempia näkökulmia kuvataan kirjan viimeisessä luvussa. Pakon vähentäminen on jatkuva prosessi ja tämä työkirjakin toivottavasti saa jatkoa keittokirjamaisen pakonvähennysoppaan muodossa.

Avainsanat: psykiatrinen hoito, pakon käytön vähentäminen, itsemääräämisoikeus, psykiatrinen hoitojärjestelmä, potilasturvallisuus, väkivaltariskin arviointi

Sammandrag

Pekka Makkonen, Anu Putkonen, Jukka Korhonen, Lauri Kuosmanen, Jukka Kärkkäinen (red.). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. [Minskande av tvång och ökande av säkerhet i den psykiatriska vården] Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 35/2016. 44 sidor. Helsingfors, Finland 2016.

ISBN 978-952-302-751-0 (nätpublikation)

Syftet med detta arbetspapper är att hjälpa sjukhus och avdelningar, som genomför psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja, att minska användningen av tvång mot patienter och samtidigt öka arbets- och patientsäkerheten. I arbetsboken skildras bestämmelserna som begränsar självbestämmanderätten och hur de tillämpas inom psykiatrin.

Vid alla begränsningsåtgärder följs alltid bestämmelserna i mentalvårdslagen och i denna arbetsbok skildras de juridiska grunderna kortfattat. Därefter ges anvisningar om hur begränsningsåtgärderna genomförs på ett sådant sätt att patientens självbestämmanderätt respekteras så mycket som möjligt.

Verksamhetsmodeller som grundar sig på forskningsrön och vedertagen praxis presenteras för förebyggande av användningen av tvång. Sådana är Sex kärnstrategier, användning av patientens vilja i fråga om psykiatrisk vård, metoder för bedömning av risken för våld, medel för att undvika isolering och fastbindning samt Safewards-modellen. Minskningen av tvång spelar en betydande roll på alla nivåer av psykiatrisk vård och vårdssystem. I arbetsboken skildras den mångsidigt fungerande öppna vårdens betydelse för att minska användningen av tvång.

Inom sjukhusvård är vårdpersonalens kompetens och attityder, vårdkulturen och planlösningarna av stor betydelse för att minska användningen av tvång och öka säkerheten. I arbetsboken presenteras konkreta lösningar, som förbättrar personalens kompetens och främjar en vårdkultur som minskar användningen av tvång. Med fotografier visas hur ett förenklat isoleringsrum har gjorts trivsammare med relativt små kostnader.

Historier berättade av experter med erfarenheter av användning av tvång ger läsaren en liten uppfattning om hur det känns ur patientens perspektiv att bli utsatt för tvångsåtgärder. Då användningen av tvång minskas, får arbets- och patientsäkerheten inte försummas. Dessa två perspektiv skildras i bokens sista kapitel. Minskningen av tvång är en kontinuerlig process och man kan hoppas att även denna arbetsbok får en fortsättning i form av en handbok om minskad användning av tvång.

Nyckelord: psykiatrisk vård, minskad användning av tvång, självbestämmanderätt, psykiatriskt vårdssystem, patientsäkerhet, bedömning av risken för våld

Abstract

Pekka Makkonen, Anu Putkonen, Jukka Korhonen, Lauri Kuosmanen, Jukka Kärkkäinen (eds.). Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussionpaper 35/2016. 44 pages. Helsinki, Finland 2016. ISBN 978-952-302-751-0 (online publication)

The purpose of this working paper is to help hospitals and wards providing involuntary psychiatric care to reduce the use of coercion against patients and to increase occupational and patient safety. The workbook describes the provisions restricting sovereignty and their application in psychiatry.

All restriction measures follow the provisions of the Mental Health Act, and this workbook describes in brief the legal bases for all the restrictive measures. After that we provide guidelines on the use of restrictive measures so that the patient's sovereignty is respected as much as possible.

We will also present operating models for the prevention of coercive measures, based on research evidence and solid practical experience. These are the six core strategies, application of psychiatric patient intent, and assessment methods of violence risk, methods of preventing seclusion and restraining, and the Safewards operating model. All levels of psychiatric care and treatment systems play an important role in reducing coercive measures. The workbook describes the importance of versatile outpatient care in reducing coercive measures.

The expertise and attitudes of hospital staff in addition to the care culture and space solutions are in a major role in reducing coercive measures and increasing safety. The workbook presents concrete solutions to improve staff expertise and to promote the application of a care culture that reduces the need for coercion. The photos show how the minimalistic environment of the isolation room has been made more humane at relatively low cost.

Based on the stories of people who have been involved with coercion, readers have a chance of getting some idea of how patients subjected to it feel. Coercion should not be reduced at the expense of occupational and patient safety. Both of these viewpoints are described in the last chapter. Reducing coercion is a continuous process, and hopefully this workbook will have a sequel in the form of a cookbook-style guide in reducing coercion.

Keywords: psychiatric treatment, reducing the use of coercion, sovereignty, psychiatric care system, patient safety, assessment of violence risk

Sisällys

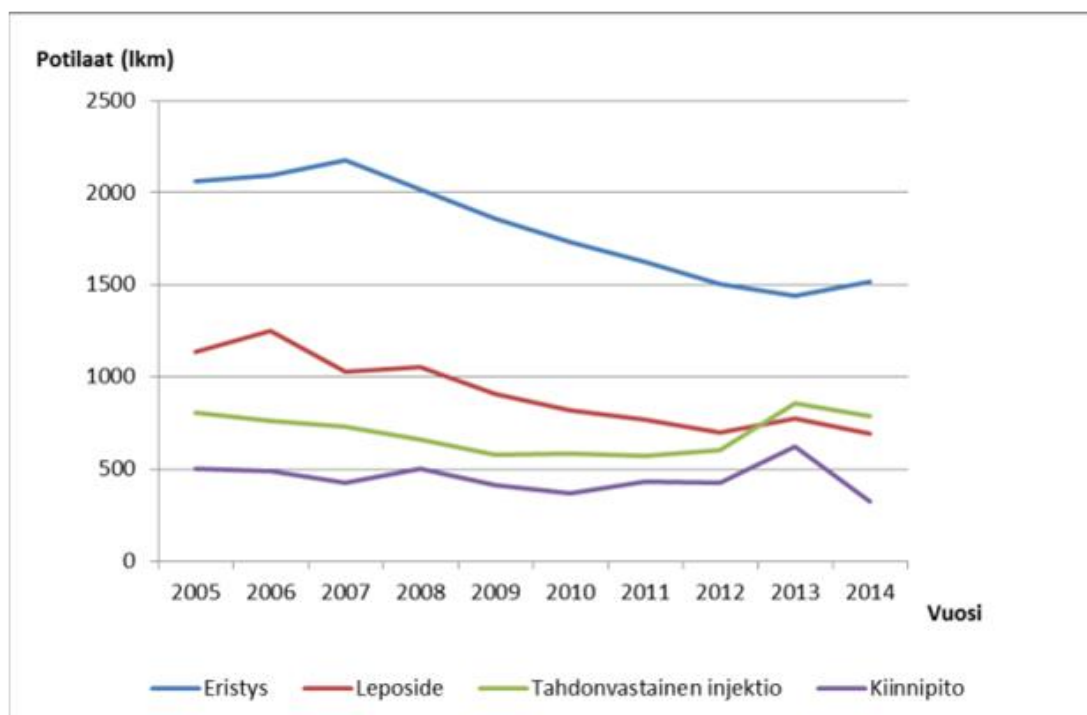
Lukijalle	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	5
Abstract	6
1 Johdanto	9
2 Itsemääräämisoikeutta rajoittavat säädökset ja käytännöt Suomessa.....	11
3 Pakon käytön ennaltaehkäisy	18
3.1 Kuusi ydinstrategiaa (Six Core Strategies©, Evidence-Based Best Practice US 2012)	18
3.2 Psykiatrinen hoitotahto	20
3.3 Väkivaltariskin arviointi	21
3.4 Eristämisen ja sitomisen välttäminen.....	23
3.5 Safewards toimintamalli	26
4 Hoidon ja hoitojärjestelmän merkitys pakon vähentämisessä.....	28
4.1 Avohoito	28
4.2 Sairaalahoito	28
4.3 Henkilöstö.....	31
4.4 Hoitokulttuuri.....	32
4.5 Tilat.....	33
5 Kokemusasiantuntijat	38
6 Turvallisuus.....	41
6.1 Potilasturvallisuus.....	41
6.2 Väkivaltatilanteiden hallintakoulutukset.....	43
7 Lopuksi.....	44

1 Johdanto

Nykykäsityksen mukaan psykiatrisen sairaalahoidon tulee olla asiakaslähtöistä, potilaiden osallisuutta lisäävää, näyttöön perustuvaa ja laadukasta. Tahdosta riippumattomia hoitotoimenpiteitä ja pakkoa tulee käyttää vain lakiin perustuen, elleivät hoitokeinot riitä. Keskeistä on ottaa käyttöön kriisejä ennaltaehkäiseviä ja pakolle vaihtoehtoisia toimintatapoja, sekä vahvistaa potilaiden osallisuutta ja oikeuksia.

Jotta muutos tapahtuisi todella, pakon käyttöä ja väkivalta- ja kriisitilanteisiin johtaneita tapahtumaketjuja ja käytäntöjä tulee tarkastella ja kehittää yksilö-, yksikkö ja laitostasolla systemaattisesti, johtajien henkilökohtaisella tuella. Henkilöstön koulutus, rakenne ja tehtävät, ja palveluiden käyttäjien ja perheiden osallisuus hoidon ja pakon käytön vähentämisessä ovat olennaisia asenteiden ja hoitokulttuurin kehittämisessä. Fyysisen hoitoympäristön tulee rakenteiltaan mahdollistaa pakolle vaihtoehtoisten menetelmien käyttö. Hoitokäytäntöjen kehittäminen edellyttää monipuolista ja pitkäjänteistä työskentelyä. Näihin haasteisiin ja olemassa oleviin epäkohtiin tulee potilaiden, omaisten ja kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten rohkeasti tarttua yhdessä. Näin on mahdollista yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja vähentää pakon käytön alueellisesta vaihtelua.

On tilanteita, joissa pakon käyttöä ei voi välttää. Näissä tilanteissa pakon käytölle tulee olla lakiin perustuva syy, muut menetelmät on kokeiltu ja todettu tehottomiksi ja pakon käytöllä estetään potilaan, muiden potilaiden tai henkilökunnan vahingoittuminen. Suomessa potilasta eniten rajoittaviapakon käytön muotoja ovat potilaan sitominen, eristäminen, tahdonvastainen injektio- ja lääkehoito sekä kiinnipitäminen. Näiden toimenpiteiden määrää seurataan systemaattisesti ja näihin Mieli ohjelman 40 prosentin vähennystavoite erityisesti liittyy. Eristämistä, sitomista ja kiinnipitoa psykiatrisessa kokoneiden potilaiden lukumäärä on laskenut vuodesta 2007 lähtien vuoteen 2014. Tahdonvastaisen injektio- ja lääkehoidon saaneiden potilaiden määrä laski vuoteen 2011 asti mutta kääntyi sen jälkeen uudelleen nousuun. Tätä kirjoitettaessa näyttää siltä, että 40 prosentin tavoite ei toteudu, vaikka yleinen suuntaus vuodesta 2009 onkin myönteinen (Kuva 1). Tärkeää olisi saada tietoa myös muidenkin rajoitusten määrän kehityksestä sekä esimerkiksi eristämisen ja sitomisen kestoista. Niissä tapahtuneista muutoksista ei ole toistaiseksi valtakunnallisen tason tietoa.



Kuva 1. Pakkotoimien käyttö koko maassa vuosina 2005 – 2014 (ao. kalenterivuonna vuodeosastohoitoon tulleet potilaat).

Tahdosta riippumatonta hoitoa voi toteuttaa vain siihen tarkoitukseen nimetyissä yksiköissä, mutta pakon vähentämisessä tulee muistaa myös sairaalan ulkopuolisen järjestelmän toiminta. Sairaalaapaikkojen suunniteltu ja perusteltu vähentäminen ja hoitajaksojen lyhentyminen tarkoittaa sitä, että sairaalahoidon on vain pieni, vaikkakin taloudellisesti merkittävä, osa psykiatrisen hoidon kokonaisuutta. Avohoito tulee olla entistä tiiviimpää niille potilaille, joilla on vaara joutua toistuvasti sairaalaan ja joiden psykoosin hoito ei ole tasapainossa. Perusterveydenhuollolla on keskeinen rooli psykoosin varhaisessa tunnistamisessa, ja varhainen hoitoon pääsy vähentää väkivaltatilanteita ja pakon käyttöä sairaalassa.

Sairaalahoidossa potilaiden aggressiivisuuteen, levottomuuteen ja itsetuhoisuuteen tulee puuttua ajoissa esimerkiksi yksilöllisesti laaditun turvasuunnitelman (etsitään laukaisevat tekijät, tunnistetaan varhaiset varomerkit, nimetään rauhoittumiskeinot ja listataan tilannetta entisestään pahentavat tekijät) mukaisesti. Henkilökunta tarvitsee päteviä menetelmiä väkivaltariskin arvioimiseksi. Potilaiden tunteminen, kuunteleminen ja heidän kanssaan vietetty aika helpottaa ennakoivan työtteen toteuttamista. Suuri merkitys on myös hoitoon liittyvillä järjestelyillä, kuten käytössä olevilla tiloilla ja henkilökunnan ja potilaiden määrällä.

Lähteet

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM Selvityksiä 2009: 3.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) (2012). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68:2012.
- Kontio R, Soininen P, Hottinen A, Korkeila H, Kinnunen A, Ala-Nikkola T, Joffe G. (2013). HUS Psykiatriassa kehitetään vaihtoehtoja pakolle. Pro Terveys 2: 16-18.
- Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen OP, 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): 850-855.

2 Itsemääräämisoikeutta rajoittavat säädökset ja käytännöt Suomessa

Perusoikeuksien rajoituksissa on aina noudatettava mielenterveyslain säännöksiä. Näitä perusoikeuksien rajoituksia voidaan soveltaa vain potilaaseen, joka on mielenterveyslain 2-4 luvuissa säädetyllä tavalla otettu tarkkailuun tai määrätty tutkimukseen tai hoitoon. Jos henkilö/potilas on otettu sairaalaan omasta tahdostaan, häneen ei voi kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Kunkin rajoituksen osalta on mielenterveyslain 4 a luvussa säädettyjen rajoittamisen edellytysten täytyttävä sillä hetkellä, kun rajoittamista käytetään. Kun kysymys on perusoikeuksien rajoittamisesta, voidaan käyttää vain sellaisia rajoituskeinoja, joista on nimellisesti säädetty. Rajoitusta koskevia säännöksiä tulkitaan niiden sanamuodon mukaisesti, sanamuotoa laajentava tulkinta on kielletty.

Tässä työkirjan luvussa kuvataan sellaisia perusoikeuksien rajoittamiseen liittyviä käytäntöjä, joilla rajoittamistarvetta voi olla mahdollista ehkäistä. Kuvatut esimerkit perustuvat käytännön työtapoihin, joilla on pystytty vähentämään pakkotoimenpiteiden määrää. Tässä luvussa tuodaan esille myös rajoitussäännösten taustoja hallituksen esitystekstin 113/2001 perusteella. On huomattava, että rajoituksesta päätettäessä ei voi vedota hallituksen esitykseen, vaan perusteen täytyy ilmetä suoraan laista. Hallituksen esityksestä voidaan kuitenkin käyttää tulkinta-apuna, kunhan pysytellään lain sanamuodon rajoissa. Rajoitussäännösten tulkinnassa voidaan käyttää apuna eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuja. Ratkaisukäytäntöä löytyy eduskunnan oikeusasiamiehen internet-sivuilta.

Potilaan perusoikeuksia ei saa rajoittaa osaston järjestyssäännöillä. Jokaisella potilaalla on lähtökohtaisesti kaikki perusoikeudet. Perusoikeuksia ei voi rajoittaa lakia alempiasteisilla säännöksillä tai määräyksillä, kuten esimerkiksi osastoille laadituilla järjestyssäännöillä. MTL:n 4 a luvun lähtökohtana on ns. laitovallan kieltö. Laitovallan kieltö merkitsee, että tietyn ihmisryhmän perusoikeuksia ei voida rajoittaa suoraan erityisen vallanalaisuussuhteen perusteella. Laitovallan kieltö merkitsee muun muassa sitä, että potilaan perusoikeuksia ja muita oikeuksia ei voida rajoittaa sairaala- tai osastokohtaisilla säännöillä, vaan rajoitusten on perustuttava lakiin ja ne on tehtävä yksilöllisen harkinnan perusteella. Terveystoimintayksiköllä voi olla toimintaansa liittyviä järjestyssääntöjä tai muita ohjeita. Ne eivät kuitenkaan saa olla perusoikeussäännösten tai muun lainsäädännön vastaisia. Ohjeita laadittaessa on myös huomioitava hallintolain 6 §:n edellyttämä suhteellisuusperiaate, jonka mukaan viranomaisen toimien on oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Oikeuskirjallisuudessa on yleensä suhtauduttu torjuvasti perusoikeuksien rajoittamiseen asianomaisen suostumuksen perusteella. Eduskunnan oikeusasiamiehen käytännössä on kuitenkin hyväksytty psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan tekemät sopimukset esimerkiksi omaisuuden hallussapidosta ja yhteydenpidon rajoittamisesta (dnrot 578/4/05, 3605/4/08 ja 134/2/09). Toimenpiteitä ei tällöin ole pidetty mielenterveyslaissa tarkoitettuina rajoituksina. Ollakseen pätevä suostumuksen on oltava vapaaehtoinen ja annettu olosuhteissa, joissa suostuja on selvillä siitä, että hän voi halutessaan perua suostumuksensa. Suostumuksen pätevyyttä arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota potilaan terveydentilaan ja kykyyn ymmärtää suostumuksen merkitys. Oikeusasiamiehen mukaan potilaan oikeusturva edellyttää sitä, että tulkinnanvaraisissa tilanteissa häneltä tiedustellaan, haluaako hän asiassa muutoksenhakukelpoisen päätöksen.

Oikeusasiamies on todennut, että liikkumisvapauden ja yhteydenpidon rajoittamisella, potilaan omaisuuden tarkastamisella sekä päihdeaineseulan ottamisella puututaan potilaan perusoikeuksiin (liikkumisvapauteen, yksityiselämän suojaan, omaisuuden suojaan ja henkilökohtaisen koskemattomuuden suojaan). Oikeus-

asiamies katsoo, ettei tällaista puuttumista voi pitää vähäisenä toimenpiteenä. Sen vuoksi hän ei voi katsoa, että potilaan suostumus olisi pääteltävissä siitä, että tämä ei vastusta rajoituksia.

1. Liikkumisvapauden rajoittaminen (rajoitekoodi 200) 22 d § (21.12.2001/1423)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa oleva potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista. Jos potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa tai luvan saatuaan jää palaamatta sinne, hänet voidaan noutaa sairaalaan. Potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämisekseen saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina. Potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä päättää häntä hoitava lääkäri. Voimakeinojen puolustettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan sairaalassa olon syy, hänen poistumistaan aiheutuva vaara hänen tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle, käytettävissä olevat voimavarat sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat. Voimakeinojen käytön liioittelusta säädetään rikoslain (39/1889) 4 luvun 6 §:n 3 momentissa ja 7 §:ssä. (13.6.2003/532). (Mielenterveyslaki 4 a luku.)

Liikkumisvapauden rajoittaminen psykiatrian käytännössä:

Lähtökohtaisesti kaikilla potilailta on oikeus ulkoilla ja vain perustellusti tätä oikeutta voidaan rajoittaa. Tarkkailuajana ja tahdosta riippumattoman hoidon aikana potilas voi liikkua osaston ulkopuolella, ellei psyykinen vointi tai muu seikka oikeuta tämän rajoittamista. Kaikilla potilailta pitäisi olla päivittäin oikeus esimerkiksi yhden tunnin ulkoiluun. Jokaisen potilaan kohdalla liikkumisvapauden rajoittamisesta päätetään yksilöllisesti. Puutteellinen yhteistyökyky ei ole syy jättää ulkoilua järjestämättä. Potilaiden liikkumisvapautta ei voida rajoittaa osaston järjestyssäännöillä. Jokaisen potilaan kohdalla liikkumisvapauden rajoittamisesta päätetään yksilöllisesti lääkärin päätöksellä. Rajoituksia määrättäessä tulisi huomioida 22 a §:ssä tarkoitetut tarkoitussidonnaisuus ja suhteellisuus. Mikäli potilaan liikkumisvapautta rajoitetaan, tulee rajoitus aina olla lyhytaikainen ja se tulee perustella potilaalle erikseen (22 d §.) Rajoituksesta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin ja luetteloon mielen-terveyslain 4a luvun rajoituksista (koodi 200). Potilasasiakirjoissa tulee näkyä rajoitusten asteen muutokset ja tilanteen kehittyminen ja seuranta toteuttavat henkilöt ja toimenpiteet. Mikäli potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa tai jää palaamatta sairaalaan, on poliisi Mielenterveyslain 31 § 2 momentin mukaan sairaalassa työskentelevän virkasuhteisen lääkärin pyynnöstä velvollinen antamaan virka-apua hoitoon määrätyn palauttamiseksi sairaalaan.

2. Omaisuuden haltuunotto (rajoitekoodi 600) 22 g § (21.12.2001/1423)

Jos potilaalla on hallussaan päihteitä tai huumausaineiden käyttöön erityisesti soveltuvia välineitä tai potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Jos potilas sairautentilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi rahansa tai muut maksuvälineensä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Samoin saadaan ottaa haltuun muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavat aineet ja esineet. Hoidon päätyttyä haltuun otettu omaisuus on palautettava potilaalle, jollei omaisuuden palauttamisesta tai hävittämisestä muussa laissa toisin säädetä. Henkilökuntaan kuuluva saa ottaa 1 momentissa tarkoitetut aineet ja esineet toimintayksikön haltuun. Asiasta on viipymättä ilmoitettava ylilääkärille tai muulle vastaavalle lääkärille, jonka tulee ratkaista, palautetaanko omaisuus potilaalle jo ennen hoidon päättymistä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä, mitä omaisuutta on otettu haltuun sekä haltuunoton syy. (Mielenterveyslaki 4 a luku)

Alkoholilain 60 § 6 momentin mukaan suljetussa laitoksessa hoidettavana olevalta saa laitoksen henkilökunta ottaa pois ja todisteellisesti hävittää alkoholijuomaa tai muuta alkoholipitoista ainetta. Huumausainelain 8 §:n mukaan huumausaine on luovutettava poliisille. Järjestyslain 9 §:n mukaan vaarallisten esineiden hallussapito on pääsääntöisesti yleisellä paikalla kielletty. Poliisilain 14 §:n mukaan poliisimiehellä on oikeus ottaa tilapäisesti poliisin haltuun räjähdysaineet ja muut vaaralliset esineet tai aineet siltä, jonka

voidaan perustellusti epäillä ikänsä, päihtymyksensä, mielentilansa tai muiden olosuhteiden perusteella aiheuttavan välitöntä vaaraa yleiselle järjestykselle ja turvallisuudelle.

Omaisuuuden haltuunotto psykiatrian käytännössä:

Potilaan henkilökohtainen omaisuus on lähtökohtaisesti hänen hallussaan. Omaisuuuden haltuunottoa ei voida määrätä sairaalan omissa säännöissä. Hyvä käytäntö on laatia allekirjoitettu lista potilaan hallussa olevasta omaisuudesta. Potilas voi vapaaehtoisesti jättää arvotavaransa ja rahansa säilytettäväksi osastolle. Tällöin hoitotaho vastaa jätetystä omaisuudesta ja palauttaa säilytykseen luovutetut tavarat takaisin potilaalle hoidon päättyessä tai kun potilas niin haluaa, elleivät nämä muodosta laissa tarkoitettua riskiä tai vaaraa asianomaiselle tai muille. Arvotavaroista tehdään aina omaisuusluettelo. Vapaaehtoisesti säilytykseen jätetystä arvotavarasta ei tehdä omaisuuden haltuunottopäätöstä. Kaikesta tahdonvastaisesti haltuun otetusta omaisuudesta on tehtävä kirjallinen päätös sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamalla lomakkeella. Potilasasiakirjoihin tulee merkintä, mitä omaisuutta on otettu haltuun. Omaisuuuden haltuunotto kirjataan luetteloon mielenterveyslain 4a luvun rajoituksista (koodi 600). Ylilääkäri tekee päätöksen omaisuuden haltuunotosta. Lomakkeeseen tulee merkintä haltuunoton perusteet ja potilaan mielipide asiasta. Päätös valitusosoituksineen annetaan tiedoksi potilaalle. Päätöksestä annetaan potilaalle paperikopio.

3. Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen (rajoitekoodi 700) 22 h § (21.12.2001/1423)

Jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on hallussaan 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä, saadaan hänen käytössään olevat tilat tai hänen hallussaan oleva omaisuus tarkastaa. Jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalle osoitettu kirje tai muu lähetys sisältää 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä, saadaan lähetyksen sisältö tarkastaa kirjettä tai muuta luottamuksellista viestiä lukematta. Edellä 1 ja 2 momentissa tarkoitettu tarkastamisesta päättää potilasta hoitava lääkäri. Potilaan omaisuus on tarkastettava kahden laitoksen henkilökuntaan kuuluvan henkilön läsnä ollessa, jollei erityisestä syystä muuta johdu. Potilaan kirjeen tai muun lähetyksen tarkastaminen on mahdollisuuksien mukaan tehtävä potilaan läsnä ollessa.

Potilaan omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen psykiatrian käytännössä:

Omaisuuuden ja lähetysten tarkastaminen ei saa olla rutiininomainen toimenpide. Tarkistaminen tehdään yhteistyössä potilaan kanssa ja tarkastaminen voidaan suorittaa joko laissa tarkoitetuissa tilanteissa tai potilaan suostumuksella. Jos on perusteltu syy epäillä, että potilaalla on hallussaan oman tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä, ne saadaan tarkastaa. Lääkäri päättää tarkastuksesta ja tarkastus tulee tehdä kahden henkilökuntaan kuuluvan läsnä ollessa. Tarkastaminen perustellaan potilaalle ja kerrotaan sen tulos.

4. Henkilöntarkastus ja –katsastus (rajoitekoodi 800) 22 i § (21.12.2001/1423)

Jos on perusteltua syytä epäillä, että potilaalla on vaatteissaan tai muutoin yllään 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä, hänelle saadaan asian selvittämiseksi toimittaa henkilöntarkastus. Jos on todennäköisiä syytä epäillä, että potilas on päihdyttävän aineen vaikutuksen alainen tai että hänellä on niitä tai 22 g §:ssä tarkoitettuja aineita tai esineitä kehossaan, hänelle saadaan toimittaa henkilönkatsastus, joka käsittää potilaan ruumiin tarkastamisen, puhalluskokeen, veri-, virtsa- tai sylkinäytteen ottamisen. Näytteen antamisesta tai kokeen suorittamisesta ei saa aiheutua tarpeetonta haittaa potilaalle.

Henkilöntarkastuksen tai -katsastuksen toimittamisesta päättää potilaan hoidosta vastaava lääkäri, ja se on tehtävä toimintayksikön henkilökuntaan kuuluvan kahden terveydenhuollon ammattihenkilöstä annettussa laissa (559/1994) tarkoitettuna ammattihenkilön läsnä ollessa. Henkilönkatsastuksen saa suorittaa vain

terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääketieteellistä asiantuntemusta vaativan tutkimuksen saa suorittaa vain lääkäri. Tarkastuksista on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. (Mielenterveyslaki 4 a luku)

Henkilöntarkastus ja –katsastus psykiatrian käytännössä:

Henkilöntarkastus ja –katsastus ei saa olla rutiininomainen toimenpide ja se tulee lähtökohtaisesti tapahtua yhteistyössä potilaan kanssa. Ne voidaan suorittaa joko laissa tarkoitetuissa tilanteissa tai potilaan suostumuksella. Lääkäri päättää tarkastuksesta ja katsastuksesta, ja ne tulee tehdä kahden henkilökuntaan kuuluvan läsnä ollessa. Toimenpiteet perustellaan potilaalle ja kerrotaan sen tulos.

5. Yhteydenpidon rajoittaminen (rajoitekoodi 900) 22 j § (21.12.2001/1423)

Potilaalla on oikeus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle käyttämällä puhelinta, lähettämällä ja vastaanottamalla kirjeitä tai muita luottamuksellisia viestejä ja muita lähetyksiä sekä vastaanottamalla vieraita. Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle saadaan rajoittaa, jos yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Edellä 2 momentissa tarkoitettuista syistä potilaan lähettämä tai hänelle osoitettu yksittäinen kirje tai muu siihen rinnastettava viesti saadaan lukea ja pidättää. Potilaan hallussa olevat yhteydenpitoon käytettävät välineet ja laitteet saadaan rajoituksen ajaksi ottaa toimintayksikön haltuun tai niiden käyttöä saadaan rajoittaa. Pidätetyt kirjeet on säilytettävä erillään potilasasiakirjoista siten, että ne ovat vain pidättämispäätöksen tekemiseen osallistuvien luettavissa. Potilaan ja sairaalan toimintaa valvovien viranomaisten, lainkäyttöviranomaisten ja ihmisoikeuksien kansainvälisten valvontaelimien välistä kirjeenvaihtoa tai muuta yhteydenpitoa ei saa rajoittaa. Potilaan yhteydenpitoa oikeusavustajaansa tai sairaalan potilasasiamieheen ei saa rajoittaa. (Mielenterveyslaki 4 a luku)

Sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaavan ylilääkärin tai muun vastaavan lääkärin on tehtävä 2 momentissa tarkoitettu yhteydenpidon rajoittamisesta kirjallinen päätös. Ennen päätöksen tekemistä on potilaalle varattava tilaisuus tulla kuulluksi. Myös muulle sairaalan tiedossa olevalle asianosaiselle on mahdollisuuksien mukaan varattava tilaisuus tulla kuulluksi. Päätöksessä on mainittava rajoituksen syy, henkilöt, joihin rajoitus kohdistuu, millaista yhteydenpitoa rajoitus koskee ja missä laajuudessa se toteutetaan. Rajoitusta koskevan päätöksen tulee olla määräaikainen ja se saa olla voimassa enintään 30 päivää kerrallaan. (Mielenterveyslaki 4 a luku)

Yhteydenpidon rajoittaminen psykiatrian käytännössä:

Lähtökohtaisesti potilaalla on oikeus yhteydenpitoon sairaalan ulkopuolelle. Kaikkien potilaan omien tai osastolla yleisesti saatavilla olevien yhteydenpidon välineiden tulee olla potilaan käytössä. Tämä koskee kaikkea yhteydenpitoa ja viestintää laitteesta riippumatta, myös vierailuja. Potilas voi myös tarkkailuaikana ja tahdosta riippumattoman hoidon aikana pitää yhteyttä haluamiinsa tahoihin. Potilaan yhteydenpitoa sairaalan ulkopuolelle ei voida rajoittaa osaston järjestyssäännöillä. Potilaan yhteydenpitoa valvoviin viranomaisiin, lainkäyttöviranomaisiin, ihmisoikeuksien kansainvälisiin valvontaelimiin, oikeusavustajaan tai sairaalan potilasasiamieheen ei saa rajoittaa missään tilanteessa. Potilaan yhteydenpitoa voidaan rajoittaa, mikäli yhteydenpidosta on vakavaa haittaa potilaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi. Ylilääkäri tekee päätöksen yhteydenpidon rajoittamisesta. Päätökseen tulee merkitä yhteydenpidon rajoittamisen perusteista ja siihen kirjataan potilaan mielipide asiassa. Lisäksi on kuultava myös sitä henkilöä, jonka kanssa käytävää yhteydenpitoa ollaan rajoittamassa. Ennen päätöksen tekemistä on potilaalle varattava tilaisuus tulla kuulluksi. Kuulemisessa tulee huomioida hallintolain 6 luvun kuulemisesta koskevat säännökset. Päätös valitusosoituksineen annetaan tiedoksi potilaalle. Päätöksestä annetaan potilaalle paperikopio.

6. Eristäminen (rajoitekoodi 400) ja sitominen (rajoitekoodi 500) 22 e § (21.12.2001/1423)

Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista:

- 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
- 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
- 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.

Eristetylle potilaalle on annettava soveltuva vaatetus. Edellä 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille. Potilasta voidaan pitää kiinni muissakin kuin 1 momentin 1 ja 2 kohdassa mainituissa tilanteissa, jos se hoidollisista syistä on välttämätöntä.

Edellä 1 momentin 1 kohdassa tarkoitettussa tilanteessa potilas saadaan myös sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Potilaan eristämisestä ja sitomisesta päättää potilasta hoitava lääkäri suorittamansa tutkimuksen perusteella. Kiireellisissä tapauksissa hoitohenkilökuntaan kuuluva saa väliaikaisesti eristää tai sitoa potilaan, minkä jälkeen asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille.

Potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.

Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Aluehallintovirastolle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. Ilmoituksessa on mainittava potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. Aluehallintoviraston tulee hävittää potilasta koskevat tunnistetiedot kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta. (11.12.2009/1066) (Mielenterveyslaki 4 a luku.)

Eristäminen psykiatrian käytännössä:

Vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita ei saa eristää. Eristäminen on itselle ja muille vaaraksi olevan henkilön hallintakeino. Rajoitustoimenpiteiden käyttöön vaikuttaa myös suhteellisuusperiaate, jota sosiaali- ja terveydenhuollossa kutsutaan myös lievimmän puuttumisen periaatteeksi. Periaate edellyttää, että on aina valittava se toimenpide, joka vähiten rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Jos rajoitustoimia lievemmät keinot ovat riittäviä, rajoituksia ei saa käyttää lainkaan. Lisäksi käytettyjen toimenpiteiden on oltava järkevissä ja kohtuullisissa suhteissa niillä tavoiteltavaan tulokseen.

Pakon käytön vähentämisen näkökulmasta sovellettavien toimenpiteiden toteutusjärjestys tarkoittaa etenemistä vähemmän pakottavasta toimenpiteestä kohti pakottavampaa toimenpidettä, ellei lievempi toimenpide tuota haluttua tulosta. Suomessa yksittäiset sairaalat ovat ohjeistaneet käytännön työntekijöitä toimimaan tällaisen vaiheittaisen etenemistavan mukaisesti. Sen seurauksena sitomisen käyttöä voidaan vähentää.

Toiminnan lähtökohdan tulee olla tilanteiden ennakointi ja ennaltaehkäisy. Eristyksessä olevan potilaan vuorovaikutuksen tulee olla välitöntä ja jatkuvaa. Eristyshuoneesta tulee olla jatkuva näkö- kuuloyhteys henkilökuntaan. Tila tulee luoda mahdollisimman vähän vahinkoa potilaalle aiheuttavaksi, esimerkiksi pehmustetutuilla huonekaluissa, lattialla ja sei-

nilä. Ympäristöön tulisi sijoittaa erilaisia virikkeitä tarjoavia välineitä, kuten radio, televisio, maisemakuva tai liitutaulu. Potilaalle voi antaa luettavaa tai vaikkapa musiikinkuuntelulaitteen. Vähävirikkeisyys ei ole eristystoimenpiteen lähtökohta. Potilaalla tulee olla mahdollisuus wc- ja suihkukäynteihin ja ruokailuihin eristystilan ulkopuolella. Kameravalvonta ei korvaa henkilökohtaista vuorovaikutusta. Vuorovaikutusta voidaan tukea esimerkiksi eristystilaan sijoitetulla kutsukellolla. Hoitosuhde ei saisi katketa eristyksen aikana, vaan omahoitaja jatkaa hoitosuhdettaan potilaan kanssa eristyksen aikana ja sen jälkeen. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus tavata tai olla yhteydessä omaisiin eristyksen aikana. Potilas voi olla omissa soveltuvissa vaatteissaan eristystilassa. Jokaiselle potilaalle nimetään vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on huolehtia siitä, että potilas toimenpiteen aikana saa riittävän hoidon ja huolenpidon. Potilaan eristäminen ei ole koskaan rangaistus, vaan se on toimenpide, jolla on selkeä syy ja tarkoitus, jotka ilmenevät lain säädöksissä. Heti eristämisen jälkeen ja sen aikana tulee aktiivisesti etsiä potilaan kanssa keinoja eristämisen lopettamiseksi. Potilaan eristäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Rajoitustoimenpiteen jälkeen jokaiselle potilaalle annetaan mahdollisuus jälkipuintiin tilanteessa olleen henkilökunnan kanssa. Mikäli potilas kieltäytyy, niin henkilökunta käy tilanteen läpi keskenään. Jälkipuinti kirjataan potilasasiakirjaan. Jälkipuintia varten on kehitetty erilaisia ohjeistuksia.

Sitominen psykiatrian käytännössä:

Potilas voidaan sitoa vain, jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, ja jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä. Eristystilojen ollessa tarkoituksenmukaisia ja muunnettavia siten, että ne soveltuvat käytettäväksi erilaisissa tilanteissa, potilasta voidaan muilla tavoin kuin sitomalla auttaa ja estää vahingoittamasta itseään. Sitominen voidaan toteuttaa, jolleivät muut toimenpiteet (mm. vierihoidto, kiinnipitäminen, lääkitys, eristäminen) ole laissa säädettyjen edellytysten täyttämistä riittäviä. Potilaalla tulee olla mahdollisuus tavata tai olla yhteydessä omaisiin sitomisen aikana. Sidottuna olevan potilaan valvonnan tulee olla välitöntä ja jatkuvaa (näkö- ja kuuloyhteys). Sidotun potilaan vieressä pitää olla jatkuvasti hoitaja. Kun potilas on määrätty sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoidtaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotulla potilaalla tulee olla mahdollisuus wc- ja suihkukäynteihin ja ruokailuihin ilman siteitä. Siteitä tulee irrottaa raajoista mahdollisimman usein. Sitominen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä ja esimerkiksi heti kun mahdollisesti annettu lääke on vaikuttanut rauhoittavasti. Rajoitteen jälkeen jokaiselle potilaalle annetaan mahdollisuus jälkipuintiin tilanteessa olleen henkilökunnan kanssa. Henkilökunta käy tilanteen läpi potilaan kanssa. Jälkipuinti kirjataan potilasasiakirjaan. Jälkipuintia varten on kehitetty erilaisia ohjeistuksia. Verenhennushoitoa tulee harkita pitkittyneen sitomisen yhteydessä.

7. Tahdosta riippumaton toimenpide (rajoitekoodi 100) 22 b, 22 c § (21.12.2001/1423)

Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma. Potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan hänen tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Psykokirurgisia tai muita potilaan koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavia hoitotoimenpiteitä voidaan tehdä vain täysi-ikäisen potilaan kirjallisella suostumuksella, jollei kyse ole potilaan henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi välttämättömästä toimenpiteestä. Potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Hoitava lääkäri päättää myös potilaan kiinnipitämis-

tä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi tai muusta näihin rinnastettavasta hoidon suorittamisen kannalta välttämättömistä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä.

Potilaalla on oikeus ruumiillisen sairautensa hoitoon siten kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:ssä säädetään. Sairautta on hoidettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa siten kuin mainitun lain 6–9 §:ssä säädetään. Jos potilas, joka ei kykene päättämään hoidostaan, vastustaa ruumiillisen sairautensa hoitoa, hoitoa saa antaa vain, jos se on tarpeen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi. Hoidosta päättää potilasta hoitava lääkäri, joka saa myös päättää muista hoidon suorittamisen kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä. Edellä 2 momentissa tarkoitettua hoitoa voidaan antaa myös muussa kuin psykiatrista hoitoa antavassa terveydenhuollon toimintayksikössä. Tällöin hoidosta ja sen suorittamisen kannalta välttämättömistä lyhytaikaisista rajoitustoimenpiteistä päättää potilaan hoidosta tässä yksikössä vastaava lääkäri, jonka tulee toimia yhteistyössä potilasta psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä hoitavan lääkärin kanssa. (Mielenterveyslaki 4 a luku.)

Tahdonvastainen toimenpide psykiatrian käytännössä:

Jokaisella potilaalle laaditaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma. Tahdosta riippumattomassa hoidossa tai tarkkailussa olevaa potilasta voidaan lääkittää tahdosta riippumatta vain, jos lääkitsemättä jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Lähtökohtana tulee läikehoidossakin olla potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Päätöksen potilaan lääkitsemisestä tekee aina potilasta hoitava lääkäri tai sairaalan päivystävä lääkäri virka-ajan ulkopuolella. Tarkkailussa olevaa potilasta voidaan lääkittää tahdosta riippumatta.

Eristyksen ja sitomisen yhteydessä annettu tahdonvastainen injektio tulee merkitä erikseen koodilla 100A. Lääkityksestä tahdosta riippumatta tehdään merkinnät potilasseurantaan sekä luetteloon mielenterveyslain 4a luvun rajoituksista (koodi 100). Tahdonvastaisella lääkityksellä tarkoitetaan sellaista lääkitystä (pistos, tabletti, liuos ym.), jota potilas ei suostu ottamaan. Toimenpiteiden kirjaamisessa pyritään siihen, että kaikki lääkitykset, joita potilas ei suostu ottamaan, merkitään 4a luvun rajoituskoodilla 100. Tämä tarkoittaa myös lääkitystilanteita, joissa potilaalle kerrotaan, että mikäli hän ei ota lääkettä suun kautta, niin hän saa lääkkeen tahdonvastaisena injektiona.

Oikeusasiamies (Dnro 3692/4/09) on katsonut mahdolliseksi, että vapaaehtoisessa hoidossa oleva potilas suostuu hoitosopimuksin tai muulla tavoin noudattamaan tiettyjä rajoituksia hoitonsa aikana. Potilas voi tosin aina perua suostumuksensa, jolloin mahdollisista rajoituksista on päätettävä lain osoittamalla tavalla. Kun potilas on vapaaehtoisessa hoidossa, hänen hoidossaan on noudatettava potilaslakia. Hoidosta on silloin päätettävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaalle on annettava riittävä selvitys, ennen kuin häneltä pyydetään suostumus kyseessä olevaan toimenpiteeseen. Näitä periaatteita on noudatettava myös silloin, kun potilasta pyydetään noudattamaan erilaisia rajoituskäytäntöjä.

Lähteet

Käytetyt lait löytyvät osoitteesta: www.finlex.fi

Oikeusasiamiehen lausunnot löytyvät osoitteesta: www.oikeusasiamies.fi

3 Pakon käytön ennaltaehkäisy

Pakon käyttöä voidaan vähentää kehittämällä hoitokeinoja ja käytäntöjä yksikkö- ja laitoskohtaisesti. Tehokkaimmin pakon käyttöä ja kriisitilanteita voidaan ennaltaehkäistä kehittämällä useita keskeisiä alueita samanaikaisesti (Kuusi pakon vähennyksen ydinstrategiaa). Pakon ehkäisy perustuu käytäntöjen jatkuvaan kehittämiseen tilastotiedon ja kriisien jälkianalyysien perusteella, yksilö-, yksikkö ja laitostasolla. Johtajien henkilökohtainen paneutuminen, seuranta ja tuki muutoksessa on keskeistä onnistumiselle. Henkilöstön kehittyminen ja palveluiden käyttäjien ja perheiden aktiivien osallistuminen ovat olennaisia väkivallan ja pakon ennaltaehkäisyssä ja asenteiden ja hoitokulttuurin kehittämisessä. Ydinstrategia-toimintamallin teho (yli 70% vähennys eristystunneissa ja yli 50% vähennys rajoitetunneissa pakonvähennys kymmenissä sairaaloissa) johti sen rekisteröintiin USA:n käypä hoito - suositukseksi v. 2012. Suomessa tehty satunnaisesti kontrollitutkimus osoitti menetelmän turvalliseksi ja tehokkaaksi myös Euroopassa: pakkoa voitiin vähentää väkivallan lisääntymättä jopa vaikeasti väkivaltaisten psykoosipotilaiden hoidossa. Kaksivuotisen tutkimuksen aikana eristämisen ja sitomisen esiintyvyys suuressa valtionmielisairaalassa puolittui. Henkilöstön potilaisiin liittyvät työtaturma-sairaspäivät vähenivät 70% ja lyhenivät keskimäärin 80% edeltävään vuoteen verrattuna. Ydinstrategioiden käyttö lisäsi sekä henkilöstön että potilaiden turvallisuutta ja paljasti väkivallanhallintakoulutuksen vaikutuksen työturvallisuuteen: harjoittelusta aiheutui 3-4 kertaa enemmän sairausaikaa kuin potilastyöstä, kunnes koulutus uudistettiin.

3.1 Kuusi ydinstrategiaa (Six Core Strategies©, Evidence-Based Best Practice US 2012)

1. Johtajuus

Tärkein strategioista on jatkuva, määrätietoinen ylemmän johdon osallistuminen pakon vähennykseen ja tulosten ja pakkokeinotapahtumien seurantaan. Organisaation johto määrittelee ja julkistaa pakonvähennyksen vision, arvot ja filosofian. Se tekee laitos- tai yksikkökohtaisen kehittämissuunnitelman ja tukee työntekijöiden vastuunottoa tavoitteeseen pääsemiseksi. Johto seuraa pakkokeinojen käyttöä ja niihin johdaneita tapahtumia riskitilanteiden tunnistamiseksi ja toimintojen kehittämiseksi ja henkilökunnan osaamisen kehittämiseksi. Pakkokeinojen vähennyssuunnitelman tulee perustua ennaltaehkäisyyn ja jatkuvaan laadunparannukseen. Moniammatillista pakonvähennystyöryhmää suositellaan.

2. Tieto ohjaamaan käytäntöä

Pakon vähentäminen edellyttää tilastotiedon keräämistä, analyysiä, soveltamista ja seuranta. Rajoittamistoimista kerätään tietoa yksikkö-, vuoro-, päivä- ja työntekijäkohtaisesti; pakkoa kokeneiden potilaiden ominaisuudet, pakkolääkitsemiset ja pakkokeinoista aiheutuneet vammat potilaille ja henkilökunnalle selvitetään. Lukujen perusteella luodaan tavoitteet ja vertaileva seuranta.

3. Henkilöstön kehittäminen

Intensiivisellä henkilöstön koulutuksella pyritään primaariehkäisyyn vähemmän pakottavaan ja konflikteja provosoimattomaan hoitoympäristöön. Eristämis- ja sitomiskoulutukseen kuuluu vaihtoehtojen tarjoaminen potilaalle. Potilaiden valittavana tulee olla myös riittävästi hoidollisia toimintoja ja hoitoja väkivallan esioireiden ja kriisien itsehallinnan opetteluun. Yksilöllisessä potilaslähtöisessä hoitosuunnitelmatoi-

minnassa potilas on mukana kaikessa. Henkilökunnan riittävän tiedon, taidon ja kykyjen varmistamiseksi tarvitaan jatkuvaa kommunikointia, mentorointia, valvontaa ja seurantaa.

4. Ennaltaehkäisytyökalujen käyttö

Ennaltaehkäisytyökalut ja -arvioinnit integroidaan laitoksen toimintaan ja potilaan kuntoutumissuunnitelmaan. Työkaluja ovat mm. väkivaltariskin, pakkokeinohistorian ja traumahistorian määrittäminen, riskialteimpien tilanteiden tunnistaminen, kriisien liennytyseurannat ja kriisisuunnitelmat. Ennaltaehkäisyä on syrjimätön kieli (mm. ”skitsofreniaa sairastava potilas”, ei ”skitsofreenikko”), ympäristön kehittäminen, rauhoittumis- ja aistihuoneet, sensorinen modulaatio ja tunteiden ja itsehallinnan taitoja opettavat hoidot.

5. Potilaiden rooli

Potilaat, lapset, perheet ja tukihenkilöt otetaan täydellisesti ja virallisesti erilaisiin rooleihin kaikille tasoille järjestelmää auttamaan pakon vähentämisessä. Potilaat ja tukihenkilöt työskentelevät tapahtumien valvonnassa, seurannassa, jälkihaastatteluissa, vertaistukipalveluissa, ja pakollisina (valtuutettuina) merkittävissä tehtävissä laitoksen toimikunnissa. Heille järjestetään työhönohjaus/valvonta johtavalta työntekijältä joka tunnistaa tehtäviin sisältyvän vaikeuden, ja on valmis tukemaan, suojelemaan, auttamaan ja puolustamaan näiden erityistyöntekijöiden mukaanottoa. Työnkuvaukset, edellytykset, työtunnit ym. selvitetään henkilökunnan kanssa.

6. Jälkipalaverit

Jokaisen pakkokeinon, väkivaltatapahtuman ja läheltä piti -tapahtuman perinpohjainen analysointi purkukeskusteluissa ohjaa toimintaa, prosesseja ja käytäntöjä. Se auttaa välttämään tapahtuman toistumista ja lieventää pakkokeinojen haitallisia ja traumaattisia vaikutuksia hoitajille, potilaille ja silminnäkijöille. Värittömästi tapahtuman jälkeen pidetään jälkianalyysi haittojen hoitamiseksi.

Lähteet

- Hottinen A. (2013). Containment measures in adolescent psychiatric care – focus on mechanical restraint. Turku, Finland. Faculty of Medicine. University of Turku. *Annales Universitatis Turkuensis* 1052.
- American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems: Learning From Each Other Success Stories and Ideas for Reducing Restraint/Seclusion in Behavioral Health (2003). Available at www.naphs.org
- National Association of State Mental Health Program Directors (2014). Training Curriculum for the Reduction of Seclusion and Restraint, 12th ed. Alexandria, VA,
- LeBel J, Stromberg N, Duckworth K, et al: Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:37–45, 2004
- LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing* 52(11): 22-29
- Smith GM, Davis RH, Bixler EO, et al: Pennsylvania State Hospital system’s seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services* 56:1115–1122, 2005
- Huckshorn KA. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 42: 22-33.
- Huckshorn KA, LeBel JL (2009). Improving safety in mental health treatment settings: Preventing conflict, violence and the use of seclusion and restraint. In S.S. Sharfstein, F.B. Dickerson, & J.M. Oldham (Eds.), *Textbook of hospital psychiatry* (pp. 253-265). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kontio R, Soininen P, Hottinen A, Korkeila H, Kinnunen A, Ala-Nikkola T, Joffe G. (2013). HUS Psykiatriassa kehitetään vaihtoehtoja pakolle. *Pro Terveys* 2: 16-18.

Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen OP, 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): 850-855.

Soininen P. (2014). Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. Turku, Finland. Faculty of Medicine. University of Turku. *Annales Universitatis Turkuensis* 1102.

3.2 Psykiatrisen hoitotahto

Psykiatrisessa hoitotahdossa potilaalla on mahdollisuus tuoda esille hoitoa koskevia toiveitaan ja tahdonilmaisujaan tulevien hoitajaksojen varalle. Psykiatrisen hoitotahtoa sovelletaan tahdosta riippumattoman hoidon aikana erityisesti silloin, kun potilaan kyky arvioida omaa tilannettaan ja eri hoitomuotoja on alentunut. Psykiatrisen hoitotahtoon tarkoituksena on vahvistaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja etsiä potilaalle yksilöllisiä tapoja kontrolloida mahdollista väkivaltaista käyttäytymistä ja näin välttää pakkokeinoja.

Hoitotahto voidaan kirjata joko vapaamuotoisesti tai toimitusyksiköiden itse laatimille lomakkeille. Hoitotahto voi olla osa kirjallista hoitosopimusta tai se voi sisältyä kirjalliseen kriisisuunnitelmaan. Siinä voidaan ilmaista potilaan hoivaa koskevia toiveita, kuten elämänarvot, vakaumus ja toiveet hoidosta sekä ennakoita erityisesti potilaan psyykkistä tasapainoa horjuttavia uhkatilanteita.

Terveydenhuollon ammattilaisten on kunnioitettava potilaan tahdonilmaisuja ja otettava huomioon psykiatrisen hoitotahto aina kuin mahdollista. Hoitotahdosta voidaan poiketa, mikäli potilas itse on muuttanut mielensä hoitotahtoon suhteen, sairauden luonne ja hoitoon liittyvä seikat sitä vaativat, henkilökunnalla on perusteltu epäily, että hoitotahto perustuu potilaan virheelliseen käsitykseen tai potilaan hoitaminen edellyttää mielenterveyslain tarkoittamia pakkotoimenpiteitä, jotka ovat potilaan hoidon kannalta ehdottoman välttämättömiä.

Hoitotahto kannattaa laatia silloin kun potilas riittävästi ymmärtää hoitotahtoon merkityksen ja sisällön eli yleensä sairauden toipumisvaiheessa tai hoitotahdon jälkeen. Hoitotahtoon tekemiseen potilas saa apua terveydenhuollon ammattilaisilta, esimerkiksi hoitavalta lääkäriltä ja omahoitajalta. Myös läheisten kanssa on hoitotahdosta hyvä keskustella ja potilaan on hyvä kertoa missä hän säilyttää omaa kappalettaan hoitotahdosta.

ESIMERKKEJÄ PSYKIATRISISTA HOITOTAHDOISTA:

[http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrisen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi\(37816\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrisen_hoitotahto_tuo_potilaan_toi(37816))
[http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Psykiatrisen_hoitotahto\(6219\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Potilaille_ja_laheisille/Potilasohjeita__Ohjeita/Psykiatrisen_hoitotahto(6219))
https://www.psshp.fi/uutiset/-/asset_publisher/ItzobiK4GOx1/content/kys-otti-kayttoon-potilaan-psykiatrisen-hoitotahtoon/11427
https://www.kpshp.fi/sivu/media/Psykiatrisen_hoitotahto_esite.pdf/format-pdf
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/Dokumenttikirjasto/Psykiatrisen%20hoitotahto.pdf>

3.3 Väkivaltariskin arviointi

Kuten potilaan terveydentilaa, vointia ja kuntoutumista, myös väkivaltariskiä arvioidaan tarvittaessa hoidon aikana. Joidenkin potilaiden kohdalla jatkuva ja tiheä arviointi on tarpeen asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi ja väkivaltaisten tilanteiden ehkäisemiseksi. Arviointi on ollut 90-luvulle asti vain työntekijöiden omaan kliiniseen arvioon perustuvaa. 1990-luvulla on luotu merkittävimmät, edelleen käytössä olevat, arviointivälineet, jotka perustuivat pitkälti aktuaariseen ja todennäköisyyksiin perustuvaan lähestymistapaan.

Aktuaarisen lähestymistavan mukaan kliininen arviointiväline on pätevämpi kuin työntekijöiden kliininen arvio. Tässä näkökannassa potilaan hoitoon liittyvä päätöksenteko tapahtuu pitkälti mittarin antamaan todennäköisyysarvioon, jota kliininen arvio ei sekoita. Koska aktuaarinen riskinarvio on myöhemmin todettu puutteelliseksi, erityisesti siksi että tällainen arviointi on staattinen, eikä sen avulla kyetä ennustamaan väkivaltaisuutta tarkemmin (aika, kohdistuminen jne.), on arvioinneissa siirrytty strukturoituihin kliinisiin arviointeihin joissa yhdistyy strukturoitu osio kliiniseen arvioon potilaan kokonaistilanteesta. Väkivaltaisuuden todennäköisyyttä arvioivat mittarit voidaan jakaa lyhyen (< 24 h) ja pitkän (<6 – 12 kk) aikavälin arviointeihin.

Lyhyen aikavälin eli välittömän väkivaltariskin arviointi

Kliinisessä käytössä vuodeosastoilla mittareiden tarkoituksena on tukea henkilökuntaa tunnistamaan ne potilaat, joiden väkivaltariski on kohonnut. Arvioinneissa mittareilla saatava arvio riskistä ohjaa arvioinnin tekemistä, mutta arvioinnin tekevä henkilökunta tarkentaa riskin todennäköisyyttä käyttämällä arvioinnissa myös omaa kliinistä kokemustaan sekä potilaan omaa näkemystä.

Kirjoittamishetkellä Suomessa on lyhyen aikajänteen mittareista käännettynä ja käytössä Brøset Violence Checklist (BVC) ja Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA). Molemmat ovat pitkälti itseohjaavia välineitä, joiden käyttöönotto ei tarvitse erityistä koulutusta. BVC:n teho on osoitettu kahdessa satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa.

Pidemmän aikavälin väkivaltariskin arviointi

Suomessa pidemmän aikavälin väkivaltariskin arviointivälineistä laajimmassa käytössä ovat aikuispsykiatriassa The Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20) ja START. Näistä välineistä START ei ole varsinainen vaarallisuuden arviointiväline, vaan potilaan voimavarojen ja riskien kartoittamiseen, sekä lähitulevaisuuden tapahtumien tarkasteluun perustuva riskiskenaarioiden kartoitusväline. Näiden lisäksi nuorisopsykiatriassa on käytössä SAVRY. Kliinisessä työssä – erityisesti yleispsykiatriassa – näiden välineiden ongelmana on, että arvioinnissa tarvitaan runsaasti taustamateriaalia muilta viranomaisilta (esim. poliisilta) ja arvioinnin tekeminen saattaa viedä useampia viikkoja.

HCR-20 on alun perin toiminut hyvin pitkälle riskin todennäköisyyden laskentavälineenä, uudessa kolmannessa versiossa todennäköisyyksien laskenta on väistynyt ja arvio perustuu potilaskohtaisesti yksilöllisesti arviotuihin riskiskenaarioihin. Näitä skenaarioita voi käyttää suoraan kliinisen työn tukena potilaan hoidon suunnittelussa. Molemmassa välineissä suositellaan arvioinnin tekemistä ja hoitosuunnitelman tarpeenmukaista muuttamista säännöllisin väliajoin.

Yleispsykiatrisia riskiarvioiteja varten on kehitetty helppokäyttöisempi seula V-RISK-10, joka ei toislaiseksi ole käytössä Suomessa kuin muutamassa psykiatrian yksikössä, eikä käyttökokemuksia ole kertynyt muualtakaan maailmasta. Ennakkotietojen perusteella tämä soveltuisi erityisesti psykiatrisissa päivys

tyspisteissä ja vastaanotto-osastoilla tehtäviin arvioihin. Mittarilla kyetään ennustamaan puolen vuoden väkivaltaisuuden todennäköisyyttä yhtä hyvin kuin pidempien hoitajaksojen aikana tehdyt vaativimmat HCR-20 arviot.

Käytössä olevien mittareiden kliiniseen käyttöön ottoa estää tai hidastaa se, että nämä vaativat useamman päivän koulutuksen. Lisäksi arvioinnin sujuvuuden ja luotettavuuden pitämiseksi riittävän hyvänä, tulisi arvioita tehdä useamman kerran vuodessa. Näiden vaatimusten vuoksi, V-RISK-10:tä lukuun ottamatta, arviointivälineiden käyttöä ei kannata harkita kuin sellaisilla osastoilla ja yksiköissä, jotka ovat keskittyneet väkivaltariskin arviointiin ja hoitoon tämän arvioin pohjalta.

Mittareiden käytöstä

Mittareita käytettäessä on tiedostettava riski todellisen vaaran yliarviointiin ja tilanteeseen nähden liian suuriin varotoimiin, tai toisaalta liian pieniin varotoimiin niissä tilanteissa, joissa mittari ei tunnista asiakkaan potentiaalista väkivaltariskiä. On muistettava, että aukottomasti yksilön väkivaltariskiä ei voida arvioida millään mittarilla. Arvioinneissa ongelmana on päivystyksellinen psykiatria tai vastaanotto-osastot, joissa potilaasta ei ole riittävästi aikaisempaa tietoa ja impulsiivinen väkivalta on korostunut, tai oikeuspsykiatriset osastot, joilla osa väkivallasta on suunnitelmallista ja siten vaikeasti ennakoitavissa varomerkien puuttumisen vuoksi. Näissä yksiköissä väkivaltatilanteiden analysointi jälkikäteen ja toiminnan tarkasteleminen ja muuttaminen tapahtuneiden tilanteiden kautta on potentiaalisesti paras tapa kehittää ennakoivia sekä arvioida hoitoympäristössä olevia ongelmia.

Pakon käytön vähentämisen välineenä välittömän väkivaltariskin arviointimittarit ovat kohtalaisen heikosti vaikuttavia, eikä välineen käyttöönotto tule poistamaan osastoilla tapahtuvaa väkivaltaa kokonaan. Pakon käytön ja väkivallan vähentämistä tulee sen vuoksi tarkastella kokonaisuutena, joka koostuu sekä uusien välineiden käyttöönotosta, ympäristön ja tilanteiden tarkastelusta ja potilaiden huomioimisesta osana hoidon sisällön kehittämistä.

Lähteet

- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer JE (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 193, 44–50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534
- Almvik R, Woods P & Rasmussen K. 2000. The Brøset violence checklist. Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 15(12), 1284–1296.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM & Zoffmann V. 2012. Mechanical Restraint – Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care*. 48(2), 83–94.
- Björkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H & Moger TA. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: an introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry*, 24(6), 388–394.
- Borum R, Bartel PA & Forth AE. (2005). Structured assessment of violence risk in youth. *Mental health screening and assessment in juvenile justice*, 311–323.
- Doyle, M. & Dolan, M. 2002. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9: 649–657. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00535.x
- Dumais A, Larue C, Michaud C & Goulet M-H. 2012. Predictive validity and psychiatric nursing staff's perception of the clinical usefulness of the French version of the dynamic appraisal of situational aggression. *Issues in Mental Health Nursing*. 33(?), 670–675.
- Gray NS, Taylor J & Snowden RJ. 2008. Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *The British Journal of Psychiatry*. 192: 384 – 387.
- Large MM, Ryan CJ, Callaghan S, Paton MB & Singh SP (2014) Can violence risk assessment really assist in clinical decision-making? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 48: 286–288

- Monahan J, Steadman HJ, Robbins PC, Appelbaum P, Banks S, Grisso T, Heilbrun K, Mulvey EP, Roth L & Silver E. 2005. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 56(7), 810–815.
- Ogloff JRP & Daffern M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*. 24(6) 799 – 813.
- Pedersen L, Rasmussen K & Elsass P. 2010. Risk Assessment: The value of structured professional judgements. *International Journal of Forensic Mental Health* 9(2) 74–81.
- van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 199(6):473-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.095141.
- Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL & Middleton C. (2004). Short-term assessment of risk and treatability (START). Port Coquitlam, British Columbia, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario, and Forensic Psychiatric Services Commission.

3.4 Eristämisen ja sitomisen välttäminen

Potilaan eristäminen ja sitominen ovat kaikkein vakavimmat pakon käytön muodot psykiatrisessa hoidossa ja kaikki mahdolliset vaihtoehtoiset keinot niiden käyttämiseksi tulisi olla käytössä osastoilla. Suomessa on kehitetty useita erilaisia vaihtoehtoisia menetelmiä eristämiseksi ja sitomiseksi ja tässä on esitelty yhdistelmä Auroran sairaalan ja Halikon sairaalan toimintaohjeista. Näissä ohjeissa vaihtoehtoisia toimintamalleja ovat:

- 1) Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen
- 2) Riittävä lääkitys
- 3) Ympäristöön vaikuttaminen
- 4) Vakauttaminen
- 5) Vierihoido
- 6) Hoidollinen kiinnipitäminen
- 7) Ohjaaminen toiminnallisuuteen
- 8) Rauhallisen tilan hyödyntäminen
- 9) Potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen ja sitomisen keskittäminen)
- 10) Prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen
- 11) Potilaan hoitotahdon huomioiminen
- 12) Potilaan mahdollisten toiveiden toteuttaminen
- 13) Pakkokeinojen prosessimalli

1. Omahoitajuus ja hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen ja potilaan tutkiminen

Hoidollista läsnä olevaa vuorovaikutusta potilaan kanssa lisätään. Potilaan ajatusten, pelkojen ja tunteiden kuuleminen lisää henkilökunnan tietoa potilaasta. Rauhoittavalla viestinnällä luodaan edellytykset puhumalla rauhoittumiseen. Kuunteleminen on hoitajan aktiivista toimintaa, jolloin hän keskittyy kuulemaan ja selvittämään, mitä potilas todella sanoo. Tämä vaatii kiireettömyyttä ja pysähtymistä potilaan luokse.

2. Riittävä lääkitys

Riittävää lääkitystä käytetään ennakoivasti. Lääkehoidon tarpeen ja vaikutuksen arviointi ja tehostetun lääkehoidon toteuttaminen auttavat potilasta rauhoittumaan. Käytetään potilaalle määrättyjä tarvittavia lääkkeitä. Lääkkeet tulee sopia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

3. Ympäristöön vaikuttaminen

Osastolla pyritään ylläpitämään rauhallinen ilmapiiri ja vältetään äkillisiä muutoksia. Levoton potilas ohjataan pois ristiriitatilanteesta, jolloin muutetaan hoitoympäristöä minimoimalla turhat ärsykkeet.

4. Vakauttaminen

Hoitaja voi opettaa potilaalle vakauttamiskeinojen käyttöä ja tukea niiden harjoittelussa. Vakauttamiskeinojen avulla pyritään potilaan orientaation palauttamiseen ja itsenäisyyden tukemiseen. Vakauttaminen on osa ahdistuksen hallintaa. Aluksi arvioidaan potilaan ruumiillisten oireiden esiintyminen, kuten kohonnut sydämen syke tai hengitystaajuus. Vakauttamisen tavoitteena on näiden oireiden lievittäminen esim. hengitystä tasaamalla, lihaksia jännittämällä ja rentouttamalla.

5. Vierihoido

Vierihoidossa yksi hoitaja keskittyy pelkästään kyseisen potilaan hoitamiseen ja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskustelemalla ja/ tai olemalla läsnä hänen kanssa. Vierihoidon tavoitteena on potilaan rauhoittuminen ja turvallisuuden tunteen lisääntyminen. Samalla voidaan arvioida myös potilaan itsemurhariskiä. Vierihoidaja sovitaan työvuorossa olevista hoitajista ja vierihoidajaa vaihdetaan vuorotellen potilaalle tuttujen hoitajien kesken. Vapaaehtoisuuteen ja yhteistyöhön perustuvaa vierihoidoa toteutetaan potilaan ja hoitajan ja/ tai lääkärin sopimuksen mukaisesti. Mikäli kyseessä on vierihoido potilaan tahdosta riippumatta, se toteutetaan lääkärin määräyksen mukaisesti. Toimenpide kirjataan rajoitetoimien listaan koodilla 110C. Vierihoidettavalle potilaalle nimetään työvuorokohtainen vastuuhoidaja, joka huolehtii vierihoidon toteuttamisesta, toimii koordinoivana hoitajana ja käy potilaan vointiin liittyviä neuvotteluja. Vastuuhoidajan nimi kirjataan potilaskertomuksen Hoitokertomukseen.

6. Kiinnipitäminen

Potilaan hoidollinen kiinnipitäminen on hoitotoimenpide, jolla henkilökunta rauhoittaa väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti käyttäytyvää potilasta hyödyntäen työpaikkakoulutuksessa oppimiaan väkivaltaisen käyttäytymisen hallintakeinoja. Hoidollinen kiinnipitäminen on tahdosta riippumaton toimenpide, jota voidaan käyttää vain tarkkailussa tai tahdosta riippumattomassa hoidossa. Rajoituksesta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin ja luetteloon mielenterveyslain 4a luvun rajoituksista (koodi 300) säännöksissä mainittujen edellytysten mukaisesti.

7. Ohjaaminen toiminnallisuuteen

Potilaslähtöisesti lähdetään ohjaamaan potilasta toiminnallisuuteen esim. ulkoilu, musiikin kuuntelu, soitto ystävälle tai saunominen. Toiminnallisuuden kautta pyritään pääsemään pois aggressiivisesta tilanteesta. Osastojen fyysinen ympäristö tulisi muokata niin, että se edesauttaa toiminnallisuuteen. Erilaiseen toiminnallisuuteen pyrkivät ryhmätilanteet pitäisi myös ottaa käyttöön.

8. Rauhoittumishuone

Potilas ohjataan rauhalliseen tilaan. Tilana voi toimia potilaan oma huone tai muu siihen soveltuva tila. Potilaan oleminen tilassa perustuu vapaaehtoisuuteen. Tilan ovia ei lukita ja potilas voi poistua vapaasti huoneesta. Tilassa hyödynnetään kaikki rauhoittumiseen käytettävät interventiot esim. musiikki. Yksi esimerkki rauhallisen tilan hyödyntämisestä voi olla tavallisen eristys huoneen käyttö, siten että ovi pidetään sovitusti auki. Paras vaihtoehto olisi muuttaa eristys huoneet rauhoittumishuoneiksi, tai mahdollistaa potilaalle meneminen rauhoittumishuoneeseen ennen eristykseen joutumista.

9. Potilaan siirtäminen toiselle osastolle (eristämisen / sitomisen keskittäminen)

Potilas siirretään ennakoidusti toiselle osastolle, jossa paremmat resurssit hoitoon. Toiselta osastolta tulee uusi arvio potilaan tilanteeseen. Osastot, jotka eivät toteuta eristämistä/sitomista, kehittävät ennaltaehkäisyä, ja vaihtoehtoisten toimintamallien käyttö lisääntyy. Toiminnan kehittäminen ja arviointi helpottuu, kun yksi osasto toteuttaa eristykset/sitomisesta. Eristykset/sitomisesta vähentyvät selkeästi. Aluksi toteutetaan avoimien ovien eristys osaston omaan rauhoittumishuoneeseen. Tilassa toteutetaan lääkitys ja tarvittaessa mielenterveyslaissa asetettujen edellytysten mukaisesti kiinnipito. Tämän rauhoittumisen jälkeen keskustellaan potilaan kanssa ja arvioidaan tarve toisen osaston eristystilaan siirtymiselle. Kaikkien psykiatristen osastojen, joiden eristysten/sitomisien kertamäärät ovat vuodessa alle 30, tulisi lopettaa eristysruokahuoneen käyttö ja siirtää potilaat eristettäväksi/sidottavaksi toiselle osastolle. Luku perustuu käytännön kokemuksiin. Suomessa yksittäiset sairaalat (Halikon sairaala, Jyväskylä) ovat keskittäneet pakkotoimenpiteet yhdelle osastolle, ja tämä käytäntö on johtanut siihen, että pakkokeinojen käyttö on vähentynyt tai loppunut lähes kokonaan. Jyväskylässä pakkotoimenpiteiden kertamäärät laskivat 95 % vuosina 2008–2013.

10. Prosessin keskeyttäminen ja aikalisän ottaminen

Aikalisää (timeout) tulisi käyttää eristys- tai sitomistilanteen aikana. Tilanteen vastuuhoidtaja ilmoittaa aikalisästä ja tilanne keskeytetään hetkeksi. Annetaan potilaalle mahdollisuus siihen, että prosessi lopetetaan ja eristykseen/sitomiseen käytöstä luovutaan. Annetaan potilaalle vielä yksi mahdollisuus lähteä tilanteesta pois. Kerrotaan potilaalle, että miten hänen käytös tulee muuttua, jotta jatkossa vältetään eristyksestä/sitomisesta.

11. Psykiatrinen hoitotahto

Jokaiselle pakkohoidossa olevalle potilaalle tulisi olla täytetty hoitotahto ennen hoidon aloittamista. Näin tiedetään, mitä rajoitetta potilas haluaa hänen kohdallaan käytettävän. Olisi tärkeää, että potilaan hoitotahto on täytetty jo avohoidossa ennen sairaalahoitoon joutumista.

12. Toiveiden toteuttaminen

Potilaan mahdolliset toiveet toteutetaan. Pyritään siihen, että vältetään potilaan aggressiivisuuden lisääviä tekijöitä. Potilaan toiveita ei saa olla toteuttamatta vetoamalla osastosääntöihin. Mikäli tilanne vaatii, niin jossain tilanteissa voidaan potilaan toiveet toteuttaa, vaikkakin osastosäännöissä asia olisi kielletty. Tämä toiveiden toteuttaminen voi liittyä esimerkiksi hiljaisuusaikaan tai ruokailu-aikaan tai mihin tahansa muuhun asiaan.

13. Pakkokeinojen käytön prosessimalli

Pakon käytön vähentämisen näkökulmasta potilaalle tehtävien toimenpiteiden tulisi edetä vähemmän pakottavasta kohti pakottavampaa toimenpidettä. Auroran sairaalan ja Halikon sairaalan toimintaohjeeseen pohjautuen prosessi on seuraavanlainen: 1. lääkitys, 2. vierihoidto, 3. kiinnipito, 4. huone-eristys, 5. sitominen. Seuraavaa toimenpidettä tulisi käyttää vasta sitten, kun edeltävä on kokeiltu. Suomessa yksittäiset sairaalat ovat ohjeistaneet toimimaan kuvattujen prosessin mukaisesti, ja lepositeiden käyttö on vähentynyt tai loppunut lähes kokonaan. Lain säännöksen edellytysten tulee täytyä jokaisen prosessin eri vaiheessa toteutettavan pakkokeinoon kohdalta.

3.5 Safewards toimintamalli

Safewards on tutkimukseen ja työelämäyhteistyöhön pohjautuva toimintamalli, jonka avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja ja aggressiotilanteita sekä niiden rauhoittamiseen käytettäviä pakkokeinoja. Mallin kehittamisestä soveltamisesta vastaa englantilainen hoitotieteen professori Len Bowers. Safewards –mallissa esitetään konkreettisia välineitä väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyyn ja aggressiotilanteiden rauhoittamiseen. Nämä ns. de-eskalaatio –menetelmät soveltuvat erityisen hyvin psykiatriseen osastotyöhön ja niiden avulla voidaan vähentää psykiatrisilla osastoilla tapahtuvia konflikteja ja aggressiotilanteita.

Mallissa on määritelty kuusi keskeistä tekijää, jotka vaikuttavat konfliktien syntymiseen ja pakkokeinojen käyttöön psykiatrisessa osastohoidossa: 1) potilaiden muodostama yhteisö, 2) potilaiden erityispiirteet ja tausta, 3) osaston säännöt ja rajoitukset ja niiden ilmaiseminen, 4) henkilökunta ja sen toiminta, 5) osaston fyysinen ympäristö ja 6) sairaalan ulkopuolinen ympäristö. Kaikki nämä tekijät voivat yksittäisinäkin toimia laukaisevana tekijänä potilaiden aggressiiviselle käyttäytymiselle. Henkilökunnalla ja potilailla on mahdollisuus vaikuttaa osastojen toimintaan niin, että estetään laukaisevia tekijöitä ja siten ehkäistään konfliktien syntyminen.

Mallissa on 10 erilaista konkreettista toimenpidettä, joita toteutetaan systemaattisesti ja siten että kaikki ovat sitoutuneet uuteen toimintamalliin. Toimenpiteistä voidaan valita yksi tai useampia. Seuraavassa on kuvattuna toimenpiteen nimi ja sisältö lyhyesti.

1. Yhteiset odotukset: Määritellään ja kirjataan sekä potilaiden että henkilökunnan odotukset siitä, miten osastolla toimitaan ja käyttäydytään.
2. Pehmeät sanat: Henkilöstö puhuu kunnioittavasti ja lempeästi myös rajoittamistilanteissa, harjoiteltava taito.
3. Puheella rauhoittaminen: Vahvistetaan tiimin de-eskalaatiotaitoja ja käytetään niitä systemaattisesti ja opeteltujen ja yhdessä sovittujen sääntöjen mukaisesti
4. Positiiviset sanat: Henkilökunta oppii tunnistamaan ja jakamaan potilaiden hyviä ominaisuuksia ja vahvuuksia. Potilaista puhuttaessa korostuu toivo, optimismi ja kunnioitus.
5. Huonojen uutisten kertominen: Huonojen uutisten kertominen potilaille niin, että hän voi varautua niihin etukäteen ja saa tukea ne kuultuaan.
6. Tunnetaan toisemme: Osastolla on kansio/posteri/ilmoitustaulu, jossa on esitelty kaikki työntekijät ja potilaat ja se on kaikkien nähtävissä. Sisältää myös valikoituja henkilökohtaisia tietoja.
7. Avun antaminen: Potilaat tekevät pieniä asioita auttaakseen ja tukeakseen toisia potilaita.
8. Rauhoittumismenetelmät: Esineitä ja tavaroita joilla potilas voi kontrolloida levotonta oloa ja mahdollisia aggressiivisia ajatuksia.
9. Turvallisuuden palauttaminen: Lisätään henkilökunnan tietoisuutta mahdollisista aggressiosta, levottomuutta tai ahdistusta aiheuttavista tapahtumista osastolla.
10. Kotiutusviestit: Osastolta kotiutuvat potilaat jättävät rohkaisevia ja toivoa herättäviä viestilappuja uusille potilaille nähtäväksi osaston tiloissa.

Tällä hetkellä Safewards –malli on käytössä useissa englantilaisissa sairaaloissa ja on levinnyt myös muihin maihin. Mallin vaikuttavuuden arvioimiseksi on toteutettu kokeellinen randomoitu tutkimus Englannissa 15 sairaalan 31 osastolla. Safewards –mallia toteuttaneilla osastoilla konfliktien määrä väheni 14.6 % ja pakkokeinojen määrä 23.6 %. Safewards on yksi menetelmä vähentää pakon käyttöä ja siten tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja sekä potilaille että henkilökunnalle. Mallin interventiot ovat hyvin konkreettisia, ne ovat lähes ilmaisia ja hyvin helposti toteutettavissa suomalaisillakin psykiatrisilla osastoilla.

Lähteet

Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, 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: 1412-1422.

Kuosmanen L, Kontio R, Soininen P, Lahti M. Psykiatrisista osastoista turvallisempia paikkoja. *Sairaanhoitaja* 3/2016. Safewards (2015). <http://www.safewards.net/> (Haettu 14.10.2016).

4 Hoidon ja hoitojärjestelmän merkitys pakon vähentämisessä

4.1 Avohoito

Mielenterveyslain 3 § 1 momentin mukaan on määritelty, että kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia alueelleen tarpeita vastaavista mielenterveyspalveluista. Ensisijaisesti hoito tulisi toteuttaa avohoitopalveluina itsenäistä ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista suosien. Sairaalaan toimittamisen tulisi tapahtua siten, että avohoidosta vastaavat työntekijät ja verkosto ovat mukana prosessissa sairaalaan toimittamisesta uloskirjoitukseen saakka. Lyhyt ja intensiivinen sairaalahoido tai pidennetty päivystyksellinen arvio voi olla perusteltua potilaan lääkityksen arvioimiseksi, akuutin kriisitilanteen rauhoittamiseksi tai potilaan ollessa vaarallinen itselleen tai muille.

Merkityksellistä on, missä vaiheessa potilaan sairaalahoido alkaa ja kuinka sairaalahoidon jälkeinen jatkoahoito toteutetaan. Potilaan sairaalahoidon oikea-aikaisella aloituksella ja lopettamisella on keskeinen vaikutus pakon käytön vähentämiseen psykiatrisissa sairaaloissa. Hoidon oikea-aikaisuudella ja pakon käytöllä on merkitystä potilaan hoitomyönteisyyteen. Jokaisella potilaalla tulee olla avohoidossa laadittu hoitosuunnitelma, josta käy ilmi eri hoitovaihtoehdot voimien heikentyessä (kts. psykiatrisen hoitotahto) ja joka on sähköisesti nähtävissä siellä missä sairaalahoidon tarvetta arvioidaan.

Sairalahoidon tarve ei synny tyhjästä. Esimerkiksi psykoosipotilaiden kohdalla sairaalahoidon ja mahdollinen pakon käytön tarve harvoin kehittyy ilman ennakkomerkkejä. Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuvilla esioireet ovat 75 %:lla nähtävissä kuukausia ja jopa vuosia ennen skitsofrenian "pukkeamista". Psykoosirelapsin esioireet ovat todettavissa vähintään 2-4 viikkoa ennen sairaalahoidon päättymistä. Esioireiden toteamisen jälkeen on riittävästi aikaa tehdä toimenpiteitä, jotta välttyttäisiin sairaalahoidolta. Psykoosin oireiden vaikeusasteella ja sairaudentunnolla on merkitystä siihen, kuinka hoito onnistuu avohoidossa. Olisi pyrittävä siihen, että psykoosipotilas hoidettaisiin kokonaisuudessaan avohoidossa. Tämä edellyttää toimivaa avohoidon järjestelmää, akuutti- ja psykoosiryhmätyypistä työotetta ja toimivaa yhteistyötä avohoidon ja sairaalan välillä. Psykoosipotilaan kohdalla voidaan lähes kaikki samat toimenpiteet tehdä niin avohoidossa kuin sairaalahoidossakin.

Avohoidossa hoitaminen ei onnistu, jos potilas on yhteistyökyvytön, itsemurhavaarassa, uhkaava tai väkivaltainen. Yhteistyökyvyttömyys liittyy usein hoidon laiminlyöntiin ja hoidon aloituksen epäonnistumiseen. Aktiivinen päihdeongelma ja omaisten uupuminen tai keinottomuus heikentävät avohoidon onnistumisen edellytyksiä. Viime vuosina ympäri maata on kehitetty erilaisia toimintamalleja joissa avohoitoa on tehostettu voimakkaasti ja saatu sitä kautta sairaalahoitoa vähennettyä.

4.2 Sairalahoido

Sairalahoidossa pyritään ensisijaisesti vapaaehtoisuuteen. Potilaan oma tahto huomioidaan hoitoon liittyvissä päätöksissä riippumatta siitä, onko hän vapaaehtoisessa vai tahdosta riippumattomassa hoidossa. Sairalahoidon päädytään, kun potilasta ei kyetä auttamaan avohoidon keinoin. Osastohoidon sisältöön liittyvistä yksityiskohdista täytyy neuvotella potilaan kanssa. Hoidon sisällön täytyy perustua yhdessä potilaan kanssa heti sairaalan tullessa laadittuun hoitosuunnitelmaan josta potilas saa halutessaan oman kappaleen.

Hoitosuunnitelma täytyy kirjata potilaskertomukseen. Mikäli mahdollista potilasta vastaanottamassa sairaalassa tulisi olla hänet tunteva henkilö tai työpari.

Sairaalahoidossa olevien potilaiden diagnostisiin tutkimuksiin kuuluvat somaattinen ja psykiatrinen tutkimus sekä moniammatillisen työryhmän tekemä arvio. Hoidon alussa laaditaan yhdessä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa yksilöllinen hoitosuunnitelma tai tarkistetaan avohoidossa tehtyä hoitosuunnitelmaa. Hoidon alussa määritellään hoidon tarve, tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Onnistuneen hoidon suunnittelussa on keskeistä, että avohoidon työntekijät ovat potilaan hoidon suunnittelussa mukana. Potilaan psykiatrinen tutkiminen käsittää esitietojen sekä kliinisen haastattelun lisäksi perhehaastattelun ja lasten tilanteen arvioinnin. Potilaan verkostoa tavataan riittävän usein potilaan luvalla. Jos potilas on aggressiivinen ja levoton ja pakon käyttöä joudutaan harkitsemaan, tulisi lääkärin tavata tällainen potilas päivittäin, vaikka lyhyenkin aikaa kerrallaan.

Hoitosuhteessa tuetaan potilaan voimavaroja. Sairaalahoido perustuu vastavuoroiseen dialogiseen hoitosuhteeseen. Hoitosuhdetyön työskentelytavat ovat riippumattomia siitä hoidetaanko potilasta vapaaehtoisuuteen perustuen vai tahdosta riippumatta. Eroa on ainoastaan rajoituksissa, joita voidaan asettaa potilaan terveyden ja turvallisuuden takaamiseksi.

Lääkehoito on muiden hoitomuotojen ohella keskeinen keino lievittää potilaan oireita ja parantaa toimintakykyä erityisesti vaikeissa mielenterveyden häiriöissä. Lääkityksestä tulee sopia yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilasta täytyy informoida lääkkeen annostelusta, kestosta, vaikutusmekanismeista sekä sivuvaikutuksista. Osastohoidossa on keskeistä potilaan lääkeyksityksen tehon ja varsinkin mahdollisten sivuvaikutusten seuranta. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla lääkehoidolla on suuri merkitys potilaan lääkemyönteisyyden kehittymiseen. Suuri osa psykoosipotilaiden relapseista johtuu juuri lääkeyksityksen laiminlyönneistä ja siitä johtuvasta oireiden vaikeutumisista.

Potilaan elämäntilanne huomioon ottaen pyritään tapaamaan potilaan perhettä ja verkostoa riittävän tiiviisti osastohoidon aikana. Verkostotapaamisten tehtävänä on sekä saada tietoa potilaan ja perheen elämäntilanteesta että antaa tietoa ja tukea potilaan läheisiä kuormittavassa tilanteessa. Psykoedukaatio on yksi keskeinen työtapo erityisesti vaikeissa mielenterveyden häiriöissä. Vuorovaikutteisen psykoedukaation tavoite on lisätä potilaan ja hänen läheisen ympäristönsä ymmärrystä sairaudesta ja sen hallinnasta. Tämän ymmärryksen seurauksena potilas ja hänen omaisensa oppivat paremmin tuntemaan potilaan voimien vaihtelut tai heikkenemisen ja sitä kautta auttaa potilasta hakeutumaan aiemmin hoitoon.

Osastohoidossa on tärkeää ymmärtää väkivaltaisuuksiin liittyvät tekijät ja kehittää henkilökunnan taitoa väkivallan kohtaamiseen. Tämä voi tapahtua esimerkiksi täydennyskoulutuksen kautta. haasteena on ollut menetelmien alueellinen, paikallinen ja ammattiryhmäkohtainen epäyhtenäisyys. Koulutuksella voidaan kuitenkin vaikuttaa jonkun verran esimerkiksi eristysten määrään ja pakon käytön muotoihin. Varsinaisen muodollisen koulutuksen lisäksi henkilöstö tarvitsee nimenomaan vuorovaikutukseen, yhteistyön ja toimintatapojen sekä turvallisuusasioiden lisäävää koulutusta. Hoitohenkilökunnan aggressionhallintakoulutuksen onkin todettu olevan yhteydessä pakkotoimien käytön vähenemiseen ja niiden keston lyhenemiseen. Koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa potilaiden ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen parantamalla hoitohenkilökunnan tietoisuutta vaihtoehtoisista, vähemmän rajoittavista toimenpiteistä sekä turvallisemmista interventioista.

Hoitajien ammatillisista valmiuksista keskeisimpiä väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyssä ovat hoitajien asennoituminen ja käyttäytyminen potilaan kanssa. Lisäksi on muistettava, että kokemus tuo varmuutta toimia uhkaavissa tilanteissa. Henkilökunnan kehittyminen tapahtuu mm. työntekijöiden koulutuksella, uusien työntekijöiden haastattelukysymyksillä, työnkuvauksilla, suoriutumisen arvioinneilla ja uusien työntekijöiden perehdytyksellä. Työntekijävaihdosta on hyviä kokemuksia eri sairaanhoitopiiriin välillä.

Vuorovaikutukselliset keinot

Potilaan asemaa ja oikeutta koskevan lain mukaan tulee saada itsenäisten päätöksiensä tueksi riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoitovaihtoehdoista. Tärkeä osa väkivallan ehkäisemistä on vuorovaikutuksen parantaminen. Vuorovaikutuksella pyritään saamaan aikaiseksi se, että potilas osallistuu omaan hoitoonsa. Aggressiivisen käyttäytymisen ehkäisyyn kuuluu se, että potilas saa riittävästi tietoa lääkityksestään, hoidosta ja osaston toimintatavoista. Potilasta tulee informoida jatkuvasti rajoitetoimenpiteen aikana. Potilaiden ja henkilökunnan välisellä vuorovaikutuksella on ratkaiseva merkitys osaston ilmapiirin kannalta. Psykoottinenkin potilas aistii henkilökunnan kunnioittavan, ystävällisen ja kuuntelevan asenteen. Potilaiden mielestä henkilökunnan kontrolloiva toiminta ja heikko vuorovaikutus lisäävät aggressiivista käyttäytymistä. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että osastohoidon aikana potilaiden aggressiiviseen käytökseen vaikuttaa myös henkilökunnan asenteet pakkohoitoa kohtaa. Pakossa vähän eettisiä ristiriitoja näkevät työntekijät käyttävät pakkoa enemmän. Potilaiden tylsistyminen ja turhautuminen saattavat olla syy aggressiiviselle käytökselle. Tylsistymistä ja turhautumista vähentävän toiminnan järjestäminen osastolla kanavoi aggressiivisuutta ja vähentää tarvetta pakon käytölle.

Hoidon jatkuminen sairaalahoidon jälkeen

Optimaalisimmillaan avohoidon työntekijät ovat potilaan hoitoprosessissa mukana heti osastolle tulo- vaiheesta alkaen. Avohoidon työntekijät potilaan ja tämän omaisten ohella ovat parhaita potilaan hoidon asiantuntijoita. Mikäli potilaalla ei ole aiempaa avohoitokontaktia, avohoitoon ollaan yhteydessä heti osastohoidon alkupäivistä lähtien. Sairaalassa tapahtuva hoidon suunnittelu tulisi toteuttaa yhteistyössä avohoidon kanssa.

Lähteet

- Ala-Aho S, Hakko H & Saarento O. 2003. Vastentahtoisten eristämisen vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Duodecim* 119, 1969–75.
- Gaskin C, Elsom S & Happell P. 2007. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British Journal of Psychiatry* 191, 298-303.
- Holmes D, Kennedy S & Perron A. 2004. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing* 25, 559-578.
- Jansen G, Danssen T & Groot Jebbinik G. 2005. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 3-13.
- Kaltiala-Heino R, Työlajärvi M, Kahila K, Niemi S & Pilli M. 2004. Vaativien kiihtymystilanteiden evaluointi ja aggressionhallinnan parantaminen psykiatrisella osastolla. *Suomen Lääkärilehti* 59(42), 4017-4021.
- Keski-Valkama A: *The Use of Seclusion and Mechanical Restraint in Psychiatry - A Persistent Challenge over Time*. Tampere, Acta Electronica Universitatis, 2010, p. 523
- Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A & Grigori J. 2010. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraints? *Nursing Ethics*, 17(1), 65-76.
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992.
- Olofsson, B. & Nordberg, A. 2005. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing* 33, 89-97.
- Pitkänen A, Laijärvi H, & Välimäki M. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 17, 239-248.
- Steinert T, Lepping P. 2009. Legal provisions and practice in the management of violent patients. a case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry* 24(2), 135-41.

4.3 Henkilöstö

Hoitotyön henkilöstömitoituksessa otetaan kantaa henkilöstön määrään ja koulutusrakenteeseen. Henkilöstömitoituksen muuttamista voidaan pitää yhtenä yleisimmistä pakkotoimien vähentämiseen käytettävistä interventioista, vaikka henkilöstömitoituksen ja hoitotyön tulosten, kuten pakkotoimien, välisen yhteyden kuvaaminen onkin haasteellista. Merkittävän haasteen yhteyksien tarkastelulle aiheuttaa se, että usein henkilöstöresursseja ohjataan tietoisesti niille osastoille, joilla haastavia tilanteita kohdataan paljon. Sopivalle hoitotyön henkilöstömitoitukselle ei olekaan olemassa yhtä oikeaa vastausta tai määritelmää.

On esitetty arvioita siitä, että suurempi henkilöstömäärä suhteessa potilasmäärään mahdollistaa sen, että enemmän aikaa on käytettävissä suoraan potilastyöhön, mikä puolestaan vähentää konflikteja. Hoitohenkilökunnan määrän lisääminen mahdollistaa osaltaan myös muiden pakkotoimien vähentämiseen pyrkivien interventioiden käytön, joten hoitohenkilökunnan määrällä on arvioitu olevan siitäkin syystä epäsuora yhteys pakkotoimien vähenemiseen.

Jos taas halutaan eristämislle ja sitomiselle vaihtoehtoja potilaan vierihoito voidaan järjestää vain, jos henkilökuntaa on riittävästi. Vaikuttaa siltä, että pakkotoimien käyttöä säätelevät ensi sijassa hoitokulttuurien erot. Henkilökunnan vaihtuvuuden sekä epäpätevien sijaisten käytön on myös ajateltu johtavan eristämiseen sekä sitomiseen. Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä henkilöstöhallinnolla pitäisi varmistaa, että kokeneimmat ja koulutetuimmat työntekijät työskentelevät sellaisissa prosessin vaiheissa esimerkiksi akuutti-osastoilla, joissa potilaan ammattitaitoinen ja arvostava kohtaaminen luo pohjan hoidon onnistumiselle.

Henkilöstön koulutustaso ja työkokemus ovat yhteydessä pakkotoimien käyttöön. Esimerkiksi sairaanhoitajien määrän lisääminen on yhteydessä eristysten ja sitomisen vähentymiseen. Eristämistä käytetään vähemmän, kun henkilöstö on enemmän koulutautunutta ja kun työkokemus alalta oli pidempi. Kuitenkin eristämistä käytetään vähemmän myös niissä tapauksissa, kun tiimin jäsenten työkokemuksen määrä vaihtelee, eli kun läsnä on sekä pidemmän että lyhyemmän työkokemuksen omaavia hoitajia. Lisäksi hoitohenkilöstön taitotason vaihtelu on yhteydessä vähäisempiin eristämisiin ja sitomisiin. Heterogeenisyys hoitotiimeissä lisääkin tiimien kekseliäisyyttä ja johtaa tietoisempiin valintoihin esimerkiksi pakkotoimien käytössä.

Toisaalta koulutetun ja pätevän hoitohenkilökunnan määrän lisääntyminen näyttää lisäävän konfliktien ja potilaan rajoittamisen todennäköisyyttä. Syyksi on arvioitu se, että koulutettu ja pätevä henkilökunta on yleensä tekemisissä haastavimpien potilaiden kanssa ja joutuu asettamaan potilaille rajoja. Vähemmän koulutettu henkilökunta puolestaan saattaa ohjata haastavan ja uhkaavasti käyttäytyvän potilaan koulutetun ja pätevämmän henkilöstön hoidettavaksi.

Hyvä rekrytointi ja perehdyttäminen luovat pohjan ammattitaitoisen henkilöstön saamiseksi sijaisuuksiin. Perehdyttämisen on oltava systemaattista sekä prosessiluonteista. Myös sijaiset osallistuvat samaan koulutusohjelmaan kuin vakinaiset henkilöstön jäsenet. Jokaiselle uudelle työntekijälle täytyy nimetä perehdyttäjä, joka käy läpi pakon käyttöön liittyviä kysymyksiä ja yksikön turvallisuusohjeita, -malleja ja hyviä käytänteitä. Pakon käytön vähentämiseen on kehitetty myös verkkokoulutuksia.

Työnohjaus kuuluu oleellisena osana psykiatriseen hoitamiseen sekä ammatilliseen kasvuun ja kehittämiseen ja on jokaisen työntekijän oikeus ja velvollisuus. Tahdosta riippumaton hoito toteuttavissa yksiköissä työ voi olla voimakasta stressiä ja ahdistusta herättävää ja erityisesti eristämiset ja sitomiset aiheuttavat paitsi potilaissa myös henkilökunnassa hyvin voimakkaita tunteita joita voi käsitellä työnohjauksella.

Kaikella tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentämiseen tähtäävillä toimilla täytyy olla esimiesten ja johdon tuki. Johtoryhmissä käydään säännöllisesti läpi pakon käytön ennaltaehkäisyä, tilastointia sekä kehittämisehdotuksia.

Lähteet

- Bowers L & Crowder M. 2012. Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards – A cross sectional time series Poisson regression study. *International Journal of Nursing Studies* 49(1), 15–20.
- De Lacy L. 2006. The influence of nursing staff numbers and skill mix on seclusion and restraint use in public psychiatric hospitals. George Mason University.
- Donat D. 2002. Impact of Improved Staffing on Seclusion/Restraint Reliance in a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25(4), 413–416.
- Janssen W, Noorthoorn E, Linge R & Lendemeijer B. 2007. The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International Journal of Law and Psychiatry* 30(2), 118–126.
- Livingston J, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P & Nicholls T. 2010. A Narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing* 6(1) 15–28.
- Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99.
- Pitkääho T. 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessä erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Number 49. Kuopio.
- Stewart D, Van Der Merwe M, Bowers L, Simpson A & Jones J. 2010. A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion Among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing* 31, 413–424.

4.4 Hoitokulttuuri

Alueelliset erot pakon käytön määrissä ja menetelmissä perustellaan usein eroilla hoitokulttuurissa. Ei ole yksimielisyyttä siitä, mitä hoitokulttuuri on ja miten siihen voisi vaikuttaa. Yksinkertaistaen hoitokulttuurin voi ajatella olevan se ”miten me täällä toimitaan”. Pakkoa toteuttavilla osastoilla tulisi kuitenkin aika ajoin pysähtyä miettimään, miten meillä hoidetaan ja kohdellaan potilaita, miten suhtaudumme erilaisuuteen, kehittämiseen ja palautteeseen ja onko tavoissamme toimia jotain sellaista jota voisimme muuttaa.

Hoitokulttuuriin vaikuttaminen vaatii pitkälistä, hyvin rakennettua sekä järjestelmällistä toimintaa jossa asiakasnäkökulma painottuu. Myös hoito-olosuhteet, yksikön perustehtävä ja henkilökunta vaikuttavat hoitokulttuuriin, jossa asiakaslähtöisyys on toimintaa ohjaava periaate. Asiakasnäkökulmassa keskeistä on ihmisen perusoikeuksia kunnioittava lainsäädäntö, lakien tuomat rajoitteet, salassapitokysymykset sekä pienimmän mahdollisen puuttumisen malli, joka on kirjattuna esim. lakiin potilaan oikeuksista. On huolehdittava, että kokemuksellinen osio hoidossa tulee tarkasteluun kaikissa vaiheissa hoitoa ja näin hoitokulttuuri on jatkuvassa tarkastelussa. Potilailla on oltava kattavat palautejärjestelmät, joissa palautteet käsitellään säännöllisesti organisaation eri tasoilla.

Hoito-olosuhteisiin liittyvät tekijät ovat tärkeitä suunniteltaessa hoitotiloja, hoitoympäristöä, potilasturvallisuuden liittyviä tekijöitä, resursseja, työturvallisuutta sekä avunantojärjestelmiä. Tätä suunnittelua tehtäessä olisi huomioitava myös kulttuuriset tekijät. Potilaiden ja henkilökunnan yhteisyyttä on tuettava rakentamalla mahdollisimman paljon yhteisiä tiloja. Toisaalta potilaiden yksityisyys on taattava rakentamalla yhden hengen huoneita. Henkilökunnan läsnäolo ja yhdessä tekeminen potilaiden kanssa edesauttavat turvallisuuden ja yhteisöllisyyden luomista ja vähentävät pakkotoimien määrää. Tällöin henkilökunta pysyy myös ajoissa puuttumaan potilaiden välisiin ristiriitoihin ja estämään laajemman konfliktin syntymisen. Tilanteiden ennakointi, hoidollisen vuorovaikutuksen lisääminen, riittävä lääkitys ja vakauttaminen ovat tärkeitä tahdosta riippumattomien toimenpiteiden vähentämisessä.

Hoitokulttuuri on riippuvainen henkilökunnan osaamisen tasosta, henkilökuntamäärästä sekä henkilökunnan koulutuksesta ja kokemuksesta. Hyvä hoitokulttuuri edellyttää arvo- ja periaatekeskustelua yhdessä laaditusta hoitofilosofiasta ja strategiasta arvoineen ja pääperiaatteineen yksikkö- ja organisaatiotasolla. Onnistunut työryhmätyöskentely edellyttää jatkuvaa kouluttautumista, työnohjausta sekä työtapojen ja menetelmien haltuunottoa. Uutena haasteena on kokemuksellisen asiantuntijuuden integroiminen osaksi kaikkea hoitamista. Uusien toimintamallien läpivienti työryhmissä edellyttää pitkän aikavälin koulutusta, jossa tarkastellaan lakeja, asetuksia, perusoikeuksien toteuttamista, ennakoimista, riskien arviointia ja niiden hallintaa sekä arjen kriisien kohtaamismalleja ja uusien vaihtoehtoisten toimintamallien kokeiluja. Palvelujen käyttäjien osallistuminen on tärkeää, kun arvioidaan henkilökunnan kehittämien toimintamallien ja hoitokulttuurin toimivuutta ja kehitystarpeita. Hoitokulttuuria kehitettäessä on koko henkilökunta otettava mukaan, mikäli halutaan vaikuttavuutta sekä aikaansaada muutosta haluttuun suuntaan.

Lähteet

- Duxbury, J., Björkdahl, A., Johnson, S. (2006). Ward culture and atmosphere. In D.Richter & R. Wittington (Eds.), *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. New York: Springer Science.
- Enarsson, P., Sandman, P.O., Hellzen, O. (2007). The preservation of order: the use of common approach among staff toward clients in long-term psychiatric care. *Qual Health Res*, 17(6), 718-729.

4.5 Tilat

Työturvallisuuslain mukaan (738/2002) työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Kokemuksen mukaan ympäristö vaikuttaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Väkivaltariskiä voidaan vähentää kiinnittämällä huomiota esimerkiksi tilan muotoon, sisäänkäynteihin, pakoteihin ja kalusteisiin. Tekninen valvonta ja hälytysjärjestelmät, kuten televisiovalvonta, peilit, sisäpuhelimet ja hälyttimet vähentävät väkivaltariskiä.

Psykiatristen osastojen olisi hyvä sijaita muiden erikoisalojen kanssa samassa sairaalarakennuksessa. Tällaisella ratkaisulla saavutetaan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyviä synergiahyötyjä, ja pidemmällä aikavälillä psykiatristen potilaiden leimaatuminen vähenee. Tilojen olisi oltava joustavia ja moneen tarkoitukseen soveltuvia. Avarilla tiloilla, leveillä käytävillä ja suurilla ikkunoilla sekä luonnonvalolla on tutkimusten mukaan edullinen vaikutus depression vähentämiseksi. Mihin luonnon valoa ole saatavilla voidaan käyttää muuta tehokasta valaistusta tai luonnonvalolamppuja. Seinillä voi olla rauhoittavat värit, maalauksia ja tekstejä.

Erikokoiset oleskelutilat luovat viihtyisyyttä ja edistävät vertaistukea. Tilojen olisi oltava hyvin suunniteltuja ja selkeitä. Orientaatio helpottuu, potilas löytää oman huoneen helpommin ja potilaiden opastamiseen käytetty aika vähenee. Äänieristyksen on oltava riittävää rauhallisen ympäristön varmistamiseksi. Perheiden huomioimiseksi olisi osastolla tai sen välittömässä yhteydessä hyvä olla perhehuone. Suljetuilla osastoilla potilaiden riittävien ulkoilumahdollisuuksien turvaamiseksi on oltava sisäpiha tai ulkoiluala, jolta potilaan poistuminen luvatta ei ole mahdollista.

Yhden hengen huoneiden on todettu vähentävän väkivaltaa ja pakkotoimien määrää ja ne lisäävät potilaiden viihtyisyyttä ja yksityisyyttä. Huoneessa tulisi olla oma wc, suihku ja rikkoutumaton peili. Huoneessa on ajankulun seuraamiseksi oltava kello. Vähimmäisvaatimuksena voidaan pitää myös radiota. Yhden hengen huoneet parantavat potilaan unenlaatua ja mahdollistavat läheisten ja omaisten vierailut rauhallisessa ympäristössä. Äänieristyksen huoneissa on oltava hyvä, tämä antaa mahdollisuuden hiljaisuuteen vetäytymiseen, jolla on tutkimusten mukaan edullinen vaikutus uneen ja stressiin. Huoneiden olisi oltava riittä-

vän tilavia esimerkiksi vierihoidotilanteiden varalle. Liikkuminen erilaisilla apuvälineillä on myös huomiotava.

Eristyshuoneiden määrän on osastolla oltava riittävä mutta tiloja suunniteltaessa on hyvä muistaa, että ”tarjonta luo kysyntää”, eli liiat eristämistilat voivat vaikuttaa henkilökunnan tekemiin päätöksiin siten, että lievemmat ratkaisut tilanteiden hoitamiseksi saattavat jäädä käyttämättä. Eristämisten keskittämällä on ollut eristämisiä vähentävä vaikutus esimerkiksi Halikon ja Jyväskylän sairaaloissa. Kaikilla suljetuilla osastoilla ei pidä olla eristämismahdollisuutta. Tilojen on hyvä olla sijoitettu siten, että äänet häiritsevät mahdollisimman vähän osaston muuta elämää. Äänieristysten huomioiminen on erityisen tärkeää. Eristämistilat ovat perinteisesti olleet hyvin pelkistettyjä ja vähävirikkeisiä. Suunnittelun lähtökohtana on edelleen oltava turvallisuus, mutta ”putkamaisuudesta” tulee päästä eroon.

Eristystilassa pitää olla kello ja kalenteri sijoitettuna siten, että potilas voi seurata ajankulua. Radion tai musiikin kuunteluun pitää olla mahdollisuus. Televisio voi olla sijoitettuna pleksilasin taakse. Laitteiden käyttö ja säätömahdollisuus säilyy myös henkilökunnalla. Suihku ja wc tulee olla sijoitettu siten, että niiden käyttö on helppoa ja vaivatonta. Eristyshuoneessa vuoteena tulee olla korkea sänkymäinen patja. Samasta turvallisesta materiaalista valmistetut pöytä ja sohvuoli mahdollistavat esimerkiksi ruokailun pöydän ääressä istuen eikä lattialla istuen. Lattian päällysteenä on hyvä olla tatami, jotta potilas ei loukkaa itseään esimerkiksi mahdollisessa maahan vientitilanteessa. Tatamilla voidaan pehmustaa myös eristyshuoneen seinät. Tilan olisi kaikkiaan oltava siten varustettu, että siirto sidontaan tulisi tarpeettomaksi.

Eristämishuoneiden valvontatilan on oltava sellainen että potilaaseen on jatkuva näkö -ja kuuloyhteys, tämä myös silloin kun potilas ei ole sidottuna. Vaihtoehtona eristämiselle voi olla eristyshuoneiden yhteydessä oleva vierihoidotila tai –alue. Tilassa on mahdollista liikkua ja oleskella, ja sinne mahtuu sekä vierihoidettava potilas että 1-2 hoitajaa. Tilassa on turvalliset kalusteet, kuten esimerkiksi sohva, nojatuoli sekä mahdollisuus television ja tietokoneen käyttöön. Suihku -ja wc -tilat tulee olla joko huoneessa tai sen välittömässä läheisyydessä. Tällaiseksi huoneeksi voi joissakin tapauksissa muuntaa vaikkapa perinteisen eristämishuoneen. Uusia tiloja suunniteltaessa ja toteutettaessa tällainen huoneisto voi korvata perinteisen eristyshuoneen.

Lähteet

- Kuosmanen L, Makkonen P, Lehtilä H, Salminen H (2015). Seclusion experienced by mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 333-336.
- Sivak K (2012). Implementation of comfort rooms; to reduce seclusion, restraint use and acting-out behaviours. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health services* 50(2); 24-34
- Stolker JJ, Nijman HLI& Zwanikken P-H (2006). Are patients views on seclusion associated with lack of Privacy in the ward? *Archives of Psychiatric Nursing* 20(6); 282-287

Kuvia erilaisista mahdollisuuksista parantaa eristysuoneen viihtyisyyttä ja turvallisuutta



Eristysuone, Lapin sairaanhoitopiiri, psykiatrian klinikka 2016



Eristysuone, Halikon sairaala 2011



Eristys huone, Halikon sairaala 2011



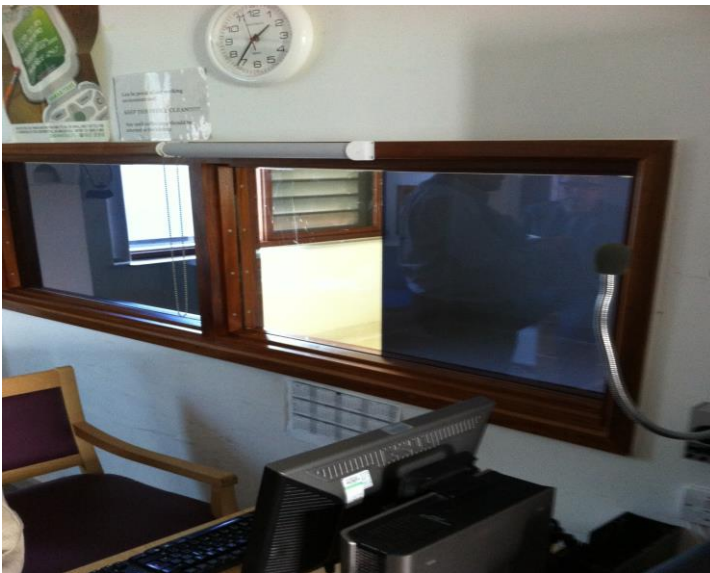
Eristys huone, Satakunnan sairaanhoitopiiri, nuorten suljettu osasto



Eristys huoneen valvonta, Satakunnan sairaanhoitopiiri, nuorten suljettu osasto



Oikeuspsykiatrisella osastolla sijaitseva erillinen siipi aggressiivisille potilaille, Reykjavik, Islanti, 2013



Eristyshuoneen valvontahuone, Psychiatric Intensive Care Unit, Lontoo, 2013

5 Kokemusasiantuntijat

Kokemusasiantuntijalla tarkoitetaan jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja/tai päihdeongelmasta, joko sairastavana, kuntoutuneena, palvelun käyttäjänä tai omaisena. Hänellä on kokemustietoa sairaudesta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta. Kokemusasiantuntija tietää, mikä häntä on auttanut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hänen tai hänen läheisensä kuntoutumiseen. Kokemusasiantuntijalla on halu kehittää palveluita ja auttaa muita oman kokemuksensa perusteella. Palvelujen käyttäjien kokemukset on nähtävä asiantuntijuuden muotona, jota pitää hyödyntää systemaattisesti. Osallisuuden lisäämisellä ja kokemusasiantuntijuudella on erityinen tarve psykiatrisen hoidon alueella. Tahdosta riippumatonta hoitoa kokeneilla potilailla on edelleen vaikeuksia saada ääntänsä kuuluviin yhteiskunnassa.

Kokemusasiantuntijoilla on syvällistä ja kokemuksellista tietoa palveluista. He voivat antaa tärkeää ruohonjuuritason palautetta ammattilaisten työstä ja pystyvät näin haastamaan ammattilaiset uudelleen arvioimaan auttamismenetelmiä. Kokemusasiantuntijat tulee ottaa mukaan myös pakon vähentämistyöhön. Yksi menetelmä on kokemuserviointi, jolla pyritään kokemukseen perustuvaan, käyttäjälähtöiseen mielenterveys- ja päihdepalveluiden vaikuttavuuden ja laadun parantamiseen noudattaen perinteisiä arviointitutkimuksen periaatteita. Lisäksi tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa yksiköissä tulisi säännöllisesti järjestää kokemusasiantuntijoiden tarkastuskäyntejä, jonka aikana he voivat haastatella ja tavata potilaita ja saada suoraa palautetta yksikön toiminnasta.

Kokemusasiantuntijat voivat myös käydä puhumassa omista hoitoon tai kuntoutumiseen liittyvistä kokemuksistaan psykiatrian yksiköissä, oppilaitoksissa, erilaisissa ammattilaisten koulutusilaisuuksissa ja mediassa. Näin he voivat vaikuttaa olemassa oleviin hoitokäytäntöihin ja palveluihin sekä tuleviin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin ja asenteisiin tuomalla potilaan äänen ja toiveet esiin. Vertaistuki, kuntoutumista tukeva päivätoiminta ja kotiin tuotavat tukipalvelut muun psykiatrisen avohoidon ohessa omalta osaltaan voivat ennaltaehkäistä psykiatrisen sairaalahoidon ja pakkotoimenpiteiden tarvetta.

Pakkokeinojen kokemusasiantuntijoiden puheenvuoro

Kolme keskimäärin 13 vuotta tahdosta riippumattomassa hoidossa ollutta, vaikeista psykoottisista itse- tuho- ja väkivaltaoireista toipunutta n. 25–40-vuotiaasta naista kirjoittivat itsenäisesti rajoitekokemuksi- taan valtakunnallisessa koulutuksessa käytettyjen kysymysten pohjalta, ja miettivät keinoja rajoitteiden käytön vähentämiseksi. Heitä oli hoidettu useissa sairaaloissa yhteensä 49 vuotta. He ovat kokeneet satoja eristys-, sitomis- tai kiinnipitotilanteita. Kaksi heistä on toiminut kokemuskouluttajina mm. julkisissa tiedotusvälineissä. Kertomukset pitävät paikkansa.

Kaksi kirjoittajista oli ollut eristettyinä ja kaikki sidottuina nk. lepositeillä vuoteeseen raajoista ja vyötäröstä nahkaremmillä; enimmillään kuukausia. Kahta oli sidottu myös pakkopaidalla ja rajoitevaatteella, nk. lyöjänliivillä. Kaikki olivat kokeneet kiinnipitoa maahan kaatamalla ja alustaa vasten painamalla. Kuvattiin myös raajoista ilmassa roikottamista ja pakottamista makuulle vatsalleen hoitajan pitäessä polvea selän päällä liikkumisen estämiseksi. Kaikki olivat kokeneet pakkoinjektioita, yhtä oli pakkolääkitty myös suun kautta. Kaikki olivat kokeneet liikkumisvapauden rajoitusta. Yhteydenpidon rajoituksena mainittiin erään osaston kategorinen käytäntö sallia vain kaksi puhelua päivässä. Henkilöntarkastuksesta ja katsastuksesta mainittiin huoneen tutkiminen ja väkisin riisuttaminen. Muina tahdonvastaisina rajoitteina mainittiin riisuttaminen eri sukupuolta olevien hoitajien edessä ja yksityisyyden puute eristyksen kameravalvonnassa.

1. Olen joutunut kokemaan pakkokeinoja todella paljon. Minua on pidetty kiinni, lyöty lattiaan etten olisi ehtinyt tekemään mitään, pidetty kiinni ja annettu väkisin rauhoittavia injektioita. Minulle on juotettu väkisin rauhoittavaa lääkettä niin että olin tukehtua ja lopulta oksensin. Minua on pidetty lepositeissä todella monta kertaa, joskus kuukausia. Kun käsieni nahkahihnoja ei suostuttu löysentämään ja olin samassa asennossa useita päiviä, minulle aiheutui hermovauriot molempiin kynnärtaipeisiin. Myöhemmin molemmat käteni jouduttiin leikkaamaan, mutta niihin jäi pysyvät hermovauriot. Pahin kokemukseni oli tilanne jossa minua pidettiin kiinni usean hoitajan voimin, ja yksi heistä löi avokämmenellä kasvoihini useita kertoja. Oikeudessa hoitaja sai sakot pahoinpitelystä. Ajattelen, niissä tilanteissa hoitajat olisivat voineet tehdä muutakin. Esimerkiksi ollessani aggressiivinen he olisivat voineet pitää kiinni ja rauhoitella puhumalla, ja ollessani itsetuhoinen he olisivat voineet olla vieressä kunnes paha olo olisi laantunut. Hoitajat olisivat voineet myös yrittää tehdä olostani mukavamman puhumalla ja rauhallisuudella, ja viestittää ettei ole mitään hätää...

2. Kokemukseni pakkokeinoista on, että ne usein siinä tilanteessa olivat perusteltuja. Asioita olisi kuitenkin voinut tehdä toisin pakkokeinojen välttämiseksi tai niiden helpottamiseksi. Tilanteessa jossa en ollut aggressiivinen, mutta jossa hoitajat katsoivat parhaaksi eristää minut, naishoitaja olisi riittänyt valvomaan vaatteenvaihtoani. Jouduin riisumaan itseni alastomaksi kolmen nuoren mieshoitajan valvoessa. Oli myös hyvin nöyryyttävää etten eristettynä päässyt WC:hen tekemään tarpeitani, vaan minun piti hoitaa asiani ämpäriin joka oli eristyshuoneen nurkassa. Ikäväksi tilanteen teki sekin, että olin koko toimituksen ajan hyvin tietoinen eristyshuoneesta olevasta kamerasta joka kuvasi koko ajan, ja että hoitajat ja lääkärit saattoivat tulla huoneeseen koska tahansa, myös ollessani tarpeillani. Ollessani leposide-eristyksessä melkein 3 viikkoa minut syötettiin siihen sänkyyn, minut pestiin siihen sänkyyn, ja tein tarpeeni alusastiaan hoitajan valvoessa toimitusta. Siinä kohtaa tunsin itseni niin nöyryytytyksi ja niin nujerretuksi, että ajattelin: ”tämä on nyt tässä, tämän alemmas ei voi ihminen vajota”.

3. Pakkokeinojen käyttöä ei usein näe silminnäkiäjän roolissa, tapahtuvathan useimmat pakkokeinojen toimetukset suljettujen ovien takana. Törkeää käyttäytymistä, asiatonta kielenkäyttöä ja potilaiden riuhtomista ja retuuttamista näkee suljetuilla osastoilla hyvinkin usein, samoin potilaan väkivaltaista uhkailua ja eristykseen raahaamista ilmassa roikottaen.

Ideoita rajoitteiden vähentämiseksi : Puhumisella, rauhoittelulla ja vieressä olemisella on paljon vaikutusta. Olen sen huomannut tässä sairaalassa, ja se on tepsinyt minuunkin. Kaikki lähtee hyvästä keskusteluyhteydestä. Joskus hoitajat provosoivat potilasta tilanteeseen, jossa potilas kokee olevansa ”nurkkaan ajettu”, eikä enää näe muuta vaihtoehtoa kun väkivallan käytön. Jos hoitaja lähestyy potilasta sellaisella asenteella että: ”tiedän että sinulla on paha olo, mietitään yhdessä miten saadaan olosi paremmaksi”, niin tulokset ovat taatusti paljon parempia. Tarvitaan hoitajien asennemuutos: ”Rangaistus” ei ole hoitomuoto! Hoitajille tarvittaisiin enemmän aikaa potilaalle.

Valta minulla.... Jos saisin päättää mitä parantaa sairaaloissa, niin päättäisin että hoitajat kunnioittaisivat potilaita, pakkokeinoja käytettäisiin vähemmän ja potilaita kuunneltaisiin mahdollisimman paljon. Jos minulla olisi valta tehdä päätöksiä Suomen psykiatristen sairaaloiden toiminnasta, päättäisin että eristys/leposide-eristys päätettäisiin heti kun se on mahdollista. Jos aggressiivinen potilas rauhoittuu muutamassa tunnissa, miksi pitää häntä eristettynä viisi vuorokautta? Eristyksessä oleville pitäisi saada lisää ulkoilumahdollisuuksia, ja tupakoiville eristyspotilaille mahdollisuus päästä säännöllisesti tupakoimaan. Hoitajille tarvittaisiin enemmän koulutusta, ja tervettä maalaisjärkeä käyttöön. Potilaat pitäisi ottaa enemmän mukaan päätöksentekoon, ja saada kokemusasiantuntijat sairaalan työryhmiin ja hoitajien koulutuksiin. Potilaiden kokemukset huonosta hoitajien käytöksestä ”hoidon nimissä” otettaisiin tarkastelun kohteeksi.

Tulisiko pakkohoitoja vähentää?

Jouduin aina ennen pois sairaalasta liian huonossa kunnossa, enkä selviytynyt kuntoutuskodissa kun lääkitys ei ollut kohdallaan. Toisaalta pitkän hoidon jälkeen kotiutumista voisi nopeuttaa. Kohdallani on aina ollut kysymys siitä, etten ole päässyt hoitoon, tai olen päässyt vasta niin huonossa kunnossa, että pakkohoito on ollut välttämätön. Vasta SITTEN olen päässyt hoitoon. Eli ratkaisevaa on miten avohoitopalveluja voisi parantaa niin että ihmiset pääsisivät ajoissa hoitoon, ennen kuin on liian myöhäistä. Jos mielen-terveysongelmista kärsivää autettaisiin ennen kuin kunto todellakin romahtaa, niin pakkohoidot olisivat vältettävissä. Pakkohoitoni Niuvassa oli kuitenkin elämäni pelastus. Kunnallisten sairaaloiden pakkohoidoista minut laitettiin ”vapaalle” psykoottisena, eikä lääkehoitoni ollut lainkaan kohdallaan. Jos pakkohoitoon määrääminen olisi tunteena muutakin kuin rangaistus, monet potilaat varmaan ymmärtäisivät tarvitsevänsä apua. Ja toivoisivat sitä saavansa.

6 Turvallisuus

Potilasturvallisuuden parantaminen ja tahdosta riippumattomien hoitotoimenpiteiden vähentäminen edellyttävät henkilöstön osaamisen kehittämistä jatkuvan hoidolliseen vuorovaikutukseen, arviointiin ja turvallisuuteen painottuvan koulutuksen kautta. Muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan kaikkiin ammattiryhmiin ulottuvaa jatkuvaa vuosittain päivitettävää, ylläpitävää ja kehittämistä painottavaa koulutusta. Koulutuksen sisältöjä rakennettaessa on painotettava lainsäädäntöä, käsitteiden määrittelyä sekä ennakoivan toiminnan painottamista. Vuorovaikutus ja sen lisääminen on keskeistä, erilaiset ”temput” ovat toissijaisia. Lievimmän puuttumisen periaate on keskeinen toimintaa ohjaava arvo.

Turvallisuuden lisäämiseksi on otettu käyttöön paljon uusia toimintamalleja; riskien arviointia, turvallisuussuunnitelmia, hälytys- ja henkilöturvahälytysjärjestelmiä, kulunvalvontaa, kameravalvontaa, vartiointipalveluja, metallinpaljastimia jne. Näiden turvajärjestelyjen asianmukainen toteutus vaatii hyvää rakenteellista suunnittelua, jossa palvelujen käyttäjät huomioidaan, tiedottamista ja yhteistyön korostamista. Fyysinen puuttuminen ja reagoiminen väkivallan uhkaan vaativat säännöllistä harjoittelua, jonka yhteydessä on työntekijällä tilaisuus tarkastella turvallisesti omaa kykyä kommunikaatioon ja hoidolliseen vuorovaikutukseen. Kokemusasiantuntijan tulisi olla mukana arvioimassa myös opetettavien menetelmien toimivuutta ja sisältöjä.

Koulutusmenetelmiä on useita, tärkeintä on kuitenkin kuinka ne toteutetaan. Työtehtävistä riippumatta kaikilla sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä täytyisi olla perusvalmiudet haastavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ja rauhoittamiseen. Valmiuksia tulee päivittää riittävän usein, minimissään vuoden välein. Koulutuksen täytyy olla hoidollisista lähtökohdista rakennettu ja osa henkilöstön täydennyskoulutusta. Yhteiset työryhmän hallitsemat toimintamallit lisäävät potilas- ja työturvallisuutta ja vähentävät riskejä haastavissa tilanteissa.

6.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden varmistaminen perustuu riskienhallintaan sekä systemaattisiin menettelytapoihin, joiden avulla riskien ja inhimillisten tekijöiden vaikutusta potilaan ja asiakkaan turvallisuuteen voidaan minimoida. Potilasturvallisuuden varmistaminen psykiatrisessa hoidossa perustuu samoihin periaatteisiin kuin terveydenhuollossa yleensä. Iso-Britanniassa on yleisiä ohjeistuksia täydennetty psykiatrilta soveltuvilla esimerkeillä. Esimerkkinä myös psykiatrilta soveltuva ohjeistus ‘7 steps for patient safety’ - seitsemästä askeleesta ensimmäinen nostaa esille organisaation toimintakulttuurin merkityksen. Loput kuusi tukevat potilasturvallisuuskulttuurin muutosta ja ylläpitämistä käytännössä:

1. Turvallisuuskulttuurin luominen ja ylläpitäminen

Avoimen, keskustelevan ja syyllistämättömän turvallisuuskulttuurin luomisessa johdon ja esimiesten rooli ja esimerkki on ratkaiseva. Vaaratapahtumat käsitellään.

2. Johtaminen ja henkilöstön tukeminen

Potilasturvallisuus on kaikessa toiminnassa läsnä, taloussuunnittelusta, strategisista tavoitteista kliiniseen työhön. Johto tukee potilasturvallisuuden toteutumista kaikilla organisaatiotasolla.

3. Riskien hallinnan menettelytavat osaksi käytäntöä

Riskien hallintaan on järjestelmä, vastuut sekä menettelytavat, joiden avulla riskien tunnistaminen, arviointi ja niihin reagointi on mahdollista. Riskien hallintaa toteutetaan sekä ennakoiden että reaktiivisesti.

4. Raportointiin kannustaminen

Henkilöstöllä on mahdollisuus raportoida vaaratapahtumia ja poikkeamia.

5. Potilaiden ja yhteisön mukaan ottaminen

Organisaatiossa on menettelytavat, joiden avulla yhteistyö potilaiden ja yhteisön kanssa on mahdollista. Potilaat ovat keskiössä, ympäröivän yhteisön huomiointi on oleellista.

6. Vaaratapahtumista oppiminen ja turvallisuusosaamisen jakaminen

Henkilöstöä tulisi kannustaa tarkkailemaan tilannekohtaisia myötävaikuttavia tekijöitä, jotka altistavat vaaratapahtumien syntyyn sekä raportoimaan niistä. Turvallisuusosaamista tulisi jakaa, myös positiivisista kokemuksista ja onnistuneista kehittämistoimista voidaan oppia.

7. Turvallisuutta varmistavien menettelytapojen jalkauttaminen

Käytäntöjen kehittäminen sekä prosessien turvallisuuden varmistaminen on jatkuvaa ja osa päivittäistä toimintaa. Turvallisuutta varmistavina menettelytapoina esim. Lääkkeenjaossa kaksoistarkastus, potilaan tunnistaminen, tarkistuslistat.

Psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta potilasturvallisuus sisältää kuitenkin elementtejä, jotka ovat erityisiä. Poikkeamaraportoinnin ja tutkitun tiedon perusteella vaaratapahtumat liittyvät mm. potilaan aggressiivisuuteen ja väkivaltaisuuteen, itsetuhoisuuteen ja potilaan rajoittamiseen, kaatumisiin ja putoamisiin, ja lääkityspoikkeamiin.

Myötävaikuttavat tekijät saattavat liittyä esimerkiksi potilaan tilaan, henkilöstöön, organisaation toimintaan sekä fyysiseen ympäristöön. Hoitohenkilöstön ja potilaan suhde on psykiatriassa merkityksellinen, jolloin henkilöstön toimintatavat ja resursointi vaikuttavat suoraan molempien turvallisuuteen. Näin ollen työsuojelu – ja potilasturvallisuusriskien systemaattisella samanaikaisella arvioinnilla ja seurannalla voidaan psykiatriassa saada synergiaetuja. Organisaation toiminnassa tiedonkulun varmistamiseen sekä henkilöiden että yksiköiden välillä tulee kiinnittää huomiota potilaan turvallisen hoitoprosessin varmistamiseksi erityisesti tilanteissa, jossa potilas on hoidossa sekä psykiatrialla että somatiikan puolella. Myös fyysisen ympäristön on oltava potilaille turvallinen. Mahdollisuudet itsensä tai toisten vahingoittamiseen on minimoitava samalla kuin ympäristön olisi tuettava hoitotyön tuloksellista toteuttamista. Psykiatriassa haasteita voi lisätä sijainti erillään somaattisesta toiminnasta.

Potilasturvallisuus ja laatu nivELYvät yhteen jo lainsäädännössä. Molemmat edellyttävät seurantaa, poikkeamien havaitsemista, raportointia, toiminnan jatkuvaa kehittämistä sekä aikaansaatu- jien muutosten tukemista ja ylläpitoa. Vaaratapahtumien raportointi on tärkeää mutta ei yksin riitä. Vaaratapahtumista tulee oppia ja prosesseja aktiivisesti kehittää havaittujen riskien vaikutusten minimoimiseksi tai poistamiseksi. Turvallisuuden varmistaminen käytännössä edellyttää turvallisuutta varmistavien menettelytapojen systemaattista noudattamista. Myös niistä tilanteista ja tekijöistä, jotka johtavat laadukkaaseen ja onnistuneeseen potilaan hoitoprosessiin, on hyvä keskustella ja oppia moniammatillisesti, potilaat ja läheiset huomioiden. Potilasturvallisuuden tulee olla läsnä kaikessa toiminnassa – se on kaikkien yhteinen etu.

6.2 Väkivaltatilanteiden hallintakoulutukset

Merkittävimpiä pakkotoimien vähenemiseen johtavia piirteitä väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksessa ovat johdon tuki ja hyväksyntä, moniammatillisuus, henkilökunnan ja potilaiden osallisuus, hoitokulttuurin ja asenteiden muutokset, vähemmän rajoittavat vaihtoehdot sitomiselle sekä jatkuva arviointi ja palaute. Ennaltaehkäisevät ja vuorovaikutukselliset keinot sekä tekniset järjestelyt ovat ensisijaisia, fyysiset keinot ovat viimeisiä. Suurimmassa osassa maamme sairaaloista on käytössä sisäisiä koulutusohjelmia, joiden tarkoituksena on kouluttaa yksiköiden työntekijöitä yhteisiin toimintamalleihin. Yleensäkin kaikki täydennyskoulutus, joka tähtää vuorovaikutustaitojen kehittymiseen auttaa vähentämään eristämisen ja sitomisen käyttöä. Koulutus ja ammattitaidon kehittäminen kuuluu työnantajan ja työntekijän lakisääteisiin velvollisuuksiin.

Tällä hetkellä suurin osa suomalaisista sairaanhoitopiireistä käyttää jotakin väkivaltatilanteiden hallintakoulutusta osana työntekijöiden täydennyskoulutusta. Käytännön kokemuksen perusteella näistä koulutuksista on ollut hyötyä hankalien tilanteiden hallitsemisessa ja ne ovat osaltaan lisänneet turvallisuutta sekä potilaille että henkilökunnalle. Niuvanniemen sairaalassa kehitettiin aggressiivisen potilaan kohtaamiseen oma de-eskalaatioon painottuva koulutusohjelma kuukausittaisen fyysisen harjoittelun (AVEKKI) aiheutettua moninkertaisesti sairauspäiviä potilasväkivaltaan verrattuna. Kahdesti vuodessa Kuuden pakonvähennyksen ydinstrategian osana tapahtuvan tapahtuvan nk. AKO-koulutuksen käytön aikana ihmisväkivaltaan (harjoittelu + potilasväkivalta) liittyviä työtaturmasairauspäiviä ei viime vuosina ole enää kertynyt lainkaan, aikaisempien satojen sairauspäivien asemesta.

Koulutuksen teoreettiseen osioon sisältyvässä de-eskalaatio mallissa korostuvat työntekijän psykososiaaliset, verbaliset ja non-verbaliset vuorovaikutustaidot. Neuvotteleminen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen potilaan kiihtymykselle ja aggressiiviselle käyttäytymiselle häntä kuunnellen kuuluvat de-eskalaatitaitoihin. Potilaan itsemääräämistä kunnioitetaan antamalla hänelle mahdollisuus valita kiihtymystilanteessa tilanteen ratkaisuvaihtoehdoista kaikille osapuolille turvallisina. Potilasta hoidetaan tilanteessa mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla ja mahdollisimman vähän rajoittavassa ympäristössä. Myös huomion suuntaamisella muuhun kiihtymystä vähentävään toimintaan ja tarvittaessa muiden työntekijöiden mukaan ottamisella keskusteluun voidaan pyrkiä muuttamaan potilaan kiihtymyksen suuntaa rauhoittumista kohden. Viimeisenä vaihtoehtona, jos edelliset yritykset osoittautuvat riittämättömiksi, tehdään fyysinen, edelleen kommunikoiva, ja mahdollisimman hallittu väliintulo.

Tieteellistä vaikuttavuusnäyttöä menetelmistä ei ole vielä saatu. Suomessa koulutusmallien vaikuttavuutta on pyritty tutkimaan eri ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä, mutta vaikuttavuuden tutkiminen on keskittynyt lähinnä koulutettavien mielipiteisiin koulutuksen sisällöistä. Pakon vähentämiseen näillä menetelmillä ei suoranaisesti ole osoitettu vaikutusta.

Suomessa käytössä olevia väkivaltatilanteiden hallintakoulutuksia:

- MAPA (Management of Actual or Potential Aggression)
- Väkivaltatilanteiden Ennaltaehkäisy ja Turvallinen Hoito (VETH)
- Hallittu Fyysinen Rajoittaminen (HFR)
- AVEKKI (Aggression ja Väkivallan Ennakointia sekä hallintaa ja toimintatapamalli sisältää Kouluttamista, Kehittämistä sekä yhteiskuntaan Integrointia)
- Hallittu Terapeuttinen Fyysinen Rajoittaminen (HTFR)
- Aggressioiden Hoidollinen Hallinta (AHHA)
- Hallittu Hoidollinen Rajoittaminen (HHR)

7 Lopuksi

Sairaaloissa on viime vuosien aikana vähennetty pakon käyttöä ja kehitetty hoitomenetelmien laatua. Henkilökunnan asiantuntemus ennakoita ja hallita väkivaltatilanteita on parantunut. Potilaan oikeudet ja osallisuus tahdonvastaisissa hoitotilanteissa huomioidaan entistä paremmin ja hoito toteutetaan aikaisempaa paremmin yhteistyössä potilaan kanssa. Kokemusasiantuntijat ovat auttaneet hoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilaan näkökulmaa. Avohoidon resurssien lisääminen on vähentänyt pakkohoidon tarvetta.

Pakon käyttöä psykiatrisessa hoidossa tullaan aina jossain määrin tarvitsemaan. On kuitenkin tärkeä, että edelleen jatketaan pakon käytön ennalta ehkäisyä, ja jos potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista tarvitaan, sitä käytetään mahdollisimman laadukkaasti ja turvallisesti. Lisäksi on jatkettava pakkohoitotilojen laadullista parantamista.

Tulevaisuudessa tarvitaan edelleen kansallinen strategia ja ohjelma, jolla tuetaan pakon vähentämistä. Lisäksi psykiatrisissa sairaaloissa on tärkeä jatkaa kehittämistä, koulutusta ja yhteistä keskustelua hoitokulttuurista. Esimiesten ohjaus ja tuki muutokselle on tärkeä. Jatkuvasti karttuva tutkimustieto pakkohoidosta ja tutustuminen laadukkaisiin pakon vähentämisen käytäntöihin tukevat kehittämistyötä.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijat ovat käytettävissä strategisessa suunnittelussa, tutkimustiedon ja hyvien käytäntöjen kokoajana sekä implementoinnin tukena.

Kiitokset

Työkirjan kirjoittajat kiittävät kaikkia Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen pakon vähentämisen työryhmän osallistujia työskentelyn eri vaiheissa: TtM Tero Laiho, sairaanhoitaja Petri Mattanen, dosentti Raija Kontio, TtM Karoliina Peltomaa, TtM Emilia Laukkanen, osastonhoitaja Satu Vitikainen, osastonhoitaja Marita Komppa-Valkama, LT, oikeuspsykiatrian ja psykiatrian erikoislääkäri Carita Tuohimäki, osastonhoitaja Tuula Pöntinen, sairaanhoitaja Matti Mannila, osastonhoitaja Simo Palomäki, sairaanhoitaja Mikko Ketola, mielenterveyshoitaja Jyrki Pellinen-Karhu, osastonylilääkäri Ansa Valaja, ylihoitaja Kimmo Mustonen, lakimies Merja Karinen, palvelutoiminnan esimies Camilla Seppälä, johtava lääkäri Marja Kapanen, psykologi Tarjaliisa Raitanen, aluehallintoylilääkäri Paula Ollonen, ylihoitaja Irma Mustonen, ylihoitaja Mari Kuusisto, TtM, ylihoitaja Aila Vokkolainen, TtM, ylihoitaja Aija Kirsilä, TtM, apulaisosastonhoitaja Anu Hiironniemi, TtM, ylihoitaja Satu Kuivalainen, TtM, osastonhoitaja Maarit Kinnunen, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri Irma Kotilainen, dosentti, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, Hanna Putkonen, ylihoitaja Matti Laukkanen, osastonhoitaja Virve Kasari, osastonhoitaja Vesa Piikki, psykiatrian erikoislääkäri Marja Kesti, osastonhoitaja Sakari Ruisaho, TtM, osastonhoitaja Marita Komppa-Valkama, sairaanhoitaja Antero Karjala, ylihoitaja Marjo Pietikäinen, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri Päivi Toivonen.