

Ratkaisuja haettava hoidosta, työyhteisön kehittämisestä ja rakenteista

## Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta

**V**alitettavan usein väkivaltaisten tai itsetuhoisten potilaiden psykiatrisessa hoidossa joudutaan turvautumaan rajoituksiin ja pakkotoimiin. Pakkoon turvautuminen kertoo siitä, että ongelmien ehkäisy ja aiempi hoito eivät ole riittäneet.

Pakon käyttöä yritetään vähentää, mutta helppoa se ei ole. Mitä pitäisi tehdä potilaalle, joka lukuisista hoitoyrityksistä huolimatta hakkaa harhojen vallassa päätään seinään? Kliinisen psykiatrian etiikka on käytännöllistä: jos ihminen aiheuttaa psykoottisuuden vuoksi terveys- tai turvallisuusvaaraa itselleen tai muille, pakon käyttöä pidetään aiheellisenä (Cleary ym. 2010). Pakko ei ole rangaistus vaan viimeinen keino estää vaara tai turvata heti tarpeelliset hoitotoimet.

Mielenterveyslaki ei puhu pakosta vaan nimenomaan ”tahdosta riippumattomasta” hoidosta. Termi yrittää muistuttaa, että toimenpiteet ovat aiheellisia turvallisuuden kannalta tai hoidollisesti ja pakko on toissijaista. Yhteisymmärrykseen pitää ainakin yrittää pyrkiä myös pakkohoidon aikana. Potilas on aina subjekti. Silti pakko ei katoa termiä vaihtamalla. Eufemismit ovat vastuun välttelyä.

Pakon käyttöön psykiatriassa liittyy hyvin monia intressejä, ja siksi on suorastaan hämmästyttävää, että nykyinen lainsäädäntö toimii niinkin hyvin kuin se toimii. Yksilön itsemääräämisoikeuteen kajoaminen on sinänsä väärin, ja niin on harhaisen potilaan heitteille jättökin (Peele ja Chodoff 2009). Pakkotoimien vähentämistä toivovat kaikki, mutta pakkotoimet eivät ole irrallinen ilmiö. Ne on nähtävä hankalana eettisenä kompromissina ja suhteessa tehtävään, jonka yhteiskunta on

sällyttänyt psykiatialle (Cleary ym. 2010). Vaadittaessa pakkotoimien vähentämistä on samalla pohdittava, miten ne voitaisiin ehkäistä tai mikä on niiden vaihtoehto.

Pakkotoimia kokeneiden potilaiden kuvauksissa korostuvat useimmiten pakkotoimien herättämä rangaistuksi tulemisen tunne, hätä ja turvattomuus ja jopa traumaattisuus (Whittington ym. 2006, Keski-Valkama 2010). Silti pakkokkaan ei ole mustavalkoisesti pahaa. Usein omaiset toivovat pakkohoitoon toimittamista. Jopa potilas itse ilmaisee joskus tyytyväisyytensä pakkohoitoon jälkeensä, kun psyykinen tila on kohentunut (Peele ja Chodoff 2009). Psykiatrian historiassa on toki esiintynyt myös vallan väärinkäyttöä, mitä ei saa unohtaa.

Suuri ongelma on, ettei pakkotoimien käyttöä somaattisen terveydenhuollon puolella ole säädelty selkeästi (Kaivola ja Lehtonen 2002). Jokaisessa suuressa päivystyksessä turvaututaan levottomien potilaiden kiinnipitoon päivittäin. Lainsäädännön tulisi tarjota selkeät ohjeet esimerkiksi toiminnasta kehitysvammaisuuden, vaikeiden aivosairauksien ja hankalien päihtymystilojen yhteydessä. Missä tilanteissa olisi apua tilapäisestä edunvalvojasta?

Pakkotoimien käytössä esiintyy alueellista vaihtelua, jonka syitä ei ole kyetty selittämään epidemiologisesti (Korkeila 2006, Steinert ym. 2010). Paikallinen hoitokulttuuri vaikuttaa paljon eristämiskäytäntöihin, jopa yksittäisellä osastolla (Husum ym. 2010). Synnä voi olla esimerkiksi se, minkälainen käyttäytymisen koetaan häiritseväksi ja levottomaksi (Keski-Valkama ym. 2010).

# PÄÄKIRJOITUS

**TAULUKKO.** Kirjallisuudessa mainittuja keinoja pakkotoimien vähentämiseksi psykiatriassa hoidossa. Vankkaa tutkimusnäyttöä ei ole mistään yksittäisestä menetelmästä.

Potilaan hoitoon liittyviä keinoja
Psykiatrisen perussairauden ja päihdehäiriöiden hyvä hoito
Aggressiivisuuden ottaminen huomioon hoitovasteen arvioinnissa
Väkivallan uhkan välitön käsittely ("nollatoleranssi")
Potilaskohtaiset suunnitelmat kiihtymystilanteiden hallitsemiseksi
Jatkuva strukturoitu väkivaltavaaran arviointi
Potilaan ja henkilökunnan subjektiivisten kokemusten huomioon ottaminen
Vierihoito tai tehostettu seuranta vaihtoehtona eristämiselle
Hoito- ja työyhteisöön liittyviä keinoja
Tietoon perustuva hoitokäytäntöjen kehittäminen
Työyhteisön kehittäminen
hoitotiimin itsereflektion tukeminen
yhteisesti hyväksytyjen toimintatapojen jatkuva tarkastelu
Johtamisjärjestelmän ja johtajuuden kehittäminen
vastuusuhteiden selkiyttäminen
työnjaon selkiyttäminen
Konfliktitilanteiden eskaloitumisen ehkäisyn mallit
Harjoittelu toimintaan väkivalta- ja poikkeustilanteissa
Väkivalta- ja poikkeustilanteiden jälkipuinti
Hoitoyhteisön arvojen ja niihin liittyvien ristiriitojen avoin käsittely
Henkilökunnan ammatillisen kehittymisen tukeminen
Useiden hoitoyksiköiden toimintatapojen järjestelmällinen vertailu ("benchmarking")
Läheltä piti- ja virhetilanteiden avoin käsittely
Moniammatillisuuden laajentaminen etiikkaan ja oikeushallintoon
Rakenteellisia keinoja
Hoitoympäristön kehittäminen
turvallisuutta ja rauhallisuutta tukeva arkkitehtuuri
rauhottumiseen soveltuvien tilojen käyttö ("time-out")
potilasmäärien kohtuullistaminen osastoilla ja huoneissa
potilaiden vaihtuvuuden vähentäminen
Sairaala- ja avohoidon porrastuksen optimointi
Hoitohenkilökunnan työmäärän kohtuullistaminen
Turva- ja valvontalaitteet
Väkivaltaisten potilaiden hoitoon erikoistuneet osastot ja poliklinikat
Vaihtoehtojen punninta päätöksentekotilanteessa
Vähiten rajoittavan toimenpiteen valitseminen
Toimenpiteen hyötyjen ja haittojen punninta
Toimenpiteen käyttämättä jättämisen hyötyjen ja haittojen punninta
Toimenpiteen tekeminen yleisen hyvän hoitokäytännön mukaisesti

Kun Suomessa raportoitiin yksityiskohdaisia lukuja leposide- ja huone-eristyksistä, julkinen huomio kääntyi syyttämään jopa yksittäisiä sairaaloita. Tilastojen äkkiväärä tulokinta hämmensi turhaan potilaita ja omaisia. Sairaaloiden välillä on työnjakoa esimerkiksi vaikeahoitoisten potilaiden osalta, mikä heijastuu tilastoihin. Pakkotoimien runsas käyttö jakautuu alueellisesti yllättävän samankaltaisesti kuin alkoholiperäiset kuolemantapaukset, mutta yhteyden merkitystä voidaan vain arvailla. Niin tai näin, mustavalkoinen ajattelu, populismi ja moralisointi eivät sovi psykiatriaan.

Jos pakkotoimia halutaan vähentää tai lievittää, vaihtoehtoja on haettava hoidollisista, työyhteisöä koskevista ja rakenteellisista teki- jöistä (Kaltiala-Heino 2009, Cleary ym. 2010, Husum ym. 2010). Työyhteisöille olisi laadittava koulutusohjelmat mm. väkivaltaisuu- den arviointiin ja käsittelyyn (NICE Clinical Guideline 2005). Silti hyväkään henkilökunta ei riitä, elleivät rakenteet ole kunnossa. Suomalaiset vaikeahoitoisten potilaiden osastot toimivat lähes kaikki vanhoissa epäkäytän- nöllisissä tiloissa, joissa on niukasti mahdolli- suuksia rauhoittumiseen.

Suomessa on 10–15 vuoden aikana ollut useita kehityshankkeita, joissa vaikeimpien väkivaltaisten potilaiden hoitoyksiköt ovat miettineet keinoja pakkotoimien vähentämi- seksi. Niistä on saatu hyviä tuloksia: pakkotoi- met ovat vähentyneet 20–90 % (esimerkiksi Ala-aho ym. 2003). Keinoja on monia (TAU- LUKKO). Vaikuttaa siltä, että jos hoitoyksikkö innostuu miettimään ja refleктоimaan toiminta- taansa, tuloksia saavutetaan helposti.

Pakkotoimista ei voida puhua ilman, että puhutaan ihmisoikeuksista. Ihmisoikeudet eivät ole pilvissä leijuva abstraktio vaan hyvin konkreettinen asia. Yhteiskunnan tai hoitoyh- teisön todelliset arvot ovat ne, jotka toteutuvat käytännössä. Ihmisoikeuksien todellinen tila tuntuu nenässä, kun päivystävä lääkäri kuu- mana kesäpäivänä avaa eristyshuoneen oven ja vetää ilmaa sisään. Miten haluaisit itseäsi kohdeltavan, jos olisit potilaana vastaavassa tilanteessa? ■

#### KIRJALLISUUTTA

- Ala-aho S, Hakko H, Saarento O. Vastentahtoisten eristämisten vähentämisen psykiatrisella osastolla. Duodecim 2003;119:1969–75.
- Cleary M, Hunt GE, Walter G. Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care. J Med Ethics 2010;36:459–62.
- Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Services Research 2010;10:89.
- Kaivola J, Lehtonen L. Lepositeiden käyttöön liittyvät potilasvahingot. Suom Lääkäril 2002;57:3504–9.
- Kaltiala-Heino R. Pakkotoimia psykiatrisen hoidon aikana voi vähentää. Suom Lääkäril 2009;64:2268.
- Keski-Valkama A. The use of seclusion and mechanical restraint in psychiatry - a persistent challenge over time. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press 2010. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11299>.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: a nationwide 15-year study. Nord J Psychiatry 2010;64:136–44.
- Korkeila J. Pakkohoito: milloin ja miten? Duodecim 2006;122:2251–7.
- NICE Clinical Guideline. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments. Great Britain: NHS National Institute for Clinical Excellence 2005. [www.nice.org.uk/CG025NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG025NICEguideline).
- Peele R, Chodoff P. Involuntary hospitalization and deinstitutionalization. Kirjassa: Bloch S, Chodoff P, Green SA, toim. Psychiatric Ethics. 4. painos. New York: Oxford University Press 2008, s. 211–28.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, ym. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:889–97.
- Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive measures in the management of imminent violence: restraint, seclusion and enhanced observation. Kirjassa: Richter D, Whittington R, toim. Violence in mental health settings. New York: Springer 2006, s. 145–72.



**AKI ROVASALO, LL, erikoislääkäri**  
Laurintie 8  
01900 Nurmijärvi

#### SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia



**ALO JÜRILOO, LL, erikoislääkäri,  
ylilääkäri**  
Vantaan vankilan psykiatrisen yksikkö

#### SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia