



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit

Mykkänen, Juuso

2016 Laurea



LAUREA Laurea-ammattikorkeakoulu
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit

Juuso Mykkänen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Juuso Mykkänen

Hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit

Vuosi

2016

Sivumäärä

29

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus siitä mitä suhteellisen ajankoh-
taisesta ammattikirjallisuudesta on luettavissa hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kritee-
reiksi. Näitä kriteereitä lähestyttiin lain, etiikan ja potilaiden näkökulmista. Hyvää hoitoa lä-
hestyttiin ensisijaisesti potilaiden näkökulmaa ja moraalista hyvää painottaen. Lisäksi tarkoi-
tuksena oli selvittää keinoja hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien parempaan
täyttämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä siitä, mitä laadukkaan tah-
dosta riippumattoman hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksiksi tuli, että hyvän tahdosta riippumattoman hoidon ainoa hyväk-
syttävä syy on potilaan itsenäisen päätöksentekokyvyn menettäminen ja tavoitteen tulee aina
olla potilaan itsenäisen päätöksentekokyvyn palauttaminen. Toisin sanoen, tahdosta riippu-
mattoman hoidon syyn täytyy olla psykoosi ja tavoite psykoosin väistyminen. Hoito on aina
suunniteltava ja toteutettava potilaslähtöisesti ja potilaita tulee kohdella kunnioittavasti,
empaattisesti ja inhimillisesti. Tahdosta riippumatonta hoitoa ja sen tarpeen vähentämistä
voidaan kehittää monilla eri tavoilla. Kehittäminen on mahdollista hoidollisilla keinoilla,
hoito- ja työyhteisöön liittyvillä keinoilla, rakenteellisilla keinoilla ja päätöksentekotilanteista
oppimalla. Lopuksi opinnäytetyössä ehdotetaan että psykiatristen oireiden hoitamisen lisäksi
alettaisiin ehkäistä niiden kehittymistä alkamalla suhtautua stressin ja ahdistuksen hallinta-
keinoihin kansalaistaitoina.

Juuso Mykkänen

Criteria of the good care in involuntary treatment

Year	2016	Pages	29
------	------	-------	----

This thesis is a descriptive literature review on what relatively new professional literature tells about the criteria of the good care in involuntary treatment. These criteria were approached by the law, ethics and patients' perspectives. Good care is approached primarily from the perspective of the patient emphasizing on the moral good. In addition, the purpose is to find better ways to improve good involuntary treatment and also ways to avoid need for coercive actions. The aim of this study was to increase the understanding of what should be taken into account in the planning and implementation of the good care in involuntary treatment.

The results show that the only acceptable reason for involuntary treatment is the loss of independent decision-making ability of the patient and the goal should always be to restore the patient's autonomy. In other words, the reason for involuntary treatment must be psychosis and the aim is to make the psychotic symptoms disappear. Care must always be well-planned and patient-centered. Patients should be treated with respect, empathetically and humanely. Involuntary treatment and the lesser need for it can be developed in many different ways. It is possible to develop those by therapeutic and work community related means, structural means and learning from decision-making situations. Finally, the thesis suggests that besides treating psychiatric symptoms, preventive practices should be developed by starting to deal with stress and anxiety management skills in civ-ics.

Keywords: Coercion, Involuntary treatment, Patient perspective

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tahdosta riippumattoman hoidon eettinen perusta	7
3	Laki tahdosta riippumattomasta hoidosta	8
4	Tahdosta riippumaton hoito suomessa	10
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	10
6	Opinnäytetyön toteutus.....	11
	6.1 Tutkimuskysymykset.....	11
	6.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	11
	6.3 Tiedonhaun kriteerit & aineiston haku	12
	6.4 Aineiston analyysi	13
7	Tulokset.....	14
	7.1 Lain ja etiikan asettamat kriteerit tahdosta riippumattomalle.....	14
	7.2 Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan näkökulma	16
	7.3 Keinoja hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttämiseen	20
8	Opinnäytetyön tulosten yhteenveto ja pohdintaa.....	23
9	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	25
10	Jatkotutkimusehdotuksia	27
	Lähteet	28

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on löytää etiikan, lain ja erityisesti potilaiden antamia hyvän hoidon kriteerejä pakon käytölle. Etiikka ja mielenterveyslaki edellyttävät pakon käytön välttämistä niin pitkälle kuin mahdollista, joten työssä etsitään myös keinoja pakon käytön vähentämiselle. Pakko alkaa psykiatriassa siitä kun potilas asetetaan tarkkailuun ja hän joutuu sairaalaan suljettujen ovien taakse. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää millä keinoin tämä voitaisiin välttää ja millä tavalla potilaiden oloja sairaalassa voitaisiin parantaa.

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena tarkoituksena tuoda esiin tutkimuskirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä siitä miten tahdosta riippumatonta hoitoa tulisi kehittää. Lähdekirjallisuudeksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman paljon potilaiden kokemuksia ja toiveita kartoittavia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus pyrkii ensin selventämään hyvän tahdosta riippumattoman hoidon eettisiä perusteita, tuomaan sitten tutkimusten sisältämiä potilaiden hyvään tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyviä ajatuksia mahdollisimman vääristymättöminä esille, minkä jälkeen pyritään hahmottamaan miten etiikan ja potilaiden asettamiin kriteereihin voitaisiin vastata. Koska hyvä hoitotyön perustana on aina asiakas/potilaslähtöisyys, pyrittiin tässä työssä myös kuvaamaan mitä tämä käytännössä tarkoittaa nostamalla esiin potilaiden esittämiä hoitoaan koskevia toiveita. Potilaiden toiveiden tunteminen on välttämätön ehto sen tarkastelulle täyttykö yleinen hoitotyötä koskeva kriteeri potilaslähtöisyydestä psykiatrisessa hoitotyössä.

2 Tahdosta riippumattoman hoidon eettinen perusta

Pakon käyttö psykiatriassa on kontroversiaalinen aihe ja sen moraalista oikeutuksesta on käyty kiivasta debattia kaikissa euroopan maissa (Pylkkänen, Eskola & Hemmi 2010, 3332). Pakkohoidon (josta korrektimpi ilmaisu on "tahdosta riippumaton hoito", jota jatkossa käytän) historiasta löytyy käytäntöjä, jotka eivät nykyään vallassa olevan etiikan valossa ole mitenkään hyväksyttäviä. Tämä selittää ainakin osin aiheesta käytävää debatointia. Suhteellisen läheisestäkin historiasta löytyy ihmisoikeuksia vastaan rikkovia käytäntöjä, joita vastaavia ei haluta enää tulevaisuudessa nähdä. Suomalaisen tahdosta riippumattoman hoidon historian mahdollisesti synkin luku, eli rotuhygienialla perusteltu pakkosterilisaatio, kiellettiin laissa vasta 1970 (Pietikäinen 2013, 321). Kysyttäessä hyvän hoidon kriteereitä tahdosta riippumattomalle hoidolle onkin hyvä heti alkuun selvittää minkälaiselle eettiselle perustalle hyvä hoito nykypäivänä rakentuu.

Hoitotyön tehtävä on tukea ihmisiä terveyden ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Terveyttä ei voida määritellä yleispätevästi, vaan yksilölliset terveystilanteet vaihtelevat ihmisen arvojen, kokemus- ja tietopohjan mukaan. Koska hoitotyö pyrkii juuri ihmisen oman terveystilanteen mukaisen terveyden ylläpitämisen tukemiseen, on ensisijaista arvioida mikä tämä terveystilanne on, mitä terveys kyseiselle ihmiselle merkitsee ja minkälainen voimavara se hänelle on. Hoitotyön etiikan kannalta onkin erityisen tärkeää, että hoitaja ymmärtää erilaisten ihmisten tapoja käsittää terveyden ja pystyy tukemaan ja arvostamaan erilaisten ihmisten terveystilanteita. (Leino-Kilpi 2014, 24-25)

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitoksen professori Helena Leino-Kilpi kutsuu ihmisen itsensä tekemää terveyden vaalimista ja hoitoa primaariprosessiksi. Tämä on yksilöllinen ja näkyy erilaisina terveystilanteina: ihmiset syövät ja harrastavat liikuntaa varsin eri tavoin johtuen primaariprosessin eroista. (Leino-Kilpi 2014, 25)

Ihminen ei kuitenkaan aina pysty itse huolehtimaan terveydestään, jolloin hän tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisten apua. Tämä voi johtua esimerkiksi onnettomuuteen joutumisesta tai sairastumisesta. Tätä toiselta saatua terveyden hoitamista Leino-Kilpi kutsuu sekundaariprosessiksi. Sekundaariprosessi on nimensä mukaisesti toissijainen ja sen tavoitteena on palauttaa primaariprosessi, eli yksilön itsenäinen kyky ottaa vastuu terveydestään tai, jos hän ei siihen jostain syystä kykene, mahdollisimman suuri osavastuu terveytensä hoidosta. (Leino-Kilpi 2014, 26)

Psykiatriseen hoitotyöhön liittyy runsaasti eettisiä ongelmia, joiden mahdollisesti perustavin syy liittyy mielenterveyshäiriöiden luonteeseen. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat usein yksilön kykyyn tehdä itsenäisiä omaa terveyttään koskevia päätöksiä. (Välimäki 2014, 264) Val-

takunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE:n mukaan mielenterveystyö on ihmisen kokonaisvaltaista hoitamista, joka tukee kansalaisia selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omassa arjessaan. Kansalaisen tulee saada tarvitsemaansa hoitoa nopeasti ja joustavasti. Ja hoitosuhteiden tulee olla luottamuksellisia, pysyviä ja jatkuvia. Jos potilas niin tahtoo, voivat omaiset ja läheiset voivat osallistua potilaan hoitoon kykyjensä ja voimavarojensa mukaisesti. ETENE ehdottaa, että psykiatrisen hoitotyön perustana tulee olla diagnoosien sijaan ihmisen terveys, ihmisarvo ja voimavarat. Psykiatrisen potilaan kokonaisvaltainen hoito edellyttää hoitohenkilökunnan lisäksi panostusta myös muilta tahoilta. Sairaudesta kuntoutuakseen potilas tarvitsee kunnollisen asunnon ja riittävän toimeentulon. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009, 5-7)

3 Laki tahdosta riippumattomasta hoidosta

Suomen mielenterveyslaki (1990/1116) asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle kolme perustetta, joiden täytyy täyttyä, jotta aikuinen henkilö voidaan lainmukaisesti toimittaa tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon. Nämä kolme perustetta ovat:

- 1: Henkilö todetaan mielisairaaksi.
- 2: Hänen mielisaurautensa hoitamattomuus pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.
- 3: Mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole riittäviä tai sovellu käytettäväksi hänen hoidossaan.

Käytännössä tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen edellyttää vakavaa todellisuudentajua heikentävää mielenterveydellistä häiriötä, jota voidaan pitää psykoosina. Tähän ryhmään kuuluvia sairauksia ovat skitsofreniaryhmän psykoosit, psykoottinen kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottinen masennus, delirium, orgaaniset psykoosit. päihteiden käytön aiheuttamat psykoottiset tilat ja vaikeat dementiat. (Korkeila 2006, 2251-2252)

Esimerkiksi väkivaltaisuus, itsemurhavaara tai hallitsematon päihteiden käyttö eivät itsessään riitä tahdosta riippumattoman hoidon edellytykseksi. Mikäli itsemurhavaaran taustalla on nähtävissä psykoottistasoinen depressio, joka ilmenee korostuneen epärealistisena syyllisyydentuntona ja syvänä toivottomuutena, on tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen lainmukaista. Näin ollen vakavassa itsemurhavaarassa olevan määrääminen mielenterveyslain mukaiseen tarkkailuun ei ole perusteetonta. (Korkeila 2006, 2252)

Hoitoon määrääminen tapahtuu neliportaisesti, mikä menee tyypillisesti näin: 1. Perusterveydenhuollon lääkäri tekee tarkkailulähetteen. 2. Sairaalan poliklinikan lääkäri tai päivystävä lääkäri päättää potilaan tarkkailuun ottamisesta. 3. Tarkkailusta vastaava lääkäri tekee tarkkailulausunnon. 4. Psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri tekee päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta. Mikäli tarkkailun aikana ilmenee ettei sulkevalle hoitoonmääräämis päätökselle ole aihetta, on potilas heti poistettava sairaalasta, mikäli hän sitä haluaa. Potilaan oikeusturva on tuettu valitusoikeudella hallinto-oikeuteen. (Pylkkänen ym. 2010, 3334) Hoitoon määräämis päätöksestä alkaen hoitoa voidaan jatkaa kolme kuukautta. Kolmen kuukauden jakson täyttymiseen mennessä on tahdosta riippumattoman hoidon tarve arvioitava uudelleen. Jos potilaan todetaan olevan edelleen tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa, voidaan tehdä päätös hoidon jatkamisesta, joka on voimassa enintään kuusi kuukautta. Tämän jakson jälkeen tahdosta riippumattoman hoidon tarve on jälleen arvioitava. Heti kun tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit eivät enää täyty, on se tahdosta riippumattomana hoitona lopetettava. (Korkeila 2006, 2253)

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan perusoikeuksia ei mielenterveyslain (1990/1116) mukaan saa rajoittaa enempää kuin sairauden hoito tai turvallisuus (potilaan tai jonkin toisen henkilön) tai jokin laissa säädetyn edun turvaaminen vaatii. Lain mukaan potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hoidossa saadaan käyttää vain sellaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, jotka ovat lääketieteellisesti hyväksyttäviä ja joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaisi potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Potilaan koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavia toimenpiteitä voidaan tehdä vain täysi-ikäisen potilaan kirjallisella suostumuksella, mikäli kyseessä ei ole potilaan henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi tehtävä välttämätön toimenpide.

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 kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi taikka muusta näihin rinnastettavasta hoidon suorittamisen kannalta välttämättömästä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä. (Mielenterveyslaki 1990/1116)

4 Tahdosta riippumaton hoito suomessa

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen yleisyys on suomessa euroopan keskitasoa, mutta pakkotoimenpiteiden (pakkolääkitys, eristys, sitominen) käytön väitetään olevan yleistä (Pylkkänen ym. 2010, 3332). Suomessa laillisia pakkokeinoja ovat: tahdonvastainen sairauden hoito & pakkolääkintä, tahdonvastainen sähköhoito, rajoittava vaate, somaattinen hoito, eristäminen, sitominen, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden tai lähetysten tarkastaminen, henkilöntarkastus, henkilönkatsastus ja yhteydenpidon rajoittaminen. Edellytykset näiden rajoitteiden käytölle määritellään mielenterveyslain luvussa 4a. Potilaslaki edellyttää, että tahdosta riippumattomassa hoidossa pyritään aina potilaan kanssa yhteisymmärrykseen ja potilaan hyväksymiin hoitokeinoihin. (Repo-Tiihonen, Putkonen & Tuppurainen 2012, 2336-2338)

Pakkotoimien käyttömääriä kartoittavan 12 Euroopan maata kattavan tutkimuksen mukaan Suomessa käytetään viidenneksi eniten pakkotoimia. Asian objektiivinen vertailu on maakoh- taisten erojen vuoksi kuitenkin vaikeaa. Islannissa sitominen ja eristäminen on kiellettyä, mutta potilasta voidaan pitää tarvittaessa fyysisesti kiinni jopa tuntien ajan. Britanniassa ei suositeta eristämistä, mutta potilaan huoneen ovi voidaan lukita ulkoapäin ilman, että asiasta tehdään kirjausta. Eräissä ranskalaisissa sairaaloissa ei ole eristyshuoneita, mutta potilaille annetaan tarvittaessa tahdosta riippumatta usean lääkkeen yhdistelmäinjektioita. Hollannissa taas tahdonvastaisten injektioiden käyttö on kielletty. (Korkeila 2011, 2595)

Suomen sisällä alueelliset erot tahdosta riippumattoman hoidon käytössä ovat suurempia kuin mielisairauksien ja vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydellä voidaan selittää. Tahdosta riippumattoman hoidon käyttöä lisäävät todennäköisesti sairaalapaikkojen pieni määrä ja avohoidon tukipalveluiden vähäisyys. Toisaalta sairaalapaikkojen suuri määrä voi myös lisätä pakkohoidon määrää. (sairaalapaikkojen vähyys ilmeisesti lisää tahdosta riippumattoman hoidon osuutta suhteessa kaikkiin psykiatrisessa hoidossa oleviin, kun taas sairaalapaikkojen vähyys lisää tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien osuutta suhteessa koko väestöön). Sairaalan lähellä asumisen on todettu mahdollisesti lisäävän pakkohoitoon joutumisen todennäköisyyttä. (Korkeila 2006, 2254)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus siitä mitä suhteellisen ajankoh- taisesta ammattikirjallisuudesta on luettavissa hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kritee-

reiksi. Näitä kriteereitä lähestytään lain, etiikan ja potilaiden näkökulmista. Hyvää hoitoa lähestytään ensisijaisesti moraalista hyvää painottaen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää keinoja näiden kriteerien parempaan täyttymiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, mitä laadukkaan tahdosta riippumattoman hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon.

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Siinä käytettiin suomen- ja englanninkielistä hoito- ja lääketieteellisissä julkaisuissa julkaistua lähdeaineistoa.

6.1 Tutkimuskysymykset

Mitkä ovat hyvän tahdosta riippumattoman hoidon lailliset ja eettiset kriteerit?

Mitä kriteereitä potilaat esittävät hyvälle tahdosta riippumattomalle hoidolle?

Millä tavalla nämä kriteerit voitaisiin paremmin täyttää?

6.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksilla on esitetty olevan seuraavia tavoitteita: Olemassa olevan teorian kehittäminen ja uuden teorian rakentaminen, olemassa olevan teorian arvioiminen, kokonaiskuvan rakentaminen tietystä asiakokonaisuudesta, ongelmien tunnistaminen ja tietyn teorian historiallisen kehityksen kuvaaminen. (Salminen 2011, 3) Näistä tavoitteista kaksi pätee ainakin jossain määrin myös tämän kirjallisuuskatsauksen kohdalla. Tämä kirjallisuuskatsaus pyrkii rakentamaan kokonaiskuvaa tietystä rajatusta asiakokonaisuudesta ja tunnistamaan kyseiseen asiakokonaisuuteen liittyviä ongelmia.

Tämä kirjallisuuskatsaus on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksista. Kyseessä olevaa katsaustyyppin aineistot voivat olla laajoja eikä sen tekemistä sido tarkat metodiset säännöt. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti ja sitä voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla joko integroiva tai narratiivinen katsaus, joka on kirjallisuuskatsauksista metodisesti kevyin muoto. (Salminen 2011, 6-7)

Narratiivisia katsauksia katsotaan voitavan tehdä kolmella tapaa, joita ovat toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Yleiskatsauksessa pyritään tiivistämään aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja tekemään niistä kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto pyritään tekemään ytimekkäästi ja johdonmukaisesti. Narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen hankittu aineisto ei ole lähtökohtaisesti käynyt läpi systemaattista seulaa. Kyseisen metodin kautta on kuitenkin mahdollista päästä tuloksiin, joiden luonne on kirjallisuuskatsauksen mukainen synteesi. (Salminen 2011, 7)

Kuvaileva kirjallisuuskatsauksen tekoprosessi voidaan käsittää nelivaiheiseksi. Nämä vaiheet ovat tutkimuskysymyksen muodostuminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Nämä vaiheet eivät kuitenkaan jäsenny kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa toisistaan erillisiksi saarekkeiksi, vaan etenevät päällekkäisesti suhteessa toisiinsa. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysissä ja aineiston valinnassa korostuu pyrkimys ymmärtämiseen ja aineistolähtöisyyteen. Aineiston valinta ja sen analyysi tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineiston valinnassa keskitytään jatkuvasti siihen miten aineisto vastaa tutkimuskysymykseen. Aineiston kuvailussa yhdistetään ja analysoidaan aineistoa ja syntetisoidaan tietoa eri tutkimuksista pyrkien luomaan mukaan valikoituneesta aineistosta jäsentynyt kokonaisuus. (Kangasniemi ym. 2013, 294-296)

6.3 Tiedonhaun kriteerit & aineiston haku

Hain opinnäytetyöhön aineistoa ensin kahdesta tietokannasta, joita olivat CINAHL ja Medic. CINAHL:sta haettaessa käytin sanapareja "compulsory treatment", "coercive treatment" ja "involuntary treatment" ja Medicissä hakusanaa "Pakkohoito". Aineistonhauksen ensimmäisessä vaiheessa sisäänottokriteerinä oli aineiston suhteellinen tuoreus ja saatavuus sähköisessä muodossa. Haut tuottivat CINAHL:sta 23 artikkelia ja Medicistä 16. Tämän jälkeen kävin läpi artikkeleiden otsikot ja suljin ulos selvästi jonkun tietyn potilasryhmän, kuten laihuus tai raskeuspotilaan, hoitoon keskittyvät artikkelit. Ja jos ei otsikko antanut aihetta ulossulkemiselle, luin artikkelista vähintään abstraktin. Lopulta valitsin aineistoksi CINAHL:sta kuusi artikkelia, joista viisi lähestyy tahdosta riippumatonta hoitoa potilaan näkökulmasta haastatteluiden avulla ja yksi käsittelee pakkohoidon eettisiä edellytyksiä yleisellä tasolla. Erästä näistä artikkeleista lukiessani huomasin lähdeluettelossa artikkelin, joka lähestyy pakkokäytäntöä potilaan näkökulmasta. Koska tarkoitukseni oli pyrkiä tekemään katsausta ensisijaisesti potilaan näkökulmasta ja minulla oli vain viisi tähän näkökulmaan painottuvaa artikkelia kasassa, valitsin myös tämän artikkelin lähteeksi katsaukseen. Medicistä mukaan valikoitui lopulta viisi tekstiä, joista kolme on joko alkuperäistutkimuksia tai katsauksia. Mukaan valikoitui myös yksi mielestäni erityisen hyvin opinnäytetyön aiheen vaikeutta esiin nostava pääkirjoitus ja kom-

mentti siihen. Aineiston valintaa ohjasi pyrkimys vastata mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin ja pysymään mahdollisimman yleisellä tasolla. Esimerkiksi päihdepotilaiden ja varsinkin raskaana olevien päihdepotilaiden hyvä hoito vaatisivat oman työnsä.

Valinnassa pyrittiin sulkemaan ulos yli kymmenen vuotta vanha aineisto, mutta yhden alkuperäistutkimuksen kanssa tein poikkeuksen. Yksi pakkokeinojen vähentämistä psykiatrisella osastolla käsittelevä artikkeli (Ala-aho, Hakko & Saarento 2003) on julkaistu 2003, eli on yli kymmenen vuotta vanha. Muut lähteet ajoittuvat aikajaksolle 2007-2013.

Aineiston valinnassa huomioitiin lähdekritiikki. Opinnäytetyöhön valittiin vain hyvämaineisissa julkaisuissa julkaistuja artikkeleita. Kotimaisista julkaisuista edustettuina ovat Duodecim ja Suomen lääkärilehti. Englanninkielisistä julkaisuista katsauksessa on edustettuna Bioethics, Journal of psychiatric and mental health nursing, Health & Social Care in the Community, Nursing ethics, International journal of mental health nursing ja Scandinavian journal of caring sciences.

Yhteensä aineistoksi valikoitui viisi suomenkielistä ja seitsemän englanninkielistä, eli yhteensä 12 artikkelia. Näistä kymmenen on akateemisia tutkimuksia, yksi on pääkirjoitus ja yksi kommentti pääkirjoitukseen.

6.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin aloitin teemoittelulla. Luin tutkimusartikkelit niistä tietoa keräten ja lajitellen kerätyn tiedon eri teemojen mukaisesti. Teemoina toimivat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset.

Teemat tarkoittavat "aineistossa ilmeneviä ja toistuvia sisältöjä, jossa aineiston pääsisällöt tulevat esiin." (Kangasniemi & Pölkki 2015, 87) Luokittelin valitsemani tutkimussisällöt tutkimuskysymyksiä vastaavien luokkien alle, eli lain & etiikan näkemyksiä hyvästä hoidosta käsitteleviin, potilaiden näkökulmaa hyvästä hoidosta käsitteleviin ja hyvän hoidon kehittämiskeinoja koskeviin luokkiin.

Teemoittelun jälkeen purin aineiston aiheidensa mukaisten otsikoiden alle. Tässä pyrin objektiivisuuteen, eli käsittelemään aineistoa mahdollisimman neutraalisti ja värityttömästi, eli aineistolähtöisesti. Pyrin katsauksessa mahdollisimman pitkälle välttämään tulkintaa, mutta tiedostan myös että jo varsinkin englanninkielisten alkuperäistutkimusten lukeminen ja kääntäminen sisältää paljon tulkintaa ja näin ollen mahdollisesti vääristää alkuperäisen puheen

merkitystä. Erityisesti potilaiden näkökulmaa pyrin analysoimaan tavalla, jota voi kutsua fenomenologiseksi.

Fenomenologinen tutkimus pyrkii lähestymään "asiaa itsessään", millä tarkoitetaan asioiden kuvaamista ilman teoreettisia käsitteitä ja kausaalista selittämistä. Lisäksi fenomenologisessa kuvauksessa pyritään välttämään tutkijan ennakoasenteiden vaikutusta tutkittavan materiaalin tulkintaan. Fenomenologiassa tutkittava kohde on ensisijainen teoriaan nähden. Fenomenologisella tutkimuksella tuotetaan tietoa potilaiden kokemuksista ja kokemusten merkityksestä. (Lukkarinen 2003, 116-121)

Aineiston analyysia ohjaavissa tutkimuskysymyksissä kysytään kriteereitä hyvälle tahdosta riippumattomalle hoidolle. Suomen kielen perussanakirjan (1990, 556) mukaan kriteeri on "arviointi-, arvosteluperuste, mittapuu, (ratkaiseva) tunnus(merkki), erottava ominaisuus. *Luo-tettava k. Aitousden k. Tapaus, joka täyttää kaikki masennustilan diagnostiset k:t.*" Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin siis selvittämään niitä arviointi ja valintaperusteita, jotka tulee tahdosta riippumatonta hoitoa arvioitaessa ja suunnitellessa ottaa huomioon.

7 Tulokset

Tässä osiossa kuvaan opinnäytetyön tulokset. Ensin esitellään lain ja etiikan asettamat kriteerit tahdosta riippumattomalle hoidolle, sitten esitellään aihetta tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden näkökulmasta ja lopuksi mietitään keinoja näiden kriteerien parempaan täyttämiseen.

7.1 Lain ja etiikan asettamat kriteerit tahdosta riippumattomalle

Tahdosta riippumattoman hoidon moraalinen oikeutus on herättänyt kiivasta keskustelua kaikissa euroopan maissa. Pylkkänen, Eskola, & Hemmi (Pylkkänen ym. 2010, 3332) tiivistävät kiistelyn taustalla olevan ristiriidan seuraavasti: "pakon käyttöön ylipäänsä on suhtauduttu kriittisesti, koska se merkitsee puuttumista itsemääräämisoikeuteen. Toisaalta vakava psykoottinen sairaus saattaa heikentää yksilön harkintakykyä siinä määrin, että pakon käytölle on lääketieteellisiä perusteita terveyden suojelemiseksi." Duodecimin pääkirjoituksessa Aki Rovasalo ja Alo Jüriloo (2011, 5) ilmaisevat saman ristiriidan ytimekkäämmin: "Yksilön itsemääräämisoikeuteen kajoaminen on sinänsä väärin, ja niin on harhaisen potilaan heitteille jättökin". Tästä syystä on tärkeää tarkastella tahdosta riippumattoman hoidon etiikkaa ja sitä miten se sopii yhteen suomalaista hoitokäytäntöä ohjaavan mielenterveyslain kanssa.

Manne Sjöstrand ja Gert Helgesson (2008, 113-120) ehdottavat artikkelissaan *Coercive treatment and autonomy in psychiatry*, että ainoa hyväksyttävä syy tahdosta riippumattomalle hoidolle on potilaan autonomisen päätöksentekokyvyn menettäminen. Ja ainoa hyväksyttävä päämäärä tahdosta riippumattomassa hoidossa on potilaan autonomisen päätöksentekokyvyn palauttaminen.

Sjöstrand & Helgesson perustelevat tätä sillä että vaikka voidaan perustellusti sanoa, että todennäköisesti vaarallisen ja mielenterveydeltään järkkyneen ihmisen ei tule sallia vahingoittavan muita, voidaan sama sanoa mieleltään terveestä ihmisestä, joka jostain syystä on todennäköisesti vaaraksi muille. Mieleltään tervettä ihmistä ei voida määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, joten myöskään psyykkisesti sairaan hoitoon määrääminen ei voi lähtökohtaisesti perustua vaarallisuuteen. Hoidon syyn täytyy aina perustua henkilön terveydentilaan. Sairaus ei kuitenkaan itsessään ole riittävä peruste hoitoon määräämiselle, minkä Sjöstrand & Helgesson perustelevat sillä ettei somaattisesti sairaitakaan hoideta ilman heidän suostumustaan. Syöpää sairastavalle ei anneta väkisin syöpälääkkeitä, vaikka hoitamatta jätetty syöpä johtaisi potilaan kuolemaan. Samalla tavalla esimerkiksi henkilöä, jolla on terveydelle haitallisia pakkotoimintoja, ei tule pelkästään sairauden ja hoitovastaisuuden takia määrätä tahdonvastaiseen hoitoon, mikäli hän ymmärtää tekonsa ja niiden seuraukset. Kun potilaan autonomia ja terveys ovat ristiriidassa, asettuu autonomia terveyden edelle. Hoitoon määrääminen voidaan perustella vain sillä, että potilas on siten sairas, ettei hän ole kykenevä itsenäiseen omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon. (Sjöstrand & Helgesson 2008, 114-116)

Sjöstrand & Helgesson käyttävät Beauchap & Childress:n teoksessa *Principles of biomedical ethics* esittämää kolmiosaista listaa sille, mitä itsenäiseltä päätöksentekokyvyltä edellytetään. Nämä kolme edellytystä ovat intentionaalisuus, päätöksentekotilannetta koskeva ymmärrys ja ulkoisten pakotteiden puuttuminen. Jotta henkilöllä olisi kyky päättää itsenäisesti hoidostaan, tulisi henkilön kyetä ymmärtämään siihen liittyviä asioita kuten annettu diagnoosi, prognoosi, riskit, hyödyt ja suositukset. Vakavaa psyykkistä sairautta sairastava ei välttämättä tiedosta sairastavansa sairautta, joka oleellisesti heikentää hänen ympäröivää maailmaa ja omaa terveydellistä tilaansa koskevaa käsityskykyään. Tässä tapauksessa voidaan katsoa, että henkilöllä ei ole riittäviä edellytyksiä päättää oman sairauden hoidostaan, joten hänen määräämisensä tahdosta riippumattomaan hoitoon voi olla eettisesti perusteltua. Ensimmäinen hoidon tavoite tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn potilaan hoidossa tulee aina olla potilaan itsenäisen päätöksentekokyvyn palauttaminen. (Sjöstrand & Helgesson 2008, 116-119)

Potilaan autonomian kunnioittaminen näkyy myös potilaslaissa sekä potilaan tahdon kunnioittamisessa, että tahdosta riippumattomaan hoitoonmääräämiskriteereissä. Potilaslain mukaan

tahdosta riippumattomassa hoidossa täytyy aina pyrkiä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen ja hoitoihin, jotka potilas voi hyväksyä tai vastaavat parhaiten hänen tahtoaan, mikäli hän ei ole mielenterveyshäiriön takia kykenevä päätöksentekoon (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2336). Lisäksi Suomessa tahdosta riippumattoman hoidon ensimmäinen edellytys on aina psykoosi (Pylkkänen ym. 2010, 3332), mikä vastaa hyvin Sjöstrand & Helgessonin ajatusta siitä, että tahdosta riippumattoman hoidon ainoana hyväksyttävänä edellytyksenä voidaan pitää potilaan kyvyttömyyttä tehdä itsenäisiä päätöksiä päätöksentekotilannetta koskevan ymmärryksen heikkenemisen vuoksi.

Vaikka potilasta joudutaan avoimen psykoosivaiheen aikana hoitamaan vastentahtoisesti, on potilaan kanssa pyrittävä yhteistyöhön, mikäli vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä on tarjolla. Hengenvaaran uhatessa katatonisessa sulkuutilassa olevaa potilasta on hoidettava parhaalla mahdollisella tavalla esimerkiksi aivojen sähköhoidolla jopa päivystysluonteisesti. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2337-2338)

Psykiatrisilla osastoilla on yhteisöllisiä sääntöjä, mikä on hoidollisesti perusteltua strukturoidun päiväjärjestyksen ollessa merkittävä hoidollinen elementti. Säännöt koskevat esimerkiksi ruokailu- ja vierailuaikoja ja tupakointitiloja. Säännöt eivät kuitenkaan saa rajoittaa enempää kuin mielenterveyslaki sallii, eikä sääntöjä tule laatia niin, ettei hoitoa voida toteuttaa minimaalisen rajoittamisen periaatteen mukaisesti. Sääntöjen lisäksi potilailla on myös oikeuksia. Esimerkiksi potilaalla on halutessaan oikeus päivittäiseen vähintään tunnin ulkoiluun, vaikka saatettuna, jos hänellä ei ole lupia itsenäiseen ulkoiluun. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2339)

Lääkärin määräämästä lääkityksestä tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla ei Suomessa ole oikeutta kieltäytyä, vaikka hän ymmärtäisi kieltäytymiseen liittyvät riskit. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2339)

7.2 Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan näkökulma

Skotlantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin 39:n tahdosta riippumattomassa hoidossa olleen potilaan suhtautumista paktoon. Tuloksena oli, että vähän yli puolet (52%) suhtautuivat siihen "välttämättömänä pahana", eli kokivat tahdosta riippumattoman hoidon olleen oikeutettua heidän kohdallaan. Merkittävä vähemmistö (42%) piti kuitenkin pakkoa "kokonaan tarpeettomana". Nämä haastatellut kokivat tahdosta riippumattomasta hoidosta olleen enemmän haittaa kuin hyötyä. (Ridley & Hunter 2013, 513) Australialaisessa vuonna 2015 julkaistussa tutkimuksessa (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton 2015, 184) 10 potilasta koki tahdosta riippumattoman sairaalahoidon olleen heidän kannaltaan positiivinen kokemus, 12 potilasta

piti tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa negatiivisena kokemuksena, joka ei edistänyt heidän toipumistaan. Näiden kahden tutkimuksen perusteella vaikuttaisi siltä, että noin puolet potilaista kokee tahdosta riippumattoman sairaalahoidon hyödyllisenä.

Vastentahtoisen eristämisen vähentämistä psykiatrisella osastolla tutkineen alkuperäistutkimuksen (Ala-aho ym. 2003) seuranta-aikana eristettiin lepositeisiin 41 potilasta, joista vähän alle puolet (45,6%) arvioi eristämisen olleen hoidon kannalta tarpeellista ja joka viides (20,4%) piti eristämistä tarpeettomana.

Toisessa Suomalaisissa psykiatrisissa sairaaloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin potilaiden kokemuksia vapaudenriistosta. Myös Suomalaisen tutkimuksen potilaista osa piti tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvää vapauden riistoa perusteltuna. He olivat sitä mieltä, että akuutilla psykiatrisella osastolla täytyy olla tiukat säännöt ja ajattelivat, että osastolta poistumisen rajoittaminen perustui kyseisiin sairaalan sääntöihin. (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä & Välimäki 2007, 602)

Suomalaistutkimuksen mukaan kokemus vapauden menettämisestä seuraa siitä, että potilas on osastolla, jonka ovet ovat lukittuna, eikä potilaalla ole mahdollisuutta poistua osastolta vapaasti (Kuosmanen 2007, 600). Valinnanvapauden kaventuminen tahdosta riippumattoman hoidon aikana näkyi tutkimuksessa monella tapaa negatiivisina tunteita.

Eräs potilas ilmaisi osastolle joutumisesta seuraavasta liikkumisvapauden menetyksestä seuranneen vankilassa olemista vastaavan tunteen. Yleisemminkin vapauden menetys koettiin surullisena ja levottomuutta aiheuttavana. Liikkumisvapauden lisäksi potilaat kokivat menettäneensä vapauttaan myös muissa asioissa. Jotkin potilaat kokivat saavansa pitää liian vähän yhteyttä osaston ulkopuolisiin henkilöihin, mikä johtui liian lyhyistä tai vähäisistä vierailuajoista, jotka pitivät heidät eristettynä osaston ulkopuolisesta maailmasta. Joiltain potilailta oli myös kielletty matkapuhelinten käyttö tai rajattu sen käyttöä vain tiettyihin aikoihin. Tarvaiden takavarikoinnin potilaat kokivat tarpeettomaksi. Se etteivät he saaneet pitää henkilökohtaista omaisuutta hallussaan koettiin nöyryyttäväksi. (Kuosmanen 2007, 601-602) Useat Skotlantilaistutkimuksen potilaat kokivat osastolla ollessaan tekemisen puutetta ja tylsistymistä. (Ridley & Hunter 2013, 515)

Tahdosta riippumattomaan hoitoon joutuminen näkyi joissain potilaissa vahvana vaihtoehtomuuden tuntona. Eräs haastateltu potilas olisi kaivannut mahdollisuutta tulla hoidetuksi kotona. Sairaalassa olon vastenmielisyyden takia hän epäilee, että olisi saattanut kokea vointinsa paremmaksi jos pakkohoito olisi tapahtunut hänen kotonaan. Potilaan mielestä tämä

mahdollisuus pitäisi olla olemassa. (Ridley & Hunter 2013, 516) Vielä voimakkaampana vaihtoehdottomuus näyttäytyy erään potilaan kokemuksessa siitä, että kukaan ei edusta potilaan asiaa potilaan näkökulmasta, mikä sai potilaat toivomaan, että olisi joku jonka puoleen kääntyä silloin kun potilas kieltäytyy hoidosta kokonaisuudessaan ("someone to turn to when you disagree with the whole system"). (Ridley & Hunter 2013, 516) Lääkehoidon vaihtoehdottomuus tulee selväksi Irlantilaisen haastattelututkimuksesta, johon osallistunut potilas sanoo: "I didn't have a choice and that was made clear to me when the guys came to inject me. I didn't have a choice." (Mc Guinnes, Dowling & Trimble 2013, 730) Sitaatin vaihtoehdottomuutta korostava toisto ilmentää nähdäkseni kokemuksen emotionaalista voimakkuutta.

Tahdosta riippumattomassa hoidossa olemisesta huolimatta potilaat kokivat tarvetta autonomiansa säilyttämiseen. Mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun oli monille potilaille tärkeää. Tunne ettei hoitohenkilökunta tee heidän puolestaan enempää päätöksiä kuin heidän terveydentilansa ja toipumisensa välttämättä edellyttää ja kokemus inhimillisestä ja kunnioittavasta kohtelusta edisti positiivista suhtautumista hoitoon. (Andeasson & Skärsäter 2011, 15)

Sekä Skotlantilaisen että Ruotsalaisen tutkimuksen haastatteluissa tuli esille potilaiden tahtotulla kuulluksi ja vakavasti otetuiksi. (Andeasson & Skärsäter 2011 ; Ridley & Hunter 2013) Pelkät lisääntyneet osallistumismahdollisuudet eivät itsessään vaikuttaneet siihen, että Skotlantilaiseen tutkimukseen osallistuneet potilaat olisivat kokeneet tulleen kuulluksi. Esimerkiksi mahdollisuus tehdä hoitotahto ei aina lisännyt tunnetta kuulluksi tulemisesta, koska hoitotahtoa ei noudatettu. Tämä kuulluksi tuleminen tarve liittyi usein potilaiden kokemuksiin voimakkaiden neuroleptien vaikutuksista ja heidän toiveisiin saada niinsanottuja vaihtoehtoisia hoitoja. Useat potilaat toivoivat monipuolisempaa hoitoa: hoidon tulisi olla vähemmän riippuvaista lääkkeitä ja keskittyä enemmän lääkkeettömään terapiaan. Erään lääkkeettömästä terapiasta omien sanojensa mukaan hyötynyt potilas sanoi, että monet hoitajat tiedostavat ettei lääkehoito ole kaikki kaikessa, vaan ovat opiskelleet myös muita hoitomuotoja. Potilaan mukaan hoitajat eivät kuitenkaan pysty niitä vallitsevissa puitteissa hyödyntämään maailmanlaajuisesti psykiatriassa vallitsevan dogmaattisesti lääkekeskeisen lähestymistavan takia. (Ridley & Hunter 2013, 514-516)

Ruotsalaistutkimuksen potilaat kokivat saavansa hyvää hoitoa, jos he kokivat hoitohenkilökunnan olevan luotettavia, huomaavaisia ja sitoutuneita heidän hoitoonsa. Turvallisuuden tunnetta lisäsi kokemus kokeneesta ja pätevistä henkilökunnasta, joka kohteli potilaita tasaisesti ja jonka asettamat rajat ja säännöt olivat hyvin perusteltuja. (Andeasson & Skärsäter 2011, 18)

Voimaannuttavaksi potilaat kokivat henkilökunnan, joka hoiti heidän asioitaan ja ajoi heidän intressejään. Esimerkiksi eräs potilas ilmaisi tyytyväisyytensä siihen, että hoitaja edusti potilasta lääkärintapaamisessa potilaan kokiessa tilansa niin hauraaksi, ettei kyennyt itse asioitaan ajamaan. (Andeasson & Skärsäter 2011, 18)

Skotlantilaisessa pakkohoidossa olevien potilaiden kokemuksia kartoittaneessa tutkimuksessa todetaan muun muassa, että potilaiden kokemus on ollut positiivinen, kun hoitotiimi on suonut aikaa potilaan kuuntelemiseen ja auttamiseen, ollut ymmärtäväistä ja omistautunutta työlleen ja käyttäytyneet joustavasti erilaisten potilaiden kanssa. (Ridley & Hunter 2013, 515) Kuulluksi tulemisen tarve toistuu muissakin tutkimuksissa ja potilaan kuulluksi tulemisen kokemuksen voidaan sanoa olevan yksi merkittävimmistä hoidon onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä (van den Hoof & Goossensen 2014, 433).

Sekä Ruotsalaisessa että Skotlantilaisessa tutkimuksessa tulee esiin potilaiden toive siitä että henkilökunta olisi enemmän läsnä.

Eräs ruotsalaistutkimuksen potilas esitti toiveen, että hänen kanssaan keskusteltaisiin useammin. Keskustelun ei välttämättä tarvitsisi liittyä sairauteen, vaan se voisi olla vaikka urheilusta tai säästä puhumista, kunhan se auttaisi suuntaamaan huomiota pois psykoottisista ajatuksista. Yleensäkin potilas toivoi, että henkilökunta keskustelisi enemmän potilaiden kanssa. (Andeasson & Skärsäter 2011, 18) Skotlantilaistutkimuksen potilaat taas esittivät ajatuksen, että henkilökunnan tulisi viettää vähemmän aikaa paperitöiden ja enemmän aikaa potilaiden parissa. (Ridley & Hunter 2013, 516) Henkilökunnan suuremmalla läsnäololla on suotuisa vaikutus potilaiden turvallisuuden tunteeseen. (Andeasson & Skärsäter 2011, 20)

Pelkän läsnäolon lisäksi potilaat ilmaisivat toiveen empaattisesta kohtelusta ja persoonan näkemisestä oireiden takana. Eräs potilas ilmaisi tämän sanomalla, että vaikka ihminen ei olisi terve, tulisi häntä kohdella kuin tervettä ihmistä. (Andeasson & Skärsäter 2011, 19) Kun kyse on sairaudesta, toivoisivat potilaat hoitohenkilökunnan keskittyvän diagnoosin sijaan heidän yksilölliseen sairauteen koskevaan kokemukseensa ja siihen miten sairaus vaikuttaa heidän elämänsä (Wyder ym. 2015, 187)

Joidenkin potilaiden mielestä osaston henkilökunnan laatua ja johdonmukaisuutta tulisi yleisesti ottaen parantaa. Potilaat kokivat henkilökunnassa valtavia eroja jopa yhden osaston sisällä. (Ridley & Hunter 2013, 516) Australialaisen tutkimuksen informanteista jokainen kertoi hoitohenkilökunnan asenteiden ja käyttäytymisen vaikuttavan merkittävästi heidän kokemukseensa sairaalahoidosta. (Wyder ym. 2015, 187)

Sekä ruotsalaisen että skotlantilaisen tutkimuksen potilaat olisivat kaivanneet parempaa informointia heidän tilanteestaan osastolla. Jotkut skotlantilaistutkimuksen potilaat sanoivat, että pakkohoitoa ja sen kestoa ei ollut selitetty heille kunnolla, eikä heille määrättyjen lääkkeiden vaikutuksista oltu tehty riittävästi selkoa. Monet potilaat toivoisivat myöskin, että heille selitettäisiin kunnolla hoitoprosessin kulku ja potilaan oikeudet. (Ridley & Hunter 2013, 516) Myös ruotsalaistutkimuksen potilaat toivoivat tulevansa paremmin informoiduiksi, jotta he ymmärtäisivät paremmin tilanteensa ja pystyisivät paremmin tekemään päätöksiä. He halusivat ymmärtää paremmin miksi he ovat tahdosta riippumattomassa hoidossa ja minkälaista juridiikkaa siihen liittyy. Myös psykoedukaatiota potilaat toivoivat enemmän. Informointi tulisi antaa henkilökohtaisesti, jotta se ajoittuisi oikein ja sen annostelu olisi sopivaa. Liika informointi liian aikaisin voisi olla liian ahdistavaa. (Andeasson & Skärsäter 2011, 18) Potilaiden vaikeudet ymmärtää tilannettaan painottuvat kuitenkin sairaalahoidon alkuun (Mc Guinness, Dowling & Trimble 2013, 726), joten hoitajien tuki tilanteen käsittelyssä on tarpeen heti sairaalajakson alusta lähtien.

7.3 Keinoja hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerien täyttämiseen

Etiikka, laki ja potilaat asettavat hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteereiksi ainakin seuraavaa:

- Tahdosta riippumattoman hoitoa on vältettävä niin pitkälle kuin mahdollista.
- Vaihtoehtoja on lisättävä, potilaalla on mahdollisuuksien mukaan oltava mahdollisuus ottaa hoitoa vastaan sairaalan sijaan kotonaan.
- Potilaille on annettava mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun.
- Potilaiden pitää tulla kuulluksi ja vakavasti otetuksi.
- Lääkehoidon lisäksi pitäisi olla tarjolla myös lääkkeettömiä terapioida.
- Henkilökunnan tulisi olla huomaavaisia ja potilaiden hoitoon sitoutuneita.
- Lisäksi henkilökunnan tulisi kohdella potilaita tasaisesti ja perustella asettamansa säännöt ja rajat hyvin.
- Henkilökunnan pitäisi työskennellä potilaiden intressejä tukien, eli potilaslähtöisesti.
- Henkilökunnan tulee olla myös joustavaa, ymmärtäväistä ja työlleen omistautunutta ja kohdella potilaita inhimillisesti.
- Henkilökunnan tulisi myös viettää enemmän aikaa ja keskustella potilaiden kanssa.
- Hyvään hoitoon kuuluu myös riittävä informaation antaminen potilaille sekä heidän sairaudestaan, tilanteestaan osastolla, juridisista oikeuksista ja lääkityksestään.

Aki Rovasalo ja Alo Jüriloo (2011, 5-7) tarttuvat Duodecim-lehden pääkirjoituksessa aiheeseen pakkotoimien vähentämisestä ja pohtivat muun muassa sitä, miten pakkoa voitaisiin ehkäistä.

Pakkotoimien käytössä esiintyvää vaihtelua ei ole kyetty selittämään epidemiologisilla syillä. Hoitokulttuurin vaikutus pakon käyttöön näkyy jopa yksittäisellä osastolla, mitä selittää mahdollisesti erot siinä minkälainen käytös koetaan häiritseväksi ja levottomaksi. (Rovasalo & Jüriloo 2011, 5)

Rovasalo ja Jüriloo esittävät että pakkotoimien vähentämisessä vaihtoehtoja on haettava hoitollisista, työyhteisöä koskevista ja rakenteellisista tekijöistä. Henkilökuntaa olisi koulutettava muunmuassa väkivaltaisuuden arviointiin ja käsittelyyn. Henkilökunnan koulutus ei kuitenkaan riitä, jos rakenteet eivät ole kunnossa, eikä osastoilla joilla vaikeahoitoisia potilaita pidetään ole riittävästi mahdollisuuksia rauhoittumiseen. Historia kuitenkin osoittaa, että pakkotoimien vähentäminen on mahdollista. Kehityshankkeissa, joissa on mietitty keinoja pakkotoimien vähentämiseksi, on saatu hyviä tuloksia: pakkotoimet ovat vähentyneet 20-90 prosenttia. (Rovasalo & Jüriloo 2011, 6)

Tästä esimerkkinä toimii Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan osastolla 87 vuorokautta 1999-2000 tehty vastentahtoisen eristämisen vähentämiseen pyrkinyt kehitystyö, jonka seurauksena vuosittaisten eristysten määrä väheni vuonna 1999 olleista 54 eristyksestä 24 eristykseen vuonna 2011. Tämä saavutettiin muun muassa siirtymällä omahoitajamalliin ja lisäämällä osaston miehityksen määrää iltavuoroissa. Omahoitajakeskustelut ajoitettiin iltavuoroon. Tämä lisäsi potilaiden kuulluksi tulemistä, mikä vähensi eristämiseen johtavia syitä. Esimerkiksi aggressioita aiheuttavat tilanteet saatiin paremmin hallintaan. Kehittämistyön tulokset tukivat ajatusta turvallisen hoitoilmapiirin tärkeydestä ja siitä miten suuri merkitys hoitajien ja potilaiden vuorovaikutuksella tässä on. Kehittämistyön aikana käytettiin henkilökohtaisia kehittämis- ja suunnittelukeskusteluja työntekijöiden ammattitaidon kehittämiseksi. (Ala-Aho ym. 2003, 1969-1974)

Rovasalo ja Jüriloo (2011, 6) listaavat kirjallisuudessa mainittuja keinoja pakkotoimien vähentämiseksi ja toteavat ettei minkään yksittäisen keinon toimivuudesta ole vankkaa tutkimusnäyttöä:

Potilaan hoitoon liittyvät keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisen perussairauden ja päihdehäiriöiden hyvä hoito • Aggressiivisuuden ottaminen huomioon hoitovasteen arvioinnissa • Väkivallan uhan välitön käsittely ("nollatoleranssi") • Potilaskohtaiset suunnitelmat kiihtymystilanteiden hallitsemiseksi • Jatkuva strukturoitu väkivaltavaaran arviointi • Potilaan ja henkilökunnan subjektiivisten kokemusten huomioon ottaminen • Vierihoidon tai tehostettu seuranta vaihtoehtona eristämiseksi
Hoito- ja työyhteisöön liittyvät keinot:
<ul style="list-style-type: none"> • 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
• Läheltä piti- ja virhetilanteiden avoin käsittely
• Moniammatillisuuden laajentaminen etiikkaan ja oikeushallintoon
Rakenteelliset keinot:
• Hoitoympäristön kehittäminen
• Turvallisuutta ja rauhallisuutta tukeva arkkitehtuuri
• Rauhoittumiseen soveltuvien tilojen käyttö
• 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 päätöksentekotilanteissa:
• Vähiten rajoittavan toimenpiteen valitseminen
• Toimenpiteen hyötyjen ja haittojen punninta
• Toimenpiteen käyttämättä jättämisen hyötyjen ja haittojen punninta
• Toimenpiteen tekeminen hyvän hoitokäytännön mukaisesti

Rovasalon ja Jüriloo pääkirjoitusta seurasi psykiatrian erikoislääkäri Reijo Laitisen (2011) kommentti siihen. Laitinen esittää tehokkaimmaksi tahdosta riippumattoman hoidon vähentämisen keinoksi psykoosien hoidon tehostamisen avohoidossa. Laitinen esittää, että nykyisessä psykiatrisessa avohoitajärjestelmässä on huomattavia puutteita ja että moni pakkohoitoon johtaneista psykoosikierteistä on katkaistavissa tiiviillä avohoidon ja sairaalan välisellä yhteistyöllä ja perhekeskeisellä työotteella. Laitinen toteaa, että ongelman ratkaisemiseksi olisi alettava huolehtimaan mielenterveystyön neljännen pykälän toimeenpanosta ja lainaa kyseistä

pykälää: "Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa esiintyvä tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan." (Laitinen 2011, 366) Psykiatrinen avohoito ei kuitenkaan tule toimeen ilman psykiatrisia sairaansijoja. Hyvin toimiakseen on psykiatrinen avohoito ja sairaalahoito integroida toimivaksi hoitoketjuksi. (Pylkkänen ym. 2010, 3336)

Sairaalaolosuhteissa ensisijaista tulisi olla terapeuttisen ja potilaskeskeisen ilmapiirin luominen. Potilaiden kunnioittaminen ihmisinä ja heidän autonomiansa tukeminen niin pitkälle kuin mahdollista tulisi olla jokaisen psykiatrisella osastolla työskentelevän tavoite. (Kuosmanen ym. 604) Joissain asioissa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden toiveet asetuvat ristiriitaan suomen lain kanssa. Näin on erityisesti lääkehoidon kohdalla. Monet potilaat haluaisivat oikeuden kieltäytyä lääkityksestä. Suomessa potilaalla ei kuitenkaan ole tahdosta riippumattomassa hoidossa ollessaan oikeutta kieltäytyä lääkärin määräämästä lääkityksestä vaikka hän ymmärtäisi kieltäytymiseen liittyvät riskit. (Repo-Tiihonen ym. 2012, 2339)

8 Opinnäytetyön tulosten yhteenveto ja pohdintaa

Hyvän tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella näyttäisivät olevan seuraavanlaisia: Tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakon käyttöä pitäisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä välttämään. Mikäli tahdosta riippumattomaan hoitoon joudutaan turvautumaan, on sen oltava potilaslähtöistä niin, että sen keskeisenä päämääränä on potilaan itsemääräämiskyvyn tukeminen ja palauttaminen. Mikäli potilaan itsemääräämiskyky on tallella, ei tahdosta riippumattomalle hoidolle ole perusteltua syytä. Hoito on aina suunniteltava potilaslähtöisesti siten, että se vastaa mahdollisimman hyvin potilaan omaa tahtoa ja toteutetaan mahdollisuuksien mukaan yhteistyössä potilaan kanssa.

Potilaat suhtautuvat tahdosta riippumattomaan hoitoon lähtökohtaisesti kielteisesti, mutta noin puolet potilaista hyväksyvät sen kuitenkin välttämättömänä pahana. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevat potilaat toivovat henkilökunnan kohtelevan heitä inhimillisesti, joustavasti, tasaisesti, empaattisesti, omistautuvasti ja niin edelleen. Potilaat toivovat, että henkilökunta kuuntelee heitä ja ottaa heidät vakavasti. Ennen kaikkea henkilökunnan tulisi viettää enemmän aikaa potilaiden seurassa.

Potilaiden mielestä tarjolla pitäisi olla lääkkeettömiä terapioida vaihtoehtona lääkehoidolle. Suomen laissa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalla potilaalla ei kuitenkaan ole oi-

keutta kieltäytyä lääkityksestä. Potilaat toivoivat saavansa hoidon aikana parempaa informaatiota sairaudestaan, tilanteestaan osastolla, juridisista oikeuksista ja lääkityksestään. Informaation jakaminen tulee suunnitella yksilöllisesti.

Keinoja potilaiden toiveiden parempaan täyttämiseen ja pakon vähentämiseen on olemassa ja esimerkiksi potilaiden toive henkilökunnan suuremmasta läsnäolosta vähentää toteutuessaan itsessään pakkokeinojen tarvetta. Pakon käytön vähentämiseen tähtäävistä keinoista ei mistään ole vankkaa tutkimusnäyttöä. Kehittämishankkeet, joissa pakon käyttöä on pyritty vähentämään, ovat kuitenkin onnistuneet hyvin. Pakon käyttöä siis kaikesta päätellen voidaan vähentää jos vaan tahtoa siihen löytyy.

Pakon käytön vähentämiseen tähtäviä keinoja ovat muun muassa:

- Potilaan hoitoon liittyvät keinot, joita ovat esimerkiksi psykiatrisen sairauden hyvä hoito ja potilaan ja hoitajien subjektiivisten kokemusten huomioon ottaminen. Hyvään psykiatriseen hoitoon kuuluu myös se, että henkilökunta viettää runsaasti aikaa potilaiden kanssa.
- Hoito- ja työyhteisöön liittyvät keinot, kuten hoitotiimin itsereflektion tukeminen, yleisesti hyväksytyjen toimintatapojen jatkuva tarkastelu ja henkilökunnan ammatillisen kehittymisen tukeminen.
- Rakenteelliset keinot, kuten rauhallisuutta ja turvallisuutta tukeva sairaala-arkkitehtuuri, sairaala- ja avohoidon porrastuksen optimointi ja integraation parantaminen ja hoitohenkilökunnan työmäärän kohtuullistaminen
- Lisäksi tärkeää on vaihtoehtojen punninta päätöksentekotilanteissa, joissa tulee aina valita vähiten rajoittava toimintatapa. Lisäksi päätöksentekotilanteiden kaikinpuolinen reflektointi auttaa kehittämään päätöksentekoa tulevaisuudessa.

Sairaalaolosuhteissa tärkeintä on terapeutin ja potiläslähtöisen ilmapiirin kehittäminen. Tämä ei tapahtu ilman rakenteellista tukea. Terapeutista ilmapiiriä ei esimerkiksi voida tukea ilman riittävää vahvuutta hoitohenkilökunnassa. Hoitajilla ei saa olla niin kiire, että heillä ei ole kunnolla aikaa olla potilaiden seurassa.

Tähän liittyy mielestäni merkittävä ristiriita, jonka takia aito potilaslähtöisyys ei voi psykiatriassa hoitotyössä koskaan täysin toteutua. Hoito perustuu aina psykiatriseen diagnostiikkaan, jonka potilas ei välttämättä koe sopivan hänen tilansa kuvaamiseen. Potilaan tilaa potilaslähtöisesti ajatellessa täytyisi tukeutua potilaan itsemäärittelyyn, ei lääketieteelliseen diagnostiikkaan. Saksalainen filosofi Martin Heidegger on kysynyt skitsofreniaan liittyen: "Eikö kysymyksessä voisi yksinkertaisesti olla myös 'toisenlainen' ajattelu?" (Ihanus 2000, 39) Opinnäytetyön aineiston perusteella pidän mahdollisena, että jos hoitohenkilökunta potilasta kuullessaan "sulkeistaa" esitiedot diagnostiikkoineen ja puhtaasti kuuntelee mitä potilaalla on sanottavana, se saattaa edistää potilaan toipumista ja suhdetta hoitohenkilökuntaan merkittävästi. Jo edesmennyt suomalainen psykoterapeutti ja psykiatri Martti Siirala ilmaisi tämän kysymyksen Heideggeriltä: "Onko paikallaan sanoa terapian syntyvän siinä, missä joku ihminen poikkeuksellisesti *ei* vetäydykään pois kanssaihmisensä sairaudesta käyvän viestin ääreltä, vaan jää sitä toisen kanssa uskollisesti kuuntelemaan?" Heidegger oli vastannut kysymykseen myöntävästi. (Ihanus 2000, 39)

9 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus ovat sidoksissa toisiinsa. Menetelmällisen väljyyden vuoksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekijän valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu sen kaikissa vaiheissa. Aineiston valinta ja käsittely tulee tehdä oikeudenmukaisesti, tasapuolisesti ja rehellisesti. Läpinäkyvä ja johdonmukainen eteneminen tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin edistää luotettavuuden ja eettisyyden toteutumista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen on todettu tuottavan kumulatiivista aikaisempaan tietoon perustuvaa tietoa. Sen on kuitenkin todettu olevan myös aikaisemman tutkimuksen arvioinnin osalta puutteellinen, tarkoitushakuinen ja tieteellisesti epätarkka menetelmä. (Kangasniemi ym. 2013, 295-297)

Opinnäytetyön tekijänä minun on hankala ottaa työhön riittävää etäisyyttä arvioidakseni sen luotettavuutta luotettavasti. Joitain työn luotettavuuden kannalta ongelmallisilta tuntuvia asioita tulee kuitenkin mieleeni. Ensimmäinen on varsinkin potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä kartoittavien lähteiden rajallinen määrä. Pyrkiessäni tekemään katsausta ensisijaisesti nimenomaan potilaiden asettamista kriteereistä hyvälle hoidolle, olisin toivonut löytäväni enemmän kuin kuusi potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä kartoittavaa tutkimusta. Tutkimusten heikko saatavuus ei ilmeisesti kuitenkaan johtunut ainakaan pelkästään opinnäytetyön tekijän puutteellisista tiedonhakutaidoista, vaan tutkimuksen vähyys on todellista. "Compulsory psychiatric treatment is highly contested, and little research has focused specifically on di-

rect experiences” (Ridley & Hunter 2013, 509), kuuluu yhden tutkimuksen abstraktin ensimmäinen virke. Löytämäni tutkimukset ovat kuitenkin mielestäni laadukkaita ja kohtuullisen tuoreita. Oman ongelman toi mukanaan se, että tutkimukset oli kirjoitettu muulla kuin opinnäytetyön tekijän äidinkielellä, minkä lisäksi osa tutkimuksista sisälsi paikalliseen hoitojärjestelmään liittyviä käsitteitä, joiden kunnollinen ymmärtäminen olisi vaatinut parempaa paikallisten hoitokulttuurien tuntemusta. Uskoakseni sain kuitenkin käännettyä englanninkielisten artikkelien oleelliset sisällöt niin, että suomenkielinen tulkintani ei pahasti vääristä alkuperäisen englanninkielisen ilmaisun merkitystä. Pyrin rakentamaan opinnäytetyön niin, että sen luotettavuus on helposti tarkastettavissa. Haut joilla käytetyt lähteet on haettu on raportoitu, jotta haku voidaan toistaa ja lähdeviitteet on merkitty huolellisesti, joten niiden asiantuntemus on helposti tarkastettavissa.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös aika. Vaikka käytetty kirjallisuus on suhteellisen tuoretta, elää hoitokulttuuri jatkuvasti ja on saattanut muuttua paljonkin. Missä määrin opinnäytetyön kehityskäytännöt ovat jo käytössä suomalaisissa psykiatrisissa yksiköissä, olisi oman tätä laajemman tutkimuksensa vaativa kysymys. Opinnäytetyö voi siis olla osittain auttamattomasti vanhentunut jo valmistuessaan. Ja hyvä jos niin on.

Myös etiikkaa olisi voinut käsitellä useammankin lähteen avulla. Etiikan suhteen ei luultavasti olisi ollut vaikeuksia löytää runsaastikin lähteitä. Manne Sjöstrandin ja Gert Helgessonin tutkimus *Coersive treatment and autonomy in psychiatry* (2008) oli kuitenkin sen verran asiallinen ja hyvin perusteltu artikkeli, että halusin antaa sen esittelylle kohtuullisesti tilaa. Artikkelin tulos on niin hyvin sopuoinnussa suomen mielenterveyslain kanssa, että se sopii hyvin eettiseksi ohjenuoraksi Suomessa tahdosta riippumattoman hoidon parissa työskentelevälle. Enemmän lähteitä käytettäessä työstä olisi voinut tulla nykyistä hajanaisempi.

Uskon että työstäni on luettavissa toimivaa ja eettisesti hyväksyttävää ajattelua. Työn laatu voisi toki olla varsinkin muodollisesti huomattavasti parempikin. Työn luettavuus ja kerronnallinen eheys eivät ole lähelläkään sitä, mitä kirjoittaja toivoisi, mutta tällä kertaa asialle ei voi mitään.

Opinnäytetyöhön ei nähdäkseni liity merkittäviä eettisiä ongelmia. Työn tekemisessä on pyritty mahdollisimman suureen uskollisuuteen lähteitä kohtaan. Erityisesti potilaiden äänet on pyritty esittämään niin vääristelemättömästi kuin mahdollista. Myös liiallista kaunistelua on pyritty välttämään. Mukaan työhön pääsi myös potilaiden toiveita, joiden vastaamiseen tämän opinnäytetyön tekijä ei ainakaan vielä löydä minkäänlaista vastausta. Jos potilas kieltäytyy järjestelmästä kokonaisuudessaan ja haluaa jonkun jonka puoleen kääntyä, on järjestelmän hankala ellei mahdoton vastata toiveeseen.

10 Jatkotutkimusehdotuksia

Opinnäytetyön aiheesta tarvittaisiin lisää tutkimusta. Potilaiden kokemuksia ei ole kartoitettu riittävästi, eikä myöskään keinoja pakon käytön vähentämiseen. Pakon käytön vähentämiskeinoja tulisi tutkia enemmän varsinkin pakkoa käyttävissä psykiatrisissa yksiköissä. Lisäksi tulisi tutkia myös sitä, miksi potilaat eivät koe tulleen kuulluksi tahdosta riippumattomassa hoidossa ollessaan. Ja miten kuulluksi tulemisen kokemusta voitaisiin edistää.

Opinnäytetyössä käsiteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa hoitojärjestelmän ja psykiatrisen osaston tasolla. Mielestäni asiaa olisi syytä tutkia myös laajemmasta koko yhteiskunnan perspektiivistä. Miten tahdosta riippumattoman hoidon tarpeeseen voitaisiin puuttua ennen kuin yksilö ajautuu psykiatristen terveystalveluiden asiakkaaksi? Tätä tulisi pohtia ja tutkia paljon.

Psykoosiriskiä voidaan ehkäistä puuttamalla psyykkiseen stressiin (De Bruijn 2006, 4219) ja ahdistuksen yhteys esimerkiksi päihteiden käyttöön lienee myös selvä asia. Oma ehdotukseni onkin että aletaan suhtautua stressiin ja ahdistukseen samalla tavalla kuin suhtaudumme hammasplakkiin. Jokainen voi yrittää kuvitella miltä suun terveydenhuolto näyttäisi, jos hampaiden harjausta alettaisiin opettamaan vasta ensimmäisen juurihoidon jälkeen. Psykiatriassa tilanne on jossain määrin tämänkaltainen. Ahdistuksen- ja stressin hallintakeinoja aletaan opettelemaan vasta kun yksilö on ajautunut mielenterveyspalveluiden piiriin, jos hän ei näitä keinoja ole osannut itse etsiä. Mitä kävisi jos tutkittaisiin mitä ovat parhaat ja helpoimmin opittavat stressin ja ahdistuksen hallintakeinot ja alettaisiin suhtautumaan näihin keinoihin kansalaistaitoina, jotka tulee opettaa jokaiselle kasvavalle lapselle niin kuin esimerkiksi hampaiden harjaus?

Jos ehdotukseni ei jostain syystä toimi, löytynee vastaavanlaisia kehitysehdotuksia helposti lisää. Väitän, että mielenterveyspalveluiden tarvetta pystyttäisiin vähentämään merkittävästi, jos sopiva yhteiskunnallinen tahtotila löytyisi.

Lähteet

Ala-Aho, A., Hakko, H. & Saarento, O. 2003. Vastentahtoitosten eristämisten vähentäminen psykiatrisella osastolla. *Duodecim* 2003;119,1969-1975.

Andreasson, E. & Skärsäter, I. 2012. Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012, 19, 15-22

De Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle. *Suomen Lääkärilehti* 41/2006 vsk 61, 4219-4225

Kangasniemi, M. & Pöikki, T. 2015. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M, Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013, Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291-301.

Korkeila, J. 2006. Pakkohoito: milloin ja miten. *Duodecim* 2006;122,2251-2257

Korkeila, J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu - onko sillä antia Suomelle? *Suomen Lääkärilehti* 36/2011 vsk 66, 2591-1597

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kymä, J. & Välimäki, M. 2007. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing ethics* 2007 14 (5), 597-607.

Laitinen, R. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim* 2011;127,366.

Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (Toim.) *Etiikka hoitotyössä*. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma pro, 23-35.

Lukkarinen, H. 2003. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen M. (Toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 116-164.

McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. 2013. Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2013, 20, 726-734.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 15.4.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Pietikäinen, P. 2013. Hulluuden historia. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.

Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa - lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? *Suomen lääkäri-lehti* 41/2010 vsk 65, 3332-3337.

Pylkkänen, K., Eskola, J. & Hemmi, A. 2010. Pakon käyttö psykiatriassa - lääketiedettä vai sosiaalista kontrollia? *Suomen lääkäri-lehti* 41/2010 vsk 65, 3332-3337.

Ihanus, J. 2000. Vastaanottoja: Therapiea 40 vuotta. Helsinki: Therapiea-säätiö.

Repo-Tiihonen, E., Putkonen, A. & Tuppurainen, H. 2012. Potilaan rajoittaminen psykiatrisessa

sairaalahoidossa. *Duodecim* 2012;128, 2336-2343

Ridley, J., Hunter, S. 2013. Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health and Social Care in the Community* (2013) 21(5), 509-518.

Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011. Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. *Duodecim* 2011;125, 5-7.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Vaasan yliopiston opetusjulkaisu* 62. Vaasan yliopisto.

Sjöstrand, M. & Helgesson, G. 2008. Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics* volume 22 number 2 2008, 113-120.

Suomen kielen perussanakirja - ensimmäinen osa A-K. 1990. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2009. *Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu*. Helsinki: ETENE-julkaisu 25

van der Hooff, S. & Goossensen, A. 2014. How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian journal of caring sciences* 2014; 28; 425-434.

Välimäki, M. 2014. Eettiset kysymykset mielenterveystyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (Toim.) *Etiikka hoitotyössä*. 8.-9. painos. Helsinki: Sanoma pro. 261-277.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. 2015. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International journal of mental health nursing* (2015) 24, 181-189.