

Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa – onko asenteella väliä?

Emilia Laukkanen

TtT, projektkoordinaattori

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

emilia.laukkanen@fimea.fi

Emilia Laukkanen väitöskirja *Coercive measures in Finnish psychiatric inpatient care – special emphasis on psychiatric nursing managers' attitudes* tarkastettiin Itä-Suomen yliopistossa terveystieteiden tiedekunnassa 29.1.2021. Vastaväittäjänä toimi dosentti, TtT Raija Kontio (Turun yliopisto) ja kustoksena professori, THT Katri Vehviläinen-Julkunen (Itä-Suomen yliopisto). Väitöskirja on julkaistu sähköisesti Itä-Suomen yliopiston kokoelmassa: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/24257> Väitöskirja perustuu osajulkaisuihin:

I Laukkanen E, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Kuosmanen L: Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs* 28: 390–406, 2019

II Laukkanen E, Kuosmanen L, Selander T, Vehviläinen-Julkunen K: Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: A register study with root-level data. *Nord J Psychiatry* 74: 439–443, 2020

III Laukkanen E, Kuosmanen L, Louheranta O, Vehviläinen-Julkunen K: Psychiatric nursing managers' attitudes towards containment methods in psychiatric inpatient care. *J Nurs Manag* 28: 699–709, 2020

IV Laukkanen E, Kuosmanen L, Louheranta O, Ryyänen O-P, Vehviläinen-Julkunen K: A Bayesian network model to identify the associations between the use of seclusion in psychiatric care and nursing managers' attitudes towards containment methods. *J Psychiatr Ment. Health Nurs*: Epub ahead of print Feb 6, 2021

Laukkanen E: Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa – onko asenteella väliä? *Dosis* 37: 324–338, 2021

Tiivistelmä

Pakkotoimia käytetään psykiatrisessa sairaalahoidossa potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi esimerkiksi silloin, kun potilas käyttäytyy aggressiivisesti. Pakkotoimilla on negatiivisia vaikutuksia sekä potilaaseen että henkilökuntaan, ja niiden vähentäminen onkin ollut sekä kansallinen että kansainvälinen tavoite jo usean vuoden ajan. Tässä tutkimuksessa pakkotoimilla tarkoitetaan erityisesti eristämistä, sitomista, kiinnipitoa ja tahdonvastaista lääkitystä, joiden käytöstä säädetään mielenterveyslaissa.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia asenteita sekä hoitotyöntekijöillä että psykiatrisen hoitotyön johtajilla on pakkotoimien käyttöä kohtaan ja kuinka paljon pakkotoimia käytetään suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa. Lisäksi tavoitteena oli analysoida hoitotyön johtajien asenteiden ja pakkotoimien käytön välistä yhteyttä.

Kyseessä on retrospektiivinen tutkimus, jossa aineistonkeruumenetelminä käytettiin integroivista kirjallisuuskatsausta, kyselytutkimusta ja rekisteritutkimusta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kansainvälisiä, vuosina 2002–2017 julkaistuja empiirisiä tutkimuksia (n = 24), joissa kuvattiin hoitotyöntekijöiden asenteita pakkotoimia kohtaan. Kyselytutkimuksella kartoitettiin hoitotyön johtajien (n = 90) asenteita Attitude to Containment Measures Questionnaire -mittarilla. Kysely lähetettiin kaikille psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastojen ja valtion oikeuspsykiatristen sairaaloiden hoitotyön johtajille. Pakkotoimien käyttöä kuvaava rekisteriaineisto vuodelta 2017 kerättiin kaikilta pakkotoimia käyttäviltä suomalaisilta psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastoilta sekä kahden valtion oikeuspsykiatrisen sairaalan osastoilta (n = 140). Pakkotoimien käytön ja asenteiden välisiä yhteyksiä tutkittiin niiltä johtajilta (n = 70), jotka toimivat johtajina pakkotoimia käyttäneillä osastoilla.

Tutkimus osoitti, että hoitotyöntekijät suhtautuvat pakkotoimien käyttöön melko positiivisesti, mutta asenne kuitenkin vaikuttaa muuttuneen ajassa hiukan negatiivisemmaksi. Hoitotyön johtajien asenteissa on vaihtelua, ja positiivinen asenne rajoittavimpia menetelmiä kohtaan liittyy suurempaan pakkotoimien määrään osastoilla. Yleisin Suomessa käytetty pakkotoimi vuonna 2017 oli eristäminen (4 006 kertaa) ja toiseksi yleisimmin käytettiin tahdonvastaista lääkitystä (2 187 kertaa). Sitomista käytettiin 2 113 kertaa ja kiinnipitoa 1 064 kertaa. Erityisesti tahdonvastaisen lääkityksen tilastoinnissa on puutteita.

Tämä väitöskirjatutkimus tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää pakkotoimien vähentämisessä. Tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyön johtajien asenteilla on merkitystä ja asenteisiin olisi syytä kiinnittää huomiota aiempaa enemmän. Lisäksi pakkotoimien tutkiminen osatotasolla on jatkossakin tärkeää.

Avainsanat: psykiatrisen hoito, pakkotoimet, asenteet, hoitotyö, johtaminen

Johdanto

Psykoottinen häiriö on yleisin syy psykiatrieseen sairaalahoitoon (Martikainen ja Järvelin 2019), ja psykoottisiin häiriöihin liittyy joskus väkivaltaista käyttäytymistä (Tozzino ym. 2015). Väkivaltaisen käyttäytyminen sairaalahoitoidon aikana johtaa usein potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen erityisten rajoitustoimenpiteiden, pakkotoimien, avulla (Kuivalainen ym. 2017). Pakkotoimien käytöstä psykiatrisessa hoidossa säädetään mielenterveyslaissa (1116/1990). Lain mukaan pakkotoimia saa käyttää vain, kun potilaan sairauden hoito, hänen tai toisen henkilön turvallisuus tai muun erikseen määritellyn edun turvaaminen sitä ehdottomasti edellyttävät. Pakkotoimien käytössä on aina huomioitava turvallisuusnäkökohdat ja potilaan ihmisarvon kunnioittaminen sekä sairaalassaolon peruste. (mielenterveyslaki 1116/1990)

Pakkotoimia ja erilaisia hallintamenetelmiä käytetään säännöllisesti psykiatrisessa hoidossa väkivaltaisen käyttäytymisen hallitsemiseksi (Price ym. 2018), vaikka niillä voikin olla negatiivisia vaikutuksia sekä potilaaseen että henkilökuntaan (McLaughlin ym. 2016).

Yleisimmin käytettyjä ja pisimpään tilastoituja pakkotoimia Suomessa ovat eristäminen, sitominen, kiinnipito ja tahdonvastainen lääkitys (Liite 1). Nämä pakkotoimet tilastoidaan osastoittain, mutta aiemmin osastokohtaista aineistoa ei ole kerätty yhteen rekisteriin eikä siis analysoitu kansallisella tasolla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää kansallisia tilastoja pakkotoimien käytöstä, mutta ne perustuvat hoitoilmoitustietoihin, eivät osastojen omiin tilastoihin (Martikainen, Järvelin 2019). Pakkotoimiin liittyvä tutkimus on perinteisesti keskittynyt eristämiseen ja sitomiseen. Kiinnipito ja tahdonvastainen lääkitys on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Pakkotoimien käytön vähentämiseen pyrkivissä strategioissa (mm. Huckshorn 2014) johtaminen on usein avainasemassa, vaikka johtamisen ja pakkotoimien käytön välisestä yhteydestä ei olekaan löydettävissä tutkimustietoja. Hoitotyön johtaminen ja johtajuus ovat kuitenkin yhteydessä hoitotyön tulokseen (Wong ym. 2013), ja näin ollen on oletettavaa, että yhteys löytyy johtamisen ja johtajuuden sekä pakkotoimien käytön väliltä, sillä niiden voidaan aja-

tella olevan hoitotyön negatiivisia eli ei-toivottuja tuloksia (Gerolamo 2006). Hoitotyön johtamisen tutkimusta psykiatrian kontekstista on tehty vain rajoitetusti, eikä hoitotyön johtajien asenteitakaan ole vielä kattavasti tutkittu.

Useilla potilaaseen, henkilökuntaan tai organisaatioon liittyvillä tekijöillä on yhteys pakkotoimien käyttöön (Thomsen ym. 2017). Yleisesti ajatellaan, että asenteet liittyvät siihen, kuinka henkilö käyttäytyy (Fishbein ja Ajzen 1975), ja hoitotyöntekijöiden asenteilla onkin mahdollisesti vaikutusta siihen, kuinka paljon pakkotoimia käytetään (Happell ja Harrow 2010). Tässä tutkimuksessa asennetta tarkastellaan kolmikomponenttimallia hyödyntäen. Mallin mukaan asenne sisältää kolme ulottuvuutta: affektiivinen, behavioraalinen ja kognitiivinen (Erwin 2001).

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka paljon Suomessa käytetään eristämistä, sitomista, kiinnipitoa ja tahdonvastaista lääkitystä, millainen asenne hoitotyöntekijöillä ja hoitotyön johtajilla on pakkotoimien käyttöä kohtaan ja millainen yhteys hoitotyön johtajien asenteiden ja pakkotoimien käytön välillä on. Tutkimuksessa mainitut pakkotoimet ja hallintamenetelmät on määritelty liitteessä 1.

Aineisto ja menetelmät

Väitöskirjatutkimuksen aineisto koostui kirjallisuudesta, kyselyaineistosta ja rekisteriaineistosta. Aineisto kerättiin kolmessa osassa ja tutkimuksen tulokset raportoitiin neljässä osajulkaisussa sekä väitöskirjan yhteenveto-osassa. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin integratiivinen kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin hoitotyöntekijöiden asenteita pakkotoimien käyttöä kohtaan. Toisessa ja kolmannessa vaiheessa tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin kaikista suomalaisista sairaanhoidopiireistä (n = 20, pois lukien Ahvenanmaa) ja valtion oikeuspsykiatrisista sairaaloista (n = 2). Empiirinen aineisto analysoitiin SPSS for Windows ja BayesiaLab -ohjelmistojen avulla.

Ensimmäisessä vaiheessa (osajulkaisu I) hoitotyöntekijöiden asenteisiin liittyvää kirjallisuutta haettiin CINAHL, Scopus ja PsycINFO-tietokannoista. Haku rajattiin empiirisiin, vertaisarvioituihin tutkimuksiin, joissa käytettiin

englannin kielen *attitude*-käsitettä. Katsaukseen valikoituneiden tutkimusten laatua arviointiin kahden tutkijan toimesta Joanna Briggs -instituutin kriteerien avulla. Aineisto analysoitiin deduktiivisesti asenteen kolmikomponenttimallin mukaisesti.

Hoitotyön johtajien asenteita kartoitettiin toisessa vaiheessa (osajulkaisu III) Attitudes to Containment Measures Questionnaire (ACMQ) -kyselyllä (Bowers ym. 2004), joka lähetettiin sähköisenä kaikille psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja valtion oikeuspsykiatristen sairaaloiden vuodeosastohoidon hoitotyön johtajille, eli ylihoitajille, osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille (n ≈ 350). ACMQ kartoittaa asenteita 11 eri pakkotoimea tai hallintamenetelmää kohtaan, ja se sisältää kuusi Likert-asteikollista (1 = samaa mieltä / positiivinen asenne, 5 = eri mieltä / negatiivinen asenne) väittämää jokaisesta menetelmästä (Bowers ym. 2004). Tässä tutkimuksessa asenteita kuvattiin keskiarvojen (KA) avulla. Asenteiden ja psykiatrisen hoitotyön johtajien taustatietojen välisiä yhteyksiä analysoitiin Pearsonin korrelaatiokerroimen (r), t-testien (t) ja varianssianalyysin (F) avulla.

Kolmannessa vaiheessa (osajulkaisu II) kerättiin pakkotoimien käyttöä kuvaava rekisteriaineisto vuodelta 2017 kaikkien sairaanhoidopiirien (n = 20) ja kahden valtion oikeuspsykiatrisen sairaalan pakkotoimia käyttäneistä yksiköistä. Aineisto koostui eristämisen, sitomisen, kiinnipidon ja tahdonvastaisen lääkityksen käyttökerroista sekä eristämisen, sitomisen ja kiinnipitotilanteiden yhteiskestoista. Lisäksi kerättiin tiedot nettohoitopäivistä.

Neljännessä vaiheessa rekisteriaineisto ja kyselyaineisto yhdistettiin psykiatrisen hoitotyön johtajien asenteiden ja pakkotoimien käytön välisen yhteyden selvittämiseksi. Aineiston analyysissä hyödynnettiin naiivia Bayesin mallinnusta (osajulkaisu IV), Pearsonin korrelaatiokerrointa, t-testejä ja varianssianalyysia (yhteenveto-osa). Analyysissa pakkotoimien käyttöä kuvaavat tunnusluvut suhteutettiin hoitopäiviin tiedon vertailtavuuden parantamiseksi.

Tulokset

Hoitotyöntekijöiden asenteet

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi yhteensä 24 empiiristä, vertaisarvioitua tutkimusartikkelia, joissa käsiteltiin hoitotyöntekijöiden asenteita pakkotoimien käyttöä kohtaan. Puolet tutkimuksista (n = 12) oli toteutettu Euroopassa, kuusi Australiassa, kolme Lähi-Idässä, kaksi Afrikassa ja yksi Aasiassa. Eurooppalaisista tutkimuksista yksi oli toteutettu Suomessa ja yhden tutkimuksen aineisto oli osittain kerätty Suomesta. Tutkimukset oli julkaistu vuosina 2002–2017, ja niistä lähes kaikissa (n = 23) tutkimusasetelma oli kvantitatiivinen. Kaikissa katsaukseen valituissa tutkimuksissa oli toteutettu jonkinlainen kysely, ja yleisimmin käytetyt mittarit olivat Heymanin (1987) Survey of Nurses' Attitudes to Seclusion ja Bowersin (2004) Attitudes to Containment Measures Questionnaire. Tutkimuksissa kuvattiin hoitotyöntekijöiden asenteita affektiivisen, behavioraalisen ja kognitiivisen ulottuvuuden kautta, vaikka vain kolmessa tutkimuksessa olikin huomioitu kaikki nämä kolme komponenttia.

Hoitohenkilökunnan pakkotoimiin liittyvissä käsityksissä ja niiden käyttöön liittyvissä valmiuksissa oli eroja (Dahan ym. 2017). Hoitotyöntekijöiden keskuudessa pakkotoimien käyttöön liittyi usein negatiivisia tunteita (Mahmoud 2017), ja yleisimmiksi syiksi pakkotoimien käyttöön hoitotyöntekijät nimesivät esimerkiksi väkivaltaisuuden tai itsetuhoisuuden (Gelkopf ym. 2009). Vaihtoehtoisten menetelmien hyödyntäminen jäi usein puutteelliseksi (Mahmoud 2017).

Hoitotyöntekijöiden käsitykset pakkotoimista vaihtelivat (Hottinen ym. 2013), mutta yleisesti asenne niitä kohtaan oli melko positiivinen (Khalil ym. 2017) ja pakkotoimet koettiin asianmukaiseksi osaksi psykiatrista hoitoa (Happell ym. 2012). Toisaalta hoitotyöntekijät kuvasivat pakkotoimien käyttöä enemmänkin välttämättömänä kuin toivottavana (Lemonidou ym. 2002).

Hoitotyön johtajien asenteet

Psykiatrisen hoitotyön johtajille lähetettyyn kyselyyn vastasi yhteensä 90 hoitotyön johtajaa 18 eri organisaatiosta. Vastausprosentti oli 26 %. Kolme neljäsosaa (77 %) vastaajista

työskenteli sairaanhoitopiireissä ja loput valtion sairaaloissa ja noin kaksi kolmasosaa (66 %) työskenteli osastonhoitajan tehtävässä. Miehä vastaajien joukossa oli noin kolmasosa (36 %). Noin puolet (51 %) vastaajista oli suorittanut ylemmän korkeakoulututkinnon, joko yliopistossa tai ammattikorkeakoulussa. Vastaajat olivat iältään keskimäärin noin 47-vuotiaita (vaihteluväli 34–65 vuotta), ja johtamiskokemusta heille oli kertynyt keskimäärin 11 vuotta (vaihteluväli 0,6–36 vuotta). Alaisten määrän keskiarvo oli 41 (vaihteluväli 0–380).

Positiivisin asenne psykiatrisen hoitotyön johtajilla oli tarvittavaa lääkitystä (KA 1,64), tehostettua seuranta (KA 1,67), tehostettuun hoitoon siirtämistä (KA 1,74) ja vierihoidon (KA 1,84) kohtaan (Taulukko 1). Negatiivisin asenne vastaajilla oli verkkosänkyä (KA 3,96), sitomista (KA 2,71) ja tahdonvastaista lääkitystä (KA 2,54) kohtaan. Tehokkaimmiksi menetelmiksi vastaajat nimesivät tahdonvastaisen lääkityksen (KA 1,66), sitomisen (KA 1,68) ja vierihoidon (KA 1,70) ja hyväksyttävimmiksi vierihoidon (KA 1,36) ja tehostetun seurannan (KA 1,39). Tahdonvastainen lääkitys (KA 2,54) oli yksi vastaajien vähiten hyväksyttävänä pitämistä menetelmistä. Eniten ihmisarvoa kunnioittavina menetelminä vastaajat pitivät tarvittavaa lääkitystä (KA 1,61), tehostettua seuranta (KA 1,64) ja vierihoidon (KA 1,70). Vastaajien mielestä tahdonvastainen lääkitys (KA 3,33) oli yksi vähiten ihmisarvoa kunnioittavista menetelmistä.

Psykiatrisen hoitotyön johtajien mielestä tarvittava lääkitys (KA 1,63) ja tehostettuun hoitoon siirtäminen (KA 1,91) olivat työntekijöiden näkökulmasta turvallisimpia menetelmiä. Potilaiden näkökulmasta turvallisimmiksi koettiin tehostettu seuranta (KA 1,61) ja tarvittava lääkitys (KA 1,73). Tahdonvastainen lääkitys oli vastaajien mielestä turvallisempi potilaille (KA 2,71) kuin henkilökunnalle (KA 2,84). Hoitotyön johtajat olivat valmiimpia käyttämään tehostettua seuranta (KA 1,41), vierihoidon (KA 1,44) ja tarvittavaa lääkitystä (KA 1,51) kuin muita menetelmiä.

Johtajat, joilla oli pidempi työkokemus johtamistehtävistä, suhtautuivat positiivisemmin seinättömään eristykseen ($r = -0,218$, $p = 0,039$), ja johtajat, joilla oli enemmän alaisia, suhtautuivat positiivisemmin aikalisään ($r =$

$-0,229$, $p = 0,030$), vierihoidon ($r = -0,215$, $p = 0,042$) ja seinättömään eristykseen ($r = 0,270$, $p = 0,010$). Suurempi alaisten määrä oli yhdessä myös positiivisempaan näkemykseen pakkotoimien ja hallintamenetelmien turvallisuudesta henkilökunnalle ($r = -0,231$, $p = 0,028$).

Sairaanhoitopiireissä työskentelevät johtajat suhtautuivat valtion sairaaloissa työskenteleviä positiivisemmin tarvittavaan lääkitykseen ($t = 2,79$, $p = 0,041$), ja korkeammassa asemassa olevat johtajat suhtautuivat muita positiivisemmin vierihoidon ($F = 3,696$, $p = 0,029$) ja seinättömään eristykseen ($F = 4,257$, $p = 0,017$). Miesten asenne tehostettua seuranta ($t = 2,034$, $p = 0,045$) kohtaan oli naisia negatiivisempi, mutta miehet suhtautuivat verkkosänkyyn ($t = -2,406$, $p = 0,018$) positiivisemmin kuin naiset. Myös koulutuksella oli yhteys tehostettuun seurantaan ja aikalisään liittyviin asenteisiin, mutta yhteys oli monimutkainen.

Pakkotoimien käyttö

Pakkotoimien käyttöön liittyvät rekisteritiedot vuodelta 2017 saatiin yhteensä 21 organisaatiosta, 140 osastolta (Taulukko 2). Yhdessä organisaatiossa ei ollut yhtäkään tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa toteuttavaa yksikköä, joten organisaatiossa ei käytetty myöskään pakkotoimia. Yhteensä 109 osastoa raportoi käyttäneensä vuoden 2017 aikana eristämistä ja 106 osastoa sitomista. Kiinnipidoista raportoi 83 osastoa ja tahdonvastaisista lääkityksistä 95 osastoa. Kiinnipidoista ei ollut saatavilla tietoa 7 osastolta, ja tahdonvastaisen lääkityksestä tietoja ei saatu 32 osastolta.

Eristämissä raportoitii vuodelta 2017 yhteensä 4 006, sitomisia 2 113, kiinnipitoja 1 064 ja tahdonvastaisia lääkityksiä 2 187. Keskimäärin yhdellä osastolla oli vuoden aikana 29 eristämistä, 15 sitomista, 8 kiinnipitoa ja 20 tahdonvastaista lääkitystä. Yhteensä potilaat olivat vuoden aikana eristettynä 11 523 vuorokautta (1,75 % hoitopäivistä) ja sidottuna 1 483 vuorokautta (0,23 % hoitopäivistä). Kiinnipidot kestivät yhteensä 934 tuntia (0,01 % hoitopäivistä). Keskimäärin yksi eristäminen kesti noin 69 tuntia (2,88 vuorokautta), sitominen noin 17 tuntia (0,70 vuorokautta) ja kiinnipito noin 53 minuuttia (0,88 tuntia). Eri organisaatioiden ja osastojen välillä oli havaittavissa eroja pakkotoimien määrässä.

Taulukko 1. Hoitotyön johtajien (n = 90) asenteet eri pakkotoimia ja hallintamenetelmiä kohtaan (1 = positiivinen asenne, 5 = negatiivinen asenne).

	Keskiarvo	Tehokkuus Keskiarvo	Hyväksyttävyyys Keskiarvo	Ihmisarvon kunnioitus Keskiarvo	Turvallisuus henkilökunnalle Keskiarvo	Turvallisuus potilaille Keskiarvo
Tarvittava lääkitys	1,64	1,80	1,53	1,61	1,63	1,73
Kiinnipito	2,51	2,01	2,06	2,70	2,4	2,73
Tehostettu seuranta	1,67	1,83	1,39	1,64	2,2	1,61
Eristäminen	2,49	1,97	2,36	3,09	2,34	2,69
Aikalisä	1,99	2,24	1,62	1,79	2,18	2,08
Tahdonvastainen lääkitys	2,54	1,66	2,20	3,33	2,84	2,71
Tehostettu psykiatrisen hoito	1,74	1,70	1,58	1,86	1,91	1,79
Sitominen	2,71	1,68	2,71	3,64	2,42	2,88
Vierihoidon	1,84	1,70	1,36	1,70	2,49	1,86
Verkkosänky	3,96	2,93	4,46	4,62	3,03	3,77
Seinätön eristys	2,21	2,07	1,86	2,06	2,74	2,28

Hoitotyön johtajien asenteiden yhteys pakkotoimien käyttöön

Psykiatrisen hoitotyön johtajien asenteiden ja pakkotoimien käytön välisen yhteyden selvittämistä varten yhdistettiin jo kerätty pakkotoimaineisto ja kyselyaineisto (ACMQ). Kyselyyn vastanneista tähän osatutkimukseen soveltui 70 vastaajaa, jotka olivat työskennelleet vähintään vuoden johtajina osastoilla, joissa käytettiin pakkotoimia vuonna 2017.

Mallinnuksen tuloksena oli ei-kausallinen malli, jossa oli yhteensä seitsemän eristämisen lukumäärää selittävää muuttujaa (Kuva 1): ikä, eristämisen hyväksyttävyyys, tahdonvastaisen lääkityksen turvallisuus henkilökunnalle, eristettävän potilaan ihmisarvon kunnioitus, eristämisen turvallisuus potilaalle, tehostetussa seurannassa olevan potilaan ihmisarvon

kunnioitus ja tehostetun seurannan tehokkuus. Eristäminen oli yleisempää sellaisilla psykiatrisilla osastoilla, joissa hoitotyön johtajat pitivät eristämistä turvallisempana potilaalle ($r = -0,147$), enemmän ihmisarvoa kunnioittavana ($r = -0,090$) ja hyväksyttävämpänä ($r = -0,138$). Eristämistä käytettiin enemmän myös niillä osastoilla, joissa hoitotyön johtajat kokivat tehostetun seurannan olevan tehokkaampi menetelmä ($r = -0,075$) ja tahdonvastaisen lääkityksen enemmän ihmisarvoa kunnioitettava menetelmä ($r = -0,261$). Toisaalta eristämistä käytettiin vähemmän osastoilla, joissa hoitotyön johtajat olivat keskimääräistä nuorempia ($r = 0,374$) ja kokivat tehostetun seurannan enemmän ihmisarvoa kunnioittavaksi menetelmäksi ($r = 0,041$).

Taulukko 2. Vuonna 2017 suomalaisessa psykiatrisessa sairaalahoidossa käytetyt pakkotoimet.

Pakkotoimi	Osastojen lukumäärä	Puuttuvia tietoja	Tapahtumien lukumäärä yhteensä (vaihteluväli/osasto)	Tapahtumia keskimäärin/osasto	Yhteiskesto (vaihteluväli)	% hoitopäivistä	Tapahtumien keskimääräinen kesto
Eristäminen	109	0	4 006 (1–178)	28,61	11 522.90 vuorokautta (0.02–1 257.88)	1,75	2,88 vrk
Sitominen	106	0	2 113 (1–133)	15,09	1 483.15 vuorokautta (0.02–312.17)	0,23	0,70 vrk
Kiinnipito	83	7	1 064 (1–200)	7,94	934.33 tuntia (0.02–387.92)	0,01	0,88 h
Tahdonvastainen lääkitys	95	32	2 187 (1–160)	20,25	-	-	-

Eristämisten lukumäärä



PSYKIATRISEN HOITOTOTYÖN JOHTAJA

Ikä

Käsitykset eristämisen hyväksyttävyydestä

Käsitykset eristämisen turvallisuudesta potilaalle

Käsitykset eristämisestä ihmisarvoa kunnioittavana menetelmänä

Käsitykset tahdonvastaisen lääkityksen turvallisuudesta henkilökunnalle

Käsitykset tehostetusta seurannasta ihmisarvoa kunnioittavana menetelmänä

Käsitykset tehostetun seurannan tehokkuudesta

Kuva 1. Hoitotyön johtajien asenteita ja taustatietoja kuvaavat muuttujat, jotka olivat yhteydessä eristämisten lukumäärään.

Eristämiset kestivät pidempään osastoilla, joissa hoitotyön johtajat pitivät tarvittavaa lääkitystä turvallisempina potilaalle ($r = -0,261$, $p = 0,030$). Toisaalta eristämiset kestivät lyhempiä aikoja osastoilla, joissa johtajat kokivat vierihoidon tehokkaammaksi ($r = 0,421$, $p < 0,001$), verkkosängyn turvallisemmaksi potilaalle ($r = 0,285$, $p = 0,018$) tai henkilökunnalle ($r = 0,238$, $p = 0,049$) ja seinättömän eristyksen enemmän ihmisarvoa kunnioittavaksi ($r = 0,284$, $p = 0,018$).

Osastoilla, joissa hoitotyön johtajat pitivät verkkosängyä hyväksyttävämpänä ($r = -0,328$, $p = 0,006$) ja enemmän ihmisarvoa kunnioittavana menetelmänä ($r = -0,449$, $p < 0,001$) ja olivat myös valmiimpia käyttämään sitä ($r = -0,277$, $p = 0,021$), sitomista käytettiin enemmän. Sitominen oli vähemmän yleistä, kun hoitotyön johtajat kokivat tehostetun seurannan enemmän ihmisarvoa kunnioittavaksi menetelmäksi ($r = 0,248$, $p = 0,040$). Sitomiset olivat kestoiltaan lyhyempiä osastoilla, joissa hoitotyön johtajat olivat valmiimpia siirtämään potilaan tehostettuun hoitoon ($r = 0,026$, $p = 0,041$).

Kiinnipitoa käytettiin vähemmän, kun psykiatrisen hoitotyön johtajien yleinen asenne tehostettua seurantaan kohtaan oli positiivinen ($r = 0,389$, $p = 0,001$), ja erityisesti, kun johtajat kokivat tehostetun seurannan hyväksyttävämmäksi ($r = 0,474$, $p < 0,001$) ja turvallisemmaksi potilaalle ($r = 0,357$, $p = 0,004$) sekä enemmän ihmisarvoa kunnioittavaksi menetelmäksi. Samoin mikäli johtajat olivat valmiimpia käyttämään tehostettua seurantaan ($r = 0,357$, $p = 0,001$), oli kiinnipitojen määrä vähäisempi. Toisaalta kiinnipidot kestivät lyhyemmän aikaa, kun hoitotyön johtajat olivat valmiimpia käyttämään eristämistä ($r = 0,345$, $p = 0,011$) ja sitomista ($r = 0,292$, $p = 0,034$).

Yhteyksiä eristysten keston, sitomisten lukumäärän ja keston, kiinnipitojen lukumäärän ja keston sekä tahdonvastaisten lääkitysten lukumäärän ja hoitotyön johtajien muiden taustatietojen välillä ei löytynyt.

Pohdinta

Tämä väitöskirjatutkimus tuotti ainutlaatuista, osastokohtaista tietoa pakkotoimien käytöstä Suomessa ja hoitotyön johtajien asenteista pakkotoimien käyttöä kohtaan. Tulokset tukevat aiempia oletuksia johtamisen merkityksestä pakkotoimien vähentämisessä. Tutkimuksen merkittävimpana tuloksena voidaan esittää, että hoitotyön johtajien positiivinen asenne kaikkein rajoittavimpia menetelmiä kohtaan on usein yhteydessä pakkotoimien suurempaan määrään ja pidempään kestoan.

Hoitotyöntekijöiden pakkotoimien käyttöön liittyviä asenteita kuvaava tutkimus on lisääntynyt viime vuosina. Asenne jää hoitotieteessä usein käsitteenä määrittelemättä (Altmann 2008), mikä tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Lisäksi asenteiden laaja-alainen tarkastelu kaikkien kolmen ulottuvuuden (kognitiivinen, affektiivinen ja behavioraalinen) kautta vaikuttaa jäävän usein puutteelliseksi. Tutkimusten mukaan hoitotyöntekijöiden asenne pakkotoimia kohtaan on edelleen melko positiivinen (Khalil ym. 2017), vaikka asenne vaikuttaakin muuttuneen negatiivisempaan suuntaan viimeisten vuosikymmenten aikana. Vaihtoehtoisten menetelmien hyödyntäminen on suhteellisen harvinaista (Mahmoud 2017), ja hoitotyöntekijöitä tulisi kannustaa niiden käyttämiseen (Kontio ym. 2010).

Psykiatrisen hoitotyön johtajien asenteita pakkotoimia kohtaan ei ole aiemmin tutkittu, vaikka Bowersin ym. (2007) tutkimuksen aineistossa olikin mukana määrittelemätön osuus hoitotyön johtajia. Tässä tutkimuksessa esiin tullut psykiatrisen hoitotyön johtajien negatiivinen suhtautuminen verkkosängyyn selittyy todennäköisesti sillä, että kyseistä menetelmää ei käytetä suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa (Bowers ym. 2004). Hoitotyön johtajat suhtautuivat suhteellisen negatiivisesti myös sitomiseen ja tahdonvastaiseen lääkitykseen sekä eristämiseen ja kiinnipitoon. Nämä menetelmät mielletäänkin Suomessa yksiselitteisimmiksi, myös mielenterveyslaissa (1116/1990). Mielenkiintoista on erityisesti se, että hoitotyön johtajat pitivät tahdonvastaista lääkitystä tehokkaimpana menetelmänä, mutta kuitenkin pitivät sitä vähiten

hyväksyttävänä ja vähiten potilaan ihmisarvoa kunnioittavana.

Pakkotoimien käyttöä tässä tutkimuksessa selvitettiin keräämällä niihin liittyvää tietoa niiltä osastoilta, joilla pakkotoimia käytetään. Aineistossa pakkotoimien määrä näyttöä huomattavasti suuremmalta kuin THL:n Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2017 -tilastoreportissa (Vainio ym. 2018), mikä korostaakin osastotasolla kerätyn tiedon merkitystä. Pakkotoimia käytettiin erityisen usein vain joillakin tietyillä osastoilla, mikä saattaa selittyä esimerkiksi potilaiden erilaisilla sairauksilla (Thomsen ym. 2017) tai hoitokulttuurin eroilla (Husum ym. 2010). Vuonna 2017 eristäminen oli kuitenkin selkeästi yleisin Suomessa käytetty pakkotoimi ja tahdonvastainen lääkitys toiseksi yleisin. Tahdonvastaisesta lääkityksestä puuttuvia tietoja oli paljon, eli tahdonvastaista lääkitystä ei välttämättä tilastoida kaikkialla mielenterveyslain (1116/1990) edellyttämällä tavalla, ja todellinen määrä on oletettavasti vielä suurempi. Eri organisaatioilla vaikuttaa olevan eroja myös tahdonvastaisen lääkityksen määrittelyssä.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös psykiatrisen hoitotyön johtajien asenteiden ja pakkotoimien käytön välistä yhteyttä. Voidaan olettaa, että hoitotyön johtajien asenteet ovat yhteydessä siihen, millaisia päätöksiä he tekevät pakkotoimien käyttöön liittyen (Larue ym. 2009). Tämän tutkimuksen tulokset tukevat tätä oletusta, sillä psykiatrisen hoitotyön johtajien asenteet rajoittavampia menetelmiä kohtaan olivat pääsääntöisesti yhteydessä suurempaan pakkotoimien määrään. Eristämisessä myös johtajien iällä oli merkitystä, sillä keskimääräistä vanhempien johtajien osastoilla eristämistä käytettiin enemmän, mikä saattaa olla osoitus hoitokulttuurin muutoksesta. Tahdonvastaisen lääkityksen ja asenteiden välillä ei kuitenkaan ollut havaittavissa yhteyttä.

Tutkimuksen tuloksia tulkinnaissa on syytä huomioida ensinnäkin eri tutkimusmenetelmille tyypilliset rajoitteet sekä kyselyyn vastanneiden suhteellisen pieni määrä. Myöskään muuttujien välisten yhteyksien kausaliteetista ei ole täyttä varmuutta esimerkiksi mahdollisten väliin tulevien muuttujien suuresta määrästä johtuen.

Johtopäätökset

Pakkotoimia käytetään Suomessa edelleen paljon ja erityisesti tahdonvastaisen lääkityksen tilastoinnissa on puutteita. Pakkotoimien käytön selvittäminen ja tilastointi osastotasolla on jatkossakin tärkeää, samoin kuin tilastojen käsittely moniammatillisesti organisaatioissa ja yksiköissä. Mielenterveyslain mukaan tilastot on säilytettävä yksiköissä kahden vuoden ajan, mutta sekä tutkimuksen että pakkotoimien vähennystyön näkökulmasta tietoja tulisi säilyttää pidemmän aikaa.

Runas pakkotoimien käyttö on yhteydessä psykiatrisen hoitotyön johtajien positiiviseen asenteeseen rajoittavimpia menetelmiä kohtaan. Tätä tietoa voidaan hyödyntää pakkotoimien vähentämisessä. Sekä hoitotyöntekijöiden että hoitotyön johtajien asenteet tulisi huomioida, kun suunnitellaan pakkotoimien vähentämiseen tähtäviä toimenpiteitä. Hoitotyön johtajia tulisi rohkaista johtamaan esimerkillä ja kannustamaan hoitotyöntekijöitä pakkotoimien vähentämiseen.

Tulevaisuudessa hoitotyöntekijöiden ja hoitotyön johtajien asenteita pakkotoimia kohtaan tulisi edelleen tutkia, samoin kuin asenteiden ja pakkotoimien käytön välistä yhteyttä ja asenteissa tapahtuvaa muutosta. Tärkeää olisi myös hyödyntää osastokohtaista aineistoa pakkotoimien käytön selvittämiseksi mahdollisimman tarkkaan.

Summary

Coercive measures in psychiatric care – does attitude matter?

Emilia Laukkanen

Ph.D., project coordinator
Finnish Medicines Agency Fimea
emilia.laukkanen@fimea.fi

Ph.D. Emilia Laukkanen's Doctoral thesis Coercive measures in Finnish psychiatric inpatient care – special emphasis on psychiatric nursing managers' attitudes was inspected in the University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences on 29th of January 2021. Adjunct Professor, Ph.D. (Health Care), Raija Kontio acted as the opponent (University of Turku) and Professor, Ph.D. Katri Vehviläinen-Julkunen as custodian (University of Eastern Finland).

The doctoral thesis can be found from the electronic publications database of University of Eastern Finland: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/24257>

Introduction

Coercive measures are used in psychiatric care to limit patients' self-determination in situations where patients are, for example, aggressive. Coercive measures have negative influences on the patients and the staff, and reduction of these measures has been a national and international goal for several years. In this study, coercive measures refer to especially seclusion, mechanical restraint, physical restraint, and involuntary medication. These measures are regulated by the Mental Health Act.

This dissertation aimed to analyse the attitudes of nursing staff and nursing managers towards coercive measures, and to measure the number of coercive measures used in Finnish psychiatric care. In addition, the aim was to analyse the associations between nurs-

ing managers' attitudes and the use of coercive measures.

This study has a retrospective design. The data collection consisted of integrative literature review, a questionnaire survey, and register study. Research included in the literature review consists of international, empirical studies (n = 24) published from 2002 to 2017, that describe the attitudes of nursing staff towards coercive measures. The questionnaire surveyed psychiatric nursing managers' (n = 90) attitudes towards coercive measures with Attitude to Containment Measures Questionnaire. The questionnaire was sent to all nursing managers working in psychiatric specialized inpatient care or in government forensic psychiatric hospitals. The register data concerning the use of coercive measures in 2017 were collected from all psychiatric specialized inpatient care wards and government forensic psychiatric hospital wards (n = 140). The association between the attitudes and the use of coercive measures were investigated among the nursing managers (n = 70) that worked in wards where coercive measures were used.

This study demonstrated that nursing staff hold a quite positive attitude towards coercive measures, but the attitudes seem to have sifted to slightly more negative over time. There is variation in the attitudes of nursing managers, and their positive attitude towards the most restrictive measures is related to heavier use of coercive measures in the ward. The most commonly used coercive measure in Finland in 2017 was seclusion (4 006 times) and the second most used measure was involuntary medication (2 187 times). Mechanical restraint was used 2 113 times, and physical restraint 1 064 times. There is inadequacy especially in the statistics concerning involuntary medication.

This dissertation provided information that can be utilized in the reduction of coercive measures. Based on these results, the attitudes of nursing managers matter, and attitudes should be taken into account more in the future. In addition, research concerning the use of coercive measures on ward-level is important also in the future.

Keywords: Psychiatric care, coercive measures, attitudes, nursing, management

Kiitokset

Lämpimät kiitokset väitöskirjani ohjaajille, professori, THT Katri Vehviläinen-Julkuselle ja dosentti, TtT Laurin Kuosmaselle. Kiitos myös tutkimustani rahoittaneille tahoille: Suomen Kulttuurirahasto, Pohjois-Savon rahasto; Niuvanniemen sairaala; Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta; Akavan Sairaanhoidajat ja Taja ry; Sairaanhoidajien koulutussäätiö ry; Savon Sairaanhoidajat ry ja Mielenterveystyön kehittäminen ja tutkimus ry.

Sidonnaisuudet

Ei sidonnaisuuksia.

Kirjallisuus

Altmann T: Attitude: A concept analysis. *Nurs Forum* 43: 144–150, 2008

APNA: APNA Position on the Use of Seclusion & Restraint. American Psychiatric Nurses Association, Falls Church, VA, 2014

Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P: Cultures of psychiatry and the professional socialization process: The case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 24: 435–442, 2004

Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J: International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 44: 357–364, 2007

Dahan S, Levi G, Behrbalk P, Bronstein I, Hirschmann S, Lev-Ran S: The impact of “being there”: Psychiatric staff attitudes on the use of restraint. *Psychiatr Q* 89: 191–199, 2017

Erwin P: Attitudes and Persuasion. Psychology Press, New York, 2001

Fishbein M, Ajzen I: Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley, Reading MA, 1975

Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbloff N, Bleich, A: Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues Ment Health Nurs* 30: 758–763, 2009

Gerolamo A: The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Arch Psychiatr Nurs* 20: 175–185, 2006

Happell B, Dares G, Russell A, Siobhan C, Platania-Phung C, Gaskin C: The relationships between attitudes toward seclusion and levels of burnout, staff satisfaction, and therapeutic optimism in a district health service. *Issues Ment Health Nurs* 33: 329–336, 2012

Happell B, Harrow, A: Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *Int J Ment Health Nurs*: 19, 162–168, 2010

Heyman E: Seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 25: 9–12, 1987

Hottinen A, Välimäki M, Sailas E ym.: Mechanical restraint in adolescent psychiatry: a Finnish Register study. *Nord J Psychiatry* 67: 132–139, 2013

Huckshorn KA: Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 52: 40–47, 2014.

Husum T, Bjørngaard J, 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 Serv Res* 10: 89, 2010

Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G: Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One* 10: e0128536–, 2015.

Khalil A, Al Ghamdi M, Al Malki S: Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *Int J Cult Ment Health* 10: 447–467, 2017

Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe, G: Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics* 17: 65–76, 2010

Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen, J: Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry* 52: 1–6, 2017

Larue C, Dumais A, Ahern E,

Bernheim E, Mailhot M. P: Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 16: 440–446, 2009

Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati, C: Nurses' perceptions toward seclusion and use of restraints for psychiatric patients in Greece. *Eur J Psychiatry* 16: 81–90, 2002

Mahmoud A: Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint *Arch Psychiatr Nurs* 31: 2–7, 2017

Martikainen V, Järvelin J: Psykiatrin erikoissairaanhoido 2018. Tilastoraportti 42/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2019

McLaughlin P, Giacco D, Priebe S: Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE* 11: e0168720, 2016

Price O, Baker J, Bee P ym.: Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *J Adv Nurs* 74: 614–625, 2018

Steinert T, Lepping P: Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatry* 24: 135–141, 2009

Thomsen C, Starkopf L, Hastrup L, Andersen P, Nordentoft M, Benros

M: Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: A nationwide register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52: 979–987, 2017

Vainio S, Järvelin J, Kääriäinen S, Passoja S. Psykiatrin erikoissairaanhoido 2017. Tilastoraportti 33/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 2018

Wong C, Cummings G, Ducharme, L: The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag*, 21: 709–724, 2013

Laukkanen E: Pakkotoimien käyttö psykiatrisessa hoidossa – onko asenteella väliä? *Dosis* 37: 324–338, 2021

Liite 1. Tässä tutkimuksessa käsitellyt pakkotoimet ja hallintamenetelmät sekä niiden määritelmät.

Pakkotoimi/hallintamenetelmä	Määritelmä
Tarvittava lääkitys	Säännöllisen lääkityksen lisäksi annettava lääkitys, jonka potilas ottaa vapaaehtoisesti (Bowers ym. 2004)
Kiinnipito	Potilaan pitäminen kiinni siten, että potilas ei pääse liikkumaan (Steinert, Lepping 2009)
Tehostettu seuranta	Potilaan tarkkailu tavallista tiiviimmin, vointia arvioidaan säännöllisin väliajoin ja tehostetusti. Nimetty työntekijä vastaa tarkkailusta. (Bowers ym. 2004)
Eristäminen	Potilaan eristäminen lukittuun huoneeseen, jossa ei ole muita potilaita (APNA 2014)
Aikalisä	Potilaan ohjaaminen pysymään omassa huoneessaan tai jollakin tietyllä alueella tietyn ajan. Ovi ei ole lukittuna. (Bowers ym. 2004)
Tahdonvastainen lääkitys	Ilman potilaan suostumusta annettava lääkitys (Steinert, Lepping 2009). ACMQ-mittarissa viitataan pelkästään injektio muodossa annettavaan lääkitykseen, joka annetaan ilman potilaan suostumusta. (Bowers ym. 2004)
Tehostettu psykiatrinen hoito	Potilaan siirtäminen sellaiselle osastolle, jossa häntä voidaan seurata tehostetummin (Bowers ym. 2004)
Sitominen	Potilaan sitominen erityisillä välineillä, kuten vöillä, liikkumisen rajoittamiseksi (Steinert, Lepping 2009, Bowers ym. 2004)
Vierihoito	Potilasta tarkkaillaan jatkuvasti siten, että potilas on tarkkailusta vastaavan työntekijän näköpiirissä tai välittömässä läheisyydessä (Bowers ym. 2004)
Verkkosänky	Sänky, joka on suljettu lukituin verkoin (Bowers ym. 2004)
Seinätön eristys	Potilaan eristäminen lukitulle alueelle kuitenkin siten, että potilas ei jää yksin (Bowers ym. 2004)