

Carolina Herberts  
Kristian Wahlbeck (red.)

# Vård utan tvång - en utopi?

## Alternativ till tvång i vård och omsorg

Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa 20-22 juni 2011

Hoito ilman pakkoa – utopiaa?  
Pakon käytön vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollossa

Care without coercion – a utopia?  
Alternatives to coercion in health and care

RAPPORT



**RAPPORT 45/2011**

Herberts C, Wahlbeck K (red.)

# **Vård utan tvång – en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg**

**Konferensrapport från den nordiska  
konferensen i Vasa 20-22 juni 2011**



Mer information om konferensen: [www.thl.fi/vardutantvang](http://www.thl.fi/vardutantvang)  
Lisätietoja konferenssista: [www.thl.fi/hoitoilmanpakkoa](http://www.thl.fi/hoitoilmanpakkoa)  
More information: [www.thl.fi/carewithoutcoercion](http://www.thl.fi/carewithoutcoercion)



Konferensen arrangerades inom ramen för det finska ordförandeskapet i Nordiska ministerrådet 2011.

© Författarna och Institutet för hälsa och välfärd

Layout: Carolina Herberts

ISSN 1798-0070 (tryckt)  
ISSN 1798-0089 (pdf)

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy  
Helsingfors, 2011

## Förord

Den nordiska konferensen "Vård utan tvång - en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg" arrangerades i Vasa i juni 2011 inom ramen för Finlands ordförandeskap i Nordiska ministerrådet.

Konferensen hade sin upprinnelse i de rekommendationer för nordiskt utbyte inom området psykisk hälsa som ett expertforum tillsatt av Nordiska ministerrådets ämbetsmannakommitté för social- och hälsovård utarbetade år 2010. I rekommendationerna utpekades sex tematiska områden som speciellt relevanta för utbyte av erfarenheter på nordisk nivå. Ett av dessa prioriterade teman är att minimera behovet av tvångsåtgärder inom psykiatrin och främja utvecklingen av alternativ. Expertgruppen satte som mål att skapa ett nordiskt erfarenhetsutbyte om alternativa metoder till tvång, konsekvenser av tvång, samt en beskrivning av omfattning och i vilket sammanhang tvång används inom den psykiatriska vården.

Tvångsvård är alltid ett avsteg från de mänskliga fri- och rättigheterna. Erfarenhetsutbytet på konferensen, som berikades av de många synvinklarna, visade entydigt att en klar minskning av tvånget kan uppnås med relativt enkla åtgärder. Gemensamt för många av de goda exemplen från Norden var ett ökat brukarinflytande.

Den finska nationella planen för utveckling avarbetet för psykisk hälsa och mot missbruk, Mieli-planen, har som målsättning att minska användningen av tvång med 40 % fram till år 2015. Nordiska jämförelser och konferensdiskussionerna visade att Finland i detta avseende har mycket att lära av sina nordiska grannar.

Under konferensen lades även grundstenarna för ett nordiskt nätverk för minskat tvång i mentalvården, och Nordisk förening för social och mental hälsa åtog sig att administrera det nya nätverket.

Det är min förhoppning att konferensen och denna rapport kan bidra till att ökat erfarenhetsutbyte och minskat tvång i vården.

Kristian Wahlbeck  
arrangörskommitténs ordförande  
THL

## Esipuhe

Pohjoismainen konferenssi ”Hoito ilman pakkoa - utopiaa? Pakon käytön vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollossa” järjestettiin Vaasassa kesäkuussa 2011 osana Pohjoismaiden ministerineuvoston Suomen puheenjohtajuuskautta.

Konferenssi juonsi juurensa Pohjoismaiden ministerineuvoston sosiaali- ja terveystieteiden virkamieskomitean asettaman asiantuntijafoorumin ehdotuksista pohjoismaisen yhteistyön teemoiksi mielenterveyden alalla. Foorumi nimesi kuusi priorisoitavaa temaattista aluetta. Eräs näistä on pakon käytön tarpeen minimoiminen ja vaihtoehtojen kehittäminen. Tavoitteena on luoda pohjoismainen kokemustenvaihto pakon käytön vaihtoehdoista, pakon käytön seuraamuksista sekä kuvaus pakon käytöstä psykiatrisessa hoidossa.

Pakon käyttö loukkaa aina yksilönvapauksia ja ihmisoikeuksia. Kokemusten vaihto konferenssissa osoitti selkeästi että pakon käyttöä voidaan merkittävästi vähentää suhteellisen yksinkertaisilla toimilla. Monien pohjoismaissa toteutettujen pakon käyttöä vähentävien hyvien käytäntöjen yhteinen nimittäjä on asiakkaan voimaannuttaminen.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009, asettaa tavoitteeksi pakon käytön vähentymisen noin 40 prosentilla vuoteen 2015. Pohjoismainen vertailu ja konferenssissa käydyt keskustelut pakon käytöstä osoittaa meillä Suomessa olevan paljon opittavaa pohjoismaisilta naapureiltamme.

Konferenssissa päätettiin perustaa pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi mielenterveyspalveluissa, jonka järjestelyvastuun pohjoismainen mielenterveyskuntoutujien järjestö ”Nordisk förening för social och mental hälsa” otti hoidettavakseen.

Toivon että konferenssi ja tämä raportti tukevat pohjoismaista kokemusten vaihtoa ja osaltaan johtaa pakon käytön vähenemiseen.

Kristian Wahlbeck  
järjestelytoimikunnan puheenjohtaja  
THL

## Preface

The Nordic conference "Care without coercion – a utopia? Alternatives to coercion in health and care" was arranged in Vaasa, Finland in June 2011 as a part of the activities of the Finnish Presidency of the Nordic Council of Ministers.

The conference theme originated in the recommendations for Nordic exchange of knowledge and experience in the field of mental health, developed by the Nordic Expert Group on mental health in 2010. The Expert Group was nominated by the Committee of Senior Officials for Health and Social Affairs of the Nordic Council of Ministers. The recommendations identified six thematic priorities for Nordic exchange, one of them being to minimize the use and need of coercion in mental health care and promote the development of alternatives to such practices. The aim set by the expert group was to create a Nordic knowledge exchange about alternative methods to coercion, consequences of coercion, as well as a description of the extent and in what contexts coercion is used in the mental health care services.

Coercive care is always a departure from the principles of human rights. The exchange of experiences at the conference, which was enriched by the many angles offered, showed clearly that a distinct reduction of coercion can be reached with relatively simple measures. A common theme from many of the examples of the Nordic countries was an increase in user involvement.

The current Finnish national mental health and substance use plan, a.k.a. the Mieli plan, aims for a 40% reduction in the use of coercion by 2015. Nordic comparison and the conference discussions indicated that Finland has a lot to learn from its Nordic neighbours in this respect.

During the conference the cornerstones for a Nordic network for reducing coercion in mental care were laid and the Nordic Federation for Social and Mental Health (NFSMH) agreed to administer the new network.

It is my wish that the conference and this report can contribute to a heightened exchange of experiences and reduced coercion in care.

Kristian Wahlbeck  
Chair of Organising Committee  
THL

## Sammandrag

Carolina Herberts, Kristian Wahlbeck (red.). Vård utan tvång – en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg: Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa 20-22 juni 2011. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 45/2011. 124 sidor. Helsingfors, Finland 2011.  
ISSN 1798-0070 (tryckt); ISSN 1798-0070 (pdf)

Nordiska ministerrådets expertforum för psykisk hälsa utsåg i juni 2010 ett nordiskt erfarenhetsutbyte kring ”frivillighet och tvång” till ett prioriteringsområde. Rekommendationer i expertforumets rapport var att skapa ett nordiskt nätverk och att byta erfarenhet av relevant och komparativ statistik kring användningen av tvång inom mentalvården. Ministerrådets utnämnda ordförandeland för år 2011 var Finland - ett land vars användning av tvång i psykiatri fortfarande är hög och har således ett speciellt intresse av att lära av de andra nordiska länderna och att utveckla alternativ till tvång.

Den nordiska konferensen ”Vård utan tvång - en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg” var första steget i förverkligandet av ministerrådets arbetsgrupps förslag. Konferensen hölls i Vasa, Finland 20–22.6 2011, i samband med de nordiska hälsoministrarnas årliga möte. Arrangörer för konferensen var Institutet för hälsa och välfärd, social- och hälsovårdsministeriet, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap och Nordens välfärdscenter. Syftet med konferensen var ett tvärsektorielt erfarenhetsutbyte och att lägga grunden för ett fortsatt nordiskt samarbete inom området.

Samtliga aktörer med erfarenheter kring användningen av tvång deltog i konferensen: brukarorganisationer, beslutsfattare och personal inom social- och hälsovården, forskare och politiker. Under konferensdagarna utbytte de nordiska deltagarna erfarenheter om minskning av tvång i hälso- och sjukvården. Programmet bestod av plenarsessioner med lagberedare, beslutsfattare och experter inom området, parallellsessioner, posterutställningar och ett öppet arbetsmöte för initiering av ett nordiskt nätverk. Speciell vikt lades vid brukarerfarenheter och på interventioner för att minska konsekvenserna av tvång. Konferensens tema begränsades inte endast till psykiatri utan fokuserade också på en bredare överblick om tvång inom social- och hälsovården.

Resultaten från konferensen publiceras i denna konferensrapport vars innehåll inkluderar sammandrag av föredrag, posterabstrakt samt en evalueringsrapport. Över 170 deltagare från de fem nordiska länderna deltog i konferensen där ett nordiskt nätverk bildades för erfarenhetsutbyte kring tvång i vården. Nätverket kommer att hålla sitt första möte i november 2011.

Nyckelord: mentalvården, tvångsvård, konferens, nordiskt samarbete

## Tiivistelmä

Carolina Herberts, Kristian Wahlbeck (toim.). Vård utan tvång – en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg: Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa 20-22 juni 2011. [Hoito ilman pakkoa – utopiaa? Pakon käytön vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollossa: Konferenssiraportti pohjoismaisesta konferenssista Vaasassa 20.-22.6.2011]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 45/2011. 124 sivua. Helsinki 2011.

ISSN 1798-0070 (painettu); ISSN 1798-0070 (pdf)

Pohjoismaiden ministerineuvoston mielenterveyden asiantuntijaryhmä esitti loppuraportissaan vuonna 2010 ”vapaaehtoisuuden ja pakon käytön” pohjoismaisen kokemusvaihdon erääksi prioriteettialueeksi. Asiantuntijaryhmä suositteli pohjoismaisen verkoston luomista ja kokemusten vaihtoa vertailukelpoisesta pakon käytön tilastoinnista terveydenhuollossa. Kaikilla Pohjoismailla onkin tavoitteena vähentää pakkohoidon käyttöä. Parhaillaan meneillään on useita kehitysprojekteja, jotka tähtäävät pakon käytön vähentämiseen kansallisella, alueellisella ja kunnallisella tasolla.

Suomessa pakon käyttö mielenterveyspalveluissa on edelleen tavallista. Suomen toimiessa vuonna 2011 Pohjoismaiden ministerineuvoston puheenjohtajamaana toteutui mahdollisuus vaihtaa kokemuksia muiden Pohjoismaiden kanssa pakon käytön vaihtoehtojen kehittämiseksi.

Pohjoismainen konferenssi ”Hoito ilman pakkoa - utopiaa? Pakon käytön vaihtoehdot sosiaali- ja terveydenhuollossa” oli ensimmäinen askel ministerineuvoston asiantuntijaryhmän ehdotuksen toteuttamisessa. Konferenssi pidettiin Vaasassa 20–22.6. 2011, Pohjoismaiden terveysministerien vuosittaisen kokouksen kyljessä. Konferenssin järjestäjinä toimivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja terveysministeriö, Pohjoismainen kansanterveystieteen korkeakoulu (NHV) ja Pohjoismainen hyvinvointikeskus (NVC). Konferenssin tarkoituksena oli jakaa kokemuksia monialaisesti ja luoda perusta pohjoismaisen yhteistyön jatkolle.

Konferenssi keräsi yhteen kaikki toimijat joilla on kokemusta pakon käytöstä: palveluiden käyttäjien edustajia, päättäjiä, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä, tutkijoita ja poliitikkoja. Konferenssipäivinä osallistujat eri pohjoismaista vaihtoivat kokemuksia pakon käytön vähentämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ohjelma koostui plenaarisessioista, rinnakkaissessioista, posterinäyttelystä sekä avoimesta työkokouksesta, jossa laitettiin vireille pohjoismainen verkosto kokemusten jakamiseksi. Keskeisiä teemoja olivat kokemusasiantuntijuuden käyttö sekä erilaiset toimenpiteet pakon käytön vaikutusten vähentämiseksi. Konferenssi ei rajoittunut käsittelemään pelkästään pakon käyttöä psykiatriassa, vaan pyrki laajempaan näkemykseen pakon käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä.

Konferenssin tulokset julkaistaan tässä raportissa, jonka sisältönä ovat konferenssiesitykset, esiteltyjen postereiden abstraktit ja lyhyt arviointiraportti. Konferenssiin osallistui yli 170 osallistujaa viidestä pohjoismaasta. Pohjoismainen verkosto pakon käytön vähentämiseksi perustettiin konferenssissa. Verkosto pitää ensimmäisen kokouksensa marraskuussa 2011.

Avainsanat: mielenterveyspalvelut, tahdosta riippumaton hoito, konferenssi, pohjoismainen yhteistyö



## Abstract

Carolina Herberts, Kristian Wahlbeck (eds.). Vård utan tvång – en utopi? Alternativ till tvång i vård och omsorg: Konferensrapport från den nordiska konferensen i Vasa 20-22 juni 2011. [Care without coercion – a utopia? Alternatives to coercion in health and care: Conference report from the Nordic conference in Vaasa 20-22 June 2011]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 45/2011. 124 pages. Helsinki, Finland 2011.

ISSN 1798-0070 (printed); ISSN 1798-0070 (PDF)

The Nordic Council of Ministers' mental health expert group declared in June 2010 a Nordic exchange of experiences of "voluntariness and coercion" as an area of priority in mental health. The recommendations in the report by the expert group were to create a Nordic network and to exchange experiences of relevant and comparative statistics regarding the use of coercion in mental health care. Finland holds the presidency of the Nordic Council of Ministers in 2011. Finland is a country with high use of coercion in psychiatry and has therefore a special interest in learning from the other Nordic countries and to develop alternatives to coercion.

The Nordic conference "Care without coercion – a utopia? Alternatives to coercion in health and care" was the first step in implementing the proposals by the Council of Ministers' expert group. The conference was held in Vaasa, Finland 20-22.6.2011, in connection with the Nordic health ministers' annual meeting. The organisers of the conference were the National Institute for Health and Welfare (THL), the Ministry of Social Affairs and Health, the Nordic School of Public Health (NHV) and the Nordic Centre for Welfare and Social Issues (NVC). The aim of the conference was a cross sectional exchange of experiences and to lay the foundations for continued Nordic cooperation within the area.

Individuals who have experiences of use of coercion participated in the conference: user organisations, decision makers, health- and social care professionals, researchers and politicians. During the conference the Nordic delegates exchanged experiences regarding reducing coercion in health care. The programme consisted of plenary sessions, parallel sessions, a poster exhibition and an open meeting for the initiation of a Nordic network for reduction of coercion in mental health care. Special emphasis was placed on user experiences and interventions to reduce the consequences of coercion. The conference theme was not confined to psychiatry but also focused on a broader overview of coercion in social and health care.

The results from the conference are published in this conference report which includes summaries of presentations, poster abstracts and an evaluation report. Over 170 delegates from the five Nordic countries participated in the conference where a Nordic network was formed for exchanging experiences of coercion in care. The network will hold its first meeting in November 2011.

Keywords: mental health care, compulsory treatment, conference, Nordic cooperation

## Innehåll

Förord .....	3
Esipuhe .....	4
Preface .....	5
Sammandrag .....	7
Tiivistelmä .....	8
Abstract .....	9
THL:s hälsning Pekka Puska .....	13
Tvångsvård och autonomi Heta Aleksandra Gylling .....	15
Pakkohoito ja yksilönvapaus Heta Aleksandra Gylling .....	18
(H)järnkoll - slå hål på myterna om psykisk ohälsa Anneli Jäderholm .....	21
PARALLELSESSION 1. AUTONOMI OCH TVÅNG I MISSBRUKARVÅRDEN .....	24
Tvångsvård av gravida kvinnor med missbruksproblem Moderator Kerstin Stenius .....	24
Tvång i missbruksvården i Sverige Leili Laanemets .....	25
Tilbakehold av gravide rusmiddelmissbrukere – erfaring etter 15 år Arne Johannesen .....	27
Förslag till tvångsvård av gravida missbrukare i Finland Kari Paaso .....	29
Vilken vård finns och vad borde finnas – perspektiv från Vasa stad Marja Jokiniemi .....	30
PARALLELSESSION 2. AUTONOMI OCH TVÅNG I PSYKIATRISK VÅRD .....	31
Moderator: Gustav Skuthälla .....	31
Bättre vård – mindre tvång, ett nationellt projekt för att utveckla den psykiatriska heldygnsvården Eva Westerling .....	32
Svenska erfarenheter av tvång i öppenvård Linda Almqvist .....	34
More autonomy and less coercion – need for high quality education Heli Hätönen .....	36
Island – landet med lite tvång i psykiatri Páll Matthiasson .....	38
Iceland – a country with little coercion in psychiatry Páll Matthiasson .....	39
PARALLELSESSION 3. LAGREVISIONER I DE NORDISKA LÄNDERNA .....	40
Moderator Håkan Stoor .....	40
Self determination vs responsibility to care – recommendations from a Norwegian lawpreparing committee Olav Nytingnes .....	41
The ongoing revision of Finnish coercion legislation Eila Sailas .....	44
Den danske psykiatrilov i relation til tvang Marianne Jespersen .....	47
PARALLELSESSION 4. HYVÄT RAJOITUSKÄYTÄNNÖT IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUISSA .....	50
Moderaattori: Britta Sohlman .....	50
Rajoitteiden käytöstä muistisairaana ihmisen ymmärtämiseen Ulla Eloniemi-Sulkava .....	51
Fysiska begränsningsåtgärder inom äldreården - effekter av ett utbildningsprogram Tony Pellfolk .....	53
Tvång och skydd inom demensvård – ett etiskt dilemma Anna-Liisa Suvanto .....	54
A broad dialogue on coercion and consent in mental health Héðinn Unnsteinsson .....	56
PARALLELSESSION 5. BRUKARSTYRD PRAXIS .....	58
Förändring sker när vi törs mer än vi vågar Moderator: Susanne Rolfner Suvanto .....	58
Hvordan redusere tvangsbruk i akuttavdelinger i samarbeid med pasientene? Britt Marie Olsen, Håkon T. Johansen .....	59
Gir lavere terskel mindre tvang? Inger Aareskjold Salte .....	63
Tvång i vården – brukarens synvinkel Kerstin Ögård .....	66
PARALLELSESSION 6. BRUKARES ROLL I TILLSYN OCH UTVÄRDERING .....	69
Moderator: Matti Kaivosoja .....	69
KÄYTTÄJÄN ROOLI VALVONNASSA JA ARVIOINNISSA .....	70
Moderaattori: Matti Kaivosoja .....	70
Miten kokemusasiantuntijat arvioivat psykiatrista hoitoa? Petri Karoskoski .....	71
Kokemustutkimusta Kokkolassa Kaisa Saavalainen .....	73

PARALLELSESSION 7. CARE WITHOUT COERCION .....	75
Moderator: Maritta Välimäki .....	75
HOITO ILMAN PAKKOA .....	76
Moderaattori: Maritta Välimäki .....	76
From belts to better mental health services Sigursteinn Másson .....	77
Psychiatry without forced institutionalisation, forced treatment and no forensic psychiatry. How? Erik Olsen	78
The professional, political, economic and cultural dimensions for diminishing the use of involuntary treatment and restraints Markku Salo .....	80
LIITÄNNÄISSEMINAARI .....	84
Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän työn eteneminen ja jatkosuunnitelma .....	84
Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisen lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa Aira Pihlainen .....	88
Vanhukset ja vammaiset henkilöt –alatyöryhmä Viveca Arrhenius, Pirjo Kainulainen .....	92
Perusoikeuksien rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollon akuuteissa ja päivystystilanteissa Juhani Ojanen .....	94
Laki päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten tahdonvastaisesta hoidosta valmisteilla Kari Paaso .....	97
Oikeuspsykiatria Helena Vorma .....	98
POSTERABSTRAKT .....	100
Patienters uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras Eva Andreasson, Ingela Skärsäter .....	101
(H)järnkoll – En nationell attitydkampanj Rickard Bracken .....	103
(H)järnkoll - A national campaign to change attitudes Rickard Bracken .....	104
Pitääkö pakon käytön vähentämiseen pakottaa? Kaivosoja M, Aspvik U, Ruisaho S, Luhta R. ....	105
Coercive measures in adolescent psychiatry Riittakerttu Kaltiala-Heino, Ulla Siponen, Maritta Välimäki	106
Alternatives to seclusion and restraint Raija Kontio, Grigori Joffe, Hanna Putkonen, Lauri Kuosmanen, Maritta Välimäki .....	107
Pallo haltuun! Nuorten aikuisten kuntoutuskokonaisuus Vertaistuki – vastuu – voimavarat – oma rooli kuntoutumisen prosessissa Mielenterveyden keskusliitto .....	109
Fatta bollen! Rehabiliteringshelhet för unga vuxna Kamratstöd – ansvar – resurser – egen roll i rehabiliteringsprocessen Centralförbundet för Social och Mental Hälsa (MTKL) .....	111
A cluster randomized controlled study of seclusion and restraint reduction in high security psychiatric care Anu Putkonen, Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta, Eila Repo-Tiihonen, Vesa Kiviniemi, Olli-Pekka Ryynänen, Jari Tiihonen .....	113
Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment Päivi Soininen, Maritta Välimäki, Toshie Noda, Grigori Joffe, Hanna Putkonen .....	114
Projektet ITHACA: brukarrevision av anstalter och boenden Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Jukka Hiissa, Matti Järvelä, Hannu Lindholm, Anne-Marita Ruuska, Kaisa Saavalainen, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman, Raimo Urpilainen .....	116
ITHACA – hanke: kuntoutujien suorittama palveluiden arviointi Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Jukka Hiissa, Matti Järvelä, Hannu Lindholm, Anne-Marita Ruuska, Kaisa Saavalainen, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman, Raimo Urpilainen .....	118
Mielenterveyspotilaiden hyvän hoidon kulmakivet Mielenterveyspooli .....	120
KONFERENSEVALUERING .....	121
Arrangörskommittén för konferensen ”Vård utan tvång – en utopi?” .....	124

# THL:s hälsning

Pekka Puska

Generaldirektör

Institutet för hälsa och välfärd, PB 30, 00271 Helsingfors

Pekka.Puska@thl.fi

Jag vill framföra en varm hälsning från Institutet för hälsa och välfärd (THL) i Finland till alla er som deltar i denna nordiska konferens. Så som många säkert vet bildades Institutet för hälsa och välfärd för två och ett halvt år sedan genom en fusion mellan två rätt så stora institutioner, dvs. Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes).

Syftet var att bilda ett mer övergripande och starkare institut under social- och hälsovårdsministeriet i Finland. Ett institut som genom forskning och högklassig sakkunskap kan stöda ministeriets och statsförvaltningens arbete och genom omfattande verksamhet och samarbete kan främja och skydda finländarnas hälsa och välfärd.

Institutets arbete bygger således på forskning och expertsamarbete, och våra centrala verksamhetsformer är expertuppdrag, utvecklingsarbete, uppföljning och utvärdering, information, olika partnerskap, statistikuppdrag, vissa serviceuppgifter och internationellt samarbete. Däremot ansvarar institutet inte för tillstånds- och tillsynsuppgifter, utan dessa uppgifter sköts av Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) och Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea).

Arbetet vid Institutet för hälsa och välfärd omfattar i mycket hög grad de frågor som gäller befolkningens hälsa och välfärd – på så sätt integreras också hälsofrågor och sociala frågor. Institutets fyra stora verksamhetsområden är:

- Välfärds- och hälsopolitik
- Främjande av välfärd och hälsa
- Hälsoskydd
- Social- och hälsotjänster

Utöver dessa har institutet en avdelning för information med horisontell verksamhet som inbegriper både statistikregister, social-, hälso- och sjukvårdens register och institutets dataresurser. Avdelningen samordnar också det nationella arbetet med att skapa ett elektroniskt datasystem för hälso- och sjukvården och senare även för socialvården. Till de horisontala funktionerna hör även institutets omfattande kommunikations- och publikationsverksamhet och de administrativa stödtjänsterna.

Institutet har cirka 1300 anställda – en grupp av multiprofessionella experter. Huvudsätet finns i Helsingfors, men vi har nationella verksamhetsenheter också på sex andra orter – bland annat här i Vasa.

Inom hälsosektorn har institutet verksamhet som i stor omfattning omspannar forskning kring orsakerna bakom sjukdomar och hälsoproblem och spridningen av dem, förebyggande av sjukdomar och främjande av hälsa och ett helt spektrum av hälsoproblem allt från smittsamma sjukdomar till kroniska sjukdomar och allt från psykisk hälsa till olycksfall och miljöhälsa. Viktiga uppgifter är dessutom forskning, uppföljning, expertuppdrag och styrning i anslutning till servicesystemet inom hälso- och sjukvården och hälsopolitiska frågor.

Frågor kring psykisk hälsa har en central plats i institutets arbete. Funktionerna har särskilt koncentrerats till avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvården. Avdelningens arbete innefattar både allvarliga psykiska sjukdomar och andra frågor i anslutning till den psykiska hälsan, bland annat depression och självmord, liksom också psykiska problem bland såväl barn som vuxna. Utöver forskning handlar det också i hög grad om att främja finländarnas psykiska hälsa, att styra servicesystemet och att sköta expertuppdrag. Eftersom tjänsterna inom mentalvården och missbrukarvården har ett nära samband, har

dessa områden integrerats i avdelningens arbete. Detta har också en nära anknytning till det nationella programmet Mieli som gäller mentalvårds- och missbruksarbete och vars genomförande institutet stödjer.

Temat för denna konferens ”vård utan tvång” är på många sätt viktigt och aktuellt – också vid Institutet för hälsa och välfärd. Jag tror och hoppas att de diskussioner som förs under konferensen kan bidra till att främja sådana reformer som det finländska servicesystemet behöver och där institutet på många sätt har en central ställning vid beredningen.

Med tanke på den nya regeringen och dess arbete har reformbehovet och planerna inom den finländska hälso- och sjukvården lyfts fram i stor omfattning. Vi har tydligt uppfattat ett behov av att förnya servicesystemet inom hälso- och sjukvården såväl när det gäller principerna för organiseringen som när det gäller finansieringen. Institutet för hälsa och välfärd har deltagit aktivt i denna debatt – delvis i form av de expertutredningar som ministeriet har begärt.

Institutet har speciellt lyft fram vissa teman i denna debatt:

- behovet av att överföra ansvaret för tillhandahållandet och finansieringen av servicen till ett bredare regionalt underlag
- koncentrerad av hälso- och sjukvårdens finansiering i riktning mot en enda kanal
- integrering av servicesystemen inom hälso- och sjukvården och socialvården
- betoning av en starkare basservice
- förnyat arbete för att bekämpa kroniska sjukdomar genom utveckling av vården utgående från modellen ”Chronic Care”
- överföring av tyngdpunkten till att förebygga sjukdomar och att främja hälsa
- koppling av det övriga arbetet i kommunen så bra som möjligt till den hälsofrämjande verksamheten – inklusive främjande av psykisk hälsa (”hälsa i all politik”).

Dessa principer anknyter också i hög grad till frågor kring psykisk hälsa: att integrera arbetet för psykisk hälsa i basservicen, att betona främjande av psykisk hälsa och att integrera tjänsterna inom mentalvården och missbrukarvården och det sociala arbete som behövs.

Jag hoppas att konferensen blir en framgång och önskar alla deltagare en trevlig vistelse här i Vasa – Finlands soligaste stad.

# Tvångsvård och autonomi

Heta Aleksandra Gylling

Professor

Praktisk filosofi, Institutionen för politik och ekonomi, PB 33, 00014 Helsingfors universitet  
Heta.Gylling@Helsinki.Fi

Tvångsvård föder starka känslor för och emot. Tvångsvårdens anhängare ser sig som rakryggade och ansvarsfulla medborgare, som i välfärdsstatens namn vill skydda såväl vuxna som barn från deras egna presumtiva farliga eller omoraliska val. Utgångspunkten är en välvillig, benevolent idé om att främja medmänniskornas väl. Om människan själv inte verkar förstå vad som är bra och vad som är dåligt för henne, är det andras inte enbart rättighet utan även skyldighet att främja det goda om så med våld. I första taget kan tankegången kännas förnuftig och berättigad men i verkligheten är den inte det. Den som talar för tvångsvård bör först kunna visa

- a) varför patienten är ur stånd att fatta egna beslut
- b) att beslutet i första hand rör patienten själv
- c) att det rör sig om behandling
- d) och att bakgrunden till tvångsvården är en äkta benevolent vilja att skydda patienten och främja patientens bästa, inte en malevolent, illvillig vilja att maskerat bestraffa patienten för ”olämpligt” beteende.

Inom hälso- och sjukvården vill man ofta tala om klienter istället för de traditionella patienterna. I samband med tvångsvård skulle det vara helt förnuftsvidrigt att tala om klienter. En klient kan söka hjälp eller tjänster utan att behöva vara rädd för att bli tvingad till något, även om försäljaren eller serviceproducenten kan vara nog så bestämd och försöka sälja åt sin kund något invecklat, som kunden själv inte har förstått sig behöva.

## Har människan rätt att förbli obehandlad?

I välfärdsstatens anda vill man gärna tala om allas rätt till vård på lika villkor. Talet är emellertid bara ord och i verkligheten är det fråga om ett fjärran ideal. Långa vårdköer och obesatta vakanser i hälso- och sjukvården, för att inte tala om väldigt dyra behandlingar, underminerar rätten till vård. De flesta av oss kan önska att vi inte skulle bli sjuka, och om vi blir sjuka att vi skulle få ens rätt diagnos och inte hamna ut för det otäcka att bli sända från ställe till ställe och från läkare till läkare, vilket så många allvarligt sjuka hamnar ut för och som inte ens en frisk skulle klara av utan att insjukna. I denna verklighet låter det egendomligt att tala om tvångsvård, dvs om en situation i vilken patienten själv inte vill ha behandling, men man med våld vill använda hälso- och sjukvårdens begränsade resurser på patienten. Om en person förstår sin egen situation och trots det (eller på grund av det, som det är för många patienter) inte vill ha aggressiv behandling, bör hennes vilja respekteras, vilket ju också vår lagstiftning förpliktar till.

När man kräver tvångsvård bör man först berättiga vården genom att besvara de frågor jag ovan ställt. Eftersom alla ändå inte kan behandlas, åtminstone inte i tid, vaför då behandla dem som inte önskar det?

## Är patienten i stånd att förstå och ta beslut?

Ett litet barn kan inte fatta egna beslut och barnets föräldrar har inte rätt att göra beslut som hotar barnets liv och hälsa. Föräldrar som hör till Jehovas vittnen kan inte förhindra blodtransfusioner och omskärelse borde inte tillåtas genom att hänvisa till religiösa värderingar eller till traditioner. Även om man i västvärlden kraftfullt försöker skydda flickor från omskärelse, omskärs pojkar utan medicinsk grund.

Barnet är inte ännu en autonom varelse med förmåga till självständiga beslut och därför bör barnet skyddas och barnets möjligheter att växa till en autonom vuxen med största möjliga välbefinnande säkras. Det rör sig om ungefär samma sak som tillgång till utbildning. Genom att förhindra att barnet utbildas, kringskärs barnets framtida val och öppna möjligheter (om detta har man i USA grälat länge och väl –har till exempel Amish-sekten rätt att låta bli att sätta sina barn i skolan genom att hänvisa till sin religiösa tradition?)

I försöken att skydda barnet råkar man utan vidare i svåra problem. Hur kan man skydda och värna barnet från de egna föräldrarna hemma? Var dra gränsen mellan vad man rättmätigt kan tvinga föräldrarna till eller till vad man överhuvudtaget kan tvinga dem till? Vilket är värre, ett liv i en miljö utan stimulans där barnet inte uppmuntras till att lära sig, till att läsa och förstå världen eller att föda barnet med chips och läsk? Förrän vi har avlönade socialtanter för att övervaka alla varje familj, är det i allmänhet skäl att respektera privatlivet. Att öka socialtanternas antal skulle förresten inte lösa problemet för de har liksom vi andra mycket olika syn på vad som är bra och dåligt för barnet, på grund av våra olikheter i värden och värderingar. (För flera år sedan var jag med i ett av EU:s folkhälsoprojekt, där skolmaten blev ett diskussionsämne. Projektets irländska medlem meddelade –medan de nordiska medlemmarna prisade skolmaten- att de flesta irländska föräldrar absolut skulle vara emot skolluncher, eftersom de anser att föräldrarna har rätt att besluta vad deras barn äter, inte myndigheterna. Att skolmaten är hälsosammare än pommes frites och stekta ägg hemma, är enligt dem en sekundär fråga.) Kunskap och information och ärlig icke-manipulerande upplysning är goda saker, men att upplysning inte har effekt berättigar inte användning av tvång.

Också en vuxen person kan tillfälligt eller bestående vara oförmögen att fatta beslut som rör henne. Man kan inte fråga av en medvetlös hur hon önskar bli behandlad, men det betyder inte att man inte skulle behöva höras hennes åsikt när när hon återfår medvetandet. Drogpåverkad eller starkt berusad kan en person önska allt möjligt som personen inte nödvändigtvis skulle önska i nyktert tillstånd, så även då kan det tillfälligt vara berättigat att handla i personens intresse – om man inte har tid att vänta på att personen nyktrar till.

I sådana här situationer är det fråga om moderat paternalism<sup>1</sup>, som kan definieras som inställningen att även en person som respekterar liberalism och individens självbestämmanderätt (autonomi) kan medge att människan inte alltid själv vet hur hon borde agera – människan känner inte alltid till allting som rör den egna livssituationen och hon kan inte alltid effektivt använda den vetskap hon har. Fel och misstag kan begås både när informationen anammas och när beslut görs baserad på den. Då kan man åtminstone för stunden för människans eget bästa fatta beslut för hennes räkning. Den västerländska liberalismens moderata paternalism baserar sig på synen att människor i allmänhet vet vad som är bra för dem – eftersom det som är bra för dem är det som de själva verkligen vill. Enligt denna syn är paternalism berättigad endast när den syftar till all säkra att människorna själva vet och förstår sina handlingar. John Stuart Mill ger ett klassiskt exempel på en acceptabel paternalistisk intervention när han i sitt verk *On Liberty* skriver:

”Om en polisbetjänt eller någon annan ser en person, som står i begrepp att gå över en bro, vilken kungjorts såsom osäker, och det icke är tid att varna honom för faran, så må han fatta tag i och föra honom tillbaka, utan att därigenom något verkligt ingrepp i hans frihet göres; ty frihet består uti att få göra, vad man önskar, och denne önskade icke att falla i vattnet.” (övers. Hjalmar Öhrvall 1917).”

Personen i Mills bok verkar inte veta vad han håller på att göra; med andra ord verkar personen inte lägga märke till att han försätter sig i fara. Denna brist på vetskap berättigar den närvarande att ingripa i personens gångriktning. Det är givetvis även möjligt att personen är fullt medveten om faran framför honom. Personen kan, i motsats till vårt omedelbara antagande, känna till att bron är farlig och ändå vara på väg till bron av någon i vårt tycke förnuftig eller oförnuftig orsak. I detta fall berättigar den moderata paternalismen in te längre ett ingripande i personens avsikter. När personen har uttryckt sin önskan och fasta avsikt att riskera livet genom att beträda den farliga bron, har utomstående enligt liberalismens tankevärld inte rätt att hindra honom från det.

---

<sup>1</sup> Angående distinktioner mellan paternalismens olika former, se min bok *The Limits of Medical Paternalism*, Routledge 1991 (Häyry, Heta).

Eventuellt kan man anse att den moderata paternalismen inte är någon paternalism överhuvudtaget, när den är avsedd att skydda människans egna genuina vilja och önskningar från hennes egen temporära ovetskap eller sinnesrubbing. Den starka paternalismen stannar inte härvidlag. Dess anhängare tror sig objektivt veta vad som är bäst för andra människor, och vill skydda människor från deras egen vilja. Människans egen önskan, förtogenhet med saken eller överväganden påverkar inte den starka paternalistens syn, om paternalisten bestämt sig för att handlingarna är skadliga för personen. Det finns emellertid ett allvarligt problem för den som är anhängare av stark paternalism. Anhängaren borde kunna påvisa, att människan inte har rätt att skada sig själv, att utsätta sig för hälso- och livsfara. Detta har ännu ingen kunnat påvisa. Vi gör ständigt olika val som kan skada vår framtida hälsa. En flitig person, som hänger sig åt arbete och karriär kan lika väl skada sin fysiska och psykiska hälsa som en storätande och stillasittande bekväm soffpotatis, utan att nämna alla de besvär och skador som drabbar en idrottsfanatiker, som till synes tar väl hand om sin hälsa. Tyvärr finns det många människor, som gärna ogillar och fördömer beroende på om skadan har sin grund i ett beteende som traditionellt anses förkastligt eller i goda intentioner. En rökande alkoholist förtjänar enligt många en uppläxning, till skillnad från en bergsklättrare som riskerar liv och lem i bergen. Detta är moralism, som inte borde ha något utrymme i hälso- och sjukvården.

### Vem skyddas av tvångsvården?

Mentalvårdens patienter har traditionellt varit potentiella mål för tvångsvård. I vilken utsträckning det alltid handlat om enbart behandling är en annan fråga. När öppenvård ännu var ett okänt begrepp, samlades många ihop på mentalsjukhus för att hållas ur vägen. Nuförtiden – vilket många av oss kan iakttä på gatan – rör sig många med multipla problem bland oss, antingen av egen vilja eller för att lämplig vård inte erbjuds. Borde man således med tvång behandla till exempel en alkoholist? Naturligtvis inte. Om en dryckesbult vill dricka sig till döds måste han vara fri att göra så. Kostnadsfrågan är mycket mera komplicerad än vad många verkar förstå. För det första, om utgångspunkten för samhällets ingripanden anses vara hur dyrt ett problem är, borde interventionerna utsträckas till allt som blir dyrt på jämställd bas. Kostnaderna för fetma och idrottsfanatiker borde alla utvärderas på samma sätt. Det finns ingen orsak att sända dyra räddningshelikoptrar för att hjälpa om någon trots varningar ger sig ut på äventyr på havet eller i bergen. Dessutom, de flesta utslagna alkoholister blir inte flitiga skattebetalare, utan de flesta av dem dör före pensionsåldern, så till den delen minska kostnaderna.

Den senaste tiden har diskussionen rört gravida mödrar med drogproblem. Några saker är bra att minnas när det gäller dem. För det första, i deras fall rör det sig inte om behandling av dem själva, utan man vill att de skall upphöra med drogbruket för att skydda fostret, det kommande barnet. Om fostret kunde skyddas utan den gravida kvinnan, skulle tvångsbehandling av kvinnan inte behövas. Någon kan förstås ändra sitt beteende så att hon inte blir en mamma med drogproblem (gravida kvinnor är inte ännu mödrar). Om, och i mitt tycke när, det viktigaste är barnets väl, skulle det vara bra om dessa kvinnor inte alls skulle vara gravida, skulle förstå sin situation när de upptäcker sin graviditet och skulle söka abort. De borde påminnas om att de inte medvetet får skada barnet om de vill föda sitt barn.

Tvångsvård är ingen lösning och räddning för gravida kvinnor som inte förstår detta. Om de inte vill ha en förändring i sina liv, söker de inte läkarhjälp när de känner till eventualiteten att tvångsåtgärder vidtas. Ingen människa vill bli tvingad mot sin vilja, och om hon vill är det inte fråga äkta tvång. Odysseus bad sina män binda honom vid masten för att skydda honom mot sirenernas locktoner. Hans besättning tvingade inte honom till det. På samma sätt borde en människa som är rädd att den egna viljestyrkan sviktar kunna göra temporära avtal för att skdda sig själv. Hot om tvång enbart fjärrar patienterna och, vilket inom hälso- och sjukvården kanske är det värsta, eroderar förtroendet. Om människor inte vågar söka sig till vården i rädsla om att bli tvingade, har sjukvården blivit sin egen fiende. Förtroendet är livsviktigt. Och redan nu vet vi att predikande hälsouppllysning och skuldbeläggning för dåliga livsvanor gör de flesta människor ohederliga: vi beskriver obehindrat våra motionsvanor överdrivet och rapporterar mindre alkoholbruk än vad som är fallet. Vem skulle vilja höra på klander och predikan?



# Pakkohoito ja yksilönvapaus

Heta Aleksandra Gylling

Professori, oppiainevastaava

Käytännöllinen filosofia, Poliittikan ja talouden tutkimuksen laitos, PL 33, 00014 Helsingin yliopisto

Heta.Gylling@Helsinki.Fi

Pakkohoito herättää voimakkaita reaktioita sekä puolesta että vastaan. Pakkohoitojen kannattaja pitää itseään ryhdikkäänä ja vastuullisena kansalaisena, joka hyvinvointivaltion nimissä haluaa suojella niin aikuisia kuin lapsiakin näiden omilta, oletetusti vaarallisilta tai moraalittomilta valinnoilta. Oletuksena on hyväntahtoinen, benevolentti ajatus kanssaihminen hyvän edistämiseksi. Jos ihminen ei itse näytä ymmärtävän mikä hänelle on hyväksi ja mikä pahaksi, muiden ei vain oikeutena vaan myös velvollisuutena on hyvän edistäminen vaikka väkisin. Äkkiseltään ajatuskulku voi tuntua järkevältä ja oikeutetulta mutta todellisuudessa se ei sitä ole. Pakkohoidon puolestapuhujan on ensin kyettävä osoittamaan

- a) miksi potilas on hänen mielestään kykenemätön päätöksentekoon
- b) että päätös koskee ensisijaisesti potilasta itseään,
- c) että kyse on ylipäättään hoidosta
- d) ja että pakkohoidon taustalla on aito benevolentti halu suojella potilasta ja edistää hänen hyvänsä, ei malevolentti, pahantahtoinen halu naamioidusti rangaista potilasta ”sopimattomasta” käytöksestä.

Terveystieteidenhuollossa halutaan usein perinteisten potilaiden sijasta puhua asiakkaista. Pakkohoidon yhteydessä olisi kuitenkin täysin järjenvastaista puhua asiakkaista. Asiakas voi hakea apua tai palveluita ilman että joutuu pelkäämään tulevaisuutta pakotetuksi mihinkään vaikka myyjä tai palvelun tarjoaja voi olla hyvinkin päättäväinen ja yrittää myydä asiakkaalleen jotain monimutkaista, jota tämä itse ei ole ymmärtänyt tarvitsevänsä.

## Onko ihmisellä oikeus olla tulematta hoidetuksi?

Hyvinvointivaltion hengessä haluttaisiin mielellään puhua kaikkien yhtäläisestä oikeudesta tulla hoidetuksi. Puhe on kuitenkin vain puhetta ja todellisuudessa kyse on kaukaisesta ihanteesta. Pitkät hoitojonot ja terveydenhuollon täyttämättömät virat, monien hoitojen suunnattomasta kalleudesta puhumattakaan tekevät oikeuden tyhjäksi. Useimmat meistä voimme toivoa käsi sydämellä ettemme sairastuisi, ja jos sairastumme, saisimme edes oikean diagnoosin ja vältyisimme siltä kammottavalta kieputukselta paikasta toiseen ja lääkäriltä toiselle, johon niin moni vakavasti sairas joutuu ja josta tervekään ei terveenä selviäisi. Tässä todellisuudessa kuulostaa omituiselta puhua pakkohoidosta, ts. tilanteesta jossa potilas itse ei halua hoitoa, mutta häneen halutaan väkisin käyttää terveydenhuollon rajallisia resursseja. Jos ihminen itse ymmärtää tilanteensa ja siitä huolimatta (tai juuri siitä syystä kuten monien potilaisen kohdalla on) ei halua ainakaan aggressiivista hoitoa, hänen tahtoaan on kunnioitettava. Näinhän lainsäädäntömmekin jo velvoittaa.

Pakkohoitoa vaadittaessa onkin ensin pyrittävä vastamaan edellä esittämiini täsmentäviini kysymyksiin hoidon oikeuttamiseksi. Kun kaikkia ei kuitenkaan voida hoitaa, ainakaan ajallaan, miksi hoitaa niitä, jotka sitä eivät halua?

## Onko potilas kykenemätön ymmärtämään ja päättämään?

Pieni lapsi ei voi päättää omasta puolestaan eikä lapsen vanhemmilla ole oikeutta tehdä päätöksiä, jotka uhkaisivat tämän henkeä ja terveyttä. Jehovan todistaja –vanhemmat eivät voi estää verensiirtoa eikä ympärileikkausta tulisi sallia uskonnollisiin tai traditionaalisiin arvoihin vetoamalla. Vaikka tyttöjä yritetään länsimaissa pontevasti suojella ympärileikkauksilta, poikien ympärileikkauksia tehdään edelleen ilman lääketieteellistä syytä. Lapsi ei ole vielä autonominen, itsenäiseen päätöksentekoon kykenevä

ihminen ja siksi häntä tulee suojella ja turvata hänen mahdollisuutensa kasvaa autonomiseksi, mahdollisimman hyvinvoivaksi aikuiseksi. Kyse on vähän samasta asiasta kuin koulutuksenkin suhteen. Estämällä lasta saamasta opetusta, hänen tulevia valintojaan rajoitetaan ja hänen mahdollisuuksiaan avoimeen tulevaisuuteen kavennetaan. (Tästä on Yhdysvalloissa pitkään ja hartaasti riideltä – onko esimerkiksi Amisheilla oikeus olla laittamatta lapsiaan kouluun vetoamalla oman uskonnolliseen traditioon.)

Yrityksissä suojella lasta joudutaan väistämättä vaikeisiin ongelmiin. Miten valvoa ja suojella lapsia kotona vanhemmiltaan? Mihin vetää raja mihin vanhemmat voidaan oikeutetusti pakottaa tai mihin heidät ylipäättään pystyttäisiin pakottamaan? Kumpi on pahempaa, elämä virikkeettömässä ympäristössä missä lasta ei kannusteta oppimaan, lukemaan ja ymmärtämään maailmaa vai hänen syöttämisenä perunanlastuilla ja limonadilla? Niin kauan kuin joka perhettä varten ei palkata sosiaalitätiä vahtimaan perheen elämää, yksityisyyttä on useimmiten syytä kunnioittaa. Eikä sitä paitsi sosiaalitätien lisäys ongelmaa ratkaisisi sillä heillä niin kuin meillä muillakin on erilaisista arvoistamme ja arvostuksistamme johtuen hyvin erilaisia näkemyksiä siitä mikä on, jos ei pahaksi niin hyväksi lapsille. (Vuosia sitten olin mukana EU:n kansanterveysprojektissa, jossa keskustelunaiheeksi nousi lasten kouluruokailu. Irlantilaisjäsen – pohjoismaisten kehuessa kouluruokailua – ilmoitti, että useimmat irlantilaisvanhemmat olisivat ehdottomasti vastaan kouluruokaa koska heidän mielestään vanhemmilla on oikeus päättää mitä heidän lapsensa syövät, ei viranomaisilla. Se onko kouluruoka terveellisempää kuin kotona tarjottavat ranskalaiset ja paistetut munat, on heistä sekundaarinen kysymys.) Tieto ja informaatio ja rehellinen, ei manipuloiva valistus, ovat hyviä asioita, mutta pakottaminen ei ole oikeutettua vain vetoamalla siihen, ettei valistus näytä tehoavan.

Aikuinenkin voi olla tilapäisesti tai pysyvästi kykenemätön itseä koskevaan päätöksentekoon. Tajuttomalta ei voi kysyä miten hän haluaa itseään kohdeltavan, mutta se ei tarkoita sitä että ei häntä tarvitsisi kuulla kun hän on tajuihinsa tullut. Huumemömmöisenä tai vahvasti juopuneena ihminen voi haluta kaikenlaista mitä hän ei välttämättä selvänä haluaisi joten silloinkin toimiminen hänen hyväkseen tilapäisesti voi olla oikeutettua - jos ei ole aikaa odotella virkoamista tavallisuuden tilaan.

Tällaisissa tilanteissa on kyse maltillisesta paternalismista<sup>2</sup>, joka voidaan määritellä asenteeksi, jonka mukaan liberalismien ja yksilön autonomian, itsemääräämisoikeuden kunnioittavakin voi myöntää, että ihminen ei aina itse tiedä miten hänen kulloinkin pitäisi toimia – ihminenhän ei aina tiedä kaikkea omaan elämäntilanteeseensa liittyvää eikä hän aina osaa käyttää tehokkaasti hyväkseen sitä tietoa, joka hänellä on. Virheitä ja erehdyksiä saattaa sattua sekä informaatiota omaksuttaessa että tehtäessä päätelyitä sen perusteella. Silloin ihmistä voidaan ainakin hetkellisesti holhota hänen omaksi parhaakseen. Länsimaisen liberalismien maltillinen paternalismi perustuu näkemykseen siitä, että ihmiset yleensä tietävät, mikä heille on hyväksi – sillä ihmiselle on hyväksi se, mitä he itse todella haluavat. Tämän näkemyksen mukaan paternalismi on oikeutettua vain silloin, kun sen tarkoituksena on varmistaa, että ihmiset itse tietävät ja ymmärtävät mitä ovat tekemässä. Klassinen esimerkki hyväksyttävästä paternalistisesta asioihin puuttumisesta on peräisin John Stuart Milliltä, joka kirjoittaa asiasta seuraavasti, teoksessaan *On Liberty*: ”Jos julkisen viran haltija tai kuka tahansa muu sattuu näkemään henkilön, joka on aikeissa mennä vaaralliseksi todetulle sille, eikä ole aikaa varoittaa häntä vaarasta, paikallaolija voi ottaa hänet kiinni ja käännäyttää hänet takaisin loukkaamatta hänen vapauttaan, sillä vapaus on oman halun mukaan toimimista eikä hän suinkaan halua pudota jokeen.”

Millin esimerkkihenkilö ei siltaa lähestyessään näytä tietävän mitä on tekemässä; toisin sanoen hän ei näytä huomaavan, että on vaarantamassa itsensä. Juuri tämä tiedon puute oikeuttaa paikallolijan puuttumaan hänen kulkuunsa. On tietenkin myös mahdollista, että henkilö on täysin tietoinen edessään olevasta vaarasta. Hän saattaa, vastoin ensimmäistä mieleemme nousevaa otaksuntaa, sittenkin tietää sillan vaarallisuudesta ja silti olla menossa sille jostain mielestämme järkevistä tai järjettömistä syistä. Tässä tapauksessa maltillinen paternalismi ei enää oikeuta puuttumaan hänen aikeisiinsa. Kun henkilö on

---

<sup>2</sup> Paternalismin eri muotojen erottelusta ks. Teokseni *The Limits of Medical Paternalism*, Routledge 1991 (Häyry, Heta).

ilmaissut halunsa ja vakaan aikomuksensa vaarantaa henkensä menemällä vaaralliselle sillalle, ulkopuolisilla ei liberalismiin ajatusmaailman mukaan ole oikeutta estää häntä siitä.

Maltillista paternalismia ei ehkä voida pitää paternalismina lainkaan, se kun on tarkoitettu suojaamaan ihmisten omia todellisia haluja ja toiveita heidän omalta tilapäiseltä tietämättömyydeltään tai mielenhäiriöiltään. Jyrkkä paternalismi sen sijaan ei jää tähän. Sen kannattaja uskoo tietävänsä, mikä on objektiivisesti ottaen hyväksi muille ihmisille, ja hän haluaa suojella ihmisiä heidän omilta haluiltaan. Ihmisten omat toiveet, perehtyminen asioihin tai harkinta eivät vaikuta jyrkän paternalistin näkemykseen, mikäli hän on päättänyt pitää valvottavansa toimintaa vahingollisena tälle itselleen. Jyrkän paternalismin kannattajalla on kuitenkin vakava ongelma. Hänen pitäisi pystyä osoittamaan, ettei ihmisillä on oikeutta vahingoittaa itseään, ei oikeutta vaarantaa terveyttään ja henkeään. Tähän ei kuitenkaan kukaan ole toistaiseksi pystynyt. Me teemme jatkuvasti kaikenlaisia valintoja jotka saattavat tulevaisuudessa vaarantaa terveytemme. Työlleen ja uralleen omistautunut ahkerointsija voi hyvin vaarantaa niin fyysisen kuin psyykkisenkin terveytensä siinä missä ylensyövä ja aliliikkuva mukavuudenhaluinen sohvalla makaaja, puhumattakaan kaikista niistä vaivoista ja vammoista, joita näennäisesti itsestään huolehtiva himourheilija joutuu kärsimään. Valitettavasti vain on paljon niitä ihmisiä, jotka mielellään paheksuvat ja tuomitsevat sen perusteella onko vahinko peräisin perinteisesti paheellisena pidetystä käytöksestä vai hyvistä intentioista. Tupakoiva juoppo ansaitsee monien mielestä läksytyksen, toisin kuin lumirinteilla henkensä ja terveytensä vaarantava vuorikiipeilijä. Tämä on kuitenkin moralismia, jolla ei pitäisi olla terveydenhuollossa sijaa.

## Ketä pakkohoidolla suojellaan?

Mielenterveyspotilaat ovat perinteisesti olleet potentiaalisia pakkohoidon kohteita. Missä määrin kyse on ollut aidosti aina hoidosta on toinen asia. Silloin kun avohoito oli vielä tuntematon käsite, moni korjattiin talteen mielisairaaloihin pois häiritsemästä muita. Nykyään - kuten jokainen meistä kadulla kulkiessaan näkee - moni moniongelmainen seikkailee keskuudessamme, joko omasta halustaan tai koska sopivaa hoitoa ei ole tarjolla. Pitäisikö sitten esimerkiksi alkoholista hoitaa väkisin? Ei tietenkään. Jos perinteinen pultsari haluaa juoda itsensä hengiltä, hänellä täytyy olla siihen vapaus. Mitä sitten tulee puheisiin taloudellisista kustannuksista, juttu on paljon monimutkaisempi kuin moni näyttää ymmärtävän. Ensinnäkin, jos lähtökohdaksi yhteiskunnalliselle puuttumiselle pidetään sitä, kuinka kalliiksi joku tulee, puuttuminen pitää tasapuolisesti ulottaa kaikkeen kalliiksi tulevaan. Lihavat ja himoliikkujat pitää kaikki samalla tavalla arvioida kustannuksiltaan eikä liene mitään syytä lähettää kalliita pelastushelikoptereita auttamaan jos varoituksista huolimatta joku lähtee merelle tai vuorille seikkailemaan. Sitä paitsi, useimmista perinteisistä pultsareista ei tule millään tempulla ahkeria veronmaksajia, sen sijaan useimmat heistä kuolevat ennen eläkeikää, joten se puoli kustannuksista vähenee.

Erilaiset päihdeäidit ovat viime aikoina eniten puhututtaneet. Heidän kohdallaan pitäisi muutama seikka pitää mielessä. Ensinnäkin, heidän kohdallaan ei ole kyse heidän hoitamisestaan vaan heidät halutaan raitistumaan raskauden, sikiön, tulevan lapsen suojelemiseksi. Jos sikiötä voisi suojella ilman raskaana olevaa naista, naista ei olisi tarvetta pakkohoidata. Joku saattaa tietysti muuttaa käyttäytymistään siten, ettei hänestä tulekaan päihdeäitiä (raskaana olevat naiset eivät vielä ole äitejä). Jos, ja mielestäni kun, tärkeintä on lapsen etu, olisi hyvä jos kyseiset naiset eivät olisikaan raskaina, tajuaisivat tilanteensa viimeistään huomattessaan olevansa raskaina ja hakeutuisivat keskeytykseen. Heitä tulisikin muistuttaa siitä, että mikäli he haluavat synnyttää lapsen, he eivät saisi tietoisesti sitä vahingoittaa.

Pakkohoitoon ottaminen ei tätä ymmärtämättömien naisten kohdalla ole mikään ratkaisu ja pelastus. Jos he eivät halua muutosta elämäänsä, he eivät myöskään hakeudu lääkäriin, tietäessään mahdollisista pakkotoimista. Kukaan ihminen ei halua tulla pakotetuksi vastoi tahtoaan ja jos tahtoo, kyse ei ole enää aidosta pakottamisesta. Odysseus pyysi miehiään sitomaan itsensä mastoon suojellakseen itseään seireenien sulokutsulta. Hänen miehistönsä ei häntä siihen pakottanut. Samoin ihmisenkin, joka pelkää tahdonvoimansa riittämättömyyttä, pitäisi voida tehdä tilapäisiä sopimuksia itsensä suojelemiseksi. Pakonuhka vain vierottaa ja mikä ehkä pahinta, terveydenhuollossa se nakertaa luottamusta. Jos ihmiset eivät uskalla hakeutua terveydenhuoltoon pelätessään joutuvansa pakotetuksi, terveydenhuolto on kääntynyt itseään vastaan. Luottamus on elintärkeää. Ja jo nykyään tiedämme, että terveysvalistussaanat ja huonoista elämäntavoista syyllistäminen saavat useimmat ihmiset epärehellisiksi: iloisesti liioittelemaan kuntoiluaan ja vähentämään puheissaan alkoholinkäyttöään. Kukapa sitä moitiskelua ja saarvoja haluaisi kuunnella.

# (H)järnkoll - slå hål på myterna om psykisk ohälsa

Anneli Jäderholm

Orion 14, 415 16 Göteborg, Sverige

kontakt@annelijaderholm.se

Hemsida: [www.annelijaderholm.se](http://www.annelijaderholm.se); hemsida hjärnkoll: [www.hjärnkoll.se](http://www.hjärnkoll.se)

Jag är stolt över mig själv. Jag är stolt över att jag har klarat min resa i ”psykets öken” mot alla odds. 1999 vandrade jag barfota ut från familj med man och två barn. Jag trodde att jag var messias som skulle frälsa världen. Idag har jag lagt en tio år lång resa bakom mig. En resa in och ut ur psykosjukdom. En resa som kantats av många och långa tvångsvårdsvistelser med bältesläggningar, tvångsinjiceringar, egen oförståelse och en känsla av utanförskap.

## Idag företräder jag regeringsuppdraget Kampanjen Hjärnkoll

Ännu på 2000-talet så dras vi i Sverige med fördomar om människor som drabbats av psykisk ohälsa, ute i den allmänna befolkningen. Många av oss känner skam och skuld för vår psykiska ohälsa och det hindrar vår väg till tillfrisknande. Pratar vi öppet om psykisk ohälsa så blir vårt land ”Ett psykiskt friskare Sverige”. Det är därför med stolthet jag berättar att jag är en av Sveriges över 200 attitydambassadörer som deltar aktivt i samhället med att sprida kunskap, informera och berätta om den egna psykiska ohälsan.

Jag åker runt och föreläser i hela vårt land . Ibland kommer människor fram till mig efter mina föreläsningar och säger. ”- Men herre gud, du ser ju ut som jag, eller du skulle kunna vara jag”. Det är då jag känner att jag lyckats slå sönder den missvisande, stereotypa bilden av psykiskt sjuka. Det är då jag känner att förståelsen infinner sig. Förståelsen för att psykisk ohälsa kan drabba vem som helst.

För så är det. Det kan drabba alla och att inte våga prata öppet om sina psykiska tillstånd är ett gemensamt samhällsproblem.

## Jag vill börja med att gestalta en bältesläggning utifrån egen upplevelse

Kom ihåg att detta är min upplevelse och kom också ihåg att jag inte är bitter utan att jag har en förståelse för att en spännbältesläggning är den svåraste form av vård man kan ge någon annan. Konst är konst. Här är mitt gestaltande av min upplevelse.

### *Är ni beredda?*

*När de inte orkar med mig vrider de ner mig i ett järngrepp och när jag ensam mot alla andra sparkar dem med mina skor blir jag av med dem för all framtid.*

*Skorna.*

*Jag och de andra. Individ. Individualiserad. Ensam.*

*Utanför gruppen det svåraste av allt.*

*Längtar hem. Till de som bryr sig.*

*De som känner kärlek till mig.*

*De som är på andra sidan dörren.*

*Jag väntar. Jag längtar. Jag sitter kvar i entrén.*

*Säger inget. Gör inget.*

*Väntar. Längtar.*

*Du ska gå och lägga dig nu, säger sköterskemannen så försiktigt han kan ty han vet att jag brister snart.*

*BRISTER ut i ett vansinnesvrål av panik, längtan, vrede och ensamhet.  
Det snurrar i huvudet. Tankarna fladdrar. Pratar. Befaller.  
Jag sitter ihopsjunken på det hårda kalla golvet. Ryggen krummar.  
Snabba fotsteg överallt.  
Snabb snabbare snabbast.  
Rädsla blir till skräck och snart panik.  
Nu skriker jag.*

*Saliven i min mun smakar blod och metall.  
Det gör den alltid när skräcken tar mig.*

*Skräcken går rakt in i mig*

*Blir stel i min kropp, känner mig som en isskulptur.  
Hackan kommer. Hackan går. Alltid en bit av mig den får.*

*Det gör ont på mig. När de sliter.  
Jag hör snabba steg. Jag känner händer över hela min kropp. Överallt.*

*Jag försöker skrika men inget hörs.  
Öronen blundar liksom ögonen blundar.  
Är det någon som ser vad som sker? Egentligen?*

*Tanken tar fart igen. Snurrar på nytt.  
Ekorrhjul.  
Närvaro av någon annan känns. Närvaro känns. Det vet jag sen förut.  
Men här är kallt, stelt och öde på samma gång som allt rör sig.*

*Händer kastar mig upp. Det känns i magen när jag faller ned.  
Jag vill inget. Jag vill inget mer.  
Jag känner igen. Det är kallt och hårt nu.  
En brits med remmar runt händer och fötter.*

*De har fått nog.  
De har fått nog igen.  
De pratar inte.  
Ja pratar inte.  
Kan inte.*

*Jag har fått en gräns.  
Deras gräns blev min gräns.  
I en tid som vår.  
Ett Sverige i tvåtusendet av år.*

*Efter Kristus.*

*Utan spik...*

Jag anser mig vara brukarprofessionell. Jag har höjt min status och fått gehör. Jag anser att jag är en auktoritet i mitt liv och min historia och har gett mig själv mandat att berätta den. Jag tror att jag får det jag själv sänder.

## **Jag deltar nu i den fantastiska förändringsvåg som sköljer över Sverige**

Jag är mycket stolt att få vara en del av det. Förutom att berätta om min historia och informera om Hjärnkoll deltar jag nu i det förbättringsarbete som SKL- Sveriges kommuner och Landsting bedriver. Ett genombrottsprojekt med namnet ”Bättre vård, mindre tvång”. I det arbetet har jag getts stor påverkansmöjlighet och i dagsläget har jag kontakt med över 80 psykiatriska kliniker runt om i vårt land.

Det är viktigt att komma ihåg att vi alla är individer och har olika behov. När det gäller erfarenhetsperspektivet kan jag därför inte göra annat än att företräda mitt eget perspektiv.

Men jag konkretiserar mina idéer som tas tillvara och har fått bra gehör från fantastisk personal inom psykiatrin. Jag tror att psykiatrin även i framtiden måste ta ett mycket stort ansvar för att just bjuda in individer att berätta om sina erfarenheter för sedan sammanfatta, dra slutsatser och ta vara på bra idéer till förändring.

Många vet att psykiatrin dras med en stigmatiserande bild. För att få bukt med den måste ett metodiskt och enträget arbete utföras. Jag är en av alla attitydambassadörer som står beredd att hjälpa till.

## **Några av mina fokusområden är:**

### **Vikten av att kommunicera**

Både innan, under och efter att jag som patient utsätts för våldsam, om än nödvändig, tvångsåtgärd. Jag är närvarande och minns på något plan. För mig når det mitt medvetande efter tre månader. Då ligger jag oftast hemma och minns, reflekterar och analyserar. Jag har många gånger blivit bitter, arg och revanschlysten av okunskap om den vård jag utsatts för.

Att vara en oförstående före detta tvångsvårdspatient, bitter och revanschlysten är inte bra. Jag kan då lätt alliera mig med andra, som står lika oförstående som jag i både samhället och cyberrymden genom sociala medier osv. Dessa bildar destruktiva krafter mot psykiatrin! I en nyligen gjord befolkningsundersökning i Sverige framkom att hela 70 procent av befolkning inte tror att man kan få hjälp inom psykiatrin för sina psykiska problem. Jag tror oförståelsen till den vård man utsatts ligger bakom en stor del av den procentsatsen.

Den stigmatiserande bilden av psykiatrin är inte bra. Den hindrar bland annat att jag som samhällsmedborgare hindras att få hjälp att komma i vård, när jag så väl behöver den.

### **Vikten av att få en möjlighet att göra åtminstone minsta möjliga val**

Om jag får vara med och välja vart sprutan skall sättas. Höger eller vänster? Så är skillnaden för mig att uppleva ett gammalt övergreppstrauma, gå igenom en illusion, helt hjälplös eller att se det som faktiskt sker med mig i verkligheten.

### **Bältesläggning bara är en av många gränssättningar**

Flera personalgrupper har i samtal med mig förstått att bältesläggning inte får stopp på min magi. Jag blir fastspänd, jag tror att jag är Jesus och får ingen ro då jag måste ta reda på vem som är Judas. Vem har lurat mig? Magin fortsätter i bältet. Många ringer mig och tackar för att de nu förstår detta. Det gör det enklare för dem att förstå patienten, som man faktiskt bältar för dennes egen skull.

### **En gräns i min magiska värld**

Jag har inte bara Jesusrollen på min lyra. Vid ett tillfälle lämnade jag helt den mänskliga dimensionen och gick upp i symbios med hästar. På psykiatrin mötte jag då en personal som sa: - ”Jag har skjutit alla hästar”. Jag blev då arg, sedan ledsen och sedan så sorgsen som jag faktiskt var. Det var den bästa gränssättningen som jag getts någonsin. Den fick stopp på min magi. Jag togs till verkligheten och fick ett lugnande piller och därefter gå och lägga mig. Så befriande.

# PARALLELSESSION 1.

## AUTONOMI OCH TVÅNG I MISSBRUKARVÅRDEN

### Tvångsvård av gravida kvinnor med missbruksproblem

Moderator Kerstin Stenius

Specialforskare

Institutet för hälsa och välfärd, PB 30, 00271 Helsingfors

kerstin.stenius@thl.fi

Tvångsvård av missbrukare har i Norden främst uppfattats som en fråga för socialtjänsten, med dess tradition av socialt motiverad vård och kontroll. Denna vård har sina fortfarande livskraftiga rötter i fattigvårdens kontroll av mindre värdiga medborgare, men också jämfört med psykiatri, haft en starkare medborgarinvolvering både i de politiska besluten och i vårdens genomförande. Med detta har också följt en större offentlighet – och mera forskning. I verkligheten har vi i Norden sedan länge haft många fler missbrukare i psykiatrisk tvångsvård. Om denna vård vet vi beklagligtvis oerhört lite.

Vid en konferens som allvarligt ifrågasätter tvångets plats och den nuvarande tvångsvårdens utformning är det paradoxalt att diskutera utvidgning av tvångsåtgärder till en ny grupp – gravida kvinnor med missbruksproblem.

Ikke desto mindre är detta en fråga som är aktuell i samtliga nordiska länder. Diskussionen om förebyggandet av fosterskador igångsattes på allvar under 1980-talet med de första rönen om alkoholskador på foster, FAS. Sedan dess har den gått i vågor, men under de senaste åren nått en ny intensitet.

I Norge har man redan sedan år 1995 haft ett lagrum som möjliggör tvångsvård av gravida kvinnor för att skydda det ofödda barnet. Här har man också under år 2010 publicerat en omfattande evaluering av tvångsvårdens praktik – dock icke om dess effekter.

I Sverige har ett sådant lagförslag lagts fram men förkastats år 2009. En ny utredning pågår dock. Under tiden vårdas gravida kvinnor enligt gällande tvångsvårdslag, utan särskilt lagrum för skydd av fostret. Vi vet nu något om hur denna vård praktiseras.

I såväl Danmark som Finland pågår utredningar respektive lagberedningar i denna fråga.

De nationella diskussionerna kring för- och nackdelar med en särskild tvångsvårdslag för att skydda fostret präglas av starka emotionella och moraliska laddningar, frekventa hänvisningar till de andra ländernas praktik, som inte alltid är korrekta, och av sifferberäkningar av problemens omfattning och kostnader, som ofta är mycket osäkra, men får stor genomslagskraft i debatten. Många lekmän, beslutsfattare och forskare känner en stor osäkerhet inför frågan om lagstadgad tvångsvård av gravida kvinnor är en verksam, ansvarsfull social reaktion eller en symbolhandling, som drabbar de svagaste, narkotikabrukande kvinnorna utan att skydda de ofödda barnen.

Det finns starka argument för ett systematiskt kunskapsutbyte mellan forskare och praktiker, politiker och etiker i Norden, för att nå en konsensus baserad på den kunskap vi har om tvångsvårdens praktik i Sverige och Norge, den samlade forskningen och bedömningar av vilka resurser som behövs för en eventuell och fungerande vård. Några frågor som söker sitt svar i en sådan diskussion är:

Vem vill vi skydda med en tvångsvårdslag? Hur avgränsas målgruppen? Hur ska vi nå de kvinnor som behöver vården? Speciellt: hur kan vi nå storkonsumenter av alkohol? Och tillräckligt tidigt i graviditeten? Skyddar tvångsvården verkligen det ofödda fostret? Eller avskräcker den kvinnor med missbruksproblem från kontakt med behandlingssystemet? Vilka resurser krävs för en verksam och icke-kränkande vård? Och om det handlar om att skydda barnet – vad måste hända efter tvångsvården? Vilka resurser kräver en god eftervård?

Den diskussion som fördes i Vasa, med centrala sakkunniga från Norge, Sverige och Finland, kan bli inledning till en mera omfattande, målinriktad, nordisk kunskaps- och erfarenhetssamling som förhoppningsvis kan påverka beslutsfattandet.

# Tvång i missbruksvården i Sverige

Leili Laanemets

Lektor i socialt arbete

Socialhögskolan, Lunds universitet, Box 23, 22100 Lund, Sverige

leili.laanemets@soch.lu.se

Frågan om gravida missbrukare har under de senaste åren uppmärksammats i Sverige och i Norden. I riktlinjerna vad gäller missbruksvården i Sverige omnämns det med ett specifikt kapitel, i indikationerna för tvångsvård har graviditet diskuterats som ett särskilt tillägg och i den pågående missbruksutredningen har frågan belysts. Utredningen betonar graviditeten som en motiverande faktor ”som bör tas till vara på alla sätt” (s 314) och avvisar graviditet som en särskild grund för tvångsvård. Det tvingande inslaget flyttas dessutom över till psykiatrin då den nuvarande sociala lagen ”Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) upphör och inkluderas i ”Lagen om psykiatrisk tvångsvård” (LPT). Utredningen är nu på remissrunda.

Vikten av att skydda ett foster för att utsättas för skada torde få personer opponera sig mot. I takt med vetenskapliga och teknologiska framsteg växer det fram en kunskapsmassa som kräver nya ställningstaganden både på en individuell och på en samhällelig nivå. Det kan exempelvis röra sig om ny kunskap gällande skadliga företeelser och preparat, om ny teknologi som förmår identifiera riskbeteenden eller om ny teknologi som utvidgar gränser för livsduglighet. Oavsett vetenskaplig och teknologisk utveckling är graviditet och föräldraskap en djupt mänsklig och för den enskilda kvinnan och mannen en individuell upplevelse. Trots dess unikheter är det en upplevelse inramad av starka sociala och kulturella traditioner, normer och värderingar som kan upplevas som trygghetsskapande och normaliserande men också tvingande, normerande och reproducerande. Att bli förälder kan te sig på många olika vis likaså utövandet av ett föräldraskap.

Graviditet och missbruk av rusmedel är en känslig och provocerande fråga. Här ställs vetenskap, värderingar och etik i relation till varandra och ibland också i konflikt med varandra. Vems intresse går i första hand? Är det kvinnans, mannens, fostrets eller samhällets? Vilken typ av insatser är att föredra? Vård, behandling, stöd, individuellt, familj och nätverk, frivilligt eller tvång? Vem ska tillhandahålla insatserna och vad ska de leda fram till? Vilka exempel finns?



## Att nå kvinnorna

- Kvinnorna studeras i relation till hjälpapparaten
- Forskningslitteraturen gör dem isolerade och kontextlösa– hur ser deras vardagsliv ut?
- Partner och ev familjebildning? Vilken roll spelar graviditeten i deras (gemensamma?) liv?
- Vad händer efter graviditeten?

## Barriärer mot vård

- Dåliga erfarenheter ("behandlingsskador")
- Skam
- Oro (för fostret, att inte klara av att minska/sluta)
- Att inte vilja underordna sig de krav som man vet kommer att ställas (eller tror sig komma att ställas)
- Kvinno- och modersideal (egna och omgivningens t.ex. vårdapparatens)
- Rädsla för att bli identifierad som missbrukare, som beroende och i förlängningen att barnet ska omhändertas
- Den egna livsstilen (centrerad kring rusmedel)
- Ofta flera olika barriärer samtidigt (vilket gör det extra svårt)

## Graviditet och användande av rusmedel

- Icke fördömande attityd, viktigt att skapa en allians som bär obekväma och känsliga frågor
- Skapa strukturerade samarbetsallianser inom vårdsystemet (till nytta för kvinnan inte för sakens skull)
- Stärka kvinnans egen autonomi
- Långsiktighet–att hålla ut...

Bild 1. Material från föreläsningen.

# Tilbakehold av gravide rusmiddelmissbrukere – erfaring etter 15 år

Arne Johannesen

Avdelingsdirektør

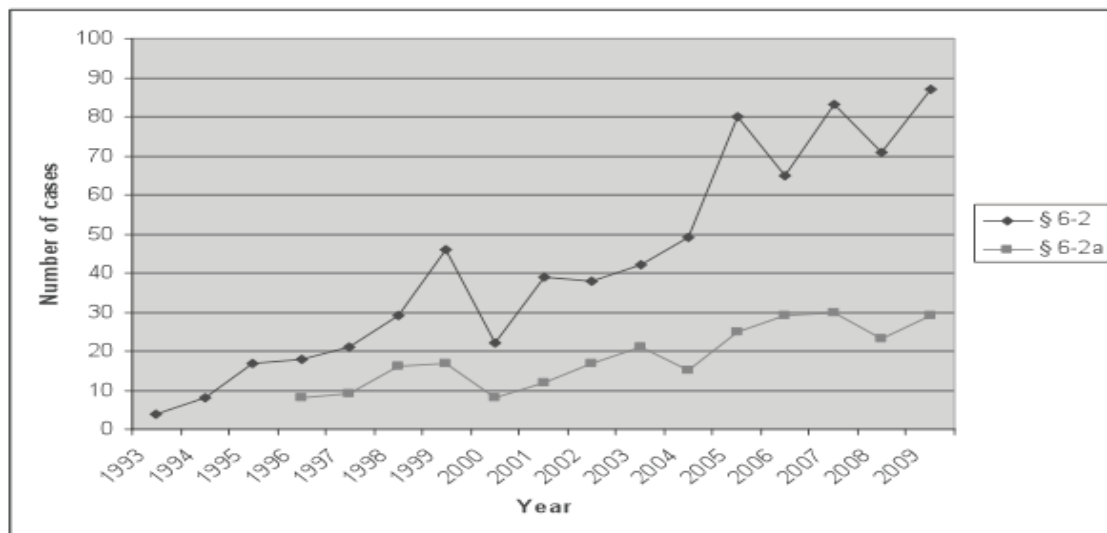
Helsedirektoratet, Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo, Norge

ajo@helsedir.no

Tilbakehold av rusmiddelmissbrukere mot deres vilje har lang tradisjon i Norge. Det har gitt samfunnet en mulighet til å frata individene mulighet til selv å bestemme over sitt inntak av rusmidler og sin bevegelsesfrihet. Grunnet for å legitimere frihetsberøvelsen er at rusmiddelmissbruket fører til redusert selvbestemmelsesevne, kombinert med fare for negative helsekonsekvenser.

Tvang overfor rusmiddelmissbrukere er regulert i Lov 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v., kap. 6. I 1995 vedtok Stortinget en egen bestemmelse som gav hjemmel for å holde gravide tilbake for å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade (§ 6-2a). Tilbakeholdet gjelder for hele svangerskapet. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk, og hjelp til å bli i stand til å ta vare på barnet når det blir født. Bestemmelsen trådte i kraft 1.1.1996.

Tvang overfor rusmiddelavhengige er blitt evaluert (Rapport 2-2010 Uni Rokkansenteret). Evalueringen viser at bruken av tvang er svært beskjeden, men økende. I perioden 1996 til 2009 økte antallet årlige tilbakehold fra 8 det første året til 29 det siste året. Sett i lys av det totale antall graviditeter i året og omfanget av rusmiddelmissbruk, kan det se ut til at bare et lite antall gravide med skadelig rusmiddelmissbruk for fosteret blir fanget opp.



**Bild 2.** Utviklingen i bruken av § 6-2 (tilbakehold pga av fare for eget liv og helse) og § 6-2a (tilbakehold pga graviditet) i perioden 1992-2009.

Evalueringen viser videre at det er betydelige variasjoner i bruken av tvang mellom kommuner. Videre tar det relativ lang tid før tvang blir iverksatt når graviditeten blir kjent (i snitt ca 2 mnd). Dette kan tolkes som om at det brukes lang tid for å motivere den gravide til frivillig behandling.

De tvangsinnlagte har hovedsakelig et narkotikarelatert misbruk. Alkohol er det rusmidlet med størst potensiale for fosterskader. I og med alkoholmisbruk er et langt større problem i Norge er det bekymringsfullt at ikke disse fanges opp av lovverket.

Kvaliteten på tilbakeholdet blir av pasientene vurdert som forskjellig, også oppfølgingen fra kommunene under tilbakeholdet. Opplevelsen av tilbakeholdet er, ut fra pasientenes tilbakemeldinger, avhengig av at oppholdet i institusjonen er fylt med meningsfylt innhold og god oppfølging fra kommunen undervegs.

## Vurderinger

Bruk av tvang er et omdiskutert tema, også når det gjelder rusmiddelmisbrukere. Frivillige tiltak skal alltid prøves ut før tvang vurderes og gravide rusmiddelmisbrukere skal prioriteres til behandling i Norge. Graviditeten reiser også et vanskelig etisk dilemma da rusmiddelmisbruket vil kunne skade fosteret. Denne etiske problemstillingen har blitt ytterligere aktualisert i Norge etter at Helsedirektoratet har utgitt en faglig retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder, der det anbefales vedlikeholdsbehandling under graviditeten.

Den betydelige variasjonen mellom kommuner gir grunn til å anta at det er ulik forståelse av regelverket og en ulik oppfatning av nytten av å bruke tvang. Vi har liten kunnskap om effekter av bruk av tvang. En liten studie ved Borgestadklinikken i Norge indikerer en høyere fødselsvekt jo tidligere den gravide blir tatt ut av aktivt rusmiddelmisbruk. Bruk av tvang må derfor begrunnes i et føre-var perspektiv for å optimalisere fosterets vilkår.

En annen utfordring er utformingen av regelverket, der kommunene har ansvaret for å fatte vedtak mens spesialisthelsetjenesten er satt til å effektivere tiltaket. Dette har skapt uklarhet om ansvar for oppfølging samt ulik fortolkning av risiko.

Evalueringen avdekker krevende etiske og faglige utfordringer samt en rekke forbedringsområder for å sikre at gravide rusmiddelmisbrukere blir tidlig identifisert og får adekvat hjelp.

Et lovutvalg har nettopp gjennomgått tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven og kommet med forslag til endringer av denne. Et sentralt punkt i denne gjennomgangen har vært de menneskerettslige aspektene ved bruk av tvang. Det vurderes derfor en grundig gjennomgang av alt lovverk som regulerer tvang i helsetjenesten, herunder tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere.

## Referanse

Tvang overfor rusmiddelavhengige. Rapport 2-2010. UniRokansenteret.

# Förslag till tvångsvård av gravida missbrukare i Finland

Kari Paaso

Direktör

Social- och hälsovårdsministeriet, Avdelningen för främjande av välfärd och hälsa, PB 33, 00023 Statsrådet  
kari.paaso@stm.fi

<h3>Lag om misbrukarvård</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• "underkänner" tvång i allmänhet</li><li>• företrädare sk lösdrivarlagen som använde tvång frikostigt- nya lagen ville avskaffa luften</li><li>• tvång i teorin möjligt pga hälsorisk (5 dygn, punkt och slut) och våldsamhet (5 dygn, 30 dygn)</li><li>• tvång används via mentalvårdslag</li><li>• vård utan tvång har varit en utopi</li></ul>	<h3>Lag om missbrukarvård</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• ingen möjlighet att förordna en gravid kvinna till vård pga hälsorisk för foster (barn som födas)</li><li>• en livlig diskussion om det överhuvudtaget är möjligt gravid kvinnans kommande barn</li><li>• mer och mer diskussion globalt</li><li>• inga exakta siffror i Kanada o.m 5 % av alla, i Finland 1 % (600) FASD barn (brett spektrum av symptom)</li></ul>
<h3>Lagförslag förbereds</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• första initiativ år 1996 (samma år som stiftades i Norge)</li><li>• min Risikko utsatte en arbetsgrupp 2007</li><li>• lagförberedning började i juli 2010</li><li>• tidsfrist slutet av 2011</li><li>• en del av en större projekt som går genom alla "tvång" stadgor inom social och hälsovården</li><li>• Norge som "benchmark"</li></ul>	<h3>Andra åtgärder</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• ingen tror att tvångsvård är den bästa lösningen till detta problem</li><li>• några som tror att det är den värsta</li><li>• alla förvirrade</li><li>• allmän alkoholpolitik: ju mera vi liberaliserar, desto mera vi dricker, desto mera problem vi får - vi får det vi beställer</li><li>• rådgivningsbyråerna i nyckelposition</li></ul>

Bild 3. Material från föreläsningen.

# Vilken vård finns och vad borde finnas – perspektiv från Vasa stad

Marja Jokiniemi

Chef för Psykosocial service  
Vasa stad, Vörågatan 46, 65100 Vasa  
marja.jokiniemi@vaasa.fi

Graviditet och missbruk är en sak, som alltid kräver nolltolerans. Att hålla nolltolerans kan vara speciellt svårt för kvinnliga missbrukare. Enligt undersökningar är 6% av de väntande mödrarna i Finland missbrukare av alkohol, andra droger eller mediciner

I Finland föds årligen ca tusen barn som har permanenta skador på grund av mammans alkoholmissbruk under graviditeten. Enligt undersökningar minskar gravida kvinnors genomsnittliga alkoholförbrukning, men ändå dricker nästan hälften av alla väntade mödrar sporadiskt sig berusade. I Vasa föds årligen barn, som på grund av moderns missbruk under graviditeten har förorsakat synliga skador. En del skador kan visa sig under barnets senare levnadsår som i t.ex. överaktivitet och inlärningssvårigheter.

Vasa missbrukarservice besöks årligen av ett parhundra kvinnor som har barn. Situationen är speciellt krävande om kvinnan är gravid. I Vasa har man redan under flera års tid fokuserat på gravida kvinnors missbruk. Vasa stads social- och hälsovårdverk, Vasa centralsjukhus och Vasa stads mödra- och skyddshem har tillsammans utvecklat en vårdmodell, som innebär, att man i så tidigt skede som möjligt försöker indentifiera kvinnor med missbruksproblem och stöda dem att sluta använda rusmedel. Modellen kallas HAL-vårdkedja (H = huumeet på svenska narkotika, A = alkohol, L = läkemedel).

Målet med modellen är en graviditet fri från missbruk, ett friskt barn och en ansvarstagande förälder. Mödrarådgivningen är i nyckelposition i igenkännandet av gravida med missbruksproblem samt vidarehandledande av dessa.

Om det på mödrarådgivningen, förlossningsavdelningen eller inom missbruksservicen föds misstanke om att en gravid kvinna har missbruk bör man kontakta socialarbetet eller barnskyddet. Ifall modern har tydliga missbruksproblem, uppgör mödrarådgivningen en individuell vårdplan för graviditetstiden (innehåller bland annat täta rådgivningsbesök med ca två veckors mellanrum).

Under den tidiga graviditeten ges en remiss till HAL-barnmorskan på mödrapolikliniken på Vasa centralsjukhus. Besöken sker tätare i enlighet med programmet (om det finns behov, testas för narkotika med urintest och för C-hepatit).

Vasa stads missbrukarservice, speciellt då A-rådgivningen och barnskyddet, samarbetar om det är fråga om en gravid kvinna. Om en gravid kvinna behöver anstaltsbehandling för sitt missbruk har Vasa stad möjlighet att sköta henne på sina egna verksamhetsenheter för missbrukare eller köpa tjänster från t.ex. Mödra- och skyddshemmet Ida i Karleby.

Som sagt finns det en klar vårdkedja för gravida missbrukare i Vasa stad. En annan och krävande fråga är: vilka möjligheter har vi till tvångsvård för gravida kvinnor? Är det möjligt att göra det utan att dessa kvinnor försvinner från vårdkedjan?

# PARALLELSESSION 2.

## AUTONOMI OCH TVÅNG I PSYKIATRISK VÅRD

Moderator: Gustav Skuthälla

# Bättre vård – mindre tvång, ett nationellt projekt för att utveckla den psykiatriska heldygnsvården

Eva Westerling

Eva Westerling, Karolina, Nordh, Herman Holm, Sveriges Kommuner och Landsting  
118 82 Stockholm, Sverige  
eva.westerling@skl.se  
karolina.nordh@skl.se  
Herman.Holm@skane.se  
[www.skl.se/tvangsvard](http://www.skl.se/tvangsvard)

Den svenska regeringen slöt i december 2009 en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om att under perioden 2010 – 2012 arbeta med att utveckla den psykiatriska heldygnsvården med fokus på tvång och tvångsåtgärder. 150 miljoner kronor har avsatts för projektet och där merparten av pengarna fördelas till regioner och landsting utifrån befolkningens mängd. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utvärdera satsningen och ska avrapportera resultatet 2013.

Projektet leds av en arbetsgrupp på Sveriges Kommuner och Landsting.

Projektet består av tre delar:

- Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder.
- Kunskap och kompetens
- Praktiskt förbättringsarbete och Genombrottsprogram

## Uppföljning och förbättring av data om tvångsvård och tvångsåtgärder

All specialistverksamhet inom hälso- och sjukvården är enligt svensk lag skyldiga att regelbundet rapportera in uppgifter till det Patientadministrativa registret (PAR). Socialstyrelsen ansvarar för registret och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar nära Socialstyrelsen i detta arbete. Av olika skäl har inrapporteringen haft stora brister varför nationella data kring tvång och tvångsåtgärder saknas eller är osäkra. Inom ramen för projektet arbetar man nu med att säkerställa inrapportering, kontinuerligt återkoppla data till huvudmännen/vårdgivarna samt uppmuntra och stimulera verksamheterna att själva registrera och följa upp tvångsåtgärder.

## Kunskap och kompetens

Tre kunskapsområden har identifierats inom ramen för projektet – etik, juridik och praktik. Projektet stödjer och initierar kunskapsspridning och kunskapsdelning inom dessa områden samt sammanställer material som kan stödja det lokala utvecklingsarbetet. Betoningen ligger på utnyttja befintliga strukturer och göra dessa pedagogiska och lättillgängliga.

Exempel på aktiviteter under denna del av projektet är:

- Inspirationsdagar i varje landsting om psykiatrisk heldygnsvård – arrangerade tillsammans med patientorganisationer, Socialstyrelsen och Hjälpmedelsinstitutet
- Vandringsutställning om psykiatrisk heldygnsvård. Utställningen tas fram av Inre rum – Stiftelsen Gyllenkroken

## Praktiskt förbättringsarbete och Genombrottsprogram

Varje region och landsting har genom den överenskommelse som tecknats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ett krav att skicka minst ett team per år till s.k. Genombrottsprogram. De flesta landsting har och kommer delta med betydligt fler team. I dagsläget pågår tre Genombrottsprogram med 71 team som representerar verksamheter från hela Sverige – allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och äldrepsykiatri. Ytterligare två Genombrottsprogram startar under hösten 2011 och i Region Skåne bedrivs ytterligare ett genombrottsprogram med 20 team.

Målen för arbetet är:

- att minska behovet av tvång och därmed användandet av tvångsåtgärder
- att utveckla kunskapen och förbättra kvaliteten vid användandet av tvångsåtgärder
- att förbättra patientens upplevelser av tvång.

Alla genombrottsprogram är organiserade så att teamen träffas på sk. Lärandeseminarier 3-4 gånger under ca 1 år. Mellan seminarierna förväntas teamen testa nya arbetssätt och rutiner på hemmaplan. Varje team har stöd av en sk. coach som ger återkoppling och stöd i förbättringsarbetet. På lärande-seminarierna finns tillfälle för kunskapspåfyllnad, erfarenhetsutbyte och inspiration. Varje team redovisar sitt arbete i en rapport som läggs ut på Sveriges Kommuner och Landstings hemsida. [www.skl.se/tvangsvard](http://www.skl.se/tvangsvard) Alla team har satt konkreta mätbara mål och följt sin egen utveckling under projektiden. De flesta team har lyckats med att på olika sätt minska användningen av tvångsåtgärder och göra de som trots allt genomförs mer humana.

Prevention, eftersamtal med patient efter tvångsåtgärd, användning av alternativ till tvångsåtgärd kan nämnas som exempel på insatser flera team har arbetat med.

I det praktiska förbättringsarbetet ingår ett nära samarbete med personer som har egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård – s.k. Attitydambassadörer.



# Svenska erfarenheter av tvång i öppenvård

Linda Almqvist

Jurist

Socialstyrelsen, Avdelningen Regler och Tillstånd, Enheten Regel tillämpning, 106 30 Stockholm, Sverige  
linda.almqvist@socialstyrelsen.se  
<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa>

Den 1 september 2008 infördes en ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården genom att bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård trädde i kraft<sup>3</sup>. Vårdformens syfte är att tillgodose vårdbehovet hos patienter som inte frivilligt går med på att ta emot den psykiatriska vården de behöver, men som inte behöver vårdas inom den slutna psykiatriska vården dvs. på en vårdinrättning.

Bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård är reglerade i två olika lagar, men i praktiken handlar det om en vårdform – en vårdform som får bedrivas utanför en sjukvårdsinrättning och som bland annat förutsätter att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Tvångsvården måste dock alltid börja med att patienterna tas in på sjukvårdsinrättning. Reformen ger förutsättningar för att förbättra vården och stödet för de personer med psykiska störningar som inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning. Chefsöverläkaren kan då ansöka, hos förvaltningsrätten, om att en patient ska överföras till den öppna vårdformen. Till ansökan ska chefsöverläkaren bifoga en samordnad vårdplan där det tydligt framgår hur den fortsatta vården ska bedrivas, hur de sociala och öppna psykiatriska insatserna är utformade och vem som ansvarar för vad.

Vårdplanen ska vara justerad av de enheter inom kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Förvaltningsrätten kan sedan besluta om särskilda villkor för den öppna vårdformen som patienten ska följa eller överlämna till chefsöverläkaren att bestämma villkoren. Särskilda villkor som nämns i förvaltningsrätternas domar gäller bland annat krav på att patienterna ska ta sina mediciner, komma på regelbundna läkarbesök, låta bli att missbruka droger samt följa ordningsregler och villkor för ett visst boende. Det finns också villkor om att patienterna måste underkasta sig drogtest, ta hjälp av en god man, ta emot hjälp från en förvaltare. Domar som rör rättspsykiatriska patienter innehåller i högre utsträckning villkor som rör boende och kontaktpersoner jämfört med andra patienter som tvångsvårdas. Hur villkoren är utformade varierar och det är angeläget att följa villkorens utformning och påverkan på vården. Det är viktigt att villkoren korrelerar med patientens faktiska vårdbehov. Man har noterat att vissa av villkoren har mer eller mindre fostrande inslag.

Under perioden den 1 september 2008 till och med den 8 april 2010 prövade förvaltningsrätterna sammanlagt 3 222 ansökningar. Drygt hälften av ansökningarna, 56 procent, gällde öppen psykiatrisk tvångsvård och mindre än hälften, 44 procent, gällde öppen rättspsykiatrisk vård.

---

<sup>3</sup> Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården – Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Rapporten återfinns i sin helhet på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-32>

## Åtgärder för att öka individens inflytande och delaktighet i vård och omsorg

- Personernas aktiva deltagande i planeringen av sin egen vård och sitt stöd förespråkas allt mer inom både det psykiatriska området och andra vårdområden, och deltagandet utgör också en rättighet enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning.
- Det behövs dock kunskap om specifika metoder och arbetssätt för att åstadkomma ett ökat deltagande.



**Bild 4.** Material från föreläsningen.

# More autonomy and less coercion – need for high quality education

Heli Hätönen

Preventive Mental Health and Substance Abuse Coordinator

City of Imatra, Virastokatu 2, 55100 Imatra

[heli.hatonen@imatra.fi](mailto:heli.hatonen@imatra.fi)

[http://www.med.utu.fi/epsychnurse/equality\\_system/](http://www.med.utu.fi/epsychnurse/equality_system/)

There is great emphasis on community based mental health services in Finland as well as in Europe. At the same time there is a need to develop psychiatric in patient care to decrease the use of coercive measures and support patients' autonomy. However, it is well recognized that coercive measures are still widely used in psychiatric hospitals. Moreover, studies have revealed discrepancies related to nurses' knowledge and skills, for example in the provision of ethically appropriate treatment for patients with mental health problems. This indicates the need for high quality continuing education. Conversely, barriers to nurses' participation in continuing education are many, including travel difficulties, financial issues, inadequate study time and a lack of managerial support. Moreover, the quality of continuing education varies between educational organizations and countries. E-learning may be one solution to overcome these barriers.

The implementation of e-learning has seen steady progress across Europe, yet there are diverse opportunities for mental health nurses to engage in e-learning as part of their continuing education. Therefore, more emphasis is needed to provide high quality continuing education especially for nurses working in psychiatric hospitals. Nature of mental problems, ethics, legal and cultural contexts need to be considered in the development, implementation and evaluation of e-courses.

ePsychNurse.Net: eQuality System –project aims to respond to the demands related to the development of continuing education and e-learning in the field of mental health care. The background to the project is the EC funded ePsychNurse.Net -project (2006-2008). During the present project the existing e-course (ePsychNurse.Net) will be transferred to new clinical contexts, linguistic areas, cultures and countries. To ensure the quality of the ePsychNurse.Net-course quality assurance tools and processes (the QA e-System) will be created. This will support the use of e-courses in continuing education and ensure the quality and nurses' knowledge and skills to provide ethically high-standard interventions in psychiatric hospitals. Moreover, the project supports the collaboration within and across all stakeholder groups.

The project consortium consists of eight European countries, Finland, Italy, Lithuania, Portugal, England, the Netherlands, Germany and Switzerland. There are a total of 11 partners representing several different sectors: the health care sector, educational institutions and nursing associations. The duration of the project is two years (2010 – 2012) and it is funded by European Commission Leonardo da Vinci Programme (2010-1-FI1-LEO05-03046).

<p style="text-align: center;">5</p> <h3>Coercion and change of clinical practice - what do we know?</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• A lack of evidence:<ul style="list-style-type: none"><li>• The effectiveness of coercive interventions.</li><li>• The best practices to decrease coercive measures. (Sailas &amp; Fenton 2000, Sailas &amp; Wahlbeck 2005)</li></ul></li><li>• What do we know:<ul style="list-style-type: none"><li>• Continuing vocational training is an effective method to maintain professional competence in health care.</li><li>• Training sessions alone are unlikely to change practice.</li><li>• Interactive workshops can result changes in practice.</li><li>• A number of actions at different levels are needed. (Gilbody et al. 2006, Thomson et al. 2001)</li></ul></li></ul>	<p style="text-align: center;">6</p> <h3>Need to develop education</h3> <p>Barriers related to continuing vocational education:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Education not integrated in the organisations strategy.</li><li>• Unsatisfactory content of education</li><li>• Learning methods used</li><li>• Inadequate financing</li><li>• A shortage of qualified deputy personnel (Forsetlund et al. 2009, Robertson et al. 2003, Pentz et al. 2007)</li></ul> <p>➤ Need to examine content, structure and quality of continuing vocational education.</p>
<p style="text-align: center;">7</p> <h3>E-learning to support the development of clinical practice</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• E-Learning - a promising method:<ul style="list-style-type: none"><li>• Tailoring learning to satisfy students' personal objectives</li><li>• Increase learners' own control over the content, place and time of learning</li><li>• Increase self-efficacy helping students gain knowledge, skills and improved attitudes</li><li>• Decrease costs for travel and labour costs (Cook et al. 2010, Ruiz et al. 2006)</li></ul></li></ul> 	<h3>ePsychNurse. Net: eQuality System</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aims to develop<ul style="list-style-type: none"><li>• the quality of continuing education and</li><li>• e-learning in the field of mental health care.</li></ul></li><li>• The background:<ul style="list-style-type: none"><li>• ePsychNurse.Net -project (2006-2008), University of Turku Department of Nursing Science</li><li>• Knowledge on existing practices, educational needs</li><li>• ePsychNurse.Net e-learning course</li></ul></li></ul> 

Picture 5. Presentation materials.

# Island – landet med lite tvång i psykiatri

Páll Matthiasson

Chief Executive of Mental Health Services, Consultant Psychiatrist  
Landspítali - The National University Hospital of Iceland, v/ Hringbraut, 101 Reykjavík, Island  
[pallmatt@landspitali.is](mailto:pallmatt@landspitali.is)

Antalet tvångsintagna på slutna psykiatriska avdelningar är lågt. Prevalensen i perioden 2003-2010 var endast 3,7 % av alla intagna, vilket är lågt i jämförelse med andra nordiska länder som har mer än 20%. Förklaringen kan bero på kultur, tradition, och bra samarbete med patienter och deras anhöriga. I Island finns ingen special lagstiftning för tvångsvård. Myndighetslagen (civilrättslagen) och vanliga juridiska regler gäller. Detta kan minska risken för diskriminering. Utgångspunkten blir individens rättigheter. Samhällskydd eller patientens farlighet har mindre vikt i bedömningen. År 1934 blev alla tvångsinstrument (spännbälten osv.) förbjudna i Island. I stället används mediciner och speciella team som är vältränade i att bemöta aggressiva patienter. I mycket allvarliga svåra fall tillkallas polisen enligt speciell överenskommelse.

# Iceland – a country with little coercion in psychiatry

Páll Matthiasson

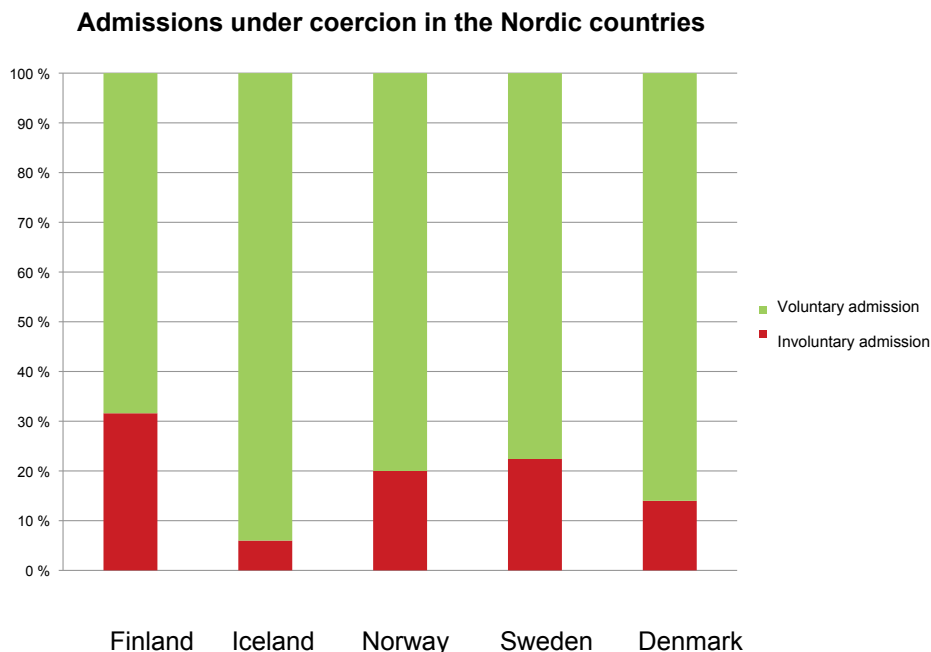
Chief Executive of Mental Health Services, Consultant Psychiatrist

Landspítali - The National University Hospital of Iceland, v/ Hringbraut, 101 Reykjavík, Iceland

[pallmatt@landspitali.is](mailto:pallmatt@landspitali.is)

Admission rates under coercion to psychiatric inpatient wards in Iceland are very low. 3,7% of inpatient admissions between 2003 and 2010 were under coercion, compared to well over 20% of admissions in the other Nordic countries. Explanations for this include a culture of negotiation and collaboration with users and their relatives which has been fostered for a long time. Additionally Icelandic mental health legislation rests within general laws on legal competence which may reduce discrimination and puts an emphasis on the rights of the population rather than notions of safety.

All straps, straight-jackets etc. were banned (and burned in a furnace) in 1934. Emphasis is put on de-escalation methods. Failing that, medication, specific mental health teams trained in control and restraint techniques, and lastly the police are used to deal with aggression in mental health services.



Source: THL

**Picture 6.** Rates of admission under coercion in the Nordic countries.

# PARALLELSESSION 3.

## LAGREVISIONER I DE NORDISKA LÄNDERNA

Moderator Håkan Stoor

Äldre justitieombudsmannasekreterare

Justitieombudsmannens kansli, 00102 Riksdagen (Helsingfors, Finland)

hakan.stoor@riksdagen.fi

“Law, like psychotherapy, cannot change behavior unless people are willing to change.”

Citatet härstammar från Paul S. Appelbaums bok ”Almost a revolution” (1994). Appelbaum beskriver olika reformer av mentalvårdslagstiftningen i USA och visar att reformerna genomgående misslyckats med att åstadkomma de resultat som eftersträvats. Han menar att detta beror på att mentalvården är ett komplext system där många andra faktorer än lagstiftningen spelar in, bl.a. politiska mål, tillgängliga resurser, tjänsteapparatens struktur, behandlingsmetoder och tillgången på kompetent personal. Detta gäller naturligtvis för alla sammanhang som är föremål för rättslig reglering, men det förefaller som om hälso- och sjukvården är särskilt ”okänslig” för rättslig påverkan om alla övriga aktörer inte vill medverka.

Också i Finland har vi fått känna på hur svårt det kan vara att åstadkomma förändringar genom ny lagstiftning. År 2001 infördes ett nytt kapitel i mentalvårdslagen med syftet att förenhetliga och därigenom minska användningen av tvångsåtgärder, särskilt isolering och bältesläggning. Intentionerna har dock inte förverkligats. Den främsta orsaken antas vara att lagändringen inte åtföljdes av tillräckliga implementeringsåtgärder. Med tanke på detta är det lovande att utvecklingsprogrammet Mieli 2009 nu innehåller en uttrycklig målsättning att minska tvånget och att en arbetsgrupp tillsatts för att förverkliga målsättningen.

Är det då fäfanget att försöka påverka utvecklingen inom mentalvården genom lagstiftning? Naturligtvis inte. När det gäller tvångsåtgärder förutsätter både våra grundlagar och konventionerna om mänskliga rättigheter att åtgärderna regleras i detalj för att tillgodose kravet på rättssäkerhet. Men som framgått ovan måste man vara medveten om lagstiftningens begränsningar.

I sin studie över lagstiftningens effekter har Jyrki Tala (2001) utvecklat en modell för att analysera rättsliga reformer. Enligt Tala är det särskilt fyra faktorer som är avgörande för hur reformers intentioner förverkligas: 1) Reformens syfte: Är det klart och tydligt vad lagstiftaren vill åstadkomma? 2) Reformens ”design”: Har man valt rätt strategi och är reglernas innehåll anpassade till den verklighet man vill reglera? 3) Implementeringen: Har man valt rätt metoder för att föra ut lagens budskap till dem som ska förverkliga den? Och slutligen: 4) Reaktionerna hos dem som direkt påverkas av reformen, vilket för oss tillbaka till det inledande citatet.

Dessa tankar får bilda en bakgrund till de följande presentationerna av aktuella lagreformer i de nordiska länderna. Låt oss hoppas att dessa reformers intentioner förverkligas och bidrar till en bättre rättssäkerhet för både brukare och personal.

# Self determination vs responsibility to care – recommendations from a Norwegian lawpreparing committee

Olav Nytingnes

Secretariat of the committee

Akershus universitetssykehus HF, 1478 Lørenskog, Norway

Olav.Nytingnes@ahus.no

For some years there has been significant debate on the use of involuntary institutionalization and treatment in Norwegian mental health care. User organisations argued to remove the treatment criterion, and up to ten-fold geographical variations in population rates of involuntary inpatient mental health care was documented. The Norwegian governmental plan for increased and improved mental health services (1999-2008) did not lead to decrease in formal coercive admittance or treatment.

This law-preparing committee (Paulsrud-utvalget) was appointed by the Norwegian government in May 2010, and submitted its recommendations in June 2011 (NOU 2011: 9). Central tasks in the mandate were considerations on ethical, professional and legal aspects of coercion in mental health care, both in current legislation and practice.

The committee included the following elements in their framework of understanding:

- Internal Norwegian geographic variation is substantial, and points to the possibility of using less coercion in several catchment areas without necessarily causing great escalation of disorder or suffering. When this is the case under the same mental health act, this points to other factors than legislation as important for the level of formal coercion.
- Both in psychiatry and medicine in general there has been a reduction of paternalistic justification for action, which may call for legal changes in the mental health care.
- Long term forced medication is an area with significant risk of unproportional intervention in the integrity of individuals.
- The UN Convention on the Rights of Persons with Disability (CRPD) points out new directions for care and legislation that is relevant for mental health care.
- The effects of mental health care given under coercion are diverse – helping, caring and even curing some, but infringing and even harming others.

Dimensions most relevant for the justification of treatment without the patient's consent are whether the person has capacity to make the relevant decision of care. If the person lacks capacity for the relevant decision important aspects are: Can you reasonably assume that the person would have consented, what are the diagnosis and intensity of symptoms, and does the person object to or adapt to care and interventions? What are the consequences of intervention with coercion vs the consequences of not intervening with coercion?

Two significant differences regarding treatment without a valid consent in somatic health care versus mental health care was targeted by the committee: It is not allowed to treat a person with decision-making capacity for a somatic disorder if resistance must be overcome to give the treatment, while the current mental health act allow that in some cases. If a person lack decision-making capacity for a somatic disorder, but don't resist treatment, then the principle of presumed or not presumed consent is applied, and not formally coercive treatment. In current Norwegian mental health legislation, patients lacking capacity for



the commitment or treatment decisions should always be treated under formal coercion, even when resistance is absent and there are good reasons to presume consent, had the patient had capacity.

## Suggestions from the committee

The committee suggests pragmatic changes, in order to increase the rights and autonomy of patients, and to bring treatment without consent for mental disorders closer to the system with treatment without consent for somatic disorders. One member dissented, and suggests abolishing the mental health act and base treatment of mental disorders on legislation that applies equally to all people.

The majority (all but one member) suggests the following:

- to continue requiring the current main criterion (serious mental disorder) for coercive admittance and treatment, partly because it limits clinically unwanted coercive admittance of personality disorders.
- to continue to allow the use coercion in the interests of the persons own health, but limiting this to persons that lacks decision-making capacity, and to require a presumed consent for admission and treatment. Advance directives will not be absolutely binding, but shall be taken into consideration.
- admission and treatment with respect to danger for others should not be changed now. Lack of decision making capacity will not be required for persons that pose an immediate danger to others. There are reasons to reconsider having diagnostically limited admission-criteria that don't apply equally to all situations (and diagnosis) with similar risk, but this topic affects several laws and could not be adequately covered by this committee or within its time-frame.
- to allow voluntary treatment for persons that accommodates to treatment, but lacks decision-making competence. The current situation weakens the subsidiary position of formally coercive admittance and is at odds with the regulation of somatic treatment in similar situations. Safeguards from the control body shall apply in these situations.
- to continue the prohibition on converting from voluntary to involuntary treatment, except in cases of immediate danger to one's own life or to others life and health. The reasons behind the conversion-ban are: Stimulating voluntary treatment by ensuring the public that this wont be converted, limiting the patients risk of having to accept formally voluntary treatment under a threat of conversion, restricting the ability of the institution to hide real coercive admittance as voluntary, and making sure there is no shortcut from the bothersome two-doctor establishing procedure for coercive admittance.
- to allow three days of forced observation in case of serious suicidal risk without a serious mental disorder or reasonable suspicion of such disorder. This is considered an adaptation to current practice, where it is not considered uncommon to use coercive observation to prevent non-psychotic persons from suicide, without really suspecting a serious mental disorder as strictly defined in the Norwegian legal mental health act tradition.
- to continue allowing forced medication. In spite of heterogenic response, reasoned doubt regarding the long term curing ability of anti-psychotics and aversive side effects, medication is nevertheless the best documented class of intervention for serious mental disorders. A new competence-criterion should reduce forced medication, not the least long term forced medication in schizophrenia. The committee suggests stronger formal requirements for the decision; including detailing the expected treatment effect and when it is expected to apply, expected side-effects and the risk of harm, what coercive measures are expected to be necessary to enforce the decision, how the patients' current and former position on the issue is.

There are risks and unsolved problems in the proposal. A law according to the proposal will create a different threshold for forced admittance under the danger- and treatment-criterion. The committee is reasoning that a competent decision of non-treatment leads to different ethical considerations and weight if it risks harming other persons, rather than the person himself or herself. A higher threshold for involuntary admittance in the interest of the patient's own health was a consequence of this reasoning. One consequence may be an unwanted increase in use of the danger to others-criterion in cases where patients have decision-making capacity, and clinicians nevertheless consider coercive admittance as an overall

preferable course of action. Introducing a new criterion in mental health law – lack of capacity – may impose more stigma and infringement on persons in their most difficult situations. On the other hand this represents a step towards the principles and concepts in somatic health legislation. At last, this proposal will create a more detailed and complex law, as have also been the result in previous law revisions. This may be a problem for practice, but does also reflect upon the many considerations that are relevant, when deciding to treat without consent or through overcoming resistance.

These changes should limit the use of coercive admittance and treatment for persons with the best functioning, without posing too great risk for the welfare of those who currently do benefit from coercive admittance and treatment. In the absence of resistance to treatment, the main rule should be formally voluntary help. The changes will make it easier to give help that the patient accepts or accommodates to, even when this is considered sub-optimal from the responsible clinicians point of view, stressing the subsidiary role of coercive admittance and treatment. The proposed changes will make the system for treatment without consent more similar for somatic and mental disorders, though a separate legislation will remain.

# The ongoing revision of Finnish coercion legislation

Eila Sailas

Kellokoski Hospital, HUCH Hospital Area, 04500 Kellokoski  
eila.sailas@hus.fi

As mental health services have evolved through different stages, mental health legislation has struggled to keep pace. The period between 1950 and 2000 has been named the era of the decline of the asylum. Large institutes were fiercely criticized for ill treatment of patients, isolation and failures in reporting, management and quality of patient care. This was also reflected in mental health laws that specified the prerequisites for compulsory treatment. The present time of balanced mental health care should mean services close to home, interventions related to disabilities as well as symptoms, treatments specific to diagnosis and service users' active participation in developing and evaluating the services (Thornicroft & Tansella, 2002). All should be relevant when revising mental health legislation.

The fundamental aim of mental health legislation is to protect, promote and improve the lives and mental well-being of citizens, and there is a mental health law in 78% of all countries (WHO 2005). Europe's first mental health law was composed in France in 1838. The first Finnish Mental Health Law or at the time the imperial ordinance from year 1840 is one of the oldest in Europe – it called for the establishment of mental hospitals. At that time in Finland, similarly to other European countries, one had to be committed to get into a mental hospital and it was impossible to get treatment voluntarily. In the European legislations this became possible in the early 20th century (e.g. England 1930).

The Finnish mental health law has developed slowly. In 1937 it placed the responsibility of treatment of mentally ill patients on the municipalities. It also reminded that "lunatics must be treated well and with compassion". In the year 1952 the legislation was renewed in order to define who can refer a patient to a hospital and the rights were given to the police, next of kin and social services. A medical doctor made the decision to commit the patient, who had no right to appeal. The process of involuntary treatment became an entirely medical issue in 1977, when the novel law which required an MD's evaluation to send a patient obligatorily to a mental institution and to keep her/him there, was changed to requiring that the decision had to be made by two independent MDs. The patients also got the right to appeal. In 1991, the requirements for committal were tightened and clarified, but the process was kept in the hands of the medical profession. In Finland there has been very little discussion about the possibility of changing the process of involuntary committal to a judicial process. When it has occurred the almost unanimous opinion of the medical profession has judged the change to be at least unnecessary and complicated, even hazardous. The Finnish mental health law sets a high threshold of proof of illness and emphasizes the need for treatment and accord lesser weight to risk.

The latest renewal of the mental health law happened in 2002, when an amendment had to be added to the law in order to satisfy the European Human Rights Legislation. The so called 4 A paragraph defines the use of coercive measures used in the treatment of involuntary patients e.g. restricting the freedom of movement, use of seclusion and restraint, confiscation of possessions, mail check-ups, physical check-ups and restrictions of communication. The paragraph has added to paperwork on psychiatric wards. However, I argue that the basic idea behind the paragraph is not generally understood and definitely not followed. The paragraph states that each coercive measure has to be separately justified and there has to be a formal and recorded decision of the measure.

The attempt to follow the paragraph has resulted in huge bureaucracy and an appearance of officials who busy themselves with checking vast amounts of information collected monthly from mental institutions. In spite of that, practices in different parts of Finland differ and there is no consensus on the interpre-

tation of paragraph 4 A. At times it might be followed on paper, but nowhere to the letter. Still today, in most hospitals rules about patients' freedom to exercise outdoors during the required observation period needed for involuntary committal, patients' right to use money or family members' right to visit a restraint patient are based on tradition and local culture, not on the law. The slow process of constructing an official statement about the patients' right to keep their phones on wards is a good example of how slowly and reluctantly the supervisory authorities dare to dismantle coercion in mental health.

The reluctance to obey the law in mental health services might reflect a lack of an ethical consensus in psychiatry (Bloch & Green, 2006). The most common ethical theory in psychiatry is principlism (Beauchamp & Childress, 2001) with its demands for autonomy, beneficence, not harming and the idea of equals treated equally and non-equals non-equally. Principlism comprises the collision between patients' autonomous decision making and the need to take care of individuals who do not have the mental capacity to act in their own best interests. Finland has a long tradition of paternalistic practices that might be the explanation to very few street schizophrenics. On the other hand, the tradition makes it extra hard for the Finnish mental health professionals to adapt to the requirements of the new era. Also, Finnish psychiatry has had very little interest, debate and education in the study of mental capacity and mostly no structured assessments are used in clinical decisions on capacity issues.

The present Finnish government has announced an ambition to reform the mental health law. It wants to follow the national plan for mental health and substance abuse work that defines the core principles and priorities for the future of mental health and substance abuse work until 2015 and emphasizes the reinforcement of the client's status (Mieli 2009).

One might think that we would be in a midst of an eager discussion about subsuming mental health care within the general laws governing consent to care and determinations of competence or we could debate how to empower patients to be able to make informed decisions about mental health care. But no; instead the government considers adding some new interventions to the Finnish mental health law. There are well documented rules on how to properly assess new health technologies. The questions one at least has to consider are:

- Is there a question of a major problem? Is the target population large? Who are the patients to be?
- Is there evidence of benefit? Is new technology useful? How useful and to whom – to patients, to society? Are there alternatives?
- Are there side-effects?
- How much does it cost, what about cost/benefit ratio?
- Does it affect the organization of health services?
- Ethical and social questions, equality?
- Do we know how to do it?

Yet again no, we are not collecting assessment data. Instead the government has started a taskforce on how to establish more coercive practises to healthcare. There are four working groups each with a different topic: rules for coercion when treating learning disabled, rules for acute situations, new options for forensic psychiatry and development of a law allowing the involuntary treatment of drug addicted pregnant women. It might be argued that there is a need for clearer rules in patient restrictions in the field of learning disabilities. On the other hand, one wonders if the authorities are aware of the international discussion on how to enhance autonomous decision making capacities among learning disabled instead of adding restrictions. The usefulness of forced treatment of pregnant drug addicted women is widely debated. It certainly would have an effect on liberty outcomes, but its beneficial clinical outcomes are much in doubt. In forensic psychiatry Finland is planning to implement mandatory outpatient treatment. Mieli 2009 urges for patient participation: very little or none of that is seen. Quite the contrary – almost all the experts discussing forensic community treatment orders come from the field of forensic psychiatry and none from the human rights or user organizations.

To me it seems like Finland is revising mental health legislation due to moral panic, and implementing restrictions that will benefit nobody. That is already apparent in the way the officials are diminishing the

importance to privacy of personal health care information. To calm moral panic the experts tend to strive for strong paternalism and more coercion. Nobody seems to remember that if the mental health system does not work, it cannot be mended by adding constraints for patients. People do not get better if you order them to recover – they need help, treatment and support.

## References

- Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2001.
- Bloch S., Green S. An ethical framework for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry* 188: 7-12; 2006.
- Mieli 2009. Plan for mental health and substance abuse work. Proposals of the Mieli 2009 working group to develop mental health substance abuse work until 2015. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki, 2009.
- Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*. 1: 84-90; 2002.
- World Health Organization. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: WHO, 2005

# Den danske psykiatrilov i relation til tvang

Marianne Jespersen

Overlæge

Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København, Danmark

MJ@SST.dk

En oversigtlig beskrivelse af den danske psykiatrilovsrevision 2007 med senere tilføjelser. Fokus vil være på bestemmelserne om tvang.

Tvangsanvendelsen i Danmark overvåges og monitoreres tæt. Derfor vides det også at ca. hver 5. psykiatriske patient oplever en eller anden form for tvang i relation til indlæggelse. Dette vil blive sat i sammenhæng med udviklingen og udfordringerne i psykiatrien i Danmark. Initiativer til at nedbringe tvang og kvalitetsudvikle indsatsen på området.

<p>Sundhedsstyrelsen</p> <h3>Psykiatrilovens historie</h3> <p>1938: Sindsygeloven – frihedsberøvelse</p> <p>1989: Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien</p> <p>1999: Revision – bl.a ændring af klagesystemet</p> <p>2007: Revision – lov om anvendelse af tvang i psykiatrien <sup>2</sup></p>	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <h3>Tvangsindgreb</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frihedsberøvelse</li><li>• tvangsbehandling</li><li>• tvangsfiksering</li><li>• Anvendelse af fysisk magt</li><li>• Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse</li><li>• beskyttelsesfiksering</li><li>• aflåsning af patientstue ( kun sikringen)</li><li>• personlig skærmning</li><li>• aflåsning af døre i afdelingen</li><li>• personlig hygiejne</li><li>• Undersøgelse af post, patientstuer og ejendele</li><li>• kropsvisitation <sup>8</sup></li><li>• beslaglæggelse og tilintetgørelse af gjenstande</li></ul>
<p>Sundhedsstyrelsen</p> <h3>De seneste ændringer i psykiatriloven – 2010</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tvungen opfølgning efter udskrivning</li><li>▪ Oppegående tvangsfiksering ( Sikringen)</li><li>▪ Udvidet tilsyn med langvarigt tvangsfikserede</li><li>▪ Loft over betænkningstid forud for tvangsbehandling</li><li>▪ Ankeadgang til Det psykiatriske ankenævn -1. jan 2011</li></ul> <p>9</p>	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <h3>Psykiatrilovens øvrige bestemmelser</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler</li><li>▪ Tvangsprotokol og obligatorisk efterprøvelse</li><li>▪ Patientrådgivere</li><li>▪ Underretning om påtænkt tvang (skriftligt og mundtligt)</li><li>▪ Klagevejledning</li><li>▪ Farlighedsdekreter</li><li>▪ Patienter indlagt i henhold til strafferetslig afgørelse</li></ul> <p>13</p>

### Anvendelse af tvang I psykiatrien 2009

- Hver 5. patient indlagt på psykiatrisk afdeling bliver omfattet af en el. flere tvangsforanstaltninger.
- Al tvang indberettes til Sundhedsstyrelsen
- Tal offentliggøres årligt af Sundhedsstyrelsen
- 2009 indlagte: 26.014 – Antal berørt af tvang: 5.551
- frihedsberøvede: 4.392
- tvangsbehandlede: 848 (medicinering: 583; ECT: 84, ernæring: 48; legemlig lidelse: 212)
- Personer fiksering ( bælte: 1940, fastholden: 942)
- Antal fikseringer ( bælte: 5960, fastholden: 2247)

14

### Tvungen opfølgning efter udskrivning

- Psykiatrilovsundersøgelsen 2005
  - Sundhedsstyrelsens udredning om tvangsforanstaltninger i psykiatrien 2009
  - Sundhedsstyrelsens årsberetninger om undersøgelse af behandlingsforløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet .
- Formål: At fastholde de sværest psykisk syge i behandling  
At reducere gentagne tvangsindlæggelser

15

### Anvendelse af tvang I psykiatrien 2009

- Hver 5. patient indlagt på psykiatrisk afdeling bliver omfattet af en el. flere tvangsforanstaltninger.
- Al tvang indberettes til Sundhedsstyrelsen
- Tal offentliggøres årligt af Sundhedsstyrelsen
- 2009 indlagte: 26.014 – Antal berørt af tvang: 5.551
- frihedsberøvede: 4.392
- tvangsbehandlede: 848 (medicinering: 583; ECT: 84, ernæring: 48; legemlig lidelse: 212)
- Personer fiksering ( bælte: 1940, fastholden: 942)
- Antal fikseringer ( bælte: 5960, fastholden: 2247)

16

### Tvungen Opfølgning efter udskrivning – 5 betingelser

- Begrundet formodning og nærliggende risiko for ophør af behandling efter udskrivning.
- Patienten skal de seneste 3 år været blevet tvangsindlagt mindst 3 gange
- Patienten skal mindst en gang have undladt at følge den behandling som er anført i koordinationplan el. udskrivningsaftale
- Aktuel indlæggelse – tvangsindlagt el. tvangstilbageholdt
- sidste ½ år været ordineret opsøgende behandling, men undladt den ordinerede medicinske behandling

17

### Psykiatriske patienter

- Lever ca. 15 år kortere end resten af befolkningen
- Har ca. 20 gange så stor risiko for at dø ved selvmord end resten af befolkningen
- Har overdødelighed af somatiske sygdomme, fx diabetes og hjerte-kar-sygdomme
- Psykiske lidelser tegner sig for hver anden førtidspension
- Flere og flere bliver retspsykiatriske patienter
- Henvisningerne til B+U-psykiatri stiger

22

### Det skal være lettere at være psykisk syg

- Psykiatri – en integreret del af sundhedsvæsenet
- Afstigmatisering – opgør med myter og fordomme
- Oplysning om
  - at tidlig indsats nytter
  - at man kan blive rask og velfungerende
  - at det kræver noget særligt at tage vare på psykiatriske patienter – respekt, faglig kompetence og ansvarlighed

23

<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Det skal være let at få tidlig hjælp</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sundhedsfremme og forebyggelse<ul style="list-style-type: none"><li>- brede indsatser til forebyggelse af psykiske problemer og for sårbare: børn af psykisk syge, voksne med fysiske og psykiske lidelser eller misbrug, ældre isolerede</li></ul></li><li>▪ Tidlig intervention ved psykisk sygdom<ul style="list-style-type: none"><li>- styrket almen praksis</li><li>- styrke udgående og opsøgende funktioner/teams</li></ul></li><li>▪ Let tilgængelighed – akutte tilbud<ul style="list-style-type: none"><li>- let adgang også for selvhenvendelse</li><li>- formaliserede akutte tilbud døgnet rundt</li><li>- faglig kvalificeret akutvurdering – og hurtig opfølgning</li></ul></li></ul> <p>24</p>	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Det skal være let at få de rette tilbud</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Øget bredde og specialisering<ul style="list-style-type: none"><li>- udbygning af tilbud til patienter med ikke – psykotiske lidelser</li><li>- flere specialiserede funktioner ( specialevejledninger)</li></ul></li></ul> <p><b>Styrket kapacitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- styrket ambulans kapacitet</li><li>- styrkede udgående og opsøgende funktioner</li><li>- styrkelse af stationær kapacitet.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Styrket samarbejde med somatikken<ul style="list-style-type: none"><li>- opgavedeling og samarbejde vedr. akutfunktioner</li><li>- diagnostiske funktioner</li><li>- psykiatriske patienters somatiske helbred</li><li>- somatiske patienters psykiske helbred</li></ul></li></ul> <p>25</p>
<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Det skal være lettere at være psykiatrisk patient</b></p> <p><b>Sammenhængende patientforløb</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Patientforløbsprogrammer</li><li>- Sundhedsaftaler</li></ul> <p><b>Samarbejde med patient og netværk</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vægt på etablering af behandlingsalliance og relation</li><li>- inddragelse, støtte og opbakning til pårørende</li><li>- aftaler om opfølgning, planer og kontakt</li></ul> <p><b>Bedre behandlingsmiljø</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- fysiske rammer – enestuer, frisk luft, aktivitetsmuligheder</li><li>- fysisk aktivitet, rekreativ beskæftigelse, sund kost mv.</li></ul> <p>26</p>	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Sundhedsstyrelsens aktuelle initiativer</b></p> <p><b>Stigma – kampagne</b> <b>Den gode psykiatriske afdeling ( satspulje)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tilsynsystema 2010: behandling med antipsykotika på bosteder/ plejehjem</li><li>▪ Behandling med visse lægemidler på bosted/ plejehjem 2011</li><li>▪ Pludselig uventede dødsfald blandt psykiatriske patienter 09–</li><li>▪ Barriere for opstilling af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner 2011</li></ul> <p>32</p>
<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Udredningen om Tvangsforanstaltninger 2009</b></p> <p><b>Opgave: Udredning med en gennemgang af psykiatriske tvangsforanstaltninger i andre lande</b></p> <p><b>Herunder: hvilke former for tvang og kriterier, hvordan tvang registreres og monitoreres, hvilke behandlingsmetoder/ sikkerhedsforanstaltninger overfor ekstraordinært farlige patienter, faglig vurdering af de tvangsmetoder, der anvendes i DK samt den form for tvangsfiksering, der har været anvendt på sikringen</b></p> <p>33</p>	<p>Sundhedsstyrelsen</p> <p><b>Oppegående fiksering</b></p> <p><b>Har ikke berettigelse i almen psykiatrien og retspsykiatrien</b></p> <p><b>Vedr. Ekstraordinært farlige patienter på Sikringen</b> Det kan overvejes at nedsætte et særligt sagkyndigt råd til behandling af ansøgning om at Sikringen i ganske særlige og konkrete tilfælde vedr. en konkret patient kan iværksætte en sådan foranstaltning.</p> <p>39</p>

Bild 7. Material från föreläsningen.



# PARALLELLESSION 4.

## HYVÄT RAJOITUSKÄYTÄNNÖT IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUISSA

Moderaattori: Britta Sohlman

Kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Ikäihmisten palvelut, PL 30, 00271 Helsinki

britta.sohlman@thl.fi

Workshop koostui kolmesta esityksestä: Fysiska begränsningsåtgärder inom äldreården – effekter av ett utbildningsprogram, tutkuspäällikkö Tony Pellfolk, Novia; Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaana hoidossa – eettisen dilemman tarkastelua, lehtori Anna-Liisa Suvanto, Karolinska Institutet ja Rajoitteiden käytöstä muistisairaana ihmisen ymmärtämiseen, erikoistutkija Ulla Eloniemi-Sulkava, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Workshoppiin osallistuneet keskustelivat erittäin vilkkaasti monista esityksissä esiin tulleista teemoista. Keskustelun päätteeksi osallistujat tekivät koosteen asioista, joilla heidän mielestään on merkitystä kehitettäessä hyviä rajoituskäytänteitä ikääntyneiden palveluissa.

- Potilas- ja asiakaslähtöisyyden käsite sai kritiikkiä osakseen, koska niihin jo lähtökohtaisesti sisältyy erilaisia oletuksia. Ehdotuksena oli, että tulisi siirtyä käyttämään käsitettä ihmislähtöisyys.
- Ikääntyneiden hoitoon liittyvistä rajoitekäytänteistä on olemassa kotimaista ja ulkomaista tutkimustietoa suhteellisen runsaasti. Myös erilaisia hankkeita rajoitteiden vähentämiseksi on toteutettu ja näistä on saatu hyviä kokemuksia. Esimerkkinä mainittakoon workshopissa Pellfolkin esittämä hanke. Ongelmaksi koettiin tutkimustiedon ja hyvien käytäntöjen implementointi. Yksi implementoinnin muoto voisi olla valtakunnallinen hoito-ohjelma, joka pohjautuisi tutkimustietoon ja olemassa oleviin hyviin käytäntöihin. Keskustelussa tuli esiin myös hoitoidologioiden kehittäminen.
- Hoitokäytäntöjen muutokset eivät ole irrallaan muusta yhteiskunnasta. Mikäli toivotaan muutoksia rajoitekäytänteissä, niin muutoksia tarvitaan yhteiskunnan – rakenteiden – johtamisen ja työntekijöiden tasolla. Muutos edellyttää muutosta kaikilla tasoilla, ei vain hoitajien tasolla.
- Esityksessään Ulla Eloniemi-Sulkava esitti kysymyksen muistisairaana ihmisen käyttäytymisestä: onko kyseessä käytösoire, haasteellinen käyttäytyminen = arviointi sairauslähtöisesti ja ulkopuolisten näkökulmasta vaiko tarpeiden ja toiveiden ilmaisemisesta olemassa olevilla kyvyillä = arviointi ihmisen itsensä näkökulmasta. Pyrkimys ymmärtää, mistä juuri tämän muistisairaana ihmisen kohdalla kulloinkin on kysymys, edellyttää muistisairaana itsensä, omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä. Ikääntyneiden hoidon tavoitteiden määrittely ja räätälöidyn hoidon suunnittelu edellyttää verkostojen hyödyntämistä, myös läheisten ihmisten kuuntelemista.
- Keskusteltiin hoitokulttuurista, joka koetaan olevan kovin lääkärijohtoista. Tämä johtaa siihen, että hoitajien lähestymistapa hoitotyöhön on myös lääketieteellistä. Esimerkkinä mainittiin työn lomassa laulaminen, jonka tiedetään auttavan monissa hoitotilanteissa. Kuitenkaan ei lauleta, koska pelätään toisten hoitajien arvostelua enemmän kuin omia arviointeja toimivista tavoista.
- Anna-Liisa Suvanto pohti esityksessään tehdkö hyvää vaiko oikein –tematiikkaa. Keskustelussa todettiin, että eettinen dilemma hyvän/itseäänmäärämis-oikeuden ja suojaamistoimien välillä säilyy, vaikka miten ohjeistettaisiin asioita.
- Eräs osallistujista otti esiin suomalaisen työvoimapolitiikan, jonka mukaan hoitohenkilökuntaa koulutetaan työvoimapolitiittisista lähtökohdista, mikä voi johtaa alalle ”soveltumattomien” henkilöiden kouluttamiseen.

# Rajoitteiden käytöstä muistisairaana ihmisen ymmärtämiseen

Ulla Eloniemi-Sulkava

Erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ikäihmisten palvelut yksikkö, PL 30, 00271 Helsinki

ulla.eloniemi-sulkava@thl.fi

Ympäri vuorokautisissa hoitopaikoista asuvista iäkkäistä ihmisistä 80%:lla on muistisairaus. Heistä jopa 80%:lla on vähintään ajoittain henkilökunnan kokemaa haasteellista käyttäytymistä kuten aggressiivisuutta, levotonta kuljeskelua, pyrkimystä lähteä ulos ja huutamista. Muistisairailta ihmisillä on yleensä lisääntynyt kaatumisriski heikentyneen liikuntakyvyn ja tasapainon vuoksi. Riskiä lisäävät verenpaineen säätelyn vaikeudet. Haasteellinen käyttäytyminen ja kaatuilun vaara johtavat helposti fyysisten mutta myös kemiallisten rajoitteiden käyttöön muistisairaiden ihmisten hoidossa. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että liikkumisen rajoittaminen ei vähennä murtumien riskiä. Asianmukainen lääkitys, lihaskunnan parantaminen, liikkuminen ja proteiini- ja kaloririkas ravinto ja riittävän verenpaineen ylläpitäminen ovat rajoitteita parempia keinoja murtumien ehkäisyssä.

Muistisairaus ei sinänsä muuta muistisairaana ihmisen perimmäisiä toiveita, tarpeita eikä emootioita mutta muuttaa ihmisen kykyä tuoda niitä esille ymmärrettävillä ja yleisesti hyväksytyillä tavoilla. Nämä muuttuneet ilmaisutavat koetaan haasteellisena käyttäytymisenä tai käytösoireina. Lupaavimmat tutkimustulokset haasteellisen käyttäytymisen hoidossa on saatu analysoimalla käyttäytymistä kyseisen muistisairaana ihmisen näkökulmasta. Näin on voitu löytää niitä monenlaisia käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä joita on räätälöidysti hoidettu. Tässä lähestymistavassa haasteellinen käyttäytyminen nähdään muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin tarpeiden ilmaisuna tilanteissa ja ympäristössä, joissa tarpeita ei osata huomioida. Analysointi vaatii työryhmältä laaja-alaista gerontologista tietoa ja ymmärrystä sekä muistisairaaseen ihmisen ihmisenä paneutumista. Antipsykootit eivät ole osoittautuneet kovin tehokkaiksi haasteellisen käyttäytymisen hoidossa.

Rajoitteiden käytön sijaan tarvitaan moniammatillisen työryhmän yhteistyötä analysoida systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti ne mahdolliset tekijät, jotka ovat aiheuttamassa vaikeaa tilannetta. Tässä prosessissa asiakas ja omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Yleensä haasteellisen käyttäytymisen taustalta löytyy useita hoidettavia tekijöitä kuten kipua, epäasianmukainen lääkitys ja infektio. Lisäksi löytyy ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä (esim. ympäristön levoton ilmapiiri, toiminnan puuttuminen, ihmisarvon mitätöinti, vallan käyttö), joita muuttamalla muistisairaana ihmisen hyvinvointi lisääntyy ja haasteellisuus vähenee. Rajoitteiden käytön tarve näyttäisi myös vähenevän, kun henkilökunnan kiinnostus muistisairaasta ihmisestä ihmisenä lisääntyy.



Kuva 8. Esitysaineistoa.

## Lähde

Eloniemi-Sulkava U, Savikko N (toim.). MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käyttösiirren hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos –tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto ry. Newprint Oy, Helsinki 2011. (<http://www.vtkl.fi/fin/verkkokauppa/?Group=29>)

# Fysiska begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen - effekter av ett utbildningsprogram

Tony Pellfolk

FoU-ledare

Yrkeshögskolan Novia, Seriegatan 2, 65320 Vasa  
tony.pellfolk@novia.fi

Fysiska begränsningsåtgärder (FBÅ) och fall är vanligt förekommande inom institutionell äldreomsorg, speciellt bland äldre personer med demenssjukdom. Användningen av FBÅ bland äldre personer har ifrågasatts, både ur ett etiskt perspektiv samt att den p.g.a. den oklara preventiva effekten att förebygga fall. Vidare kan denna typ av begränsningsåtgärder upplevas som kränkande av personen som blir föremål för åtgärden och de kan då upplevas som en tvångsåtgärd. Användningen av FBÅ har också visat sig ha negativa fysiska, psykiska och sociala effekter för den som är begränsad i sin rörelsefrihet. En hög förekomst av FBÅ har även visat sig vara associerat med en nedsatt psykosocial arbetsmiljö hos vårdpersonalen. Vidare har studier visat att skillnaderna i förekomsten mellan olika enheter med tillsynes likartad verksamhet delvis kan förklaras av personalens kunskaper om och attityder till FBÅ.

Det har förekommit olika försök att minska på användningen av FBÅ bland äldre inom institutionsvård, med motsatta resultat. Interventioner som kombinerar personalutbildning och någon form av handledning har visat sig vara mest effektiv i att förändra användningen av FBÅ. Denna typ av intervention är ofta komplicerad, tidskrävande och kostsam.

I Västerbotten, Sverige, utvärderades effekten av en 6 månader lång intervention bestående av utbildning för vårdpersonalen. Syftet med kluster-RCT studien var att undersöka effekten av kompetensutveckling på bl.a. användningen av FBÅ och personalens arbetsmiljö. Studien utfördes bland 40 gruppboenden för personer med demenssjukdom.

Resultatet visade att utbildningsprogrammet bestående av 6 delteman hade en positiv effekt på användningen av FBÅ. Andelen äldre som var föremål för FBÅ var signifikant lägre efter intervention än innan, då man inkluderade alla äldre på plats vid de båda mätningarna. Det fanns däremot ingen signifikant förändring i användningen av fysiska begränsningsåtgärder då man enbart inkluderade äldre som var närvarande både före och efter interventionen, dock var användningen lägre jämfört med i kontrollgruppen. Justerade analyser visade att äldre i interventionsgruppen hade en lägre risk att vara fysiskt begränsade jämfört mot äldre i kontrollgruppen. Bland personalen visade interventionen sig ha en positiv effekt på deras upplevda arbetsmiljö.

Genom implementering av kompetensutveckling kring demensvård, fallprevention och om alternativ till fysiska begränsningsåtgärder i vården av äldre är det möjligt att till viss del påverka användningen av FBÅ. Resultaten antyder att interventionen snarare kan förebygga användning av FBÅ framom att direkt minska användningen. Utbildningsprogrammet har också en positiv effekt på personalens upplevda arbetsmiljö och vårdkvalitet.

# Tvång och skydd inom demensvård – ett etiskt dilemma

Anna-Liisa Suvanto


Universitetsadjunkt  
Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm, Sverige  
anna-liisa.suvanto@ki.se

När god vård och gott bemötande diskuteras inom vården menas ofta att vården ska präglas av ett respektfullt förhållningssätt. Personalen ska vara medvetna om de etiska koder och riktlinjer som finns. Begrepp som autonomi och integritet är centrala begrepp men som sällan är tydligt definierade utan förutsätts kunna uttolkas och konkretiseras av vårdpersonalen.

Tvång- och skyddsåtgärder inom demensvården saknar lagstöd i Sverige och tillämpades fram till för ett år sedan utifrån en föreskrift utfärdad av Socialstyrelsen. Ett flertal utredningar har gjorts och dessa bereds hos regeringen.

Den studie som här refereras genomfördes 2003 på två äldreboenden i Stockholm. Syftet var att belysa hur personalen tänker och resonerar kring sitt arbete med vårdtagare som är föremål för tvång- och skyddsåtgärder och att beskriva de etiska frågeställningar och utmaningar som personalen ställs inför. Personalens dilemma handlade i hög grad om att hantera den boendes egen vilja, ofta i kombination med nedsatt besluts- och omdömesförmåga, och den boendes säkerhet. Personalen försökte att i möjligaste mån tillgodose den enskildes önskan men saknade också tid och möjlighet att alltid göra det. Det är en smal gräns mellan omsorg och kränkning som personalen ska balansera på och det finns behov av möjlighet till diskussion och reflektion. Det etiska dilemmat förminsкас inte med en lagstiftning men ökar rättssäkerhet betydligt för såväl den enskilda som för personalen.

Det tycks som om skydd och tvång riktat till äldre personer och personer med demenssjukdom är en för lagstiftaren och allmänheten är förenat med större svårigheter än för motsvarande situation avseende yngre med psykiatrisk problematik där det finns en lagstiftning, samsyn och nästintill självklarhet att använda tvång- och skyddsåtgärder när den enskilda på grund av sjukdom brister i sin besluts- och omdömesförmåga med risk för sin egen eller andras säkerhet. Denna skillnad i syn och etiskt förhållningssätt kan också iaktas i den forskning som utförts avseende tvång- och skydd inom demensvården. I de flesta fall har utgångspunkten varit reduktion av tvång- och skyddsåtgärder medan få om ens någon studie fokuserat på om det finns tillstånd där tvång- och skyddsåtgärder är oundvikliga och ett avstående skulle vara etiskt betänkligt. Slutsatsen är att personal som befinner sig i vården av personer med demenssjukdom och där det finns behov av tvångs- och skyddsåtgärder har att hantera etiska dilemman både på individnivå och på samhällsnivå.

<p><i>Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaahan hoidossa</i></p>  <ul style="list-style-type: none"><li>• Modernin “hyvän” tutkimuksen tehtävänä selvittää, mikä vaikuttaa pakon käyttöä vähentävästi.</li></ul> <p>Tänään tiedetään, että henkilökunnan koulutus ja tiedon lisääminen → vähentää pakon käyttöä ilman, että kaatumisriski kasvaa tai että psykofarmakan käyttö lisääntyy.</p>	<p><i>Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaahan hoidossa</i></p> <p>Entä mitä tiedetään niistä muistisairaista, jotka tarvitsevat suojoitoimenpiteitä turvallisuuden takaamiseksi?</p> <p>→ Systemaattinen tutkimus heidän tilanteestaan puuttuu.</p>
<p><i>Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaahan hoidossa</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Onko lainsäädännön puuttumisella merkitystä tutkimuksen puuttumiselle?</li><li>• Kollektiivisen syyllisyyden ongelma? Onko tutkimuskohteella olemassaolon oikeutus, kun lainsäädäntö muistisairaiden rajoittamiskäytäntöjen säätelyssä puuttuu?</li></ul>	<p><i>Pakon käyttö ja turvan antaminen muistisairaahan hoidossa</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tarvitaan enemmän systemaattista tietoa niistä muistisairaista joiden turvallisuus voidaan taata vain pakko- ja suojoitoimenpiteillä. → Hoitomenetelmien kehittäminen muistisairaahan tarpeiden mukaan.</li></ul>

**Kuva 9.** Esitysaineistoa.

# A broad dialogue on coercion and consent in mental health

Héðinn Unnsteinsson

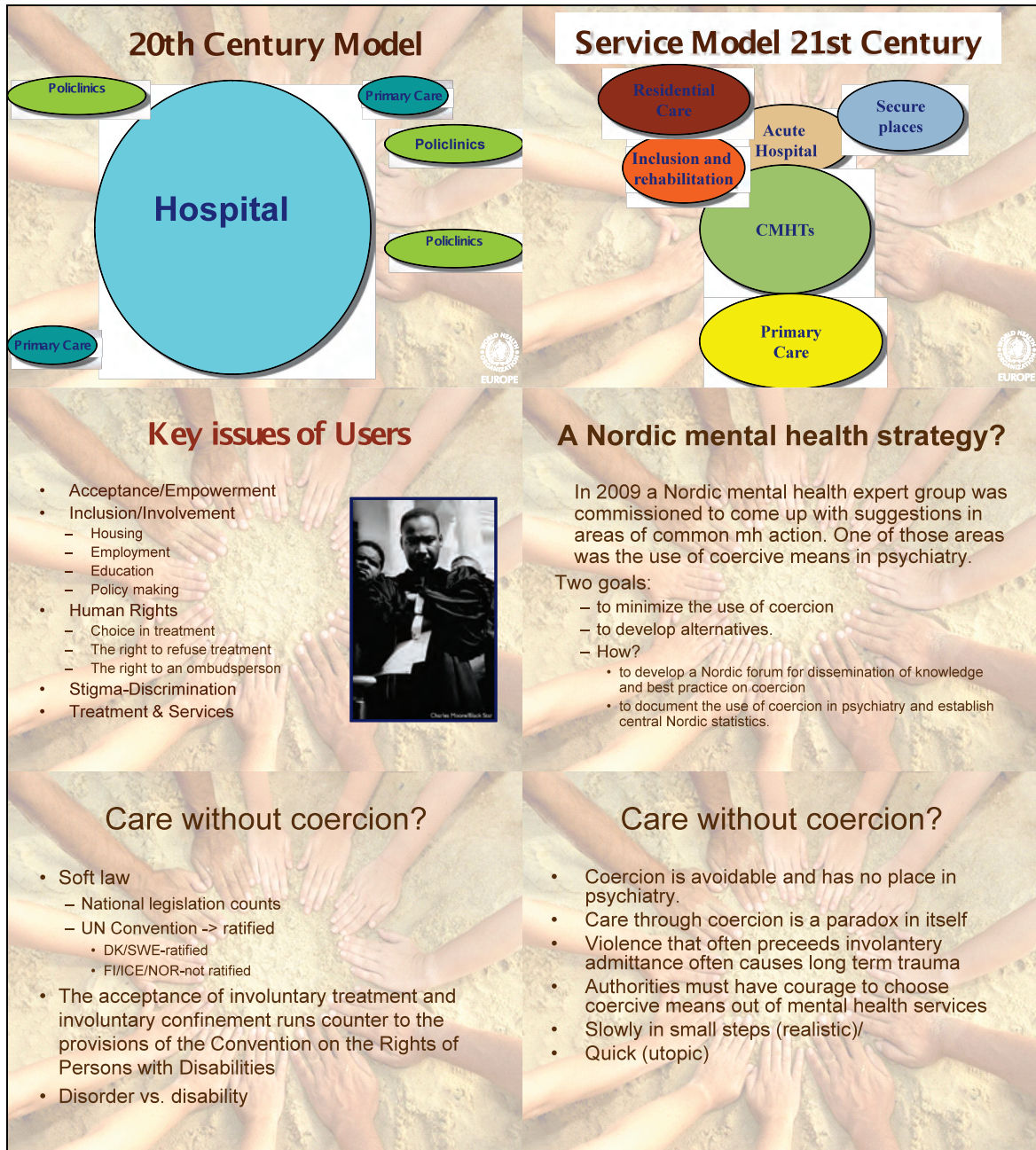
Policy analyst at the Icelandic prime minister's office and a mental health policy advisor  
Prime Minister's Office, Stjórnarráðshúsinu, 150 Reykjavík, Iceland  
hedinn.unnsteinsson@pmo.is

The mental health field is a dichotomous and subjective field, where there are few, if any, quantified guarantees for anything. When the subjective nature of lawmaking and the philosophy of ethics, politics and existence, the oasis of law, are added on top of that, as well as the emotional nature of everything that has to do with power, one has realise that nothing is absolute. That has to be taken into consideration when discussing liberty and coercion in mental health.

In 1859 John Stuart Mill concluded that authorities/governments should only interfere with an individual's liberty when it is for the protection of society. *“That the only part of the conduct of anyone, for which he is amenable to society, is that which concerns others. In the part which merely concerns him, his independence is, of right, absolute. Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign.”* Since then many treaties and laws have been passed to guarantee rights of people with mental health problems. The “get-out” clause opened by Mill has identified many of them. Are we moving in the right direction? What is the right direction?

A common denominator is that users of mental health services say that experienced unjust deprivation of liberty itself is always harmful. Free and informed consent should form the basis of treatment and rehabilitation people with mental health problems. Involuntary admission and treatment should be the exception and should take place only in very specific circumstances. Or should it? Should special mental health legislation outline these exceptional circumstances and lay down procedures to be followed for involuntary admission and treatment? Do international conventions and declarations sufficiently safeguard the rights of people with mental health problems? How well do they trickle down into, national bodies of law and how well are they implemented? Are users generally satisfied with the embodiment of the key issues these documents represent, issues of coercion and consent in our mental health systems? Can coercion ever be justified? Can coercion ever coexist along autonomy which is such a vital part of mental health?

In 2010 a Nordic mental health expert group was commissioned by the Nordic council of ministers to come up with suggestions in areas of common action. One of those areas was the use of coercive means in psychiatry. The group set two goals: to minimize the use of coercion and to develop alternatives. The means suggested to work towards those goals were to develop a Nordic forum for dissemination of knowledge and best practice on coercion and to document the use of coercion in psychiatry and establish central Nordic statistics. Are these goals, goals the Nordic countries should be working towards, or should the Nordic countries set an example and move towards care without coercion? Is that possible?



Picture 10. Presentation materials.



# PARALLELSESSION 5.

## BRUKARSTYRD PRAxis

### Förändring sker när vi förs mer än vi vågar

Moderator: Susanne Rolfner Suvanto

Sveriges Kommuner och Landsting, 118 82 Stockholm, Sverige  
Susanne.RolfnerSuvanto@skl.se

Workshopen ”Brukarstyrd praxis” fokuserade på hur psykiatrisk verksamhet kan utvecklas utifrån brukarnas perspektiv och delaktighet. Sessionen inleddes av Kerstin Ögård från Vasa, Finland, som genom sin personliga erfarenhet förmedlade kunskap om vikten av att lyssna till den enskildes och dennes närståendes erfarenheter och kunskap. Det utgör grunden för en effektiv vård och rimligen också bidra till en ökad arbetstillfredsställelse för personalen. Kerstin Ögård ville också föra in perspektivet att en psykos med nödvändighet inte bara behöver vara en negativ erfarenhet för den enskilda.

Ifrån Norge presenterades två projekt där brukarna var utgångspunkt för utvecklingsarbete och rutiner. Den gemensamma erfarenhet var att ett sådant perspektiv, förutom generellt ökad kvalitet, även minskat andelen tvångsvård och tvångsåtgärder.

Håkon T Johansen, Vestre Viken, beskrev utvecklingen av att vända trenden med rutiner för rutiner för sin egen skull, som ofta bidragit till irritation och upptrappning, som en viktig ledarskapsfråga. Viktigt att förändra attityder och anda och på djupet visa en vilja att förstå vad patienten vill säga.

Inger Aareskjold Salte, Jaeren DPS, beskrev hur man under sex år använt sig av brukarstyrd inläggning. Det innebär att patienter har ett kontrakt med vårdenheten om att kunna vid behov lägga in sig på avdelningen utan att bli ifrågasatt eller bedömd av jour eller motsvarande. Resultatet har inneburit färre tvångsvårdsinläggningar, fler korta egeninläggningar men totalt sett betydligt färre vårddyg.

Kommentarer från auditoriet:

- Erfarenhet från Danmarks satsning på att minska tvångsåtgärder är att så fort man släpper fokus, projektet är över så ökar tvångsåtgärderna igen. Det är därför viktigt att hela tiden fokusera och reflektera över vad man gör.
- Erfarenheten med brukarstyrd inläggning talar för att patienter inte så stor utsträckning som man vill hävda saknar sjukdomsinsikt. Det vittnar inte minst det minskade behovet av tvångsvård om.
- Det finns en potential att minska tvångsåtgärderna som är ganska stor även om man inte lyckas komma ner till 0.

Sammanfattningsvis visade workshopen att när brukaren och den närståendes kunskap, behov och önskan tas till vara ökar trivseln, tryggheten för samtliga som är involverade. Resurserna används mer effektivt och till och med blir över. När vi lyssnar på patienten/brukaren och agerar därefter blir det positiva effekter för både personal och patient.

# Hvordan redusere tvangsbruk i akuttavdelinger i samarbeid med pasientene?

Britt Marie Olsen, Håkon T. Johansen

**Forfattet av psykiatrisk sykepleier Britt Marie Olsen og foredratt av Håkon T. Johansen**

Håkon T. Johansen, Seksjonsleder- Akuttseksjon A/B

Klinikk for psykisk helse og rus, avd. Blakstad Akuttseksjon A/B, Vestre Viken HF

Postboks 83, 1309 RUD, Norge

HakonT.Johansen@vestreviken.no

Akuttseksjon A/B ved avdeling Blakstad, Vestre Viken HF deltok i BAT prosjektet (2006-2008) for å fremme kvalitetsutvikling av virksomheten, med fokus på pasientmedvirkning og reduksjon av tvangsbruk. Ansvarlig for å drive prosjektet har vært en tverrfaglig arbeidsgruppe inkludert to brukerrepresentanter. Gruppen mente det eksisterte holdninger og tilnærminger til pasientene som tilhørte den gamle asyltenkningen. Noen ansatte hadde et for høyt fokus på å korrigere og kontrollere pasientens atferd. Det bidro til å øke konfliktnivået, noe som kunne medføre bruk av tvang. **Det var for lite fokus på personalets ansvar for å tilby anerkjennende og individuell tilnærming.**

Problemstilling:

- Kan vi endre personalets holdninger?
- Vil endring av holdninger medføre redusert tvangsbruk?

Undervisning av personalet, ble valgt som et satsningsområde. Hovedmålene med undervisningen var å øke refleksjonen rundt egen praksis og å øke kunnskapen om anerkjennende miljøterapeutiske metoder (Vatne 2006). Undervisningen inneholdt teoretiske temaer og det var satt av god tid til refleksjon. Medlemmer av arbeidsgruppen har stimulert aktivt til å prøve ut alternativ tilnærming i pasientbehandling. Husregler er blitt revidert for å unngå for høyt fokus på begrensninger. Det ble gjennomført intervju av personale og pasienter for å undersøke nytteverdien av undervisningen, opplevd endring og forslag til videre arbeid. Resultatene fra personalintervjuene viste ved prosjektets formelle slutt at det ikke opplevdes en holdningsendring, men undervisningen ble opplevd som nyttig. Personalet syntes de reflekterte mer rundt pasientbehandling, og at det hadde blitt en større bevissthet rundt bruken av grensesetting og tvang. Flere opplevde at det skjedde en endring i tilnærmingen til pasientene, mot mer anerkjennende, fleksible og individuelle arbeidsmetoder. Personalet ønsket mer utdypende undervisning om temaene og spesielt om alternative arbeidsmetoder. Intervjuene med pasientene viste at de ikke opplevde tydelig endring i seksjonens tilnærming. Både personale og pasienter vektla tid, samtale, mulighet til å gå ut og tilrettelagt aktivitet som alternativ til tvangsbruk.

## Hva er gjort konkret fra 2006 til 2010?

Nå har det gått snart 3 år siden vår lokale rapport ble skrevet, men holdningsarbeidet i klinisk praksis har fortsatt i seksjonen. Opptaksområdet til seksjonen har vært det samme hele tiden, faglig ansvarlig overleger og seksjonsledelse har også vært den samme gjennom hele perioden.

Opplæringspakken som ble gjennomført overfor personalet, måtte kunne settes i sammenheng med målet om å påvirke kultur og holdninger. Vi gjennomførte tre temadeler i løpet av prosjektperioden:

1. Empati og profesjonell holdning og økt forståelse for egen praksis/kunnskap om tvang.

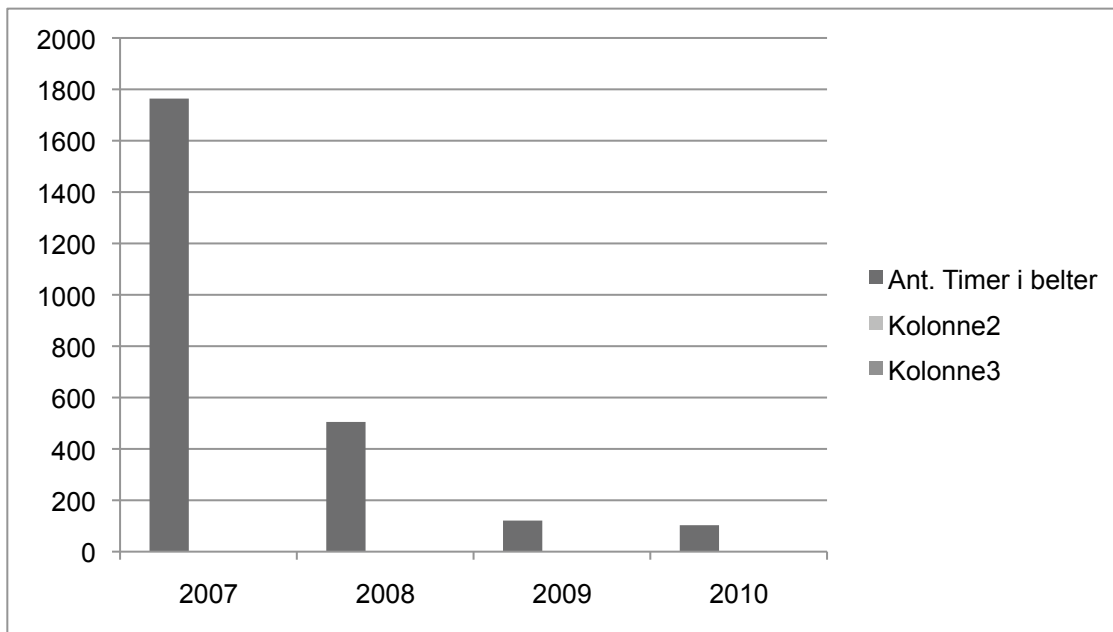
2. Bevisstgjøring rundt egen sykdomsforståelse og bekreftelse av følelser og opplevelser
3. Håndtering av vanskelige situasjoner, deeskaleringsteknikker.

**Del 1:** Pasienter og pårørende etterspurte en mer empatisk og respektfull tilnærming og det ble derfor naturlig å starte med begrepene empati og profesjonell holdning. Forskning viser at pasienter er mer fornøyd med behandlingen når hjelperne viser empati. Det er imidlertid lett å miste empatien for pasienter i psykiatrien, da mye av atferden er vanskelig å forstå og vekker mange vanskelige følelser i oss som skal hjelpe. Undervisningen tok opp ulike menneskelige behov, og hvordan disse kan forstyrre hjelperne i relasjonen, slik at en ikke lenger greier å opptre profesjonelt eller empatisk. Ulike kvaliteter hos hjelperne som styrker/svekker relasjonen og handlingsmønstre som inngir tillit/mistillit, ble vektlagt for å tydeliggjøre hva som regnes som god terapeutisk tilnærming. Et annet viktig tema var å få forståelse for den historiske utviklingen som har ledet til det korrigerende perspektivet, som fortsatt er mye brukt i psykiatrien. Mange av disse metodene har elementer hentet fra oppdragelse av barn og representerer ensidige relasjoner, der en har som mål å oppnå lydighet hos barnet/pasienten. En slik tilnærming er med på å skape en opplevelse av manglende likeverd og vil ikke fremme utvikling av indre ansvarlighet hos pasientene. Mange pasienter kom med kommentarer om at de følte de i ulike settinger ble behandlet som barn. Det korrigerende perspektivet forsterker og bidrar til en slik opplevelse.

**Del 2:** Det neste temaet i undervisningsrekken var en bevisstgjøring av egen sykdomsforståelse. I det korrigerende perspektivet er det den medisinske avviksmodellen som er rådende. I den modellen er fokuset på observasjon av pasienten og registrering av avvikende atferd. Målet med behandlingen blir å redusere den avvikende atferden og normalisere pasientens tilstand. Pasientens opplevelse av egen situasjon og meningen bak den avvikende atferden får lite oppmerksomhet. Gjennom undervisning kom det frem at det er mange og sammensatte årsaker til psykisk lidelse og avvikende atferd. Mange av pasientene har både medfødt sårbarhet og sammensatte traumeopplevelser. Hensikten med å velge sykdomsforståelse som tema, var at vår sykdomsforståelse påvirkes av vårt pasientsyn og menneskesyn. Vi ønsket å stimulere til en nyansert forståelse av psykisk lidelse og avvikende atferd, fordi det kan bidra til redusert stigmatisering av pasienter. Vi ønsket også i prosjektet å styrke relasjonen mellom pasienter og personale, og lære mer om anerkjennende arbeidsmetoder. Bekreftende kommunikasjon som metode virker relasjonsbyggende. Kommunikasjonsmetoden muliggjør affektintegrasjon. Bekreftelse av følelser metakommuniserer ”jeg ser deg”, ”jeg ser hvordan du har det” og ”du er deg, og jeg ser hvordan det er for deg”. Å bekrefte følelser og opplevelser har en atferdsregulerende effekt. Undervisningen var praktisk, med aktiv bruk av rollespill for å lære metoden. Undervisningen bevisstgjorde at det er lett å spore av fra pasientens opplevelser og følelser, og begynne å lete etter løsninger, evaluere/devaluere pasientens opplevelser etc. Gjennom metoden får personalet erfaring med å tåle pasientens følelser og opplevelser. Det oppøver bedre affekttoleranse og utvikler empatisk evne.

**Del 3:** Uansett hvor godt man forebygger, vil det oppstå situasjoner i akuttseksjoner der aggresjons- og konfliktnivået blir høyt. Vi anså det som viktig at personalet vet hvordan de best mulig skal håndtere disse situasjonene. Det at personalet kan føle seg tryggest mulig i slike settinger, er en forutsetning for at de skal evne å utsette seg for det presset det er å stå i slike situasjoner og jobbe med å senke affektnivå ved hjelp av kommunikasjonsmetoder. Gjennom undervisning fikk personalet teoretisk kunnskap om hvordan det er best å kommunisere med pasienter som er svært sinte eventuelt aggressive både verbalt og nonverbalt.

Av andre tiltak som ble iverksatt var en grundig gjennomgang av seksjonens ”husregler”. Disse var før revisjon mange og detaljerte og hadde en form og tone preget av kontrolltiltak; ”Du må..., du skal...” etc. Antall regler ble kraftig kuttet ned og tonen ble endret til ”Du oppfordres til..., det er ønskelig...etc. som oppfordrer til samarbeid istedenfor kontroll.



**Tabell 1.** Som tabellen tydelig viser, har det ikke bare vært en signifikant men en radikal endring av tvangsbruken innad i seksjonen. Denne artikkelen vil forsøke å ordfeste noe av årsaken til en slik radikal nedgang i bruk av tvang.

### Vi ønsker å drøfte/kommentere noen av årsakene til dette

Ved prosjektets slutt viste en spørreundersøkelse blant personalet at 8 av 10 opplevde at en prosess var igangsatt. De begrunnet endringene med økt fokus og refleksjon rundt relasjonen til pasienten, økt interesse for å forstå dem og hvordan man kommuniserer med dem. Det er også en økt refleksjon rundt tilnærmingen til pasientene og hvordan man grensesetter. Det nevnes en mykere og mer fleksibel tilnærming og at man bruker mer tid, ”gir pasienten en sjanse”, før man setter i verk strengere tiltak.

Et spørsmål som var oppe til diskusjon mange ganger, var utrygghet i forhold til sikkerhetsberedskap. Mange personale var utrygge på om vi greide å opprettholde et forsvarlig sikkerhetsnivå når vi fjernet mange husregler og tillot en betydelig mer individuelt tilpasset behandling. Erfaringene viser seg i ettertid å være at reglene vi hadde, og vår rigiditet i forhold til likebehandling, nok skapte flere konfliktsituasjoner enn de løste, men dette tok det tid før vi helt trodde på. Etter prosjektperioden har vi jobbet ytterligere med å konkretisere hva som er sikkerhetsregler (som ikke skal fravikes) og hva som er husregler (som er anbefalinger, men som kan fravikes).

Holdningen har gradvis endret seg hos personalet ved at nå oppleves mange flere negativt innstilt til å benytte tvangsmidler. Tidligere var det ofte negativ omtale om kollegaer som brukte tid i møte med svært urolig, truende og potensielt aggressive pasienter. Vi hadde en kultur som gikk mye på å korrigere atferdsavvik og handle raskt. Vi tålte i mye mindre grad å se pasientens følelser. Vi har også konkludert med at de som jobber med denne pasientgruppen må tåle mye uberettiget harme uten å agere tilbake på det.

Bruk av tid, empati og gjentatt informasjon er også en av årsakene til at også antall tvangsmedisineringer har gått ned. Vi godtar en større grad av ambivalens til medisiner hos pasientene. Vi bruker også lengre tid på å prøve å få med pasienten på en medisinering enn tidligere, før det eventuelt iverksettes tvangstiltak.

Alle var ikke like dedikerte til å forsøke å jobbe mot mindre tvangsbruk. Uenighet om hvordan vi skal tilnærme oss utfordrende pasienter, skaper lett konflikter som det tar tid å løse. Mange var usikre i forhold til hva skal man forsøke istedenfor tvang, og dessverre finnes ingen helt sikre oppskrifter man kan bruke. Det er tungt å være usikker på jobb og dette medfører dessverre at vi ikke alltid tør å prøve nye ting, men bruker det vi er trygge på.

Tankegangen om redusert bruk av tvang må være fundamentert i alle faggrupper. Det gjelder miljøpersonalet, behandlere og ledelse. Hvis noen av gruppene ikke er engasjert, vil resultatene ikke komme like lett. Det må være fokus på og oppmuntring til redusert bruk av tvang hele tiden, i alle ledd.

Vi har mange pasienter som har vært innlagt mange ganger og tidligere har vært utsatt for mye tvang. Når disse nå kommer inn, har de en negativ forventning til hva som vil skje med dem. Det tar tid også for dem å forstå at vi nå jobber litt annerledes, og det tar naturlig nok tid før de tør å stole på oss.

Vår deltagelse i BAT prosjektet har medført en svært positiv utvikling av vår drift og gitt et kontinuerlig fokus på en jobbmetode som skal redusere tvangsbruken.

# Gir lavere terskel mindre tvang?

Inger Aareskjold Salte

Jæren Distriktpsikiatriske senter, Postboks 163, 4349 Bryne, Norge  
Inger.aareskjold.salte@ihelse.net  
[www.jdps.no](http://www.jdps.no)

## Bakgrunn

Ved en spesialisert sengepost for behandling og rehabilitering av pasienter med alvorlige psykoser ved Jæren distriktpsikiatriske senter (DPS) ble to av 12 senger omgjort til kriseplasser. Hensikten med ordningen var å hjelpe pasienter gjennom en forverringsepisode uten å måtte gå via egen lege eller legevakt. For å ha rett til å benytte krisesengene må pasienten tidligere ha vært innlagt ved denne sengeposten og ha signert en kontrakt hvor betingelsene er nedtegnet. Avtale om kriseopphold kan også tilbys pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, men pasienten må samtykke til kriseoppholdet. I kontrakten er det nedfelt betingelser om at oppholdet skal være kortest mulig og maksimalt 5 døgn, og det må gå minst 14 dager mellom hver gang en har rett til å benytte kriseseng. Inntak på kriseplass kan skje alle dager mellom kl. 7 og kl. 21 etter telefonisk avtale med ansvarshavende sykepleier på sengeposten. Dersom disse betingelser ikke kan innfris, må en eventuell innleggelse skje etter ordinære prosedyrer.

At de to sengeplassene er brukerstyrte betyr at plassene er til pasientens disposisjon og at innleggelser skjer etter initiativ fra pasienten. Noen ganger er det pårørende eller det kommunale hjelpeapparatet som tar initiativet, men det er en betingelse at innleggelsen skjer i forståelse med pasienten. Holdningen til personalet i sengeposten er at terskelsen for innleggelse skal være lav. Det blir ikke gjort forsøk på å overtale pasienten til å vente eller finne andre løsninger. Tvert imot ønskes pasienten velkommen.

Et kriseopphold bærer preg av skjerming, støtte og struktur. Det gjøres minst mulig terapeutiske intervensjoner som for eksempel endring av medikamenter eller terapeutiske samtaler.

## Materiale og metode

Ordningen ble innført i januar 2005 og pasienter som man har tenkt kunne ha nytte av dette tilbudet, er fortløpende inkludert, vanligvis i forbindelse med en innleggelse. Alle pasienter som i desember 2006 hadde hatt avtale om kriseplass i mer enn ett år, ble inkludert i studien. Forfatterne bak evalueringsstudiene er ikke en del av behandlingspersonalet ved den aktuelle sengepost.

Den kvantitative del av undersøkelsen (ref) er gjennomført som en spillstudie, hvor forløpet etter dato for inngåelse av kontrakt om kriseopphold (intervensjonsperiode) sammenlignes med tilsvarende tidsperiode umiddelbart før (kontrollperiode). Hver pasient blir da sin egen kontroll.

Med pasientenes samtykke ble det samlet inn data for intervensjonsperiode og kontrollperiode for antall innleggelser, liggedøgn og bruk av tvangsinnleggelser. For alle kriseopphold ble det registrert varighet og tidspunkt for innleggelse.

## Resultat

Etter etablering av kriseplassordningen skjedde en markant endring i innleggelsesmønsteret. Innleggelsesfrekvensen økte på grunn av de brukerstyrte innleggelser, men samlet tid innlagt falt med 33%. Samlet tid tvangsinnlagt ble omtrent halvert, og annen tvangsbruk er nær fraværende blant pasienter innlemmet i studien. Gjennomsnittlig benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn. Det er færre innleggelser i helgene enn på ukedagene for øvrig. De fleste brukerstyrte innleggelser finner sted på dagtid, 45 % i tidsrommet mellom kl. 12-16. Studien viser også et lavere forbruk av krisesenger i forbindelse med ferier og høytid.

## Drøfting

Schizofreni er en sammensatt lidelse som krever langvarig, ofte livslang, oppfølging. For pasienten og de som bidrar i omsorgen er de sentrale utfordringene hvordan leve med og utholde restsymptomer, unngå symptomforverring og mestre dagliglivet. De fleste schizofrene får tilbakefall som krever behandling i institusjon. Pasientgruppen i dette materialet har langvarige sykehistorier med relativt høyt forbruk av institusjonsplasser før de har undertegnet kontrakt om brukerstyrt kriseplass. Et viktig behandlingsmål er å hindre tilbakefall både fordi det kan forverre prognosen og fordi det hemmer den videre sosiale rehabilitering. En bærende ide i dette prosjektet var at krisesengene, ved å tilby rask lindring, kan hindre større psykotiske sammenbrudd og derved ha en preventiv virkning på alvorligere tilbakefall.

## Motforestillinger

Under planleggingen av ordningen med brukerstyrte kriseplasser var det særlig to motforestillinger som ble framholdt. For det første at en omgjøring av to senger til kriseplasser forbeholdt en eksklusiv pasientgruppe ville innebære en reduksjon i tilgjengelige ordinære sengeplasser for andre brukere. Dessuten, ville det være forsvarlig å overlate ansvaret for bruk av sengeplasser til en så belastet pasientgruppe? Ville ikke den lette adgangen kunne føre til et misbruk av sengeplassene? Studien viser at begge disse motforestillingene var grunnløse. Riktig nok genererer hyppigere innleggelse mer arbeid i form av registreringer og journal- og epikriseskriving. Til gjengjeld oppleves et bedre samarbeid mellom brukere og personalet i forbindelse med kriseinnleggelsene.

Frykten for overforbruk av sengene bunnet i en tanke om at pasientene egentlig ønsket å være innlagt mest mulig. Slik er det ikke. Bare et mindretall av kriseoppholdene har hatt den maksimale varighet på fem dager. Ved 41% av kriseoppholdene har pasienten ønsket seg utskrevet etter bare ett døgn. En teoretisk maksimal utnyttelse av ordningen ville innebære 19 kriseopphold per år. Ut fra dette er det rimelig å anta at brukerne har forvaltet plassene etter intensjonene, - ikke som en varmestue, men som et tilfluktssted ved mindre og større kriser.

Etter at studien ble avsluttet er regelen om to ukers karantene mellom hvert kriseopphold fjernet. Verken brukere eller personalet ved avdelingen så dette som en tjenlig regel. Tvert imot la det et press på brukere som i enkelte perioder kunne ha behov for hyppigere kriseopphold. I tillegg er det åpnet for innleggelse alle dager, 24 timer i døgnet. Fra januar 2011 ble ordningen ytterligere utvidet ved at det ble tatt i bruk en tredje kriseseng.

## Brukerstyring

En bærende ide bak den omleggingen vi omtaler her er en vilje til å prøve ut en radikal tanke om å satse på medvirkning hos en brukergruppe med alvorlig sinnslidelse. Her dreier det seg ikke bare om brukermedvirkning, men om brukerstyring. Under dette ligger en tro på at også denne pasientgruppen kan, i hvert fall på et tidlig stadium, registrere egne symptomer og handle rasjonelt. Gjennom dette grep kan brukerne få erfaringer som gir mer kontroll over eget liv og redusert tvangsbruk.

Brukerstyringen impliserer at personalet ved avdelingen ikke overprøver brukerens ønske om opphold. Dette er en sårbar pasientgruppe med begrenset kapasitet til å mestre stress som for andre kan være banalt. Det kjente institusjonsmiljøet kan fungere som en trygg havn som reduserer stress og hindrer eskalering av symptomer. Ordningen fungerer dermed som et tertiærprofylaktisk tiltak.

Vi har også sett på om det er en tendens i retning av større eller lavere bruk av kriseplassene over tid. Når vi sammenligner de første 6 måneder med krisekontrakt med de siste seks, viser det seg at det har vært et fallende forbruk. Dette kan skyldes at pasientene ved undertegning av kontrakten var inne i en relativt aktiv sykdomsfase. En annen forklaring kan være at brukerne med tid og erfaring får mer realistiske forventninger til tilbudet.

## Tvangsbruk

En viktig side ved denne studien er anvendelsen av tvungent psykisk helsevern. Redusert tvangsbruk er en helsepolitisk målsetning og et gode for pasientene og for samspillet med pårørende og behandlere. I den undersøkte pasientgruppen er det bare fire av de 18 som ikke har vært innlagt på tvang i løpet av observasjonsperioden. Ved å gjennomgå hele sykehistorien finner vi at samtlige har vært innlagt minst en gang på tvangsparagraf. I vårt materiale har 50 av kriseoppholdene skjedd mens pasienten har vært under tvungent psykisk helsevern. Kriseinnleggelsene har imidlertid også for disse vært ønsket av pasienten selv. Dermed skjer det ikke en faktisk tvangsbruk selv om pasienten er undergitt tvungent psykisk helsevern. Nedgangen i ordinære innleggelse på tvang er betydelig. Samlet tid innlagt på tvang er halvert etter inngåelse av krisekontrakt dersom vi ikke regner med de brukerstyrte kriseoppholdene.

Etableringen av brukerstyrte kriseplasser har alt i alt mer enn innfridd forventningene. Pasientene har vis seg tilliten verdig og benyttet plassene etter intensjonen. Totalforbruk av liggedøgn i institusjon og døgn tvangsinnlagt har vist en klar nedgang. Personalet i sengeposten forteller om bedre behandlingsrelasjoner og den kvalitative delen av undersøkelsen (ref) hvor pasienter, pårørende og ansatte i den kommunale psykiatritjenesten ble intervjuet viser mer tilfredshet i alle ledd. Det er særlig to forhold som er viktige suksessfaktorer: Ved å etablere en kontraktfestet pasientrettighet øker pasientens autonomi og ved å senke terskelen for innleggelse skapes økt trygghet for pasienten og pårørende. Dette er trolig forklaringen på det paradoksale at økt tilgjengelighet gir et lavere forbruk.

## Referanser

Heskestad S., Tytlandsvik M. Brukerstyrtekrise innleggelse ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift Norsk legeförening nr.1-2008.

Tytlandsvik M., Heskestad S. Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost – ein kvalitativ evalueringstudie. Vård i Norden nr. 1-2009.



# Tvång i vården – brukarens synvinkel

Kerstin Ögård

Vaasan Mielenterveystoiminnan Tuki r.y., Gustavsrovägen 74 A 2, 65300 Vasa  
kerstinogard@hotmail.com

Är vård utan tvång en utopi? Nej, jag tror inte alls att det är en utopi. Däremot krävs det stora förändringar och en stor mängd god vilja för att uppnå dessa förändringar. Jag tycker mig se tecken på att viljan finns, men att det saknas redskap att skapa förändringarna. Tvånget är ett obehagligt inslag i vården, inte bara för patienterna utan också för vårdarna, och jag hoppas därför kunna bidra till att ge vårdpersonal verktyg till att minska tvånget.

De mest brutala tvångsåtgärderna (bältning, isolering och injicering) användas oftast då man måste tackla aggressivt beteende hos patienter i psykos. Min erfarenhet är att tvångsåtgärder också används då man vill avbryta en häftig psykos eller om patienten vägrar att ta sin medicin. För att kunna förebygga aggressivt beteende tror jag att det är viktigt att förstå vad det är som kan orsaka aggressivt beteende hos en psykotisk patient.

Vad händer egentligen i en psykos? När jag läser psykiatrins skildringar av psykos känner jag inte riktigt igen mig i dem. Det märks att beskrivningarna är observationer gjorda utifrån. En brukares upplevelse av sin egen psykos kan vara märkbart annorlunda. Man kan uppleva en ny slags energi och vitalitet, plötsligt känna mening i tillvaron, man kommer in i ett *flow*. Psykiatrins beskrivning fokuserar mer på det negativa, på rädslorna och de obehagligheter man kan uppleva i en psykos. Men psykosen kan också ha positiva aspekter, och dessa positiva aspekter kan bli bestående i en människas liv om hon får rätt slags stöd under sin psykos. Vårdpersonalens attityd till psykosen kan vara av avgörande betydelse.

Min uppfattning är att psykos kan orsakas av att en person har trauman eller rädslor som är för svåra att bearbeta och som förträngs och trycks ner i det undermedvetna. Att förtränga binder psykisk energi. Någon händelse i personens liv kan göra att fördämningen brister och det förträngda undermedvetna materialet tränger upp i medvetandet. Traumat är skrämmande och man vill kanske inte ta itu med det, men ju mer man försöker undvika sitt trauma, desto djupare ner i psykosen hamnar man. Energin som befrias driver personen in i psykosen och det kan vara väldigt svårt, nästintill omöjligt, att i dethär skedet avbryta psykosen. Dethär teorin har paralleller till stress-sårbarhetsmodellen, som används för att förklara varför vissa personer insjuknar i schizofreni.

Man kan tala om trauman som, om de undanträngs, leder till dissociationer. Om de ytterligare undanträngs leder de slutligen till hallucinationer. Hallucinationer skulle då vara undanträngda delar av en människas historia, d.v.s. delar som kräver uppmärksamhet men som inte hittar sätt att uttrycka sig i en människas medvetande. Jag tror att många som är i en psykos känner på sig, i psykets djupa lager, att om man lyckas nysta tillbaka händelsekedjan - ta sina hallucinationer, krympa dem till dissociationer, sedan till trauman och rädslor - och om man klarar av att möta dessa rädslor så kunde det leda till läkande. Jag tror att det är en djup inre vetenskap om att denna process är möjlig, om än smärtsam, som driver en person in i en psykos utan att personen känner att hon vare sig kan eller vill stoppa processen.

Det är i all välmening som vårdpersonalen då kommer in i bilden och vill stoppa psykosen, eftersom patienten inte själv är kapabel till det. Man vill skona personen från att gå igenom sitt personliga helvete. Men patienten själv kanske känner att hon vill gå vidare och vill gå igenom processen för att bearbeta sina trauman och kunna läka. Om hon känner att omgivningen vill stoppa processen kan hon känna sig motarbetad av vårdpersonalen, vilket kan tillspetsas och leda till aggressivt beteende. Vårdpersonalen kan uppfatta dethär som att den psykotiska patienten motsätter sig vård. Min uppfattning är att en psykotisk patient nog vill ha vård, men att hon kanske vill ha vård som hjälper henne att gå igenom sin psykotiska process, istället för vård som går ut på att stoppa processen. Genom att ge patienten den vård hon känner att hon behöver kunde man undvika situationer som leder till tvångsåtgärder.

Hur ska man då göra om man istället för att avbryta en psykos vill hjälpa en patient att *gå igenom* sin psykos? Vårdpersonalens attityd till psykosen är av stor betydelse: det vore viktigt att förstå att psykosen inte alltid bara är ett kaotiskt tankevirrvarr, utan att den kan vara en process där psyket söker lösning på ett problem. Den psykotiska patienten behöver känna ett empatiskt och kärleksfullt bemötande, och kunna uttrycka sina psykotiska upplevelser i en accepterande omgivning. Patienten behöver känna att vårdpersonalen inte fördömer hallucinationerna utan förstår att de har en mening. Man kan skapa trygghet för patienten genom kontakt. Det går att tala med en psykotisk patient trots att patientens tal inte följer ett logiskt mönster.

Behandlingsmetoder som baseras på att hjälpa en patient igenom en psykos har gett positiva resultat. Ett exempel är Jaakko Seikkulas ”Öppen dialog”-metod, som går ut på att patienten upplevs ha ett problem som är så oöverkomligt att det kan bara uttryckas med psykotiskt språk. För att hjälpa patienten skapar man en öppen dialog där man hör och tar emot det patienten säger utan att fördöma det eller försöka förändra. Patienten hittar så småningom ett sätt att uttrycka sitt problem med ett språk som är förståeligt även för andra. Genom den dialogiska processen hjälper man alltså till att föra problemet mot en lösning.

I en 2-årig uppföljning av patienter som vårdats med ”Öppen dialog”-metoden framgick att 82 % av patienterna endast hade milda psykotiska symptom eller helt saknade psykotiska symptom två år efter behandlingen. I en kontrollgrupp som fick traditionell psykiatrisk vård var motsvarande siffra 50 %. Patienterna som vårdades med den dialogiska modellen behövde också betydligt mindre medicinering. Endast 3 % av dessa patienter behövde regelbunden medicinering, då motsvarande siffra i kontrollgruppen var 100 %. Procentuella antalet återfall var 24 % mot kontrollgruppens 71 %. Dessutom klarade sig patienterna som vårdades med Seikkulas metod bättre i arbetslivet: endast 23 % levde på socialbidrag, då motsvarande siffra i kontrollgruppen var 57 % (Seikkula et. al., 2003). Det är min förhoppning att dylika behandlingsmetoder, som förutom att de ger väldigt goda resultat också är mycket ”mjukare” än traditionella metoder, skulle tas i bruk inom psykiatrin.

Det finns även andra psykiatriker som förespråkar liknande psykosbehandling. Gemensamt för dem är att de ofta själva har upplevt en ”psykotisk kris” som gett dem djupare insikter i den psykotiska processen. Min största inspiration är Sean Blackwell. Han saknar formell utbildning inom området men har forskat mycket kring psykos och andliga kriser. Han har skapat virtuella nätverk där brukare hjälper varandra att gå igenom psykos och jag har själv lyckats gå igenom en psykotisk process i hemmiljö med hjälp av det stöd som jag fått av Sean och hans nätverk. Processen var krävande men resulterade i emotionellt läkande och vetskapen att det går att bryta mönstret av kroniskt återkommande psykos.

Tyvär känner jag inte att den traditionella psykiatrin har gett mig den hjälp jag skulle ha behövt. Min första kontakt med den psykiatriska vården var följande:

*Jag var själv i isolering då jag var 17 år, fylld av panik och skräck, för de hade försökt ta ihjäl mej i 3 dagar redan. De hade stuckit giftninjektioner i mej, och t.o.m. satt mej i gaskammare, men jag vägrade dö, jag kunde inte. Runtomkring mej hörde jag att det viskades: 'hur är det möjligt att hon ännu lever, finns det faktiskt inget sätt att ta bort henne på...' Jag vet att de inte kunde förstå att jag var vid liv efter allt det där, och jag kunde inte själv heller riktigt förstå det. Mina föräldrar kom till sjukhuset och krävde att få se mej. De gav inte opp utan hämtade ut mej ur isoleringen. Då dörren öppnades hoppade jag opp i min pappas famn, in i trygghet. I den stunden gick jag från katatoniskt tillstånd till normal psykos.*

*Vad skulle ha hänt åt mej om ingen hade hjälpt mej? Om mina föräldrar hade trott på skötaren som sa: "nej det är inte bra att se henne nu, kom fast i övermorgon". Kanske mina föräldrar på något vis kände min smärta och orkade kräva att få se mej. De visste turligt nog inte om att det är omöjligt att få sin vilja igenom inuti en sluten psykiatrisk avdelning.*

Då jag skrev den här texten, 20 år efter att det hänt, fick jag min första flashback av den traumatiska händelsen. Flashbacken var så intensiv att det kändes som om väggarna i rummet jag befann mig i gled isär.

Sex dagar efter flashbacken hamnade jag på samma psykiatriska sjukhus i ett akut psykotiskt tillstånd. Min man var med mig och berättade för vårdpersonalen att injicering och isolering orsakat mig traumor tidigare och att det därför borde undvikas. Vårdpersonalen bad min man att avlägsna sig. Därefter injicerade de mig och satte mig i isolering. Jag var i isoleringen en hel dag och en hel natt, och det var... det var en lång natt.

Ibland undrar jag vad som är meningen med det som man går igenom. Jag har kommit till slutsatsen att det kanske inte finns några svar, andra än vad jag själv ger det. Dehär händelserna har motiverat mig till att jobba inom mentalvården och att försöka göra något så att möjligast få personer behöver uppleva det jag upplevt. Dehär upplevelserna har fört med sig något gott.

De brutalaste tvångsåtgärderna kan vara direkt traumatiserande för patienten, men att hållas i tvångsvård kan också kännas väldigt förnedrande. Under en sjukhusvistelse hölls jag i tvångsvård i fyra dagar efter att det konstaterats att jag inte var psykotisk. Orsaken var att jag var negativt inställd till vården och att läkaren tyckte att det är tråkigt att behöva "kapa" patienter som vill skriva ut sig genast då de har chansen. I de här fallet kände jag att läkarens egna behov körde över mina, patientens, behov. Läkaren hade bra empati- och dialogförmåga, vilket nog hjälpte mig, men personligen tycker jag att dylika arbetsmetoder är föråldrade. I Finland är det idag allmän praxis att inte följa mentalvårdslagens anda om tvångsvård. I patientjournaler skrivs in att man kom "överens" med patienten om den och den vårdproceduren, vilket gör det svårt för patienten att senare yrka på rättelse. I verkligheten har patienten inga juridiska rättigheter då hon är i tvångsvård. Patienten vet det, och läkaren vet det. Man är maktlös mot systemet, vilket bidrar till känslan av hopplöshet och den förnedring man känner under tvångsvården.

Hur vill andra brukare att vården skulle utvecklas? Patienter efterlyser mera empati och dialog. Man vill ha mera intresse från vårdpersonalens sida, att någon frågar hur man mår. Att patienten ska ha självbestämmanderätt angående sin egen vård. Dessutom efterlyses alternativa vårdformer, som t.ex. homeopati, mindfulness, healing, taktil stimulering etc. Många läkare förhåller sig skeptiskt till dessa alternativ, men de kunde bra användas som komplement till traditionell psykiatri om patienten så önskar. Det är ju patienten som sist och slutligen vet vad det är som skulle hjälpa just henne. Om patienten känner att alternativa vårdformer skulle få henne att må bättre borde det respekteras inom läkarkåren istället för att mötas med skepsis. Genom att sätta sig in i vad de innebär skulle läkarna bättre kunna hjälpa sina patienter.

Personligen tror jag att tvånget i vården även kunde minskas om man jämsides med den medicinska vårdmodellen använde en mera terapiinriktad vårdmodell. I den medicinska modellen ses t.ex. schizofreni som en livslång sjukdom vars symptom endast kan minskas med medicinering. I den terapiinriktade vårdmodellen ser man att det går att bli frisk från mentala problem. Den medicinska vårdmodellen behövs naturligtvis. Det finns psykosor som har biologiska orsaker, och det finns patienter med så svår traumabakgrund att annan behandling åtminstone i början inte hjälper.

I vårt land finns tusentals människor som åtminstone själva anser sig ha blivit friska från schizofreni och som har balanserade, lyckliga och produktiva liv. Dessa människor sitter på värdefull kunskap. Det känns positivt att dessa människors erfarenheter och upplevelser snappas upp inom psykiatrin och att det finns intresse att utveckla psykiatrin i en mera human riktning. God vård kan inte enbart definieras genom att tala om metoder. Det handlar om djupare saker, om medmänsklighet och förmågan att se. Läkande sker då vi blir sedda och hörda, då någon ser och förstår vem vi innerst inne är. Läkandets mirakel sker då någon genom att se det innersta, speciellt då man inte är kapabel att se det själv, kan bringa det till liv.

# PARALLELSESSION 6.

## BRUKARES ROLL I TILLSYN OCH UTVÄRDERING

Moderator: Matti Kaivosoja

Överläkare i psykiatri, blockchef

Mellersta Österbottens centralsjukhus, Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

matti.kaivosoja@kpsph.fi

Brukares ställning i förhållande till mentalvårds- och missbrukartjänster håller på att ändras radikalt. Brukarens sakkänedom har tidigare varit mera markant i missbrukarbetet och i synnerhet i AA rörelsen. I mentalvården har brukarens roll länge varit den passivt hjälpbehövandes. Även om det har funnits mentalvårdsorganisationer i Finland under en längre tid, så har brukarnas möjligheter att påverka tjänsterna varit begränsade. Utbildningen för nu med sig ändringar, brukarna stärker sitt inflytande och kan agera som en grupp.

Brukarnas delaktighet har officiellt inkluderats i mentalvårdspolitikens målsättning i Finland. Ett mål för den år 2009 godkända nationella mentalvårds- och missbrukarplanen (Mieli-planen) är att brukare skall delta i utvärdering, produktion och utveckling av tjänster. Redan år 2001 publicerade dock Centralförbundet för mental hälsa *Nya vindar för mentalvårdsarbetet*, med temat brukarnas egenmakt och utvärdering av maktutövande i vården. Den betonade samarbete, partnerskap och vikten av jämställdhet för utvärderings- och myndighetsverksamhet. En annan önskan var att minska problem i samband med stämpling och att utbilda brukarna för en expertroll.

Petri Karoskoski presenterade brukarutbildningen i Birkaland. Utbildning av brukare inom mentalvården har vid Tammerfors vuxenutbildningscentrum pågått i redan tio års tid. Utbildningen genomförs i samband med föreningen ”Muotialan asuin ja toimintakeskus ry” (Muotiala boende- och aktivitetscentrum) i Birkaland. En utbildningsmall har utvecklats, som från år 2011 också genomförs i Syd-Österbotten i samband med ett utvecklingsprojekt. Utbildningen är relativt långvarig och dess kärnpunkt är grupprocessen samt att hantera sina egna erfarenheter. Ordet empowerment beskriver processen väl. Brukarna har utvärderat bland annat psykoterapi, hälso- och sjukvård och läkarens verksamhet. Presentationen demonstrerade väl hur blinda tjänsteleverantörer är för sin egen verksamhets missförhållanden.

Kaisa Saavalainen presenterade Centralförbundet för mental hälsa och Karleby stads gemensamma brukarutbildningsprojekt i Karleby. Utbildningen i Karleby var kortare men mera intensiv. Även i denna utbildning var det viktiga brukarnas egna berättelser och att våga dela med sig av sina erfarenheter. Presentationen betonade förändringen i brukarnas roll från passiva mottagare av tjänster till aktiva aktörer. Det som var nytt i den här utbildningen var att gruppen deltog i utvärderingsutveckling av anstalter och boenden, som en del av det internationella ITHACA-projektet. Gruppen deltog först i skapandet av en intervjuram och därefter utfördes utvärderingsbesök i flera enheter. Slutligen presenterade Kaisa Saavalainen tre exempel på god praxis, som brukarna hade identifierat i sin utvärdering av enheterna i Mellersta Österbotten; att tidigare brukare berättar om sina erfarenheter av rehabilitering i missbrukarenheter, att progressivt stöda unga människors självständighet i boenden och behandling genom fysisk närvaro vid krissituationer på psykiatriska avdelningar.

I sessionen konstaterades att målsättningen för brukares deltagande i ”Mieli”-planen bemöttes med öppen förvåning bland professionella inom mentalvården när planen publicerades. Personalen var inte medveten om behovet av en ny sorts expertis och speciellt inte om konceptet ’brukareexperter’. Trots detta har brukarnas delaktighet ökat under de senaste två åren. Diskussionen om det aktuella läget var uppmuntrande och det fanns hopp för att brukarverksamheten kommer att spridas till fler områden. Samtidigt fanns det en viss oro för att verksamheten kan bli tillfällig, om brukarnas delaktighet inte ges tillräckligt starkt stöd.

# KÄYTTÄJÄN ROOLI VALVONNASSA JA ARVIOINNISSA

**Moderaattori: Matti Kaivosoja**

LT, ylilääkäri, psykiatrian tulosaluejohtaja

Keski-Pohjanmaan keskussairaala, Mariankatu 16-20, 67200 Kokkola

matti.kaivosoja@kpsph.fi

Mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien ihmisten asema suhteessa palveluihin on nyt voimakkaasti muutoksessa. Palvelujen käyttäjän asiantuntemus on ollut enemmän esillä päihdetyössä ja erityisesti AA-liikkeen vaikutuksesta. Mielenterveyspalveluissa käyttäjä on ollut pitkään passiivisempi avun tarvitsija. Vaikka Suomessa on pitkä ollut mielenterveystyön järjestöjä, palvelujen käyttäjän vaikuttamismahdollisuudet palveluihin ovat olleet vähäiset. Koulutus on nyt tuomassa muutosta, palvelujen käyttäjät vahvistavat keinojaan vaikuttaa ja voivat toimia ryhmänä.

Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen on otettu Suomessa virallisesti mielenterveyspolitiikan tavoitteeksi. Vuonna 2009 hyväksytyyn kansallisen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman yksi tavoite on kokemusasiantuntijoiden osallistuminen palvelujen arviointiin, tuottamiseen ja kehittämiseen. Kuitenkin jo vuonna 2001 Mielenterveyden keskusliiton julkaisussa Toisin tehden – uusia tuulia mielenterveystyöhön, jonka teemana on kuntoutujien voimaantuminen ja hoitoon liittyvän vallankäytön uudelleenarviointi. Se painotti vertaistoiminnan ja viranomaistoiminnan yhteistyötä, kumppanuutta ja tasaveroisuutta. Lisäksi haluttiin vähentää ongelmiin liittyvää leimaa ja nostettiin esille palvelujen käyttäjien kouluttautuminen asiantuntijan rooliin.

Petri Karoskoski esitteli kokemusasiantuntijoiden koulutusta Pirkanmaalla. Mielenterveysalan kokemusasiantuntijoita on koulutettu Tampereen Aikuiskoulutuskeskuksessa koulutettu jo kymmenen vuoden ajan. Koulutus on toteutettu yhteistyössä Pirkanmaalla toimivan Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen kanssa. Koulutuksessa on kehitetty oma malli, jota on vuonna 2011 toteutettu myös Etelä-Pohjanmaalla yhdessä kehittämishankkeen kanssa. Koulutus on varsin pitkäkestoinen, keskeistä siinä on koulutettavien ryhmäprosessi ja koulutettavien omien kokemusten käsitteleminen. Sana voimaannuttaminen kuvaa hyvin prosessia. Kokemusasiantuntijat ovat arvioineet mm. psykoterapiaa, sairaalahoitoa ja lääkäreiden toimintaa. Esitys toi hyvin esille sen, miten palvelun tuottajat ovat sokeita oman toimintansa epätarkoituksenmukaisuuksille.

Kaisa Saavalainen esitteli Kokkolassa Mielenterveyden keskusliiton ja Kokkolan kaupungin yhteisen hankkeen kokemustutkijakoulutusta. Tämä koulutus oli lyhempi, mutta intensiivisempi. Myös tässä koulutuksessa koulutettavien omien tarinoiden käsittely ja rohkaistuminen omien kokemusten esittämiseen olivat tärkeitä. Esityksessä painotettiin kokemustutkijan roolin muutosta passiivisesta palvelujen vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Tässä koulutuksessa oli uutta, että ryhmä osallistui laitosten ja asuinyksiköiden arvioinnin kehittämiseen osana kansainvälistä ITHACA-hanketta. Aluksi ryhmä osallistui haastattelurungon luomiseen ja sittemmin sovelsi sitä arviointikäynneillä useissa yksiköissä. Lopuksi Kaisa Saavalainen esitteli kolme hyvää käytännettä, jotka kokemustutkijat olivat tunnistaneet keskipohjalaisia yksiköitä arvioidessaan; entinen asukas käy kertomassa kokemuksiaan kuntoutumisesta päihdeyksikössä, itsenäisyyteen tukeminen nuorten tukiasumisyksikössä ja vierihoidon psykiatrisella osastolla.

Sessiossa todettiin, että Mieli-suunnitelman julkistamisen yhteydessä käyttäjien osallistumista koskeva tavoite kohtasi avointa hämmästelyä mielenterveyspalvelujen ammattilaisten keskuudessa. Työntekijät eivät tunnistaneet uudenlaisen asiantuntijuuden tarvetta ja varsinkin käsitettä kokemustutkija vierastettiin. Kuitenkin käyttäjien osallistuminen on lisääntynyt viimeisten kahden vuoden aikana. Keskustelussa nykytilaa pidettiin rohkaisevana ja toivottiin, että toiminta leviää useammille alueille. Samalla esitettiin huolta siitä, että toiminta voi jäädä tilapäiseksi, mikäli palvelujen käyttäjien osallisuudelle ei ole riittävän voimakasta tukea.

# Miten kokemusasiantuntijat arvioivat psykiatrista hoitoa?

Petri Karoskoski

Kouluttaja, sosiaalipsykologi  
Tampereen Aikuiskoulutuskeskus, PL 15, 33821 Tampere  
Petri.Karoskoski@takk.fi

Mieli 2009 –työryhmän toimenpide-ehdotuksen mukaan: ” Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin”. Kokemusasiantuntijoilla tarkoitetaan henkilöitä, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- ja päihdeongelmista, joko niistä itse kärsivänä, niistä toipuneena tai palveluita käyttäneenä tai omaisena tai läheisenä.

## Mistä kokemusasiantuntijat tulevat?

Kokemusasiantuntijana toimiminen on vaativaa työtä. Siihen ei ole hyvä lähteä mukaan valmentautumatta, kylmiltään. Mielenterveysalan kokemusasiantuntijoita on Tampereen Aikuiskoulutuskeskuksessa koulutettu yhteistyössä Pirkanmaalla toimivan Muotialan asuin- ja toimintakeskuksen kanssa jo kymmenen vuoden ajan.

Kymmenvuotisen koulutuskokemuksen pohjalta on laadittu vuoden mittainen kokemusasiantuntijan koulutusmalli, joka toteutettiin yhtenä kokonaisuutena ensimmäistä kertaa yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Pohjanmaa-hankkeen kanssa. Tämä koulutus päättyi kuluvan vuoden (2011) huhtikuussa. Palaute koulutuksesta on ollut kannustavaa. Pitkä koulutusrupeama koettiin voimaannuttavana prosessina, jossa tiedollisen aineksen ohella vahvasti korostuivat myös vertaistuki ja merkityksellisyyden kokemus. Elämäntarinoiden kirjoittaminen ja niiden pohjalta laaditut puhe-esitykset ovat kokemusasiantuntijakoulutuksen ydinsisältöä. Lisääntyneen itseymmärryksen lisäksi kuntoutuja saa äänen ja tilaisuuksia tulla kuulluksi. Näistä elämäntarinoista ja niiden ympärillä käydyistä keskusteluista välittyy kokemustietoa psykiatrisen hoidon vahvuuksista ja myös puutteista. Seuraavaan olen koonnut kriittisen katsauksen psykiatrisen hoidon ja psykoterapian joistakin piirteistä palveluiden käyttäjien ja heidän omaistensa kommentteista lähtien. Keskusteluja on käyty koulutustilanteissa yhteensä noin sadan mielenterveys- ja päihdekuntoutujan kanssa. Palvelujen käyttäjien siteeraus on peräisin omista muistiinpanoistani.

## Psykoterapia

Palvelujen käyttäjien kokemukset psykoterapioista ovat pääsääntöisesti positiivisia. Terapia on erityisesti auttanut ymmärtämään omaa elämää, esimerkiksi jatkuvia vaikeuksia läheisissä ihmissuhteissa ja psyykkiseen sairastumiseen johtaneita tekijöitä. Terapia on auttanut näkemään asioiden taakse ja antanut kokemuksia huomioiduksi ja kuulluksi tulemisesta. Terapeutin ja asiakkaan välinen suhde, sen luottamuksellisuus ja luontevuus näyttävät usein terapiateknistä ja analyttistä osaamista tärkeämmiltä. Myötätuntoiset, asiakkaansa aidosti kohtaavat psykoterapeutit saavat kiitosta. Terapia-asiakkailta on myös kokemuksia vähäisestä ja jopa negatiivisesta koetusta hyödystä.

Terapiaan hakeutuminen sen sijaan näyttäytyy turhan mutkikkaana ja käyttäjälle hankalana prosessina. Hakeutumisen ja terapiaan pääsyn ”logiikka on täysin sumea”. Usein ihmetellään miksei psykoterapia kuulu kiinteästi psykiatriseen hoitosuhteeseen. Miksi eivät psykoterapeutit ole erikoissairaanhoidon palveluksessa, jolloin esimerkiksi laitoshoidon aikana aloitettu terapiasuhde voisi mutkattomasti jatkua myös sairaalasta lähdön jälkeen? Ulkopuolinen tarkkailija näkee psykiatrisen hoidon tämän päivän käytäntöjen taustalla rakenteita ja malleja, jotka ovat vielä peräisin vanhakantaisesta ja taakse jääneestä jyrkästä avo-laitos kahtiajaosta.

## Sairaalahoito

Moni kokemusasiantuntija on ihmetellyt varsinaisen hoidon (hoidoksi koettujen asioiden) vähäisyyttä psykiatrisessa sairaalassa. Ollaan vaan ja odotetaan jotakin, ”katsotaan kun tapetti seinällä haalistuu”. ”Keskustelet sitten, kun se omahoitajasi palaa vapailtaan.” ”Kyllä sitä musiikkiterapiaa on, mutta terapeutti on nyt pitkällä sairauslomalla”. ”Tullessani koin elokuvan Päivä Murelina.” ”Hoitajilla ei ole aikaa, istuvat koko ajan koneella”.

Potilaan kohtelu sairaalassa on toisinaan ollut kuntoutujien omien kokemusten mukaan epäkunnioittavaa ja suorastaan tylyä. Hoitajan vuorovaikutuskäyttäytyminen ja puhetyyli saattavat olla peräisin laitoshoidon valtakaudelta, vaikka potilasaines ja hoitoajattelu ovat suuresti muuttuneet. Ymmärtävän kohtaamisen sijaan hoitajilta tulee tiukkaa tekstiä ja kieltoja ja rajoituksia, jotka eivät aina ollenkaan ole kestäväällä tavalla perusteltuja. Kielletään ja rajoitetaan ikään kuin tavan takaa, kun nyt kerran mielisairaalassa ollaan. Erityisen ongelmallisena koetaan yöaika. On selvää, että öisin pitäisi nukkua, mutta kun samassa potilashuoneessa saattaa kolme muuta potilasta kuorsata äänekkäästi ja öisin ahdistavat ajatukset myös voivat estävää nukahtamasta. Kärsimättömän yöhoitajan kireäsävyinen ”pysy huoneessa tai joudut erkkaan” – kommentti ei unentuloa edistä. Olisiko mahdotonta keittää yhdessä vaikka kupillinen teetä tai jutella muutama minuutti rauhalliseen tyyliin? Kovapintaisen tyylin ohella ilmenee myös kohtelua, jossa potilaaseen suhtaudutaan kuin pieneen lapseen. ”Hoitajista valtaosa kohteli kuin lasta.” Sekä kasarmimeiningistä että lapsenomaisesta tyylistä pitäisi nykyaikaisessa sairaalahoidossa päästä pikimmiten eroon.

Hoitokulttuuri on monelta osin kehittynyt ja nykyaikaistunut. Esimerkiksi kouluttamattomia sijaisia ei erikoissairaanhoidossa työntekijöinä enää tapaa. Silti osa käytännöistä ja asenteista on edelleen päivittämättä. ”Ihanaa oli päästä somaattiseen sairaalaan, siellä pidettiin ihmisenä ja oltiin kohteliaita”.

Omien vaikutusmahdollisuuksien puute hoitoa koskevissa asioissa koetaan edelleen ongelmana. Kuntoutujan voisi jo ottaa aivan oikeasti mukaan hänen oman hoitonsa suunnitteluun. Monella heistä on tärkeää tietoa siitä mikä lääke tai muu hoito juuri hänelle sopii. Kyllä tätä tietenkin huomioidaan, mutta usein kuitenkin näennäisesti tai vaan liian vähän.

## Lääkärit

Arvostus hyvää lääkäriä kohtaan on edelleen korkealla. Potilaille on kokemuksia myös heihin välinpitämättömästi ja suorastaan vihamielisestikin suhtautuvista lääkäreistä. Järjestelmä tuottaa runsaasti kirjattua tietoa potilaasta, mutta silti moni potilas kokee, että hänen kokonaistilanteensa voi olla huonosti hoitavan lääkärin tiedossa. ”Määräsi lääkkeitä, jotka juuri vuosi sitten oli todettu täysin sopimattomiksi”. ”Katsoi papereista diagnosoinkin väärin”. Lääkärit koetaan kiireisiksi ja hoitotiimin ulkojäseniksi. Myös hoitajien taholta tulee tämän suuntaisia kommentteja. Lääkäri on osastotyössä toisinaan kuin konsultti. ”Joko se nyt taas kerkisi lähteä”. Osalla lääkäreistä on kanslia osaston lisäksi hallintorakennuksessa ja vielä yksityisvastaanottokin. Muu hoitotiimi ei riittävästi tiedä lääkärinsä liikkeistä. Järjestelmän ulkopuolista tarkkailijaa ihmetyttää yhden ammattiryhmän suuri vapaus, kun samalla muiden työaikaa mitataan ja seurataan minuutin tarkkuudella. Miten lääkärit saataisiin kiinnittymään voimakkaammin moniammatillisiin tiimeihin ja potilastyöhön. Olisiko jo aika antaa ammattijohtajien hallinnoida ja kokeneiden psykiatrien palata pääosin potilastyöhön.

Yhteiskunta on muuttunut, psykiatristen sairauksien kuva ja luonne ovat muuttuneet, kuntoutujan näkymät ja mahdollisuudet ovat parantuneet. Psykiatrisella hoidolla on käyttäjäpalautteen perusteella arvioituna paljon kirmistä. Olisiko yksi merkittävä askel kokonaan luopua vanhoista mielisairaaloista ja viedä psykiatrisen laitoshoidon pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen. Siitäkin huolimatta, että vanhojen sairaaloiden pihapiirit ovat kauniita ja kulttuurihistoria arvokasta.

# Kokemustutkimusta Kokkolassa

Kaisa Saavalainen

Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry, Vanhankartanontie 4 A, 67100 Kokkola  
kaisa.saavalainen@gmail.com

## Mikä on kokemustutkija?

- Mielenterveys- ja/tai päihdekuntoutuja, joka oman kuntoutumisensa ja kokemuksensa kautta kykenee heijastamaan palveluiden toimivuutta ja tekemään tutkimustyötä
- Kokemuservioinnissa tähdätään yleispätevään, reflektoidulle kokemukselle perustuvaan mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tiedon tuotantoon
- Takana kokemustutkijakoulutus
- Kokemustutkijakoulut olivat osa YYA-hanketta (MTKL)

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat ry

## Kokemustutkijakoulutus

- Koulutus kevään 2008 aikana
- Tieteellisen koulutuksen toteutti MTKL
- Opiskeltiin tutkimustyön perusteita; teemahaastattelurungon laadinta, haastattelutekniikka ja litterointi
- Oman elämäntarinan hahmottaminen
- Vertaisuuden ja ryhmäytymisen voima

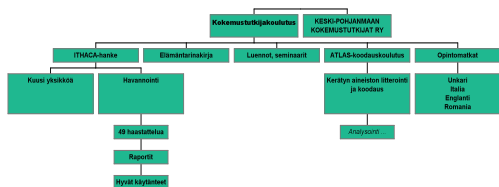
Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat ry

## Kuntoutujasta kokemustutkijaksi

- Vaatii uuden roolin omaksumisen passiivisesta palveluiden käyttäjästä aktiiviseksi vaikuttajaksi
- Oma sairastuminen sai uuden merkityksen
- Vaatii taustalle jonkun tahon, joka luottaa kuntoutujan kykyyn toimia kokemuksen asiantuntijana
- On ”väylä” vaikuttaa
- Tavoitteenamme on tulla hyväksytyksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiantuntijaksi ammattilaisten rinnalle

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat ry

## Mitä olemme tehneet



Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat ry

## Mikä on ITHACA-hanke?

- Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment
- 3-vuotinen (2007-2010) kansainvälinen hanke, jossa oli mukana 16 Euroopan maata
- Hanke tutki ihmisoikeuksien ja terveydenhuollon toteutumista mielenterveys- ja päihdehuollon laitoksissa ja asumispalveluyksiköissä
- Suomessa hanke toteutettiin Pohjanmaan alueella Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen mielenterveystyön Vaasan alueyksikössä

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat ry



## Teemahaastattelurunko

- Fyysinen terveydenhoito ja kuntoutus laitoshoidossa
- Vallankäyttö, pakkokeinot ja epäasiallinen kohtelu laitoksissa
- Itsenäisen elämisen tukeminen laitososuhteissa
- Mielenterveys- ja päihdekuntoutumisen tukeminen laitoksessa
- Kaikkiaan 18 kysymysosiota + täydentävät kysymykset

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat  
ry

## Suosituksia

- Oma huone laitos- ja asumispalvelusuhteissa
- Lääkärintarkastus fyysisten sairauksien kartoittamiseksi
- Asiakkaiden pitää voida osallistua yksikön sääntöjen laadintaan
- Kuntoutumista tulisi tukea osastohoidon alusta lähtien
- Vertaistukiryhmät
- Eristämisen sijaan vierihoitoa (rauhoitushuone)
- Kuilua osastohoidon ja avohoidon välillä tulee madaltaa
- Kokemuservioinnin vakiinnuttaminen

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat  
ry

## Kolme hyvää käytännettä

1. Entinen asukas käy kertomassa omaa kuntoutumistarinaansa ja muu vertaistuen käyttö (päihdekuntoutusyksikkö)
2. Itsenäisyyteen tukeminen prosessinomaisesti (nuorten itsenäistymis- ja asumispalveluyksikkö)
3. Vierihoidon psykiatrisella osastolla

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat  
ry

## Kiitos!!

- Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry
- [Kkokemustutkijat@gmail.com](mailto:Kkokemustutkijat@gmail.com)
- 046-5545196

Keski-Pohjanmaan Kokemustutkijat  
ry

**Kuva 11.** Esitysmateriaalia.

# PARALLELSESSION 7.

## CARE WITHOUT COERCION

Moderator: Maritta Välimäki

Professor

University of Turku, Department of Nursing Science, 20014 Turku  
mava@utu.fi

The theme of the workshop was "Care without coercion". The three speakers were Sigurstein Masson (ViVe-Virkere velferd), Erik Olsen (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere) and Markku Salo (The Social Psychiatric Foundation in Lahti District).

### In general

The presentations clearly indicated that service users form impressions of their own situation. These views must be considered when important treatment decisions are made. The views were based on the service users' own personal experiences and provide valuable information regarding the quality of care from the clients' perspectives.

The session highlighted thoughts regarding issues such as medication, the use of coercion, isolation, patient restraint and general treatments in the health care system. As the illness and the experiences of treatment are unique to each person, they cannot be ignored or underestimated - nor can they be generalised. The speakers underlined that every user of health care services has the right to bring their own views on treatment, regardless of the directions of the views.

In his comprehensive presentation, Erik Olsen pointed out that taking service user opinion into account would not necessarily mean that the current available treatment methods (e.g. medication) would end completely. However, it is still important to discuss the issues from different perspectives and consequently form a common understanding of the situation.

### What did we hear?

It is valuable and important to listen to individuals' narratives concerning the use of coercion. In health care services, service users' thoughts and suggestions for developing care are needed, for instance in creating alternative approaches. The use of coercion is not only a question of implementing individual treatment interventions. Solutions to the issue require broader and more diverse approaches. These include measures to eliminate the stigma of mental health and ensuring equal opportunities for all. Information regarding best practices and successful solutions are also needed and these should be disseminated to the broader population.

### What should be done?

- More information of the experiences and views on treatment issues of service users and informal carers are needed in health care. Natural communication aids the process of finding a common understanding as well as enables comprehension and acceptance of different perspectives.
- Existing services and treatment methods should be subjected to thorough reviews. Assessment and identification of problems would be a positive step towards the development of care.
- The society should do everything possible to support equality and avoid illness-related stigma.
- A successful treatment process requires communication skills from various parties. To learn these is important for all – staff, clients and relatives. The ability to negotiate and exchange opinions is the key to cooperation between clients and staff.
- And finally - we need action - not just talk!

# HOITO ILMAN PAKKOA

Moderaattori: Maritta Välimäki

Professori  
Turun yliopisto, 20014 Turku  
mava@utu.fi

Workshopin teemana oli ”Hoito ilman pakkoa”. Kuulimme kolme mielipidepuheenvuoroa, jotka pitivät Sigurstein Masson (ViVe-Virkere velferd), Erik Olsen (Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere) sekä Markku Salo (Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö).

## Yleistä

Puheenvuoroja yhdisti selkeä mielipide siitä, että kokemusasiantuntijoilla on näkemyksiä omasta tilanteestaan. Näitä näkemyksiä on kuunneltava tärkeitä hoitopäätöksiä tehtäessä. Näkemykset perustuvat kokemusasiantuntijoiden omaan henkilökohtaiseen kokemukseen, joka antaa arvokasta palautetietoa hoidon laadusta asiakkaiden näkökulmasta.

Puheenvuoroissa tuotiin esiin mielipiteitä mm. lääkityksestä, pakon käytöstä, eristämisestä, sitomisesta ja ylipäättään kohtelusta terveyspalvelujärjestelmässä. Koska sairauten ja sen hoitoon liittyvät kokemukset ovat kullekin henkilölle ainutkertaisia, niitä ei voi ohittaa aliarvioida – eikä myöskään yleistää. Puheenvuoroissa tuotiin esiin, että jokaisella terveyspalvelujen käyttäjällä onkin oikeus tuoda omat mielipiteensä hoidosta, olivatpa mielipiteet minkä suuntaisia hyvänsä.

Erik Olsenin kokoavassa puheenvuorossa tuotiin esiin se, että mielipiteiden esittäminen ei toisaalta merkitse sitä, että nykyisistä käytössä olevista hoitokeinoista (esim. lääkitys) tulisi kokonaan luopua. On kuitenkin tärkeää keskustella asioista eri näkökulmista ja sitä kautta muodostaa yhteinen ymmärrys asioiden tilasta.

## Mitä kuulimme?

On arvokasta ja tärkeää kuulla niiden ihmisten kertomuksia pakon käytöstä. Terveystieteidenhuollossa tarvitaan kokemusasiantuntijoiden ajatuksia ja kehittämisehdotuksia hoidon kehittämiseksi, esimerkiksi vaihtoehtoisten toimintatapojen luomiseksi. Pakon käytössä ei ole kysymys pelkään yksittäisten hoitotoimenpiteiden toteuttamisesta. Tilanteen ratkaisemiseksi tarvitaan laajempia ja monimuotoisempia keinoja. Nämä ovat esimerkiksi toimenpiteet stigman poistamiseksi mielenterveyskysymysten ympäriltä ja tasa-arvoisten mahdollisuuksien turvaamista väestössä. Tarvitaan myös tietoa hyvistä käytänteistä ja onnistuneista ratkaisuista, joita tulisikin levittää laajemmin väestön tietoisuuteen.

## Mitä tulisi tehdä?

- Terveystieteidenhuollossa tulisi olla entistä paremmin tietoisia palvelujen käyttäjien ja heidän omaistensa ja läheistensä kokemuksista ja mielipiteistä hoitoon liittyvistä kysymyksistä. Luonnollinen keskusteluyhteys helpottaa yhteisen ymmärryksen löytymistä ja sitä kautta auttaa myös ymmärtämään ja hyväksymään erilaisia näkemyksiä.
- Nykyiset palvelut ja hoitomenetelmät tulisi ottaa vakavasti monipuolisen tarkastelun kohteeksi. Niiden arviointi ja ongelma-kohtien nimeäminen olisi todellinen askel kohti hoidon kehittämistä.
- Yhteiskunnassa tulisi tehdä kaikki mahdollinen väestön tasa-arvoisuuden tukemiseksi ja sairaudesta johtuvan stigman välttämiseksi.
- Hoitoprosessin onnistuminen edellyttää eri osapuolilta neuvottelutaitoja. Niiden oppiminen onkin tärkeää kaikille – niin henkilökunnalle, asiakkaille kuin omaisille. Kyky neuvotteluun ja mielipiteiden vaihtoon on avain yhteistyölle asiakkaiden ja henkilökunnan välillä.
- Ja lopuksi – tarvitaan toimintaa – ei ainoastaan puhetta!

# From belts to better mental health services

Sigursteinn Másson

Chairman

ViVe-Virkere velferd, Iceland

sigursteinmasson@gmail.com

- I woke up in the belts. I did not know where I was. I was alone in the room. I had belts around my feet and arms, tied to the bed and a thick belt over my stomach. I could not move so I started to scream. It was probably in the middle of the night because it seemed I had woken up some people. I screamed for my life. There were some strange voices I could not understand, some were shouting, it seemed like a chaos. Finally someone came in and injected me in a hurry. I was certain I would be killed in this place, the only question was when?

I had just come from Serbia & Kosovo where I had been working on a documentary film about the refugee situation. This was Eastern 1998 and the Balkan wars had torn the countries and its peoples apart. When I was filming in Vojvodina, just north of Belgrade, I heard that Slobodan Milosevic had started ethnic clenching in Kosovo so I went there with my team. Probably I should not have done that in the light of my manic episode a year earlier in Iceland when I was involuntarily hospitalized at a psychiatric ward.

When I finally got out of the belts I soon found out I was at the Hvidovre Hospital Psykiatriske afdeling near Copenhagen. It took some time for me to believe it because I thought I was in some sort of concentration camp. The people there had been there many times, some ten to twenty times and it was hard to see if the treatment had done them any good. Every day I expected to be killed by the staff, especially when I took a shower in this big empty room. I tried two times to escape but was captured by the staff.

In Iceland straitjackets and belts were banned in the thirties but 1997 I experienced in the Icelandic system another kind of straitjacket - drugs. I was heavily drugged the first time, so much that I was unable to hold my head for a time and I was constantly suffering from extreme side effects. In Denmark they did not give me so much drugs but the experience with the belts was so dramatic that it took me a very long time to get over it if indeed I still have. So which is better or worse?

Both experiences were terrible and should not happen in mental health care. Both experiences could have led to a chronic situation of severe mental illnesses fuelled by anti social sentiments, frustration and deep anger. The third time I was hospitalized in Iceland it was a completely different story because I then had a doctor who showed a real interest in me as a person not a subject. He asked Héðinn Unnsteinsson, a young Icelandic man, to go and visit me and Héðinn gave me a book "An Unquiet Mind" written by Dr. Kay Redfield Jamison where she describes her bipolar experience, and he told me he was bipolar just like me.

For me this was a revelation. I knew then I was not alone and that I could live with it like so many others. I entered the Icelandic Mental Health Alliance (IMHA) and soon became the Chairman of that organization and learned soon that the best self help is about finding ways to help others. After 11 years with IMHA I have come to the conclusion that we need to change our mental health services drastically. A real de-institutionalization is the key to it. We have talked a lot about it for almost a decade but little has happened. Now is the time to act.

First we should establish community mental health care in or in a close co-operation with local health clinics and community social services. I think we should combine those services under one administration and bridge the gap between social services and health. As mental health becomes an integrated part of community services we can close down all mental hospitals and mental wards in certain steps.

The idea to treat mental illnesses in wards with 20, 30 or more people at each ward is absurd and obviously does not work.

There is a lot of anger among people with mental illnesses who have suffered because of their illness but even more because of the system and the practices in it. Still we have to get over that anger and use our enthusiasm as a power for positive changes. We should build bridges as long as there is anybody on the other side willing to cooperate with us to make a better and more sensible future in mental health services.

# Psychiatry without forced institutionalisation, forced treatment and no forensic psychiatry. How?

Erik Olsen

Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, Store Glasvej 49, 5000 Odense C, Denmark  
erikpsyk@gmail.com

- \* Step one: abandon all mental health law
- \* Step two replace it with general patients rights to create equality between people with psychosocial disabilities/users and survivors of psychiatry and other users of health services.
- \* treatment shall be based on informed consent.

Erik Olsen LAP/ENUSP / European Disability Forum

- \* Westlapland Open dialogue principles
- \* Access to help within 24 hours
- \* Invite network
- \* Treatment in clients home or in hospital
- \* No neuroleptics – minor tranquilizers
- \* Nothing about the patient without the patient
- \* Only lock doors on request from patients

Erik Olsen LAP/ENUSP / European Disability Forum

- \* Talk with the person even if the person is psychotic
- \* (psychosis are not a steady condition – you can reach the person)
- \* Suicidality is not only a part of psychiatry but is general and can probably be dealt with in general legislation?

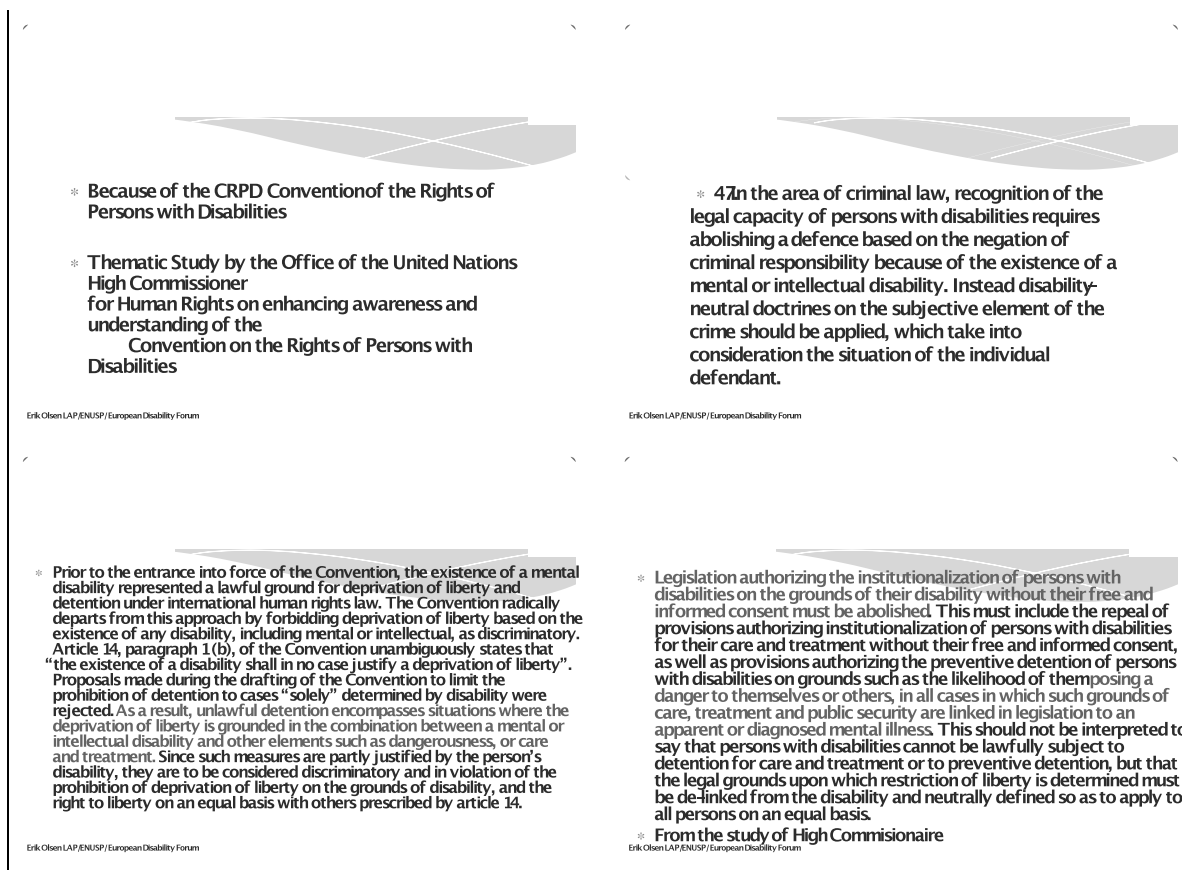
Erik Olsen LAP/ENUSP / European Disability Forum

- \* New education for professionals
- \* New education for users
- \* New awareness of the public
- \* Binding psychiatric testament
- \* Star workers
- \* Other alternatives run by users or others

Erik Olsen LAP/ENUSP / European Disability Forum

- \* Soteria – was build on "being with"
- \* Open Dialogue – social constructivist approach
- \* Trieste district psychiatry
- \* Crisis centers run by users USA
- \* Make a european directory of alternative praxis
- \* Universities – either new or existing to follow and research

Erik Olsen LAP/ENUSP / European Disability Forum



The image shows four presentation slides arranged in a 2x2 grid. Each slide features a decorative graphic at the top consisting of a grey trapezoidal shape with a white 'X' inside. The text on the slides is as follows:

- Top-left slide:**
  - \* Because of the CRPD Convention of the Rights of Persons with Disabilities
  - \* Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities
- Top-right slide:**
  - \* 47 In the area of criminal law, recognition of the legal capacity of persons with disabilities requires abolishing a defence based on the negation of criminal responsibility because of the existence of a mental or intellectual disability. Instead disability-neutral doctrines on the subjective element of the crime should be applied, which take into consideration the situation of the individual defendant.
- Bottom-left slide:**
  - \* Prior to the entrance into force of the Convention, the existence of a mental disability represented a lawful ground for deprivation of liberty and detention under international human rights law. The Convention radically departs from this approach by forbidding deprivation of liberty based on the existence of any disability, including mental or intellectual, as discriminatory. Article 14, paragraph 1(b), of the Convention unambiguously states that "the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty". Proposals made during the drafting of the Convention to limit the prohibition of detention to cases "solely" determined by disability were rejected. As a result, unlawful detention encompasses situations where the deprivation of liberty is grounded in the combination between a mental or intellectual disability and other elements such as dangerousness, or care and treatment. Since such measures are partly justified by the person's disability, they are to be considered discriminatory and in violation of the prohibition of deprivation of liberty on the grounds of disability, and the right to liberty on an equal basis with others prescribed by article 14.
- Bottom-right slide:**
  - \* Legislation authorizing the institutionalization of persons with disabilities on the grounds of their disability without their free and informed consent must be abolished. This must include the repeal of provisions authorizing institutionalization of persons with disabilities for their care and treatment without their free and informed consent, as well as provisions authorizing the preventive detention of persons with disabilities on grounds such as the likelihood of them posing a danger to themselves or others, in all cases in which such grounds of care, treatment and public security are linked in legislation to an apparent or diagnosed mental illness. This should not be interpreted to say that persons with disabilities cannot be lawfully subject to detention for care and treatment or to preventive detention, but that the legal grounds upon which restriction of liberty is determined must be de-linked from the disability and neutrally defined so as to apply to all persons on an equal basis.
  - \* From the study of High Commissioner

Each slide has a small footer: "Erik Olsen LAP/ENUSP/European Disability Forum".

Picture 12. Presentation materials.

# The professional, political, economic and cultural dimensions for diminishing the use of involuntary treatment and restraints

Markku Salo

Managing director

The Social Psychiatric Foundation in Lahti District, Vesijärvenkatu 15, 4. krs, 15140 Lahti

markku.salo@phsps.fi

## Historical background to the current state of involuntary treatment in Finland

Involuntary treatment and the use of restraint is a complex issue which cannot be tackled theoretically nor practically from one political (human rights) or professional (psychiatric) or ethical (liberal or communitarian) perspective. It might also be useful take account of the broader societal context and its relationship to the mental health care system at large. For, there are likely to be larger structural issues at stake which we need to take account of if we want to grasp a proper understanding of why Finland has not been able to keep pace with its Scandinavian neighbours, in diminishing the relative proportion of involuntary treatment – apart from a few major local successes in the areas of the islands of Åland and in Southern Karelia.

A larger societal context to involuntary treatment reveals:

1. The inability and unwillingness to establish a national network for a community care centred system of psychiatric care. With almost no local exceptions, the professional and economic emphasis has been on either traditional psychiatric hospitals or on psychiatric wards. The only significant exception is the Western Lapland (Länsi-Pohja) hospital district, where major professional emphasis has been put to the practice of open dialogue and dialogical networks between service users, their families and professionals, in order to prevent premature and unnecessary hospitalization. The grand narrative of Finnish psychiatry tells that the reason for the hospital-based system was the inability to change system in the times of economic depression in the early 90's. However, this explanation is not based on any real evidence and fails to take into account the fact that the number of professional psychiatric staff in Finland exceeds easily other Scandinavian countries. So, in this tale economic depression has been used as an alibi for both political and professional incapacity to change.
2. The decrease in the numbers of psychiatric beds, ie. de-hospitalisation, was heavily intertwined with the major change in social insurance system, starting in 1963. The right to livelihood and the right for independent non-institutional living were combined in the medico-juridical-social framework of invalidity pensions as a right for persons with incapacity to work on the basis of psychiatric rationale. The right to “independent” (or “involuntary”) income did not strengthen the right to voluntary treatment with any large effect. However, it did strengthen the demarcation line between the active and non-active population, by ripping out the options for partial participation to the labour market for citizens in need of periodic psychiatric care. The unintended consequence has been that currently there are more than 130,000 premature pensioners with psychiatric justification.
3. It is very hard to evaluate to what extent the lack of respect and dignity towards service users and the perceived uselessness of having dialogue with them are the consequences of the bipolarity of labour society described above. However, the cultural stigma towards service users and strong sentiments of non-compliance felt by many of them seem to be very much intertwined.

In brief, if it is reasonable to see the historical background to the current state of involuntary treatment in larger and more complex societal context, the same applies to effective solutions for diminishing involuntary treatment and the use of restraint. Some cornerstones for a comprehensive model will be presented here. Giving proper attention to the professional, political, cultural and economic dimensions on the matter might be helpful in building up a social model for diminishing coerced treatment.

### **The professional dimension for diminishing the use of involuntary treatment**

As hinted above, the major professional precondition has to do with mental health service structure. A comprehensive system of community care should be established with the following aims:

1. prevention of avoidable hospitalisation, by developing practices of open dialogue and dialogical networks care (see eg Seikkula 1991; Seikkula & Alakare 2007),
2. establishing out-reach crisis teams to confront psychic suffering in real life situations,
3. launching ‘restart teams’ to support social inclusion after hospitalisation.
4. working in closer relationship with user organisations and groups of experts by experience (see below).

Californian professor of law and psychiatry, and former service user, Elyn R. Saks has proposed a more paternalistic approach to involuntary treatment, which she calls ‘the first shot principle’: in combination with the least restrictive principle, early intervention and admission could be reasonable, if and only if, the involuntary treatment would turn out to be on that high humane and therapeutic level (and in encouraging compliance for care), that no further involuntary treatment would be necessary. This thought and its practical implications could be considered in Scandinavian context, too. (Saks 2002)

More humane care practices and remarkable increase in compliance of the users, taken together, focus on a particular target area of further development, that of the recruitment, the training of users and ex-users and the use of ‘expertise by experience’. These experts by experience are needed in working on equal terms with (other) professionals: a) at the wards for (in)voluntary treatment; b) in out-reach and ‘restart’ teams; and c) as peer group counsellors promoting self-care, psycho-education and expertise by experience as positive forms of knowledge.

### **The political dimension for diminishing the use of involuntary treatment**

However, to include users and ex-users as participants in care is basically not only, or perhaps not principally, an issue of enlarging the range of professionalisation. It could be too easy to include (ex)users as co-partners in care systems without tackling the issues of power and injustice. The history of psychiatric practices demonstrates too well, that having a monopoly of power and of knowledge on any matter is one of the shortest ways to go beyond democracy and accountability. The current practices, whether voluntary or involuntary, carry a heavy burden of human rights violations, which are often basically nothing other than legal ‘peace crimes’ against humanity (compare: ‘war crimes’). Some of these acts were drawn into the public debate on a European level by the ITHACA study (Institutional Treatment and Care Assessment) (Ithaca Study Group 2010; Salo 2010).

Basically, involuntary treatment is always a juridical matter. As a limitation of the civil rights of a person it is also a political matter. It is highly questionable whether the delegation of coercive powers to psychiatry as a discipline by the modern state was reasonable in the first place (Castel. In the current state of the civilized western societies, this delegation is definitely outmoded, which is demonstrated by the Italian legislation and the practice of a low rate of involuntary admissions. In Scandinavian countries the execution of involuntary treatment should be re-delegated to the representatives of political power, such as municipal authorities (Legge 1978).

To combat the professional culture for the use of restraints, and to promote citizenship accountability in the care system, the common sense opinion could be put into direct dialogue by launching special boards on local level. These boards could consist of laypersons, (ex)users and professionals. Their effectiveness and usefulness should be experimented and continually evaluated.



## The cultural dimension for diminishing the use of involuntary treatment

Compared to Sweden or to Denmark, Finland is still ethnically a very monolithic culture. So, the cultural basis for recognizing and putting high esteem on the diversity of persons and groups of people is underdeveloped. This shallowness is further strengthened by the bi-polar structures of the working life: one is considered to be ill or healthy; normal or pathological; capable for work or incapable for it; a knowledgeable professional or a miserable bum.

It is very difficult to regain one's dignity and have a recognized position in modern societies without the proper means to transform one's experiences of pain, suffering and injustice into something productive and useful in order to promote the common good. Through 'transformation of experience', a service user can gain a positive role in society, without having to refuse her or his previous life experiences. Also, other options and chances for using one's (even limited) skills and motivation to participate in working life, in education and in civil activities, like associations should be culturally and economically encouraged.

## The Economic Dimension for Diminishing the Use of Involuntary Treatment

In the United Kingdom, the vast movement into the era of psychiatric institutionalisation was preceded by the poor law legislation of 1834. The cornerstones of the law were the 'non-eligibility principle' and the 'workhouse test'. The former meant that the conditions within workhouses should be made worse than the worst conditions outside of the workhouse, so that workhouses served as a deterrent – only the neediest would consider entering them. The latter principle stated that relief should only be available in the workhouse. So, these principles functioned as efficient incentives *for the poor people* either to search work wherever they could find it (in the urban areas) or if not, to head for poor relief institutions, no matter what their conditions, in order to survive. (Brundage 1978; The Poor Law Report 1974).

Now, some 175 years later, to consider involuntary treatment 'under the non-eligibility principle', the direction should be reversed: it is neither the poor nor the ill that should have disincentives, but the hospital authorities. What if, as an experiment in thought, the hospital authorities would be charged for every admission of involuntary treatment and the use of restraints? Would it encourage alternative ways to promote dialogue in care and participation and inclusion in society? Logically, only if the economic dimension of the matter will be approached as part of a more comprehensive practice.

All in all, involuntary treatment should be considered as a matter of the last instance and under the principle of least restrictive alternative. If it is used disproportionately, as it currently is in all Scandinavian countries, with the possible exception of Iceland, it should be continuously seen as the major evidence of the structural failures and the need for immediate reforms of the mental health treatment system at large.

The question remains, especially in this time period, can a civilized change be realized without economic incentives for the users and economic disincentives for institutionalisation?

## The Social Model of Care without Coercion

Picture 1 summarizes some of the ideas outlined above. It aims to show that the question of significantly diminishing the use of involuntary treatment is a complex issue, which should be understood and tackled within a larger societal context.

# The Social Model of Care without Coercion



**Figure 1.** The Social Model of Care without Coercion

## References

- Brundage, Anthony (1978): *The Making of the New Poor Law. The Politics of Inquiry, Enactment and Implementation, 1832-1839.* Hutchinson. London.
- Castel, Robert (1988) [1977]: *The Regulation of Madness. The Origins of Incarceration in France.* Polity Press. Cambridge. [L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Les Éditions de Minuit. Paris.]
- Ithaca Study Group (2010): *The Ithaca Toolkit for monitoring Human Rights and General Health Care in mental health and social care institutions.* [www.ithacastudy.eu](http://www.ithacastudy.eu)
- Legge (1978): *Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori no. 180.* Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, no. 133: 3491-3494. Roma.
- The Poor Law Report of 1834 (1974) [1834]. Penguin. Harmondsworth.
- Saks, Elyn R. (2002): *Refusing Care: Forced Treatment and the Rights of the Mentally Ill.* University of Chicago Press: Chicago, London (UK).
- Salo, Markku (2010): *Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteina.* ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22/2010. Helsinki. (with preface and abstract in English).
- Seikkula, Jaakko (1991): *Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa.* Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta (2007): *Open Dialogues.* Teoksessa Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): *Alternatives Beyond Psychiatry.* Peter Lehmann Publishing: Berlin, Eugene, Shrewsbury.

# LIITÄNNÄISSEMINAARI:

## Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän työn eteneminen ja jatkosuunnitelma

### Työryhmän asettaminen ja tehtävä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.7.2010 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -nimisen työryhmän toimikaudelle 1.8.2010 - 31.12.2011. Työryhmän tehtävänä on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevien säännösten uudistamistarve ja tehdä selvityksen pohjalta hallituksen esityksen muotoon laaditut esitykset lainsäädännön uudistamiseksi. Työryhmän toimeksianto ei koske lastensuojelua eikä tartuntatautien vastustamista koskevia säännöksiä. Lisäksi työryhmän tulee selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamistarpeita liittyen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen ja itsemääräämisoikeuden rajoitusten ennalta ehkäisyyn. Työryhmän on myös arvioitava virkavastuuta koskevaa sääntelyä osana palvelujärjestelmän kehittämistä.

### Alatyöryhmien perustaminen

Työryhmä on perustanut viisi alatyöryhmää käsittelemään seuraavia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden eri osa-alueita:

- virkavastuukysymykset
- raskaana olevat päihteitä käyttävät äidit
- vanhukset ja vammaiset henkilöt (toimeksianto koskee muistisairaita henkilöitä, kehitysvammaisia henkilöitä ja mielenterveyskuntoutujia)
- oikeuspsykiatria
- akuutit ja päivystystilanteet.

Virkavastuukysymyksiä pohtinut alatyöryhmä päätti työnsä vuoden 2010 lopussa ja akuutteja ja päivystystilanteita pohtiva alatyöryhmä on aloittanut työnsä vasta vuoden 2011 alusta.

Työryhmän kokouksissa on käsitelty alatyöryhmien laatimia selvityksiä lainsäädännön uudistustarpeista ja hahmotelmia uudeksi lainsäädännöksi.

### Virkavastuukysymykset-alatyöryhmä

Virkavastuukysymyksiä pohtineessa alatyöryhmässä on valmisteltu hallituksen esitys koskien lääkärin toimivaltaa kirjoittaa tarkkailulähete (M1). Hallituksen esitys on annettu eduskunnalle viikolla 5.

Esityksessä ehdotetaan ensinnäkin, että mielenterveyslaissa lueteltaisiin ne potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat mielenterveyslakiin perustuvat päätökset ja ratkaisut, joiden tekemiseen edellytetään virkasuhdetta. Ehdotuksen mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri voisi kuitenkin määrätä myös muun kuin virkasuhteessa olevan lääkärin laatimaan tarkkailulähetteitä ja pyytämään poliisilta virka-apua potilaan toimittamiseksi terveyskeskukseen tai sairaalaan. Kun peruspalvelut tuottaa kunnan tai kuntayhtymän kanssa tehdyn sopimuksen nojalla yksityinen terveydenhuollon palveluntuottaja, palveluntuottaja rinnastettaisiin kunnalliseen toimijaan.

Lisäksi esitykseen sisältyy raskauden keskeyttämisestä annetun lain muutosehdotus, jolla laillistettu lääkäri oikeutettaisiin toimimaan lausunnonantajalääkärinä.

## Raskaana olevat päihteiden käyttäjät-alatyöryhmä

Raskaana olevien päihteitä käyttävien äitien hoitoa pohtiva alatyöryhmä on valmistellut päihdeäitien tahdosta riippumatonta hoitoa koskevia säännöksiä sekä säännöksiä koskien itsemääräämisoikeuden rajoittamista hoidon aikana.

Raskaana olevat päihteiden käyttäjiä koskevan alatyöryhmän valmisteltavana ovat seuraavat kysymykset:

- Raskaana olevan naisen tahdosta riippumattoman hoidon perustuslain mukaisuus (esim. oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen) on perusteltava sikiölle mahdollisesti aiheutuvalla terveysvaaralla.
- Päätettävä, miten sikiön terveysvaara todetaan ja kuka sen toteaa.
- Päätettävä tahdosta riippumatonta hoitoa koskevasta päätöksentekomenettelystä: kuka esittää tahdosta riippumatonta hoitoa ja mikä taho vahvistaa päätöksen. Ensisijaisesti olisi käytettävä muita keinoja päihteiden käytön katkaisemiseksi.
- Ratkaistava hoitopaikka: vaihtoehtoina valtakunnallisesti keskitetty päihdehoitoon tarkoitettu toimintayksikkö tai olemassa olevat psykiatriset toimintayksiköt.
- Selvitettävä hoidosta kunnille aiheutuvat kustannukset ja muut taloudelliset vaikutukset.
- Päihdehuoltolain prosessuaaliset säännökset ja henkilön oikeusturvaa koskevat säännökset on muutettava perustuslain mukaisiksi.
- Selvitettävä hoidon sisältö ja hoidossa käytettävät itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat toimenpiteet ja kirjattava ne lakiin.
- Määritettävä tahdosta riippumattoman hoidon kesto: miten pitkäksi aikaa voidaan määrätä hoitoon, uudelleen arviointi esim. 30 vrk:n välein ja tarvittaessa koko raskauden ajan.

## Vanhukset ja vammaiset henkilöt -alatyöryhmä

Vanhusten ja vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden rajoittamista pohtivan alatyöryhmän toimeksiantoon kuuluvat seuraavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmät: dementoituneet henkilöt, aivovamman saaneet henkilöt, kehitysvammaiset henkilöt ja mielenterveyskuntoutujat. Alatyöryhmän tulee selvittää rajoitustoimenpiteiden tarvetta vapaaehtoisessa hoidossa sekä kehitysvammaisten henkilöiden osalta myös tahdosta riippumatonta hoitoa edellyttävät tilanteet ja hoidon aikana tarvittavat rajoitustoimenpiteet. Alatyöryhmän saatua tehtävänsä valmiiksi päätetään mahdollisten muiden kysymysten selvittelytarpeesta.

Alatyöryhmä on tähän mennessä valmistellut säännösluonnoksia, joiden soveltamisala on rajattu henkilöihin, joiden kognitiivinen toimintakyky on alentunut merkittävästi ja pysyvästi tai pitkäaikaisesti. Esim. mielenterveyskuntoutujia valmistellut säännökset eivät koske. Alatyöryhmässä otetaan myöhemmin tarkasteluun myös mielenterveyskuntoutujat ja mahdolliset muut ryhmät, joiden osalta saatetaan tarvita säännöksiä. Pykäläluonnokset koskevat ns. vapaaehtoista hoitoa. Esille on noussut kysymys siitä, tarvitaanko soveltamisalan piirissä olevien potilaiden tai sosiaalihuollon asiakkaiden kohdalla tahdosta riippumatonta hoitoa. Nykyisin tahdosta riippumattomasta hoidosta on säädetty mielenterveyslaissa, kehitysvammaisten erityishuoltolaissa ja päihdehuoltolaissa.

Työryhmän valmistelemassa soveltamisalapykälässä on lähdetty potilaan tai sosiaalihuollon asiakkaan toimintakyvyn määrittelystä ja siitä, missä palveluissa säännöksiä sovelletaan. Työryhmä on valmistellut pykäläluonnoksia myös määritelmistä, rajoitustoimenpiteiden käytön yleisistä edellytyksistä, ehkäisevistä toimenpiteistä sekä rajoitustoimenpiteiden kirjaamisesta hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Työryhmä on lisäksi valmistellut säännösluonnoksia seuraavista rajoitustoimenpiteistä: välttämättömän perushoidon ja -toimintojen toteuttaminen, välttämättömän terveyden- ja sairaanhoidon ja lääkehoidon toteuttaminen, kiinnipitäminen, rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö, teknisten valvontajärjestelmien käyttö, erityiset ovenaukaisijat ulko-ovista pääsyn viivyttämiseksi, tahdosta riippumaton siirto toimintayksiköstä toiseen. Lisäksi työryhmä on valmistellut alustavia pykäläluonnoksia rajoitustoimenpiteiden käytön ohjeistamisesta, kirjaamisesta ja valvonnasta.

## Oikeuspsykiatria-alatyöryhmä

Oikeuspsykiatria koskevan lainsäädännön muutoksia pohtiva alatyöryhmä on selvittänyt oikeuspsykiatriaan liittyviä säädöstarpeita siitä lähtökohdasta, että oikeuspsykiatrian toiminnoista säädettäisiin erillisessä laissa nykyisen mielenterveyslain sijaan.

Työryhmän toimeksiantoon kuuluvat rikoslain ja oikeuspsykiatrisia potilaita koskevien säännösten yhteensovittaminen, hoitoseuraamuksen täytäntöönpanoa koskevat kansainväliset sopimukset ja Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen toimikunnan kannanotot, rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten henkilöiden asema sekä oikeuspsykiatristen potilaiden palvelujen saatavuus ja kehittäminen. Lisäksi työryhmä arvioi mielenterveyslain perusoikeuksien rajoittamista koskevien säännösten riittävyttä ja muutostarpeita oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa.

Alatyöryhmän selvittävänä ovat erityisesti seuraavat kysymykset:

- oikeuspsykiatrisia potilaita koskevien rajoitustoimenpidesäännösten täsmentäminen ja ajantasaistaminen
- tahdosta riippumattoman hoidon perusteiden muuttaminen siten, että hoitoon määrääminen on mahdollista mielisairauden lisäksi myös vakavan mielenterveydenhäiriön perusteella
- oikeuspsykiatristen potilaiden velvoitteinen avohoito
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuspsykiatrisen lautakunnan tehtävien tarkempi sääntely
- oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa koskevan päätöksenteon mahdollinen siirtäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tuomioistuimelle
- rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten henkilöiden hoidon järjestäminen
- lasten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimuksiin liittyvän sääntelyn kehittämisen tarpeen arviointi

## Akuutit ja päivystystilanteet -alatyöryhmä

Akuutteja ja päivystystilanteita pohtiva alatyöryhmä on aloittanut työnsä vuoden 2011 alusta. Alatyöryhmän tehtävänä on valmistella sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat säännökset akuutteja ja päivystystilanteita varten. Kyseisissä tilanteissa itsemääräämisoikeutta rajoittavan toimenpiteen oikeutusta on jouduttu soveltuvien säännösten puuttuessa arvioimaan rikoslain hätävarjelua ja pakkotilaa koskevien säännösten perusteella.

Työryhmän toimeksiantoon kuuluvat seuraavat tilanteet: uhkaavasti tai sekavasti käyttäytyvät tai päihtyneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysyksiköissä, muissa toimintayksiköissä tai kotikäynneillä, tajuttomat ja muistamattomat potilaat, valtuuden siirto omaiselle, turvatarkastukset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, akuutit tilanteet sairaalan osastoilla, päihtyneet tai sekavasti käyttäytyvät terveyden- tai sairaanhoitoa tarvitsevat henkilöt, jotka eivät suostu ambulanssin kuljetettavaksi, sosiaalihuollon viranomaisen oikeus päästä henkilön asuntoon tai olinpaikkaan huollon tarpeen selvittämiseksi (sosiaalihuoltolaki 41 §), sairaankuljetushenkilöstön oikeus päästä avun tarpeessa olevan asuntoon ja saada virka-apua asuntoon pääsemiseksi, rajoitustoimenpiteiden ennaltaehkäisy ja vähentäminen akuuteissa tilanteissa.

## Vuoden 2011 työsuunnitelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän ja sen perustamien alatyöryhmien tarkoituksena on valmistella säännösehdotukset koskien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja sen rajoittamista siten, että ne täyttävät Suomen perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamat edellytykset. Tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä siten, että potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat säännökset koottaisiin mahdollisuuksien mukaan samaan säädökseen lukuun ottamatta lastensuojelua, tartuntatautien vastustamistyötä ja oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa ja tutkimusta koskevia säännöksiä. Lisäksi työryhmä valmistelelee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden ennalta ehkäisemistä koskevat säännösehdotukset.

Työryhmän tarkoituksena on uudistaa kehitysvammaisten tahdon vastaista hoitoa ja itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevat säännökset siten, että Suomen on mahdollista ratifioida vuonna 2007 allekirjoittamansa YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus. Lisäksi tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa koskevat säännökset tullaan uudistamaan ottaen huomioon Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean Suomea koskeva raportti vuodelta 2008.

Jo perustettujen alatyöryhmien lisäksi perustetaan mahdollisesti myöhemmin uusia alatyöryhmiä käsittelemään avoinna olevia kysymyksiä, kuten tahdosta riippumatonta psykiatrista hoitoa ja tahdosta riippumatonta päihdehuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoitustoimenpiteiden ennalta ehkäisemistä on pohdittava kussakin alatyöryhmässä erikseen erilaisten tilanteiden ja eri asiakasryhmien näkökulmasta.

Itsemääräämisoikeus-työryhmä tulee antamaan vuoden 2011 aikana alustavat linjaukset säännösehdoituksiksi, joista kuullaan eri intressiryhmiä järjestämällä kuulemistilaisuus. Työryhmän tehtävänä on valmistella hallituksen esityksen muotoon laaditut esitykset lainsäädännön uudistamiseksi siinä ajassa, kun sosiaali- ja terveysministeriö linjaukset saatuaan määrittelee.

# Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisen lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Aira Pihlainen

Sosiaali- ja terveysministeriö  
Sosiaali- ja terveystalvulosasto, PL 33, 00023 Valtioneuvosto  
aira.pihlainen@stm.fi

## Johdanto

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen lisäämisen tarpeita ja keinoja käsitellään usein etiikan, lainsäädännön ja tutkimusten valossa. Itsemääräämistä tarkastellaan myös sen rajoittamisen kautta ilman, että muita vaihtoehtoja otetaan esille. Mistä toimintatavat ovat heijastusta - totutusta tavasta vai jostain muusta?

Tutkimuksissa ja potilaiden kokemuksissa tuodaan esille, että itsemääräämistä rajoitetaan vaikka se lisää ihmisen ahdistusta ja pahaa oloa. Tuore terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sinne sisältyvä kärsimyksen lievittämisvaatimus parantaneet tilannetta.

Miten asiakkaan ja potilaan itsemääräämiseen ja sen rajoituksiin sitten suhtautuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntien perimä?

Kuka ja missä on muutosjohtaja, joka johtaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen aidolle asiakkaan ja potilaan itsemääräämisen tielle?

## Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisen lisäämiskeinoja

*Potilaan hyvä kohtelu*

*Asiakkaan ja potilaan osallisuus, ohjaus, sopimus ja oma-arviointi*

*Asiakkaan ja potilaan palvelun ja hoidon suunnitelmallisuus*

*Ammattihenkilöstön vastuu, osaaminen ja tuki*

*Tervehdyttävä ilmapiiri ja hoitoympäristö*

*Laitoksen laatu- tai turvallisuussuunnitelma ja ulkopuolinen arviointi*

## Potilaan kokemus

”Akuutissa sairaalaa tulovaiheessa sairaudentunto on tärkeä ja arvioitaessa ihmisen tahdonvastaisen hoidon tarpeellisuutta. Rauhallinen ja tarpeeksi pitkä keskustelu lääkärin ja asiakkaan (mukana hoitaja ehkä omainen) kesken selvittää asiakkaan oman tahdon tilanteessa, jossa osaston tarjoama turva voi olla hyvinkin tarpeen ja vapaaehtoisuuteen perustuva. Yhteisymmärryksessä voidaan päätyä ratkaisuun ilman pakkoa.

Osastohoidossa olisi päivittäisillä keskusteluilla seurattava (hoitaja ja/tai lääkäri) vointia aktiivisesti. Ulkopuolinen tarkkailu ei välttämättä kerro ihmisen sisäisestä olotilasta. Levottomuutta olisi hillittävä henkilökunnan läsnäolon avulla. Osastolla yleensä on riittävästi henkilökuntaa. Heidän aikansa tuntuu menevän liikaa raporteilla, tietokoneella sekä lasin ja suljetun kanslian oven takana. Henkilökuntaa pelmahtaa potilaiden tiloihin ruoka-aikoihin ikään kuin vartijoiksi. Asiakkaat syövät ja hoitajat juttelevat omia asioitaan.

Olen kokenut vuorokauden yhtäjaksoisen leposidehoidon ja jatkoksi vuorokauden eristyksen. Olivat elämäni tuskallisimpia hetkiä. Jos ihminen liian voimakkaan motorisen levottomuuden takia joudutaan sitomaan, on tarkalla lääkityksellä levottomuus "nukutettava" pois, koska hereillä sidottuna oleminen on kammottavaa ja sai huutelemaan ties mitä, ilmeisesti edesauttoi eristysuoneeseen siirtoa.

Usein nukuttuaan riittävän kauan levottomuus helpottaa ja ihminen on puheella tavoitettavissa. Suljetulla osastolla ovet ovat kiinni ja ei sieltä pääse karkaamaan. Ihminen olisi lempeästi hoitajan saattamana päästettävä pois ja jalkeille. Eristyshuoneen karuus on jotain aivan käsittämätöntä. Tuntuu ettei siinä yksinäisyydessä ja täysin virikkeettömässä tilassa kukaan parane.

Rauhallisessa avohoitotilanteessa on hyvä tehdä hoitotahto-sopimus, jos tilanne hankaloituu ja osastohoito olisi edessä. Erilaiset oireenhallintakurssit ja yksilölliset oman terapeutin kanssa käydyt keskustelut taudin hankaloitumisen ennako-oireista ja toimenpiteistä tilanteessa ovat erittäin hyödyllisiä.”

## **Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisen lisäämiskeinoja**

Seuraavassa tarkastelen itsemääräämisen lisäämiseen liittyviä tavoitteita ja keinoja asiakohdittain.

### **Potilaan hyvä kohtelu**

Asiakkaan ja potilaan ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, potilaan ja asiakkaan etu sekä hyvä hoito, luottamuksellisuus ja oikeudenmukaisuus toteutuvat eivätkä ole vain hyviä ilmaisuja tai mantroja sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Toimintatapa on humaani, jossa asiakas/potilas ja omaiset ovat yhdenvertaisia ja yksilöitä, joita kuullaan, mielipidettä arvostetaan, heidän kanssaan keskustellaan, heitä opastetaan, he tuntevat olonsa turvalliseksi ja ovat mukana suunnittelussa ja hoidossa.

Potilaan hyvä kohtelu edellyttää potilaslähtöisyyden ensisijaisuutta ja hoitoyhteisön asian sisäistämistä sekä terapeuttista ja yhdensuuntaista toimintatapaa.

### **Asiakkaan ja potilaan osallisuus, ohjaus, sopimus ja oma-arviointi**

Asiakas/potilas osaltaan sitoutuu hoitoon ja omavalvontaan. Tämä edellyttää sitä, että asiakkaan ja potilaan kanssa sovitaan häntä koskevista asioista. Lisäksi hän saa ymmärrettävää tietoa hoidoista ja palveluista sekä niiden vaihtoehtoista ja vaikutuksista. Ennalta sovitaan mahdollisista rajoituksista, joilla potilaan tai asiakkaan itsemääräämistä voidaan hänen suostumuksellaan rajoittaa. Sopimus kirjataan hoitosuunnitelmaan tai hoitotahtoon.

Potilaalla tulee olla oikeus hakeutua joustavasti vapaaehtoiseen hoitoon, kun hänellä ilmenee sairauden ennako-oireita, jotka edellyttävät hoitoa ja turvaa.

Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä jälkikäteen arvioidaan, johon osallistuvat asiakas/potilas ja omaiset sekä hoitava lääkäri ja vastuuhoitaja. Suoja- ja rajoitustoimenpiteitä arvioidaan ihmisarvoisen kohtelun, yhdenvertaisuuden, henkilökohtainen vapauden ja liikkumisvapauden, koskemattomuuden, turvallisuuden ja suhteellisuuden sekä mahdollisen heitteillejätön ja mielivaltaisen vapaudenriiston kiellon kannalta.

### **Asiakkaan ja potilaan palvelun ja hoidon suunnitelmallisuus**

Potilaan suostumuksen mukaista eristämistä ja sitomista käytettäessä ammattihenkilön tulee olla vierellä, jos potilas niin toivoo.

Kaikkia suoja- ja rajoitustoimenpiteitä seurataan jatkuvasti. Suoja- ja rajoitustoimenpiteen jatkamisen tarpeellisuus arvioidaan usein ja toistuvasti.

Asiakkaan/potilaan palvelu/hoitosuunnitelma tehdään siten, että mukana ovat asiakas/potilas, hoitava lääkäri ja vastuuhoitaja sekä mahdollisesti potilaan omainen ja tarvittaessa asiantuntijoita. Suunnittelussa ja hoidossa otetaan huomioon hoidon vaihtoehdot, kun asiakas/potilas ei halua eristämistä tai sitomista.

### **Ammattihenkilöstön vastuu, osaaminen ja tuki**

Henkilökunnan osaaminen vastaa toimintayksikön käytäntöjä ja tarpeita. Henkilöstön koulutuksissa ovat esillä eettiset ja lainsäädännölliset perusteet, turvallisuuskysymykset, henkilöstön vastuu ja turvallisuus sekä vaihtoehtoiset toimintamallit eri tilanteissa. Koulutuksissa suunnataan henkilökunnan ammatillista ja asenteellista suhtautumista itsemääräämisen edistämiseen.



Työnjohto ja laitoksen johtajat tukevat ammattihenkilöstön toimintaa ja varmistavat, että käytännön toimintaan on ohjaavia selkeitä toimintaohjeita. Henkilöstön liian pieni mitoitus ei ole peruste suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytölle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö on vastuussa suoja- ja rajoitustoimenpiteiden toteuttamisesta ja valvonnasta. Päätöksen suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä tekee hoidosta vastaava lääkäri. Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden kirjaukset ovat ajan tasalla palvelu/hoitokertomuksessa. Suoja- ja rajoitustoimenpiteen aikainen valvonta on suunnitelmallista, jatkuvaa ja vastuuhenkilö on työyhteisön tiedossa.

### **Tervehdyttävä ilmapiiri ja hoitoympäristö**

Laitoksen toimintakulttuurissa arvostetaan avointa, kiireetöntä ja terapeuttista ilmapiiriä, toimintatapojen yhdenmukaisuutta ja matalaa sisääntulokynnystä. Hoidon aloitus on mahdollista myös kotona. Laitoksen yhteistyö ja konsultointi on suunnitelmallista. Asiakkaan/potilaan hoitopolut ja vastuut ovat tiedossa.

Asiakas ja potilas muodostavat hoitoympäristöstä kuvan ensihetkellä, johon ympäristön lisäksi liittyvät henkilökunnan käyttäytyminen ja vastaanotto. Sairaalan hoitoympäristöä nykyisin leimaa käytännöllisyys, helppohoitoisuus, vahatut lattiat sekä yhtäläinen henkilöstövaatetus kuin myös yhtäläinen potilasvaatetus. Hoitoympäristöä tulee kehittää ottaen kuitenkin huomioon ympäristön fyysinen puhtaus, selkeys, liikkumatila ja turvallisuus?

Potilaan yksityisyyttä tulisi lisätä ja liikkumatilaa laajentaa. Hän jakaa usein huoneen yhden tai useamman potilaan kanssa. Asiakkaalla ja potilaalla tulisi olla tarkoituksellista toimintaa arjessa esim. mahdollisuus osallistua päivittäisiin toimintoihin myös hoitoyhteisössä ja tarvittaessa vetäytyä omaan rauhaansa.

### **Laitoksen laatu- tai turvallisuussuunnitelma ja ulkopuolinen arviointi**

Laitoksen laatu- ja/tai turvallisuussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan ja/tai potilaan itsemääräämisen suoja- ja rajoittamistoimenpiteiden käyttöä ja turvallisuutta edistävät toimet esimerkiksi vaara- ja uhkatilanteissa. Nämä tilanteet on ennakoitu mahdollisimman hyvin. Suoja- ja rajoitustoimenpiteistä on ohjeet, jotka ovat helposti työyhteisössä saatavilla ja esillä.

### **Erityishuomio kohdistetaan haavoittuviin ryhmiin**

Suoja- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä seurataan ja arvioidaan. Arvioinnin tulisi tehdä aika ajoin ulkopuoliset arvioijat. Esimerkiksi Euroopan terveyskomitean (2009) luonnostelemat monitorointikriteerit ovat hyvä lähtökohta rajoitustoimenpiteiden arviointimittareiden kehittämiseksi.

### **Lopuksi**

Se mihin itsemääräämisoikeuden arvostamisessa tulisi päästä, on todettu stm:n työryhmämuistiossa jo vuonna 2001. Siellä todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuvat asiakkaan ja potilaan vapaaehtoisuuteen ja itsemääräämiseen.

Toimenpiteet, joissa puututaan hänen itsemääräämisoikeuteensa, edellyttävät asiakkaan ja potilaan suostumusta.

Asiakkaalle ja potilaalle on selvitettävä ymmärrettävästi hoidon, hoivan ja toimenpiteiden vaihtoehdot.

Kehittämistoimintoina ehdotetaan ohjausta, toimintakulttuuriin vaikuttamista, henkilöstön koulutusta, laatutyötä ja valvonnan tehostamista.

### **Lähteet**

- |  |   |
|--|---|
| ETENEn kannanotto (2009) Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet.                            | on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder.   |
| ETENE (2010) Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisuja 30.             | Kontio R. (2011) Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals - Towards Evidence Based Clinical Nursing. Turun yliopisto, sarja D, 951. |
| European Health Committee (2009) Draft Recommendation CM/Rec (2009) of the Committee of Ministers to member states |   |

- Korkeila J. (2006) Pakkohoito: milloin ja miten? Duodecim 2006; 122(18) 2251-7.
- Nieminen L. (2010) Raskaana olevien päihteitä käyttävien naisten tahdosta riippumaton hoito perusoikeuksien kannalta - kenen etu ratkaisee? Lakimies 4/2010, 537–558.
- Saavalainen K. (2011) Potilaan kokemus. (s-posti kirje).
- STM (2001) Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua - selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Työryhmänmuistioita 2001:33.
- STM (2006) Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Selvityksiä 2006:32.
- STM (2010) Itsemääräämisoikeus ja sen rajat Hanasaaren seminaarin asiantuntijaesitykset.
- STM (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asema ja oikeudet ja itsemääräämisoikeuden rajoittaminen. Lainsäädäntökooste, moniste.
- Vaula E. (2007) Väkivaltainen potilas päivytyksessä, milloin vapautta saa rajoittaa vasten potilaan tahtoa? Lääkärilehti 41:2007, 3758 - 3759.

# Vanhukset ja vammaiset henkilöt – alatyöryhmä

Viveca Arrhenius, Pirjo Kainulainen

Viveca Arrhenius, alatyöryhmän puheenjohtaja, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto  
Pirjo Kainulainen, alatyöryhmän sihteeri, Sosiaali- ja terveystieteiden osasto  
Sosiaali- ja terveysministeriö, PL 33, 00023 Valtioneuvosto  
viveca.arrhenius@stm.fi  
pirjo.kainulainen@stm.fi

Perus- ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen on oltava lähtökohtana sosiaali- ja terveydenhuoltoa annettaessa. Perustuslain mukaisia perusoikeuksia ovat muun muassa yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, uskonnon - ja omantunnonvapaus, omaisuudensuoja, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin, oikeus sosiaaliturvaan sekä oikeusturva. Yksilön itsemääräämisoikeus voidaan liittää erityisesti perustuslain säännöksiin elämästä, henkilökohtaisesta vapaudesta, koskemattomuudesta ja turvallisuudesta sekä yksityiselämän suojasta.

Perusoikeuden rajoittaminen tarkoittaa perusoikeussäännöksen soveltamisalan piirissä olevan oikeuden kaventamista tai perusoikeussäännöksen suojaamaan yksilön oikeusasemaan puuttumista julkisen vallan toimenpitein. Perusoikeussäännösten suojaamat oikeudet voivat olla myös keskenään ristiriidassa. Jouduttaessa rajoittamaan sosiaali- tai terveydenhuollon asiakkaan perusoikeuksia välttämättömän sosiaali- tai terveydenhuollon tai muun perusoikeutena suojatun oikeuden turvaamiseksi voi sekä asiakkaiden että henkilökunnan kannalta syntyä oikeudellisesti epävarmoja tilanteita, sillä perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole säädetty kattavasti sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Perustuslakivaliokunta on vuonna 1994 esittänyt seuraavia linjauksia perusoikeuksien rajoittamista koskevista vaatimuksista:

1. Lailla säätämisen vaatimus: Rajoitusten tulee perustua eduskuntalakiin.
2. Täsmällisyys- ja tarkkarajaisuusvaatimus: Rajoitusten on oltava tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määriteltäviä.
3. Rajoitusperusteiden hyväksyttävyyden vaatimus: Rajoitusperusteiden tulee olla perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttäviä, painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimia.
4. Ydinalueen koskemattomuuden vaatimus: Tavallisella lailla ei voida säätää perusoikeuden ytimeen ulottuvaa rajoitusta.
5. Suhteellisuusvaatimus: Rajoitusten tulee olla välttämättömiä tavoitteiden saavuttamiseksi sekä laajuudeltaan oikeassa suhteessa perusoikeuksien suomaan oikeushyvään ja rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painoarvoon.
6. Oikeusturvavaatimus: Perusoikeutta rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä.
7. Ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisen vaatimus: Rajoitukset eivät saa olla ristiriidassa Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Vanhusten ja vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoittamista pohtivan alatyöryhmän tehtävänä on laatia ehdotukset säännöksiksi, joilla tietyn kohderyhmän itsemääräämisoikeutta vahvistetaan. Lisäksi tehtävänä on laatia säännösehdotukset perusoikeuksia rajoittavista toimenpiteistä tietyjä tarkkaan määriteltäviä tilanteita varten, jolloin ei ole käytettävissä muita keinoja esimerkiksi asiakkaan välttämättömän sosiaali- tai terveydenhuollon turvaamiseksi. Lain tavoitteena on oikeusvarmuuden lisääminen ja vallitsevien hoitokäytäntöjen muuttaminen siten, että asiakkaan itsemääräämisoikeus vahvistuu ja rajoitustoimenpiteiden käyttö vähenee.

Vanhusten ja vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja rajoittamista pohtivan alatyöryhmän toimeksiantoon kuuluvat seuraavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmät: dementoituneet henkilöt, aivovamman saaneet henkilöt ja kehitysvammaiset henkilöt.

Lainsäädännön toimeenpanon tukemiseksi alatyöryhmän on tarkoitus laatia toimenpideohjelma, jolla pyritään vahvistamaan potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta sekä vähentämään rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Ohjelmassa kuvataan muun muassa hyviä käytäntöjä ja malleja, joiden avulla voidaan välttää turvautumista perusoikeuksia rajoittaviin toimiin.

Alatyöryhmä on tähän mennessä valmistellut alustavia säännösluonnoksia, joita sovellettaisiin annettaessa sosiaali- tai terveydenhuoltoa henkilölle, jonka kognitiivinen toimintakyky on alentunut pysyvästi tai pitkäaikaisesti niin, ettei hän kykene ymmärtämään tekojensa seurauksia ja jonka tästä johtuva käyttäytyminen uhkaa vakavasti vaarantaa hänen terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden terveyden tai turvallisuuden. Esim. mielenterveyskuntoutujia valmistellut säännökset eivät lähtökohtaisesti koske. Pykäläluonnokset koskevat ns. vapaaehtoista hoitoa. Esille on noussut kysymys siitä, tarvitaanko soveltamisalan piirissä olevien potilaiden tai sosiaalihuollon asiakkaiden kohdalla tahdosta riippumatonta hoitoa. Nykyisin tahdosta riippumattomasta hoidosta on säädetty mielenterveyslaissa, kehitysvammaisten erityishuoltolaissa ja päihdehuoltolaissa.

Työryhmän valmistelemissa yleisissä säännöksissä määriteltäisiin lain tarkoitus ja soveltamisala, mukaan lukien henkilöpiiri, palvelumuodot ja käytetyt käsitteet. Työryhmä on valmistellut alustavia pykäläluonnoksia myös potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden edistämistä, mikä sisältäisi palvelujen toteuttajan tekemän suunnitelman, toimintaedellytysten järjestelyt, henkilöstölle annettavan koulutuksen sekä tuetun päätöksenteon käyttömahdollisuuden. Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnista, hoidon ja palvelujen suunnitelmallisuudesta ja yksilöllisestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä rajoitustoimenpiteiden käytön yleisistä edellytyksistä, ohjeistamisesta, kirjaamisesta ja valvonnasta on myös tarkoitus säätää laissa tarkemmin.

Työryhmä on lisäksi valmistellut alustavia säännösluonnoksia seuraavista rajoitustoimenpiteistä: välttämättömän perushoidon ja huolenpidon toteuttaminen, välttämättömän terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkehoidon toteuttaminen, rajoittavien välineiden ja asusteiden käyttö, kiinnittäminen, erillään pitäminen, teknisten laitteiden ja välineiden käyttö, omaisuuden haltuunotto ja henkilöntarkastus, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköstä poistumisen estäminen ja toimintayksikköön palauttaminen sekä erityiset ovenaukaisijat ulko-ovista pääsyn estämiseksi.

Syksyn 2011 aikana tulee muun muassa selvittää valmisteilla olevan lainsäädännön yhtymäkohdat Yhdistyneiden Kansakuntien vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen sekä muuhun valmisteilla olevaan lainsäädäntöön ja kehittämishankkeisiin.

# Perusoikeuksien rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollon akuuteissa ja päivystystilanteissa

Juhani Ojanen

Ylilääkäri

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, Lahden psykiatrian pkl 3, Hämeenkatu 20, 2 kr, 15110 Lahti  
juhani.ojanen@phsotey.fi

## Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa syntyy toistuvasti tilanteita, joissa henkilön perusoikeuksia joudutaan rajoittamaan hänelle tarpeellisten toimenpiteiden suorittamiseksi tai hänen turvallisuutensa takaamiseksi. Näitä tilanteita koskeva säädöspohja on kuitenkin puuttunut. Toistaiseksi on sovellettu hätävarjelua ja pakkotilaa koskevia säädöksiä, mikä ei täytä perustuslailla turvattuja yksilönvapauksia rajoittavalta lainsäädännöltä edellytettävää tarkkarajaisuuden vaatimusta. Tilanne on ongelmallinen sekä asiakkaan /potilaan että työntekijän oikeusturvan kannalta. Eduskunnan oikeusasiamies on päätöksessään 14.4.2009 puuttunut tähän ongelmaan ja esittänyt sosiaali- ja terveysministeriölle tämän lainsäädännöllisen puutteen poistamista.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 2.7.2010 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän. Itsemääräämisoikeustyöryhmän alatyöryhmä ”akuutit ja päivystystilanteet” -alatyöryhmä aloitti työnsä vuoden 2011 alussa. Työryhmä valmistelee lainsäädäntöä, jolla tavoitellaan muiden vaihtoehtojen ensisijaisuutta, vähennetään tarvetta turvautua rajoitustoimiin sosiaali- ja terveydenhuollon akuuteissa ja päivystystilanteissa sekä säädetään rajoittamisen edellytyksistä ja tavoista.

## Kaksi perusoikeutta vastakkain

Tarkastelun lähtökohtana ovat ihmisoikeussopimukset ja Suomen perustuslaki. Vastakkain asettuu kaksi perusoikeutta – henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden suoja yhdessä itsemääräämisoikeuden kanssa ja toisaalta oikeus välttämättömään hoitoon, hoivaan ja huolenpitoon. Lainsäädäntöhankkeen tarkoituksena on vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä säätämällä tarkasti rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä. Lähtökohtana sääntelyssä on perusoikeuksien kunnioittaminen kaikissa tilanteissa. Tilanteissa, joissa suojelun kohteena on toinen, ensisijaisena pidettävä oikeushyvä (esimerkiksi oikeus sosiaaliturvaan tai hoitoon), voidaan toista perusoikeutta (esimerkiksi henkilökohtainen vapaus) laissa määritellyin perustein rajoittaa.

Haasteena tässä lainsäädäntöhankkeessa on moninaisten käytännön tilanteiden yhdistäminen lainsäädännön riittävän tarkkarajaisuuden vaatimuksen kanssa ilman, että säädöksistä tulee liian monimutkaisia ja vaikeatulkintaisia. Paitsi asiakkaan /potilaan ja työntekijöiden oikeusturvan kysymykset, joudutaan pohtimaan tapoja, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt velvoitetaan luomaan edellytykset ja selvittämään tapauskohtaisesti mahdollisuudet toimia ensisijaisesti niin, että henkilön perusoikeuksia ei rajoiteta. Asiakkaan /potilaan oikeusturva tulee puolestaan taata rajoituksia mahdollisesti käytettäessä.

## Rajoittaminen ja oikeus tehdä tietoisesti itselleen huonoja päätöksiä

Työryhmä joutuu tarkastelemaan kulttuurisidonnaista tapaa tulkita yksilön oman vastuun ja yhteiskunnan vastuun välille asettuvaa harmaata aluetta. Tällä alueella yksilön on sallittua tehdä harkitusti ja seurauksista tietoisena myös itselleen huonoja valintoja esimerkiksi kieltäytymällä akuuttitilanteessa lääketieteellisesti

perustellusta hoidosta tai sosiaalihuoltona annettavasta avusta. Tämän rajan määrittelyyn liittyvien periaatteiden kuvaaminen on tärkeää myös osallisen henkilöstön oikeusturvan näkökulmasta. Olennaista onkin tällöin arvioida, missä määrin henkilö on kyennyt harkitsemaan tietoisesti eri vaihtoehtoja ja valitsemaan niiden välillä. Tämä harkinta tulee eteen esimerkiksi päihteiden vaikutuksen alaisen, mutta ulkonaisesti järjestäytyneeltä vaikuttavan henkilön kieltäytyessä ruumiillisten vammojen tai oireiden tutkimuksesta ja hoidosta sekä ilmaistessa halunsa poistua ilman hoitoa terveydenhuollon päivystyspisteestä. Samanlaisen päätöksentekotilanteeseen joutuu sairaankuljetushenkilöstö harkitessaan mahdollisesti sairauskohtauksen saaneen, mutta vastustelevan henkilön kuljettamista kotoa tai vaikkapa kadulta päivystyspoliklinikalle.

## Miten määritellä henkilön kyky tehdä päätöksiä omassa asiassaan

Tulisi siis jollain yksinkertaisella tavalla kyetä määrittelemään milloin asiakas tai potilas on kykenevä tekemään päätöksiä asioissaan, jolloin hänen päätöksiään on sosiaali- ja terveydenhuollossa myös kunnioitettava. Tulee pohtia tulisiko tämän kykenevyyden tunnusmerkit kirjata säädöksiin, sillä akuutissa päätöksentekotilanteessa on olennaisen tärkeää että työntekijä kykenee nopealla ja yksinkertaisella tavalla arvioimaan asianomaisen päätöksentekokyvyn ja että tätä samaa menettelyä noudatettaisiin yhteneväisesti koko maassa. Tällaiseen ratkaisuun on päädytty Englannissa, jossa Mental Capacity act 2005/UK lähtee siitä, että henkilö on lähtökohtaisesti kykenevä toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan, ellei toisin osoiteta. Keskeinen käsite on henkilön tilannekohtainen kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä. Tähän liittyy kolme perusasiaa:

- kyky ymmärtää asianmukaisesti päätöksenteolle tärkeä informaatio,
- kyky pitää tämä informaatio mielessään päätöksentekoprosessin ajan ja
- kyky punnita keskenään eri vaihtoehtoja.

Kykyyn tehdä itseään koskevia päätöksiä liittyy myös kyky viestiä tekemänsä päätös eteenpäin. Tässä sekä asioiden ymmärtämisessä ja valinnassa voidaan käyttää apuna tuettua päätöksentekoa. Tuettu päätöksenteko alentaa kynnystä tulkita henkilö kykeneväksi tekemään päätöksiä ja tuo alentuneesti kommunikaatiokykyisen henkilön tahdon osaksi harkintaprosessia. Akuuteille ja päivystystilanteille ominaisessa kiireessä tuetun päätöksenteon järjestäminen saattaa kuitenkin joskus olla haasteellista, ellei esimerkiksi saattaja tai muu tilanteessa mukana oleva ulkopuolinen taho kykene toiminaan tässä roolissa.

## Yksilönvapauksien kunnioittamisen ensisijaisuus

Valmisteltavia säännöksiä on tarkoitus soveltaa viranomaisen järjestämään ja yksityiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle annettua rajoitustoimivaltaa suunnitellaan sovellettavaksi riippumatta siitä, kuuluuko henkilöstö virkasuhteeseen tai muuhun henkilökuntaan. Rajoitustoimenpiteitä saa käyttää vain siinä määrin kuin potilaan tai asiakkaan tai toisen henkilön turvallisuus tai muun määrittelyn edun turvaaminen välttämättä vaatii, eikä edun turvaamiseksi ole käytettävissä muita keinoja tai ne ovat riittämättömiä. Toimenpiteen on aina oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään. Vaatimus rajoittavien toimenpiteiden suorittamisesta turvallisesti ja asiakkaan ihmisarvoa kunnioittaen on itsestään selvää.

Oman lukunsa muodostaa niiden keinojen määrittely, joita on sallittua käyttää henkilön rajoittamisessa, näiden keinojen suhde toisiinsa sekä erityisesti toimenpiteet, joita ensin täytyy harkita ja mahdollisesti toteuttaa yksilönvapauksien rajoittamisen välttämiseksi. Kiireellisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen selvittämisessä mahdolliseksi rajoitustoimenpiteiksi on kuvattu poistumisen kieltäminen, kiinnipitäminen, rajoittavien välineiden käyttö sekä omaisuuden haltuunotto ja henkilöntarkastus. Kiireellisen terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tulisivat edellä mainittujen lisäksi kyseeseen sitominen ja valvontahuoneeseen sijoittaminen sekä lyhytvaikutteinen lääkitseminen potilaan rauhoittamiseksi. Lisäksi määritellään potilasta voitavan hoitaa hänen vastustuksestaan huolimatta, jos muiden edellytysten täytyessä näin torjutaan henkeä tai terveyttä uhkaava vaara ja hoitamatta jättämisestä voisi aiheutua vakava pysyvä, muu kuin kosmeettinen haitta, eikä vaihtoehtoista tapaa toteuttaa hoito yhteisymmärryksessä ole käytettävissä.

Lainsäädännöstämme puuttuvat tällä hetkellä säännökset ensihoidon ja sosiaalihuollon henkilöstön oikeudesta päästä henkilön olinpaikkaan tai asuntoon. Nämä säännökset sisällytetään uuteen lainsäädäntöön. Samalla on määriteltävä, kuka tekee päätöksen asuntoon menemisestä ja pyytää tarvittaessa poliisilta virka-apua.

## **Työnantajalla merkittävä vastuu kulttuurin muutoksessa**

Säännöksiin tulee määritellä työnantajan veloitteet riittävien henkilöstövoimavarojen ohjaamisesta niihin toimintoihin, joissa rajoitustoimia käytetään, jotta rajoittamistoimenpiteitä vaativiin tilanteisiin jouduttaisiin nykyistä harvemmin. Vaikuttaa jo tässä vaiheessa väistämättömältä, että terveydenhuollon päivystyspisteissä, mutta myös sosiaalihuollon puolella (esimerkiksi kehitysvammaisten palveluissa) tulee olla mahdollisuus rauhoittaa levotonta potilasta /asiakasta jonkun henkilökuntaan kuuluvan jatkuvan läsnäolon avulla vaihtoehtona perusoikeuksien rajoittamiselle. Seurauksena tästä kulttuurin muutoksesta on näihin toimintoihin kohdistuva lisätyöpanoksen tarve.

Tilojen ja välineiden tulee olla soveltuvat ja turvalliset sekä päätöksenteolla olla tukenaan riittävät lääketieteelliset palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tulee olla riittävän yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet siitä, miten yksikössä tavoitellaan yksilönvapauksien loukkaamattomuuden ensisijaisuutta ja rajoitusten käytön vähentämistä sekä miten itsemääräämisoikeuden rajoituksia tarvittaessa toteutetaan. Valvovien viranomaisten organisaatiovalvonnan toimenpiteiden kautta nämä käytännöt ajan kanssa yhdenmukaistuvat. Sekä asianomaisen että työntekijän oikeusturvan näkökulmasta on tärkeää, että asiakirjoihin kirjataan toteutettujen rajoitusten perusteet ja toteutustapa, samoin kuin henkilön toteaminen kykeneväksi päättämään asioistaan ja hänelle annettu informaatio tilanteissa, joissa hän päättää olla toimimatta annettujen suositusten mukaisesti.

## **Lopuksi**

Työryhmällä on vielä edessään ratkaisemattomia haasteita. Rajoitusten keston maksimijajoista vallitsee erilaisia käsityksiä. Samoin asiakkaan /potilaan oikeussuojakeinojen jääminen nopeasti etenevissä akuuteissa ja päivystystilanteissa vain jälkikäteisten oikeussuojakeinojen varaan on koettu ongelmaksi. Tuettu päätöksenteko ei korvaa oikeussuojakeinoja eikä tuettua päätöksentekoa ole näissä tilanteissa aina mahdollista toteuttaa. Säännösten noudattamisen ei tulisi lisätä kohtuuttomasti byrokratiaa eikä aiheuttaa tavoitteisiin nähden kohtuutonta lisätyön tarvetta. Uuden itsemääräämisoikeuden ensisijaisuutta korostavan ja rajoitusten käyttöä vähentävän kulttuurin luominen on haaste säännösten kirjoittajille, mutta myös alan toimijoille ja palvelujen käyttäjälle itselleen. Palvelujen käyttäjän päätösvalta ja vastuu itseään koskevissa päätöksissä lisääntyy. Samalla on sovitettava yhteen henkilön ja työntekijöiden oikeusturvan, potilasturvallisuuden ja laadun asettamat vaatimukset heikentämättä sosiaali- tai terveydenhuollon tuottavuutta.

# Laki päihdeongelmaisten raskaana olevien naisten tahdonvastaisesta hoidosta valmisteilla

Kari Paaso

Johtaja

Sosiaali- ja terveysministeriö, Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto, PL 33, 00023 Valtioneuvosto  
kari.paaso@stm.fi

Pakko on ruma sana nyky-yhteiskunnassa. Sellaista ei haluta - ainakaan kun ihmisiä pyritään hoitamaan. Kun nykyistä päihdehuoltolakia 1980-luvun puolivälissä säädettiin, tahdonvastaisuus päihdeongelmien hoidossa tahdottiin poistaa. Lakiin toki kirjattiin mahdollisuus pakkoon, mutta pykälät kirjoitettiin sellaiseen muotoon, että niiden käyttö on hankalaa, osittain mahdotonta. Päihdehuoltolaki säädettiin ns. irtolaislain rauniolle. Semmoisen hajustakin haluttiin eroon.

Tämä johti siihen, että päihdeongelmaisten tahdonvastainen hoito tulee mielenterveyslain kautta. Se pakko on siis sittenkin hiipinyt sinne. Nyt pakon käyttöalaa päihdehuollossa harkitaan laajennettavaksi päihdeongelmaisiin raskaana oleviin naisiin. Toistaiseksi tällainen ei ole ollut mahdollisuutta sillä perusteella että raskaana olevan naisen alkoholikäyttö vaarantaa syntyvän lapsen terveyden; kylläkin sillä perusteella että hänen oma terveytensä vaarantuu.

Naisten alkoholinkäytön lisääntyminen (1960-luvulta kuusinkertaistunut Suomessa) on monen muun asian lisäksi johtanut keskusteluun alkoholin aiheuttamista raskaudenaikaisista sikiövaurioista. Keskustelua käydään eri puolilla maailmaa, eritoten Kanadassa asiaa on tutkittu paljon. Eriasteisista alkoholivaurioista käytetään lyhennystä FASD (Fetal alcohol spectrum disorder). Kanadassa on laskettu, että ilmaantuvuus on jopa 5 %:lla syntyvistä lapsista; Suomessa lukuna on pidetty 1 %. Alkoholin aiheuttamien vaurioiden vakavin aste on FAS (Fetal alcohol syndrom), joita Suomessa on n. 10 % FASD-diagnooseista, kun esim. Etelä-Afrikassa tämä luku on 80 %.

Edellä mainittu tilanne on johtanut laajaan keskusteluun siitä, miten syntyvää lasta voitaisiin suojella tällaisilta vaurioilta. Sosiaali- ja terveysministeriössä asiaa on eri kanteilta pohtinut kaksi työryhmää (STM selvityksiä 2009:4 ja 2011:4). Yhtenä keinona on esitetty mahdollisuutta laajentaa päihdehuoltolain tahdonvastainen hoito koskemaan myös tilannetta, jossa odottavan äidin päihdeidenkäyttö vaarantaa syntyvän lapsen terveyden. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan asiaa koskevaa hallituksen esitystä osana sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämissäädösten uudistamista. Määräaika on vuoden 2011 loppu.



# Oikeuspsykiatria

Helena Vorma

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveyspalveluosasto, PL 33, 00023 Valtioneuvosto  
helena.vorma@stm.fi

Oikeuspsykiatria koskevan lainsäädännön muutoksia pohtiva alatyöryhmä on selvittänyt oikeuspsykiatriaan liittyviä säädöstarpeita siitä lähtökohdasta, että oikeuspsykiatrian toiminnoista säädettäisiin erillisessä laissa nykyisen mielenterveyslain sijaan.

Työryhmän toimeksiantoon kuuluvat rikoslain ja oikeuspsykiatrisia potilaita koskevien säännösten yhteensovittaminen, hoitoseuraamuksen täytäntöönpanoa koskevat kansainväliset sopimukset ja Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen toimikunnan kannanotot, rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten henkilöiden asema sekä oikeuspsykiatristen potilaiden palvelujen saatavuus ja kehittäminen. Lisäksi työryhmä arvioi mielenterveyslain perusoikeuksien rajoittamista koskevien säännösten riittävyyttä ja muutostarpeita oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa.

Alatyöryhmän selvittävänä ovat erityisesti seuraavat kysymykset:

- oikeuspsykiatrisia potilaita koskevien rajoitustoimenpidesäännösten täsmentäminen ja ajantasaistaminen
- tahdosta riippumattoman hoidon perusteiden muuttaminen siten, että hoitoon määrääminen on mahdollista mielisairauden lisäksi myös vakavan mielenterveydenhäiriön perusteella
- oikeuspsykiatristen potilaiden velvoitteinen avohoito
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuspsykiatrisen lautakunnan tehtävien tarkempi sääntely
- oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa koskevan päätöksenteon mahdollinen siirtäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tuomioistuimelle
- rikoksiin syyllistyneiden kehitysvammaisten henkilöiden hoidon järjestäminen
- lasten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimuksiin liittyvän sääntelyn kehittämisen tarpeen arviointi

## Työryhmän linjauksia

### 1. Oikeuspsykiatria koskevat säännökset sisällytetään mielenterveyslakiin omaksi luvuksi

- ehdotetaan uutta alatyöryhmää käsittelemään mielenterveyslain muita uudistamistarpeita

### 2. Hoitoon määrääminen

- vaihtoehtoina tuomioistuin tai itsenäinen lautakunta
- jos siirtyä tuomioistuimelle, edellytyksenä edelleenkin lautakunnan mielentilatutkimukseen perustuva lausunto

### 3. Järjestämis- ja rahoitusvastuu

- mielentilatutkimusten kustannukset maksetaan valtion varoista
- nykytilanteessa oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla
- rahoitusvastuu hoitoseuraamusvaihtoehdossa?
- velvoitteisen avohoidon rahoitusvastuu?

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

## Linjauksia

### 4. Oikeuspsykiatrisen potilaan määrittely

- rikosoikeudellinen syyntakeettomuus - mielentilatutkimukseen ohjautuminen
- laajennetaan hoitoon määrääminen käsittämään vakavat psykoosia lähellä olevat mielenterveyden häiriöt (skitsofreniaspektrin häiriöt)
- mielisairaus - käsitteen määrittely?
- muut kriteerit - muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus?

### 5. Velvoitteisen avohoidon käyttöönotto

- tavoitteena sairaalahoidon lyhentäminen, kun mahdollista
- velvoitteisen avohoidon edellytykset ja keskeyttäminen määriteltävä
- kotikunnalla velvollisuus järjestää tarvittavat avopalvelut
- potilaan velvoitteet määriteltävä

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

### 6. Rajoitustoimenpidesäännösten täsmentäminen

- potilaiden perusoikeuksien vahvistaminen
- oikeuspsykiatrisille potilaille tarvitaan joitakin erityissäännöksiä
- mielentilatutkimuksessa olevat vangitut ja vankeusrangaistusta suorittavat

### 7. Oikeuspsykiatristen potilaiden määrä ja hoidon kesto

- valtakunnallisen oikeuspsykiatrisia potilaita koskevan tietokannan perustaminen

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Kuva 13. Esitysmateriaalia.

# POSTERABSTRAKT

# Patienters uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras

Eva Andreasson, Ingela Skärsäter

Eva Andreasson, leg.ssk, magister i psykiatrisk omvårdnad

Nå Ut-teamet, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Område 2, Kronhusgatan 2 F, 411 13 Göteborg, Sverige

Eva.andreasson@vgregion.se

Ingela Skärsäter, leg. ssk, docent i omvårdnad

Sahlgrenska Akademin/Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Box 400, 405 30 Göteborg, Sverige

ingela.skarsater@gu.se

## Bakgrund

I Sverige insjuknar 1500-2000 personer årligen i någon form av psykos. Ett psykosinsjuknande kräver ofta tvångsvård. Tvångsvård innebär ett etiskt dilemma där två principer står mot varandra; dels att göra gott genom att behandla, dels att respektera den enskilda patientens självbestämmande. Patientens självbestämmande är i teorin en självklarhet, men kan vara svår att realisera när patienten är psykotisk. Det finns få studier som handlar om hur patienter uppfattar omhändertagandet vid tvångsvård.

## Syfte

Syftet med studien är att beskriva patienters erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykosskov.

## Metod

Studien utfördes utifrån Helsingforsdeklarationens (2000) etiska riktlinjer för god standard i forskning som omfattar människor. Studien är gjord utifrån en kvalitativ design med fenomenografisk analys metod. Ett strategiskt urval gjordes. 15 patienter med erfarenhet av tvångsvård och som behandlas på någon av Psykiatri Sahlgrenska's öppenvårdsmottagningar för psykosvård, tillfrågades om deltagande i studien. 12 patienter gav sitt samtycke till att delta, i en cirka 1 timmes lång intervju där de fick svara på 5 öppna frågor om sina erfarenheter av tvångsvård. Följdfrågor av mer konkret karaktär ställdes sedan för att utveckla, klargöra och fördjupa svaren och på så sätt få en sådan innehållsrik beskrivning och utforska så många olika aspekter av hur fenomenet erfors som möjligt. Intervjuerna spelades in på band och transkribera därefter ordagrant. Genom metoden fångades och beskrevs variationsbredden och de kvalitativt skilda sätt som fenomenet uppfattades, förstods och begreps. Analysen av materialet gjordes med hjälp av en fenomenografisk metod av båda forskarna tillsammans.

## Resultat

I resultatet framkom två beskrivningskategorier för att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykosinsjuknande:

Att få det stöd man behöver, i form av god omsorg, skydd, att få hjälp att förstå och att vårdas i en läkande miljö. Att vårdas med respekt, att känna sig sedd som medmänniska, att vara självständig och att vara delaktig. Resultatet visar att det är viktigt att förhindra att patienter traumatiseras under tvångsvård och att ta tillvara patienternas inre resurser. Patienters erfarenheter av tvångsvård kan ligga till grund för

upprättande av individuell handlingsplan vid eventuell framtida tvångsvård. Med individuella handlingsplaner skulle patienter göras mer delaktiga under tvångsvård och omhändertagandet kunna förbättras för dem.

### **Slutsats**

Patienter i akut psykiatrisk vård får ett gott omhändertagande om de får god omsorg, om de får det skydd de behöver och om de får hjälp att förstå vad som händer. De känner sig respekterade om de får behålla sin självständighet och om inbjuds till att vara delaktiga trots att de vårdas med tvång. För att förhindra att patienter traumatiseras under tvångsvård är det viktigt att ta tillvara patienternas egna resurser. Upprättande av individuella handlingsplaner vid eventuell framtida tvångsvård kan göra patienterna mer delaktiga under tvångsvård och förbättra omhändertagandet för dem.

### **Referenser**

Studien har accepterats för publikation i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2011.

# (H)järnkoll – En nationell attitydkampanj

Rickard Bracken

Projektledare

(H)järnkoll, Förmansvägen 2, 117 43 Stockholm, Sverige

rickard@handisam.se

[www.hjarnkoll.se](http://www.hjarnkoll.se)

(H)järnkoll är en nationell satsning med syfte att få till en förändring genom att öka kunskapen och förändra negativa attityder till psykisk sjukdom och psykisk ohälsa. Det finns en stor samstämmighet att diskriminering av personer med psykiska funktionsnedsättningar är omfattande. Regeringen menar att en viktig insats är att motverka detta och har därför gett Handisam, myndigheten för handikappolitisk samordning att i samarbete med NSPH, nationell samverkan för psykisk hälsa, nätverket för patient, brukar och närståendeorganisationer i uppdrag att från maj 2010 till december 2011 genomföra kampanjen.

Kampanjen är riksomfattande men har samtidigt valt tre kampanjlän där man genomför särskilda satsningar – Västra Götalandsregionen, Uppsala och Västerbottens län. Kampanjens målgrupp personer i åldrarna 25-45 år eftersom denna grupp sticker ut till viss del när det gäller åsikter och attityder till personer med psykisk ohälsa. Material och satsningar har också riktats till särskilda grupper som arbetsgivare, polis och vårdpersonal.

Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI) i Lund har i uppdrag att utvärdera satsningen och genomför regelbundna mätningar. Det har redan visat sig att kampanjen gett resultatet i de särskilda kampanjlänen genom mer positiva attityder i befolkningen till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

En viktig del av kampanjarbetet är att rekrytera och utbilda så kallade ”attitydambassadörer”. Personer som på olika sätt har egen erfarenhet av psykisk ohälsa – egen erfarenhet eller erfarenhet som anhörig. Idag finns över 180 ambassadörer som är tillgängliga för att informera, berätta och vara samtalspartner om sina erfarenheter av psykisk ohälsa. Attitydambassadörer har anlitats och är en värdefull samarbetspartner i det nationella projektet ”Bättre vård – mindre tvång” som syftar till att utveckla den psykiatriska tvångsvården med fokus på tvång. De ambassadörer som deltar i det arbetet har själva en erfarenhet av tvångsvård och kan förmedla sina kunskaper till vårdpersonal för att i dialog och samverkan bidra till utvecklingen av vården. Attitydambassadörerna förmedlas via en särskild förmedlingstjänst och har även tillgång till handledning och stöd i samband med sina uppdrag.

# (H)järnkoll - A national campaign to change attitudes

Rickard Bracken

Project Leader

(H)järnkoll, Förmansvägen 2, 117 43 Stockholm, Sweden

rickard@handisam.se

[www.hjarnkoll.se](http://www.hjarnkoll.se)

(H)järnkoll is a nationwide campaign that aims to effect change by spreading knowledge of and changing negative attitudes towards mental health problems and illness. There is great consensus that discrimination against people with mental health conditions is widespread. The Swedish government considers that it is important to counteract this discrimination, and it has therefore tasked Handisam, the Swedish Agency for Disability Policy Coordination, to work with NSPH, the network for patient, user and relative organisations, from May 2010 to December 2011 on implementing the campaign.

The campaign is being rolled out throughout Sweden, but concurrently with this, three campaign counties have been selected as the focus of special initiatives – these are the Västra Götaland region and the counties of Uppsala and Västerbotten. The campaign is targeting individuals between the ages of 25 and 45, as this group stands out to some extent in terms of opinions and attitudes towards people with mental health conditions. Materials and initiatives have also targeted particular groups such as employers, police and care personnel.

The Centre for Evidence-based Psychosocial Interventions (CEPI) in Lund has been charged with evaluating the campaign and makes regular measurements. These have already shown that the campaign has produced results in the special campaign counties in terms of more positive attitudes among the population towards people with mental health conditions.

A key part of the work is to recruit and train what are known as ‘attitude ambassadors’. These are people who in various ways have personal experience of mental health problems – either their own experience or experience as a relative. Today, there are over 180 ambassadors available to provide information and talk about their experiences of mental health problems. Attitude ambassadors have been hired as highly valued partners in the nationwide “Bättre vård – mindre tvång” [Better care, less compulsion] project, which aims to improve compulsory institutional psychiatric care, focusing on the compulsion element. The ambassadors taking part in the work have personal experience of such care and are able to pass on their knowledge to care personnel in order to help improve care services through dialogue and collaboration. Attitude ambassadors are recruited through a separate agency and also have access to supervision and support when carrying out their tasks.

# Pitääkö pakon käytön vähentämiseen pakottaa?

Kaivosoja M, Aspvik U, Ruisaho S, Luhta R

Matti Kaivosoja, LT, ylilääkäri, psykiatrian tulosaluejohtaja  
Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoido- ja peruspalvelukuntayhtymä, Mariankatu 16-20, 67200 Kokkola  
matti.kaivosoja@kpsph.fi

Psykiatrisen hoidon eettiset periaatteet ovat hyödyn tuottaminen, haitan välttäminen, autonomian lisääminen ja oikeudenmukainen menettely. Olemme soveltaneet näitä eettisiä periaatteita pyrkiessämme Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian yksikössä vähentämään pakon käyttöä psykiatrisen osastohoidon aikana.

Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa avattiin ensimmäinen aikuisten psykiatrinen osasto avattiin 1989 ja suljetut osastot käynnistyivät vuonna 1994. Siitä asti sairaalassa on hoidettu potilaita tahdosta riippumattomassa hoidossa. Aluksi psykiatrisilla osastoilla ei ollut lainkaan tiloja pelkkään eristämiseen, ainoastaan leposide-eristykseen. Hoidollinen ajattelu perustui siihen, että potilasta ei äärimmäisessä tilanteessa jätetä yksin. Sairaalan hoitokulttuuri on rakentunut alusta asti avoimuuteen ja toiminta osana somaattisen hoidon sairaalaa on mahdollisesti korostanut potilaan oikeuksia. Sairaalassa on pakon käyttö ollut vähäisempää kuin maassa keskimäärin, etenkin eristämistä ja pakkolääkitsemistä on käytetty vähemmän kuin useimmissa psykiatrisissa sairaaloissa (Tuori ja Kiikkala 2004).

Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrian yksikölle valmistuivat täysin uudet toimitilat vuoden 2008 alussa. Valvontaviranomaisten tarkastuksissa oli edellytetty, että sairaalalla tulisi olla paremmat eristämistilat, aiemmin vain toisella psykiatrian osastolla oli tilat potilaan eristämistä varten. Uudessa yksikössä eristämistiloja tuli yhteensä neljä. Uusissa tiloissa eristämistä käytettiin kahden ensimmäisen vuoden aikana selvästi enemmän kuin oli käytetty ennen uusien tilojen käyttöön ottamista. Sekä tästä havainnosta että Mieli 2009 –ohjelmasta johtuen halusimme kehittää toimintaa vähemmän pakon käytön suuntaan.

Pakon vähentämisen toimintamalliksi omaksuttiin usealla tasolla ja useilla foorumeilla vaikuttaminen. Autonomian kunnioitus ulotettiin myös pakkoa toteuttavaan henkilöstöön. Vähentäminen perustuu yhteisesti hyväksytyyn hoitofilosofiaan ja kaikkien ammattiryhmien eettisten periaatteiden käsittelyyn. Hoitoyhteisön toimintaa kehitetään vuorovaikutusta edistäväksi. Uhkaavia tilanteita ennakoidaan ja ehkäistään käyttämällä HFR-toimintamallia (hallittu fyysinen rajoittaminen). Koko henkilöstö on saanut viikon mittaisen HFR-koulutuksen. Pakon käyttöä on ohjeistettu sekä yksikkötasolla että potilaskohtaista kirjaamista kehittämällä. Yhdessä kokemusasiantuntijoiden kanssa on tehty tiedotteet rajoitustoimista potilaille.

Koko yksikössä pakon ja rajoitusten käyttöä seurataan nyt kuukausittain. Tavoitteena on sekä kokonaisuuden seuranta että vaikeiden tilanteiden jälkikäteinen arviointi. Näillä pyritään kehittämään hoitokäytäntöjä ja ylläpitämään sovittua hoitofilosofiaa yksikössä.

Ensimmäisen vuoden kokemus on ollut rohkaiseva. Yhteistyö kokemusasiantuntijoiden kanssa on toiminut hyvin. Kuukausittainen seuranta ja huomion kiinnittäminen haastaviin tilanteisiin on koettu myönteisenä. Eristämiset ja leposideiden käyttö näyttävä olevan vähenemässä.

## Lähde

Tuori T ja Kiikkala I: Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Suom lääkäril 2004: 59: 3411-3414.



# Coercive measures in adolescent psychiatry

Riittakerttu Kaltiala-Heino<sup>1</sup>, Ulla Siponen<sup>2</sup>, Maritta Välimäki<sup>2,3</sup>

*1) Tampere University Hospital and University of Tampere, Medical School, Finland*

*2) University of Turku, Department of Nursing Science, Finland*

*3) The Hospital District of Southwest Finland, Turku University Hospital, Finland*

TAYS Pitkänieni, 33380 Pitkänieni  
merihe@uta.fi

Coercive measures, such as seclusion and mechanical restraint, are widely used in psychiatric care although their optimal use and impact on treatment outcome remains unknown. Our aim was to evaluate the trends in the use of coercive measures in psychiatric inpatient treatment of adolescents aged 12-17 in Finland.

## Methods

Nationwide Hospital Discharge Register data was used to evaluate the trends in the use of seclusion and restraint in psychiatric inpatient treatment of adolescents aged 12-17 in Finland from the years 1996-2003. Time trends, regional variation and patient characteristics related to the risk for being target of coercive measures in psychiatric inpatient treatment are reported.

## Findings

Use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient care first increased, peaking at 1999-2001, and then decreased. The decrease occurred after stricter legislative control of use of coercive measures was introduced in 2002, and despite that involuntary treatment periods did not decrease. Considerable regional variation was seen in use of coercive measures. A greater proportion of girls than of boys were secluded / restrained. Seclusion / restraint was most common in schizophrenia, mood disorders and conduct disorder.

## Conclusion

Legislative control had a desired impact on use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient care. Regional variation in use of coercive measures endangers equality before the law.

# Alternatives to seclusion and restraint

Raija Kontio<sup>1</sup>, Grigori Joffe<sup>1,2</sup>, Hanna Putkonen<sup>3,4</sup>, Lauri Kuosmanen<sup>5</sup>,  
Maritta Välimäki<sup>6,7</sup>

Raija Kontio

Kellokoski Hospital, Vanha Valtatie 198, 04500 Kellokoski  
raija.kontio@hus.fi

*1) Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland*

*2) Helsinki University Central Hospital, Finland*

*3) National Institute for Health and Welfare, Helsinki*

*4) Vanha Vaasa Hospital, Finland*

*5) Primary Health Care Organisation of City of Vantaa, Finland*

*6) University of Turku, Department of Nursing Science*

*7) Hospital District of Southwest Finland, Turku, Finland*

## Background

The use of patient restrictions, especially seclusion and restraint is a complex ethical dilemma in psychiatric care. Evidence is still lacking regarding effectiveness of seclusion and restraint in reducing patients' aggressive behaviour or alleviating serious mental illness.

Although there is strong evidence supporting the use of alternative methods to reduce seclusion and restraint, their implementation in clinical practice has been insufficient. Personnel need to be encouraged and educated in the use of alternative methods for the prevention of patients' violent behaviour.

## Aims and methods

1. To explore psychiatric inpatients experiences and suggestions for seclusion and restraint practices (n=30, theme interviews)
2. To explore nursing and medical personnel's perceptions of seclusion and restraint practices (n=27, focus group interviews)

## Results

Patients' perspectives received insufficient attention during the seclusion and restraint process. Patients reported mainly that they did not get enough information about their situation, treatment and plans. Patients felt anger, fear and loneliness when being secluded or restrained. Patients described problems related to their basic needs, such as washing up, toileting, eating or drinking. Improvements and alternatives to seclusion and restraint as suggested by the patients focused on essential parts of clinical nursing, but were not extensively adopted.

Both nurses and physicians reported ethical conflicts related to decision making about seclusion and restraint. Although the nursing personnel had to balance the best interests of patients with those of other people, the physicians experienced ethical conflict when making a post-hoc decision on a seclusion or restraint that had already taken place.

Patients and personnel suggested improvements to seclusion and restraint practices, such as humane treatment, external evaluators, up-to-date information, written agreements, and a patient-friendly environment. They described many alternatives, such as empathetic patient-personnel interaction, meaningful activities, therapeutic community, and biological treatments (e.g., medication, ECT). Personnel expressed a need for education and support to build-in these alternatives in clinical nursing.

## Conclusions

The patient perspective must be accentuated. Providing patients with meaningful activities, planning beforehand, documenting the patient's wishes and making patient-personnel agreements reduce the need for restrictions and offer alternatives for seclusion and restraint. Service users must be involved in all practical development.

Personnel need problem-based, on-ward education to promote communication with patients.

Education should focus on sensitization to patients' feelings and interpersonal aggression-precipitating factors. Continuing vocational education should bring together written clinical guidelines on alternative methods, ethical and legal issues, and support for personnel.

# Pallo haltuun! Nuorten aikuisten kuntoutuskokonaisuus

## Vertaistuki – vastuu – voimavarat – oma rooli kuntoutumisen prosessissa

### Mielenterveyden keskusliitto

Ratakatu 9, 00120 Helsinki  
outi.stahlberg@mtkl.fi  
[www.mtkl.fi](http://www.mtkl.fi)

Pallo haltuun! –kuntoutuskokonaisuus on 2006 – 2008 nuorille aikuisille kehitetty oikea-aikainen, riittäväkestoinen ja monipuolinen kuntoutusmalli, jossa myös heidän omaisensa ja lähiympäristön toimintamahdollisuudet otetaan huomioon.

#### Kenelle

Pallo haltuun! –kuntoutuskokonaisuus on suunnattu työelämän ulkopuolella oleville nuorille aikuisille, joilla on mielenterveydellisistä syistä vaikeuksia löytää reittiä opintoihin tai työelämään tai selviytyä niistä. Pallo haltuun! on kuntoutuskokonaisuus, joka on helposti muunneltavissa eri kohderyhmille esim. nuorille aikuisille, nuorille lapsiperheille, maahanmuuttajille, eläkkeelle jääville jne. Kuntoutuskokonaisuuden kesto on noin puoli vuotta.

#### Tavoitteet

Tavoitteena on lisätä tietoa kuntoutumisesta ja edistää asiakkaan kykyä laatia omaa elämäänsä koskevia tavoitteita. Kuntoutuksen aikana, toimintakyvyn ja voimavarojen kasvaessa, lisääntyvät valmiudet toimia arkielämän eri tilanteissa. Nuorten lapsiperheiden kanssa toteutettavan kuntoutuksen tärkeänä tavoitteena on lasten sairastuvuuden ennaltaehkäisy. Pallo haltuun! –kuntoutus tarjoaa erityisesti syrjäytymisvaarassa oleville nuorille aikuisille mahdollisuuden verkostojen, yhteistyön ja sosiaalisten taitojen kehittämiseen.

#### Toteutus

Kohderyhmä: 18-25-vuotiaat mielenterveyden ongelmista kärsivät nuoret aikuiset tai nuoret 18 – 30-vuotiaat lapsiperheet.

Toteuttava tiimi:	Kaksi kuntoutusohjaajaa ja yksi vertaisohjaaja.
Asiakkaita lähettävät tahot:	Psykiatrian poliklinikat, mielenterveystoimistot, sosiaalitoimi sekä muut soveltuvat tahot.
Kuntoutuskokonaisuus	1. Alkuhaastattelu 2. Viiden päivän avojakso 6h/pv (aloitus) 3. Pienryhmäjaksot (viisi kertaa), joiden aikana yksilölliset ohjaukset 4. Viiden päivän avojakso 6h/pv (lopetus) 5. Omaisille järjestetään psykoedukatiivinen opintopiiri (15 tuntia).
Päämenetelmät:	Verkostoituva ja jalkautuva palvelu- ja kuntoutusohjaus, vertaisohjaus, alustukset ja keskustelut, toiminnalliset harjoitukset, liikunta. Nuorten aikuisten lapsiperheiden kokonaisuudessa lisäksi perheille suunniteltu jakso ja Lapset puheeksi –menetelmän toteutus jokaisen perheen kanssa.

Taustateoriat: MTKL:n kehittämä kuntoutumisen prosessin malli, jossa yhdistyvät vertaistuki ja ammatillisuus, kokemuksellisuus ja asiantuntemus; Banduran pystyvyysteoria; voimavarakeskeisyys.

## Vaikuttavuus

Pallo haltuun! –kuntoutuskokonaisuuden vaikuttavuus on tutkittu Kelan toimesta. Tulokset on julkaistu raportin muodossa. Raportti on tilattavissa sähköpostilla [outi.stahlberg@mtkl.fi](mailto:outi.stahlberg@mtkl.fi) Tulokset ovat hyviä ja osallistujat ovat kokeneet Pallo haltuun! –kuntoutuksen merkittävänä kuntoutumisen edistymisen kannalta.

# Fatta bollen! Rehabiliteringshelhet för unga vuxna

## Kamratstöd – ansvar – resurser – egen roll i rehabiliteringsprocessen

Centralförbundet för Social och Mental Hälsa (MTKL)

Bangatan 9, 00120 Helsingfors  
outi.stahlberg@mtkl.fi  
[www.mtkl.fi](http://www.mtkl.fi)

Fatta bollen! – rehabiliteringshelheten är en mångsidig modell för rehabilitering av tillräcklig varaktighet vid rätt tidpunkt som åren 2006 - 2008 utvecklades för unga vuxna, där man även tar hänsyn till de närståendes och närmiljöns verksamhetsförutsättningar.

### För vem

Fatta bollen! – rehabiliteringshelheten är riktad till de unga vuxna utom arbetslivet som av psykiska skäl inte lyckas finna vägar till studier eller arbetslivet, eller har svårt att klara sig där.

Fatta bollen! är en rehabiliteringshelhet som lätt kan modifieras för olika målgrupper, ex. unga vuxna, unga barnfamiljer, invandrare, dem som går i pension o.s.v. Rehabiliteringshelheten pågår i ca ett halvår.

### Syften

Syftet är öka kunskapen om rehabilitering och främja klientens förmåga att ställa egna mål för sitt liv. Efterhand som verksamhetsförmågan och de egna resurserna växer under rehabiliteringen, ökar också funktionsberedskapen för olika situationer i vardagslivet. Ett viktigt mål för rehabiliteringen tillsammans med unga barnfamiljer är att förebygga insjuknanden hos barnen. Fatta bollen! -rehabiliteringen erbjuder särskilt unga vuxna i riskzonen för isolering möjligheter till nätverk, samarbete och utveckling av sociala färdigheter.

### Verkställning

Målgrupp: unga vuxna i 18 - 25års åldern som har psykiska problem, eller unga barnfamiljer i 18 - 30års åldern

Verkställande team:

Två rehabiliteringsledare och en jämlikeledare.

Instanser som hänvisar klienter:

Psykiatriska polikliniker, mentalhälsobyråer, socialbyråer samt övriga kvalificerade instanser.

Rehabiliteringshelhet:

1. Preliminär intervju
2. Öppen period på fem dagar 6h/d (start)
3. Perioder i små grupper (fem ggr), då det ges individuella vägledningar
4. Öppen period på fem dagar 6h/d (avslutning)
5. För närstående ordnas en psykoedukativ studiekrets.

Huvudmetoder:

Nätverksbyggande och introducerande service- och kamratstöd, inledningar och diskussioner, funktionsträning, motion.

Dessutom ingår i helheten för unga vuxna barnfamiljer en period som planeras för familjen, dessutom tillämpas

Bakgrundsteorier: tillsammans med varje familj metoden Barnen till tals.  
Processmodellen för rehabilitering som utvecklats MTKL, en kombination av kamratstöd och yrkesmässighet, erfarenhet och sakkunskap; Banduras själv effektivitetsteori; resurscentrering.

### Effektivitet

Folkpensionsanstalten (FPA) har låtit undersöka effektiviteten av rehabiliteringshelheten Fatta bollen! Resultaten har publicerats i form av en rapport. Rapporten kan rekvireras via e-post av [outi.stahlberg@mtkl.fi](mailto:outi.stahlberg@mtkl.fi)

Resultaten är goda och deltagarna har upplevt att Fatta bollen! -rehabiliteringen haft väsentlig betydelse för framstegen i rehabiliteringen.

# A cluster randomized controlled study of seclusion and restraint reduction in high security psychiatric care

Anu Putkonen, Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta, Eila Repo-Tiihonen, Vesa Kiviniemi, Olli-Pekka Ryyänen, Jari Tiihonen

Anu Putkonen

Niuvanniemen sairaala, Niuvankuja 65, 70240 Kuopio

Anu.Putkonen@niuva.fi

*Departments of Forensic Psychiatry; Public Health and Clinical Nutrition, Primary Health Care; and IT Centre, University of Eastern Finland; Niuvanniemi Hospital; Kuopio University Hospital; Kuopio, Finland*

## Objective

No controlled trials have been published on safety and effectiveness of coercion reduction in care of persons who have psychotic disorders with violent behaviour. Therefore, we studied this issue on high security wards.

## Methods

After a year of providing information for the leaders and staff of Niuvanniemi Hospital, four high-security wards for males with psychotic disorders were randomized to intervention and control clusters. Intervention wards were trained during 6 months to use the Six Core Strategies to Prevent Violence and Seclusion/Restraint. During the next 6 months of supervised intervention, the linear trends of monthly coercion and violence were compared with analyses of co-variance.

## Results

The proportion of patient days with seclusion, mechanical restraint or room observation use decreased from 30% to 15% at intervention cluster vs. 25% to 19% for the control cluster, indicating a specific effect from the intervention ( $p = 0.009$ ). The corresponding changes for seclusion/restraint time were from 4.6% to 2.3% for the intervention cluster vs. 5.5% to 6.3% for the control cluster ( $p = 0.08$ ). The trends of violence did not differ between the clusters ( $p = 0.54$ ). For the entire hospital, the monthly proportion of coerced patients had increased during 2 preceding years, but declined during the next two years, indicating a time-dependent non-specific effect ( $p < 0.001$ ).

## Conclusions

Use of coercion may be decreased effectively and safely in the care of persons with psychotic disorders and violence. Information and a specific local intervention may also have a non-specific effect on the entire hospital concerning the use of coercion.



# Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment

Päivi Soininen<sup>1,2</sup>, Maritta Välimäki<sup>2,3</sup>, Toshie Noda<sup>4</sup>, Grigori Joffe<sup>5</sup>,  
Hanna Putkonen<sup>6,7</sup>

Päivi Soininen

HUC, Kellokoski Hospital, Vanha Valtatie 198, 04500 Kellokoski  
Paivi.soininen@hus.fi

- 1) Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Kellokoski Hospital, Tuusula, Finland
- 2) Department of Nursing Science, University of Turku, Finland
- 3) Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland, Finland
- 4) National Institute of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
- 5) Department of Psychiatry, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland
- 6) Vanha Vaasa Hospital, Vaasa, Finland
- 7) The National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

## Background

This study focused on ethical decision making in seclusion and/or restraint (S/R). It inspected the decision making process from the patients' point of view, i.e. S/R patients' perceptions of their treatment. During the past decades, shared decision-making between patients and staff has been demanded by patients and discussed in the literature. Yet, paternalism has been the dominant model of decision making within psychiatry. Recent studies have proved that patients with severe mental illness can participate in shared decision making.

In psychiatric care patients' opinions should be taken into account when making decisions and planning treatment - just as in any treatment process. The difficult situations with coercive measures should make no exception. Many studies have successfully used qualitative methods to discover patients' opinions, preferences, or perceptions of S/R. To our knowledge there are no other studies, which have used quantitative methods to measure patients' perceptions of S/R, only the study by our colleagues in Japan.

The present study supports the Finnish National Plan for mental health and substance abuse work, which emphasizes the importance of enhancing and supporting psychiatric patients' own choices in their care, also concerning coercive measures and the need to diminish their use.

## Objective

To explore secluded/restrained patients' perceptions of their treatment, cooperation with staff, necessity/beneficence of S/R.

## Methods

In seven wards in three hospitals in Southern Finland S/R patients aged 18-65 were asked to respond to the questionnaire SR-PPT (Secluded and Restrained Patients' Perceptions of Treatment) after the S/R. We received 90 questionnaires acceptably filled out.

## Results

Patients were unsatisfied with the necessity and the beneficence of S/R. Women and older patients were more critical than men and younger patients. There were differences in responses among each hospital.

Patients felt they received enough time from the staff, and they were able to voice their opinion, but their opinion was not taken into account.

### **Conclusions**

Patients' voice and opinion need to be taken into account when making treatment decisions. To achieve this, the whole treatment culture must improve more toward including the patients in planning treatment. Genuine dialogue between patient and staff is needed as well as individual care with alternatives and fewer decisions in the office and routines.

# Projektet ITHACA: brukarrevision av anstalter och boenden

Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Jukka Hiissa, Matti Järvelä, Hannu Lindholm, Anne-Marita Ruuska, Kaisa Saavalainen, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman, Raimo Urpilainen

Kristian Wahlbeck

THL Mentalvård och missbrukartjänster, PB 30, 00271 Helsingfors

kristian.wahlbeck@thl.fi

[http://www.thl.fi/sv\\_SE/web/sv/forskning/projekt/ithaca](http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/forskning/projekt/ithaca); <http://www.ithaca-study.eu>

I projektet ITHACA medverkar brukare av mentalvårds- och missbrukartjänster som en ny typ av brukarforskare i utvecklingen av social- och hälsovårdstjänster. Personer med psykiska funktionshinder som har utbildat sig till brukarforskare bedömer kvaliteten på anstaltsvården och boendeservicen samt hur de boendes rättigheter förverkligas i Karlebyregionen.

I projektet ITHACA (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) utvecklades metoder för att analysera hur de mänskliga rättigheterna respekteras och i vilken utsträckning allmän hälsovård förverkligas inom psykiatrisk institutionsvård, missbrukarvård samt inom boendeservice. Totalt deltog 16 länder i projektet. I Finland förverkligades projektet av Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Centralförbundet för Mental Hälsas utvecklingsprojekt ”Gemensam förståelse och medverkan i psykisk hälsovård” (YYA-utvecklingsprojektet).

I Finland har klienterna i allmänhet inte medverkat i utvärderingar av eller inspektionsbesök på institutioner och boendeenheter. Besöken görs vanligen av kommunerna, länsstyrelserna och riksdagens justitieombudsmans kansli. Projektet hade som mål att göra brukarforskarnas medverkan i utvärderingar och inspektionsbesök till en praxis i Finland.

Klientens delaktighet och inflytande hör till de viktigaste utvecklingsmålen inom social- och hälsovården. I fråga om psykiskt funktionshindrade personer är stigmatisering, fördomar och en förmyndarattityd ofta hinder för delaktighet. Projektet ITHACA strävade till att ge klienterna inflytande och genom deras erfarenheter en utgångspunkt för utvecklingen av servicen.

Projektet inleddes i Imatra, där man vid en gruppdiskussion med psykiskt funktionshindrade i återhämtningsskedet lyfte fram sådant som är problematiskt inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna ur klientens perspektiv. Som problematiskt upplevdes personalens distansierande attityd till klienterna, tillgången till hälso- och sjukvård vid fysiska åkommor och tvångsåtgärder.

Under hösten 2008 och våren 2009 utvärderades sex serviceproducenter i Mellersta och Norra Österbotten med temaintervjuer utförda av brukarforskarna. Två av dessa enheter var psykiatriska avdelningar, tre var boendetjänster och en var en rehabiliteringsenhet för missbrukare.

Utvärderingen bestod av två dagars deltagande observationer och intervjuer. Ett centralt resultat från brukarutvärderingen är att människovärdet inom mental- och missbruksvården samt att stödandet av rehabilitering och boendekvaliteten varierar kraftigt mellan de sex utvärderade enheterna. Därtill finns det betydande variationer när det gäller brukarnas möjlighet till medverkan i vården och deltagande i det övriga samhället. Skillnaderna mellan enheterna förklaras inte av klienternas tillstånd.

Klienternas, de boendes och patienternas rätt till självständigt liv och socialt deltagande begränsas i för stor utsträckning. Normaliseringsprincipen samt privatlivets skydd förverkligas bara undantagsvis. Kränkning av de mänskliga rättigheterna syns som begränsningarna i det dagliga livet (koka kaffe, besökstider, sexuella förhållanden), osakligt bemötande (tvångsåtgärder, förmyndarattityd, oskäligen påhopp) och påtvingade gruppaktivitet (de boende arbetar utan ekonomisk ersättning).

I brukarutvärderarnas rekommendationer lyfter man fram den rehabiliterande vården och förutsättningar för rehabilitering samt en vård och rehabilitering som utgår från mänskliga rättigheter. Därtill bör vården och rehabiliteringen utformas så att individen blir delaktig och integrerad i samhället. Som exempel på god praxis lyfter man fram kamratstöd, stöd av ungas utveckling till självständiga individer, och nära samvaro ("close care") som ett alternativ till avskiljnings- och isoleringsåtgärder. Dåliga verksamhetsformer är då brukarna inte behandlas som vuxna individer och bemöts med negativa attityder och förhållningssätt.

# ITHACA – hanke: kuntoutujien suorittama palveluiden arviointi

Kristian Wahlbeck, Susanna Hietala, Jukka Hiissa, Matti Järvelä, Hannu Lindholm, Anne-Marita Ruuska, Kaisa Saavalainen, Sarianna Sallamaa, Markku Salo, Tom Stenman, Raimo Urpilainen

Kristian Wahlbeck

THL Mielenterveys ja päihdepalvelut, PL 30, 00271 Helsinki

kristian.wahlbeck@thl.fi

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ithaca](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ithaca), <http://www.ithaca-study.eu>

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttäjät osallistuvat ITHACA-hankkeessa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen uudenaikaisina kokemustutkijoina. Kokemustutkijoina koulutetut mielenterveyskuntoutajat arvioivat laitos- ja asumispalveluiden laatua ja asukkaiden oikeuksien toteutumista Kokkolan seudulla.

ITHACA-hankkeessa (Institutional Treatment, Human Rights and Care Assessment) selvitettiin ihmisoikeuksien ja fyysisen terveydenhoidon toteutumista mielenterveys- ja päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa. 16 Euroopan maan Suomen osuuden toteuttivat THL:n mielenterveysosasto ja Mielenterveyden keskusliiton YYA-kehittämishanke.

Asiakkaat eivät Suomessa yleensä ole osallistuneet laitosten ja asumisyksiköiden arviointiin tai tarkastuskäynteihin. Niitä tekevät tavallisesti kunnat, lääninhallitukset ja eduskunnan oikeusasiamiehen toimisto. ITHACA-hanke pyrki rikastuttamaan palvelujen laadun arviointia tuomalla mukaan palveluiden käyttäjien kokemustietoa.

Asiakkaan osallistaminen ja voimaantuminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tärkeimpiä tavoitteita. Mielenterveyskuntoutujilla leimautuminen, ennakkoluulot ja holhoava suhtautuminen ovat usein osallisuuden esteenä. ITHACA-hankkeen tavoitteena oli voimaannuttaa palvelujen käyttäjiä ja heidän kokemuksistaan valjastaa muutosvoimaa palvelujen kehittämiseen. Tavoitteena on kansallisen Mieli –suunnitelman mukaisesti vakiinnuttaa kokemustutkijoiden osallistuminen arvionteihin ja tarkastuskäynteihin Suomessa.

Hanke aloitettiin Imatralla, jossa mielenterveyskuntoutujien ryhmäkeskustelussa tunnistettiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen ongelmakohtia asiakkaan näkökulmasta. Erityisiksi ongelmiksi osoittautuvat henkilökunnan etäännyttävä suhtautuminen asiakkaisiin, fyysisen terveydenhuollon palvelujen saaminen ja pakkotoimet.

Syksyn 2008 ja kevään 2009 aikana arvioitiin kokemustutkijoiden laatimaan teemahaastattelun avulla kuusi Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla sijaitsevaa, eri palvelutuottajien yksikköä: kaksi psykiatriasta osastoa, kolme asumispalveluyksikköä ja päihdekuntoutuksen yksikkö.

Yksikköarviointit muodostuivat kahden päivän osallistuvasta havainnoinnista ja haastattelusta. Kokemuservioinnin keskeisenä tuloksena on, että palveluiden käyttäjien kohtelun inhimillisyydessä, mielenterveys- ja päihdepalveluiden kuntoutumisen tukemisessa ja asumisen laadussa, sekä palveluiden käyttäjien osallistumisessa ja yhteiskuntaan kiinnittymisessä on näissä kuudessa yksikössä merkittäviä eroja. Eroja ei voida selittää palveluiden käyttäjien sairastavuuden eikä kuntoutumisen asteella.

Asiakkaiden, asukkaiden ja potilaiden itsenäistä elämää ja sosiaalista osallistumista rajoitetaan kohtuuttomasti. Normalisaatioperiaatteen noudattaminen ja yksityisyyden turvaaminen kansalaisuuden ehtona toteutuvat asianmukaisesti vain poikkeustapauksissa. Ihmisoikeusloukkauksista korostuvat arkielämän rajoitukset (kahvinkeitto, vierailuajat, sukupuolisuhteet), epäasiallinen kohtelu (pakkokeinojen

käyttö, alaikäistäminen, nimittely) ja pakottava yhteisöllisyys (asukkaiden työvoiman käyttö yksiköissä ilman korvausta).

Kokemusarvioitsijoiden laatimissa suosituksissa tarkastellaan kuntoutumista tukevan hoidon ja kuntoutuksen edellytyksiä, ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa ja kuntoutusta sekä palveluiden käyttäjien yhteiskuntaan kiinnittymistä tuloksellisen hoidon ja kuntoutuksen seurauksena. Hyvistä käytännöistä nostetaan esiin vertaistuen käyttö, nuorten prosessinomainen itsenäistymisen tukeminen ja vierihoidon eristämisen vaihtoehtona. Huonoista toimintaperiaatteista nousevat esiin yksilöllisyyden sekä palveluiden käyttäjien aikuisena kohtaamisen puute ja kielteinen asennoituminen.

# Mielenterveyspotilaiden hyvän hoidon kulmakivet

## Mielenterveyspooli

MTKL, Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto, Psykosociala Förbundet, SMS  
Lastenpsykiatriyhdistys, Psykologiliitto, Psykiatriyhdistys, Psykogeriatrinen yhdistys  
Fountain House –Klubitaloverkosto, JHL, Mielenterveyshoitoalan liitto, Pirpana, Talentia,  
Tehy, TAJA  
Pysyvät asiantuntijatahot: THL:n mielenterveysryhmä ja Työterveyslaitos

Mielenterveyspoolin puheenjohtaja vuonna 2011 toiminnanjohtaja Timo Peltovuori  
Mielenterveyden keskusliitto, Ratakatu 9, 00120 Helsinki  
timo.peltovuori(@)mtkl.fi  
[www.mielenterveyspooli.fi](http://www.mielenterveyspooli.fi)

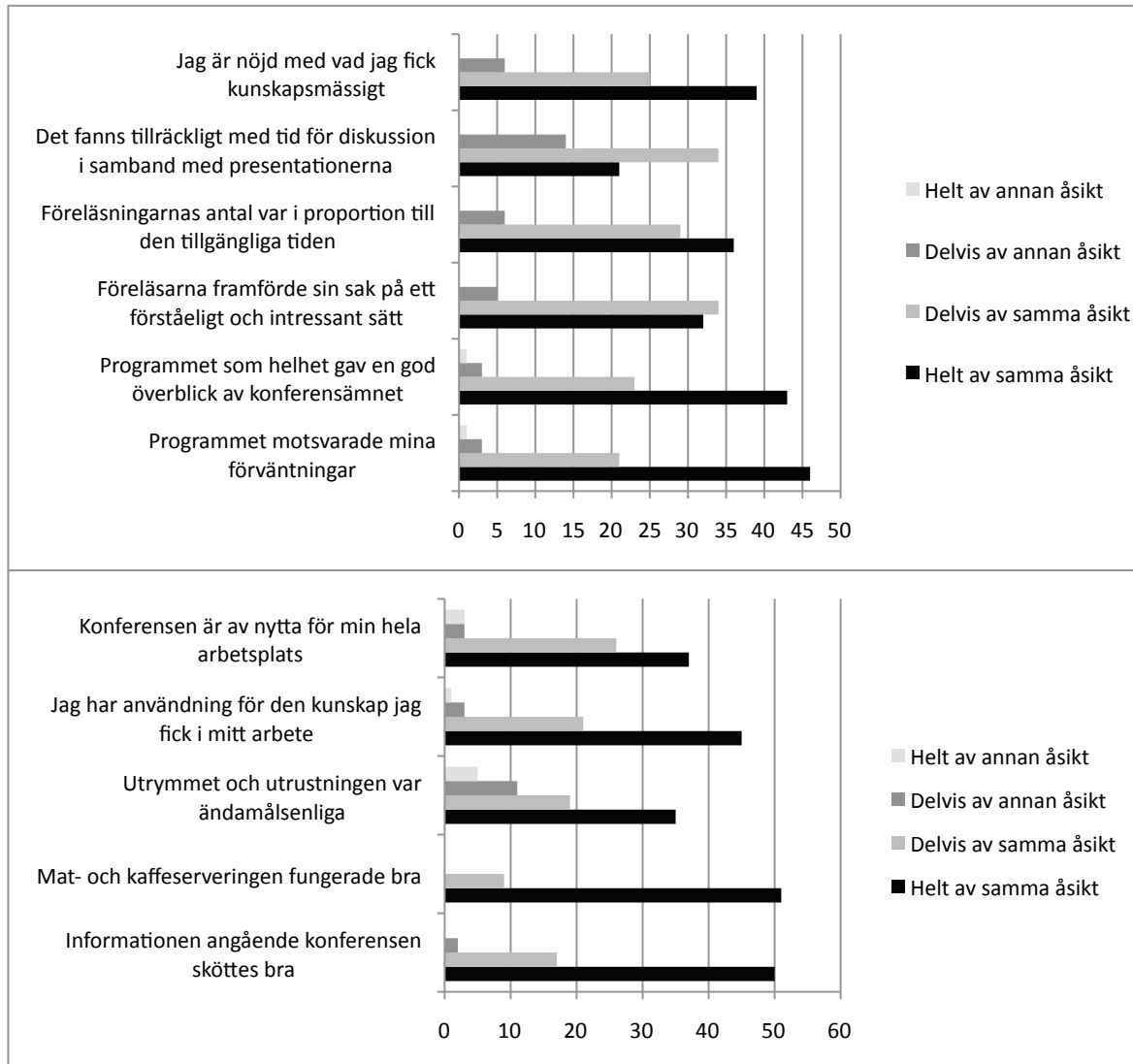
Mielenterveyspooli on laatinut 10 kohdan toimenpidesuosituksen, jonka varaan hyvän hoidon tulee rakentua.

1. Potilas otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti.
2. Mielenterveyden häiriönominispiirteet huomioon.
3. Hoitoa tulee saada helposti, viiveettä ja läheltä kaiken ikäisille.
4. Tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan ja sitä seurataan yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa.
5. Hoito ensisijaisesti avohoitona; laitoshoidon tukee ja täydentää tarvittaessa joustavasti.
6. Kelan maksama psykoterapia tarvitseville.
7. Hoito kokonaisvaltainen: varmistetaan a myös asuminen, koulunkäynti, opiskelu, työmahdollisuus ja perustoimeentulo sekä hoito omalla äidinkielellä.
8. Perheenjäsenten, omaisten ja läheisten tulee saada tarvitsemansa tuki ja hoito.
9. Palvelujen käyttäjien ja omaisten kokemus huomioon palvelujen suunnittelussa ja laadun arvioinnissa.
10. Hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa (evidenttiä) ja potilaan ja hänen perheensä ja läheistensä aktiivista osallisuutta tukeva.

# Konferensevaluering

Konferensens feedbackformulär fylldes i av 73 deltagare. Evalueringens resultat visas nedan.

## 1. Välj alternativet som bäst beskriver din åsikt



**Tabell 2 och 3.** Deltagarna åsikter om elva påståenden gällande konferensen.

Exempel på kommentarer på de öppna frågorna är följande:

## 2. Föreläsningar, som jag fann särskilt intressanta:

- Föreläsningar från andra länder som gav en inblick i hur de fungerar där. Vilka skillnader och likheter som finns i arbetet.
- Genomgångarnankring aktuell lagstiftning
- Föreläsningarna om Islands situation.
- Hedinns historiska dragning var fantastisk.
- Helheten och att det var en blandning mellan professionella och föreningsrepresentanter.
- Heta Gylling var intressant och tankeväckande



- Plenarföreläsning: A broad dialogue on coercion and consent in mental health.
- Det var särskilt intressant att ta del av normännens bidrag.
- Páll Matthíassons föreläsning samt alla brukare med egen erfarenhet av tvångsvård.
- Heta Gylling piti kiinnostavan, rohkean ja kantaaottavan puheenvuoron, mikä ei ole tyyppillistä tutkijoille. Hedinn Unsteinsson oli varsin vakuuttava ja vaikuttava,
- Kokemusasiantutijoiden puheenvuorot; Anneli Jäderholm erityisesti
- Vanhuksia koskeva osuus sekä eettinen keskustelu erityisen mielenkiintoista
- Palvelujen käyttäjien osallistuminen aj näkyminen aktiivisesti konferenssissa oli positiivinen asia tämän aihepiirin keskustelussa.
- Viimeinen sessio alatyöryhmien puheenvuoroista.
- Kokemusasiantuntijoiden luennot. potilaan kokemukset ja näkemykset välittyivät hyvin puheenvuoroissa.

### 3. Hur konferensen har ändrat min syn på tvångsvård:

- Jag förstår nu att tvånget finns för att vårdpersonal inte tycker sej ha alternativ, men att det finns många bra program och ideer till att minska tvång och folk är villiga att ta dessa i bruk.
- Den visade att tvångsåtgärder måste genomlysas och debatteras ute i samhället också. Islands exempel är en bra utmaning och visar att de metoder som finns tillgängliga också används. Självklart finns det alternativ till bältesläggning i de allra flesta fall.
- Det viktigaste är att vårda patienten bättre och förebygga behovet av tvångsvården. Man klarar inte helt utan tvångsvård och bedömning av behovet är väldigt svår.
- Breddat mina kunskaper om området, visat på att det går att få förändringar till stånd - och att mycket motstånd mot detta finns hos personal
- Vet ikke om det har endret så mye på mitt syn fordi jeg er opptatt av tvang som fenomen innenfor psykisk helsearbeid. men det har styrket min tro på at tvang er et fenomen som er meget alvorlig inngripen i menneskets autonomi.
- Delvis. En känsla av att det går att minska användningen av fasthålling/bälten i stor utsträckning.
- Olika andra sätt man kan sänka tröskeln och få personen att "själv" ta steget in på vård. minska STIGMATISERINGEN (avlägsna den) bland personalen. Lågtröskelavdelningar. MEN....jag anser dock ännu, att det inom missbrukarvården bör kunna användas ett visst mått/milt tvång.
- Jag har fått en bredare bild och blivit medveten om skillnader och likheter mellan de nordiska länderna. Har blivit medveten om att vård kan bedrivas utan att man spänner fast folk i bälten. Dimensionen "mänskliga rättigheter" har blivit mer betydelsefull för mig.
- Seminaarissa oli erityisen hyvää vahva painotus käyttäjäedustajien äänen esille saamiseen. Se on ainakin Suomessa tärkeää, kun on ollut hyvin ohuesti läsnä näissä pakkoseminaareissa ja kaikessa tähän liittyvässä. Uskon vahvasti että hyvällä yhteistyöllä käyttäjät, omaiset, ammattilaiset jne saamme pakon käytön vähenemään, loppumaan ja tilalle humanin, ihmislähtöisen psykiatrian.
- Tähdentänyt jatkuvan asennemuutoksen ja arvioinnin tarvetta. Tarve Suomen tasalla kehittää ja levittää parhaita mahdollisia toimintamalleja ja käytäntöjä, jotta alueellinen eriarvioisuus vähenisi ja toivottavasti samalla myös turha työmäärä, jonka resurssit voitaisiin käyttää paremmin psykiatristen potilaiden hyväksi.
- Pakkoa käytetään usein liikaa ja ehkäpä myös vallankäyttönä. Mutta joskus se on perusteltua ja siitä käytiinkin hyviä puheenvuoroja.
- Antoi pikemminkin tukea ajatuksilleni.
- Seminaari vahvisti uskoani siihen, että pakkohoitoa voidaan merkittävästi vähentää. Kun sitä jossakin määrin tulevaisuudessakin tarvitaan, se voidaan toteuttaa läpinäkyvästi ja inhimillisesti.
- Antanut perspektiiviä, että kaikissa Pohjoismaissa painitaan samojen asioiden äärellä
- Uusia ajatuksia mietittäväksi omassa työyhteisössä. Voisiko rajoittamista tehdä toisinkin ja kuinka paljon potilaita rajoitetaan.
- Pohjoismaainen yhteistyö on eräs keino, jota tulee vahvistaa.

- Uusia ajatuksia mietittäväksi omassa työyhteisössä. Voisiko rajoittamista tehdä toisinkin ja kuinka paljon potilaita rajoitetaan.
- Pohjoismainen yhteistyö on eräs keino, jota tulee vahvistaa.
- oikeaa "totuutta" ei ole pakkohoidosta, on otettava niin monia asioita huomioon. Joskus potilaan paras on pakkohoito hänen henkensä turvaamiseksi.
- On kaksi maailmaa. Pakkohoidon arki ja siitä erillinen etiikka.
- Seminaari avasi näkemyksiä ja toi esille erilaisia vaihtoehtoja pakkohoidon tilalle.
- Pakkohoidossa entistä enemmän potilaan ääni kuuluville, ei kuitenkaan niin, että potilas voi päättää aivan mielihalujensa mukaan
- kriittisyyteni pakkohoitoa kohtaan on mielestäni entisestään realisoitunut. Hoidon kehittäminen vaatii paljon työtä ja työpanosta sekä aikaa joka kypsyttää työyhteisöjä muutokseen

#### 4. Andra kommentarer:

- En riktigt lyckad konferens med bra feeling!
- Det dåliga lokalen förtog konferensen Stolskrap Paneldebatterna kunde bara den förtsa reden se - dåligt att inte ett podium fanns upphöjt Duktig tolk !!!
- Intressant konferens i sin helhet. Synd bara att det var så många som inte rymdes med. Det fanns många instanser som lyste med sin frånvaro som borde ha varit med. Funderar bara att de kanske inte rymdes med.
- Många viktiga föreläsningar, mycket gott program, givande diskussioner. GOD MAT!
- Det skulle ha behövts fler pauser mellan föreläsningarna och viktigt att man håller tiderna i programmet. Det var en toppenkonferens!
- Veldig bra konferanse som var lærerik og spennende. Veldig bra initiativ å fokusere på det nordiske perspektivet i dette spørsmålet.
- Upplevde att det var "högt i tak". Att det var tillåtet att tycka och tänka på olika sätt. Viktigt att diskutera denna fråga över nationsgränser. Viktigt att brukare/patienter deltar och ger sin syn.
- Värdefull och välordnad konferens.
- Ser fram emot att det nordiska nätverket som bildades kan fortsätta föra en livlig diskussion och utbyta kunskaper för att skapa en bättre vård med mindre tvång.
- Kokonaisarviointi on hyvin positiivinen! Tällaisia pohjoismaisia yhteistyökokouksia tällä kokoonpanolla tarvitaan. Tärkeää edetä kohti konkreettisia linjauksia ja toimenpiteitä. Posterit oli myös hyviä!
- Kiitokset mahdollisuudesta vieraillla Vanhan Vaasan sairaalassa. Omaisjärjestöjen vähyyys pisti silmään, vaikka samalla korostetaan omaisten osallistumista. Osa diosta ei näkynyt pääsalin kallistuksen puuttumisen vuoksi (ainut tekninen ongelma eli todella hyvin sunut tilaisuus).
- Erittäin monipuolinen ja laadukkaasti organisoitu konferenssi.
- Harmi, että kaikki halukkaat eivät mahtuneet mukaan. Voisiko seuraavaksi olla suurempi paikka? Aihe on niin tärkeä.
- Ohjelma oli aika tiivis ja keskustelulle esimerkiksi rinnakkaisseisioissa jäi melko vähän aikaa. Puheenjohtajat olisivat eri vaiheissa voineet olla vähän tiukempia siinä, että pitkiä puheenvuoroja olisi hienovaraisesti mutta päättäväisesti katkaistu. Muuten oikein hyvä ja poikkeuksellisen kiinnostava seminaari! Oli hyvä, että keskityttiin yhteen teemaan.
- Mielestäni pakon käyttöä ei tarvitse puolustella mutta olisi ollut hyvä jos seminaarissa olisi kuitenkin tuotu paremmin esille se seikka, että joskus pakkoa joutuu käyttämään potilaan suojelemiseksi. Ei mielestäni ole oikein sekään, että syntyy mielikuva pakon käytön mielivaltaisuudesta ja tarpeettomuudesta, kun se ei sitä ole.
- hienosti järjestetty, erityisesti pidin siitä että majoitus ja kokoukset olivat samassa rakennuksessa.
- Kiitokset Kristian Wahlbeckille eriseuraisen väen yhteen kokoamisesta! Se oli kokouksessa parasta ja historiallista Suomessa!

# Arrangörskommittén för konferensen "Vård utan tvång – en utopi?"

Viveca Arrhenius, Social - och hälsovårdsministeriet  
Jesper Ekelund, Vasa sjukvårdsdistrikt  
Lars Fredén, Nordiska högskolan för folkvetenskap  
Marjo Hannu-Jama, Nordens Välfärdscenter  
Markus Henriksson, Valvira  
Carolina Herberts (konferenssekreterare), Institutet för hälsa och välfärd  
Heli Hätönen, Imatra stad  
Anna-Maija Iitola, Vasa stad  
Göran Johansson, Centralförbundet för Mental Hälsa  
Alice Keski-Valkama, Gamla Vasa sjukhus  
Mari Korhonen, Social- och hälsovårdsministeriet  
Juha Moring, Institutet för hälsa och välfärd  
Pia Rosenqvist, Nordens Välfärdscenter  
Päivi Santalahti, Social- och hälsovårdsministeriet  
Gustav Skuthälla, Psykosociala förbundet  
Håkan Stoor, Justitieombudsmannens kansli, riksdagen  
Carita Tuohimäki, Regionförvaltningsverket  
Kristian Wahlbeck (ordförande), Institutet för hälsa och välfärd  
Maria Waltari, Social- och hälsovårdsministeriet