



Uudenmaan taidetoimikunta
Nylands konstkommission

KULTTUURITOIMINNAN EDISTÄMINEN HOITOLAITOKSISSA

**Selvitystyö säädöksistä ja määräyksistä, joilla on oikeudellista merkitystä
hoitolaitosten asukkaiden arjessa**

Kirjoittaja:
Maiju Malkamäki
Korkeakouluharjoittelija
Oikeustieteellinen
tiedekunta
Helsingin yliopisto

Työn ohjaaja:
Läänintaiteilija
Ava Numminen
Uudenmaan taidetoimikunta

20.12.2009

SISÄLLYSLUETTELO

ALKUSANAT.....	3
1. HYVÄN HOIDON TOTEUTUMINEN.....	4
1.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	4
1.1.1 Potilaslaki	4
1.1.2 Asiakaslaki	5
1.1.3 Yhdenvertaisuusperiaate	6
1.2 HAASTATTELUTULOKSET	6
2. VAPAUTTA RAJOITTAVAT TOIMENPITEET VANHUSPOTILAILLA.....	8
2.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	9
2.2 HAASTATTELUTULOKSET	9
3. KIRJAAMINEN	10
3.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	11
3.1.1 Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta.....	11
3.2 HAASTATTELUTULOKSET	12
4. HYGIENIA.....	12
4.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	13
4.2 HAASTATTELUTULOKSET	13
5. TILAMÄÄRÄYKSISTÄ	15
5.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	15
5.2 HAASTATTELUTULOKSET	16
6. TYÖTERVEYSMÄÄRÄYKSISTÄ.....	17
6.1 LAINSÄÄDÄNTÖ	17
6.2 HAASTATTELUTULOKSET	18
LOPUKSI	19
JÄLKISANAT	19
LÄHDELUETTELO	23
LAINSÄÄDÄNTÖ	23
VIRALLISAINEISTO	24
KIRJALLISUUS.....	24

ALKUSANAT

Tämän selvitystyön lähtökohtana oli hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilija Ava Nummisen esiintuoma tarve joidenkin sellaisten lainsäädännöllisten seikkojen selvittämisestä, joilla on merkitystä hoitolaitosten kulttuuritoiminnan kannalta.

Kun itse vierailin raporttia valmistellessani pääkaupunkiseudulla hoitolaitoksissa, niiden toisistaan poikkeavat käytänteet, perustelut ja asenteet herättivät ihmetystä esimerkiksi hygieniaseikkojen kohdalla. Miten jossain paikassa asukkaan itsenäinen osallistuminen ruokailuhetkissä, esimerkiksi leivän voitelu, on itsestäänselvyys ja toisissa paikoissa se ei ole mahdollista hygieniaseikkoihin vedoten? Tai miten joissain paikoissa hoitajat tuovat luontevasti persoonaansa mukaan hoitotyöhön, vaikkapa laulamalla pienen laulun hoitotoimenpiteen lomassa, kiinnittäen näin huomion muihin seikkoihin kuin itse hoitotoimenpiteeseen. Lieneekö tällöin oivallettu, että esimerkiksi laulaminen ja pakolliset hoitotoimenpiteet eivät poissulje toisiaan, vaan päinvastoin laulaminen voi tukea hoitamista.

Raporttiin olen pyrkinyt kokoamaan ne lait ja asetukset sekä viranomaismääräykset ja suositukset, joilla on suoraan tai epäsuoraan merkitystä hoitolaitosten kulttuuritoiminnan kannalta. Kulttuuritoiminta tulee ymmärtää tässä yhteydessä laajasti: se voi yhtä hyvin olla musiikkia, tanssia tai kuvataidetta kuin puutarhanhoitoa tai muuta asukkaiden kannalta mielekästä toimintaa. Päämääränä oli siis selvittää, löytyykö kulttuuritoiminnan juurtumiselle lainsäädännöllisiä esteitä ja millaisista esteistä on kysymys. Aihe on vahvasti kytköksissä myös ikäihmisten perusoikeuksien toteutumiseen laitosoissa, koska moniin kysymyksiin kulminoituu laitosasukkaiden itsemääräämisoikeus, yksityisyydensuoja taikka yhdenvertaisen kohtelun vaatimus. Sekä omana haasteenani tätä raporttia tehdessäni että varmasti henkilökunnan haasteena on hoitotyötä koskeva hajanainen sekä osin väljätkö ja vaikeaselkoinen lainsäädäntö, joka kattaa osia niin perustuslaista, sosiaalioikeudesta kuin työoikeudellisesta ja rikosoikeudellisesta sääntelystä. Toisaalta joitain olennaisia asioita ei säädellä lainsäädännön avulla, jolloin käytänteet saattavat muodostua entistäkin epäyhtenäisiksi.

Aihetta sivuavaan kirjallisuuteen perehtymisen ja lainsäädännön kartoittamisen ohella haastattelin hoitohenkilöstöä, jotta hoitokäytäntöjä voisi verrata lain kirjaimeen taikka suosituksiin. Haastateltavat koostuivat kolmesta sairaanhoitajasta, joista yksi osastonhoitaja (SH1, SH2, SH3) sekä viidestä päällikkötason henkilöstä (P1, P2, P3, P4, P5). Käytän sulkeissa olevia lyhenteitä selostaessani haastattelutuloksia. Haastateltavat työskentelevät pääkaupunkiseudun muistisairaiden ikäihmisten pitkäaikaishoidon hoitoyksiköissä.

Etenen raportissani aihealueittain. Käsittelen aihealueen ensin (mahdollisella) säädöstasolla, jonka jälkeen vertaan sitä haastatteluista ilmenneisiin käytänteisiin ja ajatuksiin. Tuon siis esille sen, kuinka hyvin laintasoinen taikka suositusluonteinen sääntely ja haastatteluista ilmenneet käytänteet vastaavat toisiaan. Käytän ikäihmisistä raportissa kontekstista riippuen käsitteitä: asiakas, potilas taikka asukas.

Asiantuntijoina raportin sisällön rajaamisessa ovat olleet vanhempi tutkija FT Ulla Eloniemi-Sulkava (Vanhustyön keskusliitto), neuvotteleva virkamies, FT Päivi Voutilainen (STM) ja tutkijaopettaja, OTT Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (Oikeustieteellisen tiedekunta, Helsingin yliopisto). Lisäksi keskustelin kulttuurin hyvinvointivaikutuksista opetusministeriössä toimintaohjelmaa laativan VTT Hanna-Liisa Liikasen kanssa. Käytännön hoitotyöhön ja eri hoitolaitoksiin tutustuin kesän 2009 aikana yhdessä psykiatrisen sairaanhoitaja Heli Sillanpää-Nisulan kanssa.

Haluan lausua lämpimät kiitokseni läänintaiteilija Ava Nummiselle ohjauksesta sekä tämän selvitystyön tekemisen mahdollistamisesta. Kiitokset myös tapaamilleni tämän aihealueen asiantuntijoille hedelmällisistä keskusteluista ja saamastani monipuolisesta tuesta. Lisäksi haluan kiittää kaikkia haastattelemani henkilöitä avuliaasta ja myötämielisestä suhtautumisesta työhöni.

1.HYVÄN HOIDON TOTEUTUMINEN

Katson, että hyvän hoidon toteutumiseen kulminoituu useita eri näkökohtia. Toisaalta se käsittää välttämättömän ja ammattimaisen hoidon, toisaalta myös asukkaan inhimillisen kohtaamisen ja ihmisarvon kunnioittamisen. Potilaan itsemäärämisoikeus ja riittävä ja oikeanlainen lääkehoito ovat eräitä edellytyksiä hyvän hoidon toteutumiselle. Hyvän hoidon toteutumisen kriteerejä on kuitenkin vaikeaa ellei mahdotonta määritellä objektiivisesti, koska se on aina osiensa summa. Siihen vaikuttaa olennaisesti käytettävissä olevat resurssit niin työvoiman suhteen kuin ammattitaidon osalta, yksikön hoitokulttuuri sekä hoitajien ja potilaiden vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Haasteina hyvän hoidon toteutumisen tiellä useat haastateltavat toivat esiin juuri ajanpuutteen ja muistisairauksia koskevan erityisosaamisen puutteen. Syvälinen erityistietämys muistisairauksista ja toisaalta gerontologinen osaaminen on tärkeää, koska muistisairaiden määrä laitoksissa kasvaa kasvamistaan. Tämän osion haastattelukysymykset koskivat hyvän hoidon toteutumisen ohella vanhusten osallistumismahdollisuuksia ja sitä, kuinka hyvin he ylipäättään saavat tarvitsemiaan palveluja.

1.1 Lainsäädäntö

Hyvän hoidon toteutumisen ja potilaan oikeuksien näkökulmasta keskeisimmät lait ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992. Jäljempänä potilaslaki) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000. Jäljempänä asiakaslaki). Nämä lait ovat rinnakkaislakeja, mikä tarkoittaa sitä, että ne tulevat usein sovellettavaksi yhdessä. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) säädetään mm. kunnan velvollisuudesta järjestää asianmukainen laitoshoido henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksi käyttäen (sosiaalihuoltolaki 24 § 2 mom.) Toisaalta myös Suomen perustuslain (731/1999) 25 § velvoittaa julkisen vallan turvaamaan perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen. Seuraavaksi käsitelen potilaslakia, asiakaslakia ja yhdenvertaisuusperiaatetta.

1.1.1 Potilaslaki

Potilaslain toisessa luvussa säädetään yleisesti potilaan oikeuksista. Lain 3 §:ssä säädetään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. 3 §:n toisessa momentissa todetaan, että: "potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan." Saman pykälän kolmannessa momentissa todetaan, että: "potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon."

Potilaslain 6 §:ssä säädetään potilaan itsemäärämisoikeudesta. Pykälän mukaan: "potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan

tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Tapauksissa, joita 2 momentissa tarkoitetaan, tulee hoitoon saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähiomaisen ja muun läheisen tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.” Hoidossa havaituista puutteista voi tehdä muistutuksen. Muistutuksen tekemisestä ja potilasasiamiehestä säädetään potilaslain 10 ja 11 §:ssä.

1.1.2 Asiakaslaki

Asiakaslakia käsiteltäessä on hyvä tuoda esiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon välinen raja ei ole missään määrin ehdoton. Sosiaalihuollon erityispalvelut, esimerkiksi laitoshuolto, ovat osaksi luonteeltaan terveyspalveluita.¹ Tämä tarkoittaa, että asiakaslain rinnalla tulee soveltaa myös potilaslakia, riippumatta siitä, missä hoitoa annetaan.

Asiakaslain tarkoitus täsmennetään lain 1 §:ssä, jossa todetaan, että: ”tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa.” Asiakkaan oikeuksista ja velvollisuuksista säädetään lain 4 §:ssä. Pykälän mukaan: ”asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihoitoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihoitoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa.” Asiakslain 7 §:ssä säädetään hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisestä. Pykälän mukaan: ”Sosiaalihoitoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma on laadittava, ellei siihen ole ilmeistä estettä, yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sekä 9 ja 10 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.”

Itsemääräämisoikeudesta ja osallisuudesta säädetään 8 §:ssä. Pykälän mukaan: ”Sosiaalihoitoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihooltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintolaissa. Asiakkaan tahdosta riippumattomista toimenpiteistä sekä asiakkaan hoitoon tai huoltoon liittyvistä pakotteista ja rajoituksista sekä niitä koskevasta päätöksentekomenettelystä sosiaalihuollossa on voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Itsemääräämisoikeudesta erityistilanteissa säädetään 9 §:ssä. Pykälän mukaan: ”jos täysi-ikäinen asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty

¹ Tuori (2004).

osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa tai sosiaalihuoltoonsa liittyvien muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa taikka omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Jos täysi-ikäinen asiakas on henkilöään tai varallisuuttaan koskevassa asiassa ilmeisen edunvalvonnan tarpeessa, tulee sosiaalihuoltolain 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen tehdä holhoustoimesta annetun lain tarkoitettu ilmoitus holhousviranomaiselle edunvalvojan määräämiseksi asiakkaalle.”

1.1.3 Yhdenvertaisuusperiaate

Yhdenvertaisuuslaki (21/2004) pyrkii takaamaan sen, että edistetään ja turvataan yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostetaan syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa lain soveltamisalaan kuuluvissa tilanteissa (yhdenvertaisuuslaki 1 §). Sosiaali- ja terveystieteiden ollessa kysymyksessä, lakia sovelletaan kuitenkin ainoastaan etnisen alkuperän perusteella tapahtuvaan syrjintään. Suomen perustuslaissa yhdenvertaisuusperiaate on myös täsmennetty ja siitä säädetään perustuslain 6 §:ssä. Pykälän toisen momentin mukaan: ”ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.” Euroopan ihmisoikeussopimuksen 14 artiklassa on vastaavanlainen syrjinnän kieltö. Artiklan mukaan: ”tässä yleissopimuksessa tunnustetuista oikeuksista ja vapauksista nauttiminen taataan ilman minkäänlaista sukupuoleen, rotuun, ihonväriin, kieleen, uskontoon, poliittisiin tai muihin mielipiteisiin, kansalliseen tai yhteiskunnalliseen alkuperään, kansalliseen vähemmistöön kuulumiseen, varallisuuteen, syntyperään tai muuhun asemaan perustuvaa syrjintää.”

Puhuttaessa hyvän hoidon toteutumisesta olennaisessa asemassa lakien ohella on myös ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008:3). Sitä voi luonnehtia ikääntymispoliittiseksi strategiaksi, jonka linjaukset on tarkoitus sisällyttää osaksi kuntastrategiaa. Siinä on mm. täsmennetty palvelujen kehittämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, kuten itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Ihmisarvon kunnioittamisen tulee olla aina toiminnan keskiössä. Ikäihmisten kohdalla ihmisarvon kunnioittaminen ilmenee ennen kaikkea arvokkaan vanhuuden turvaamisena ja hyvänä kohteluna riippumatta asuin- ja hoitopaikasta. Laatusuositus korostaa ennaltaehkäiseviä toimia, kuten osallisuuden tukemista ja sosiaalisten verkostojen ylläpitämistä ja toisaalta varhaista puuttumista terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Gerontologisen asiantuntijuuden vahvistaminen on myös tärkeää. Pitkäaikaishoivaa tulisi uudistaa siten, että lopputuloksena olisi kodinomaiset yksiköt, joissa asukkaat kokevat viihtyvänsä (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 12-24).

1.2 Haastattelutulokset

Ensimmäinen haastattelukysymys koski hyvän hoidon toteutumista pitkäaikaishoidossa. Kahdeksasta haastateltavasta seitsemän kokee, että hyvän hoidon ja kohtelun vaatimus täyttyy pitkäaikaishoidossa. Ainoastaan yksi haastateltavista (P4) katsoi, että miehitys, johon kaupunki tyytyy, ei takaa hyvän hoidon ja kohtelun toteutumista pitkäaikaishoidossa. Ongelmana hän näki myös henkilökunnan vaihtuvuuden ja sen, että vanhoja työntekijöitä ja heidän työkokemustaan ei arvosteta yhtään sen enempää kuin nuorta, uutta työntekijää. Haastateltava oli huolissaan kaupungin taloushallinnollisten päätösten voimasta, jotka tuntuvat jyräävän alleen kaiken muun. Ne, jotka kokivat, että hyvä hoito toteutuu, jakautuivat karkeasti kahteen ryhmään: niihin, jotka arvioivat asiaa hoitajien näkökulmasta ja niihin, jotka arvioivat asiaa asukkaiden tarpeista ja hyvinvoinnista käsin. Kolme haastateltavaa (SH1, P1 ja P2) katsoivat, että niiden resurssien puitteissa, jotka heillä on käytettävissään, hyvä hoito ja kohtelu täyttyvät niin hyvin kuin suinkin.

Yksi haastatelluista (SH1) toi esille sen seikan, että ei ole myöskään hyvä, mikäli henkilökuntaa on liikaa. Tällöin tärkeitä asioita saattaa jäädä tekemättä, kun kaikki odottavat taikka luulevat, että joku toinen hoitaa ne. Oikeanlainen henkilöstömitoitus on siis avainasemassa. Kolme haastateltavista (P3, P5, SH3) totesi, että hyvän hoidon kehittäminen on jatkuvasti tapetilla ja että yksiköissä pyritään painottamaan nimenomaan asukkaan kohtaamista ja heidän yksilöllisiä piirteitään. Samat haastateltavat totesivat, että keskustelevat hoitajat ja vakituinen henkilökunta koettiin tärkeäksi.

Esimerkkeinä hyvän hoidon toteutumisesta mainittiin: omahoitaja-järjestelmä (SH1, P1, P2), hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen (P1, P2,), oikea diagnoosi, oikeanlainen lääkehoito ja vahva ammattietiikka, jota kuvastaa mm. se, että joitain työsuhteita on koeajalla katkaistu, mikäli henkilö ei ollut sopiva hoitoalalle (P3), asukkaiden oikeudenmukainen kohtelevinen, erityispiirteiden huomioiminen ja kuunteleminen (P3, P5, SH3), pieni asukasmäärä ja tätä kautta asukkaiden aito tunteminen (SH1), hyvä ravitsemustila ja sairaalaan rutiinien purkaminen laitospäivätoiminnan välttämiseksi (P3), laitostumisen välttämiseksi yhdessä toimintaterapeutin kanssa tehtävä kartoitus asukkaan harrastuneisuudesta ja mieltymyksistä (SH2), RAI-järjestelmä² ja perusstandardit, kuten se, että jokainen pääsee vähintään kerran viikossa ulkoilemaan (P1, P2), lähtökohta, että laitos on ensisijaisesti asukkaiden koti, ei ainoastaan hoitajien työpaikka (SH3) ja viikoittaiset henkilökuntakokoukset, joissa käsitellään esiin tulleita hankalia tapauksia ja luodaan yhteiset pelisäännöt niiden tilanteiden varalle (SH2).

Esimerkkeinä siitä, miten hyvän hoidon vaatimus ei toteudu, mainittiin vakituisen henkilökunnan puuttuminen ja hoitajien väsymys ja leipääntyminen (SH2), huonot fyysiset puitteet, kuten neljän hengen huoneet ja sijaisten suuri osuus hoitohenkilökunnasta (P1, P2) ja henkilökunnan toisinaan vaatimaton ammattitaito mitä tulee asukkaan kohtaamiseen ja kuuntelemiseen ja toisaalta tietämykseen muistisairauksista (P4). Hoidollinen puoli on ehdottoman tärkeä, mutta ihmiseen tulisi keskittyä myös inhimillisenä yksilönä, ei ainoastaan hoidettavana (P3 ja P4). Haasteina hyvän hoidon toteutumiselle tuotiin esiin kokemattomat työntekijät ja joidenkin hoitajien asenteet (P5), vakituisen henkilökunnan puuttuminen ja vajaamiehyys (SH1, SH2, P4), yksilöllisen hoidon takaamisen vaikeus (P1, P2) ja hoitajien arkuus tuoda persoonaansa enemmän mukaan hoitotyöhön, esimerkiksi laulamalla (P1, P2, P3). P1 ja P2 olivat yhtä mieltä siitä, että kun vertaa hoitotyötä esimerkiksi 30 vuoden takaiseen tilanteeseen, jossa kaikilla oli järjestelmällisesti keuhkataudit ja nenä-maha-letkut, hoitotyön laatu on kehittynyt aivan valtavasti. Molemmista tuntui, että tänä päivänä muiden alojen edustajat tuntuvat tietävän terveydenhuollon ammattilaisia paremmin, mikä suomalaisessa hoitokulttuurissa mättää ja miten asiat tulisi hoitaa.

Kysymykseen siitä, saavatko vanhukset sellaisia palveluja, joita tarvitsevat, seitsemän kahdeksasta vastasi kyllä. Haastateltavista yksi (P4) ei osannut ottaa asiaan kantaa. Kaksi haastateltavista toi esille kuitenkin sen seikan, että on tehtävä ero sen suhteen, mitä vanhukset haluavat ja mitä he tarvitsevat, koska kaikkia toiveita ei voi toteuttaa (P1, P2). SH3:n mukaan fysioterapeutteja on välillä hankala saada.

Seuraavaksi kysyin, onko asukkailla mahdollisuus osallistua kulttuuritoimintaan osastolla/osaston ulkopuolella? Kaikissa vastauksissa toistui se, että kaikilla asukkailla on yhtäläinen mahdollisuus osallistua osastolla järjestettävään toimintaan kuntonsa mukaan. Yhtä lailla vanhuksella on kuitenkin oikeus kieltäytyä osallistumasta (SH1). Esille tuotiin myös se, että vanhuksille ei ole hyväksi, jos virikkeitä ja tarjontaa on liikaa, vaan vaaditaan kultainen keskitie tässäkin (SH1, P1, P2). Kukaan ei jaksanut, jos kolmena päivänä viikossa on osastolla jotain erityistä aktiviteettia (SH1). Ehtoollishetkiin tuodaan myös sängyt paikalle (SH1). Hoitajien toimesta järjestettävät hautausmaakävelyt ovat olleet suosittuja (SH2, SH3). Suosittuja ovat myös taidepiirit ja tanssit (SH2).

² RAI-järjestelmä tarkoittaa Morris ym. (1990) kehittämää arviointijärjestelmää Resident Assessment Instrument. Suomeksi ks. Noro ym. 2005.

2. VAPAUTTA RAJOITTAVAT TOIMENPITEET VANHUSPOTILAILLA

Vapautta rajoittavilla toimenpiteillä tarkoitetaan mm. eristämistä, kiinnipitämistä taikka sitomista geriatriseen tuoliin tai pyörätuoliin turvavöin tai potilaan sitomista vuoteeseen ns. lepositeiden taikka magneettivöyn avulla. Kemiaallinen sitominen tarkoittaa potilaan rauhoittamista lääkityksen, esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden avulla (Suomen muistiasiantuntijat ry). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on antanut ohjeet liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla (2008). Ohjeessa korostetaan, että vanhuspotilaan omaa turvallisuutta vakavasti uhkaavan vaaran torjumiseksi on potilaan liikkumista voitava rajoittaa hänen tahdostaan riippumatta, mutta vain siinä määrin kuin kulloinkin on välttämätöntä. Ratkaisu on aina tehtävä potilaskohtaisesti, ja sitä ennen on harkittava, voidaanko käyttöön ottaa muita soveltuvia turvallisuutta lisääviä menetelmiä. Liikkumisvapautta rajoitettaessa on punnittava tarkoin siitä aiheutuvat haitat ja hyödyt. Valvira (2007) on myös ottanut kantaa geriatriksen tuolin turvallisuusriskeihin, erityisesti levottoman vanhuksen kohdalla. Tapaturmavaaraa aiheuttaa erityisesti tuolin sivussa oleva säätökahva. Valviran mukaan geriatriksen tuolin käyttöohjeissa on asianmukaisesti kuvat ja selostus käsisäätökahvasta ja vivusta, mutta käytännössä ohjetta ei useinkaan löydy, eikä tieto kyseisestä vaarasta aina välity työntekijältä toiselle.

Suomalaisen lakimiesyhdistyksen aikakauskirjassa julkaistussa artikkelissa "Laitoshoidossa oleviin vanhuksiin kohdistuvat perusoikeuksien rajoitukset" Nieminen (2008) tarkastelee perusoikeuksien rajoituksia erityisesti vuonna 1995 voimaan tulleen perusoikeusuudistuksen ja perusoikeusuudistuksen myötä hylätyn laitospäätösin näkökulmasta. Laitospäätösiin kiteytyi ajatus erityisestä vallanalaissuhteesta perusoikeuksien rajoitusperusteena. Näin voitiin perustella esimerkiksi vankien ja virkamiesten vapauden rajoituksia. Koska perusoikeuksien rajoittamisen, esimerkiksi liikkumisvapauden rajoitus, tulisi aina perustua lakiin, Niemisen mukaan tällaiset perusoikeuksien rajoittamisen mahdollistavat säännökset tulisi ottaa sekä potilaslakiin että asiakaslakiin. Näin tilanne ei kuitenkaan vielä tänäkään päivänä ole, jolloin voidaan todeta perusoikeusuudistuksen jääneen olennaisilta osiltaan puolitiehen sekä lakiin vaadittavien rajoitusperusteiden että laitospäätösin hylkäämisen näkökulmasta.

Potilaan tahdosta riippumatonta hoitoa säännellään mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986), tartuntatautilaissa (583/1983) ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977). Tilanteiden, joissa muistisairas joudutaan sitomaan, varalle ei ole olemassa omaa lakiaan. Vanhusten asemasta ei ole myöskään laadittu yleissopimuksia. Muistisairaita vanhuksia kuitenkin sidotaan ja tällaisissa tilanteissa hoitohenkilökunta usein "lainaa" mielenterveyslain säännöksiä. Psykogeriatrisissa tapauksissa sovelletaan mielenterveyslakia. Kuitenkin muut kuin puhtaasti psykogeriatriset tapaukset ovat erityisen ongelmallisia sen vuoksi, että niissä puututaan asukkaan perusoikeuksiin ja itsemääräämisoikeuteen, joka on nähtävissä johtavana oikeusperiaatteena sekä potilaslaissa että asiakaslaissa. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta (oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, perustuslaki 7 §).

Potilaan vapauden rajoittaminen on mahdollista mm. hätävarjeluna oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi, pakkotilatekona pakottavan vaaran torjumiseksi ja jokamiehen kiinniotto-oikeuden nojalla (rikoslaki 4:4-5). Vapautta rajoittavia toimenpiteitä on käsitelty mm. sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä 2001:33 "Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua", Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisussa "Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa" ja ETENE:n raportissa "Vanhuus ja hoidon etiikka". Myös mm. Suomen muistiasiantuntijat ry on ottanut kantaa ja suhtautunut torjuvasti muistisairaiden ihmisten sitomiseen. Liikkuvaisen muistisaraan ihmisen sitomista perustellaan usein turvallisuusseikoilla, vaikka todellisuudessa

sitominen saattaa huonontaa potilaan terveydentilaa ja aiheuttaa ahdistusta, koska muistisairas harvoin ymmärtää, miksi hänet on sidottu (Suomen muistiasiantuntijat ry).

Seuraavassa käsittelen aihepiirin kannalta keskeisiä mielenterveyslain säännöksiä. Painotettakoon vielä, että koska dementia ei ole mielisairaus, ei muistisairaakaan sitominen kuulu lain soveltamisalaan, vaikka sitä usein lainataankin.

2.1 Lainsäädäntö

Mielenterveyslain soveltamisen edellytyksenä on, että henkilö on tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa (mielenterveyslaki 8 §). Mielenterveyslain 4 a luvussa säädetään potilaan perusoikeuksien rajoittamisesta tahdosta riippumattoman hoidon ja tutkimuksen aikana. Lain 4 a luvun 22 a §:n toisen momentin mukaan: ”Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa tämän luvun säännösten nojalla rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun tässä luvussa säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan sairaalassa olon perusteeseen”. 22 e §:ssä säädetään erityisistä rajoituksista. Lainkohdan mukaan: ” Potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista: 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita, 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.”

Mielenterveyslain 22 f §:ssä säädetään erityisten rajoitusten kestosta ja täytäntöönpanon valvonnasta. Sen mukaan: ” potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. Kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhuoltaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Yli 12 tuntia jatkuneesta potilaan eristämisestä ja yli kahdeksan tuntia jatkuneesta potilaan sitomisesta on viipymättä ilmoitettava potilaan edunvalvojalle tai lailliselle edustajalle. Lääninhallitukselle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus potilaiden eristämisistä ja sitomisista. Lääninhallitukselle tehtävässä ilmoituksessa on mainittava potilaan tunnistetiedot, tiedot toimenpiteestä ja sen syystä sekä toimenpiteen määränneen lääkärin nimi. Lääninhallituksen tulee hävittää potilasta koskevat tunnistetiedot kahden vuoden kuluttua tietojen saamisesta.”

2.2 Haastattelutulokset

Haastateltavista neljä (SH1, SH3, P3 ja P5) kertoivat etteivät sido potilaitaan sänkyyn. P5 painotti, että asiasta on keskusteltu henkilökunnan kanssa ja päätetty, että ainuttakaan muistisairasta henkilöä ei ruveta sitomaan. Ovet ovat tietenkin lukitut, koska monet haikailevat esimerkiksi edesmenneiden vanhempiensa perään tai olisivat muuten koko ajan lähdössä jonnekin. Sänkyjen laidat ovat käytössä satunnaisesti huolellisen harkinnan jälkeen. P5 painottikin, että laidat eivät välttämättä ratkaise yhtään mitään, josta syystä niiden käyttöä tulee tarkoin harkita. Usein ketterä ja levoton asukas pääsee laitojenkin yli ja silloin on suuri loukkaantumisvaara. P3 kertoi, että

heidän potilaitaan ei sidota. Tosin nyt parhaillaan pohditaan yhdessä lääkärin kanssa, miten menetellä asukkaan kanssa joka on jo niin veltto, että valuu pyörätuolistaan. Voisiko hänet sitoa pyörätuoliin esimerkiksi ruokailun ajaksi? SH3:n mukaan heillä on ainoastaan kaksi vaikeista käytösoireista kärsivää henkilö, joiden kohdalla sovitaan erikseen miten toimitaan. Heidän kohdallaan saatetaan käyttää rauhoittavaa lääkitystä.

SH1 kertoi, että lepositeille ei ole ollut käyttöä, mutta toisinaan, poikkeuksellisesti kävelevä asukas joudutaan turvavöin istuttamaan pyörätuoliin, jos tämä on kovaa kyytiä lähdessä osastolta luultuaan, että häntä tullaan tappamaan. Toisaalta vakuutusehdot edellyttävät pyörätuolin turvavöiden käytön ulkoiltaessa. SH1 totesi myös, että sänkyjen laidat saatetaan nostaa ylös sellaisten henkilöiden kohdalla, jotka kääntyilevät paljon yön aikana tai ovat muuten levottomia. Toiset asukkaat kokevat laidat turvallisuutta luovina.

P4 totesi, että vapautta rajoittavat toimenpiteet vanhuspotilailla ovat arkipäivää. Kysymystä tulisi kuitenkin arvioida useammin myös eettiseltä kannalta: onko asukkaan kannalta parempi, että hänen vapauttaan jatkuvasti rajoitetaan vaiko se, että hänet päästetään vapaasti liikkumaan, jonka seurauksena loukkaa itseään? P4 kertoi yhtyvänsä mielellään sellaisten omaisten toivomuksiin, jotka pyytävät, että päiväsaikaan asukkaan annettaisiin liikkua vapaasti, silläkin uhalla, että jotain sattuu. Tällaiset tilanteet ovat kuitenkin poikkeuksellisia. Yleensä omaiset vaativat sellaista hoitoa, joka eliminoi kaatumisriskit ja joskus tällaiseen hoitoon liittyy sitominen. Lepositeitä käytetään kuitenkin erittäin harvoin, magneettivöitä enemmän. Sitominen perustuu aina lääkärin päätökseen, joka on kerrallaan voimassa korkeintaan viikon. Omaisten kanssa pyritään aina yhteisymmärrykseen, mutta päätöksen tekee aina lääkäri, ei yksin omainen.

SH2 kertoi, että tulee tilanteita, jolloin potilas joudutaan sitomaan, mutta päätös perustuu aina lääkärin ja fysioterapeutin arvioon. Omaisten pyyntö ei yksin riitä siihen, että potilas sidotaan. SH2 korosti, että on tärkeää kiinnittää huomiota myös lääkitykseen, onko sillä vaikutusta esimerkiksi kaatumisherkkyyteen. P1 ja P2 kertoivat, että toisinaan asukkaiden vapautta joudutaan rajoittamaan, mutta se perustuu aina lääkärin päätökseen. Lääkärin päätökset saattavat olla myös ns. asukaskohtaisia päätöksiä, jolloin päätös on voimassa tarpeen vaatiessa. Turvallisuusseikat saattavat edellyttää myös muistisairaiden ihmisten vapauden rajoittamista. Toimenpiteet ovat lähinnä turvavöiden käyttämistä, lepositeiden käyttö on melko harvinaista. Kaikki haastateltavat kertoivat, että kaikki vapautta rajoittavat toimenpiteet kirjataan aina potilasasiakirjoihin.

3. KIRJAAMINEN

Kirjaaminen on tärkeää sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. Erityisen tärkeää se on siinä vaiheessa, jos hoidosta tai potilaan oikeuksien toteutumisesta kannellaan jälkeenkäin. Asianmukaiset ja riittävät kirjaukset varmistavat sen, että potilaiden terveydentilaa ja vointia on mahdollista arvioida ja verrata pitkällä aikavälillä. Kirjaaminen tukee osaltaan hyvän hoidon toteutumista. Osassa paikoissa on käytössä RAI-tietojärjestelmä, joka myös sääntelee kirjausten laatua. Käsitän tässä yhteydessä kirjaamisella päivittäin tehtäviä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Kirjaamisosioon kuului kysymyksiä kirjaamista ohjaavista säännöksistä, työpaikkakohtaisista ohjeistuksista ja siitä, millä tarkkuudella asioita ylipäätään kirjataan.

3.1 Lainsäädäntö

Potilaslain 12 §:ssä säädetään potilasasiakirjoista ja hoitoon liittyvästä muusta materiaalista. Pykälässä todetaan mm. että: ”terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.” Potilaslain 13 §:ssä säädetään potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta. Henkilötietolain 5 §:ssä säädetään huolellisuusvelvoitteesta. Pykälän mukaan: ”rekisterinpitäjän tulee käsitellä henkilötietoja laillisesti, noudattaa huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä toimia muutoinkin niin, ettei rekisteröidyn yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ilman laissa säädettyä perustetta.” Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä ja laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä myös sääntelevät kirjaamista.

3.1.1 Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta

Kirjaamisen kannalta olennaisessa asemassa on sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Asetuksen 7 §:ssä säädetään potilasasiakirjamerkintöjä koskevista keskeisistä periaatteista ja vaatimuksista. Pykälän mukaan: ”potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjaan tulee merkitä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin.” Potilaskertomuksen tekemisestä säädetään asetuksen 9 §:ssä. Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot yksilöidään 10 §:ssä. Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät käsitellään 12 §:ssä. Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävistä merkinnöistä säädetään 13 §:ssä. Pykälän toisen momentin mukaan: ”työntekijälle työstä aiheutuvia terveysvaaroja koskevat tiedot tulee merkitä tai liittää häntä koskeviin työterveyshuollon potilasasiakirjoihin sen lisäksi, että ne merkitään tai liitetään asianomaista työpaikkaa koskeviin työnantajakohtaisiin asiakirjoihin.” Kolmannen momentin mukaan: ”potilaskertomukseen tulee merkitä tiedot todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta.”

14 §:ssä säädetään osastohoidoa koskevista merkinnöistä. Pykälän mukaan: ”osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään erilliseen hoitotapa-asiakirjaan päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. Lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kahdesti vuodessa seurantayhteenveto riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia. Jos psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan mielen terveyslain nojalla rajoittamaan, siitä tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.”³

³ Potilaslakia sovelletaan vaikka pitkäaikaishoidon yksikkö olisi kunnan sosiaaliviraston alaisuudessa. Olennaista on se, että hoidon antaja on terveydenhuollon ammattihenkilö, ei se, missä hoitoa annetaan (Mäki-Petäjä-Leinonen, suullinen lausunto 20.11.2009.) Toisaalta viranomaisen toteaa näin: Koska sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualojen osalta ei ole kirjoitettua lainsäädäntöä pakotteiden ja rajoitteiden muodollisesta päätöksenteosta, korostuu niiden käytön kirjaamisen merkitys. Toisin kuin terveydenhuollon lainsäädännössä, sosiaalihuollon lainsäädännössä ei kuvata yksityiskohtaisesti asiakasasiakirjojen sisältöä tai sitä, kenelle on oikeus tai velvollisuus tehdä niihin merkintöjä ja millaisia niiden tulisi ylipäänsä olla. Sekä

3.2 Haastattelutulokset

Haastateltavista kolme (SH2, P3 ja P4) mainitsi, että potilaslaki ohjaa ensisijaisesti kirjaamista. Kukaan ei kuitenkaan maininnut mitään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksesta, joka sääntelee potilaslakia yksityiskohtaisemmin kirjaamisen sisällöllisiä vaatimuksia. SH1, P4 ja P5 kertoivat, että kaupunkikohtaiset kirjaamissäännöt ohjaavat kirjaamista. Työpaikkakohtaisia ohjeistuksia painottivat SH2 ja SH3, P1, P2 ja P3. P3 totesi, että työpaikalla ollaan sovittu, että kirjataan ainoastaan asukasta itseään koskevat tiedot. Toisaalta SH3 totesi, että vaikeaa sanoa, mistä kirjaamissäännöt tulevat, kun on jo niin pitkään kirjannut ja kaikki on itsestään selvää. SH2 kertoi, että heidän yksikössään kirjaamista ohjaa sääntö: "mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole havaittu". Haastateltavista kolme (P1, P2 ja P3) kertoi, että RAI ohjaa kirjaamista heidän yksiköissään. Useissa paikoissa oli syksyllä tiedossa kirjaamiskoulutus. Mitä tulee kirjaamisen tarkkuuteen ja sisältöön, jokainen haastateltava painotti sitä, että kaikki poikkeava kunnossa tulee kirjata, samoin kuin ylimääräiset lääkkeet. P4 totesi, että kirjausten laatu on pitkälle osastonhoitajien vastuulla, koska he käytännössä opastavat uuden työntekijän työpaikan tavoille. Tehtäväkeskeisestä kirjaamistyylistä tulisi pyrkiä pääsemään eroon ja keskittyä sen sijaan asukkaan kunnan ja mielialan arviointiin (P3, SH2), hoidollisten saavutusten arviointiin (P1 ja P2) ja siihen, että kirjaukset antavat riittävän yksityiskohtaisen ja totuudenmukaisen arvion asukkaan kunnosta (SH1, SH2, SH3 ja P5). P1 ja P2 kertoivat, että kirjausten taso pyritään takaamaan myöskin yksittäisten kirjausten satunnaisella valvonnalla. P3 totesi, että kirjaamisen laatu heittelee tosinaan jonkun verran, jolloin tulee jämäkästi painottaa sitä, miksi ylipäätään kirjauksia tehdään, lähtökohtana hyvän hoidon toteutuminen tältä osin.

4. HYGIENIA

Hygienianäkökohdat vaikuttavat laitosoiloissa paljon asukkaiden toimintamahdollisuuksiin, joissakin paikoissa enemmän, joissakin vähemmän. Hanna-Liisa Liikanen (2003) toi väitöstutkimuksessaan esiin erään hyvin iäkkään miesasukkaan, ajatuksia herättävän lausahduksen: "matohan täällä ulkoilee enemmän kuin myö vanhukset." Esimerkki panee pohtimaan sitä, kuinka paljon hygienianäkökohdat ja ennen kaikkea lainsäädäntö tosiasiassa rajoittavat laitosasukkaiden toimintamahdollisuuksia ja osallistumista.

Todellisuudessa asukkaiden itsenäistä osallistumista ruokailuhetkiin, puutarhanhoitoa taikka lemmikkien pitämistä ei suoranaisesti säännellä missään laissa. Toisaalta esimerkiksi potilaslain 3 §:ssä säädetään oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hyvään sairaanhoitoon ja hyvään kohteluun lienee kuuluttava muutakin kuin terveyden kannalta välttämättömät hoitotoimenpiteet, esimerkiksi asukkaiden omatoimisuuden tukeminen ruokailuhetkissä ja näiden harrastuneisuuden tukeminen, esimerkiksi puutarhan hoidon.

Haastatteluissa hygienia-osioon kuului kysymyksiä leipomiseen ja puuhasteluun keittiössä, puutarhanhoitoon, lemmikkien pitoon ja mrsa:han liittyen. Lisäksi kysyin, millaisia hygienia-asioita hoitolaitosten arjessa ylipäätään on huomioitava ja rajoittavatko ne mahdollisesti asukkaiden osallistumista mainitunkaltaisiin puuhiin.

asiakkaan tai potilaan ja toisaalta hoitohenkilökunnan oikeusturvan näkökulmasta asiakaskirjausten tekeminen yleensä ja erityisesti kaikki rajoitustoimenpiteisiin liittyvät toimet tulisi kirjata huolellisesti, jotta niistä saataisiin myöhemmin eri yhteyksissä tieto ja toiminnan asianmukaisuutta voitaisiin arvioida myös jälkikäteen esimerkiksi hallinnollisen valvonnan yhteydessä (Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa? 2009, 65-66)

4.1 Lainsäädäntö

Elintarvikelaissa (23/2006) säädellään mm. elintarvikkeiden käsittelyn turvallisuutta (elintarvikelaki 1 §) ja elintarvikkeiden käsittelyä, säilytystä ja kuljetusta (elintarvikelaki 11 §), mutta laki itsessään ei aseta esteitä asukkaiden osallistumiselle vaan lähinnä velvoittaa hoitohenkilökuntaa noudattamaan tiettyjä hygieniavaatimuksia. Hoitohenkilökunnalla tulee olla myös ajantasainen hygieniapassi. Tartuntatautilaissa taas säädetään, miten menetellä niissä tilanteissa, joissa henkilöllä on sairaus tai tartunta, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat taikka loiset (tartuntatautilaki 2 §). Mrsa (metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus*) on esimerkki tällaisesta mikrobista. Edellä mainitsemisani laeissa ei siis oteta kantaa asukkaiden osallistumiseen suhteessa hygieniaseikkoihin. Ainoastaan mikäli asukkaalla on tartuntatautilaissa kuvattu sairaus taikka tartunta, saattaa se hankaloittaa omaa osallistumista ja/tai normaalia kanssakäymistä osaston muiden asukkaiden kanssa.

Mrsa:n osalta on olemassa monentasoisia ohjeistuksia. Mm. Kansanterveyslaitos (nykyinen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos) on julkaissut mrsa:han liittyviä ohjeistuksia. Myös esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) sivuilta löytyy vastaavanlaiset ohjeistukset. Sairaaloissa mrsa:sta voi saada lisätietoja hygieni- taikka tartuntatautihoitajalta. Eräs tapaamani omainen harmittelikin sitä, kuinka huonosti hoitohenkilökunnalta sai tietoa mrsa:sta. Tiedonsaanti jäi oman aktiivisuuden varaan.

4.2 Haastattelutulokset

Haastatteluista kävi ilmi, että kaikissa hoitolaitoksissa leivotaan jonkun verran, joissakin enemmän ja joissakin vähemmän, toisissa kerran viikossa (SH2) ja toisissa kerran kuukaudessa (P1 ja P2). Useissa paikoissa kausiluonteisesti, esimerkiksi joulupipareita. Asukkaiden toimintakyky mainittiin seikaksi, joka vaikuttaa eniten siihen, onko leipomisen järjestäminen ylipäänsä mielekästä. Toiset painottivat sitä, että leivontatuokioissa on varmasti jokaiselle jotain puuhaa toimintakyvystä riippumatta, koska toiset nauttivat jo pelkästään siitä, että saavat seurata vierestä ja haistaa tuoreen pullan tuoksun (SH2, SH3 ja P3). SH3 totesi, että tärkeintä on suhtautua tilanteisiin huumorilla, koska ajatus on tärkein. Osallistua tuokioihin saavat kaikki kynnelle kykenevät (SH1). SH2 korosti leivonnan tärkeyttä vanhemman ikäpolven ihmisille, joilla taidot ovat sisäänrakennettuina. Hänen mukaansa jopa muistisairaat nauttivat leipomisesta ja vanhat taidot nousevat nopeasti esiin. Leivontatuokiot järjestetään joko oman hoitohenkilökunnan, virikeohjaajien, laitospöytälaisten taikka toimintaterapeutin avustuksella. P4 katsoo, että se leivotaanko yksikössä, riippuu paljon asukkaiden kunnosta ja henkilökunnasta.

Varsinainen puuhastelu keittiössä, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan esim. avustamista tiskaamisessa ja kattamisessa on mahdollista ainoastaan yhdessä yksikössä. SH3 kertoi, että tällä tavoin pyritään aktivoimaan asukkaita ja toisaalta tukemaan heidän omatoimisuuttaan. Luonnollisesti myös leivän voitelu taikka sokeripalan ottaminen itsenäisesti ruokailtaessa on suotavaa (SH3, P3). Muut haastateltavat (SH1, SH2, P1, P2 ja P5) kertoivat, että hygieniasyistä asukkaat eivät saa varsinaisesti puuhastella keittiössä. Tällaisia hygieniasyitä oli mm. se, että asukkaat ja henkilökunta jakavat saman jääkaapin. Myös leivät voidellaan hoitajien toimesta liiallisen sotkun välttämiseksi. Toisaalta keittiön seutua ei ole haluttu eristää, jotta vaikutelma ei olisi laitospöytä (SH1). P5 kertoi, että vaikka keittiössä puuhastelu ei olekaan mahdollista, asukkailla suodaan pöydässä mahdollisuus tehdä itsenäisesti niin paljon, kun se järkevyyden rajoissa on mahdollista. Ruokailutilanteet eivät ole kuitenkaan ongelmattomia vaan välillä täytyy tarkasti miettiä, kuka laitetaan kenenkin viereen istumaan, jotta välttyttäisiin turhilta konflikteilta. SH2 kertoi, että heillä ruoka pääsääntöisesti katetaan pöytään, jossa asukkaat sitten saavat valita ottavatko he esimerkiksi tummaa vai vaaleaa leipää ja voidella halutessaan leipänsä itse. Osa asukkaista käy yhdessä hoitajien kanssa ruokalassa syömässä. P1 ja P2 kertoivat, että heillä ruokailu on pyritty

järjestämään mahdollisimman monella osastolla ns. esimerkkiruokailuna, jossa henkilökunta ja asukkaat syövät yhdessä. Tällöin asukkailla on mahdollisuus mm. voidella itsenäisesti leipänsä.

Kysyin myös, millaisia hygieniasioita ylipäättään on otettava osastoilla huomioon ja toisaalta, onko olemassa hygieniasäädöksiä, jotka rajoittavat toimintaa? SH1:n mukaan ei ole lain tasoisia säädöksiä, jotka rajoittaisivat toimintaa. Mrsa:n osalta on olemassa toki valtakunnalliset ohjeistukset, mutta muutoin asioista sovitaan pitkälle osastokohtaisesti. Hyvällä käsihygienialla pääsee pitkälle. P5 kertoi, että kaupungin hygieniakoulutuksessa käsitellään näitä asioita (mm. sitä, kuinka kauan ruoka saa olla huoneenlämmössä, jotta sitä voidaan vielä tarjota) ja siihen tulee jokaisen uuden työntekijän osallistua. Hygieniapassit päivitetään syksyllä. SH3 ja P3 molemmat korostivat tässä yhteydessä, että hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että he eivät työskentele sairaalassa, jolloin normaalit käsihuuhteet riittävät pitkälle. Vaikka kyseessä on toisaalta laitos, se on myös toisten koti. On tärkeää muistaa, että tulemme ihmisten kotiin töihin, emme yläpuolelta sanelemaan sääntöjä. On pidettävä järki päässä, kun vastakkain ovat hygieniasta ja ihmisten hyvä/inhimillinen hoito, kumpi on tärkeämpää? P3 totesi, että toiset saattavat pelätä sitä, että työsuojelu puuttuu asiaan hygieniasäädöksiin nojautuen, jos yksikössä on esimerkiksi koira taikka kissa.

Varsinaisia toimintaa rajoittavia säädöksiä ei kuitenkaan ole, ainoastaan kuntakohtaisia ohjeistuksia (SH3, P3). P5 painotti myöskin ennen kaikkea käsihygieniasta. Tietenkin, jos asukkaalla on esimerkiksi norovirus, suojaudutaan paremmin. Rajoituksia luovat pikemminkin kulloisetkin tilanteet (esimerkiksi juuri noro taikka asukkaan vaikea dementia) ei niinkään mitkään säädökset. P1 ja P2 toivat esille, että heillä on hygieniahoitaja ja yhteiset pelisäännöt, jotka täyttävät laintasoiset perushygieniavaatimukset. He korostivat myös, että hygieniapuoleen ulottuu esimiesvastuu ja terveystarkastajat käyvät säännöllisesti tekemässä tarkastuksia. P1 ja P2 mainitsivat elintarvikelain ja tartuntatautilain toimintaa rajaavina lakeina. P4:n mukaan suoranaisesti asukkaiden toimintaa rajaavia säädöksiä taikka ohjeistuksia ei juuri ole. Hän painotti, että osaava hoitaja kyllä hallitsee tilanteet siten, että asianmukaiset suojautumistoimet voidaan tehdä ilman, että se rajoittaa esimerkiksi asukkaan itsenäistä osallistumista ruokailuhetkissä tai vastaavissa tilanteissa.

Puutarhanhoito on joka paikassa periaatteessa mahdollista asukkaiden kunnon rajoissa. P5 kertoi, että heille ollaan rakentamassa puuhastelupenkkiä lähiaikoina, jolloin halukkaille tarjoutuu mahdollisuus istuttaa ja hoitaa mm. kukkia. Kaikilla ei kuitenkaan välttämättä enää ole mielenkiintoa tällaisia asioita kohtaan. SH3 ja P3 kertoivat, että heillä on iso puutarha, jossa on kasvimaa, marjapensaita ja omenapuita ja asukkailla on mahdollisuus vapaasti käyskennellä puutarhassa ja vaikka poimia marjoja. Ämpäriperunoita on myös laitettu jo useana vuotena. Kaksi miesasukasta (entistä maanviljelijää) ovat auttaneet innoissaan puutarhan laitossa kesäkuun. Grillikatos on myös kovassa käytössä kesäisin. SH3 ja P3 kertoivat nauttivansa siitä, että voivat pitää terassinovea huoletta auki, koska puutarha on aidattu. Aitaus maastoutuu pensasiin niin, että sitä tuskin huomaa. SH2 kertoi, että heillä on puutarharyhmiä, joihin on valikoitunut asukkaista viherpeukalot, jotka avustavat kukkien istuttamisessa ja hoitamisessa. Osastojen kukkasia kaikilla on mahdollisuus hoitaa (SH2, P1 ja P2). P1 ja P2 kertoivat, että puutarhanhoito on heillä tällä hetkellä pienimuotoisesti mahdollista, mutta on kehittyvä alue. Se on kuitenkin myös resurssikysymys.

Lemmikkien pitoon suhtauduttiin eri paikoissa hieman eri tavoin. SH1 sanoi, että heillä lemmikit ovat mahdollisuus mrsa:n vuoksi, mutta omaiset voivat tulla vierailemaan lemmikkiensä kanssa ja yksikössä käykin viikoittain koiria taikka kissoja (pääosin koiria) kyläilemässä. P5 kertoi, että heillä asukkaiden kunto on niin heikko, että omia lemmikkejä olisi mahdotonta pitää. Entisessä paikassa osastolla oli oma kissa lemmikkinä ja nytkin asiaa on pohdittu, mutta toisaalta monella on allergioita. Omaiset käyvät lemmikkien kanssa ja Halibernit ovat käyneet myös säännöllisesti. Halibernit ovat hyvin koulutettuja Bernin paimenkoiria, jotka ovat tottuneet erilaisiin ihmisiin. Ne ovat olleet todella suosittuja, koska niitä saa huoletta rutistaa ja silittää. SH3 ja P3 totesivat, että kissan ottamista osastolle on pohdittu pitkään, mutta kävi ilmi, että monilla on allergioita.

Henkilökunta tuo kuitenkin välillä omia koiriaan osastolle vierailulle samoin omaiset. Lemmikit ovat aina tervetulleita vieraamaan päivää. SH2 kertoi, että heillä osastoilla on omia lemmikkejä, lähinnä kissoja. Henkilökunta tuo toisinaan omia lemmikkejä osastoille, mikäli asukkailla ei ole allergioita. SH2 kertoi myös heillä vuosittain järjestetyistä koiranäyttelyistä. Asukkaat ilahtuvat aina lemmikkien vierailuista osastoilla. P1 ja P2 kertoivat, että sairaalan pitkäaikaisosastolla lemmikit eivät ole missään nimessä mahdollisia hygieniaseikkojen vuoksi. Muilla osastoilla lemmikkejä käy välillä vierailuilla. He totesivat myös, että monen hoitajan saattaa olla vaikea mieltää koko lemmikkiasiaa. P4:n mukaan lemmikit osastoilla ei ole ongelmaton asia. Lemmikit ovat kiva asia osastoilla, joilla ei ole mrsa:ta taikka vastaavaa leviävää bakteeria. Lemmikki-asia tulee aina punnita tarkkaan.

Kävin kahdessa mrsa-yksikössä, joissa toisessa haastattelin asukasta ja toisessa sairaanhoitajaa. Hänen mukaansa mrsa:han pyritään suhtautumaan osastolla aivan luonnollisesti ja vältetään yli reagointia. Hyvä käsihygienia ja suojahanskat riittävät useimmiten, ellei kyseessä ole akuutti vaihe. Ihmiset usein sekoittavatkin mrsa:lle altistumisen, kantajuuden ja akuutin vaiheen käsitteet. Ei kyseinen bakteeri ilmasta tartu ja pinnoitakin vain, jos siihen on ollut kosketuksissa esim. märkivä haava ja ulkopuolinen henkilö, jolla sattuu olemaan haava. Tällöinkin tartunta on vain mahdollinen, ei suinkaan varma. Mrsa elää pinnoilla korkeintaan kaksi tuntia. Ja tulee muistaa myös se, että tavallisella, terveellä ihmisellä mrsa harvoin tuottaa hankaluuksia kotiooloissa. Tosiasia on myös se, että noin joka viides suomalaisista on mrsa-kantaja. Sairaanhoitaja kertoi, että mrsa:n vuoksi heillä ei ole ollut vaikeuksia saada ulkopuolisia esiintyjiä, vierailijoita taikka uusia työntekijöitä. Toiset ovat saattaneet puhelimesta aluksi hieman empiä, mutta ovat aina muuttaneet mielensä nähtyään osaston todellisuuden. Avoin keskustelu, riittävä tieto asiasta ja oikeanlainen asenne ovat tärkeitä mrsa:n kohdalla.

Toisessa mrsa-yksikössä haastattelin asukasta, joka kertoi, että hänellä ei käy vierailijoita juuri milloinkaan, koska kaikki pelkäävät saavansa tartunnan. Ainoastaan yksi serkku uskaltaa käydä. Yksikin vieras oli asukkaan sanojen mukaan lähtenyt juosten pois, kun hoitaja oli tullut käymään huoneessa ja kehottanut suojautumaan tartunnan varalta. Asukas toivoi avoimempaa informaatiota ja keskustelua asiasta mediassa. P4:n mukaan ihmiset edelleen kavahtavat mrsa:ta, vaikka he kuinka olisivat saaneetkin asiasta valistusta ja toivoikin että asiasta puhuttaisiin ja tiedotettaisiin entistä avoimemmin. Bakteeri on vaaraton terveellä ihmisellä.

5. TILAMÄÄRÄYKSISTÄ

Tämä osio nivoutuu osin yhteen laitosasukkaiden yksityisyyden suojan kanssa, koska tarkastelun keskiössä on laitosasukkaiden asumisolosuhteet. Suurimmalle osalle ikäihmisistä oma huone ja sitä kautta oma rauha ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita. Toisaalta on myös henkilöitä, jotka kokevat turvallisuutta luovaksi seikaksi huoneen jakamisen. Pariskunnille tulisi esimerkiksi suoda mahdollisuus päästä samaan huoneeseen. Osion kysymykset käsittelivät sovellettavia tilamääräyksiä ja kaupungin/lääninhallituksen valvontaroolia, mutta toisaalta myös paloturvallisuutta ja tilojen käyttötarkoituksen vaihtumista.

5.1 Lainsäädäntö

Hoitolaitosten tilojen ja huoneiden mitoitusperusteita ei säännellä suoranaisesti millään lailla. Suomen rakentamismääräyskokoelman osa E1 sääntelee mm. laitosten paloturvallisuutta, joka omalta osaltaan vaikuttaa esimerkiksi huoneiden mitoittamiseen ja huonekalujen sijoittamiseen hoitolaitoksissa. Kaupunkien rakennusjärjestykset asettavat tiettyjä vaatimuksia myös hoitolaitosten

kohdalla. Mutta kuten sanottu, vanhuspotilaiden tarpeista lähtevää sääntelyä, neliömäärien osalta, ei ole toistaiseksi olemassa.

Sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan kunnassa on oltava sosiaalihuollon toimintoja varten riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 11 §:n mukaan laitoshuoltoa toteutettaessa henkilölle on pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Tämä seikka kulminoituu suoraan myös hyvän hoidon toteutumiseen.

Etelä-Suomen lääninhallitus julkaisi 13.8.2001 raportin ”Valvonnan avaimet – selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoituserusteista.” Sosiaali- ja terveysministeriön SOSPA-työryhmä (1998a) katsoi, että yksityisyyden takaamiseksi asukkaille tulisi turvata yhden hengen huoneet. Työryhmä ei pitänyt asianmukaisena sijoittaa kahta vierasta henkilöä samaan huoneeseen. Helsingin kaupungin suosituksen mukaan (Helsingin sosiaalivirasto 1990) vanhainkodeissa ja laitoshoidossa tulee välttää usean hengen huoneita. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä esitti myöskin vuonna 1985, että 80 % hoitopaikoista olisi yhden hengen huoneita ja 10 % voisi olla kaksiosaisia siten, että molemmilla asukkailla olisi omat asuinhuoneet, mutta yhteinen eteinen sekä WC- ja pesutilat. SOSPA-työryhmän suositus on, että yhden hengen asuinhuoneen on oltava vähintään 12-15 neliötä ja kahden hengen huoneen asuinhuoneen vähintään 16-20 neliötä. Pääsääntönä tulisi olla yhden hengen huoneet ja ainoastaan poikkeustapauksissa, kuten aviopareille, hyväksyttäisiin kahden hengen huoneet (Valvonnan avaimet, s. 17-18,21)

Tapauksessa KHO:2002:75 dementoituneille asukkaille yksityisiä sosiaalipalveluja antaneen toimintayksikön hoitopaikkamäärää arvioitaessa otettiin huomioon yleiset asumisen vaatimukset ja asukkaiden perusoikeudet, kuten yksityisyyden suoja (perustuslaki 10 §). Kahden vieraan ihmisen sijoittamista samaan huoneeseen ei pääsääntöisesti voitu pitää perusteltuna. Suurempaa hoitopaikkamäärää ei voitu perustella myöskään taloudellisilla seikoilla. (Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 3 §, 5 § ja 9 § 2 mom.) Tapauksessa Lahden vanhusten asuntosäätiö vaati, että tälle myönnettäisiin lupa ainakin kahdelletoista tehostetulle palveluasumisen paikalle Paavolakodissa perusteena se, että Lahdessa oli suuri puute tuetuista palveluasumispaikoista. Asuntosäätiö katsoi, että huonejärjestelyt eivät tuottaneet asukkailla ongelmia, koska he käyttivät huonettaan käytännöllisesti katsoen vain yöpymiseen eivätkä näin ollen välttämättä tarvinneet huonetta yksin omaan käyttöön. Huonetoverin olemassaolo lisäsi sen sijaan heidän turvallisuudentunnettaan. Myöskään Paavolakodin henkilökunta ei kokenut silloisen asukasmäärän olevan liian suuri eikä pitänyt työtään liian rasittavana. Hallinto-oikeus katsoi Lääninhallituksen kantaa mukaillen, että Paavolakodissa oli riittävät ja asianmukaiset tilat yhdeksän asukkaan hoitamiseen. Korkein hallinto-oikeus ei muuttanut hallinto-oikeuden päätöstä vedoten Suomen perustuslaissa kaikille taattuihin perusoikeuksiin. Korkein hallinto-oikeus painotti, että asukkaat voidaan sijoittaa joko yhden hengen tai kahden hengen huoneisiin heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan, yhden hengen huoneiden ollessa kuitenkin pääsääntö.

5.2 Haastattelutulokset

SH1 ei ollut tarkalleen tietoinen, mistä tilamääräykset tulevat, mutta heillä lähtökohtana on oma huone. Hän kertoi myös, että kaupungin toimesta huoneita ei olla käyty tarkistamassa, mutta rakennustarkastus tehtiin silloin, kun yksikkö rakennettiin. P5 kertoi, että heillä on viisi kahden hengen ja 20 yhden hengen huonetta. Hän totesi, että lääninhallituksen tilamääräykset ovat tiukentuneet entisestään. Hänen mukaansa vaaditaan aina lääninhallituksen lupa, mikäli huoneeseen tehdään lisäpaikka. Kaupungin toimesta ei olla tehty tarkastuksia määräysten toteutumisen valvomiseksi. P3:n mukaan heillä noudatetaan ikäihmisten palvelujen laatusuosittelusta ja pääsääntöisesti asukkailla on yhden hengen huone. Kahden hengen huoneet ovat kooltaan

tilavia. Kunnan toimesta tarkastetaan omat yksiköt ja lääninhallitus valvoo yksityisiä yksiköitä. Säännöllisesti tehdään rakennustarkastuksia, palotarkastuksia ja työsuojelun taholta tarkastuksia. SH3 ei osannut ottaa kantaa siihen, mistä tilamääräykset varsinaisesti tulevat. SH2 ei myöskään ottanut kantaa, mistä vaatimukset tilojen suhteen tulevat, mutta totesi, että heillä on pääosin yhden hengen huoneet, mutta myös vähän kahden hengen huoneita. Saneerauksen myötä jotkut huoneet pienenevät valitettavasti entisestään.

P5 ei usko, että hoitokodin toiminnan aloittamisen jälkeen kaupunki mitenkään valvoo huoneiden neliömääriä. P1 ja P2 katsoivat, että tilavaatimukset huomioidaan laitosten perustamisvaiheessa ja niissä tilanteissa, joissa asukasmäärää nostetaan huomattavasti. Yksittäisiä paikkoja taikka lisäyksiä ei tarvitse anoa. Välillä saattaa olla 5-6 asukasta samassa huoneessa, jolloin vuoteet täytyy tarkasti sommitella, jotta hoitaminen ja asukkaan liikuttelu on mahdollista. Kantelun seurauksena lääninhallitus puuttuu ja tarkistaa huoneet, mutta kaupungin toimesta tehdään lähinnä vain palotarkastuksia. P4 arvelee, että lääninhallituksen antamia suosituksia noudatetaan tunnollisimmin ostopalvelujen kautta hankituissa yksiköissä, koska niissä valvontaviranomaisena on lääninhallitus. Kaupungin omissa yksiköissä suosituksista on helpompi olla piittaamatta, koska kaupunki itse on ensisijainen valvontaviranomainen ja lääninhallitus vasta siinä tilanteessa, jos asiasta kannellaan. Mahdollisesti kaupunki valvoo siis heikosti omat yksikkönsä.

Seuraavaksi kysyin, miten paloturvallisuuskäsitteet huomioidaan, mikäli huoneeseen tuodaan toinen liikuntakyvytön asukas? SH1 totesi, että palolaitos on hyvin aktiivinen ja vaatii korjaukset välittömästi, mikäli havaitsee puutteita paloturvallisuudessa. Sprinklerit joka huoneessa takaavat sen, että tulipalo ei pääse leviämään. P5 kertoi, että heillä on tarkat palo- ja pelastussuunnitelmat ja huoneiden paloturvallisuus varmistetaan noudattamalla tarkoin palolaitoksen määräyksiä. P1 ja P2 kertoivat, että huoneiden paloturvallisuus varmistetaan vuosittaisella palotarkastuksella ja sänkyjen huolellisella sommittelulla. P4 uskoi, että koska turvallisuuspäälliköt pitävät tarmokkaasti huolta tällaisista seikoista, huoneiden paloturvallisuus pystytään takaamaan. SH2:n mukaan kuvatuinen tilanne on harvinainen, koska heidän paikkamääränsä on vakio: kun yksi lähtee, toinen tulee tilalle. P3:n vastaus poikkesi muiden vastauksista, koska hän kertoi, että vaaditaan kunnan taikka lääninhallituksen lupa, mikäli yhden hengen huoneeseen tuodaan toinen sänky. Kaikkien haastateltavien vastauksissa toistui se, että tilojen käyttötarkoitus (esimerkiksi henkilökunnan tilojen muuttaminen asukkaiden käyttöön) saattaa vaihtua tarpeen vaatiessa, väliaikaisratkaisuna, eikä siihen tarvitse erikseen hakea lupaa. P5:n mukaan tällaisissa tilanteissa tulee käyttää maalaisjärkeä.

6. TYÖTERVEYSMÄÄRÄYKSISTÄ

Tässä osiossa ei tarkastella niinkään laitosasukkaiden oikeuksien toteutumista vaan näkökulma on työnantaja- ja työntekijäkeskeinen. Työterveysosion kysymykset käsittelivät osastoilla noudatettavia sääntöjä työturvallisuuteen liittyen ja tilanteita, joissa potilas on aggressiivinen.

6.1 Lainsäädäntö

Työterveyteen liittyen tärkeimmät lait ovat työturvallisuuslaki (738/2002), työterveyshuoltolaki (1383/2001) ja laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (44/2006. Jäljempänä työsuojelulaki). Merkitystä on myös kunnallisen alan työsuojelu- ja työympäristösopimuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2006 selvityksen nimeltä "Työsuojelu Suomessa" (STM 2006:16). Työturvallisuuslain tarkoituksena on "parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä

ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja”. Työnantajan yleisistä velvollisuuksista ja työnantajan huolehtimisvelvoitteesta säädetään 8 §:ssä. Työnantajan on mm. huolehdittava työntekijän terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Tässä yhteydessä työnantajan on huomioitava myös työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet. Huolehtimisvelvollisuutta rajaa epätavalliset ja ennalta-arvaamattomat olosuhteet, joihin työnantaja ei voi vaikuttaa. Työsuojelun toimintaohjelmasta säädetään 9 §:ssä. Sen mukaan: ”Työnantajalla on oltava turvallisuuden ja terveellisuuden edistämiseksi ja työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi tarpeellista toimintaa varten ohjelma, joka kattaa työpaikan työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset (työsuojelun toimintaohjelma). Toimintaohjelmasta johdettavat tavoitteet turvallisuuden ja terveellisuuden edistämiseksi sekä työkyvyn ylläpitämiseksi on otettava huomioon työpaikan kehittämistoiminnassa ja suunnittelussa ja niitä on käsiteltävä työntekijöiden tai heidän edustajiensa kanssa.” Työturvallisuuslain 5 luvussa on työtä ja työolosuhteita koskevat tarkemmat säännökset. Luku sisältää ergonomiaa, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kuormittavuutta sekä eräitä muita työn vaaroja koskevia säännöksiä. Väkivallan uhasta säädetään 27 §:ssä. Sen mukaan: ”Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Edellä tarkoitettua työtä ja työpaikkaa varten työnantajan on laadittava menettelytapaohjeet, joissa ennakolta kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatapoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa. Tarvittaessa on tarkistettava turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden toimivuus.” Työturvallisuusrikkomuksesta säädetään 63 §:ssä.

Työterveyshuoltolaissa säädetään työnantajan velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta. Lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää: työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisuutta ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa ja työyhteisön toimintaa (työterveyshuoltolaki 1 §). Laissa työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa säädetään työsuojeluviranomaisten toimivallasta ja toisaalta muutoksenhausta työsuojeluviranomaisten tekemiin päätöksiin.

6.2 Haastattelutulokset

Kuusi haastateltavaa kahdeksasta (P1-P5 ja SH1) mainitsi työturvallisuuslain ja työergonomianäkökohdat ensisijaisiksi lähteiksi. SH2 mainitsi yksinomaan ergonomiaohjeistukset erityisen tärkeinä, joita noudatetaan tarkasti. SH3 ei ottanut asiaan kantaa. P3 mainitsi myös kunnan ohjeistukset työturvallisuuden osalta ja työsuojelupäällikön roolin. P1 ja P2 kertoivat työsuojelun olevan erityisen aktiivinen. Kaikki haastateltavat kertoivat, että mikäli potilas käyttäytyy aggressiivisesti, tilanteesta tulee tehdä työsuojeluun väkivalta/päällehyökkäysraportti. SH2, P1 ja P2 sanoivat, että yksilöllinen herkkyys väkivaltailmoitusten tekemiseen vaihtelee huomattavasti. P1:n ja P2:n mukaan toisinaan käy niin, että väkivaltailmoitukset tulevat suurimmaksi osaksi samoilta henkilöiltä, jolloin tilanteeseen tulee tarttua ja selvittää, onko hoitajien käytöksessä esimerkiksi jotain asukkaita provosoivaa. SH1 taas painotti, että väkivaltaraaportti pitäisi tehdä herkemmin, koska se vaikuttaa suoraan mm. henkilöstömitoituksiin. Väkivaltaraaportin tekemiseen on aihetta silloin, kun tilanteesta jää hoitajalle haava taikka mustelma. P5 totesi, että heillä on erittäin harvoin tällaisia tilanteita, mutta niitä varten on olemassa laitospohjaiset lomakkeet. SH3 kertoi, että ennaltaehkäisynä he välttävät yksintyöskentelyä ja toisaalta pyrkivät vahvistamaan henkilökunnan taitoja ja tietämystä siitä, miten tällaisissa tilanteissa tulee menetellä.

LOPUKSI

Tämän suppean tutkimustyön ja raportin tekemisen myötä saatoinkin todeta, että hoitokulttuurit ja asenteet vaihtelevat huomattavasti yksiköstä toiseen. Tässä mielessä hoitohenkilökunnan ammattitaito, johdon vahva näkemys hoidon etiikasta sekä yhteisymmärrys keskeisistä hyvään hoitoon liittyvistä seikoista ovat avaintekijöinä.

Koska hoitokulttuuri kehittyy pitkälle lainsäädännöstä irrallisena, tarvitaan mielestäni mahdollisimman pian laki, jossa erityisesti muistisairaahan potilaan itsemääräämisoikeutta täsmennettäisiin ja säädettäisiin tarkat edellytykset niiden tilanteiden varalle, joissa muistisairaahan vapautta joudutaan rajoittamaan. Tällä hetkellä käytäntö on siinä mielessä mielivaltaista, että vapaudenrajoitukset eivät perustu kaikilta osin lakiin vaan vakiintuneeseen käytäntöön ja mielenterveyslain lainaamiseen. Näissä tilanteissa yksittäiset hoitajat ja lääkärit saavat kohtuuttoman paljon valtaa, joka väistämättä on ristiriidassa itsemääräämisoikeuden ja yksilön vapauden kanssa.

Yhteisenä piirteenä suurimmassa osassa haastatteluja sanottiin pyrittävän laitospäikeyden häivyttämiseen ja kodinomaisen ilmapiirin luomiseen. Tavoittelemisen arvoisena näenkin laitoksen, joka on ensisijaisesti asukkaillaan koti ja vasta toissijaisesti laitos. Tämän lähtökohdan mieltäminen olisi sopusoinnussa ikäihmisten perusoikeuksien kanssa ja loisi puitteet inhimilliselle vuorovaikutukselle. Tämä kaikki tietenkin edellyttää sitä, että vanhustenhuoltoon suunnatut resurssit ovat riittävät ja huolehditaan mm. täydennyskoulutuksen avulla henkilöstön osaamisesta. Tämä puolestaan edellyttää entistä avoimempaa keskustelua sekä päättäjien, lähesimiesten, hoidon toteuttajien sekä asukkaiden ja heidän omaistensa kesken.

JÄLKISANAT

Ava Numminen

Tässä raportissa käsitellään säädöksiä ja määräyksiä, jotka liittyvät pitkäaikaishoidossa olevien ihmisten hyvän hoidon toteutumiseen, vapautta rajoittaviin toimenpiteisiin, kirjaamiseen, hygieniaan, tilamääräyksiin sekä hoitajia koskeviin työterveysmääräyksiin. Säädöksiä peilataan haastateltujen, kahdeksan pitkäaikaishoidon piirissä työskentelevän henkilön ajatuksiin ja käsityksiin. Koska ympärivuorokautisen hoidon piirissä olevilla ihmisillä 80-85 % on muistisairaus, liittyvät raportissa käsitellyt seikat nimenomaan muistisairaiden hoitoon. Pitkäaikaishoidon yksiköissä asuu muistisairaiden lisäksi myös muista toimintakyvyn puutteista kärsiviä ihmisiä (Noro 2005). Laitosten hoitokäytänteet vaikuttavat luonnollisesti kaikkien asukkaiden elämään.

Miksi hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilijan toimesta sitten tehdään raportti, jossa käsitellään näitä säädöksiä ja määräyksiä? Yhtenä vastauksena toimikoon tilannekuva muistisairasyksikön päiväsalista talvella 2009: Apaattisenolaisia vanhuksia omissa nurkissaan istumassa, kuka sidottuna vyöllä tuoliin, kuka geriatriassa tuolissa, muutama rollaattorin kanssa. Lounas oli syöty. Nuorella uudella hoitajalla oli aikaa jutella kanssani. Kysyin häneltä, voisiko tähän aikaan päivästä olla jotain toimintaa? "Olen itsekkin aatellut, että täällä voisi tehdä yhdessä jotain yksinkertaista, vaikka potkia palloa". Sehän kuulostaa mukavalta. Voisitko sinä käynnistää jotain sellaista? "No en nyt oikein tiedä". Miksi ei? "No kun ei se oo täällä tapana." Hoitajalla oli idea, mutta hänestä ei tuntunut mahdolliselta ottaa asiaa edes esille, saati sitten kokeilla sitä. Eräs kokenut hoitaja puolestaan totesi minulle yksikön toimintakulttuuria pohtiessamme, että "eihän se ruuan odottelu oikein riitä ihmiselle elämänsisällöksi" (vrt. Topo ym. 2007).

Vuosien ajan on toistuvasti julkisuuteen tullut tietoja vanhusten hyvinkin huonosta kohtelusta hoitolaitoksissa. Myös useita viranomaisseleistyksiä hoidon laadusta on tehty. Vaikka erityisen huonossa kohtelussa lienee kyseessä yksittäistapaukset, on hoidon laadussa tutkimusten mukaan puutteita. Rai-tietojärjestelmän (Morris ym. 1990) käyttöönotto -hankkeessa (Noro ym. 2005) vuosina 2000-2004 koottujen tietojen mukaan kahdella kolmesta ympärivuorokautisessa hoidossa asuvasta muistisairaasta ei ole arkipäivässään lainkaan aktiviteetteja tai niitä on vain vähän. Noin joka viidennen ihmisen liikkumista rajoitettiin päivittäin estämällä tuolista ylös nouseminen tarjottimen avulla, yöllä tai sitomalla nilkat. (Finne-Soveri 2005).

Jos terveet ihmiset alistetaan vähäisten aistiärsykkeiden ja toimettomuuden tilaan, he alkavat kärsiä ns. sensorisesta deprivatiosta, johon voi liittyä hallusinaatioita ja muuta psyykkistä oireilua. Ei pitäisi olla uutinen, että myös muistisairas oireilee toimettomuuden tilassa, mahdollisesti myös turvattomuuden tunteen tai kipujen takia. Mutta muistisairaahan ihmisen huutelu tai vaeltelu saatetaan leimata käytösoireiseksi ja häntä hillitään lääkkeillä ja/tai fyysisellä sitomisella.

Sitominen on vapaudenrajoitusta. Tässä raportissa haastatellut kertovat, että vapautta rajoittavat toimenpiteet kirjataan aina potilasasiakirjoihin. Mutta kirjataanko todella asukkaan rutiininomainen vyöttäminen tuoliin, jos tällaista sitomista ei edes mielletä vapaudenrajoituksena? Kuinka usein käy niin kuin lääninhallituksen raportin esimerkissä: "Sitomislupa arvioidaan ja se peruutetaan, kun siihen ei enää ole tarvetta. Usein sitomislupa kuitenkin 'jää päälle' eli merkintä on sairauskertomuksessa, vaikkei sitominen enää ole ajankohtaista." (Hoivaa ja huolenpitoa, 2009, 31-32). Henkilökunta on usein puun ja kuoren välissä: "Joskus omaiset haluavat vanhuksen sitomista kaatumisen tai lonkkamurtuman pelossa, vaikka normaalia suurempaa riskiä siihen ei olisi." "Sidotaanko omaisen vaatimuksesta, että vältettäisiin mahdolliset murtumat ja syytökset hoitovirheestä", eräs lääkäri kysyy (Hoivaa ja huolenpitoa, 2009, 26-27). Myös tässä raportissa tuli esiin, kuinka omaiset yleensä vaativat sellaista hoitoa, joka eliminoi kaatumisriskin ja joskus tähän liittyy sitominen. Toisaalta päällikkönä työskentelevä haastateltava totesi yhtyvän mielellään omaisten toivomuksiin asukkaan päiväaikaisesta vapaasta liikkumisesta, silläkin uhalla, että jotain sattuu.

Myös hygieniasäädöksiä tulisi tulkita niin, että ne edistävät, eivät vaikeuta asukkaiden aktiviteettimahdollisuuksia. Mrsa-yksiköissäkin (ks. luku 4) riittää normaalisti käsihygienian noudattaminen. Raportissa tuli kuitenkin esiin perusteetonta mrsa-bakteerilla pelottelua. Eräässä toisessa raportin ulkopuolisessa muistisairaiden hoitoyksikössä lauluryhmää vetänyt henkilö kertoi minulle, kuinka häntä oli ehdottomasti kielletty koskemasta vanhuksiin, koska he asuvat mrsa-yksikössä. Onko kyse ammattitaidon puutteesta yksilö-, yksikkö- tai esimiestasolla kun ammatti-ihmiset antavat tällaisia ohjeita?

Espoolaisen Opri ja Oleksi -hoitokodin perustaja Taina Semi kertoi, kuinka viranomaiset kielsivät hoitokodissa kesälampaan pitämisen vedoten siihen, että puolen kilometrin päässä hoitokodista oleva päiväkotikärsäsi hajuhaitoista. Miten nurinkurinen maailmamme oikein on, kun väitetty hajuhaitta on peruste iloa ja askareita tuovan vaarattoman eläimen pitoon? Olisivat päiväkodinkin lapset päässeet lampaaseen tutustumaan... Eräässä toisessa pääkaupunkiseudun muistisairaskodissa pidettiin hoitajan kertoman mukaan aikoinaan kesäisin asukkaiden kanssa puutarhaa. Sitten piha-alueesta tuli suojelukohde, jonka jälkeen viranomaiset määrittivät, mitä kasveja siellä saa kasvaa. Tähän loppui puutarhanhoito. Yksittäisen hoitajan voimat eivät riitä tällaisten yksipuolisten päätösten kumoamiseen. Tilanne voisi olla toinen, jos laitoksen johto ja omaiset yhdessä ajaisivat vanhusten ja koko yhteisön kannalta parempia päätöksiä. Mutta jaksavatko/viitsivät he? Entä tuemmeko me muut, joita asia ei juuri sillä kertaa koske, vaikenemisella huonoja päätöksiä vai teemmekö voitavamme niiden muuttamiseksi esimerkiksi ottamalla yhteyttä kunnan päättäjiin?

Terveystta kulttuurista -verkoston piirissä on saatu aikaan monipuolisia ja mielekkäitä taide- ja kulttuuriprojekteja mm. vanhusten ja mielenterveyspotilaiden piirissä. Projektit eivät kuitenkaan ole oikein jättäneet pysyviä jälkiä laitoksiin. Hoitokulttuurin perinteiset ajattelutavat, näkymättömät

asenne-esteet näyttävätkin kerta toisensa jälkeen lopahduttavan kaikkien osapuolien mielestä sinänsä hyvät toimintakokeilut. Tässä raportissa tuli esiin hyvää hoitoa estävänä tekijänä mm. vakituisen henkilökunnan puuttuminen, vajaamiehitys, hoitajien väsymys ja leipääntyminen sekä huonot fyysiset puitteet kuten neljän hengen asukashuoneet. Myös hoitajien toisinaan vaatimaton ammattitaito asukkaan kohtaamiseen ja muistisairauksien tietämyksen suhteen mainittiin. Kaikki mainitut seikat myös liittyvät toisiinsa ja ruokkivat herkästi asukkaiden hoidon laadun kannalta negatiivista kierrettä.

Sirkka-Liisa Kivelän mukaan suurin osa lääkärikoulutuksen klinisistä opinnoista suoritetaan lyhytaikaisen hoidon piirissä. Vanhusten pitkäaikaissairauksien psykososiaaliseen ja muuhun lääkkeettömään hoitoon ei perehdytä riittävästi. Lääketieteessä vallitseva lyhytaikaisen hoidon yliarvostus on siirtynyt kaiken hoitotyön malliksi. Lähes kukaan ennen 1990-lukua valmistuneista ja osa myöhemmin valmistuneista terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöistä ei ole peruskoulutuksessaan opiskellut gerontologiaa, geriatriaa tai gerontologista hoitotyötä. (Kivelä 2006, 26, 28). Gerontologisen hoidon osaamisen ja psykososiaalisten aktiviteettien puutteet johtuvat siten osittain myös ammatillisen osaamisen puutteista.

Suomen Alzheimer-tutkimusseuran asiantuntijaryhmän raportin (2008) mukaan muistisairaana henkilön arkielämän tärkeitä piirteitä ovat normaalius, aikuinen kanssakäyminen ja toimintaan osallistumisen mahdollisuus sairauden kaikissa vaiheissa muistisairaana näkökulmasta. Siirtyminen sairausorientaatiosta ihmisen orientaatioon korostaa muistisairastuneen käyttäytymisen mielekkyyttä hänen omasta näkökulmastaan. Henkilökunnan osaamisen haasteena raportissa todetaan erityisesti vuorovaikutustaidot. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa todetaan, että jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus ovat olennaisia ihmisarvoisen elämän turvaavia periaatteita. (STM 2008:3).

Nähdäkseni kulttuuritoiminta on avain arvokkaan vanhuuden ja sairausorientaation asemesta ihmisorientaation mahdollistumiseen hoitolaitoksissa. Kulttuuritoiminnalla tarkoitan kaikkea niitä elämää rikastuttavia asioita, joita aktiivi-ikäisinä pidämme itsestäänselvyyksinä. Niitä ovat esimerkiksi laulaminen, tanssiminen, lukeminen, maalaaminen, musiikin kuuntelu, pelien pelaaminen, kävely, jumppahetket, puutarhanhoito, nikkaroiminen, mopon rassaaminen, käsityöt, leipominen. Ne ovat toimintaa, jolla on itseisarvo ja välinearvo. Ne virittävät aivoja, mieltä, motoriikkaa, koordinaatiota, muistoja, osaamista. Niiden avulla olemme yhteydessä muihin ihmisiin ja itseemme. Kulttuuritoiminnan kautta toteutuvat myös niiden ihmisten, joiden psyykinen ja fyysinen toimintakyky on jo vakavasti heikentynyt, itsemääräämisoikeutta, oikeudenmukaisuutta, osallisuutta, yksilöllisyyttä ja turvallisuutta ylläpitävät elämänulottuvuudet. Sen sijaan ne eivät toteudu, jos ihmisen päivänkulkua koostuu pääasiallisesti fyysisen perushoidon rutiinimaisen suorittamisen kohteena olemisesta. Tässä raportissa käsitellyt säädökset ja määräykset tulkintoineen muodostavat osan sitä todellisuutta, joiden kautta kulttuuritoimintaa toteutetaan tai et toteuteta hoitolaitoksissa. Siksi niitä on syytä tarkastella analyyttisesti ja kriittisesti.

Työssäni läänintaiteilijana olen käynnistänyt kaksi hanketta, joissa kummassakin ammattitaiteilijat kouluttavat hoitohenkilöstöä. Toisessa on kyse kuvista ja maalaamisesta ja toisessa tanssista osana hoitotyötä. Koulutus tapahtuu maksullisissa työpajoissa. Maksullisuus on tavallaan osa koulutusta: Työpajaa myyessä käydään keskustelu siitä, miksi henkilöstön kulttuurityökalutaitojen lisääminen tuo pitkäkestoisen ja pysyvän hyödyn yksikköön. Perustelut ulottuvat maalaamisen ja tanssin itseisarvosta niiden fysiologisiin ja kognitiivisiin vaikutuksiin, vuorovaikutuksen laatuun ja hoitajien työn iloon. Itse olen valmentanut Vanhustyön keskusliiton tutkimusinterventiohankkeessa *Mielen muutos* tutkimusyksiköiden hoitajia käyttämään laulamista osana hoitotyötä. Ruotsissa Eva Götell (Götell ym. 2008) on jo pitkään kehittänyt laulun käyttöä muistisairaiden hoidossa. Hänen tutkimustuloksensa ovat päättyneet Ruotsin lääkelaitoksen informaatiolehteen suositukseksi musiikin ja hoitolaulun käyttämisestä sekä muistisairaiden asukkaiden että hoitajien hyödyksi (Information från Läke-medelsverket 2008).

Pitkääikaishoidossa olevien hoitaminen on sekä erityisammattitaitoa vaativaa että psyykkisesti ja fyysisesti haastavaa, eikä sitä ainakaan palkkatasolla mitattuna arvosteta. Vaikka hoitohenkilöstöllä on mm. peruskoulutukseen liittyen gerontologisen tietotaidon puutteita, kentällä on myös paljon osaamista ja pyrkimystä eettisesti kestäväan hoitotyöhön. Yksittäisten hoitajien mahdollisuudet muuttaa huonoksi näkemiään asioita ovat kuitenkin rajalliset ja yksiköiden resurssit lienevät aina tarpeeseen nähden liian pienet. Kuitenkin samoin resurssein voidaan toteuttaa niin eettisesti kestäväa ja asukkaiden perusoikeuksia kunnioittavaa hoitoa kuin passivoivaa, asukkaiden toiminnalliset, henkiset ja hengelliset tarpeet sivuuttavaa hoitoa. Lääninhallituksen raportin sanoin: "Pelkkään säädöksiin ja valvontaan pitäytyvä toiminta ei koskaan tuota tyydyttävää tulosta, vaan henkilöstön asianmukainen koulutus, työn eettiset periaatteet sekä niiden mukaan toimiminen luovat edellytykset hyvälle ja tuloksekkaalle toiminnalle" (Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon valvonta 2009, 10). Esimiehet ovat avainasemassa: tarvitaan esimiesten vankka tuki sille, että hoitajat kehittyvät työssään, oppivat käyttämään parhaiten eri tilanteisiin sopivia vuorovaikutus- ja työmuotoja ja soveltamaan säädöksiä ja määräyksiä niin, että ne palvelevat asukkaiden hyvää elämää.

Kiitän lämpimästi Maiju Malkamäkeä nopealla aikataululla kootusta ansiokkaasta raportista. Toivon hänen jatkavan aiheen käsittelemistä tulevissa opinnoissaan. Niin pitkäaikaishoidon asukkaat ja heidän omaisensa kuin henkilöstö ja kunnalliset päättäjät hyötyvät, kun eri näkökulmia edustavat ammattilaiset, tässä tapauksessa oikeustieteen edustaja, tutustuvat pitkäaikaishoittoon ja kirjoittavat siitä. Toivottavasti raporttia voidaan käyttää apuna pohdittaessa käytännön ratkaisuja hoitolaitoksissa sekä esimerkiksi hoitajien täydennyskoulutuksessa.

20.12.2009

Ava Numminen

Musiikin tohtori, psykologi, laulunopettaja

Hoitolaitosten kulttuuritoiminnan edistämisen läänintaiteilija, Uudenmaan taidetoimikunta

LÄHDELUETTELO

Lainsäädäntö

Euroopan ihmisoikeussopimus (10.12.1948)

Elintarvikelaki (23/2006)

Elintarvikehygienia-asetus (905/2007)

Hallintolaki (434/2003)

Henkilötietolaki (523/1999)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (556/1989)

Laki työsuojelun valvonnasta (1383/2001)

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996)

Maankäyttö- ja rakennuslaki (132/1999)

Maankäyttö- ja rakennusasetus (895/1999)

Mielenterveyslaki (1116/1990)

Sosiaalihuoltolaki (710/1982)

Sosiaalihuoltoasetus (607/1983)

Suomen perustuslaki (731/1999)

Suomen rakentamismääräyskokoelma

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001)

Tartuntatautilaki (583/1986)

Tartuntatautiasetus (786/1986)

Terveydensuojelulaki (763/1994)

Työterveyshuoltolaki (1383/2001)

Työturvallisuuslaki (738/2002)

Yhdenvertaisuuslaki (21/2004)

Virallisaineisto

Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Kivelä, S-L., Selvityshenkilön raportti. STM: 2006: 30.

HE 137/1999. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi.

HE 185/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.

Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa? Etelä-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveysosaston julkaisuja 2/2009.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. STM 2008:3.

KHO:2002:75

Kunnallisen alan työsuojelu- ja työympäristösopimus 30.11.2002.

Ohjeet liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 10.4.2008. Onko kyse tästä?

Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. STM 2001:33.

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon valvonta. Etelä-Suomen Lääninhallituksen selvitys oikeusasiamiehelle. Selvityspyyntö 25.3.2009, Dnro 213/2/09.

Terveyden edistämisen eettiset haasteet (ETENE)

Turvallisuusriski geriatrisen tuolin käytössä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 28.5.2007.

Työsuojelu Suomessa. STM 2006:16.

Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti 2008.

Valvonnan avaimet – Selvitys vanhainkotien ja asumispalveluyksiköiden mitoitusperusteista. Etelä-Suomen lääninhallitus 13.8.2001.

Kirjallisuus

Finne-Soveri, H. 2005. Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes ja kirjoittajat. Gummerus Kirjapaino Oy.

Götell E. & Brown S. & Ekman SL. 2008. The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: A qualitative analyses. Int J Nurs Stud. Jan.30

Information från Läke medelsverket 2008. Läke medelsbehandling och bemötande vid Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom -BPSD. Årgång 19, Nummer 5, Oktober/November. Sverige.

Laine, J. 2005. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes tutkimuksia 151. Gummerus Kirjapaino Oy.

Launis, V. & Keituri, T. & Kangasniemi, M. & Leppänen, H., & Pernu, I. & Pesonen-Wikman, K. & Puotila, L. & Suonsivu, K. & Honkalampi, T. 2009. Aikamoisia arvoja – Pohdintoja hoitamisen etiikasta. Tehyn julkaisusarja F: 1/2009. Multiprint Oy.

Liikanen, H-L. 2003. Taide kohtaa elämän – Arts in Hospital –hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Otavan kirjapaino Oy.

Morris, J & Hawes, C & Fries, B & Phillips, C.D & Mor, V & Katz, S. 1990. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing homes. The Gerontologist 30 (3): 293-307.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2003 . Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 241.

Nieminen, L. 2008. Laitoshoidossa oleviin vanhuksiin kohdistuvat perusoikeuksien rajoitukset. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen aikakauskirja 6/2008.

Noro, A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes ja kirjoittajat. Gummerus Kirjapaino Oy.

Noro, A. & Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes ja kirjoittajat. Gummerus Kirjapaino Oy.

Sulkava, R. & Alhainen, K. & Viramo, P. 2004. Vaikea dementia – opas potilaan läheisille. Yhteistyössä Lääketehtäjä Oy H. Lundbeck Ab.

Suomen Alzheimer-tutkimusseuran kokoama asiantuntijatyöryhmä 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/2008, vsk. 63, 9-22.

Suomen muistiasiantuntijat ry, www.muistiasiantuntijat.fi

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. ja Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus asiakkaan näkökulmasta. Stakes, Tutkimuksia 162. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Tuori, K. 2004. Sosiaalioikeus. Wsoy lakitieto 2004.