

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta ETENE
Aira Pihlainen, pääsihteeri

02.05.2011

ASIAKKAAN JA POTILAAN ITSEMÄÄRÄÄMISEN LISÄÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

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 lievittämisaatimus 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 sairaalassa 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 liian 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 eristyshuoneeseen 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 saattelemana 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 ennakko-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 sosi-aali- 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 ennakko-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 terapeutista 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, helpohoitaisuus, 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 itsemääräämisoikeuteensa edellyttävät asiakkaan ja potilaan omaa suostumusta.

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

Kehittämistoimintoina ehdotetaan ohjausta, toimintakulttuuriin vaikuttamista, henkilöstön koulutusta, laatu-työtä ja valvonnan tehostamista.

Lähteitä ETENEn kannanotto (2009) Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet.

ETENE (2010) Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveystieteiden hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisuja 30.

European Health Committee (2009) Draft Recommendation CM/Rec (2009) of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder.

Kontio R. (2011) Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals - Towards Evidence Based Clinical Nursing. Turun yliopisto, sarja D, 951.

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. Työryhmämuistioita 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 päivystyksessä, milloin vapautta saa rajoittaa vasten potilaan tahtoa? Lääkärilehti 41:2007, 3758 - 3759.

