

14.2.2012

STM/Kirjaamo

ETENEn lausunto hallituksen esitykseen laiksi potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan perusoikeuksien rajoittamisesta välttämättömän hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi

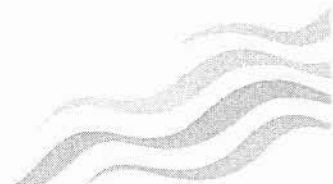
ETENE keskusteli 7.2. 2012 kokouksessaan esitysluonnoksesta. Laki voimaantullessaan vaikuttaa pitkäaikaishoidossa asuvien ihmisten elämään, joilla on vamman tai sairauden vuoksi pysyvästi heikentynyt kyky päättää omista asioistaan tai ymmärtää päätöstensä seurauksia. He ovat yhteiskunnassa keskimääräistä heikommassa asemassa olevan ryhmä ja heihin kohdistuu monia perusoikeuksien kannalta arveluttavia toimia kuten liikkumisvapauden ja yksityisyyden rajoittamista. Sen vuoksi ETENE katsoo, että on tarpeen laatia säädökset rajoitustoimenpiteiden käyttöön, jotka samalla tähtäävät rajoitustoimien vähentämiseen siten, että niitä saisi soveltaa koskemaan näiden ihmisten hyvinvoinnin kannalta vain aivan välttämättömiä tilanteita. Oikeusturvan kannalta on keskeistä, että rajoittamistoimiin liittyy selkeät toimintatavat. Tällä hetkellä rajoittamistoimien käytössä on paljon vaihtelua.

Se, että lain tavoitteena on edistää itsemääräämisoikeutta, ei tällä hetkellä näy lain nimessä. ETENE esittääkin, että nimeen lisätään sanat ”itsemääräämisen vahvistaminen ja perusoikeuksien rajoittaminen”.

ETENEn käsityksen mukaan itsemääräämisoikeuden rajoittamisen kynnys nousee selvästi tämän lain myötä ja laki tuo uusia välineitä tukemaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta. Hoitoyksiköiden suunnitelmat itsemääräämisoikeuden tukemisesta ovat tärkeitä, mutta niiden tulee olla riittävän konkreettisia, jotta niiden toteutumista voidaan seurata toimintaa kehitettäessä. Tämä on tärkeää sen vuoksi, että rajoittamistoimien käyttö liittyy myös fyysisen että psykososiaalisen ympäristön piirteisiin eikä vain potilaiden tai asukkaiden yksilöllisiin ominaisuuksiin. Tällä hetkellä luonnoksessa on vielä kohtia, jotka antavat kuvan siitä, että rajoittamistoimiin ryhtyminen liittyy erityisesti asukkaiden tai potilaiden yksilöllisiin ominaisuuksiin eikä lainkaan ympäristötekijöihin.

Rajoitustoimenpiteiden käyttö on pitkään juurtunut toimintatapa pitkäaikaishoidon hoitoyhteisöissä. Toimintakulttuurin muuttamisen kannalta on olennaista, että toimet, joita on ennen autonomian rajoittamista tehty, on myös kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Luonnoksessa on mielenkiintoinen esitys tuetusta päätöksenteosta, joka vielä vaatii tarkennusta. Tuetun päätöksenteon toteutuksessa on syytä ottaa huomioon ne tutkimustulokset ja käytännön kokemukset, joiden mukaan iäkkäiden laitoshoidossa ja koti-hoidossa omaiset olisivat keskimäärin valmiimpia itsemääräämisoikeuden rajoitukseen kuin työntekijät (esim. Saarnio R: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa Acta Univ. Oul. D 1024, 2009).



Hallituksen esityksen yleisperusteluissa päähuomio on kehitysvammaisten ihmisten tilanteissa. Heistä kehitysvammalaitoksissa asuu noin 1800 ja asumispalveluissa ja perhehoidossa reilu 10 000.

Suurin ryhmä, jonka elämänlaatuun laki voimaan tullessaan voi vaikuttaa ovat ympärivuorokautisessa hoidossa asuvat muistisairaajat ihmiset. Suurin osa terveystieteiden vuodeosastojen pitkäaikaishoitopaikoista sekä vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asukaspaikoista on muistisairaiden ihmisten käytössä. Arvioit heidän osuudestaan liikkuvat 60-90 prosentin välillä. Arviointia vaikeuttaa muistisairauksien ali-diagnostisointi. Joka tapauksessa laki koskisi enemmistöä iäkkäille suunnatuissa pitkäaikaishoitopaikoissa olevia ihmisiä. Toisin kuin syntymästään kehitysvammaisina eläneet ihmiset, muistisairauteen sairastuneet ovat tätä ennen eläneet yleensä toimintakykyisen lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden. Usein sairastutaan vasta vanhuusiällä. Päätöksentekokyky on heikentynyt vasta viimeisinä vuosina ennen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä.

Koska yleisperusteluissa on heidän tilanteestaan varsin vähän tietoa, ETENE haluaa tuoda valmistelun tueksi ajankohtaista tietoa heidän tilanteestaan. Vuoden 2012 Sotkan rekisteritietojen mukaan terveystieteiden vuodeosastohoidossa hoidettiin vuoden 2010 aikana hiukan alle 21 000 potilasta, tehostetussa palveluasumisessa heitä asui vuoden aikana reilut 24 000 ja vanhainkodeissa samoin vuoden aikana noin vajaa 21 000. Karkeasti arvioiden voidaan sanoa, että jos heistä tekeillä olevan lain piiriin olisi kuulunut 60 prosenttia, tarkoittaisi se 44 000 ihmistä yhden vuoden aikana. Koska ympärivuorokautisessa hoidossa asumisen aika on lyhentynyt, tarkoittaa tämä sitä, että vuosittain asukkaista ja potilaista vaihtuu osa.

ETENE katsookin, että kun lakiluonnosta ja sen vaikutuksia arvioidaan, on syytä ottaa huomioon iäkkäiden hoidossa olevien ihmisten suuri määrä, joka tulee vielä lähivuosina kasvamaan. Samoin on syytä ottaa huomioon työvoimakysymykset ja vakituisen henkilökunnan koulutustaso sekä heidän täydennyskoulutustarpeensa. Hallituksen esityksessä toimintakyvyn arviointi (12-13§), palvelutarpeen arviointi (15§) sekä yksilökohtainen itsemääräämisoikeutta koskeva suunnitelma (16§), rajoitustoimenpiteen kirjaaminen ja jälkiselvittely (34-35§) sekä muutoksenhaku (39§) tarkoittavat voimaantullessaan mittavia vaikutuksia hoitotyöntekijöiden työajan käyttöön. Parhaimmillaan nämä esitetyt käytännöt selkeyttävät jo nyt olemassa olevia hyviä käytäntöjä, mutta pahimmillaan ne vievät enemmän aikaa mekaaniseen kirjaamiseen ja arviointiin ilman, että niillä on asiakkaiden tai potilaiden hyvinvointiin myönteistä vaikutusta.

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta on olemassa koko maan tilanteesta kertovaa tietoa. RAI -vertailukehittämisessä on tätä nykyä mukana vajaa puolet ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä Suomessa. Niiltä koottavat tiedot ovat kansallisesti laajin käytettävissä tietoa asiakkaiden ja potilaiden elämänlaadusta ympärivuorokautisessa iäkkäiden hoidossa. Vanhainkotien ja terveystieteiden vuodeosastojen osalta RAI tiedot ovat yleistettävissä olevia. RAI - vertailukehittämisen aikana on psyykliläkkeiden käyttö vähentynyt erittäin paljon. Sen sijaan hitaammin on muuttunut fyysisen rajoittamisen käyttö ja joka viides ympärivuorokautisen hoidon potilas tai asukas kokee fyysisen rajoitteen käytön päivittäin. Rajoittaminen tarkoittaa RAI - tiedonkeruussa tuolista ylösnouseminen estämistä tarjottimen, vyön tai nilkkojen sitomisen avulla. Päivittäinen rajoittaminen on yleisintä vaikeasti muistisairailta ihmisil-



lä, joilla oli paljon toimintakyvyn ongelmia. (ks. esim. Noro ym. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, Stakes 2005)

Fyysisen rajoittamisen käytön tarpeellisuudesta ja tarpeettomuudesta on tehty paljon tutkimusta. Eri aineistoilla on osoitettu se, ettei fyysisten rajoitteiden hyödyistä muistisairaiden ja muutoinkin huonokuntoisten ihmisten kohdalla ole näyttöä vaan tilanne voi olla jopa päinvastainen eli kaatumiset ja murtumat lisääntyvät. Tähän tulokseen tultiin esimerkiksi uusimmassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (nk. Cochrane-katsaus). Siinä oli mukana myös suomalaisia tutkimuksia (<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/6238.cms?threepage=1> ; tiivistelmä löytyy osoitteesta <http://finohta.stakes.fi/FI/index.htm>).

Eri tutkimuksissa on todettu, että fyysisten rajoitteiden käyttöä on perusteltu muun muassa henkilökunnan vähäisyydellä. Kuitenkin Norjassa, jossa henkilökunnan mitoitukset ovat Suomea selvästi korkeammat, on fyysisten rajoitteiden käyttö iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa silti yleistä. 2000-luvun alkupuolella iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisessa hoidossa käytettiin fyysistä rajoittamista vähintään viikoittain 37-45 prosentilla asukkaista hoitopaikasta riippuen. Fyysinen rajoittaminen oli selvästi yleisempää muistisairailla ihmisillä sekä niillä, jotka osoittivat ahdistuneisuutta tai vihamielisyyttä. Yleisintä rajoittaminen oli päivittäisten toimien yhteydessä sekä tehtäessä lääketieteellisiä tutkimuksia. (Kirkevold E. Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia, University of Oslo 2005).

Edustavalla otoksella tehty suomalainen tutkimus iäkkäille ihmisille suunnatusta pitkäaikaishoidosta osoitti, että liikkumista estäviä apuvälineitä käytetään eniten osastoilla, joilla työntekijät kokevat työnsä kiireiseksi ja yksipuoliseksi ja joilla työntekijöillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Vastaavasti osastoilla, joilla hoitajat voivat vaikuttaa työhönsä ja käyttää monipuolisesti taitojaan, vanhusten liikkumista rajoitetaan vähemmän. Näillä osastoilla myös antipsykoottisia lääkkeitä käytetään asukkailla keskimääräistä vähemmän. (Pekkarinen L. The relationships between work stressors and organizational performance in long-term care for elderly residents, Stakes, Helsinki 2008)

Toinen suomalaistutkimus toi esiin sen, että iäkkäiden laitoshoidossa työskentelevä hoitohenkilökunta kokee fyysisten rajoitteiden käytön eettisenä ristiriitatilanteena, jossa hoitaja joutui valitsemaan vanhuksen turvallisuuden lisäämisen ja henkilökohtaisen vapauden riistämisen välillä. Vastaajien (n=1148 hoitajaa) mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö altisti vanhuksen vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle sekä laitostumiselle. (Saarnio R: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa Acta Univ. Oul. D 1024, 2009).

Fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisestä on myös jonkun verran tietoa. Iäkkäille suunnatussa pitkäaikaishoidossa työskentelevä hoitohenkilökunta käytti suomalaistutkimuksen mukaan fyysisten rajoitteiden sijasta myös vaihtoehtoisia toimintatapoja, kuten vanhusta ymmärtävää ja neuvottelevaa toimintatapaa. Lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen vanhusten hoitoon edisti näiden vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä, samoin työyksikön esimiesten tuki. Tutkimuksessa todettiin, että koulutuksel-



la voidaan vaikuttaa hoitajien toimintatapaan. (Saarnio R: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa Acta Univ. Oul. D 1024, 2009).

Myös ruotsalaistutkimuksessa todettiin itsemääräämisoikeuden rajoittamisen olevan psykososiaalinen ja fyysisen ympäristön kysymys. Siinä osoitettiin, että hoitokulttuuria, tietotasoa ja toimintakäytäntöjä muuttamalla voidaan samassa työyhteisössä vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä merkittävästi. Tämä kuitenkin vaatii tukea työyhteisölle (Pellfolk et al. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial PMID Jan 2010).

Helsingissä vanhainkotihoitossa toteutetussa hankkeessa arvioitiin seurantateknologian käyttökelpoisuutta muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautisessa hoidossa. Hankkeessa kehitettiin ensin toimintakykyä ja arjen mielekkyyttä parantavia toimitapoja ja niihin istutettiin seurantateknologiaa. Seurannan aikana fyysisten rajoitteiden käyttö eli korotettujen sängynlaitojen käyttö ja tuoliin sitominen väheni noin puolella (Inno-Kusti -hanke, tulokset esitelty vuonna 2011). ETENE on julkaisussaan Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveydenhuollon hoivassa ja hoidossa (2010) todennut, että parhaimmillaan tekninen valvonta mahdollistaa itsenäisen ja turvallisen elämän eikä loukkaa yksityisyyttä tai rajoita inhimillisiä kontakteja. Ympäri vuorokautisessa hoidossa tämä tarkoittaa asiakkaan/potilaan/asukkaan tilanteen hyvää tuntemista ja valvontateknologian soveltamista palvelukokonaisuuteen.

ETENE katsoo, että nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että nyt esitetyn lakiluonnoksen tueksi on välttämätöntä laatia hyvä toimeenpanosuunnitelma ja varata sille valtakunnallisesti ja alueellisesti riittävät resurssit. Toimeenpanosuunnitelman tulee sisältää riittävästi koulutusta, jolla pitkäaikaishoitoon voidaan juurruttaa hoitokulttuuri ja hoitomenetelmät, joilla rajoitusten tarve voidaan minimoida. ETENEn näkemyksen mukaan muutoin on vaarana se, että fyysisen rajoittamisen tilalle tulee nykyistään enemmän niin sanottua kemiallista sitomista eli erilaisten lääkkeiden avulla rauhoittamista tai toimintakyvyn vähentämistä.

Neuvottelukunnan puolesta

Varapuheenjohtaja

Raimo Sulkava

Pääsihteeri

Päivi Topo

Tiedoksi

STM/sosiaali- ja terveystieteiden osasto
STM/peruspalveluministeri

