

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan
eettinen neuvottelukunta ETENE

30.9.2014

Sosiaali- ja terveysvaliokunta
Perustuslakivaliokunta
Eduskunta

LAUSUNTO HALLITUKSEN ESITYKSESTÄ (HE 108/2014 VP) LAIKSI SOSIAALI- HUOLLON ASIAKKAAN JA POTILAAN ITSEMÄÄRÄMISOIKEUDEN VAHVISTA- MISESTA JA RAJOITUSTOIMENPITEIDEN KÄYTÖN EDELLYTYKSISTÄ SEKÄ ERÄIKSI SIIHEN LIITTYVIKSI LAEIKSI

Hallitus antoi elokuussa eduskunnalle esityksen laista, jonka avulla toisaalta vahvistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan/potilaan itsemääräämisoikeutta erityistoimin, ja toisaalta sallittiin itsemääräämisoikeuden rajoitustoimenpiteet erityislanteissa. Lakiesitystä valmisteli työryhmä, joka luovutti raporttinsa peruspalveluministerille huhtikuussa 2014. Tämän jälkeen lakihanketta valmisteltiin virkamiestyönä.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on seurannut työryhmän valmistelutyötä sen alusta saakka ja jo ennen työryhmän perustamista. Neuvottelukunta on todennut useissa yhteyksissä, että lainsäädäntöä tarvitaan. Pakkokeinoja sekä vapauden ja itsemääräämisoikeuden rajoituksia käytetään varsin paljon erityisesti kehitysvammahuollossa, vanhusten hoidossa sekä myös päivystyspoliklinikoilla. Sekä asiakkaan/potilaan että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön oikeusturvan kannalta on selvempää, että rajoitustoimenpiteille voidaan laissa säätää selvät rajat. Nykyisin rajoituksista on säädetty tarkasti ainoastaan mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, lastensuojelulaissa sekä tartuntatautilaissa. Rikoslain pakkokeinosaädökset eivät sovellu sosiaalihuollon tai terveydenhuollon toimenpiteisiin kuin vain äärimmäisen harvoin eikä silloinkaan toistuvasti. Kehitysvammaisten erityishuollosta säädetty laki ei vastaa perustuslain vaatimuksia rajoitussäännösten tarkkarajaisuudesta. Vammaisten oikeuksien sopimuksen ratifiointi edellyttää lainsäädännön uudistamista tältä osin.

Työryhmätyöskentelyn aikana järjestettiin useita kuulemisia. Työryhmäraportin luovuttamisen jälkeen lakiluonnoksen sisällöstä on keskusteltu useiden tahojen kanssa, mutta varsinaista lausuntokierrosta ei enää järjestetty. ETENE keskusteli lakiesityksen sisällöstä kesäseminaarissaan samana päivänä, jolloin valtioneuvosto käsitteli esitystä istunnossaan. Keskustelun yhteenvedona ETENE esittää seuraavaa:

Aihe on vaativa, mutta sekä asiakkaan/potilaan että henkilöstön oikeusturvan kannalta erittäin tärkeä. Lain rakenne on haasteellinen, koska samalla lailla säädetään erityistoimenpiteistä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristöissä ja koska ne kohdistuvat eri potilas- ja asiakasryhmiin. Sekä työryhmässä että ennen työryhmän perustamista käytiin paljon keskustelua siitä, pitäisikö eri asiakas- ja potilasryhmille laatia eri lait, vai olisiko yksi laki yhtenäisyyden kannalta tarkoituksenmukaisempi. Keskustelujen pohjalta päädyttiin yhteen lakiin. Olemassa olevat säännökset mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja lastensuojelulaissa jätettiin ennalleen.



Lain tulkintaa ja soveltamisen ennakkointia hankaloittaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden laaja kirjo. On kotihoitoa, hoitokoteja, palvelutaloja, kotipalvelua, kotihoitoa, kotisairaaloita, kuntoutuskoteja, jälleenvuokrausasuntoja jne. Tässä laissa määritellään toimintayksikkö asiakkaiden tai potilaiden, palveluiden tai hoidon toteuttamiseen osallistuvien henkilöiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön muodostamaksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, johon kuuluisivat lain perusteiden mukaan tarkoitusta varten varustetut tilat. Jos kotiin tuotettavat palvelut saavat aikaan sen, että koti tai kodinomaisen asunto onkin tämän lain mukainen toimintaympäristö, voidaan luvun 5 toimenpiteitä soveltaa myös kotiin. Perusteluissa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön määritelmässä pyritään ottamaan tuleva kehitys huomioon. Lain ja sen perusteiden mukaan luvun 5-7 toimenpiteitä ei sovelleta sosiaalihuoltolain 20 § mukaisissa kotipalveluissa, 25 § tarkoitetussa perhehoidossa eikä terveydenhuoltolain 25 § tarkoitetussa kotisairaanhoidossa.

Kodeissa ja kodinomaisissa yksiköissä sovellettavat säännökset ovat varsin epäselvästi kirjoitettu tähän lakiin, ja kuvausta ennestään vaikeuttaa erilaisten asumismuotojen kirjo ja kehitys. Tästä jo kuitenkin voidaan tehdä se johtopäätös, että kotiin suunnatuissa palveluissa rajoituksia olisi syytä mahdollisuuksien mukaan välttää, niiden on oltava lieviä ja lyhytaikaisia ja mikäli niitä joudutaan tekemään toistuvasti, henkilö pitäisi siirtää tällaisesta asumismuodosta pois. Kotihoidossa ja kodinomaisissa asuinmuodoissa täytyisi luopua ulko-ovien lukituksista, jota ilmeisesti käytetään varsin paljon.

Hallituksen esityksen tekstissä kiinnittää huomiota erilaisten suunnitelmien määrää. Potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeussuunnitelman pitäisi olla osa hänen hoito- ja palvelusuunnitelmaansa. Muuten on vaarana suunnitelmien aliarvostus, jolloin ne jäävät tekemättä, tai mikäli niitä liiaksi painotetaan, niitä tehdään varmuuden vuoksi niillekin, joille suunnitelmien laatiminen ei välttämättä olisi tarpeen. Tällöin suunnitelmat itsessään voivat johtaa rajoitteiden ylikäyttöön. Tämä on erityisen suuri vaara yksiköissä, joiden henkilöstövoimavarat on supistettu minimiin esimerkiksi hintakilpailun vuoksi. Laissa myös asetetaan velvoite toimenpiteiden ja niiden keston kirjaamiseen ja viranomaisvalvontaan. Voisi ajatella, että monimutkaiset kirjaamiskäytöt vähentäisivät toimenpiteiden määrää. Siitä ei kuitenkaan ole näyttöä mielenterveyssektorilla, jossa kirjaamista ja raportointia on tehty jo pitkään. Olisi tärkeää, että henkilöstön asiakkailleen ja potilailleen antama aika ei menisi lakisääteisiin toimenpiteiden kirjaamiseen ja hallinnollisiin rajoituspäätöksiin. Perusoikeuksien rajoitusten määrän vähentämisen lisäksi pitäisi asiakas- ja potilastietojärjestelmiä kehittää helppokäyttöisiksi ja toimintoja tukeviksi.

Laissa kuvataan varsin yksityiskohtaisesti eri rajoitustoimenpiteet ja se millaisissa yksiköissä näitä toimenpiteitä saisi tehdä. Dementiaa sairastavien vanhusten määrän lisääntyessä on siis odotettavissa, että ympärivuorokautisen hoidon sekä laitoshoidon tarve voi pikemminkin kasvaa. Vaarana on myös se, että asiakkaita aletaan siirtää paikasta toiseen järjestelmäperusteisesti. Esimerkiksi jos asiakkaan kunto huononee ja hän tarvitsee lisää rajoitettavia toimenpiteitä, hänet siirrettäisiin yksiköstä toiseen, kun hänen hyvinvointiansa voisi enemmän edistää tarpeen mukaisen hoidon järjestäminen siinä yksikössä, missä hän asuu.



Rajoitustoimenpiteiden keston rajoitukset neuvottelukunta näki pääsääntöisesti hyödyllisiksi. Suomessa monissa vanhusten hoitopaikoissa liikuntakyvyttömät vanhukset sidotaan päiviksi geriatriin tuoleihin. Lain tullessa voimaan näin ei enää voi tehdä. Laissa kielletään hygienihaalarin käyttö. Kielto nähtiin tarpeelliseksi. Kuitenkin todettiin, että kehitysvammahuollossa kielto aiheuttaa joidenkin yksittäisten asiakkaiden kohdalla ongelmia, ja mikäli haalareita ei voida käyttää, tarvitaan vaihtoehtoisia toimintatapoja heidän turvallisuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi.

Erityisesti vanhusten- ja kehitysvammahuollossa monet yksiköt ovat nykyisin yksityisten toimijoiden hallinnassa. Neuvottelukunnalle jäi epäselväksi, luetaanko kehitysvammalaitokset vaativia erityispalveluita antaviin laitoksiin. Osan kehitysvammalaitoksista omistavat kuntainliitot, mutta kehitysvammalaitoksia ylläpitävät myös yksityiset säätiöt, esimerkiksi Rinnekodin omistaa Rinnekotisäätiö. Kehitysvammalaitoksissa hoidetaan nykyisin varsin vaikeahoitoisia asiakkaita ja hoito edellyttää henkilöstöltä huomattavaa erityisosaamista. Tässä laissa sallitaan luvun 7 toimenpiteet ainoastaan viranomaisille julkisyhteisön ylläpitämässä laitoksissa. Kun laki tulee voimaan, siirretäänkö luvussa 7 mainittuja rajoitustoimenpiteitä tarvitsevat asiakkaat muualle yksityisten säätiöiden ylläpitämistä kehitysvammalaitoksista? Kehitysvammaisten asumisjärjestelyt tulevat muuttumaan joka tapauksessa v. 2020 mennessä, jolloin laitoshoido kokonaan purettaisiin. Näin ollen luvussa 7 mainittuja rajoituksia ei kehitysvammaisiin voisi lainkaan soveltaa vuoden 2020 jälkeen.

Perusoikeuksien rajoittamisen pitää olla täsmällistä ja tarkkarajaista. Ongelmana on se, että mitä tarkemmin jostain säädetään, voi jotain jäädä säätämättä. Jos lakia tulkitaan niin kuin edellä on kuvattu, kotihoitoon voidaan soveltaa lieviä rajoitteita, kuten sängyn kaiteiden nostoa ja liikkumisen rajoitteita, jos ne ovat tarkoituksenmukaisia. Teknisten välineiden käyttö ei olisi sallittua. Teknologian kehittyessä on syytä miettiä, voidaanko kotihoidossa käyttää esimerkiksi liiketunnisteita tai muita valvontalaitteita, joilla mahdollistettaisiin vanhuksen kotihoito pitempään. Nykyisin kotona asuvilla vanhuksilla on yleisesti käytössä mm. turvarannekkeita. Teknologian kehittyessä markkinoille voi tulla vastaavia laitteita. Hallituksen esityksessä sallittaisiin näiden käyttö vain ympärivuorokautisessa hoidossa sekä laitoksissa.

Lain tarkoitus on selvä, mutta voi aiheuttaa sen, että mikäli rajoituksia tarvitaan enemmän kuin mitä luvussa on kuvattu, vanhus tai vammainen on siirrettävä kodistaan muualle. Kun muualla lainsäädännössä pyritään yhä enemmän vanhusten ja vammaisten kotihoitoon, ovatko tavoitteet ristiriidassa keskenään? Erilaisissa lainsäädäntöhankkeissa ja toimintoja kehitettäessä olisi tärkeää pohtia, miten voidaan turvata yhteiskunnassamme heikkojen väestöryhmien hyvinvointi, millainen hoito on tarkoituksenmukaista ja miten se voidaan toteuttaa mahdollisimman hyvin asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa kunnioittavalla tavalla. Itsemääräämisoikeuden lisäksi heikoille väestöryhmille turvattavia perusoikeuksia ovat turvallisuus ja hyvinvointi. Asuinympäristö vaikuttaa merkittävästi yksilön hyvinvointiin, turvallisuuteen ja viihtyvyyteen. Hyvä asuinympäristö ja yksinkertaiset arkiset asiat, kuten esimerkiksi ulkoilumahdollisuuksien turvaaminen, voivat toisaalta merkittävästi vaikuttaa ulkopuolisen avun ja rajoitustoimenpiteiden tarpeeseen.

Yhteiskunnan pyrkimys tukea vanhusten kotona asumista herättää myös kysymyksen siitä, miten turvataan vanhusten hyvinvointi kotioloissa. Heidän etujensa valvonta on



vaikeaa ja suojelun ja itsemääräämisen tasapaino hankalaa. Vaarana itsemääräämisoikeuden korostamisessa on heitteillejätö, jolloin vanhus voi joutua muiden hyväksikäyttämäksi omassa kodissaan. Myös itsemääräämisoikeuden arviointikysymyksessä on syytä pohtia, tarvitaanko vanhusten oikeuksien turvaamiseksi paitsi itsemääräämisoikeuden arviointia myös heidän etujensa valvontaa.

On hyvä kysyä, voidaanko tai pitäisikö itsemääräämisen tukeminen tai rajoittaminen paikantaa yksittäiseen palvelumuotoon ja sitä varten perustettuun yksikköön, vai olisi-ko sitä syytä tarkastella yhtäältä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työn ja siinä käytettävien menetelmien ja ratkaisujen ja toisaalta tilanteiden kautta. Samoin on tärkeää kysyä, mikä on suositeltavaa itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja tukemista, mikä hyväksyttävää rajoittamista ja mikä ei ja missä tilanteissa.

Neuvottelukunta toteaa, että laki ei yksin riitä rajoitustoimien vähentämiseen. Tämä on osoittautunut todeksi myös mielenterveyssektorilla, jossa mielenterveyslain muutokset 2000-luvun alussa eivät saaneet odotuksista huolimatta aikaan pakkotoimenpiteiden vähenemistä. Suomessakin on tehty laadukasta tutkimusta tekijöistä, joilla pakkotoimenpiteitä voidaan vähentää. Henkilöstön koulutus ja huomion kiinnittäminen toimenpiteisiin, tilanteiden ennakointiin ja vaihtoehtoihin toimintamuotoihin on koettu hyödylliseksi keinoksi vähentää pakkotoimenpiteitä. Hyvien käytäntöjen levittäminen koulutuksen avulla on tärkeää, jotta sosiaali- ja terveydenhuollossa päästäisiin vähemmän pakottavaan ja rajoittavaan toimintakulttuuriin. Kommunikaatiotaidot ovat keskeinen työväline myös vaikeasti kehitysvammaisten ja dementoituneiden asiakkaiden hyvän arjen turvaamisessa. Niitä ei juurikaan opeteta terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden peruskoulutuksessa. Työpaikoilla on selvitettävä, sovittava ja kirjattava, mitkä ovat hyväksyttävät hoidolliset menetelmät rajoituksissa.

On myös tärkeää tiedostaa, että henkilöstön riittämättömyys ei saa olla peruste pakkotoimille missään olosuhteissa. Lain hyväksymisen jälkeen onkin laadittava toimenpideohjelma, jotta tavoitteet itsemääräämisoikeuden rajoitusten vähentämisestä voidaan saavuttaa. Tavoite edellyttää myös yhteiskunnan päättäjien ohjeita siihen, millä hoitohenkilöstöresursseilla vanhuksia, kehitysvammaisia ja muita alentuneen itsemääräämisoikeuden omaavia potilaita ja asiakkaita hoidetaan. ETENE näkee myös tärkeäksi, että lain hyväksymisen ja voimaantulon väliin jää riittävästi aikaa sellaisen toimeenpano-ohjelman toteuttamiseksi, jolla on mahdollisuus muuttaa hoitokäytäntöjä, vähentää perusoikeuksia rajoittavien toimenpiteiden määrää ja lisätä asiakkaiden ja potilaiden hyvinvointia ja turvallisuutta.

Neuvottelukunnan puolesta

Puheenjohtaja



Markku Lehto

Pääsihteeri



Ritva Halila

Tiedoksi

STM/sosiaali- ja terveystalveluosasto
STM/perustalveluministeri
Neuvotteleva virkamies Riitta Burrell, STM/STO/AHE

