
Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa

Selvitys pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä Etelä-Suomen läänin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä

KUVAILELEHTI**Julkaisija**

Etelä-Suomen lääninhallitus / Sosiaali- ja terveysosasto

Julkaisun päivämäärä

30.3.2009

Tekijät

Tuulikki Forssén ja Jarno Virtanen

Julkaisun nimi

Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa

Tiivistelmä

Etelä-Suomen lääninhallitus selvitti keväällä 2008 läänin alueen sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden ohjeita ja käytäntöjä, jotka koskivat asiakkaisiin tai potilaisiin kohdistuvien pakote- ja rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Selvityksessä ei eroteltu erikseen avo- tai laitospalveluja. Selvitys toteutettiin lomakekyselyinä.

Selvitys oli ajankohtainen, sillä julkisuudessa uutisoitiin tapauksista, joissa kerrottiin muun muassa kehitysvammaisten kohtelusta sosiaalihuollon toimintayksiköissä. Selvityksen yhtenä tarkoituksena on ollut kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käytäntöjä pakote- ja rajoittekysymyksessä. Toisena tarkoituksena on ollut kehittää lääninhallitusten suorittamaa sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa ja vaikuttaa lainsäädännön vahvistamiseen näiden asioiden osalta. Esimerkiksi vanhustenhuollossa pakote- ja rajoitetoimia koskeva normisto ja valtakunnallinen ohjeistus dokumentointimenettelyineen puuttuvat kokonaan. Psykiatristen sairaaloiden tahdonvastaisessa hoidossa olevien pakotteista ja rajoitteista on säädetty mielenterveyslaissa, mutta vapaaehtoisessa hoidossa sekä somaattisissa sairaaloissa olevien potilaiden pakkotoimenpiteistä ei ole säädetty eikä ohjeistettu lainkaan. Tämän on koettu oleellisesti vaarantavan potilasturvallisuutta sekä potilaiden ja henkilökunnan oikeusturvaa.

Kysely kohdennettiin vammais- ja kehitysvammahuollon (laitos- ja avopalveluyksiköt), vanhustenhuollon (vanhainkodit, asumispalveluyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot) ja mielen-terveyspalveluiden asiakkaisiin ja potilaisiin pois lukien psykiatriset sairaalat, joille lääninhallitus teki erillisen kyselyn.

Vastauksissa ei tullut laajassa määrin esille selkeitä ylilyöntejä kuten liiallista tai vieraisiin tarkoitukseen perustuvia pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä. Kun pakotteita tai rajoitteita oli jouduttu käyttämään, se tapahtui pääasiassa tilanteissa, joissa oli uhkaa joko asiakkaalle itselleen tai muille henkilöille. Vastausten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät toivoivat selkeätä lakitasoista määrittelyä siitä, mikä on pakottamista ja mikä rajoittamista. Samalla kaivattiin käytännön ohjeita siitä, miten tällaisissa tilanteissa tulee toimia. Toisena avainasiana nähtiin ammatillisen henkilökunnan riittävyys ja osaaminen. Kunnilta odotettiin enemmän valvontaa ja ohjeistusta sekä osto-osaamista, jotta asiakkaat sijoitetaan sellaisiin paikkoihin, joissa heidän tarpeensa parhaiten tulevat huomioon otetuiksi.

Avainsanat (asiasanat)

Pakotteet, rajoitteet, itsemääräämisoikeus, hoito, hoiva

Kokonaissivumäärä

82

Kieli

suomi

Hinta

20 € + alv 8 %

JakajaEtelä-Suomen lääninhallitus,
Sosiaali- ja terveysosasto**Kustantaja**Etelä-Suomen lääninhallitus,
Sosiaali- ja terveysosasto**Sarjan nimi ja numero**Etelä-Suomen lääninhallituksen
sosiaali- ja terveysosaston julkaisuja**ISBN**978-952-460-274-7 (nid.)
978-952-460-275-4 (PDF)**ISSN**

1455-3244

Painopaikka ja -vuosiEtelä-Suomen
lääninhallitus,
Hämeenlinna
2009

SISÄLLYSLUETTELO

| | |
|---|-----------|
| 1 Johdanto | 6 |
| 2 Selvityksen toteutus | 8 |
| 2.1 Selvityksen kohde ja aineiston keruu | 8 |
| 2.2 Aineisto ja sen käsittely | 10 |
| 3 Perusoikeuksien rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus | 12 |
| 3.1 Perusoikeuksista ja niiden rajoittamisesta | 12 |
| 3.2 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä | 14 |
| 4 Pakotteet ja rajoitteet vanhustenhuollossa | 18 |
| 4.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säädökset ja ohjeet | 18 |
| 4.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet | 22 |
| 4.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet ja valvonta rajoitteiden käytön aikana | 26 |
| 4.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen | 30 |
| 4.5 Henkilökunnan turvallisuus | 33 |
| 5 Pakotteet ja rajoitteet kehitysvammahuollossa | 34 |
| 5.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säädökset ja ohjeet | 34 |
| 5.1.1 Säädökset ja ohjeet | 34 |
| 5.1.2 Yksiköissä sovellettavat lait ja yksiköiden omat ohjeet | 35 |
| 5.1.3 Pakkotoimia koskevia selvityksiä ja kannanottoja | 41 |
| 5.1.4 Palvelurakenteen muutosten aiheuttamia haasteita | 43 |
| 5.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet | 45 |
| 5.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet ja valvonta rajoitteiden käytön aikana | 46 |
| 5.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen | 49 |
| 5.5 Henkilökunnan turvallisuus | 51 |
| 6 Pakotteet ja rajoitteet mielenterveyskuntoutuksessa | 52 |
| 6.1 Psykiatrinen sairaalahoito | 52 |
| 6.2 Asumispalvelut | |
| 6.2.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säännökset ja ohjeet | 53 |
| 6.2.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet | 55 |
| 6.2.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet ja valvonta rajoitteiden käytön aikana | 57 |
| 6.2.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen | 58 |
| 6.2.5 Henkilökunnan turvallisuus | 60 |
| 7 Johtopäätökset | 61 |
| 7.1 Yleistä | 61 |
| 7.2 Pakotteiden ja rajoitteiden käytäntö | 62 |

| | |
|---|-----------|
| 7.3 Henkilökunnan riittävyys ja koulutus | 67 |
| 7.4 Yksiköllisen hoitopaikan arviointi | 68 |
| 8 Kehittämisehdotukset | 68 |
| Lähteet | |
| Liitteet | |

1 Johdanto

Helsingin Sanomissa 7.9.2007 olleen kirjoituksen mukaan Lehtimäen opistolla kuoli vammaisen opiskelija insuliinimyrkytykseen. Poliisi tutki, oliko kyseessä vammaisen rauhoittaminen insuliinilla. Vaasan hovioikeus tuomitsi hoitajat kuudeksi vuodeksi vankeuteen törkeästä kuolemantuottamuksesta ja pahoinpitelystä.

Helsingin Sanomissa 23.10.2008 olleen uutisen mukaan Tuusulan käräjäoikeus katsoi, että tyynyn asettaminen dementoituneen henkilön kasvoille ei ollut pahoinpitelyrikos. Syyttäjän mukaan hoitaja oli painanut tyynyn hankalasti hoidettavan potilaan kasvoille hoitotilanteessa niin, että tämän hengitys oli vaikeutunut. Näyttö perustui hoitotilanteessa läsnä olleen toisen hoitajan kertomukseen. Syytetty hoitaja kiisti pahoinpitelyn. Kaksi lautamiestä katsoi, että hoitaja oli asettanut tyynyn potilaan kasvoille, muttei pyrkinyt tahallaan vahingoittamaan tätä. Käräjätuomari ja yksi lautamies olisivat tuominneet hoitajan pahoinpitelystä sakkoihin.

Helsingin Sanomissa oli 24.10.2008 uutinen, jonka mukaan humalainen oli ajanut toisen auton perään ja kimpaantunut tästä ja sylkenyt toisen auton kuljettajaa kasvoille ja hakannut tämän auton tuulilasia. Poliisi pohti, oliko sylkemisessä kyse kunnianloukkauksesta vai pahoinpitelystä.

Helsingin Sanomat kirjoitti 4.1.2009 otsikolla ”Ylilääkityt ja alihoidetut” vanhus-
tenhuollon dementiayksikön käytännöstä, jossa vanhuksille annetaan perjantaisin ja maanantaisin ulostuslääke. Kirjoituksen mukaan vaippasulkeisilla viikonlopusta selvittää muutamalla hoitajalla. Lisäksi usealle vanhukselle on määrätty liikaa ja sopimattomia lääkkeitä.

Rajanveto-ongelma sallitun ja kielletyn toiminnan välillä liittyy tarkasteltavan teon sisällön ja teon motiivin yhteensovittamiseen. Henkilön koskemattomuuden kajoava teko on helppo tuomita kielletyksi, kun tekijän motiivina on selkeästi toisen vahingoittaminen. Teon sallittavuuden ja kiellettävyyden arvioiminen on huomattavasti vaikeampaa silloin, kun teon motiivi ja lopullinen tar-

koitus on suojella toista. Näitä tilanteita varten tulisi olla pelisäännöt, joiden perusteella voidaan sanoa, missä raja ylittyy ja ollaan kielletyn puolella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden arkea vaikeuttaa se, että pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ei ole kaikilta osin säännelty riittävän yksityiskohtaisesti Suomen lainsäädännössä. Lainsäädäntö ei anna ohjeita rajoittavien menetelmien käytöstä, niiden oikeutuksesta, käyttötavoista, kirjaamisesta tai valvonnasta. Yksikössä joudutaan laatimaan omia ohjeita arjessa selviytymiseksi. Henkilökunta tuntee kuitenkin epävarmuutta siitä, ovatko käytetyt ohjeet lain- ja asianmukaisia.

Ohjeita pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön tarvitaan, sillä työntekijöitä on usein niukasti ja asiakkaiden hoitaminen on vaativaa. Asiakkaat voivat käyttäytyä sairauksiensa takia haasteellisesti ja näissä tilanteissa joudutaan monesti käyttämään pakotteita ja rajoitteita. Joskus voi tapahtua myös ylilyöntejä yhtenäisten ohjeiden ja toimintakäytäntöjen sekä soveltamisvalmiuksien puutteellisuuden vuoksi. Omaiset kritisovat hoitoa ja läheistensä saamaa kohtelua. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnalle asetetaan yhä suurempia vaatimuksia. Myös valvonnan tehokkuutta kritisoidaan. Valvovien viranomaisten mielestä valvonnan suorittamiseen ei ole osoitettu tarpeeksi resursseja.

Asukkaiden ja potilaiden oikeudet ja tarpeet, lainsäädännön ja ohjeistuksen puutteet, valvonnan lisäämisen tarve, asukkaiden ja potilaiden sekä alan työntekijöiden turvallisuus sekä kuntien ja yksityisten yksiköiden välinen yhteistyö sekä riittävät henkilöstöresurssit ja moninaisten palvelujen tarjonta sekä asukkaan oikeus hyvään sosiaalihuoltoon ovat tämän selvityksen keskeisiä käsitteitä.

Selvitys pyrkii kuvaamaan sosiaali- ja terveystoimistojen pakotteiden ja rajoitteiden käyttötilannetta. Selvityksellä pyritään vaikuttamaan pakotteiden ja rajoitteiden käytön ohjaukseen, valvontaan ja lainsäädännön kehittämistyöhön. Selvitys on tarkoitettu ensisijassa lääninhallituksen suorittaman sosiaali- ja

terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan kehittämisen välineeksi asiakkaiden oikeusturvan ja perusoikeuksien takaamiseksi.

2 Selvityksen toteutus

2.1 Selvityksen kohde ja aineiston keruu

Selvityksessä kartoitettiin poikkileikkauksenomaisesti, minkälaisia pakkokeinoja ja rajoitteita Etelä-Suomen läänin alueen hoitoyksiköissä tällä hetkellä käytetään ja millaisissa tilanteissa. Samoin hankittiin tietoa siitä, käytetäänkö yksiköissä virallisesti tai epävirallisesti pakote tai rajoitetoimenpiteitä rangaistuksia tai muutoin väärässä tarkoituksessa.

Tässä selvityksessä pakotteilla ja rajoituksilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistettavia Suomen perustuslaissa säänneltyjä perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä. Yksittäiset pakotteet ja rajoitteet ymmärretään sellaisina, kuin sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 2001:33, ”Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista”, on määriteltä. Sosiaali- ja terveysministeriön edellä mainittu muistio on toiminut tämän selvityksen perustana ja tausta-aineistona. Ohjausvaikutuksen vuoksi sekä yhteisen määrittelypohjan varmistamiseksi, muistioon viitattiin nimenomaisesti kyselylomakkeessa.

Kysely rajattiin koskemaan yksittäisistä pakotteista ja rajoitteista asiakkaan tai potilaan henkilökohtaista vapautta, koskemattomuutta ja turvallisuutta sekä liikkumisvapautta rajoittaviin toimenpiteisiin eli henkilön tarkastusta tai -katsastusta, eristämistä, sitomista, kiinnipitämistä ja liikkumisvapauden rajoittamista. Käytännössä pakotteiksi tai rajoituksiksi määriteltävät toimet on voitu osaksi määritellä tai nimetä toisinkin, esimerkiksi suojatoimenpiteiksi. Varsinaisiin terveyden- ja sairaanhoitotoimenpiteisiin liittyvät pakotteet rajattiin selvityksen ulkopuolelle. Edellä mainitun sosiaali- ja terveysministeriön muistion mukaan käytännössä on kuitenkin vaikeaa määritellä, milloin pakon käyttö on terveyden- ja sairaanhoitotoimenpiteen osa tai siihen välittömästi liittyvää.

Terveyden- ja sairaanhoitotoimenpiteenä tai siihen kiinteästi liittyvänä ei ainaakaan voitaisi pitää toimenpidettä, jolla itsemääräämisoikeutta rajoitetaan toisen henkilön terveyden, turvallisuuden tai omaisuuden suojelemiseksi. Asiakkaan tai potilaan määräämistä tahdonvastaiseen hoitoon tai huoltoon ei kyse-lyssä käsitelty.

Kysely rajattiin myös kohderyhmän osalta. Kysely kohdennettiin vammais- ja kehitysvammahuollon (laitoshoito ja asumispalveluyksiköt), vanhustenhuollon (vanhainkodit, asumispalveluyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot) ja mielenterveyspalveluiden asiakkaisiin tai potilaisiin. Rajaus perustui siihen, että kyseisten asiakas- ja potilasryhmien perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole kirjoitettua lainsäädäntöä tai se on puutteellista. Lääninhallitus teki psykiatrisille sairaaloille erillisen kyselyn. Tämän kyselyn keskeisiä tuloksia on vertailun vuoksi esitelty kappaleessa 6.1.

Kysely toteutettiin Etelä-Suomen läänin alueen kunnille, erityishuoltopiireille ja muille sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymille sekä yksityisille sosiaalipalvelun tuottajille lähetetyllä lomakekyselyllä. Vastauksiin pyydettiin liitettäväksi jäljennökset kirjallisista ohjeistuksista tms. soveltamisohjeista, joita on laadittu yksiköiden käyttöön. Vastaanottajia pyydettiin arvioimaan omien toimintayksiköidensä käytäntöjä ja ohjeistuksia pakotteiden ja rajoitteiden käytössä. Kyse-lyssä käytettiin avovastauksia.

Vastauksissa pyydettiin vapaamuotoisesti kuvaamaan yksiköiden käytäntöjä kulloisenkin kysymyksen osalta. Kunkin kysymyksen alla oli esitetty esimerkinomaisesti tarkennuksia, joita vastauksissa toivottiin käsiteltävän. Asiakkaan tai potilaan yksilöiviä salassa pidettäviä tietoja vastauksiin ei tullut sisällyttää. Vastauksiin toivottiin liitettävän jäljennökset kirjallisista ohjeistuksista tai soveltamisohjeista, joita on laadittu yksiköiden käyttöön.

Kyselylomake lähetettiin toukokuussa 2008. Yhteensä kirjeitä lähetettiin 306 kappaletta. Kunnat ja palveluntuottajat toimittivat kyselyn harkintansa mukaan edelleen omille toimintayksiköilleen.

2.2 Aineisto ja sen käsittely

Mikäli asiayhteydestä ei muutoin ilmene, kyselyvastauksia ei ole eritelty sen mukaan, onko kyse yksityisestä vai julkisesta tai avo- tai laitoshoidosta. Kyselyvastauksia on jaoteltu ja analysoitu palvelualoittain. Tässä selvityksessä ne ovat vanhustenhuolto, kehitysvammahuolto sekä mielenterveyspalvelut. Vammaispalveluvastauksia ei saatu kuin muutama, joten ne on yhdistetty kehitysvammahuollon vastauksiin. Terveyskeskusten vastauksia käsitellään osana vanhustenhuoltoa.

Vanhustenhuolto:

Kyselyyn saatiin kuntien terveyskeskusten vuodeosastojen erillisiä vastauksia 22. Vanhustenhuollon toimintayksiköiden vastauksia saatiin 24. Yksityisten palveluntuottajien vastauksia annettiin 86. Vastaustavoissa oli eroja siten, että osassa vastaus oli palveluntuottajan antama, kun taas osa vastauksista oli yksittäisten toimintayksiköiden, joko julkisen tai yksityisen, antamia. Esimerkiksi yksi kunnan vastaus saattoi sisältää erilliset vastaukset neljästä vanhainkodista ja palvelutalosta.

Vastausten liitteinä oli seuraavia yksityisten palveluntuottajien ohjeistuksia: aggressiivisen tai väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen, häiritsevästi käyttäytyvien asukkaiden hoito, häirinnän ja epäasiallisen kohtelun toimintamalli, psykologinen jälkipuintiohjelma, ohje magneettivyön käytöstä, sisäiset turvallisuusohjeet ja hoivan arvoperiaatteiden ohjeistus. Monessa vastauksessa viitattiin käytössä oleviin ohjeistuksiin, vaikka niitä ei oltu vastauksiin liitetty.

Julkisten palveluntuottajien vastauksiin oli liitetty seuraavia ohjeita: turvallisuusohjeistus, liikkumisvapauden rajoittaminen ja kiinnipitäminen terveyskeskuksen avo- ja laitoshoidossa, ilmoitus turvahoidon järjestämisestä, omaisten ja läheisten haasteellinen käyttäytyminen vanhainkodeissa ja palvelutaloissa, sitomisohje, liikkumista rajoittavien menetelmien käyttöohje terveyskeskussairaalassa ja palvelukodissa, lepositeiden käyttöohjeet, turvavälineiden käyttö ja potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen sairaalassa, liikkumisesteiden käyttö

terveyskeskuksessa ja vanhusten hoitolaitoksissa ja pukeutumista ja työtehtävien suorittamista koskevia ohjeita. Lisäksi monessa vastauksessa viitattiin Etelä-Suomen lääninhallituksen tai Terveysturvakeskuksen ohjeisiin.

Vammaispalvelut ja kehitysvammahuolto:

Vammaispalveluvastauksia saatiin vain muutama, joten ne liitettiin osaksi kehitysvammahuoltoa.

Kyselyyn vastasi 26 yksityistä kehitysvamma- ja vammaisyksikköä ja seitsemän kuntaa. Yksi kunta vastasi, että se ostaa kaikki palvelut yksityisiltä tuottajilta.

Vastausten mukana olivat suojatoimenpideohjeet tai vastaavat kuudesta yksiköstä.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut:

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista kyselyyn vastasi 37, joista yksi vastaus oli kunnan vastaus ja yksi kunta vastasi, että se ostaa kaikki palvelut yksityisiltä tuottajilta.

Yhdessä yksikössä hoidettiin lisäksi vanhuksia ja kahdessa lisäksi päihdeongelmaisia. Muissakin yksiköissä saatettiin hoitaa muitakin asiakasryhmiä, mutta se ei vastauksista aina yksiselitteisesti selvinnyt.

Vastausten mukana oli yksiköiden ohjeistuksia kolmesta yksiköstä. Ohjeet koskivat ohjaavia lakeja, salassapitoa, yksikön toiminta-ajatusta ja hoidon periaatteita ja arvoja. Mukana olivat yhdet eettiset periaatteet, kahdet väkivaltaohjeet, kahdet hoitosopimusmallit sekä yksikköä koskevat säännöt.

Aineiston analyysissä on käytetty sisällön analyysin menetelmää. Sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata ja luokitella avovastausten sisältöä sanallisesti mahdollisimman systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysissä etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi ja Sarajärvi, 2002). Tässä selvityksessä on analysoitu lauseita, lausumia tai ajatuskokonaisuuksia. Lauseet, lausumat ja ajatuskokonaisuudet on sijoitettu teemojen alle. Teemoja ovat olleet käytetyt säädökset ja ohjeet, käytetyt toimenpiteet, tilanteet, joissa pakotteita on käytetty, pakotteita ja rajoitteita ennaltaehkäisevät toimet, valvonta toimenpiteiden aikana, rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen sekä turvallisuus.

Sisällön analyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluvat aineiston pelkistäminen esim. tiivistämällä tai pilkkomalla osiin. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä käsitteistö tulee valmiina, ilmiöstä jo tiedettynä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. (Tuomi ja Sarajärvi, 2002). Tässä selvityksessä teoria (käsitteistö) on toiminut aineistoa ohjaavana. Aineistoa koskeva käsitteistö on otettu valmiina ja se on ohjannut kyselyn kysymysten laadinnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio on toiminut selvityksen viitekehyksenä.

3 Perusoikeuksien rajoittaminen ja itsemääräämisoikeus

3.1 Perusoikeuksista ja niiden rajoittamisesta

Suomen perustuslain 1 §:n mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtana ovat nyt käsiteltävän aihepiirin ja sen rajausten kannalta perustuslain 19 § 1 momentissa säädetty oikeus ihmisarvoisen elämän turvan edellyttämään välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon sekä saman pykälän 3 momentissa julkiselle vallalle säädetty velvoite riittävien sosiaali- ja terveystieteiden turvaamiseen. Pakotteiden ja rajoitteiden toimeenpanon arviointiin sosiaali- ja

terveydenhuollossa liittyy läheisesti perusoikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen (7 §), yhdenvertaisen kohtelun periaate ja syrjinnän kielto (perustuslain 6 §), liikkumisvapaus (perustuslain 9 §) ja yksityiselämän suoja (perustuslain 10 §).

Pakotteet ja rajoitukset tarkoittavat tässä selvityksessä perusoikeuksien rajoittamista. Perustuslain perusoikeussäännökset eivät kuitenkaan ole siten ehdottomia, että niitä ei voitaisi millään perusteella rajoittaa. Rajoittamisen tarpeen taustalla on usein eri perusoikeuksien kollisiotilanne. Tällöin kyse on siitä, että jonkun perusoikeuden rajoittaminen on edellytyksenä toisen perusoikeuden toteutumiseksi. Esimerkiksi henkilön välttämätön huolenpito voi joissakin tilanteissa vaatia henkilökohtaisen vapauteen tai koskemattomuuteen kajoamista. Perusoikeuksien kollisiotilanteessa tulee pyrkiä ratkaisuun, joka mahdollisimman hyvin turvaisi kaikkien kilpailevien perusoikeuksien samanaikaisen toteutumisen. Tavoitteena on siten saavuttaa mahdollisimman hyvä tasapainotilanne yhteen sovitettavien perusoikeusintressien kesken.

Perustuslakiin ei sisälly säännöksiä, joissa määriteltäisiin yleisesti, miten perusoikeudet suhtautuvat toisiinsa tai millä edellytyksillä perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Sallitut rajoitusedellytykset määräytyvät osaksi perusoikeuksia koskevien yleisten oppien, osaksi eräisiin perusoikeuksiin liitettyjen rajoituslausekkeiden perusteella. Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä ovat vakiintuneet yleiset perusoikeuksien rajoitusperusteet ja ne on lueteltu valiokunnan mietinnössä 25/1994. Valiokunnan mukaan perusoikeuksien rajoituksen tulee ensinnäkin perustua eduskunnan säätämään lakiin. Rajoitusten tulee olla tarkkarajaisia ja riittävän täsmällisesti määriteltyjä ja niiden olennaisen sisällön tulee ilmetä laista. Rajoitusperusteiden tulee olla hyväksyttävissä ja painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimia. Tavallisella lailla ei voida säätää perusoikeuden ytimeen ulottuvaa rajoitusta. Lisäksi rajoitusten tulee olla suhteellisuusvaatimuksen mukaisia eli välttämättömiä hyväksytyyn tarkoituksen saavuttamiseksi. Perusoikeuksia rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä eivätkä rajoitukset saa olla ristiriidassa Suomen kansanvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Nyt tarkasteltavana olevia asiakkaan tai potilaan perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä on säännelty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä vaihtelevasti. Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 42 §:n mukaan erityishuollossa olevaan henkilöön saadaan soveltaa pakkoa vain siinä määrin kuin erityishuollon järjestäminen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja eikä pakon tai rajoittamisen käyttöä ole erikseen säännelty. Sen sijaan mielenterveyslaissa on yksityiskohtaiset ja tarkkarajaiset säännökset tahdosta riippumattomaan hoitoon tai tarkkailuun määrättyjä potilaita koskevista perusoikeuksien rajoituksista. Vapaaehtoisen mielenterveyshoidon tai kuntoutuksen osalta nimenomaisia säännöksiä ei kuitenkaan ole. Tartuntatautilaki taas sisältää säännökset, joiden perusteella voidaan määrätä yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut tai sairastuneeksi perustellusti epäilty henkilö eristettäväksi tai henkilö, joka on altistunut tai jonka voidaan perustellusti epäillä altistuneen, karanteeniin myös tahdosta riippumatta. Samoin tartuntavaaran perusteella voidaan ottaa tavaroita eristykseen tai jopa hävitettäväksi.

Muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mahdollistamia keinoja henkilökohtaisen koskemattomuuden puuttumiseen ovat hätävarjelun käyttö oikeudettoman hyökkäyksen torjumiseksi sekä pakkotilassa toimiminen pakottavan vaaran torjumiseksi. Molemmista on säädetty rikoslaissa. Hätävarjelun ja pakkotilan erona on, että hätävarjelutilanteessa suojeltavaa oikeushyvää uhkaa aina oikeudeton hyökkäys, pakkotilassa vaara aiheutuu muusta syystä. Molemmat ovat viimekätisiä keinoja, jolloin vaaditaan, ettei uhkaavasta tilanteesta ole muuta ulospääsyä. Hätävarjelun ja pakkotilassa toimimisen edellytykset punnitaan viime kädessä tuomioistuimessa.

3.2 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä

Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Itsemääräämisoikeus on osa henkilökohtaista vapautta. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (asiakaslaki) 4 §:ssä säädetään asiakkaan itse-

määräämisoikeudesta palvelujen järjestämisessä. Lain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet.

Säännöksen perustelujen mukaan hyvä kohtelu edellyttää muun muassa sitä, että asiakkaan ihmisarvoa ei loukata ja ihmisen inhimillinen arvokkuus voidaan kaikissa olosuhteissa säilyttää. Asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset tulee pyrkiä täyttämään mahdollisuuksien mukaan. Asiakkaalla on oikeus myös tahdosta riippumattomassa huollossa hyvään kohteluun, jossa tahdonvastaisista toimenpiteistä huolimatta pyritään kunnioittamaan asiakkaan inhimillistä arvokkuutta.

Asiakaslain 8 §:n mukaan sosiaalihuoltoa 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 sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Lain perustelujen mukaan säännöksessä itsemääräämisellä tarkoitetaan omasta elämästä määräämistä ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamista. Ihmisen sisäinen itsemääräämisoikeus edellyttää henkilön edellytyksiä ja kykyä hallita itseään sekä kykyä harkittuihin, itsenäisiin päätöksiin ja tekoihin. Toisaalta itsemääräämisoikeus on kykyä toimia ilman, että ulkoiset tekijät estävät tahdonmuodostusta. Henkilö on itsemääräävä asian suhteen, kun hän ymmärtää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden mahdolliset seuraukset ja pystyy päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun.

Sosiaalihuollossa on sellaisia erityistilanteita, jolloin asiakas ei itse kykene päättämään ja ilmaisemaan omaa tahtoaan hoidon tai huollon järjestelyistä. Asiakaslain 9 §:n 1 momentin mukaan jos asiakas ei sairauden, henkisen toi-

mintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan palvelujensa suunnitteluun taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhdessä hänen laillisen edustajansa tai omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa.

Edellä tarkoitetuissa tilanteissa itsemääräämisoikeutta joudutaan soveltamaan siten, että asiakkaan lisäksi hänen laillista edustajaansa taikka asiakkaan omaista tai muuta läheistä on kuultava asiakkaan tahdon selvittämiseksi. Näissäkin tilanteissa tulisi selvittää asiakkaan toiveet ja mielipide mahdollisimman tarkkaan. Tällöin yhteistyö asiakkaan, hänen läheistensä, viranomaisien ja palvelun tuottajan välillä parhaiten johtaa asiakkaan edun mukaiseen ratkaisuun.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslaki) 3 §:n 2 momentissa säädetään oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilaan kohtelulla tarkoitetaan sitä tapaa, jolla häneen hoitotilanteessa suhtaudutaan, miten häntä kuunnellaan ja miten hänen mielipiteensä hoitoon liittyen otetaan huomioon.

Myös potilaslaissa säädetään itsemääräämisoikeudesta. Potilasta on lain 6 §:n 1 momentin mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Yhteisymmärryksellä tarkoitetaan sitä, että potilaan mielipide tulee selvittää ennen hoidon toteuttamista. Terveystieteiden henkilöstön velvollisuus on antaa asianmukaista tietoa potilaan tilanteeseen liittyvistä hoitovaihtoehdoista, niiden merkityksestä sekä riskeistä. Näiden tietojen pohjalta potilas tekee päätöksen, suostuuko hän ehdotettuun hoitoon. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoi-

dosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Vastuu lääketieteellisestä hoidosta on lääkärillä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaalle annettu informaatio sekä sen pohjalta tehty hoitopäätös.

Potilaslain 6 §:n 2 momentin mukaan 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 hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Hoitoon tulee tällöin saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Tämän henkilön tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa.

Saman pykälän 3 momentin mukaan jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumuksesta 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.

Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio (Ihmisoikeudet demensiahuollossa 2005) mukaan myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään hoidostaan ja että heidän arvioidun etunsa pohjalta toimitaan vain silloin, kun selvitystä heidän omasta tahdostaan ei saada. Tärkeää on tällöin omaisten ja muiden kuuleminen. Omaisten kohdalla suostumuksen merkitys rajoitustoimissa voi olla ongelmallista, jos omaiset eivät ymmärrä henkilön etua samalla tavoin kuin mitä potilas on itse ehkä ilmaissut silloin kun hän on siihen kyennyt.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus ja sen käytännön toteutus perustuvat vallitsevaan ihmiskäsitykseen. Itsemääräämisoikeuden tarkoituksena on suojata yksilöä muiden tahojen perusteettomalta väliintulolta silloin, kun henkilö pyrkii määräämään itsestään ja omasta elämästään. Henkilön itsemääräämisoikeuden toteuttaminen edellyttää yhteistyötä ja vuorovaikutusta sosiaali- ja terveydenhuoltoa järjestävän tahon kanssa.

4 Pakotteet ja rajoitteet vanhustenhuollossa

4.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säädökset ja ohjeet

Ikäihmisten sosiaali- ja terveystieteiden palvelut järjestetään tarveperiaatteen pohjalta osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja palveluiden käytännön toimeenpano perustuu vapaaehtoisuuteen. Keskeiset säännökset palvelujen järjestämisestä sisältyvät sosiaalihuoltolakiin, kansanterveystieteiden lakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin. Esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa on säädetty vanhusten asumispalveluiden ja laitoshuollon järjestämisestä. Lisäksi vanhuksella on oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön perustuvia palveluita (esimerkiksi päihdehuoltolaki) silloin, kun hän on niiden tarpeessa ja täyttää palvelun myöntämiskriteerit. Vanhuksen asemaa ja oikeuksia suhteessa palvelun järjestämistahoon, joko julkiseen tai yksityiseen, määrittää asiakaslaki ja potilaslaki.

Vanhustenhuollossa pakon tai rajoittamisen käyttöä ei ole erikseen säännelty. Lähtökohta on aina asiakkaana tai potilaana olevan henkilön itse ilmaiseman tahdon selvittäminen siten kuin asiakas- ja potilaslaissa on säädetty. Mikäli henkilö ei kykene osallistumaan palvelujensa suunnitteluun tai ymmärtämään vaihtoehtoja taikka päättämään hoidostaan, hänen tahtonsa ja etunsa selvittämiseksi tulevat sovellettaviksi asiakaslain ja potilaslain yllä kuvatut säännökset henkilön mielipiteen selvittämisestä laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen henkilön avulla. Ongelmallista kyseisten säännösten soveltamisessa on se, ettei niitä ole laadittu ensi sijassa rajoitustoimenpiteiden tarvetta silmällä pitäen. Esimerkiksi asiakaslaissa on nimenomaisesti säädetty, että asiakkaan tahdosta riippumattomista toimenpiteistä sekä asiakkaan hoitoon

tai huoltoon liittyvistä pakotteista ja rajoituksista sekä niitä koskevasta päätöksentekomenettelystä sosiaalihuollossa on voimassa, mitä niistä erikseen säädetään. Vastaavasti potilaslaissa on säädetty, että potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä siitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa säädetään. Kuten todettua, pelkästään vanhustenhuollon osalta ei ole säännöksiä edellytyksistä, määräajoista, oikeusturvakeinoista, eri osapuolten kuulemisesta tai päätöksentekomenettelystä tilanteissa, joissa henkilön perusoikeuksia joudutaan rajoittamaan.

Lääninhallituksen kyselyyn saatujen vastausten mukaan vanhustenhuollon toimintayksiköt soveltavat pakotteita ja rajoitteita toimeenpannessaan useimmiten potilaslakia ja asiakaslakia, mielenterveyslakia, kehitysvammalakia, sekä lakia terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Myös muut keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon erityislait oli vastauksissa nimetty. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus mainittiin myös eräissä vastauksissa. Vanhustenhuoltoa järjestettäessä sovellettava lainsäädäntö vaikutti vastausten perusteella olevan siten melko hyvin tiedossa. Lisäksi useissa vastauksissa korostuivat erilaiset edellä mainitut ohjeistukset ja määräykset tai järjestyssäännöt. Erityisesti kuntien vastausten mukaan terveyskeskuksissa on usein ylilääkärin laatima ohjeistus potilaiden liikkumisvapauden rajoittamisesta. Useassa vastauksessa viitattiin myös Etelä-Suomen lääninhallituksen alueensa kunnille ja yksityisille palveluntuottajille lähettämään ohjeeseen liikkumisesteiden, erityisesti turvaliivien käytöstä terveyskeskuksissa ja vanhusten huoltolaitoksissa. Samoin Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen laatima ohje liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla oli mainittu useasti. Vastauksissa oli viitattu myös Lääkelaitoksen laiteturvallisuustiedotteisiin.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO (1.1.2009 alkaen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira) on antanut 10.4.2008 päivätyn ohjeen liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla. TEO:n käsityksen mukaan vanhuspotilaan omaa turvallisuutta vakavasti uhkaavan vaaran torjumiseksi on potilaan liikkumista voitava rajoittaa hänen tahdostaan riippumatta, mutta vain siinä määrin, kuin kulloinkin on välttämätöntä. Ratkai-

su on aina tehtävä potilaskohtaisesti, ja sitä ennen on harkittava, voidaanko käyttöön ottaa muita soveltuvia turvallisuutta lisääviä menetelmiä. Liikkumisvapautta rajoittavaa hoitopäätöstä tehtäessä on otettava huomioon rajoituksesta potilaalle koituvat haitat ja hyödyt ja punnittava niitä tasapuolisesti keskenään.

Ohjeen mukaan vanhusten liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä on tehtävä yksilöity asianmukainen päätös, joka perustuu potilaan turvallisuuden takaamiseen väliaikaisessa tilanteessa, esimerkiksi levottoman vanhuksen kohdalla. Hoitopäätöksistä vastaa potilasta hoitava lääkäri, ja arvioinnissa on syytä käyttää potilaan ja hoitopaikan olosuhteet tuntevaa hoitotyön asiantuntemusta. Päätöksestä on keskusteltava potilaan kanssa, tai jos hän ei pysty ottamaan asiaan kantaa, hänen lähiomaisensa tai edustajansa kanssa. Lääkäri arvioi, milloin turvaliivin käyttö voidaan lopettaa, tai hän ohjeistaa hoitohenkilökuntaa tässä asiassa. Olennaista on että turvavälinettä käytetään vain sen ajan kuin on tarpeen. Kun päätös rajoitustoimenpiteestä on tehty, voidaan päätöksen toteuttaminen jättää potilaan hoidosta välittömästi vastaavien hoitotyön ammattihenkilöiden vastuulle. Henkilökunnan tulee huolehtia siitä, että turvavälineen käyttö tapahtuu asianmukaisesti ja laitteen käyttöohjeita noudattaen sekä siitä, että potilaan valvonta on riittävää. Lisäksi henkilökunnan tulisi joka käyttökerralla harkita, onko liikkumisen rajoittaminen ko. ajankohtana välttämätöntä potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Turvavälineen käytön peruste, käyttö ja käytön kesto kirjataan systemaattisesti potilasasiakirjoihin.

Etelä-Suomen lääninhallituksen 12.9.2002 alueen sosiaali- ja terveyslautakunnille, terveyskeskuksille, vanhustenhuoltolaitoksille ja yksityisille vanhusten palveluasumisyksiköille ja vanhainkodeille lähettämä ohje perustuu TEO:n 3.6.2002 antamaan lausuntoon turvaliivien käytöstä terveyskeskuksissa ja vanhusten huoltolaitoksissa. Koska velvoittavaa normia liikkumisen rajoittamisesta ei ole, esimerkiksi dementoituneen vanhuksen liikkumista hoitolaitoksessa voidaan rajoittaa hänen tahtonsa vastaisesti terveydenhuollon henkilöstön pakkotoimin vain potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säädösten valossa. Potilaan tai asiakkaan liikkumista hänen tahtonsa vastaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstön pakkotoimin, esim. sitomalla, voidaan vanhus-

tenhuollossa rajoittaa ainoastaan vanhuksen oman turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin kulloinkin se on välttämätöntä. Tällöin kysymyksessä on sellainen merkittävä hoitopäätös, jonka periaatetasolla tulee perustua hoitovastuussa olevan lääkärin tekemään ratkaisuun ja se tulee kirjata myös potilasasiakirjoihin yksiselitteisesti osana hoitosuunnitelmaa. Ennen päätöksentekoa on pyrittävä selvittämään potilaan oma kanta asiaan. Jos potilas ei pysty tosiasiallisesti itse päättämään hoidostaan, tulee hänen laillista edustajaansa lähiomaistaan tai muuta läheistä kuulla sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Periaatepäätökseen potilaan liikkumista rajoittavista toimenpiteistä pitää saada laillisen edustajan tai lähiomaisen suostumus ja se on kirjattava potilasasiakirjoihin. Jos turvaliivin käyttö on katsottu perustelluksi potilaan tai asiakkaan turvallisuuden kannalta, on hoitohenkilökunnan varmistuttava käytettävän liivin käyttötarkoituksesta, jotta välttyttäisiin mahdollisilta potilaalle tai asiakkaalle aiheutuvista vaaratilanteista ja hoitovirheistä. Lääninhallituksen ohjeen mukaan terveyskeskusten ja vanhainkotien on suotavaa laatia yksikkökohtaiset ohjeet liikkumisesteiden käytössä noudatettavista menettelytavoista ja perehtyä työpaikkakoulutuksena erilaisten lääkintälaitteiden käyttöön niiden käyttöturvallisuuden lisäämiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM julkaisuja 2008:3). Suositus ei sisällä osiota pakote- ja rajoitetoimenpiteistä. Siinä on kuitenkin käsitelty muun muassa palvelujen kehittämistä koskevia arvoja ja eettisiä periaatteita, jollaisina pidetään itsemääräämisoikeutta, voimavaralähtöisyyttä, oikeudenmukaisuutta, osallisuutta, yksilöllisyyttä ja turvallisuutta. Periaatteita voidaan hyödyntää myös vanhustenhuollon pakote- ja rajoitetoimenpiteiden arvioinnissa, toimintaa kehitettäessä sekä toimintaohjeina ammattihenkilöstön käytännön työssä.

Kuten yllä on todettu, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat ovat laatineet toimintayksiköiden käyttöön omia soveltamisohjeita. Koska ohjeita oli useita ja ne käsitelivät laajasti koko pakotteiden ja rajoitteiden käyttöalaa henkilökunnan turvallisuudesta yksittäisten toimenpiteiden täytäntöönpanoon, ei ohjeita ole katsottu tarkoituksenmukaiseksi siteerata tässä yhteydessä tarkemmin. Yleisesti ohjeista voi todeta, että erityisesti vanhusten liikkumisvapa-

utta tai henkilökohtaista koskemattomuutta rajoittavia toimenpiteitä koskevat ohjeistukset oli laadittu yllä mainittuja lääninhallituksen ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ohjeita mukaillen.

4.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet

Dementoivaa sairautta sairastavien vanhusten huolenpito ja turvallisen hoidon järjestäminen saattaa merkitä heidän perusoikeuksien ja itsemääräämisoikeuden rajoittamista tavalla, joka muissa yhteyksissä ja tilanteissa ei olisi hyväksyttävää. Kyse on saatujen vastausten mukaan käytännössä esimerkiksi ovien lukitsemisesta ja vanhuksen sitomisesta tuoliin tai sänkyyn. Tällaiset toimet ymmärretään yleensä henkilön perusoikeuksien rajoittamiseksi eli tämän selvityksen tarkoittamaksi pakoksi tai rajoittamiseksi.

Lääninhallitus kyselyyn annetussa vastauksissa oli vanhustenhuollon osalta edustettuna terveyskeskusten vuodeosastoja, vanhainkoteja ja palveluasumisyksiköitä. Koska vastaukset ovat sekä julkisen että yksityisen palveluntuottajan antamia, kuvaavat vastaukset laaja-alaisesti vallitsevia käytäntöjä. Vastauksissa ainoastaan viidessä ilmoitettiin, että tarvetta pakotteeksi tai rajoitteeksi luonnehdittaviin toimenpiteisiin ei ole lainkaan.

Kuntien terveyskeskusten vuodeosastojen, yksityisen ja julkisen laitoshuollon ja asumispalveluyksiköiden vastauksissa korostuivat sitomisen ohella erilaiset muut asiakkaan tai potilaan liikkumisvapautta rajoittavat toimenpiteet. Vastauksen mukaan asiakkaita tai potilaita voidaan esimerkiksi sitoa turvaliivillä tai vastaavalla vuoteeseen, geriatriseen tuoliin tai sänkyyn tai käyttää lepositeitä. Hyvin yleinen menettely on, että asukkaan tai potilaan sängyn laidat nostetaan ylös tai käytetään turva- tai magneettivyyötä. Tällöin tarkoituksena on erityisesti vanhuksen putoamisen estäminen. Vastauksissa korostui kielteinen suhtautuminen sitomiseen hoitohenkilökunnan hyvinvointiin perustuen. Sen sijaan henkilön omista tarpeista lähtevää sitomista ei nähty pakottamisena. Seuraavassa on poimintoja kyselyyn tältä osin annetuista vastauksista:

”Asukkaalle laitetaan turvavyö istuessa, jotta hän ei liukuisi tuolista lattialle tai lähtisi kävelemään.”

”Rajoittamista on lepositeiden (remmit, hihnat ja vyöt) käyttö vuoteeseen tai tuoliin sitomiseksi.”

”Rajoittamista on omaisuuden haltuunotto, huoneiden ovien lukitseminen ja lukittava pöytä hoivatuolissa.”

”Rajoittamista on hätävarjeluna kiinnipitäminen tai asukkaan kuljettaminen huoneeseen.”

Vanhusten liikkumisvapautta rajoitetaan pitämällä toimintayksikön tai asiakkaan huoneen ovia lukossa. Jälkimmäinen menettely voidaan katsoa sen perusteesta riippuen tietyissä tilanteissa myös henkilön eristämiseksi. Yksiköissä on käytössä myös erilaisia hälytysjärjestelmiä, jotka hälyttävät asiakkaan tai potilaan poistuessa yksikön tiloista tai omasta huoneesta. Kameravalvontaa käytetään vastausten mukaan yksiköiden yhteisissä tiloissa.

Kokoavasti voi vastauksista todeta, että vanhustenhuollon yksiköiden vastauksissa korostuvat lukitut ovet, erilaiset vyöt ja valjaat, siteet, lonkkahousut, laidat sekä muut liikkumisesteet. Osassa vastauksissa pakotteiden tai rajoitteiden määrittely nähtiin hyvin laajana ja henkilön itsemääräämisoikeutta kunnioittavana:

”Pakottamista ja rajoittamista on kaikki toiminta vastoin vanhuksen nimenomaista tahtoa tai toiveita. Pakon käyttöä ohjaa ammattitietäminen sekä ammattikäytännöt.”

Itsemääräämisoikeuden toteuttamisen ja yksilöllisen hoivantarpeen huomioon ottamisen osalta vastauksissa kerrottiin myös menettelystä, jossa asukkaiden WC-käyntejä ei voida järjestää yksilöllisesti. Ilmiötä sivuttiin myös päinvastaisessa vastauksessa.

”Asukkaita käytetään yhteisesti ja määrääjoin WC:ssä.”

”Meillä ei ole ”vaijparajoituksia”, vaan asukkaita ohjataan säännöllisesti WC:hen.”

Sekä yksityisten että julkisen palveluntuottajien vastauksissa nousi pakotteena tai rajoitteena esiin vanhuksen lääkitseminen salaa joko uni- tai rauhoittavilla lääkkeillä. Yksittäisissä vastauksissa kerrottiin myös käytännöistä, joiden mukaan toimintayksiköissä toimeenpannaan esimerkiksi eristämistä omaan huoneeseen, omaisuuden tai esineiden haltuunottoa (alkoholi, tupakka), kiinnipitämistä ja yhteydenpidon rajoittamista. Toimintayksiköissä siis käytetään vastaavia toimenpiteitä, joista on esimerkiksi mielenterveyslaissa tai lastensuojelulaissa nimenomaisesti ja tarkkarajaisesti säädetty. Se mikä yksittäisen rajoitustoimenpiteen käyttöedellytys kulloinkin on, ei vastauksista aina selkeästi ilmene.

”Muistamattomalta henkilöltä otetaan tupakat, alkoholi tai ainakin tulentekovälineet pois.”

”Lääkkeitä annetaan asukkaalle salaa.”

”Olemme joutuneet rajoittamaan asukkaan mahdollisuutta tavata omaisiaan, jolloin syynä on ollut omaisten korkea humalatila.”

Tilanteita, joissa pakotteisiin tai rajoitteisiin joudutaan turvautumaan, on vastausten mukaan moninaisia. Selvästi useimmiten nousivat esiin tilanteet, joissa asiakas tai potilas aiheuttaa vaaraa joko itselleen tai muille. Rajoitustilanteisiin joudutaan, jos asiakas ei ymmärrä omaa etuaan ja hänen terveydentilansa vaarantuu. Lisäksi pakotteisiin tai rajoitteisiin turvaudutaan, kun vaikeasti dementoitunut tai somaattisesti sairas potilas on sekava, aggressiivinen, levoton tai ei ymmärrä tai muista sanallisia ohjeita.

”Asukas oli fyysisesti väkivaltainen ja linnoittautui asuntoonsa. Hän löi kepillä eikä ottanut lääkkeitään, joten jouduimme pyytä-

mään apua poliisilta. Moneen kertaan pohdimme, mitä on itsemääräämisoikeus.”

Asianmukaisen hoivan ja hoidon mahdollistaminen saattaa vastausten mukaan myös olla perusteena pakote- tai rajoitustoimenpiteille. Monessa vastauksissa nostettiin esiin asiakkaan tai potilaan muistamattomuus ja karkailu-, kaatumis-, sekä putoamisriski sekä loukkaantumisvaara rajoittamisen perusteena. Terveyskeskuksissa myös epidemiatilanteet saattavat johtaa eristykseen tartuntatautilain perusteella.

”Yleisin syy pakotteisiin on vanhuksen turvallisuus. Tavoitteena on kaatumisen estäminen. Usein harhailevat ja sekavat vanhukset kulkevat pitkin osastoa.”

”Muistamattomat asukkaat, jotka ovat usein lähdössä kasseineen kotiin tai Karjalaan, on vain palautettava takaisin pihalta.”

Seuraavassa kahden lääkärin pohdintaa:

”Jos henkilö ei pysty tai ymmärrä liikkua itsenäisesti, onko parempi kuntoutumisen ja elämänlaadun kannalta, että hänet kuitenkin annetaan istua sidottuna kuin että jätetään vuoteeseen”.

”Lainsäädäntöä tulisi tiukentaa ja kieltää liikkumisen rajoittaminen. Tutkimusten mukaan liikkumisen rajoittaminen ei lisää muistisaira-an turvallisuutta vaan on potilaalle haitallista.”

Vastauksissa kiinnitti huomiota se, että henkilökunnan tilapäinen puute tuotiin esiin perusteeksi rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle. Usein pakotteiden tai rajoitteiden taustalla oli myös omaisten pyyntö rajoittamisesta.

”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.

Erilaisia keinoja hoidollisten tavoitteiden ja sosiaalisen kanssakäymisen sääntöjen noudattamisen toteuttamiseksi vastauksissa esitettiin vaihtelevasti. Useassa vastauksessa todettiin, että mitään erityisiä keinoja ei tältä osin ole käytössä. Monessa vastauksessa tämän kysymyksen käsittely oli yhdistetty pakotteiden ja rajoitteiden ennaltaehkäisyyn arviointiin. Vastausten mukaan merkittävänä keinona toimii tässä suhteessa keskustelut asiakkaan tai potilaan kanssa ja yleisemminkin hoitajan ajan ja huomion antaminen. Myös yksiköiden huonejärjestelyillä nähtiin olevan vaikutusta. Moniammatilliset hoitokokoukset, joihin osallistuvat asiakas ja omainen ja joissa käydään läpi kuntoututtavan ja tavoitteellisen hoitotyön keinot sekä arvioidaan tavoitteet, mainittiin hoidon onnistumista tukevinä keinoina. Myös asiakkaan tai potilaan perussairauden asianmukainen hoito yhdistettynä sopivalla lääkehoidolla koettiin vastauksissa tältä osin hyväksi vaikutuskeinoksi.

4.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet ja valvonta

Yleisesti voidaan kaikkien vanhusasiakkaita ja -potilaita koskevien vastausten osalta todeta, että ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on toimintayksiköissä selvästi mietitty etukäteen ja niitä on käytössä varsin paljon. Vastauksista ei kuitenkaan ilmene, mikä vaikutus ennaltaehkäiseväksi määritellyillä toimenpiteillä on ollut. Koska vastaukset olivat tältä osin laajoja ja yksityiskohtaisia, voidaan olettaa, että käytännön työssä ennaltaehkäisevät toimet on koettu toimiviksi ja hyödyllisiksi.

Melkein kaikissa vastauksissa korostettiin ammattitaitoisen henkilökunnan merkitystä ennaltaehkäisevänä ja varhaisen reagoinnin ja seurannan turvaavana seikkana. Hyvän ammattitaidon myötä muodostuva asiakkaiden tuntemus mahdollistaa tilanteiden ennakkoinnin siten, että varsinaisiin rajoitustoimenpiteisiin ei ole pakko turvautua. Henkilökunnan perehtyminen dementia-

työhön ja käyttösoireisiin nähtiin erittäin tärkeänä. Lisäksi henkilökunnan riittävä määrä tulisi turvata kaikissa olosuhteissa. Vastauksissa henkilökuntamitoitusta koskevien velvoittavien normistojen puute nähtiin vakavana epäkohtana. Monessa vastauksessa toivottiinkin lain tasoista sääntelyä henkilökuntamitoitukseen.

”Tärkein liikkumisvapauden käyttöä vähentävä tekijä on määrältään riittävä, osaava, vuorovaikutuskykyinen ja oikean asenteen omaava henkilöstö.”

Seuraavassa huolestuneen yöhoitajan pohdintaa eräästä läheltä piti tilanteesta:

”Annanko yhden asukkaan vaeltaa yöpaidassaan läpi ovihälyttimien yön pimeyteen, kun olen auttamassa unenpöpperöistä liikkumisessa apua tarvitsevaa kaatuilevaa naapuria. Vai annanko viimeksi mainitun kopsahtaa WC-reissullaan lattialle, kun kiiruhdan ripeäkinttuisen perään ennen kuin tämä häviää pihavalon kehästä kohti lapsuutensa maisemia. Kummasta tulee kanne, rajoitustoimista vaiko niiden puuttumisesta?”

Asiakkaiden kanssa keskustelu, rauhoittelu ja turvallisen sekä kodinomaisen ilmapiirin luominen toimivat olennaisena osana ennalta ehkäisyssä. Laitosmaisten hierarkioiden ja rutiinien tietoinen välttäminen ja asukkaiden yksilöllinen arvostaminen nähdään keinona luoda tasa-arvoinen ja salliva ilmapiiri sekä hyvät hoivatyökäytännöt, joiden avulla pidetään häiriökäyttäytymisten taso matalana. Vanhuksen kohtaaminen rauhoittavalla käytöksellä ja arvostavalla suhtautumisella nähtiin myös osana toimivaa ennaltaehkäisyä. Vanhuksen kanssa keskustelu ja rauhoittelu ja huomion ohjaaminen muuhun kuin levottomuutta aiheuttamaan toimintaan mainitaan useassa vastauksessa. Tärkeänä nähtiin se, että kiireen tuntu saadaan pois. Esimerkiksi selkeän ja virikkeitä antavan päivärhythmin ja aktivoivan ja mukaan ottavan työotteen luominen nähtiin toimivana ennaltaehkäisevinä toimenpiteinä.

”Rajoitteet nivoutuvat paitsi hoitokulttuuriin ja ihmiskäsityksiin myös talon fyysisiin rakenteisiin ja henkilökunnan riittävyyteen jne. eli talon laitosluonteeseen.”

”Hoitorutiinit eivät saisi aiheuttaa pakotteiden käyttöä.”

Asiakkaan tai potilaan taustan ja elämäntietojen tuntemuksen merkitys korostui useissa vastauksissa. Kyseinen seikka mahdollistaa parhaiten asiakkaan tai potilaan yksiköiden tarpeiden huomioon ottamisen ja tilanteiden ennakoimisen taidon kehittämisen. Vastausten perusteella myös muiden sairauksien (kivut, infektiot, dementoivan sairauden hoito jne.) hyvä tutkiminen ja hoito edesauttavat sitä, ettei rajoituksiin mahdollisesti johtavaa sekavuutta ja levottomuutta syntyisi. Oikean ja riittävän lääkityksen ja säännöllisten lääkärin-tarkastusten merkitystä korostettiin useassa vastauksessa. Tärkeänä nähtiin myös riittävä ja asianmukainen fysioterapia ja liikuntaharjoitukset sekä ruokavalio ja nesteytys. Asianmukainen hoitoympäristö ja riittävän avarat tilat sekä kunnan apuvälineet mainittiin useassa vastauksessa. Ennaltaehkäisyä nähtiin myös sen arviointi, mikä on asiakkaan yksilötarvetta vastaava oikea hoitopaikka.

”Rajoitteita ei tarvittaisi, jos asukas hoidettaisiin oikeassa yksikössä, fyysisesti hyväkuntoiset alkoholisoituneet muistisairaat eivät kuulu leppoisien muistisairaiden mummojen hoitoyksikköön.”

”Erikoislääkäreiden käyttöä tulisi lisätä huomattavasti, jolloin moni asiakas säästyisi ns. kokeiluilta.”

Asiakkaiden tai potilaiden valvonta erilaisten pakote- tai rajoitetoimenpiteiden käytön aikana kuvattiin vastauksissa hyvin yhtenäisesti. Mikäli rajoitustoimiin joudutaan turvautumaan, asiakkaan tai potilaan valvontaa tehostetaan esimerkiksi säännöllisillä valvontakäynneillä tai henkilökunnan jatkuvalla läsnäololla. Valvontaa voidaan tehostaa parityöskentelyllä tai työntekijöiden lisäyksillä työvuoroon. Vastauksissa kerrotaan myös erilaisista hälytysjärjestelmistä

kuten mattohälyttimestä ulko-ovella, josta on yhteys hoitajan matkapuheliin.

”Geriatrisessa tuolissa istuvat henkilöt ovat päivällä oleskelutilassa, missä on mahdollisuus jatkuvaan seurantaan.”

”Henkilön luona käydään säännöllisin väliajoin, tilanteesta riippuen puolelta tai tunnin välein.”

Tältä osin vastaukset ovat yleisellä tasolla ristiriidassa sen kanssa, että monessa vastauksessa kuitenkin tuotiin esiin hoitohenkilökunnan vähäisyys merkittävänä ongelmana, joskus suoraankin.

”Seurannan ja valvonnan lisääminen on nykyisessä tilanteessa ja hoitajapulassa vaikeaa. Jos osaston 32 potilaan hoidosta iltavuoron aikana vastaa kolme hoitajaa, ylimääräiseen valvontaan ei ole resurssia.”

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuosulainsäädännön mukaan kunnan hankkiessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta on varmistettava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Toimintayksikön sijaintikunnan valvontarooli taas korostuu yksityisten sosiaalipalvelujen valvontalain perusteella. Useassa kunnan vastauksessa todetaankin, että ulkoistettua toimintaa koskevat samat pelisäännöt kuin kunnan omaa toimintaa. Moni yksityinen toimija ilmoittaa tekevänsä yhteistyötä kunnan kanssa ja informoivansa ostajakuntaa rajoitustoimenpiteiden käyttämisestä.

”Etenevässä määrin kunnan sosiaalitoimen edustaja on mukana tehtäessä asukkaiden suunnitelmia, jolloin myös pakote ja rajoitteet tulevat yleisempään keskusteluun ja tietoisuuteen ja samalla ohjauksen ja valvonnan piiriin.”

Osa kunnista onkin lähettänyt yksityisille toimintayksiköille ohjeistuksia asiasta ja moni kunta kertoo jatkossa näin tekevänsä. Pakotteiden käyttöä käsitellään myös tarkastuksilla, hinta-laatu -neuvotteluissa ja erilaisten tilastollisten mitta-

usten yhteydessä. Vastausten mukaan kunta ostajana edellyttää yksityisiltä toimijoilta viranomaismääräysten ja ohjeiden noudattamista. Se, missä määrin asia näkyy esimerkiksi ostopalvelusopimuksesta, ei vastauksista käy kattavasti ilmi. Toisaalta vanhustenhuollon vastauksissa suuri osa yksityisten sosiaalipalveluyksiköiden palvelutuottajien edustajista peräänkuulutti ostavan kunnan velvollisuutta seurata pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä.

”Selvät ohjeet ja valvonta kuntien taholta on selkeä kehittämiskohde.”

”Ostopalvelusopimuksessa ei ole erikseen mainintaa pakotteista tai rajoitteista.”

4.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen

Vanhustenhuollon osalta ei ole erikseen säädetty pakotteita ja rajoitteita koskevan asian käsittelystä, esimerkiksi osapuolten kuulemisesta, viranomaisten tai muun palvelun järjestäjän päätöksentekomenettelystä taikka oikeusturva-keinoista. Vanhustenpalvelujen käytännön toiminnan onkin merkittävältä osiltaan katsottava olevan luonteeltaan niin sanottua tosiasiallista hallintotoimintaa, jossa ei tehdä hallintolaissa tarkoitettuja muutoksenhakukelpoisia hallintopäätöksiä. Vertailun vuoksi todettakoon, että lastensuojelulain perustelujen (HE 224/2004) mukaan rajoitustoimivaltuuden käyttämisestä tehdään muutoksenhakukelpoinen hallintopäätös aina, kun rajoitustoimenpiteellä muutettu oikeustila on palautettavissa hakemalla päätökseen muutosta. Kuitenkin myös luonteeltaan tosiasiallisesta hallintotoiminnasta tulee tehdä valituskelpoinen hallintopäätös, jos toimen voidaan katsoa koskevan tosiasiallisesti yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia siten, että asia on välttämätöntä voida saattaa riippumattoman tuomioistuimen käsiteltäväksi. Muista luonteeltaan tosiasiallisista hallintotoimista ei ole tarpeen tehdä valituskelpoista hallintopäätöstä, koska näissä rajoitustoimenpiteissä pyritään hallitsemaan nopeasti syntyviä vaaratilanteita tai ne ovat muutoin luonteeltaan sellaisia, että ne on voitava panna täytäntöön viivytyksettä.

Vanhustenhuollon osalta kyselyyn saaduista vastauksissa nousee esiin se, että henkilön liikkumisen rajoittamisesta, eristämisestä ja sitomisesta turvalli- veillä tai vastaavalla päättää useimmiten lääkäri. Jos tilanteet ovat ennakoita- vissa, lääkäri antaa luvan etukäteen ja kirjaa sen sairauskertomukseen ja hoi- tosuunnitelmaan. Äkillisessä tilanteessa lupa pyydetään päivystävältä lääkäri- lta, joka antaa luvan joko tutkittuaan potilaan tai saamiensa esitietojen perus- teella. Kuitenkin kuntien vastausten mukaan rajoitustoimenpiteistä joudutaan käytännössä päättämään hoivan yhteydessä myös ilman erillistä lääkärin lu- paa. Tällöin päätöksentekijänä voi toimia yksikön johtaja, vastuussa oleva hoi- taja vuoronsa aikana tai muu paikalla oleva henkilökunnan edustaja. Kiireelli- sissä tilanteissa tehdyille toimille pyritään saamaan lääkärin jälkikäteinen hy- väksyntä.

”Päätökset tekee lääkäri ja hoitotiimi. Asiakas ja omaiset ovat mukana, jos mahdollista ja heidän kanta pyritään huomioimaan mahdollisimman pitkälle.”

”Yllättävissä, nopeutta vaativissa tilanteissa päätöksen joutuu te- kemään vuorossa oleva työntekijä, jos ennakoivaa päätöstä ei ole tehty.”

”Tuoliin sitomista tehdään hoivan yhteydessä ilman erillistä lääkä- rin lupaa.”

Yksityisten toimintayksiköiden osalta vastauksista ilmenee useammin kuin kuntien vastauksissa, että päätöksentekijänä toimii vastaava hoitaja tai muu paikalla oleva sosiaali- tai terveystoimiston koulutuksen saanut henkilökunnan edustaja. Vuorossa oleva henkilöstö joutuu toimimaan, mutta usein otetaan yhteys johtaviin työntekijöihin tai pyydetään lääkärin lupa. Lääkärin vastuuta päätöksenteossa korostetaan erityisesti asiakkaan tai potilaan sitomistapauk- sissa. Vastauksista nousi myös esiin, että nykyisessä lääkäritilanteessa yh- teistyö lääkäreiden kanssa on käytännössä hankalaa.

Pääsääntöisesti pakote ja rajoiteasia käydään asiakkaan ja omaisen kanssa läpi. Asiakkaan mielipide selvitetään, mikäli se on mahdollista ja hän kykenee sen ilmaisemaan. Jos asiakkaan tai potilaan tahtoa on selvitettävä edustajan tai omaisen välityksellä, heiltä pyydetään suostumus eri toimenpiteisiin tai ainakin informoidaan, mikäli se tilanteessa on mahdollista. Mikäli erimielisyyksiä asukkaan tai potilaan taikka omaisten kanssa ilmenee, pyritään asiassa neuvottelemalla yhteisymmärrykseen. Viime kädessä hoidosta kuitenkin vastaa ammattihenkilökunta. Mitään säännönmukaista pakote- ja rajoitekysymyksiin paneutuvaa jälkipuintia tai vastaavaa edustajan tai omaisten kanssa ei vastauksissa ole kuvattu. Hoitoneuvotteluissa asiaa kuitenkin jonkin verran käsitellään.

”Asukkaan kanssa yritetään keskustella, mutta vaikea muistisaira aiheuttaa sen, ettei asiakas pysty käsittelemään asiaa. Omaisten kanssa pidetään palaveri ja sovitaan miten asiassa edetään. Usein on haasteellisia tilanteita omaisten kesken. Omaisten kuuleminen on kuitenkin yhteistyön perusta.”

”Joskus joku omaisen on kieltänyt rajoittamisen, jolloin hän on itse ollut paljon asiakkaan luona.”

Vastauksissa korostetaan, että rajoituksilla on useimmiten selkeä kesto tai että päätös on kertaluonteinen. Esimerkiksi sitomislupa peruutetaan, kun siihen ei enää ole tarvetta. Joissain kunnissa esimerkiksi sitomispäätös on aina määräaikainen vaikkakin monessa vastauksissa mainitaan myös toistaiseksi voimassa olevat päätökset.

”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.”

Kyselyyn saatujen vastausten mukaan rajoitustoimenpiteiden käyttäminen kirjataan säännönmukaisesti asiakas- tai potilastietoihin. Osassa yksiköissä on käytössä sähköisiä asiakas- tai potilastietojärjestelmiä. Useassa vastauk-

sessä kerrotaan, että kirjausten tekemistä ja niiden sisältöä seurataan yksiköissä. Päinvastaisiakin vastauksia tuli esiin. Samoin vastauksista ilmeni, että kirjaaminen voi olla epätarkkaa. Toisin kuin lainsäädännön perusteella voisi olettaa, eräiden yksiköiden vastauksissa todettiin, että terveydenhuollossa puuttuu selkeät kirjausohjeet ja sosiaalihuollossa taas sellaiset on olemassa. Yksityiset palveluntuottajat toivat esiin, että ostopalvelutilanteissa kunnilta ei saa asiasta selkeitä ohjeita, mutta kirjauksista keskustellaan palvelujen ostoneuvottelujen yhteydessä.

4.5 Henkilökunnan turvallisuus

Vanhustenhuollon yksiköiden osalta vastauksissa oli turvallisuuskysymysten osalta melko paljon vaihtelua. Nähtävästi on niin, että osassa yksiköistä henkilökunnalle järjestetään koulutusta turvallisuuskysymyksistä, mutta monessa vastauksessa oli kuitenkin maininta, ettei pakotteiden tai rajoitteiden käytöstä ole annettu lainkaan koulutusta ja sen järjestämisestä esitettiin toiveita. Monen vastauksen mukaan hoitoalan peruskoulutusta pidetään asiassa riittävänä ja vannotaan ”maalaisjärjen” nimeen. Uusien työntekijöiden perehdytys yksikön käytäntöihin ja hoitolaitteiden käyttöön on nostettu esiin useassa vastauksessa. Työnohjaus ja tiimipalaverit nähtiin vastauksissa tärkeänä foorumina turvallisuusasioiden läpikäymiselle yksiköissä. Osa yksiköistä järjestää työntekijöille asiakkaiden tai potilaiden nosto- ja siirtoharjoittelua.

Erilaisissa vaaratilanteissa käytetään esimerkiksi potilaskutsua hälytykseen, jos se suinkin on mahdollista. Kuten ennalta ehkäisevien toimenpiteiden yhteydessä on yllä todettu, parityöskentely nähdään osassa yksiköitä myös työsuojelullisena asiana. Vaikka suuressa osassa vastauksissa korostetaan jälkipuinnin merkitystä, osassa yksiköissä sellaista ei ole tapahtuneille vaaratilanteille järjestetty vaan asia on jäänyt työntekijöiden kesken kahvipöydässä tai muutoin epävirallisesti yksikön sisällä käsiteltäväksi. Työnohjausta on vaaratilanteissa saatavissa useassa yksikössä ja se nähdään tärkeänä toimintona. Myös työterveyshuoltoon voidaan ilmoittaa aggressiivisuuden kohteeksi joutumisesta ja väkivaltailmoituksia voidaan käsitellä myös työsuojelutoimikun-

nassa. Osalla yksiköistä on käytössä vahtimestari- ja turvallisuuspalvelut sekä sairaalapastorin ja -psykologin palvelut.

Työturvallisuutta lisäävänä tekijänä nostettiin esiin turvallinen pukeutuminen, hälytysjärjestelmät, vahtimestaripalvelu ja yhteys vartiointiliikkeeseen. Erässä yksityisessä toimintayksikössä käy vuosittain poliisi luennoimassa turvallisuusnäkökohtien huomioon ottamisessa hoitotyössä.

5 Pakotteet ja rajoitteet kehitysvammahuollossa

5.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säädökset ja ohjeet

5.1.1 Säädökset ja ohjeet

Kehitysvammaisten henkilöiden vaikeiden mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden hoidossa tulee toisinaan tilanteita, joissa joudutaan käyttämään asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavia suojatoimenpiteitä asiakkaan itsensä tai muiden henkilöiden terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi. Henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen puuttuvat toimenpiteet ja rajoittamisessa käytetyt menetelmät vaikuttavat monella tavalla rajoittamisen kohteena olevaan henkilöön. Käytettäviä keinoja on mietittävä suhteessa asiakkaan ongelmiin sekä asiakkaiden ja henkilöstön turvallisuuteen.

Kehitysvammahuollossa tahdonvastaisten toimien säätely sisältyy vuonna 1977 annettuun lakiin kehitysvammaisten erityishuollosta (kehitysvammalaki). Pakon käyttöä hoidon aikana säätelee hyvin yleispiirteinen säännös, jossa pakon muotoja ei ole määritetty. Kehitysvammalain 42 §:n mukaan erityishuollossa olevaan henkilöön saadaan soveltaa pakkoa vain siinä määrin kuin erityishuollon järjestäminen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Kyseisen yleissäännöksen pakon käytön rajoittamisesta on tulkittu koskevan koko kehitysvammahuoltoa, niin tahdosta riippumattomasti kuin vapaaehtoisuuteen perustuvaa ja sekä laitospaikka- että avohuoltoa. Niin laitospaikka- kuin avohuollossa esiintyy monia tilanteita, joissa on vaikea suoralta kädeltä sanoa, onko kyse pakon käytöstä perusoikeusrajoitusten merkityksessä. (Koivuranta 2002, 52-53.)

Sosiaalhallitus antoi vuonna 1985 kehitysvammalaitoksille pakkotoimenpiteiden käyttöä koskevan ohjeen, jonka mukaan pakkotoimenpiteiksi luettiin eristäminen eristyshuoneeseen tai omaan huoneeseen, pakkolääkitys, osaston vaihto pakkotoimenpiteenä, lepositeiden käyttö, sitominen, hoitopaidankäyttö ja pakkosyöttäminen. (Sosiaalhallitus 1985)

Lähtökohta on se, että kehitysvammaisten henkilöiden palvelujen tarjoaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tullessaan vapaaehtoisesti palvelujen piiriin, esimerkiksi muuttaessaan asumisyksikköön tai osallistuessaan työtoimintaan, henkilö antaa suostumuksensa noudattaa palvelujen tarjonnassa yleisesti noudatettavia sääntöjä, jotka saattavat sisältää joidenkin perusoikeuksien lievästi rajoittamista. (Kumpuvuori 2006, 34). Henkilöllä on palvelujen tarjoamisen vapaaehtoisuuteen perustuen aina oikeus lähteä pois paikoista tai palvelujen piiristä, joissa palveluja tarjotaan esim. työtoimintapaikasta tai asumisyksiköstä. Henkilön oma suostumus tulee aina ottaa huomioon, ja jos sitä ei ole mahdollista saada, tulee kuulla hänen laillista edustajaansa. (Kumpuvuori 2006, 34)

Leena Matikan tekemän selvityksen mukaan monet pakkotoimiksi määritellyt toimenpiteet ovat yleisesti hyväksytyjä, koska niillä turvataan asiakasta itseään. Pakkotoimi ei siis aina ole ristiriidassa potilaan edun kanssa. Pakon käytön syiden on oltava hyväksyttäviä. Rajoituksen tarkoitus voi olla pyrkimys estää potilaan itsetuhoista käyttäytymistä. Eristäminen ja lepositeisiin sitomisen voidaan ajatella myös itsessään auttavan potilasta hallitsemaan psykiatrisia oireitaan kuten ahdistuneisuutta, levottomuutta, vainoharhaisuutta, aistiharhoja tai aggressiivisuutta. (Matikka 2000.)

5.1.2 Yksiköissä sovellettavat lait ja yksiköiden omat ohjeet

Tähän selvitykseen saatujen vastausten mukaan yksiköissä sovellettavaa lainsäädäntöä olivat laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, kehitysvammalaki ja mielenterveyslaki. Myös muista laeista oli vastauksissa hajamainintoja kuten esimerkiksi kansan-

terveyslaista, työsuojelulaista ja Suomen perustuslaista. Yksiköiden omat ohjeet olivat arjen kannalta tärkeitä.

Useissa yksiköissä on omia ohjeistuksia mm. väkivaltatilanteiden varalle. Käytössä on lomakkeita vaara- ja uhkatilanteista. Joissakin yksiköissä on myös laajempia ohjeistuksia suojaamis- ja turvaamistoimenpiteistä. Seuraavassa kuvataan muutamia laajempia organisaatiotason ohjeistuksia käytännön työtilanteisiin.

Esimerkki 1: Erään kehitysvammahuollon asumis- ja toimintayksikön suojaamis- ja turvaamistoimista annetussa ohjeistossa on teoreettista arviointia haasteellisen käyttäytymisen syistä ja sen ehkäisystä. Ohjeisto sisältää asiaa koskevaa lainsäädäntöä, sosiaalihuollon ohjeet sekä eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen 16.12.1996 antamassa päätöksessä esitettyjä näkemyksiä pakon käytöstä erityishuollon keskuslaitoksissa.

Ohjeen mukaan käytettäviä suojaustoimenpiteitä ovat rauhoittaminen kiinnipitämällä, rauhoittaminen omassa huoneessa, hoitopaidan tai -liivin käyttäminen, lääkitys vastoin tahtoa tai siirto suljetulle osastolle. Mainittuja toimenpiteitä saa käyttää ainoastaan hoidollisessa tarkoituksessa, kun asiakas on vaarallinen itselleen tai muille tai kun asiakkaan lääkinnällinen huolto tai erityishuollon järjestäminen sitä vaatii. Yksikön vastaavan henkilön tulee hyväksyä kaikki suojaamis- ja turvatoimet ja ne on kirjattava. Moniammatillisessa tiimissä on yhdessä asiakkaan, asiakkaan omaisen ja psykologin kanssa pohdittava vaihtoehtoisia keinoja ongelmatilanteen korjaamiseksi.

Perusoikeuksien kunnioittamisen tarkoitus ei ole jättää ketään vaille hoitoa. Rauhoittamista kiinnipitämällä, rauhoittumista omassa huoneessa tai muussa vastaavassa tilassa, sitomista, hoitopaitaa tai -liiviä tai lääkkeen, ruuan tai nesteen antamista voidaan pitää terveyttä ja hyvinvointia ylläpitävinä hoitotoimina. Hoitotoimenpiteestä tulee sopia yhdessä asiakkaan omaisen ja moniammatillisen tiimin kanssa. Siitä tulee olla erillinen suunnitelma, jonka lääkäri hyväksyy. Toteutuneet hoitotoimet kirjataan ja niiden tarpeellisuutta arvioidaan säännöllisesti.

Esimerkki 2: Eräässä toisessa ohjeessa lähtökohtana on, että suojaamistoimenpiteitä käytetään mahdollisimman vähän. Vaaratilanteeseen puuttumistapaa valittaessa käytetään vähiten asiakasta rajoittavaa hoidollista menettelyä, jolloin ensin otetaan käyttöön positiiviset vaihtoehdot, sitten neutraalit ja lopuksi negatiiviset vaihtoehdot, joista viimeisenä on tahdonvastaisten keinojen käyttö. Keinoista on neuvoteltava asiakkaan kanssa ja päätös tehdään moniammatillisesti.

Suojaamistoimenpiteiksi katsotaan huoneeseen sulkeminen, tahdon vastainen lääkitys, liikkumisvapautta rajoittavat toimenpiteet, kuten kiinnipitäminen, hoitopaitaan pukeminen tai muiden kuin hoitotoimenpiteiden, päivittäisten toimien tai omatoimisuuden vaatimien kiinnipitämismenetelmien käyttö, tahdon vastainen syöttäminen, osaston vaihto vastoin tahtoa ja muut niihin rinnastettavat erityishuollon järjestämisen kannalta välttämättömät toimenpiteet.

Päätöksen suojaamis- ja turvaamistoimenpiteiden käytöstä tekee lääkäri neuvoteltuaan muun hoitotiimin kanssa. Suojaamis- ja turvaamistoimenpiteestä voi poikkeuksellisesti päättää osastonhoitaja tai työvuorossa oleva vastaava hoitaja sellaisessa äkillisessä tilanteessa, jossa tilanteen hallinta on välttämättömästä henkilön terveyden tai oman tai toisen henkilön turvallisuuden kannalta, vaikka turvaamistoimenpiteen käytöstä ei olekaan lääkärin etukäteen antamaa yksilökohtaista ohjetta. Toimenpiteet on tällöin aina välittömästi saatettava osaston tai hoitokodin oman tai päivystävän lääkärin jälkikäteen hyväksyttäväksi.

Esimerkki 3: Tämän yksikön suojaamistoimenpiteohjeistuksessa korostetaan asiakkaan perusoikeuksia ja määritellään, mikä on suojaamistoimenpide. Suojaamistoimenpiteitä ovat hoitoon liittyvät välittömät toimenpiteet, liikkumis- ja toimintavapauden rajoitukset, turvallisuudesta huolehtiminen sekä siirrot hoitoyksiköstä toiseen. Uhka- ja väkivaltatilanteissa tarvitaan suojaamistoimenpiteitä ja tavoitteena on turvata henkilöä itseään.

Ennaltaehkäisy on ohjeen mukaan tärkeintä. Siihen vaikuttaa fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, palvelujen suunnittelu, yksilöön liittyvät seikat sekä työhyteisyys (koulutus, konsultaatio, kehittäminen). Suojatoimenpiteistä tehdään kirjallinen sopimus ja se on osa asiakkaan henkilökohtaista suunnitelmaa. Moniammatillinen tiimi laatii suunnitelman yhdessä asiakkaan ja mahdollisen omaisen tai edunvalvojan kanssa. Jos suojatoimenpiteiden tarve on ennalta tiedossa, niiden käytöstä sovitaan asiakkaan tullessa hoitokotiin. Mikäli haastava käyttäytyminen ei ole ollut aikaisemmin tiedossa, sopimus tehdään heti, kun sen tarve on havaittu.

Ohjeen mukaan jokainen henkilö, joka toimii kehitysvammahuollon asiakkaan kanssa, on vastuussa toimintansa oikeudenmukaisuudesta ja suojatoimenpiteiden asianmukaisuudesta. Jokainen työntekijä vastaa asiakkaan arvostavasta ja itsemääräämistä kunnioittavasta kohtelusta. Yksikön esimies vastaa siitä, että suojatoimenpidesopimus on tehty sitä tarvitsevalle asiakkaalle. Ohjeistuksessa korostetaan henkilökunnan perehdytystä ja ennalta ehkäisevää toimintaa.

Esimerkki 4: Seuraavaa ohjetta on referoitu hieman tarkemmin, koska se on erittäin tarkkaan ja monesta näkökulmasta mietitty. Suojatoimenpiteillä tarkoitetaan kehitysvammaisen asiakkaan hoitoon liittyviä rajoittavia toimenpiteitä, joita käytetään tilanteissa, joissa asiakkaan oma tai toisen henkilön turvallisuus on uhattuna, ja joiden tarkoituksena on suojata asiakasta tai muita henkilöitä. Ennen suojatoimenpidepäätöksen tekemistä on aina mietittävä, olisiko ongelmatilanteisiin mahdollista vaikuttaa muilla keinoilla, esimerkiksi henkilökuntaresursseja lisäämällä.

Asiakkaille tehdään moniammatillisesti yksilöllinen hoito- tai kuntoutussuunnitelma jossa määritellään kuntoutuksen tavoitteet ja menettelytavat sekä hoitollisesti välttämättömät liikkumis- ja toimintavapauden rajoitukset. Asiakas ja hänen omaisensa osallistuvat suunnitelmien tekemiseen mahdollisuuksien mukaan. Lääkäri hyväksyy ja vahvistaa allekirjoituksellaan päätöksen suojatoimenpiteestä. Päätös suojatoimenpiteestä on voimassa lääkärin määräämän ajan, korkeintaan 3 kuukautta. Yhteydenpidon rajoittamista koskeva päätös on

kuitenkin voimassa korkeintaan 30 vuorokautta kerrallaan. Toteutuneita suojaustoimenpiteitä käsitellään kaksi kertaa vuodessa pidettävissä suojaustoimenpiteiden seurantakokouksissa.

Kirjattavia suojaustoimenpiteitä ovat oireenmukaiseen hoitoon liittyvät välttämättömät toimenpiteet, joiden suorittaminen ajallaan on välttämätöntä asiakkaan terveyden kannalta (lääkitys tai pakkoruokinta) ja liikkumis- ja toimintavapauden rajoitukset, joiden tarkoituksena on lievittää psyykkistä oireilua ja/tai estää asukasta vahingoittamasta itseään tai muita (estetään poistumasta laitosalueelta tai käyttämästä puhelinta). Nämä henkilön liikkumis- tai toimintavapauden rajoitukset ovat sellaisia, jotka poikkeavat selvästi yksikössä vallitsevista yleisistä säännöistä ja tavoista.

Kirjattaviksi suojaustoimenpiteiksi ei katsota normaaliin kasvatukselliseen vuorovaikutukseen kuuluvaa rajojen asettamista toisen ihmisen käyttäytymiselle, konfliktitilanteissa hetkellistä fyysistä estämistä tai rajoittamista, jonka tuloksena viesti menee perille ja vaikuttaa välittömästi, asiakkaan omasta pyynnöstä tai omalla suostumuksella tapahtuvaa eristämistä tai rajoittamista (esim. siirtyminen omaan huoneeseen rauhoittumaan) tai yleiseen turvallisuuteen liittyviä rajoituksia, joilla estetään asukkaiden pääsy käsiksi mahdollisesti vaarallisiin esineisiin tai tarvikkeisiin.

Keinoja, joita voidaan käyttää suojaustoimenpiteinä, ovat asiakkaan eristäminen vastoin tahtoa eristyshuoneeseen tai omaan huoneeseen. Eristyksen tai huoneeseen lukitsemisen toteuttamiseksi voidaan käyttää kiinni pitämistä tai muita välttämättömiä voimakeinoja. Kiinni pitämisellä ilman apuvälineitä tarkoitetaan fyysistä kiinni pitämistä, joka on hetkellistä rajausta pitkäkestoisempaa ja selkeästi rajoittaa asiakkaan toimintavapautta. Fyysisellä ohjaamisella tahdosta riippumatta tarkoitetaan tavanomaista ohjaamista voimakkaampaa ja pitkäkestoisempaa fyysistä ohjaamista, joka on välttämätöntä asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen järjestämiseksi tai asiakkaan tai muiden henkilöiden turvallisuuden takaamiseksi. Rajoitaviin siteisiin ja muihin apuvälineisiin luetaan muun muassa hoitopaidan ja erilaisten rajoittavien asusteiden käyttö, tuoliin sitomi-

nen, vuoteeseen sitominen muutoin kuin lepositeillä, tavalliseen mattoon kääriminen ja turvamattoon kääriminen.

Lepositeillä tarkoitetaan erityisiä suojatoimenpidetarkoitukseen valmistettuja siteitä, joilla asiakas sidotaan vuoteeseen. Lepositeissä olevan asiakkaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. Lepositeiden käyttö on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä.

Jos asiakkaalla on hallussaan asiakkaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia esineitä tai aineita, päihteitä tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti haittaavia aineita tai esineitä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun suojatoimenpidepäätöksen perusteella. Jos asiakas puutteellisen ymmärryskykynsä tai sairaustilansa vuoksi todennäköisesti hävittäisi rahansa tai muut maksuvälineensä, ne saadaan ottaa toimintayksikön haltuun. Asiakkaan omaisuutta, esimerkiksi kirje tai lähetys voidaan samasta syystä myös tarkastaa. Samoin asiakkaalle voidaan myös tehdä henkilöntarkastus tai ottaa virtsa- tai sylkinäyte.

Asiakkaan yhteydenpitoa toimintayksikön ulkopuolelle saadaan suojatoimenpidepäätöksen perusteella rajoittaa, jos yhteydenpidosta on vakavaa haittaa asiakkaan hoidolle, kuntoutukselle tai turvallisuudelle tai jos rajoittaminen on välttämätöntä muun henkilön yksityiselämän suojaamiseksi.

Äkillisissä uusissa suojatoimenpiteiden käyttöä edellyttävissä tilanteissa, joihin soveltuvia valmiita toimintaohjeita ei ole, suojatoimenpiteitä käytetään tilanteen vaatimalla tavalla. Mikäli mahdollista, otetaan ennen suojatoimenpiteiden käyttöä yhteyttä hoitavaan lääkäriin tai päivystävään lääkäriin. Yhdessä lääkärin kanssa päätetään suojatoimenpiteiden käytöstä. Mikäli tilanteessa ei ole mahdollista neuvotella lääkärin kanssa, tekee päätöksen suojatoimenpiteiden käytöstä osastonhoitaja tai tilanteesta vastaava hoitaja, ja tilanteesta ilmoitetaan jälkikäteen lääkärille. Päätös suojatoimenpiteestä tehdään myös kirjallisena, ja esitäytetty lomake toimitetaan jälkikäteen lääkärin hyväksyttäväksi. Akuutin tilanteen rauhoituttua harkitaan, mitä jatkotoimenpiteitä tapahtuma

edellyttää ja millaisia toimintaohjeita pitää liittää asiakkaan hoito- tai kuntoutussuunnitelmaan.

Jos asiakkaan käyttäytyminen toistuvasti edellyttää suojatoimenpiteiden käyttöä, voidaan päätös suojatoimenpiteen käytöstä tehdä ennakoivasti. Tällöin kutsutaan koolle moniammatillinen työryhmä. Moniammatillinen työryhmä pohtii asiakkaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman pohjalta suojatoimenpiteen tarpeellisuutta ja menettelytapoja. Työryhmä kokoontuu niin monta kertaa, että se pääsee yksimielisyyteen suojatoimenpiteen käytön mahdollisesta syystä ja tarvittavista suojatoimenpiteistä. Oleellista on myös pohtia, mitä muita keinoja voidaan käyttää, jotta suojatoimenpiteiden tarve olisi mahdollisimman vähäinen. Työryhmän kokoontumistiheys riippuu aina asiakkaan tarpeista.

Ohjeet sisältävät myös toimintaohjeet väkivaltatapauksen sattuessa. Työterveyshuolto seuraa henkilökuntaan kohdistuneita väkivaltatilanteita. Niiden syitä ja määrää käydään läpi yhdessä työsuojelun, työnantajan ja turvayksikön kanssa. Työterveyshuolto tilastoi kaikki työtaturmat.

Vastausten mukaan yksiköissä oli hyviä ja kattavia ohjeistuksia. Eri asia on, miten näitä ohjeistuksia käytännössä noudatetaan. Lääninhallitukseen tulevien erilaisten yhteydenottojen sekä kantelujen valossa joissakin yksiköissä on ongelmia pakotteiden ja rajoitteiden käytössä.

5.1.3 Pakkotoimia koskevia selvityksiä ja kannanottoja

Leena Matikan selvityksessä käsitellyt erityishuoltopiirien ohjeet pakkotoimenpiteiden käytöstä olivat vuosilta 1986-1999. Osassa erityishuoltopiirejä ohjeiden uudistaminen oli selvitysajankohtana meneillään. Uusimmissa ohjeissa pakkotoimenpide-käsite oli muutettu suojaamis- ja turvaamistoimenpiteeksi. Kaikkiin ohjeisiin oli sisällytetty kirjaamismenettely. Ohjeet koskivat sekä laitosten että avohuoltoa. Ohjeiden mukaan päätösvalta toimenpiteistä oli lääkärillä tai tilannekohtaisesti sairaanhoitajalla. Selvityksen mukaan erityishuoltopiireissä käytettiin pakkotoimenpiteinä eristämistä, eristämistä omaan huoneeseen,

hoitopaidan käyttöä, sitomista, kiinnipitämistä, pakkolääkitystä, osastosiirtoa vastoin tahtoa sekä eräitä muita pakkotoimenpiteitä. (Matikka 2000)

Kehitysvammaisten laitoshoidon liittyviä suoja- eli pakkotoimenpiteitä selvitetiin Pääjärven kuntayhtymässä. Noin 10 %:iin laitoshoidossa olevista asiakkaista sovellettiin suojatoimenpiteitä, joista yleisin oli omaan huoneeseen lukitseminen. Kaksi kolmasosaa suojatoimenpiteistä alkoi yöaikana. Tutkimusryhmälle tyypillistä vertailuryhmään verrattuna oli keskimäärin nuorempi ikä, parempi fyysinen toimintakyky, heikommat vuorovaikutustaidot, ärtyisyys ja väkivaltainen käyttäytyminen, ahdistuneisuus, alavireisyys ja poikkeava käyttäytyminen. (Koskentausta ja Seppälä 2003, 499-504.)

Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen kannanoton mukaan (AEOA 16.12.1996) epäselvyyttä on esiintynyt sen suhteen, minkälaiset toimenpiteet katsotaan kehitysvammalain 42 §:n tarkoittamaksi pakon käytöksi. Esimerkiksi kehitysvammaisen lukitsemista omaan huoneeseen rauhoittamistarkoituksessa eivät kaikki laitokset ole pitäneet eristämisenä eivätkä siksi myöskään ole kirjanneet toimenpiteitä. Pakkoa on käytetty myös kasvatustarkoituksessa. Eli kehitysvammaisen on voitu eristää sen takia, että hän ei ole halunnut osallistua työtoimintaan. Pakkotoimista tehdyt merkinnät todettiin puutteellisiksi. Asukkaan eristäminen oli yleisin pakkotoimi. Toiseksi käytetyin pakonkäytön muoto oli asukkaan sitominen joko lepositeilla, erilaisilla pukineilla tai turvasiteillä. Sitomiseksi voidaan myös lukea kääriminen mattoon. Kannanoton mukaan asukkaan rauhottomuuden syihin vaikuttamiseen tulisi panostaa sekä aggressioiden kanavoimiseen muualle kuin toisiin asukkaisiin tai henkilökuntaan. Todettiin myös, että lääninhallitusten tulisi lisätä valvontaa alueidensa keskuslaitoksien pakkotoimien käyttöön. Eduskunnan apulaisoikeusmies toteutti kannanotossaan myös, että ohjeistusten tulee olla ajan tasalla, jotta henkilökunnalla on työvälineitä arjen tilanteisiin. (AEOA 1996)

Aila Kumpulainen teki selvityksen kuntien ja erityishuoltopiirien käsityksistä kehitysvammapalveluista. Selvityksen mukaan suurin kehitysvammapalvelujen asiakkaita koskeva muutos on viime vuosina ollut asiakkaiden ikääntyminen. Tämä puolestaan aiheuttaa asiakkaiden toimintakyvyn huonontumista ja

hoitoisuuden lisääntymistä sekä palvelutarpeiden muutosta. Samaan aikaan kehitysvammaisten palvelujen asiakasmäärä on useissa kunnissa kasvanut. Palvelujen sisältöön ja palvelutarpeeseen vaikuttaa mm. nuorten perheiden tietoisuus palveluista. He ovat usein vaativampia palvelujen suhteen kuin vanhemmat ikäluokat. Uudet asiakkaat ovat myös erilailla haastavia kuin vanhemmat. Heidän joukossaan on enemmän psyykkisesti oireilevia ja käyttäytymishäiriöisiä henkilöitä. Itsenäisesti asuvien sosiaaliset ongelmat ovat tulleet työn uudeksi haasteeksi. Asiakaskunnan tarpeiden muuttuminen tarkoittaa, että palvelujen tulisi mukautua muuttuneisiin tarpeisiin. (Kumpulainen 2007, 64.)

5.1.4 Palvelurakenteen muutosten aiheuttamia haasteita

Kuntien kannalta suurimmat palveluja koskevat muutokset tulevat palvelujen kunnallistamisen kautta ja laitoshoidon purkamisen kautta. Laitoshoidon on purettu ja asumispalveluyksiköitä on perustettu. Kunnat ovat alkaneet itse tuottaa asumispalveluja tai ne hankitaan ostopalveluna. Yksityisten palveluntuottajien määrä tulee lisääntymään ja asiakkaiden valinnan mahdollisuudet kasvavat. Kunnat näkivät rahapulaa tai palvelujen kalleuden haasteeksi noin kolmasosassa vastauksissa. Ongelmana nähtiin myös, että henkilökunta ikääntyy eikä uusia kehitysvamma-alan ihmisiä kouluteta missään Suomessa. (Kumpulainen 2007, 64-67.)

Kehitysvammaisten laitoshoidon hajauttaminen merkitsee laitoshoidossa asuvalle kehitysvammaiselle konkreettista muutosta muuttamisineen. Palveluntuottaja vaihtuu ja palvelujen sisällöt saattavat vaihdella. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan kehitysvammaisten omaiset olivat huolissaan uuden yksikön tarjoamista vapaa-aikaan ja elämiseen liittyvistä palveluista. Itse hoidosta ja hoivasta ei oltu huolissaan. Laitosympäristö mahdollistaa hyvin monenlaisen vapaa-ajantoiminnan sekä työtoiminnan järjestämisen. Kunnan tai yksityisen ylläpitämässä asumisyksikössä ei ole aina saatavilla kaikkia samoja palveluja tai ne ovat hankalammin saavutettavissa osana kunnan palvelujärjestelmää. Selvityksen mukaan osa omaisista sekä henkilökunnasta valittivat lisääntyntä kiirettä, jonka seurauksena vain välttämät-

tömin apu voidaan antaa. Lisääntynyt kiire johtuu työntekijöiden mukaan niukentuneista resursseista sekä työnkuvien muuttumisesta. (Pelto-Huikko, Kaakinen ja Ohtanen 2008, 66-69.)

Laitoshoidon purkaminen on asukkaalle kannalta hyvä asia, mutta siihen liittyy myös ongelmia. Johtava lääkäri Risto Kemppainen kirjoittaa Helsingin Sanomissa 19.8.2007, että laitoshoidon on purettu osittain vain muuttamalla laitosten nimiä laitostyöyksiköistä hoitokodeiksi. Laitosten ja hoitokotien erottaminen on monta kertaa vaikeaa. Aiemmin palvelut keskitettiin suuriin keskuslaitoksiin, jotka tuottivat asumispalvelujen lisäksi jokseenkin kaiken elämässä tarpeellisen. Nyt asukkaita on siirtynyt pienempiin asumisyksiköihin. Kunnat ovat halunneet järjestää palvelut edullisesti ja lähellä omaisia. Jos asiakas on ollut omatoiminen ja tarvinnut lähinnä asumispalvelua, palvelujen hajauttaminen kunnille tai yksityisille palveluntarjoajille on voinut toimia hyvin. Toisaalta painetta toiseen suuntaan eli takaisin tuetumpaan huoltoon on ollut havaittavissa jo ainakin 10 vuoden ajan. Huoltovalmiuden ylläpitäminen harvoja asiakkaita varten on kallista. Jos avohoito on niin avointa, että se kannattaa, on jo jouduttu tinkimään tuntuvasti asiakkaan tarvitsemista palveluista ja valvonnasta ja hän on käytännössä heitteillä. Yksikön kuormituksen on oltava sellainen, että järjestelmää kannattaa ylläpitää. Kannattavakin minimikoko on altis häiriötekijöille. Jos asukkaita halutaan hajauttaa pienempiin kunnallisiin yksiköihin nimenomaan kulujen pienentämiseksi, on ratkaisevasti heikennettävä hoidon tasoa, jotta taloudellinen tavoite toteutuisi. (Kemppainen 2007).

Kehitysvammaisten henkilöiden tarpeista huolehtiminen ja näihin liittyvien palvelujen tuottaminen ovat erityisosaamista ja ammattitaitoa vaativaa työtä. Keskuslaitoksilla on jo pitkään ollut vankka ja tiedostettu asema erityisosaamisen ylläpitäjänä ja kehittäjänä. Erityisesti autismissaaminen, mielenterveyskysymykset sekä haastavasti käyttäytyvien kehitysvammaisten hoitaminen ovat vahvasti edustettuna keskuslaitoksissa. (Pelto-Huikko, Kaakinen ja Ohtanen 2008, 70). Erityisosaamisen turvaaminen myös kunnallisissa ja yksityisissä yksiköissä onkin haaste. Ongelmana usein on liian vähäinen henkilökuntamäärä ja henkilökunnan puutteellinen alan koulutus. Haasteellinen asiakas-

kunta ja puutteelliset henkilöstöresurssit sekä määrän että laadun suhteen aiheuttavatkin haasteita hyvän hoidon toteutumiselle.

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen tulisi antaa suunta- viivat hyvälle hoidolle. Hyvä hoito tarkoittaa hyviä toimitiloja, jotka soveltuvat asiakkaiden tarpeisiin, sekä riittävää ja osaavaa henkilöstöä. Laatusuosituksen mukaan palveluiden järjestämisen perustana on ihmisten oikeus asianmukaiseen palveluun ja tukeen. Myös erittäin vaikeasti vammaisten henkilöiden osalta on syytä aina pohtia yksilöllisten tarpeiden ja itsemääräämisoikeuden todellista toteutumista. Turvallisten ja toimivien ratkaisujen toteuttaminen edellyttää asiakaslähtöisyyttä, tietoa, yhteistyötä ja riittäviä voimavaroja. (Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot... 2003, 31-32.)

5.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet

Eri yksiköiden vastauksia saatiin 33. Niistä 1/3:ssa ilmoitettiin, että yksikössä ei ole käytössä minkäänlaisia pakotteita ja rajoitteita. Pakote ja rajoite - käsitteiden merkitys oli vastauksissa ymmärretty monilla tavoin ja osin ristiriitaisesti. Joissakin vastauksissa pakotteet ja rajoitteet katsottiin samaksi asiaksi ja joissakin ne merkitsivät eri asiaa. Kolmasosassa vastauksista pakottamiseksi katsottiin sellaiset toimet kuten eristäminen ja rajoittamiseksi mm. liikumisvapauden rajoittaminen sekä henkilön tarkastukset. Useimmissa yksiköissä kuitenkin käytettiin vastausten perusteella jonkinasteisia rajoitteita, vaikka niitä ei erikseen mainittukaan. Usein ne sisältyivät yksikön sääntöihin. Joissakin yksiköissä käytettiin myös käsitettä suoja- tai turvaamistoimenpide. Useimmiten pakottamiseksi tai rajoittamiseksi katsottiin toiminta, johon ryhdytään asiakkaan tai toisen henkilön turvallisuuden ja hyvinvoinnin takaamiseksi, vaikka asiakkaalla olisi asiasta eriävä mielipide. Seuraava sitaatti kuvaa suurta osaa sellaisten yksiköiden vastauksista, jotka ilmoittivat käyttävänsä varsinaisia pakotteita ja rajoitteita.

”Pakottamiseksi katsotaan vastentahtoisten toimintojen suorittaminen. Rajoittamiseksi katsotaan erilaisten vapauksien esim. va-

paan kulkemisen estäminen. Pakottamista ja rajoittamista käytetään ainoastaan asiakkaan turvallisuuden varmistamiseksi sekä terveyden- ja sairaanhoitotoimenpiteiden suorittamiseksi.”

Pakotteita ja rajoitteita jouduttiin käyttämään hoidollisissa tilanteissa (lääketieteellinen hoito ja hammashoito) sekä tilanteissa, joissa asiakas käyttäytyi aggressiivisesti itseään tai muita kohtaan. Näistä oli yhteensä 20 mainintaa. Rajoittamis- tai pakottamistilanteita voi syntyä myös syömis- ja juomistilanteissa sekä asiakkaan peseytymisessä ja ulkoilutilanteissa. Ongelmia aiheuttaa, jos asiakas syö, juo tai ulkoilee liikaa tai liian vähän ja jos hän ei vapaaehtoisesti suostu peseytymään. Puhelimen käytön rajaamisesta oli myös muutama maininta. Tilanteissa on olennaista, että asiakas ei ymmärrä omaa tilaansa eikä omaa etuaan.

Kolmessa vastauksessa mainittiin rajoitteena omaan huoneeseen eristäminen ja neljässä vastauksessa mainittiin huoneen ovien lukitseminen. Kiinnipito on kehitysvammayksiköissä yleinen rajoitetoimi. Noin kolmasosassa vastauksista jouduttiin käyttämään kiinnipitoa. Henkilön tarkastuksista oli kaksi mainintaa ja erilisiä apuvälineitä kuten mattoon käärimisiä tai turvaliiviä käytettiin kahdessa yksikössä.

5.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet ja valvonta rajoitteiden käytön aikana

Suurimmassa osassa vastauksia pakottamis- ja rajoittamistilanteita voidaan ehkäistä, kun yksikössä on ammattitaitoinen henkilökunta, joka osaa seurata tilanteita ja reagoida niihin varhain. Tärkeänä nähtiin puuttua tilanteisiin johtaneisiin syihin. Henkilökunta tarvitsee sekä erityisryhmien hoitamisen osaamista sekä taitoa toimia ennaltaehkäisevästi tilanteissa sekä taitoa toimia kun tilanne on syntynyt. Suurin osa oli myös sitä mieltä, että asiakkaiden kanssa keskustelu, rauhoittelu ja turvallinen ilmapiiri ovat olennaisia tekijöitä ehkäisemään vaikeita tilanteita. Tilanteiden ehkäisyyn vaikuttaa, että henkilökunta tuntee asiakkaat (4 mainintaa), pitää kiinni yhteisistä säännöistä ja linjauksista (5 mainintaa), henkilökuntaa on riittävästi (5 mainintaa) ja henkilökunnan pe-

rehdytys on hoidettu (3 mainintaa). Oikea lääkitys estää myös tilanteiden syntymistä (4 mainintaa). Seuraavassa on muutama poiminta vastauksista.

”Vaikeavammaisten ja kehitysvammaisten palveluasumisessa käytetään ensisijaisesti ennakoivaa toimintaa, jossa asiakastuntemukseen perustuen asiakkaan kanssa tehdään tarvittaessa parityötä, jos on odotettavissa esimerkiksi hoito tai palvelutilanteissa asiakkaan mahdollista aggressiivista käyttäytymistä. Uudet ja tilapäiset työntekijät järjestetään työvuoroihin, joissa on aina kokenempi työntekijä työparina. Osana perehdyttämistä käydään läpi jokaisen työntekijän kanssa sekä riskien hallintaa että työturvallisuusasiat. Työpaikkakokouksissa käydään läpi säännönmukaisesti asiakastilanteita, joihin liittyy riskejä.”

”Pakotteiden ja rajoitteiden käytön ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä ovat yhteisten sääntöjen noudattamisesta huolehtiminen, kehottaminen ja keskustelu, asiakkaan havainnointi, kuuntelu ja yksilöllisyyden huomioonottaminen sekä oikeanlainen lääkitys.”

”Asukkaan kokonaisvaltainen huomioiminen, asukkaan voinnin huononemisen ennakoiminen on hyvin tärkeää. Ammattitaitoinen henkilökunta, koulutus ja itsensä kehittäminen. Henkilöstökokoukset sekä yhteistyönohjaus.”

Yksityisissä avohuollon yksiköissä pakotteiden ja rajoitteiden käyttö nähtiin ongelmana. Pikemminkin pidettiin tärkeänä sitä, että oikeanlaiset asiakkaat ovat oikeissa paikoissa, sillä kaikissa paikoissa ei voi käyttää suoja-toimenpiteitä. Liian haasteellisia asukkaita ei voi hoitaa kaikissa yksiköissä.

”Mielestämme kunnalla on suuri vastuu miettiä tarkkaan, mihin asiakkaan voi sijoittaa, jotta hän saa mahdollisimman parhaan tuen kuntoutukselleen. Asiakkaan haastavan käytöksen salailu sijoitustilanteessa saattaa johtaa paikkojen vaihtamisen kierteeseen ja asiakkaan käytöksen huonontumiseen ennestään.”

”Asukasvalinta tärkeää eli soveltuuko yhteisöön ja hyötykö yhteisöhoidosta.”

Asukkaiden siirtämisen laitoksista avohoitoon nähtiin olevan haasteellista, sillä siirrettävät asiakkaat ovat usein paljon hoitoa ja hoivaa vaativia. Vammaispalveluista vastaavien viranhaltijoiden osaamisessa mainittiin olevan myös puutteita. Yksityisissä yksiköissä myös toivottiin kuntien lisääntynyttä valvontaa ja ohjeistusta, jotta väärät käytännöt saataisiin karsittua.

”Laitoksia puretaan vinhalla vauhdilla ja avohuoltoon jo kustannussyistäkin sijoitetaan suljetulla osastolla asuvia. Tämä aiheuttaa suuria paineita heidän toiminnan suunnittelussa, heidän oikeuksiensa toteutumisessa, ympäristön suojelussa ja muussa toiminnassa. Olisi hyvä että olisi taho, joka seuraisi tehtyjä suojatöiden pidesopimuksia ennaltaehkäisevässä mielessä, jotta vakaviin puutteellisiin sopimuksiin ja käytäntöihin voitaisiin puuttua. Mielestämme henkilökunta ei toimi tahallaan väärin, vaan tiedottamisessa ja tiedon saannissa on ongelmia ja heikkouksia. Kuntien sosiaalityöntekijöiden ja heidän esimiesten vastuuta asioiden hoitamiseen korostaisimme myös. Heidän tiedoissaan ja toimissaan on paljon puutteita vähäisen tiedon takia.”

Vastauksissa nähtiin oleellisimpana asiana valvonnan tiivistäminen pakote- ja rajoitetoimenpiteiden käytön aikana. Kun pakkokeinoja käytetään, tarvitaan tehostettua valvontaa. Joskus tarvitaan myös henkilöstölisäystä ja saatetaan joutua antamaan asiakkaalle lisälääkitystä.

”Kun pakkoa joudutaan käyttämään, niin huolehditaan siitä, että henkilö ei pääse vahingoittamaan itseään. Tämä suoritetaan aktiivisen valvonnan avulla.”

”Tarvittaessa pyydetään toisesta ryhmäkodista hoitaja avuksi ”.

”Tärkeintä tilanteessa, jossa joudutaan toimimaan vastoin asukkaan tahtoa, on huolehtia sekä asukkaan, että paikalla olleen ohjaajan turvallisuudesta.”

Yksiköissä siis lisättiin valvontaa rajoitustoimien käytön aikana, mutta sen lisäksi toivottiin kuntien lisääntyntä valvontaa suhteessa yksityisiin yksiköihin ja niiden käyttämiin rajoitus- ja pakotetoimenpiteisiin.

5.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen

Pakotteita ja rajoitteita käytetään sekä äkillisissä että ennakoivasti tilanteissa, kun on tiedossa esimerkiksi asiakkaan aggressiivinen käytös. Äkillisissä tilanteissa pakotteista ja rajoitteista päättäminen on useimmiten paikalla olevan henkilökunnan vastuulla, mutta varsinaisen vastuun nähdään olevan johtajalla tai organisaatiolla. Päätöksiin pyydettiin jälkikäteen vahvistus lääkäriltä tai johtajalta.

”Äkillisessä tilanteessa ratkaisun tekee vuorossa oleva hoitaja. Tarvittaessa voi konsultoida vastaavaa hoitajaa tai toiminnanjohtajaa. Päävastuu hoidollisissa asioissa on vastaavalla hoitajalla ja ylin vastuu toiminnanjohtajalla.”

”Yllättävissä tilanteissa päätöksen tekee vastuuhoidtaja ja tapahtunut raportoidaan lääkärille mahdollisimman pian.”

Suurimman osan vastauksista mukaan pakotteet ja rajoitteet kirjataan useimmiten kuntoutussuunnitelmaan. Tällöin tehdään ennakoivia päätöksiä kirjamalla ne kuntoutussuunnitelman suojoitoimenpidesuunnitelmaosioon. Ennakoivista päätöksistä päätti usein lääkäri työryhmän kanssa. Suunnitelmien teossa asukkaiden vanhemmat tai omaiset olivat mahdollisuuksien mukaan mukana. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että mikäli suojoitoimenpiteen tarve oli toistuvaa jonkun kohdalla, siitä tehtiin päätös ennakoivasti ja merkittiin kuntoutussuunnitelmaan ja tarvetta mietittiin säännöllisin väliajoin. Omaisille kerrottiin tilanteesta. Seuraavassa on muutama tyypillinen esimerkki vastauksista.

”Vastuuhenkilö on aina lääkäri. Hän voi antaa luvan pakotteisiin asukkaan kohdalla etukäteen ja joka tapauksessa hänelle raportoidaan aina tilanteen jälkeen.”

”Jos asiakkaalla on esiintynyt käyttäytymistä, joka vaatii jonkinlaisia rajoituksia, tehdään hänen lähiverkostonsa kanssa yhdessä suojatoimenpidesopimus, joka liitetään osaksi kuntoutussuunnitelmaa. Sopimuksessa on pääpaino ennaltaehkäisyssä. Käyttäytyminen kuvataan mahdollisimman tarkasti, samoin käyttäytymistä edeltävät ennakkomerkit. Sopimukseen kirjataan ohjeistus siitä, miten toiminnalla ohjaaja voi saada kyseisen käyttäytymisen ilmenemisen estettyä. Samoin kuvataan mahdolliset laukaisevat tekijät. Suunnitelma ja sen tarpeellisuus tarkistetaan vähintään kuuden kuukauden välein. Mikäli ei-toivottua käyttäytymistä ei ilmene, suunnitelma poistetaan käytöstä.”

”Asukasta kuullaan ja hänen kanssaan neuvotellaan mahdollisuuksien mukaan. Omaiset voivat olla hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä mukana, jolloin he tulevat kuulluiksi.”

Kun on jouduttu tilanteisiin, joissa on käytetty pakottamis- tai rajoittamistoimenpiteitä, asioista keskustellaan jälkikäteen asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Seuraavassa on muutama esimerkki vastauksista.

”Omaisin otetaan yhteys välittömästi tai heti kun se on mahdollista. Asiakkaan ja omaisen kanssa keskustellaan tilanteista jälkikäteen, jolloin voidaan käsitellä myös erimielisyyksiä.”

”Tilanne käydään aina jälkikäteen läpi asiakkaan tai hänen vanhempiansa kanssa.”

Useimpien vastausten mukaan pakotteet ja rajoitteet kirjataan asiakastietoihin ja niitä seurataan säännöllisesti. Seuraavassa on tyypillinen vastaus.

”Pakotteiden ja rajoitteiden käyttäminen kirjataan aina asukkaiden papereihin. Jatkuva seuranta.”

5.5 Henkilökunnan turvallisuus

Useimmiten työntekijöillä oli jonkinlaista koulutusta ammattikoulutuksen lisäksi, mutta lisäkoulutustakin vastauksissa kaivattiin.

”Tarvitsemme selkeästi enemmän koulutusta pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön.”

Tärkeinä koulutuksina nähtiin ennaltaehkäisevä koulutus (kommunikaatiotaitojen opettelu erilaisten vammojen yhteydessä), työkyvyn ylläpitokoulutus, työnohjaus, ammattikoulutus, väkivaltakoulutus sekä yksikkökoulutukset, joissa käsiteltäisiin turvallisuusasioita.

Yksiköissä oli usein käytössä jonkinlainen hälytysjärjestelmä ja kannettavat puhelimet toimivat myös turvavälineenä. Vastausten mukaan turvallinen pukeutuminen on tärkeää. Työterveyshuollon rooli koettiin tärkeänä sekä tapahtumien jälkeiset työntekijöiden keskinäinen tuki ja jälkipuinnit. Ketään työntekijää ei saisi jättää vaikeiden asioiden kanssa yksin. Tärkeä on lisäksi se, että työsuojelutoimikunta käsittelee väkivaltailmoitukset.

”Yksiköissä on öitä lukuun ottamatta paikalla useita henkilöitä, joiden apua löytyy läheltä. Hälytysjärjestelmät ja ohjeistukset ovat käytössä. Henkilökuntaa kehoitetaan pukeutumaan siten, ettei vaatetus, korut, yms. aiheuta lisäongelmia ja vaaratilanteita. Henkilökunnalla on mahdollisuus käydä tilannetta läpi joko kollegan tai esimiehen kanssa. Jokaisella yksiköllä on mahdollisuus myös työnohjaukseen. Työterveyshuollossa on tietysti myös mahdollisuus käsitellä asiaa. Työsuojelutoimikuntaan lähetetään selvitys vaara- ja uhkatilanteesta, jossa ne käsitellään ja selvitetään, mi-

ten yksikössä tilanteiden osalta on toimittu ja ryhdytään toimenpiteisiin, jos tilanne sitä vaatii.”

6 Pakotteet ja rajoitteet mielenterveyskuntoutuksessa

6.1 Psykiatrisen sairaalahoidon

Mielenterveystyöstä säädetään mielenterveyslaissa. Lain mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöstään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluna. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä parantamista ja lievittämistä. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Vastuu lääketieteellisestä hoidosta kuuluu kuitenkin aina terveydenhuollolle. Mielenterveyspalveluja voidaan antaa avohuoltona terveyskeskuksissa ja psykiatrisilla poliklinikoilla. Laitoshoidon voidaan antaa terveyskeskussairaaloissa sekä erikoissairaanhoidon sairaalahoidon.

Lääninhallitus teki Etelä-Suomen läänin psykiatrisille sairaaloille kyselyn keväällä 2008. Vastaukset kyselyyn saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaanhoitoalueelta Kellokosken sairaalasta, Porvoon sairaanhoitoalueen Porvoon sairaalasta, Imatran kaupungilta, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiristä, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiristä.

Lisäksi Etelä-suomen lääninhallitus on vuoden 2007 aikana tarkastanut Etelä-Suomen läänin psykiatristen sairaaloiden mielenterveyslain 22 k §:n mukaiset potilaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevat ohjeet. Kyselyn ja tar-

kastusten johdosta Etelä-Suomen lääninhallitus toukokuussa 2008 esitti, että sosiaali- ja terveysministeriö tarkentaisi mielenterveyslakia eräiden lainkohtien osalta. Tarkennusta vaativia lainkohtia olivat sairaalassa omasta tahdostaan olevan potilaan tarkkailuun asettaminen, itselleen tai toisille vaarallisen potilaan rajoittaminen somaattisessa sairaalassa, poliklinikalla ja ei-psykoottisen perussairauteen liittyvien syiden tähden psykiatrisessa sairaalassa olevat, tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan siirto somaattiselle osastolle ja omaisuuden haltuunoton päätöksentekojärjestys. Lisäksi lääninhallitus esitti että sosiaali- ja terveysministeriö ottaisi kantaa lääkärin rekryointivaikeuksien seurauksena syntyneeseen ongelmatilanteeseen koskien vuokralääkärin valtuuksiin käyttää julkista valtaa.

Uutena ilmiönä psykiatrisissa sairaaloissa on tullut esille muun muassa kännykkäkameran käytön rajoittaminen toisten potilaiden yksityisyyden suojan turvaamiseksi. Valviran ja lääninhallitusten yhteinen työryhmä on laatinut asiassa soveltamisohjeet sairaaloille huomioiden myös laitosten järjestyssääntöjen suomat mahdollisuudet pelisääntöjen laatimisessa.

6.2 Asumispalvelut

6.2.1 Pakotteita ja rajoitteita koskevat säädökset ja ohjeet

Mielenterveyspalveluita toteutetaan mielenterveyslain nojalla myös sosiaalihuollossa. Mielenterveyslain 5 §:n mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveydenhäiriötä potevalle henkilölle on järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- tai palveluasumiseen. Asumispalvelujen järjestämisvelvollisuudesta säädetään tarkemmin sosiaalihuoltoa koskevassa lainsäädännössä. Sosiaalitoimen ohella myös terveydenhuollon viranomaiset ja toimintayksiköt järjestävät käytännössä asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille. Asumispalveluja on järjestettävä joko sosiaalihuoltolain tai vammaispalvelulain perusteella.

Asumispalveluissa asukas on avohoidossa ja hänen asumisensa perustuu vapaaehtoisuuteen. Tosin vapaaehtoisuus ei aina sisällä tosiasiallista valin-

nanvapautta, sillä asumispaikkoja on rajoitetusti. Asuminen asumispalveluyksikössä perustuu vuokrasuhteeseen. Kuntien sosiaali- ja terveystieteiden on huolehdittava siitä, että asukas saa tarvitsemansa muut kuntoutukseen tarvittavat palvelut asumisensa lisäksi. Asukkaiden hoidosta on tehtävä hoito- tai palvelusuunnitelma, jota on säännöllisin väliajoin ja tarpeiden muuttuessa päivitettävä.

Asumispalveluyksiköissä voidaan tarjota tuettua asumista, palveluasumista ja tehostettua palveluasumista kuntoutujan tuen tarpeen mukaan. Tuettu asuminen tapahtuu tukiasunnossa tai omassa yksityisasunnossa. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tarkoitukseen varatussa asumispalveluyksikössä. (Asumista ja kuntoutusta...2007, 18.)

Mielenterveyskuntoutujalla saattaa olla monenlaisia toimintarajoitteita. Hän tarvitsee usein omatoimisuuden ja asumisen harjoittelua. Usein apua tarvitaan päivittäisissä toiminnoissa, kuten henkilökohtaisen hygienian huolehtimisessa, ruokailun järjestämisessä, siivouksessa, pyykin pesussa sekä lääkärin ohjeiden mukaisessa lääkehoidossa. Kuntoutuksessa harjoitellaan raha-asioiden hoitoa, mielekästä vapaa-ajanviettoa sekä ihmissuhteiden hoitamista.

Asumispalveluyksiköissä on käytäntöjä, jotka rajoittavat asukkaiden toimintavapautta, mutta jotka eivät ole pakotteita perusoikeuksien rajoittamisen merkityksessä, mutta ne voivat tuntua pakolta. Säännöillä pyritään pääsemään kuntoutuksessa eteenpäin. Tällaisia ovat hiljaisuus, säännölliset ruoka-ajat, syömisen ja juomisen rajoittaminen, tupakoinnin ja alkoholin käytön rajoitukset, rahan käytön kontrollointi, puhelimen käyttörajoitus, liikkumisen valvonta, (asukkaan on esimerkiksi ilmoitettava, mihin ja koska aikoo lähteä), kotilomien rajoitukset, viikko-ohjelmaan kuuluvat tehtävät, aamupalaverit, painokontrollit, lääkkeiden otto, kieltäytymisestä seuraava uhka sairaalan joutumisesta, ylimääräisen lääkityksen ottaminen, aggressiiviseen käytökseen puuttuminen ja mielenilmaisujen rajoittaminen (Koivuranta 2002, 72).

Kyselyyn saatujen vastausten mukaan yksiköissä oli sovellettavat lait hyvin selvillä. Useimmiten sovellettiin mielenterveystilaa, lakia sosiaalihuollon asi-

akkaan asemasta ja oikeuksista, lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Myös muut lait kuten laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta, perustuslaki, vammaispalvelulaki saivat hajamainintoja. Yksiköissä sovellettiin erilaisia järjestyssääntöjä, laatukäsikirjoja ja erilaisia ohjeita ja suosituksia. Vastauksissa korostettiin asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamista.

6.2.2 Yksiköissä käytetyt pakotteet ja rajoitteet sekä niiden käyttöön johtaneet tilanteet

Kyselyn vastauksissa oli hajontaa eikä kyselyn rajauksissa osattu pysyä. Osaltaan tämä johtunee myös siitä, että kysely lähetettiin kuntien ohella myös pieniin yksityisiin toimintayksiköihin, jossa käsiteltävien kaltaisia asioita ei ole välttämättä niin perusteellisesti pohdittu.

Varsinaisiksi rajoitteiksi katsottiin liikkumisvapauden rajoitukset, henkilön tarkastukset, eristäminen, yleensäkin asiat jotka eivät ole yhdessä ja yhteisymmärryksessä sovittuja ja siis tahdonvastaisia.

”Erään vastauksen mukaan pakottamista on toimenpide, missä auktoriteettiasemassa oleva henkilö vaatii toista asemansa perusteella tekemään tai suorittamaan jonkin toimenpiteen.”

”Toisella auktoriteettiasema, pakottaminen tai painostaminen väkisin tekemään jotain, mitä ei halua tai olemaan jossain, missä ei halua, pakottaminen voi olla fyysistä tai henkistä, nujertamista pelottelulla.”

Vastausten ääripäinä voitaneen pitää mattoon käärimistä ja sumuttimen käyttöä ja toisaalta ulkoilua vain jonkun tietyn henkilön kanssa.

Toimintayksiköiden vastauksissa 17 ilmoitti, ettei heillä ole käytössä pakotteiksi tai rajoitteiksi määriteltäviä toimenpiteitä. Näissä yksiköissä korostettiin sääntöjä ja niiden noudattamista. Sääntöihin tutustuminen ja niihin sitoutumi-

nen nähtiin tärkeänä jo siinä vaiheessa, kun asukasta oltiin sijoittamassa yksikköön.

”Palvelukotiin voi muuttaa vain henkilö, joka haluaa itse muuttaa ja sitoutuu ennen muuttoa palvelukodin yhteisön sääntöihin ja sopimuksiin, jotka ovat rakentuneet vuosien varrella asukkaiden ja henkilökunnan yhteisten pohdintojen myötä viikottaisissa yhteisöhetkissä.”

Vastausten mukaan pakkoa ja rajoitteita käytetään tilanteissa, joissa asiakas tai potilas aiheuttaa vaaraa itselleen tai muille taikka jos asiakas ei ymmärrä omaa etuaan ja hänen terveydentilansa vaarantuu esimerkiksi ulos karkaamisen johdosta.

”Pakottamista saa käyttää vain sellaisessa tilanteessa, jossa on vaarana välitön hengenvaara.”

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa yhteiset säännöt, sopimukset, suunnitelmat, palaverit ja ohjaavat keskustelut katsottiin olennaiseksi osaksi hoitoa (hygienia, ruokailu, lääkkeet, kotiintuloajat, tupakointi, rahat, puhelin, päihteeet), jolloin sääntöjen vastainen toiminta saattoi aiheuttaa rajoittamiseksi katsottavan menettelyn käyttöä.

”Rajoittamistoimia tarvitaan, jos asukas toimii yhteisten tiedossa olevien sääntöjen vastaisesti.”

”Rajoittamistoimenpiteitä yksikössämme ovat rahankäytön kontrollointi, alkoholin poisottaminen, ruokatarvikkeiden säilöön ottaminen (suuret määrät), ruokailun järjestäminen asukkaan omaan huoneeseen tietyksi ajaksi ja kotilomien rajoittaminen, jos asukkaan kunto ei salli lomailua.”

”Kuntoutussuunnitelmaan merkitään, mitä tehdään yhdessä ohjaten ja mitä rajoitteita juuri hänen kuntoutukseen kuuluu. Esimer-

kiksi tupakointi vain tupakka-aikoina, päihteiden käytön rajoittaminen, päiväohjelmat ja ruokailu. Rutiineista pidämme kiinni.”

”Säännöt liittyvät valvottuun lääkkeiden ottoon, hiljaisuuden määrittämiseen, ulkopuolisten vierailuihin yhteisössä, väkivaltaisen käytöksen kieltäminen, päihteiden käytön kieltäminen.”

”Hoitokodissamme käytetään pakotteina, valvotaan lääkkeiden ottoa, vaaditaan syömään, vaaditaan ulkoilua, vaaditaan hygieniasta huolehtimista, vaaditaan vuorokausirytmien noudattamista.”

”Rajoitteita asetetaan kodin ulkopuolella liikkumisessa, rajoitetaan liiallista pesulla käyntiä, rajoitetaan rahan käyttöä, rajoitetaan tupakan polttoa ja rajoitetaan liiallista vedenjuontia.”

Säännöillä pyrittiin asukkaan ja yhteisön hyvinvointiin. Liiallinen syöminen, juominen tai tupakointi, voivat aiheuttaa yksilölle terveydellisiä ongelmia ja ne voivat johtua myös sairaudesta. Metelöinti tai aggressiivinen käytös taas vaikuttavat muiden asukkaiden hyvinvointiin. Säännöt nähtiin tarpeellisena toiminnan sujumisen, turvallisuuden sekä asiakkaiden kuntoutumisen kannalta. Ilman sääntöjä toiminta olisi johtanut suuriin käytännön ongelmiin.

6.2.3 Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennaltaehkäisevät toimet

Yleisesti voidaan todeta, että ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä on käytössä tai ainakin niitä osattiin nimetä varsin paljon. Suuressa osassa yksiköitä ammattitaitoinen henkilökunta (varhainen reagointi, seuranta) ja asiakkaiden kanssa keskustelu, rauhoittelu, turvallinen ilmapiiri olivat olennaisimpia ennaltaehkäiseviä toimia. Säännöt ja valvonta nähtiin myös ennaltaehkäisevinä toimintana. Lääkityksen oikeellisuus oli myös tärkeää. Hoitosopimuksen läpikäyminen nähtiin tärkeänä jo alkuvaiheessa, jotta asukasvalinta onnistuisi. Oikean asukasvalinnan nähtiin estävän jo ennakolta ongelmien syntymistä. Sijoittamisessa on tärkeää ennakkotiedon oikeellisuus ja rehellisyys. Tärkeää on, että oikeat asiakkaat ovat oikeissa paikoissa ja että yhteistyötä tehdään kunnan

kanssa. Tarvittaessa asukkaille on järjestettävä myös sairaanhoitoa, mikäli tarve sitä vaatii. Valvontaa yksiköissä tulisi lisätä.

”Puututaan ajoissa ongelmiin, oikeat ihmiset oikeassa asuinpaikassa, asiakkaiden seuranta, asukkaiden ja henkilökunnan kanssa yhdessä tehdyt säännöt ja sopimukset, asukas itse mukana itseä koskevista asioista päätettäessä, yhteisössä keskusteleva ilmapiiri, henkilökunta ohjeistukset, laatukäsikirja ja henkilökunnan koulutus.”

Muiden yksiköiden vastausten perusteella käytännössä valvontaa tehostetaan silloin, kun pakotteiden tai rajoitteiden käyttöön joudutaan turvautumaan. Mutta toisaalta oli useita vastauksia, joiden mukaan käytössä ei ole valvottavia toimenpiteitä.

”Potilasta ei jätetä yksin, ellei hän sitä halua. Estetään vahingoittamasta itseään ja huomioidaan potilaan toiveet. Muistutetaan mahdollisuudesta siirtyä sairaalahoitoon, mikäli kokee olonsa epämiellyttäväksi tai turvattomaksi. Henkilökuntaa soitetaan aina tarvittaessa lisää paikalle.”

Pakotteita ja rajoitteita käytettiin selvästi vähemmän mielenterveyskuntoutujiensa asumispalveluyksiköissä kuin kehitysvammahuollossa. Yksi syy voi olla se, että kun mielenterveyskuntoutujan kunto heikkenee, hänet yritetään saada sairaalahoitoon. Toisaalta sairaalahoitoon saamisessa todettiin olevan ongelmia, sillä sairaalan ”kynnys” on usein liian korkea.

”Tarvitaan selkeitä ohjeita siihen, miten saadaan vaikeasti käytäytyvä asukas mahdollisimman nopeasti jatkohoitoon. Sairaalan pitäisi ottaa vastaan akuutisti aggressiiviset asiakkaat.”

6.2.4 Rajoitteista päättäminen ja niiden kirjaaminen

Mielenterveyskuntoutujien asumisyksiköissä korostuu avohuolto, asumisen vapaaehtoisuus ja sitoutuminen hoitoon ja asumiseen. Pakotteet ja rajoitteet käsitellään kuntoutussuunnitelmassa. Niissä ei kuitenkaan mainita esimerkiksi suojatoimenpidepäätöksiä, vaan kyse on lähinnä keinoista joilla päästään hoitosuunnitelmassa määriteltyihin tavoitteisiin.

”Rajoitteiden käyttö on sovittu jo etukäteen kuntoutumissuunnitelmassa ja hoitoneuvotteluissa, asukkaan omaisten ja lääkärin kanssa.”

”Pakotteista ja rajoitteita päättää äkillisissä tilanteissa vuorossa oleva henkilökunta tai ennakkoiden tilanteita yhteisön säännöt toimivat päätösten pohjana. Asukkaan tahtoa pyritään selvittämään kuulemalla hänen laillista edustajaansa.”

”Pakotteet ja rajoitteet kirjataan perusteluineen aina sairauskerptomukseen. Potilaan ja omaisten kanssa keskustellaan toimenpiteiden perusteluista. Mahdolliset erimielisyydet pyritään ratkaisemaan keskustelemalla ja keskustelu kirjataan.”

”Asukkaan rajoitteet kirjataan hänen asukastietoihin ja kuntoutussuunnitelmaan. Rajoitteiden käyttöä seurataan ja valvotaan yhdessä henkilökunnan kanssa, niistä keskustellaan myös asukkaan omaisten ja edunvalvojan kanssa.”

Äkillisissä tilanteissa vuorossa oleva henkilöstö joutuu toimimaan, mutta usein otetaan yhteys johtoon ja toimissa tulee useimmiten olla lääkärin lupa. Asia käydään asiakkaan ja omaisen kanssa läpi. Rajoituksilla on selkeä kesto.

”Äkillisessä tilanteessa työvuorossa oleva työntekijä toimii päätöksentekijänä. Yhdessä sovitut ohjeistukset ohjaavat tilanteeseen joutuvan työntekijän toimintaa.”

”Pakotteista ja rajoitteista päättää hoitava lääkäri ja hän poissa ollessaan päivystävä lääkäri. Näiden kesto arvioidaan jatkuvasti ja ne puretaan heti kun mahdollista.”

6.2.5 Henkilökunnan turvallisuus

Turvallisuuteen liittyy henkilöstön asianmukainen koulutus. Oman ammatillisen koulutuksen nähtiin antavan hyvän pohjan työskentelylle koskien myös pakotteita ja rajoitteita. Suuressa osassa vastauksia todettiin, että koulutusta on riittävästi. Työpaikkakoulutukset nähtiin tärkeinä. Osa oli sitä mieltä, että koulutusta tarvittiin lisää nimenomaan pakote- ja rajoitetilanteista. Perehdytys nähtiin myös tärkeänä. Onnistuneessa perehdytyksessä pohdittiin myös vaikeita tilanteita ja niissä selviytymistä ja käytiin läpi yksikön ohjeistuksia. Työnohjaukset ja yksikköpalaverit nähtiin myös tärkeinä. Niissä voitiin käsitellä yksikön kannalta ajankohtaisia asioita sekä myös pakotteisiin ja rajoituksiin liittyviä kysymyksiä.

”Henkilökuntapalaverissa on ohjeistettu miten toimittaisiin yllättävissä tilanteissa ja miten sellaisia tilanteita voidaan välttää.”

Vastausten mukaan useissa yksiköissä oli hälytysjärjestelmä. Hälytysjärjestelmiä oli väkivaltatilanteiden varalle sekä järjestelmiä, jotka ilmaisivat, jos joku oli lähdessä karkuteille. Kannettavat puhelimet toimivat myös turvallisuuden jatkeena. Yhdessä yksikössä oli käytössä pippurisumuttimet. Vaara- ja väkivaltatilanteiden jälkipuinti nähtiin tärkeänä. Jälkipuinti, työterveyshuolto ja työsuojelu olivat olennaisia asioita turvallisuuskysymyksissä. Yksikön ja työterveyshuollon ohjeistukset ovat vastausten mukaan tärkeitä. Turvallisuuteen liittyy myös turvallinen pukeutuminen, joka nähtiin erittäin olennaisena asiana. Työyhteisön tuki nähtiin tärkeänä itse tilanteessa että myöhemmin tilanteesta keskusteltaessa.

”Hoitokodissamme on käytössä hälytysjärjestelmä uhkaavien tilanteiden varalta. Jälkipuintia teemme henkilökuntapalaverissamme sekä tarvittaessa työnohjauksessa.”

”Työvaateita ei ole, mutta suotavaa olisi, että vaateissa on helppo liikkua eikä ole vaarallisia koruja esimerkiksi roikkuvia korvakoruja tai kaulan ympärillä olevia ketjuja.”

”Työterveydenhuollon ohjeita tulee myös noudattaa”.

7 Johtopäätökset

7.1 Yleistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöjä kuvaavan kyselyn aineiston perusteella pakon käyttö tai itsemääräämisoikeuden rajoittaminen eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä yhtenäisin edellytyksin ja menetelmin toimeenpantava hoidon ja huollon osa. Kautta linjan vastauksista nousee esiin tietynlainen epäyhtenäisyys tai ristiriitaisuus. Vain hyvin harvaan kysymykseen saadut vastaukset olivat sellaisia, että niiden osalta voisi muodostaa käsityksen sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisestä toimintatavasta. Käytäntöjen eriytyminen vaikeuttaa selkeän kokonaiskuvan saamista sekä pakotteiden ja rajoitteiden käytäntöjen laillisuuden arviointia ja rajanvetoa. Osaltaan vaikutelman synty voi johtua käytetystä kyselyn toteuttamistavasta ja avoimista vastauksista.

Vastausten valossa vaikuttaa siltä, että pakon ja rajoittamisen käsitteiden sisältöä ei ymmärretä yhtenäisesti tai ei tunnisteta toimintayksiköiden vakiintuneita toimintakäytäntöjä ja sääntöjä asiakkaan tai potilaan perusoikeuksien rajoittamiseksi. Vaikka kyselyn rajaus pyrittiin tekemään selkeästi ja valtakunnalliseen ohjausmateriaaliin nimenomaisesti viitaten, monessa vastauksessa käsiteltiin laaja-alaisesti koko toimintayksikön tai palveluntuottajan keinovalikoimaa haasteellisten tilanteiden hoitamisessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovan viranomaisen kannalta laajoja vastauksia ja pohdintoja on kuitenkin

pidettävä siinä mielessä onnistuneina, että ne osoittavat monen palveluntuottajan tosissaan paneutuneen aihepiiriin. Monesta vastauksesta olikin pääteltävissä, että kysely oli saanut toimintayksiköt arvioimaan olemassa olleiden käytäntöjen ja ohjeistusten asianmukaisuutta.

Osaksi vastausten vaihtelevuus ja epämääräisyys johtuvat siitä, että esimerkiksi vanhustenhuollosta pakotteiden käyttöä koskeva lainsäädäntö puuttuu kokonaan ja kehitysvammahuollossakin se on puutteellinen. Selkeä lainsäädäntö olisikin omiaan edesauttamaan asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien toteutumista ja yhtenäistämään käytäntöjä. Suurimmassa osassa vastauksissa mainittiin toive ja tarve pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä koskevaan selkeään lainsäädäntöön ja raportointikäytäntöön kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla. Ohessa eräs poiminta vastauksista:

”Kehitysvammalaki ei anna yleisluontoisen määrittelyn lisäksi minkäänlaisia ohjeita pakotteiden ja rajoitteiden käytön perusteista, käytännön toteutuksesta tai seurannasta. Uutta lakia on odotettu jo vuosia, ja tämän hetkisessä kehitysvammaisten palvelurakenteen muutosvaiheessa uuden lain toivotaan ottavan huomioon paitsi laitosasumisen myös kuntien ja kuntayhtymien sekä yksityisen palveluntuottajien järjestämiseen, avohuollon asumis- ja työtoimintapalveluihin liittyvät olosuhteet ja tarpeet.”

Selkeä lainsäädäntö edesauttaisi asiakkaiden ja potilaiden oikeuksien toteutumista sekä myös henkilökunnan oikeusturvan toteutumista, niin kuin se on tehnyt psykiatrisen sairaalahoidon osalta, jossa vuonna 2002 tehty mielenterveyslain muutos on selkeyttänyt perusoikeuksien rajoittamisen käytäntöä. Lainsäädännön katsottiin tukevan riittävästi psykiatrisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan potilaan hoitoa, mutta somaattiselle puolelle kaivattiin samalla tavalla selkeyttävää lakia tai ohjeistusta. Useissa psykiatristen sairaaloiden vastauksissa koettiin edelleen puutteena se, että ei ole olemassa yhtenäistä valtakunnallista ohjeistusta mielenterveyslain tarkoittamien pakko-toimien soveltamisesta. Sairaaloiden ohjeiden todettiin olevan heterogeenisiä.

7.2 Pakotteiden ja rajoitteiden käytäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät toivovat yksityiskohtaista määrittelyä siitä, mikä on pakottamista ja rajoittamista. Vastausten perusteella voidaan todeta, että pakotteiden ja rajoitteiden käyttö on selkeimmin rajattu asiakkaan tai potilaan oman hoidon tarpeeseen taikka vaaran aiheuttamiseen itselleen tai muille. Pakotteiden ja rajoitteiden käyttö muussa tarkoituksessa ei ole hyvien ammattikäytäntöjen mukaista.

Eri palvelualojen osalta pakotteiden tai rajoitteiden käytössä on jonkin verran eroja. Dementoituvan ikäihmisen fyysinen sitominen on yleisin vastauksissa esiin tuotu liikkumisen vapauden rajoitus tai sen poisottaminen. Lisäongelmana nousi esille erittäin vaikeahoitoisten dementioiden lisääntyminen. On olemassa tiettyjä dementian muotoja, joihin liittyy hyvin voimakas potilaan aggressiivisuus, jonka hoitaminen vaatii erityisosaamista. Liikkumista rajoittavia tekijöitä ovat myös lukitut hoitoyksiköt ja huoneet, erilaiset valvonta- ja hälytyslaitteet tai vuoteen ylös nostetut laidat. Vanhustenhuollon osalta ei vastauksissa noussut laajemmin esille mitään selkeää ylilyöntiä osoittavaa käytäntöä, rangaistuksenluonteisia tai muita ammatillisesti vieraita tarkoituksia. Laillisuusnäkökulmasta kyseenalaisena voidaan kuitenkin pitää esimerkiksi käytäntöjä, joissa vanhus eristetään omaan huoneeseensa, hänen omaisuuttaan otetaan hoitohenkilökunnan haltuun tai yhteydenpitoa läheisiin rajoitetaan. Vanhuksen hyvän hoidon tai huollon toimeenpanolla taikka toisten henkilöiden turvaamisella mainitut käytänteet eivät ole vaikeuksista perusteltavissa. Samoin vanhuksen itsemääräämisoikeuden ja yksilötarvetta toteuttavan ammatillisesti hyvän sosiaali- tai terveydenhuollon toimeenpanon kannalta erilaiset järjestelmälliset ja laitosomaiset käytänteet esimerkiksi vanhusten WC-käynneissä voidaan perustellusti kyseenalaistaa. Mainitut käytännöt ovat yhteydessä riittävään hoitohenkilökunnan määrään, jota monessa vastauksessa peräänkuulutettiin.

Kehitysvammaisten palveluyksiköissä esiintyi jonkin verran haasteellista käytäntöä ja rajoitetoimia myös käytettiin. Kiinnipitäminen on yleinen pakote ja rajoitetoimi. Lisäksi käytettiin eristämistä, liikkumisen rajoittamista, lukittuja

ovia ja henkilön tarkastuksia. Kehitysvammaisten kohdalla olivat käytössä ennakoiivat päätökset. Nämä päätökset olivat moniammatillisesti omaisten ja henkilön itsensä kanssa laadittuja. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että ne eivät ole asiakkaan kohdalla ikuisia, vaan että päätökset puretaan heti, kun niitä ei enää tarvita. Kehitysvammahuollossa on tällä hetkellä haasteena ammattitaitoisen työvoiman saanti. Ammattitaitoinen henkilökunta ja sen määrä ovat kuitenkin avainasemassa, jotta hyvä hoito ja hoiva toteutuvat ja mahdollisimman vähän rajoitetoimia tarvitaan. Lisäksi toiminnassa käytettävien turvavälineiden tulisi olla asianmukaisesti hyväksytyjä.

Mielenterveyspalveluissa korostuivat erilaisten turvallisuusvälineiden käyttö haasteellisten asiakkaiden tai potilaiden kanssa työskennellessä. Mielenterveyspalveluissa korostuivat toimintayksiköiden sääntöjen merkitys hoidon toteuttamisessa. Se, onko yksiköissä pohdittu erilaisten järjestyssääntöjen suhdetta itsemääräämisoikeuden ja pakon tai rajoittamisen käsitteisiin, ei vastuksista selkeästi ilmene.

Asumispalveluissa asuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Lukittujen ovien takana pitäminen ei kuulu vapaaehtoiseen asumiseen. Sen sijaan käytössä tulisi olla tarpeeksi henkilökuntaa tai teknisiä apuvälineitä, esimerkiksi demensiasilmukoita. Asukkaan kunnon huonontuessa, hänen tulisi päästä joustavasti sairaalahoitoon. Yksiköissä tulisi miettiä niiden käyttämiä sääntöjä kriittisesti, jotta ne eivät loukkaisi asukkaan itsemääräämisoikeutta tarpeettomasti. Liiallinen sääntely ei kuulu asumiseen, mutta tietyt säännöt ovat tarpeen yhteisöissä. Asumispalvelujärjestelmän tulisi tarjota enemmän yksilöllisempiä asumisratkaisuja, sillä yhteisössä asuminen voi olla hyvin haasteellista ilman mielen-terveysongelmiakin.

Kaikilla selvityksenalaisilla palvelualoilla on ehdottoman tärkeää, että henkilön koskemattomuuteen kajotaan vain silloin, kun on kyse välittömästä henkilön suojelusta. Henkilön perusoikeuksia ei saa rikkoa esimerkiksi antamalla asukkaalle ulostuslääkkeitä, laittamalla hänet aikaisin nukkumaan, lääkitsemällä salaa tai pitämällä lukkojen takana pelkästään työorganisatorisista syistä.

Vastausten perusteella voidaan sanoa, että toimintayksiköt ovat pyrkineet varmistamaan tahon, jonka ammatilliseen arvioon pakotteiden käyttö perustuu. Useimmiten tämä taho on lääkäri mutta myös muu hoitohenkilökunta voi vuoronsa aikana joutua asiallisesti päätöksentekijäksi. Toisin kuin esimerkiksi laitokseen sijaishuoltoon sijoitettujen lasten tai tahdonvastaisessa mielenterveyshoidossa olevien kohdalla on asianlaita, päätös voidaan tehdä myös ennakollisena ilman että välitön tarve johonkin toimenpiteeseen olisi käsillä. Osin tarve tähän nousee käytännön vaatimuksista: esimerkiksi eräässä kehitysvammalaitoksessa päätöksiä tehdään vuodessa tuhansia.

Erityisesti henkilön fyysiseen koskemattomuuteen puuttuvat toimenpiteet nähdään sellaisina hoitopäätöksinä, joiden tulee perustua hoitovastuussa olevan lääkärin tekemään ratkaisuun. Kun päätös on tehty, päätöksen toteuttaminen jää asiakkaan tai potilaan hoidosta välittömästi vastaavien hoitotyön ammattihenkilöiden vastuulle. Ongelmallista päätöksenteon ja vastuiden kannalta on, että toimintayksiköiden käytettävissä ei aina ole sellaista yksikön omaa lääkäriä, joka voisi olla välittömiä hoitoratkaisuja tekemässä. Tässä mielessä moniammatillinen ennakollinen arviointi ja päätöksenteko ovat tärkeitä. Vastausten mukaan asiakkaan tai potilaan valvontaa miltei poikkeuksetta on mahdollista tehostaa eri toimenpiteiden käytön aikana. Lisäksi toimenpiteillä on useimmiten selkeästi määritelty kesto, joka kirjataan asiakirjoihin.

Vastauksista voidaan tehdä johtopäätös, että asiakas- ja potilaslaissa edellytetty henkilön oman tahdon selvittäminen on osa toimintayksiköiden käytäntöä. Mikäli henkilö ei kykene käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, korostuu vastauksissa omaisten aktiivinen rooli. Joissakin tilanteissa omaisten ja edunvalvojan vaatimukset voivat kuitenkin olla ristiriitaisia eivätkä välttämättä henkilön oman oletetun tahdon ja edun taikka hoitohenkilökunnan näkemysten mukaisia. Myös lääninhallituksen oma valvontakäytäntö tukee näkemystä, että asiakkaan tai potilaan kuulemiseen ja henkilön tahdon selvittämiseen voi liittyä ongelmallisia tilanteita. Tärkeää onkin korostaa tässä asiassa avoimuutta.

Koska nyt käsiteltävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualojen osalta ei ole kirjoitettua lainsäädäntöä pakotteiden ja rajoitteiden muodollisesta päätök-

senteosta, korostuu niiden käytön kirjaamisen merkitys. Toisin kuin terveydenhuollon lainsäädännössä, jossa on yksityiskohtaiset ja seikkaperäiset säännökset potilasasiakirjojen laatimisesta ja niihin merkittävistä tiedoista, sosiaalihuollon 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 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.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovan viranomaisen kannalta ja myös asiakkaiden ja potilaiden sekä ammattihenkilökunnan oikeusturvan kannalta on tärkeää, että pakotteiden ja rajoitteiden käyttö on asianmukaisesti ja systemaattisesti kirjattu. Pakotteiden ja rajoitteiden käyttö kirjataankin vastausten mukaan poikkeuksetta. Eräät yksiköt jopa seuraavat kirjaamiskäytäntöjä, mitä on pidettävä hyvänä menettelynä. Kiire tai hoitohenkilökunnan vähyys saattavat kuitenkin johtaa siihen, että kirjaukset jäävät epätarkoiksi tai tulkinnanvaraisiksi. Kirjausten asianmukaisuus korostuu erityisesti tehtäessä ennakoivia päätöksiä. Sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan tulisi pyrkiä parantamaan pakotteiden ja rajoitteiden kirjaamista.

Pakotteiden ja rajoitteiden toimeenpanoa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä on toimintayksiköissä selvästi mietitty, koska tältä osin vastaukset olivat monipuolisia. Tärkeimmäksi nousee riittävä ammatillisesti kelpoisen ja asiakkaiden ja potilaiden taustat tuntevan henkilökunnan määrä. Tärkeänä seikkana on myös korostettava toimintayksiköiden kodinomaisuuden ja vallitsevan hoitokulttuurin merkitystä yksilöllisen hoidon antamisessa sekä laitostumiseen ja hoidon rutineihin sisältyvien toimenpiteiden ehkäisyssä. Kysymys on esimerkiksi dementoituvan henkilön inhimillisestä kohtelusta häntä suojaten ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Se, mitä periaatteita noudattamalla asiakkaita tai potilaita koskevat päätökset tehdään, muodostuu näissä tilanteissa ratkaisevaksi. Tärkeäksi näyttäisi muodostuvan myös sen seikan korostaminen, että

asiakkaan tai potilaan levottomuuden asianmukaisen hoidon tulisi perustua ensi sijassa levottomuuden syiden tunnistamiseen ja levottomuutta aiheuttavien tekijöiden poistamiseen.

Asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeus saattaa vastausten mukaan joskus olla myös nimellistä esimerkiksi asumisen, liikkumisen tai vaikkapa wc:ssä käymisen suhteen. Jotkut asiakkaat voivat olla alun perin sijoitettu ilman omaa suostumusta asumisyksiköihin ja he eivät voi liikkua vapaasti tai he eivät voi asioida wc:ssä silloin kun on tarve. Käytössä olevat resurssit kuten asumisyksikkökanta sekä henkilöstöresurssit vaikuttavat asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Henkilöstöresurssit vaikuttavat myös asukkaan asianmukaiseen hoivaan ja turvallisuuteen.

Oleellista pakotteiden ja rajoitteiden käytössä ja eri hoitovaihtoehtojen arvioinnissa on myös suhteellisuusperiaatteen noudattaminen eli lievimmän puuttumisen periaate. Rajoitustoimenpiteiden on oltava asianmukaisia, tarpeellisia ja oikein mitoitettuja sen tavoitteen kannalta, johon kysymyksessä olevalla toimella pyritään. Periaatteen noudattaminen edellyttää, että rajoitetoimenpiteet mitoitetaan alimmalle sellaiselle tasolle, jolla saadaan aikaan tarvittava vaikutus. Ei esimerkiksi ole yhdentekevää, rajoitetaanko vanhuksen liikkumisvapautta sitomalla vyöllä tuoliin vai käytetäänkö asianmukaisesti suunniteltua ja hyväksytyä apuvälinettä, esimerkiksi geriatria tuolia. Pakotteista tai rajoituksista päätettäessä on huomioitava asiakkaalle tai potilaalle koituvat haitat ja hyödyt ja punnittava niitä tasapuolisesti keskenään. Tässä tehtävässä onnistuminen edellyttää paitsi monipuolista ja moniammatillista hoidon ja huollon vaihtoehtojen arviointia, myös kykyä soveltaa itsemääräämisoikeutta koskevia asiakas- ja potilaslain säännöksiä sekä perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien tuntemusta ja omaksumista osaksi käytännön toimintaa.

7.3 Henkilökunnan riittävyys ja koulutus

Yleisesti vastauksista voi vanhusten-, kehitysvamma- ja avohuoltona toteutettavan mielenterveyspalvelujen osalta todeta, että ammatillisesti kelpoisen henkilökunnan riittävyys on avainasemassa, kun pohditaan pakotteiden ja ra-

joitteiden käyttöä, käytön ehkäisyä ja siihen vaikuttamista. Useiden vastausten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kuormitus tilanne on omiaan lisäämään rajoitustoimien tarvetta. Monessa vastauksessa tuodaan esiin se, että henkilöstömitoituksen sääntelyn tulisi olla lakitasoista.

Tärkeää on myös ohjata henkilökunta yhtenäiseen täydennyskoulutukseen, koska toimintayksiköissä ja palveluntuottajilla näyttäisi olevan hajanainen käytäntö lisäkoulutuksen järjestämisen suhteen. Myös kuntien käyttäessä ostopalvelua yksityiseltä palvelujen järjestämiseen, yhteistyö, ohjaus- ja valvontakäytännöissä on vaihtelua ja se on kokonaisuutena vastauksia arvioitaessa liian vähäistä. Yksittäisiä ylilyöntejä ei valvontatoimenpiteinkään pystytä missään olosuhteissa täysin estämään. Valvonnan osalta vastauksista nousikin esiin, että sen lisääminen on nykytilanteessa ja hoitajapulassa vaikeaa.

Haastavien asiakasryhmien kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan turvallisuudesta huolehtiminen on vastausten mukaan pääosin huomioitu jokaisen palveluntuottajan tai toimintayksikön toiminnassa. Lisäksi tulee huolehtia riittävästä erityisosaamisen konsultaation mahdollisuudesta erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi neurologian tai psykiatrian alueilta.

7.4 Yksiköllisen hoitopaikan arviointi

Vastauksissa korostuu asiakkaiden ja potilaiden sijoittaminen sellaiseen sosiaali- tai terveydenhuollon yksikköön, joka henkilöstörakenteeltaan ja muilta toimintaedellytyksiltään kykenee vastaamaan oikealla tavalla asiakkaan tai potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen. Oleellista on, että hoitoketju toimii ja että asukkaan terveyden huonontuessa hän pääsee joustavasti sairaalahoittoon.

Laajempänä ongelmana pidetään sitä, että asiakkaita ja potilaita hoidetaan epätarkoituksenmukaisissa ja heille sopimattomissa tai väärissä hoitoyksiköissä ja yleisosastolla, kun tavoite tulisi olla hoito asiaan perehtyneissä yksiköissä. Aukkaiden sijoittamisessa yhteistyö kuntien ja yksiköiden välillä on erittäin tärkeää, jotta kunnissa osataan sijoittaa oikeat asukkaat oikeisiin paikkoi-

hin. Tärkeää sijoittamisen yhteydessä on myös oikeanlaisen tiedon antaminen, jotta sijoitus onnistuisi.

8 Kehittämisehdotukset

1) Lainsäädännön uudistukset

Tämän selvityksen perusteella on selvää, että käytännön työssä toivotaan pakotteiden ja rajoitteiden säätämistä lakitasoisesti. Perusteltua olisi valmistella sosiaali- ja terveydenhuollon perusoikeuksien rajoitukset sisältävä yhteinen puitelaki, jossa on määritelty pakotteiden ja rajoitteiden käyttämisen yleiset ja erityiset edellytykset yksityiskohtaisesti ja tarkkarajaisesti sekä kuvattu muodollinen menettely pakotteiden ja rajoitteiden täytäntöönpanossa. Samalla tulisi määritellä, mitä pakote ja rajoitetoimenpiteillä tarkoitetaan sekä arvioida onko eri pakote- ja rajoitetoimenpiteissä niiden luonne huomioon ottaen ole kysymys sellaisesta yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia koskevasta päätöksistä, jotka olisi voitava saattaa tuomioistuimen käsiteltäväksi. Tämä laki selkiyttäisi myös termejä ja ilmaisuja, sillä selvityksen perusteella samat ilmaisut voidaan käsittää eri tavalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä tarvitaan pääsääntöisesti samoja rajoitustoimenpiteitä ja yhteen lakiin sisältyvät perussäännökset on myös helpompi omaksua ja soveltaa käytännössä. Puitelain pitäisi sisältää säännökset potilaiden ja asiakkaiden hoidon ja huollon perusteista, toimista rajoitustoimenpiteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi ja sallituista toimenpiteistä sekä vapaaehtoisen hoidon että tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Lakiin tulisi sisällyttää myös säännökset oikeusturvakeinoista ja rajoitustoimenpiteiden käytön muusta valvonnasta.

Tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita koskeviin erityislakeihin olisi syytä laatia erityissäännöksiä täsmentämään edellä mainittua puitelakia. Esimerkiksi joidenkin asiakasryhmien tahdosta riippumatonta hoitoa tai pakkokeinojen käyttöä joudutaan harkitsemaan toistuvasti.

2) Henkilökuntamitoitus

Henkilökuntamitoitus olisi saatettava tarkemmin valtiovallan sääntelyn piiriin. Henkilökunnan määrä liittyy sekä työturvallisuuteen että asiakkaiden saamaan palvelujen laatuun. Monessa yksikössä on liian vähän henkilökuntaa suhteessa asukkaiden lukumäärään. Asukkaiden hoitoisuus voi olla suurta ja he voivat käyttäytyä hyvinkin haasteellisesti. Kun henkilökuntaa on vähän, kynnys turvautua arveluttaviin ja sosiaali- ja terveysalan ammattietikalle vieraisiin keinoihin saattaa madaltua.

Henkilöstömitoitusta voitaisiin määritellä esimerkiksi laatusuosituksissa, kuten on jo tehty ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Laatusuosituksen sitovuutta olisi kuitenkin perusteltua nostaa. Samalla laatusuosituksiin voitaisiin sisällyttää osiot pakote- ja rajoitetoimenpiteistä, joissa asiaa olisi lähestytty ja arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaslakien näkökulmasta. Parempi ratkaisu ja myös valvontaa yhdenmukaistava olisi, jos henkilöstömitoituksesta olisi säädetty laissa. Tällöin myös palvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat joutuisivat sitoutumaan siihen, että palvelujen hinta on suhteessa tuotettujen palvelujen sisältöön. Tällä hetkellä yksityiseltä palveluntuottajalta ostetun palvelun hinta voi olla liian merkitsevä suhteessa sen tuottamien palvelujen laatuun. Tämä saattaa ohjata pyrkimystä ostaa palvelu halvalla laadun kustannuksella.

3) Moniammatillinen osaaminen ja osaamisen ylläpitäminen

Henkilökunnalta edellytetään vankkaa moniammatillista osaamista ja osaamisen ylläpitämistä. Sosiaali- että terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskee lakisääteinen täydennyskoulutusvelvoite. Asukkaat ja potilaat ovat usein moniongelmaisia, joiden hoiva ja huolenpito edellyttävät sekä terveydenhuollollista että sosiaalialan osaamista. Moniammatillista osaamista tarvitaan muun muassa, kun arvioidaan asiakkaiden tarvitsemien rajoite- tai pakotetoimenpiteiden käyttöedellytyksiä ja perusteita. Jo sosiaali- ja terveysalan peruskoulutuksessa ja erityisesti täydennyskoulutuksessa olisi perusteltua käydä laajemminkin läpi pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön liittyviä kysymyksiä hoitotaidon kehittämisen näkökulmasta sitoen opetuksen samalla käytännön hoitoeettiseen ajatteluun sekä perusoikeussäännösten ja asiakas- ja potilaslakien

soveltamisvalmiuteen. Hoitoyksiköissä tulee lääninhallituksen valvontakäytännön havaintojen mukaan esille myös aivan uudenlaisia ongelmatilanteita, joihin käytännön hoitotyössä ja sen koulutuksessa ei välttämättä ole osattu riittävästi varautua. Vaikkakaan ei varsinaisen tämän selvityksen tarkoittama pakote- ja rajoitekysymykseen suoraan liittyvä seikka, hoitoyksikössä asuvien vanhusten keskinäinen kanssakäynti ja ammattihoitohenkilökunnan puuttumiskyky on esimerkki ilmiöstä, joka on saatettu valvontaviranomaisen ratkaistavaksi.

4) Eettinen neuvottelukunta

Pakote- ja rajoitekysymys sosiaali- ja terveydenhuollon käytännössä on haaste myös eettisestä näkökulmasta. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on aikaisemminkin ottanut useasti kantaa, että pakotteiden ja rajoittamistoimenpiteiden käytöstä terveydenhuollossa, myös muualla kuin psykiatrisessa tahdonvastaisessa sairaalahoidossa, tulee säätää ja ohjeistaa valtakunnan tasolla. Samoin Etelä-Suomen lääninhallitus on tehnyt useita aloitteita sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle tässä asiassa.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä on valmisteltu ehdotus valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan asettamisesta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta käsittelee sosiaali- ja terveysalaan sekä asiakkaan ja potilaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaisi niistä suosituksia. Uudistus on ehdotettu toteutettavaksi laajentamalla nykyisen valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan tehtäviä ja asiantuntemusta sosiaalialan eettisiin kysymyksiin. Uudistus on tarkoitus toteuttaa 1.9.2009 alkaen. Koska pakote- ja rajoiteasia on tällä hetkellä lainsäädännöllisesti avoin, lääninhallitus näkisi erittäin perusteltuna, että neuvottelukunta ottaisi aihepiirin arvioitavakseen koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää koskien.

5) Valvonnan lisääminen

Palvelujen järjestämisestä vastaavien kuntien on edelleen kehitettävä osto-osuuttaan ja tehostettava ostamansa tai alueellaan sijaitsevan palvelun valvontaa. Selvityksen mukaan yksityiset palveluntuottajat ja toimintayksiköt

toivovat kunnilta selkeitä ohjeita ja ohjeiden noudattamisen valvontaa. Lain-säädännön puutteellisuuden johdosta viranomaisohjauksella ja -valvonnalla tulisi kyetä varmistamaan asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien ja oikeus-turvan sekä hyvän hoidon ja huollon toteutuminen. Tehtävä on sekä ammatilli- sesti että juridisesti haasteellinen eikä kaikkiin tilanteisiin soveltuvia yksiselit- teisiä ratkaisuja tai ohjeita ole mahdollista antaa. Kyselyyn saadut vastaukset antavat kuitenkin lääninhallitukselle valvontaviranomaisena aiheen kiinnittää omassa valvontatoiminnassa pakote- ja rajoitekäytäntöihin jatkossa enemmän huomiota. Selvitys antaa myös pohjan, johon yksittäisiä valvontakannanottoja voidaan verrata ja arvioida sekä valvontatoimintaa edelleen kehittää. Selvä on, että lääninhallitusten tulisi lisätä ja tehostaa sekä yksityisten että kunnallis- ten yksiköiden valvontaa erityisesti pakote- ja rajoitekysymyksiin liittyen.

Valvonnan määrällisen laajentamisen ongelmana on sekä kuntien että läänin- hallituksen liian vähäiset henkilöstöresurssit suhteessa valvonnan tarpeen määrään. Tässä mielessä ja asian perustavanlaatuisuuden ja tärkeyden joh- dosta pakote- ja rajoiteasia muodostaa ainakin jossakin määrin rajatun ja hal- littavissa olevan valvontakokonaisuuden, johon voi valvontatoimintaa suunni- teltaessa ja kehitettäessä tarkemmin paneutua. Valvontatoiminnan kehittämis- tarkoituksessa lääninhallitus lähettää selvityksen viran puolesta tiedoksi myös alueensa kunnille ja kuntayhtymille.

6) Valviran rooli

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) toimivaltaan kuuluu tällä hetkellä terveydenhuollossa ja 1.1.2010 alkaen myös sosiaalihuollossa muun muassa ohjaus- ja valvontatehtävät erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat ja useaa lääniä tai koko maata koskevat asiat. Pakote- ja rajoiteasia on eittämättä aihealue, jossa tar- vitaan selkeyttämistä ja koulutusta paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon kentän tarpeiden tyydyttämiseksi myös ohjaus- ja valvontaviranomaisten käytäntöjen yhdenmukaistamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämis- ohjelman (KASTE) myötä laadittavien valtakunnallisten valvontasuunnitelmien laadinnassa tulisi kaikkien palvelualojen osalta ottaa huomioon pakotteiden ja rajoitteiden erityisasema sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä. Edellä sanotun

vuoksi olisikin tärkeää, että Valvira toimeenpanisi valtakunnallisen koulutuksen ja ryhtyisi laatimaan ohjeistuksia sosiaali- ja terveydenhuollon pakote- ja rajoitekäytännöistä ja niiden hyväksyttävyyden rajoista. Perusteltua saattaisi olla esimerkiksi käytännönläheisen tietopaketin tai vastaavan kokoaminen sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista ja rajoitteista ja niitä koskevista hyvistä käytännöistä.

Yksityiseen terveydenhuoltoon ollaan tällä hetkellä esittämässä niin sanotun omavalvontasuunnitelman lakisääteistämistä. Lain on tarkoitus tulla voimaan jo vuonna 2009. Kirjallisessa omavalvontasuunnitelmassa määritellään se, miten toiminnan lainmukaisuus varmistetaan ja miten sitä seurataan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira voi antaa tarkempia ohjeita omavalvontasuunnitelmasta. Omavalvontasuunnitelman tulisikin sisältää myös osio pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä. Jatkossa, mikäli omavalvontasuunnitelman toimivuudesta saadaan myönteisiä kokemuksia, se on perusteltua laajentaa koskemaan myös julkista terveydenhuoltoa ja sekä julkista että yksityistä sosiaalihuoltoa.

7) Kirjaaminen

Jälkikäteisvalvontaan liittyy myös kirjaamisen ongelmat. Selvitykseen saatujen vastausten mukaan kirjaamisessa on edelleen parantamisen varaa. Sosiaali- ja terveysministeriön olisi syytä antaa sosiaalihuollon osalta ohjeistus asiakastietojen käsittelystä. Tähän asiakaslaki nimenomaisesti antaa mahdollisuuden. Ehkä olisi perustelua myös laatia yksi yhteinen seurantalomake kirjaamiseen.

8) Aukkaiden oikea sijoittaminen

Kunnissa tulee kyetä arvioimaan moniammatillisesti ja asiakkaiden tarpeiden pohjalta sijoittaminen oikeisiin toimintayksiköihin. Tämä kuitenkin edellyttää, että erilaisia vaihtoehtoisia paikkoja on riittävästi tarjolla. Ongelmana on myös, että yhteisöllinen asuminen ei sovi kaikille, joten esimerkiksi vaikeimmin vammaisille pitäisi löytyä yksilöllisempiä ratkaisuja. Aina sijoittamisia ei tule tehdä ainoastaan diagnoosin perusteella. Esimerkiksi useiden autististen henkilöiden sijoittaminen samaan yksikköön voi aiheuttaa ongelmia.

Asiakas tai potilas voi ostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta myös suoraan ilman kunnan sitoumusta tai muuta osoitusta. Tämän vuoksi myös yksityisten palveluntuottajien tulisi kiinnittää huomiota siihen, että henkilö saa tarpeidensa mukaisen hoitopaikan.

9) Apuvälineiden asianmukaisuuden varmistaminen

Selvityksen myötä nousi esiin myös kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä pakote- ja rajoitetoimenpiteitä toimeenpantaessa käytettävien erilaisten apuvälineiden asianmukaisuudesta. Voimassa oleva laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (1505/1994) koskee muun muassa terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden suunnittelua, valmistusta ja ammattimaista käyttöä. Terveydenhuollon laitteella ja tarvikkeella tarkoitetaan esimerkiksi laitteistoa ja välinettä, jonka sen valmistaja on tarkoittanut käytettäväksi ihmisen sairauden tai vamman hoitoon tai lievitykseen. Laki asettaa velvoitteita laitteiden ja tarvikkeiden valmistajille ja ammattimaisille käyttäjille.

Valmistaja on muun muassa vastuussa terveydenhuollon laitteen ja tarvikkeen suunnittelusta, valmistuksesta, pakkaamisesta ja merkitsemisestä. Lain perustelujen mukaan ammattimaisella käyttäjällä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä, terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä muita toiminnanharjoittajia, jotka ammatissaan joko käyttävät terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita. Laki koskee esimerkiksi sosiaalihoitolain 24 §:ssä tarkoitettua sosiaalihoollon laitoshuoltoa antavia toimintayksiköjä ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 9 §:ssä tarkoitettuja erityishuollon toimintayksiköjä. Ammattimaista käyttöä koskevien yleisten vaatimusten mukaan henkilöllä, joka käyttää terveydenhuollon laitetta tai tarviketta, on oltava sen käytön vaatima riittävä koulutus ja kokemus. Ammattimaisen käyttäjän tulee varmistua siitä, että terveydenhuollon laitetta tai tarviketta käyttävällä henkilöllä on asianmukainen koulutus ja kokemus sekä että laitteessa tai tarvikkeessa tai sen mukana on turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet.

Osassa kyselyyn saaduista vastauksista oli viitattu mainittuun terveydenhuollon laitteita koskevaan lakiin ja lääkelaitoksen laiteturvallisuustiedotteisiin. Jot-

ta lakia voitaisiin soveltaa, tulee laitteen tai tarvikkeen käyttötarkoituksen olla henkilön sairauden tai vamman hoito tai lievitys. Kyselyyn saatujen vastausten mukaan näin on pakote- ja rajoitetoimenpiteitä käytettäessä useimmiten asianlaita. Mikäli laitetta käytetään esimerkiksi yksinomaan hoitohenkilökunnan turvaamistarkoituksessa, kyse on työsuojelulainsäädännön alaan kuuluvasta asiasta. Lääninhallituksen yleisten tarkastus ja valvontahavaintojen perusteella vaikuttaa siltä, ettei mainittu laki ja sen laitteen valmistajalle ja käyttäjälle asettamat vaatimukset ole kovinkaan hyvin tiedossa. Toimintayksiköiden käytössä on esimerkiksi mattoja, joihin henkilö voidaan joutua rauhoittamistarkoituksessa käärimään taikka muita itse valmistettuja turvaliivejä tai vastaavia. Palveluntuottajien tulisikin varmistua, että erilaiset apuvälineet täyttävät terveydenhuollon laitteita koskevan lain vaatimukset. Lakia ollaan uudistamassa ja sitä koskeva esitys annettaneen eduskunnalle vuoden 2009 aikana.

10) Tutkimuksen lisääminen

Suojatoimenpidekäytäntöjen kehittämisen ohella on tärkeää lisätä eri asiakasryhmiä koskevaa tutkimusta, jonka tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä.

Lähteet

Asumista ja kuntoutusta. Mielensterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. STM. Helsinki.

Dementiahoito Itä-Suomen läänissä 2006: Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 119. Itä-Suomen lääninhallitus. Mikkeli.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen ratkaisu 16.12.1996.

Etelä-Suomen lääninhallituksen ohje 12.9.2002 STK 597 B

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

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista, HE 185/1991

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista, HE 266/1994

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lastensuojelulain muuttamisesta, HE 224/2004

Harju, Jukka, Siukonen, Timo ja Valtavaara, Marjo 2007: Poliisi tutkii, aiheutuiko vammaisen kuolema insuliinilla rauhoittamisesta. Helsingin Sanomat 7.9.2007.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Kempainen, Risto 2007: Laitospalveluilla on etunsa vammaishuollon järjestämisessä. Helsingin Sanomat 19.8.2007.

Koivuranta, Eija 2002: Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Koskentausta, Terhi, Seppälä, Heikki ja Valkama, Heimo 2003: Kehitysvammahuollon haasteellisimmat asiakkaat. Suojatoimenpiteet Pääjärven kuntayhtymässä. Suomen Lääkärilehti Vsk. 58 Nr: 5 / 2003 s. 499 – 504.

Kumpulainen, Aila 2007: Kehitysvammapalvelut vuonna 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007.30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Kumpuvuori, Jukka 2006: perusoikeuksien rajoittamisesta kehitysvammapalvelujen toteuttamisessa. Selvitys 2006:45. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Lindgren, Minna 2009: Yliääkityt ja alihoidetut. Helsingin Sanomat 4.1.2009.

Matikka, Leena 2000: Selvitys pakon ja rajoitusten käyttöä koskevista ohjeista kehitysvammapiireissä. Intimare oy.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna 2001: Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Helsinki 2001

Paunio, Riitta-Leena 2005: Ihmisoikeudet dementiahoidossa. Eettiset arvot dementoituneiden hoidossa. Luento -dementiapotilaan itsemääräämisoikeus -seminaarissa 17.5.2005. Suomen dementiahoitoyhdistyksen järjestämä seminaari.

Pelto-Huikko, Antti, Kaakinen, Juha ja Ohtanen, Jukka 2008: Kehitysvammaisten laitoshoidon hajauttamisen seurantaraportti. ”Saattaen muutettava”. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Perustuslakivaliokunnan mietintö hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, PeVM 25/1994

Sosiaalihanke 1985: Mahdollisten pakkotoimenpiteiden käyttäminen kehitysvammaisten erityishuoltoa toteutettaessa. Sosiaalihanke. 20.12.1985. No 642/89/85.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ohje 10.4.2008 - Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö vanhuspotilailla

Tuomi, Jouni ja Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.

Yksityinen dementiahoito Etelä-Suomen läänissä, Etelä-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosaston julkaisu 2/2007

Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö 2003. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Helsinki.

**KYSELY SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YKSIKÖISSÄ KÄYTET-
TÄVISTÄ PAKOTTEISTA JA RAJOITTEISTA, 14.3.2008**

Etelä-Suomen lääninhallitus kartoittaa erään vireillä olevan kanteluasian käsittelyyn liittyen alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa ja muissa yksiköissä käytettäviä asiakkaan tai potilaan huolenpidon toimeenpanemiseksi välttämättömiä pakotteita ja rajoituksia koskevia käytäntöjä. Kysely toteutetaan läänin alueen kunnille, kansanterveystyön kuntayhtymille ja erityishuolto-piireille sekä yksityisille sosiaalipalvelun tuottajille lähetettävällä kyselyllä, jossa asianosaisia pyydetään arvioimaan omien toimintayksiköidensä käytäntöjä ja ohjeistuksia pakotteiden ja rajoitteiden käytössä.

Kyselyä on rajattu sekä kohderyhmän että käytettävien pakotteiden ja rajoitusten osalta.

Kysely kohdennetaan vammais- ja kehitysvammahuollon (laitoshoito ja asumispalveluyksiköt), vanhustenhuollon (vanhainkodit, asumispalveluyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot) ja mielenterveyspalveluiden asiakkaisiin tai potilaisiin (pois lukien psykiatriset sairaalat, joille lääninhallitus tekee erillisen kyselyn). Selvitystyön ulkopuolelle on siten rajattu lastensuojelun ja päihdehuollon laitoksissa ja muissa yksiköissä käytettävät rajoitustoimenpiteet. Selvitystyön ulkopuolelle on myös rajattu terveydenhuollon avohoitoyksiköt.

Kyselyssä pakotteilla ja rajoituksilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistettavia Suomen perustuslaissa säänneltyjä perusoikeuksia rajoittavia toimenpiteitä. Yksittäiset pakotteet ja rajoitteet ymmärretään sellaisina, kun sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 2001:33, "Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista" on määritelty. Julkaisu löytyy sosiaali- ja terveysministeriön internet sivulta ([www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja1993-2003/vuodelta 2001](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja1993-2003/vuodelta_2001)) ja suoraan alla mainitusta internet osoitteesta:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys134.htm>

Kysely rajataan koskemaan yksittäisistä pakotteista ja rajoitteista asiakkaan tai potilaan henkilökohtaista vapautta, koskemattomuutta ja turvallisuutta sekä liikkumisvapautta rajoittaviin toimenpiteisiin eli henkilön tarkastukseen tai -katsastukseen, eristämiseen, sitomiseen, kiinnipitämiseen ja liikkumisvapauden rajoittamiseen. Käytännössä pakotteiksi tai rajoituksiksi määriteltävät toimet on voitu osaksi määritellä tai nimetä toisinkin, esim. suojoitoimenpiteiksi.

Lääninhallitus pyytää vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ja sitä kautta vaikuttamaan pakotteiden ja rajoitteiden käytön ohjaukseen ja valvontaan ja lainsäädännön kehittämistyöhön. Vastauksissa pyydetään vapaamuotoisesti kuvaamaan laitosten käytäntöjä kulloisenkin kysymyksen osalta. Kunkin kysymyksen alla on esitetty esimerkinomaisesti tarkennuksia, joita vastauksissa toivotaan käsiteltävän. Asiakkaan tai potilaan yksilöiviä salassa pidettäviä tietoja vastauksiin ei tule sisällyttää. Vastauksista ei julkaista kuntakohtaista tai muutakaan vertailua vaan selvitys on tarkoitettu ensisijassa lääninhallituk-

sen suorittaman sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen ja valvonnan kehittämisen välineeksi. Riippuen saaduista selvityksistä, tietoja voidaan käyttää esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriölle tehtävän aloitteen tms. pohjana.

Vastauksiin toivotaan liitettävän jäljennökset kirjallisista ohjeistuksista tms. soveltamisohjeista, joita on laadittu yksiköiden käyttöön. Vastaukset pyydetään toimittamaan lääninhallitukseen 11.4.2008 mennessä osoitteeseen:

Etelä-Suomen lääninhallitus/
Sosiaali- ja terveysosasto
PL 110
00521 HELSINKI

ja lisäksi sähköisenä osoitteeseen kirjaamo.etela@laaninhallitus.fi. Sähköpostia käyttäessä viitteeksi pyydetään ilmoittamaan yllä mainittu diaarinumero.

Lisätietoja kyselystä antaa ylitarkastaja Jarno Virtanen, puh. 071 873 2522, jarno.virtanen@laaninhallitus.fi

Lääninhallitus kiittää vastauksestanne ja yhteistyöstänne jo etukäteen!

Osastopäällikkö,
läänin sosiaali- ja terveysneuvos Esa Ellala

Ylitarkastaja

Jarno Virtanen

JAKELU Etelä-Suomen läänin kuntien sosiaali- ja terveystoimen, kansanterveystyön kuntayhtymien sekä alueen erityishuoltopiirien johtavat viranhaltijat.
Yksityiset ympärivuorokautista palveluasumista tai laitoshoitoa vammaisille, kehitysvammaisille, mielenterveyskuntoutujille ja vanhuksille antavat sosiaalipalvelun tuottajat

Liite 1 Kysely sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä käytettävistä pakotteista ja rajoitteista

Kysymykset:

1. Minkälaisia pakotteita, rajoitteita tai suojatoimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä käytetään, yllä tehdyt rajaukset huomioon ottaen
 - minkälainen toiminta on näkemyksenne mukaan pakottamista tai rajoittamista
 - minkälaisia keinoja yksikössänne käytetään kasvatuksellisten tai hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi ja sosiaalisen kanssakäymisen sääntöjen noudattamisen toteutumiseksi
2. Minkälaisissa tilanteissa pakotteisiin tai rajoitteisiin joudutaan turvautumaan
3. Pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä ennalta ehkäisevät toimenpiteet
4. Asiakkaan tai potilaan valvonta/huolenpito toimenpiteiden käytön aikana
5. Mitä pakotteita ja rajoitteita sääteleviä lakeja yksiköissä sovelletaan ja minkälainen ohjeistus yksiköissä on pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä
6. Miten pakotteiden ja rajoitteiden käyttö huomioidaan asiakkaan tai potilaan hoito-, kuntoutus tai vastaavassa suunnitelmassa
 - jälkipuinti asiakkaan tai potilaan itsensä tai edustajan/omaisen kanssa
7. Pakotteista ja rajoitteista päättäminen ja vastuukysymykset
 - äkilliset tilanteet/ennakoivat päätökset
 - kuka on päätöksentekijä
 - päätöksen voimassaolon kesto
 - kuuleminen
 - asiakkaan tai potilaan suostumuksen merkitys
 - erimielisyyksien käsittely (esim. omaiset)

8. Pakotteiden ja rajoitteiden kirjaaminen sekä niiden käytön seuranta ja valvonta

9. Hoitohenkilökunnan koulutus pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön

10. Miten henkilökunnan työsuojelu huomioitu pakotteiden ja rajoitteiden käytössä

- hälytysjärjestelmät

- varustus, esim. vaatetus (kellot, silmälasit, terävät korut jne.)

- henkilökunnan jälkipuinti

- työterveyshuollon ja työsuojelun toimenpiteet

11. Pakotteiden ja rajoitusten käytön ohjaus ja valvonta kunnan hankkiessa palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta

12. Miten lainsäädäntöä tulisi mielestänne kehittää yllä käsiteltyjen pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön liittyen