



**YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA OLEVIEN VANHUSTEN
HOITO JA SEN VALVONTA**

YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA OLEVIEN VANHUSTEN HOITO JA SEN VALVONTA

SISÄLLYSLUETTELO

1 ASIA JA SEN SELVITTÄMINEN.....	1
<i>Asia.....</i>	1
<i>Asian selvittäminen.....</i>	2
2 YHTEENVETO LÄÄNINHALLITUSTEN VASTAUKSISTA	4
2.1 Lääninhallitusten valvontaedellytykset.....	4
2.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden määrä.....	4
<i>Yksityiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt.....</i>	4
<i>Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt.....</i>	5
2.1.2 Valvontakäyntien määrä ja syyt vuonna 2008.....	7
2.2 Lääninhallitusten havainnot.....	7
2.2.1 Henkilöstömitoitus.....	8
<i>Ikäihmisten palveluiden laatusuositus.....</i>	8
<i>Laatusuosituksen toteutuminen.....</i>	9
<i>Lääninhallitusten arvioita laatusuosituksen henkilöstömitoituksen riittävydestä hyvän hoidon turvaajana ...</i>	12
2.2.2 Ravinto, hygienia ja ulkoilu.....	13
2.2.3 Terveydenhuollon järjestäminen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.....	15
2.2.4 Lääkehoito.....	16
2.2.5 Pakotteet ja rajoitteet.....	18
2.2.6 Palvelu- ja hoitosuunnitelmat.....	19
2.2.7 Oma kieli ja kulttuuri.....	21
2.2.8 Saattohoito ja kuolema.....	22
<i>Saattohoidon järjestäminen.....</i>	22
<i>Kuoleman toteaminen.....</i>	23
2.2.9 Muut havainnot hoidon puutteista ja epäkohdista.....	24
2.3 Lääninhallitusten toimenpiteet epäkohtien johdosta.....	25
2.4 Lääninhallitusten arviot valvontaedellytyksistään.....	26
3 VANHUSTEN HOITOA JA HOIVAA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET	29
3.1 Oikeus hoitoon ja hoivaan.....	29
3.2 Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen.....	30
<i>Perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset.....</i>	30
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö.....</i>	31
<i>Pakotteet ja rajoitteet hoidossa.....</i>	33
4 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	36
4.1 Henkilöstön riittävyys.....	36
4.2 Ravinto, hygienia ja ulkoilu.....	38
<i>Ravinto.....</i>	38
<i>Hygienia.....</i>	39
<i>Ulkoilu.....</i>	39
4.3 Lääkehoito ja lääkäripalvelut.....	39
<i>Lääkehoito.....</i>	39
<i>Lääkäripalvelut.....</i>	42
4.4 Pakotteet ja rajoitteet.....	43
4.5 Muut selvityksissä esiin tulleet seikat.....	45
4.6 Vanhusten palvelujen sääntelytarve.....	46
4.7 Valvonnan tarve ja voimavarat.....	49
5 TOIMENPITEET	50

Asia: YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA OLEVIEN VANHUSTEN HOITO JA SEN VALVONTA

PÄÄTÖS

1

ASIA JA SEN SELVITTÄMINEN

Asia

Lehtikirjoituksissa on kerrottu esimerkkejä (usein nimettöminä) ympärivuorokautisessa hoidossa (terveyskeskusten vuodeosastoilla, vanhainkodeissa ja ns. tehostetussa palveluasumisessa) olevien vanhusten hoidon puutteista, kuten vähäisestä ulkoilusta, riittämättömästä vaippojen vaihdosta ja ruokailun puutteista. Kirjoituksissa on myös esitetty, että vanhuksia lääkittää liikaa ja että lääkkeitä käytetään korvaamaan riittämätöntä hoitohenkilökuntaa. Oikeusasiamiehelle on kuitenkin tullut kanteluja varsin vähän vanhusten hoidosta. Oikeusasiamiehen oma-aloitteinen tarkastustoiminta on ollut vähäistä eikä oikeusasiamiehen laillisuusvalvonta voikaan korvata erityisviranomaisille kuuluvaa valvontaa. Lääninhallitusten yksittäisiä kanteluratkaisuja lukuun ottamatta tiedossani ei ole ollut, millä tavoin vanhusten ympärivuorokautisen hoidon valvonta on käytännössä toteutunut.

Sekä kunnan järjestämän että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta kuului 31.12.2009 asti voimassa olleen lainsäädännön mukaan asianomaiselle lääninhallitukselle. Vuoden 2010 alusta lääninhallitukset lakkasivat ja niille kuuluneet sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- ja valvontatehtävät sekä yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien lupa- ja valvontatehtävät siirtyivät kuudelle uudelle aluehallintovirastolle.

Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain mukaan yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta kuuluu aluehallintovirastojen ohella sille kunnalle, jossa palveluja annetaan.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvoososiaali- ja terveysministeriön alaisena terveydenhuollon ammatinharjoittajia ja tämän valvonnan yhteydessä myös terveydenhuollon toimintayksiköitä. Valviran tehtävät laajenivat 1.1.2010 lukien myös sosiaalihuollon valtakunnalliseen ohjaukseen ja valvontaan. Valvira ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi sosiaalihuollon ohjauksessa ja valvonnassa.

Lääninhallitukset olivat, ja 1.1.2010 lukien aluehallintovirastot ovat avainasemassa ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisessa. Valvontaa onkin pyritty kehittämään. Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ja Valviran edeltäjän Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) edustajista koostunut työryhmä aloitti vuonna 2008 vanhusten ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien toimintayksiköiden valvonnan yhtenäistämisen laatimalla lääninhallitusten käyttöön valvontasuunnitelman (sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus) ja yhtenäisen tarkastuspöytäkirjan mallin. Työtä jatkoivat 1.1.2009 lukien Valvira.

Tammikuussa 2010 Valvirassa on valmistunut valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa valvontatyön kohdentamista, menetelmiä ja käytännön toteuttamista. Tarkoitus on luoda systemaattinen, kaikkien ympärivuorokautista palvelua antavien vanhustenhuollon yksiköiden toimintaa kattava seurantajärjestelmä, jolla seurataan säännöllisesti palvelun laadulle asetettujen vähimmäistavoitteiden toteutumista. Tavoitteena on myös kartoittaa ympärivuorokautisen hoidon riskikohteet, joita on tarpeen valvoa tehostetusti.

Asian selvittäminen

Edellä todetuista toimenpiteistä ja hankkeista huolimatta vanhustenhuollon valvontaa, sen edellytyksiä ja valvonnassa mahdollisesti havaittuja epäkohtia ja puutteita oli mielestäni syytä selvittää. Tämän johdosta otin asian eduskunnan oikeusasiamiehestä annetun lain 4 §:n nojalla omasta aloitteestani tutkittavaksi.

Pyysin 25.3.2009 lääninhallituksilta 28.8.2009 mennessä selvitystä lääninhallituksen valvottavien toimintayksiköiden määrästä ja lääninhallituksen tarkastustoiminnan laajuudesta. Pyysin lääninhallituksilta havaintoja henkilöstömitoituksen riittävydestä, vanhusten hoidosta ja kohtelusta (mm. ruokailusta, hygieniasta, ulkoilumahdollisuuksista, terveydenhuoltopalveluista, lääkkeiden käytöstä, pakotteista ja rajoitteista) sekä lääninhallituksen toimenpiteistä havaitsemiensa epäkohtien ja puutteiden korjaamiseksi. Lopuksi pyysin vielä lääninhallitusten omaa arviota valvontaedellytyksistään vanhusten hoitopaikkojen riittävään valvontaan. Selvityspyyntöni ja lääninhallitusten antamat vastaukset ovat tämän päätöksen liitteinä.

Pyysin 17.9.2009 samoin vastaavaa selvitystä Ahvenanmaan maakuntahallitukselta, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta Ahvenanmaan alueella. Tämän selvityksen (dnro 3449/2/09) osalta ratkaisu annetaan myöhemmin.

Lääninhallitusten selvitykset herättivät syksyllä 2009 julkisuudessa vilkkaan keskustelun vanhusten hoidosta ja sen laadusta. Asia nousi esille myös eduskunnassa, kun vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta tehtiin välikysymys.

Kahden vanhusjärjestön, Suomen Senioriliike ry:n ja Vanhustyön keskusliitto ry:n edustajat kävivät joulukuussa 2009 pyynnöstäni esittämässä näkemyksiään vanhusten hoitoon liittyvistä huolenaiheista. Järjestöjen edustajina olivat mm. Helsingin yliopiston ja Turun yliopiston lääketieteellisten tiedekuntien geriatrian professorit Reijo Tilvis ja Sirkka-Liisa Kivelä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ikäihmisten palvelut-yksikön päällikkö Harriet Finne-Soveri kävi pyynnöstäni selvittämässä THL:n tutkimustietoa vanhusten ympärivuorokautisesta hoidosta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta koko maassa kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle ja toimialueillaan nämä tehtävät kuuluvat aluehallintovirastoille. Valvira ohjaa ja valvoo aluehallintovirastoja toiminnan yhtenäistämiseksi. Lääninhallitusten selvitysten johdosta en ole pyytänyt Valviran eikä sosiaali- ja terveysministeriön lausuntoa. En katsonut Valviran lausunnon pyytämistä aiheelliseksi, koska sosiaalihuollon valtakunnallinen ohjaus ja valvonta on kuulunut vasta 1.1.2010 lukien Valviran tehtäviin. Koska ministeriön, Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako käytännössä on vasta täsmentymässä, en hankkinut asian tässä vaiheessa myöskään sosiaali- ja terveysministeriön lausuntoa.

Tässä selvityksessä on kysymys ympärivuorokautisessa hoidossa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla olevien vanhusten oikeudesta hyvään hoitoon ja hoivaan sekä ihmisarvoa ja perusoikeuksia kunnioittavaan kohteluun. Tässä yhteydessä ei siis ole pyritty selvittämään kotona asuvien, ja mahdollisesti palveluasumiseen tai laitoshoittoon jonottavien vanhusten palveluiden järjestämistä. Tässä yhteydessä ei myöskään oteta kantaa vanhusten palvelurakenteeseen eikä siis siihen, tulisiko vanhusten palveluja suunnata kotona annettaviin palveluihin, asumis- palveluihin tai laitospalveluihin.

Lääninhallitusten havainnot ovat nähdäkseni hyödyksi, kun Valvirassa ja aluehallintovirastoissa harkitaan sitä, mihin asioihin valvonnassa on jatkossa erityisesti syytä kiinnittää huomiota.

Korostan vielä, että johtopäätökseni perustuvat lähes yksinomaan lääninhallitusten kysymyksiini antamiin vastauksiin ja niissä esiin tulleisiin havaintoihin. Yksinomaan näiden selvitysten perusteella ei voi vetää yleisiä johtopäätöksiä ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon laadusta.

Siten se, että lääninhallituksilla ei ole ollut havaintoja jostain epäkohdasta, ei tarkoita sitä, etteikö tällaisia epäkohtia hoitopaikoissa lainkaan olisi. Lääninhallitusten valvonta ei ole kattavaa, vaan tarkastuksia on voitu, ja voidaan tehdä vain osaan hoitopaikoista. Lääninhallitusten selvityksistä ei voi myöskään ainakaan kaikilta osin päätellä sitä, ovatko havaitut epäkohdat olleet yksittäisiä tapauksia vai yleisimpiä epäkohtia hoitopaikoissa. Selvityspyynnössäni lääninhallituksilta pyydettiin havaintoja nimenomaan mahdollisista epäkohdista eikä havaintoja mahdollisista hyvistä hoitokäytännöistä.

Tarkastustoiminnassani olen tutustunut moniin hyvää hoitoa ja hoivaa tarjoaviin hoitopaikkoihin.

2

YHTEENVETO LÄÄNINHALLITUSTEN VASTAUKSISTA

2.1

Lääninhallitusten valvontaedellytykset

2.1.1

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden määrä

Lääninhallitusten selvityksistä kävi ilmi, että lääninhallituksilla oli tarkat lukumäärätiedot vain lupaa edellyttävistä yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköistä, joista lääninhallitukset ja Valvira ylläpitävät yhdessä yksityisten palvelujen tuottajien rekisteriä (Ysteri). Tähän rekisteriin merkitään myös muut kuin lupaa edellyttävät ympärivuorokautiset toimintayksiköt, joiden osalta riittää palveluntuottajan ilmoitus toiminnan aloittamisesta. Sen sijaan kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä ei ole säädetty rekisteröintivelvollisuutta ja lääninhallituksilla olikin tietoja näiltä osin vaihtelevasti. Terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaispaikkojen määristä lääninhallituksilla oli kaikkein epätarkimmat tiedot.

Yksityiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt

Vanhuksille tarkoitettuja yksityisiä ympärivuorokautista hoitoa tai hoivaa tarjoavia toimintayksiköitä oli vuoden 2009 alussa eri läänien alueella seuraavasti:

Sosiaalihuollon yksikköjä		Terveydenhuollon yksikköjä	
Etelä-Suomi	261	Etelä-Suomi	5
Länsi-Suomi	307	Länsi-Suomi	12
Itä-Suomi	109	Itä-Suomi	5
Oulu	88	Oulu	4
Lappi	40	Lappi	20

Etelä-Suomen läänin (arviolta) viisi terveydenhuollon yksityistä toimintayksikköä sijaitsivat Uudenmaan alueella ja toimivat sairaalastatuksella. Etelä-Suomen lääninhallituksen alueella ei ollut sellaisia vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä, joilla olisi kaksoislupa eli sekä sosiaali- että terveydenhuollon lainsäädännön mukainen erillinen lupa. Sen sijaan joissakin yksityisen sosiaalihuollon yksiköissä palveluntuottajalla oli lupa tuottaa terveydenhuollon avopalveluja, kuten kotisairaanhoidoa tai fysioterapiaa.

Länsi-Suomen lääninhallitus totesi, että kun toimintayksikön palvelualana on sairaalatoiminta tai kuntoutuslaitostoiminta, potilaina voivat olla muutkin kuin vanhukset.

Lapin läänin alueen 40 stä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköstä noin puolella oli sekä sosiaali- että terveydenhuollon lupa.

Oulun lääninhallituksen tiedot olivat ajalta 24.8.2009.

Kunnalliset sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköt

Etelä-Suomen lääninhallitus ilmoitti alueellaan olleen 97 kunnallista vanhainkotia viimeisimmän vuodelta 2006 olleen tiedon mukaan. Lääninhallituksella ei ollut tietoa kunnallisen tehostetun palveluasumisen yksiköiden määrästä, koska tietoja niistä ei tilastoida. Kaikissa terveyskeskuksissa oli vuodeosastoja tai vuodepaikkoja pitkäaikaispotilaille, etenkin elämänsä loppuvaiheessa oleville vanhuksille. Kuntien palvelurakennemuutosten myötä perusterveydenhuollossa on vielä meneillään isoja rakennemuutoksia, joten terveyskeskusten vuodeosastojen tilanne muuttuu jatkuvasti. Pitkäaikaishoitoon varattujen sairaansijojen määräksi lääninhallitus arvioi noin 2 200.

Länsi-Suomen lääninhallituksen alueella oli kunnallisia sosiaalihuollon yksiköitä 411. Kunnallisia terveydenhuollon ympärivuorokautisia yksiköitä oli 133.

Itä-Suomen lääninhallituksen alueella oli kunnallisia sosiaalihuollon yksiköitä 92, joista 24 palveluasumista, 32 tehostettua palveluasumista ja 36 vanhainkotia. Terveyskeskusten vuodeosastoja oli 73.

Oulun lääninhallituksen alueella oli 135 kunnallista sosiaalihuollon yksikköä, joista 37 palveluasumista, 54 tehostettua palveluasumista ja 44 laitosta. Kunnallisissa terveydenhuollon yksiköissä oli (vuonna 2006) pitkäaikaishoitoon varattu 369 sairaansijaa 17:lla terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Lapin lääninhallituksen alueella oli kunnallisia vanhuksille tarkoitettuja ympärivuorokautisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä 75, joista

kokonaan tai ainakin osittain pitkäaikaishoitoon keskittyneitä terveyskeskusten vuodeosastoja 23, vanhainkoteja 10 ja palvelukoteja 32.

2.1.2

Valvontakäyntien määrä ja syyt vuonna 2008

Etelä-Suomen lääninhallitus teki toiminnan tarkastuksia (muuta kuin uuteen lupahakemukseen tai toiminnan muuttamiseen liittyviä tarkastuksia) vanhusten ympärivuorokautista hoitoa tai hoivaa tarjoaviin yksityisiin sosiaalipalvelun toimintayksiköihin 34. Osa tarkastuskäynneistä oli sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteisiä.

Muissa lääneissä toiminnan tarkastuksia koskevat luvut olivat seuraavat: Länsi-Suomen lääninhallitus 20, Itä-Suomen lääninhallitus 14 (noin 13 prosenttia kaikista yksityisistä yksiköistä), Oulun lääninhallitus 18 ja Lapin lääninhallitus 13.

Etelä-Suomen lääninhallitus ei tehnyt yhtään käynnissä olevan toiminnan tarkastusta yksityisen terveydenhuollon toimintayksiköihin resurssipulan vuoksi. Länsi-Suomen lääninhallitus teki yhden (kantelun johdosta), Itä-Suomen ja Oulun lääninhallitus kumpikin yhden ja Lapin lääninhallitus kahdeksan.

Kunnallisiin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköihin Etelä-Suomen lääninhallitus teki 11 tarkastusta, Länsi-Suomen lääninhallitus 14 (3,4 prosenttia yksiköiden kokonaismäärästä) ja Oulun lääninhallitus 17 (joista 11 sosiaalihuollon yksikköä ja 6 terveydenhuollon yksikköä). Lapin lääninhallitus tarkasti 11 sosiaalihuollon yksikköä ja 5 terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osastoa neljässä kunnassa. Itä-Suomen lääninhallitus ilmoitti tarkastaneensa 24,5 prosenttia alueensa kunnista.

Lääninhallitukset ilmoittivat oma-aloitteisten (muiden kuin lupahakemusten edellyttämien) tarkastuskäyntien syiksi sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallituksen tulossopimuksissa sovitut valvontakäynnit, seurantakäynnit aikaisemmin todetun puutteen vuoksi, yksityisten palveluntuottajien antamien toimintakertomusten perusteella esiin nousseet kysymykset ja kanteluissa tai muissa yhteydenotoissa väitettyjen epäkohtien selvittäminen. Etelä-Suomen lääninhallitus ilmoitti syyksi myös tiedotusvälineissä esiin nostetut tapaukset. Myös muiden viranomaisten yhteydenotot, kuten työsuojelupiirin, TEO:n tai eduskunnan oikeusasiamiehen, olivat aiheuttaneet valvontakäyntejä.

Itä-Suomen lääninhallituksen erityispanostus kunnalliseen toimintaan johtui sosiaali- ja terveysministeriön kanssa tehdystä tulossopimuksesta, jossa tavoitteena on tarkastaa muutaman vuoden väliajoin kaikkien kuntien vanhustenhuollon palvelukokonaisuus. Näiden kuntakohteiden valintaan lääninhallituksen ilmoituksen mukaan olivat vaikuttaneet myös kantelut ja muut asiakasyhteydenotot ja kunta- ja palvelurakennemuutokset.

2.2

Lääninhallitusten havainnot

2.2.1 Henkilöstömitoitus

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus

Sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuudesta on säädetty sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005 ja asetuksessa (608/2005). Tämän mukaan toiminnasta vastaavalta henkilöltä edellytetään soveltuvaa korkeakoulututkintoa, alan tuntemusta sekä riittävää johtamistaitoa. Muihin sosiaalihuollon ammatillisiin tehtäviin vaaditaan tehtävään soveltuva ammattitutkinto tai muu soveltuva koulutus (lähihoitaja tai vastaava aikaisempi tutkinto). Sairaanhoidajan ja muun terveydenhuollon henkilöstön kelpoisuudesta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994 ja asetuksessa 564/1994).

Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain (603/1996, jäljempänä valvontalaki) mukaan ympärivuorokautisen yksityisen sosiaalipalvelutoiminnan aloittaminen edellyttää aluehallintoviraston (aiemmin lääninhallituksen) lupaa. Luvan myöntämisen edellytyksenä on, että yksityisiä sosiaalipalveluja antavassa toimintayksikössä henkilöstön lukumäärä on riittävä palvelujen tarpeeseen ja hoidettavien lukumäärään nähden ja että toimintayksikössä on toiminnan edellyttämä henkilöstö. Valvontalakiin ei sisälly tämän yksityiskohtaisempia määräyksiä henkilöstön määrän osalta. Henkilöstön on täytettävä samat kelpoisuudet kuin mitä vaaditaan vastaavissa tehtävissä toimivalta kunnan sosiaalihuollon ammattihenkilöstöltä.

Samoin yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) mukaan yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottaminen edellyttää aluehallintoviraston lupaa, tai jos palveluja tuotetaan kahden tai useamman aluehallintoviraston alueella, 1.9.2009 lukien Valviran lupaa. Mainitun lain mukaan yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajilta tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta.

Hoitohenkilöstön määrästä kunnallisissa vanhusten hoitopaikoissa ei siis ole säädetty erikseen ja yksityisissä hoitopaikoissa edellä todetulla yleisellä tasolla. Sen sijaan sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa ikäihmisten palveluiden valtakunnallisen laatusuosituksen (sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3). Edellinen laatusuositus annettiin vuonna 2001. Vaikka laatusuositus ei olekaan oikeudellisesti sitova, lääninhallitukset ovat ottaneet suosituksen välineeksi, jolla henkilöstön määrän riittävyttä valvontakäytännössä ja lupamenettelyssä arvioidaan.

Henkilöstömitoitusta kuvataan laatusuosituksessa hoitohenkilöstön ja asukkaiden/potilaiden välisellä laskennallisella suhdeluvulla. Suosituksen mukaan vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa henkilöstön ja asuk-

kaan/potilaan vähimmäismäärä on 0,5-0,6 hoitotyöntekijää asiakasta/potilasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vähimmäismitoitus (0,6) on suositeltavaa silloin, kun asiakkaalla on vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvä henkilöstömitoitus vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7 - 0,8. Terveyskeskuksen vuodeosastolla, jossa on pitkäaikaishoidossa lääketieteellistä hoitoa vaativia potilaita, vähimmäismitoitus on 0,6 - 0,7 ja hyvä mitoitus 0,8 hoitotyöntekijää potilasta kohden. Muuta henkilökuntaa tarvitaan noin 0,10 - 0,15 työntekijää asukasta kohden. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillista peruskoulutusta vailla olevat hoito- ja laitospulaiset luetaan pääsääntöisesti muuhun henkilökuntaan, mutta jos he osallistuvat välittömään hoitotyöhön (esim. auttaminen peseytymisessä, ruokailuissa ja WC-käynneillä), voidaan se osa heidän työpanoksestaan laskea henkilöstömitoitukseen.

Suosituksessa todetaan, että henkilöstömitoitus tarkoittaa todellista mitoitusta, joka siis edellyttää, että poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla. Suosituksen mukaan mitoituksen lisäksi on merkityksellistä, että henkilöstö jaetaan eri työvuoroihin siten, että asiakkaille turvataan mahdollisuus riittävään hoitoon kaikkina vuorokauden aikoina.

Laatusuosituksen toteutuminen

Lääninhallituksilta tiedusteltiin, oliko ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen hoitohenkilöstömitoitus toteutunut toisaalta kunnan omissa yksiköissä ja toisaalta yksityisissä toimintayksiköissä.

Etelä-Suomen lääninhallitus ilmoitti hoitohenkilöstömitoituksen toteutuneen osittain sekä kunnallisessa että yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Joissakin kunnallisissa sosiaalihuollon hoivayksiköissä on havaittu, että asukasmäärää on lisätty henkilöstön määrän pysyessä lähes ennallaan. Terveyskeskusten vuodeosastojen henkilöstömäärä oli jonkin verran parantunut vuonna 2007 tehdyn terveyskeskusverkoston kyselyn mukaan. Lääninhallitus on eräissä yksittäisissä kantelupäätöksissä todennut mitoituksen olleen selvästi alle laatusuosituksen. Koska lääninhallitus vahvistaa yksityisille sosiaalihuollon hoivayksiköille henkilökuntavahvuuden ja –rakenteen luvan myöntämisen yhteydessä, on näissä yksiköissä työntekijöitä useimmiten lukumääräisesti riittävästi.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan sosiaali- terveydenhuollon koulutuksen omaavasta henkilökunnasta on pulaa, jonka seurauksena sosiaalihuollon yksiköissä on työvuoron vastuulliseksi henkilöksi voitu määrätä kouluttamaton työntekijä. Samoin vastuuta lääkehuollosta on saatettu antaa henkilölle, jolta puuttuu vaadittava koulutus. palveluntuottajilla on tapana laskea myös oppisopimuskoulutuksessa olevat työntekijät mukaan henkilöstövahvuuteen. Kasvavana ongelmana kuntien heikentyneessä taloustilanteessa on sijaistyövoiman käyttökielto lyhytaikaisissa sijaisuuksissa.

Erityisen hankalaa tämä on vähimmäismitoitetuissa paikoissa. Yövuoroissa yksi hoitaja joutuu toisinaan vastaamaan liian suuresta asukasmäärästä. Yksityisten sosiaalipalvelujen kohdalla uusi ilmiö on, että henkilöstössä ei ole lainkaan ruokahuollosta tai puhtaanapidosta vastaavia työntekijöitä, vaan näitä tehtäviä siirretään hoitohenkilöstölle.

Länsi-Suomen lääninhallitus ilmoitti samoin, että yksityisten sosiaalipalvelujen osalta laatusuosituksen vähimmäismitoitus toteutuu ainakin luvan myöntämisvaiheessa. Oletettavasti se ei kuitenkaan aina toteudu käytännössä. Lisäksi vanhoissa toimintayksiköissä laatusuositus ei ole vielä vaikuttanut. Aiemmin nimittäin myönnettiin tehostetun palveluasumisen toimilupia hoitohenkilöstömitoituksella 0,4 hoitajaa/asukas. Näissä yksiköissä ei myöskään vaadittu riittävästi avustavaa henkilöstöä, joten ruokahuollon, siivouksen ym. tehtäviä on myös hoitohenkilöstön vastuulla. Henkilöstössä on myös epäpäteviä tai henkilöstön rakenne yksipuolinen siten, että yksikössä on yleensä vain yksi ammattikorkeakoulutuksen saanut ja muut ovat kouluasteen koulutuksen saaneita.

Lääninhallituksen mukaan kunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä on ollut samoja ongelmia kuin yksityisissäkin. Vanhainkodeissa asukkaiden hoitoisuus edellyttäisi mitoitusta 0,6 hoitajaa/asukas, mutta mitoitus on usein 0,4 - 0,5. Ilta- ja yövuorossa saattaa koko yksikössä olla vain yksi hoitaja, jonka vastuulla on lisäksi turvapuhelinhälytyksiin vastaaminen. Lääninhallituksen ja kuntien näkemykset ovat usein poikenneet siinä, voidaanko avustavaa henkilöstöä laskea mukaan henkilöstömitoitukseen. Kunnat ovat usein itse laskeneet mitoitukseen myös avustavan henkilöstön, jolla ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta.

Myös Länsi-Suomen lääninhallitus korosti, että mitoituksessa huomioon otetun hoitohenkilöstön lisäksi tulisi olla selkeästi erillinen avustava hoitohenkilöstö siivous-, ruoka- ja pyykkihuollon tehtäviin. Lääninhallitus totesi, että tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidetaan nykyisin usein vanhuksia, jotka hoitoisuudeltaan perinteisesti ovat sijoittuneet vanhainkoteihin tai jopa terveyskeskusten vuodeosastoille.

Länsi-Suomen lääninhallituksen arvion mukaan laatusuosituksen mukainen henkilöstömitoitus ei toteudu kaikissa kunnallisissa terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi terveyskeskusten vuodeosastoilla potilaiden hoitoisuus vaihtelee suuresti päivittäin ja viikottain, jolloin on vaikea arvioida, mikä suosituksen mukainen hoitohenkilöstön määrä olisi milloinkin riittävä. Hoitohenkilöstön vuosilomiin ei oteta tai saada täysimääräisesti sijaisia, mikä vähentää tosiasiallisesti paikalla olevan henkilöstön määrää. Siivous- ja ruokahuoltotöitä on jossain määrin siirretty hoitajille, kun laitospulaisia on vähennetty. On ollut yksittäistapauksia, jolloin potilaita on ollut terveyskeskuksen vuodeosastolla ylipaikoilla toistuvasti. Viime aikoina tosin on monessa terveyskeskuksessa päästy pois potilaiden ottamisesta ylipaikoille jatkuvana käytäntönä.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan valtaosassa yksiköistä henkilöstömitoitus on suosituksen alarajalla tai hieman yli. Tarkastetuissa kunnallisissa ja yksityisissä yksiköissä mitoitus on ollut pääsääntöisesti 0,5 - 0,6 työntekijää/asukas. Lääninhallitus ilmoitti edellyttäneensä valvontakäynnellä, että 0,5 on ehdoton alaraja. Vaikeasti muistisairaita hoitavilta yksiköiltä on edellytetty vähintään 0,6 mitoitusta. Mikäli suhdeluku on alittanut tämän, lääninhallitus on pyytänyt selvityksen ja suunnitelman siitä, miten ja millä aikataululla mitoitusta on tarkoitus parantaa.

Itä-Suomen lääninhallitus totesi, että laskennallisesti mitoitus voi olla riittävä, mutta todellista mitoitusta on vaikea arvioida. Varahenkilöstöjärjestelmän puuttumisesta johtuen voi todellinen henkilöstövahvuus eri työvuoroissa olla selvästi alle suositusten. Sairausloma- ja muihin lyhyisiin poissaoloihin ei saada sijaista tai sijaisia ei saada ottaa erityisesti alle kahden viikon poissaoloihin. Sijaisten perehdyttämisen menee vakinaisen henkilöstön aikaa. Kun kunnat vähentävät henkilöstöä kotihoidosta, vanhainkodeista, asumispalveluista ja laitoshoidosta, muodostuu palveluketjun tulppa keskussairaalassa kotiutumista odottavien vanhusten suuresta määrästä. Varsinkin yksityisissä syrjäseutujen pienissä yksiköissä osa henkilökunnasta on hoitoapulaisia, joilta puuttuu ammatillinen kelpoisuus. Lääninhallitus on kiinnittänyt erityisesti huomiota siihen, että yövuoroja voivat tehdä vain ammatillisen koulutuksen saaneet hoitajat.

Oulun lääninhallituksen mukaan kunnissa laatusuositukset on sinänsä tiedostettu ja pyritty tyydyttävään tasoon. Muutamissa kunnan omissa sosiaalihuollon yksiköissä on havaittu puutteita henkilökunnan koulutuksen ja työvuoromiehityksen osalta. Julkisissa yksiköissä henkilöstömitoitus on puutteellisempi kuin yksityisissä, koska yksityisissä lupapäätöksissä henkilöstömitoitus vahvistetaan laatusuosituksen mukaisesti. Terveystieteiden yksiköissä henkilöstömitoitus on pääosin 0,6 - 0,8 hoitotyöntekijää/potilas ja se on siis keskimäärin suosituksen tasolla. Kunnan terveydenhuollon yksiköissä on havaittu liian vähän hoitohenkilökuntaa yövuoroissa.

Oulun lääninhallitus totesi vielä, että kunnan asumispalveluissa on liian vähän sairaanhoitopainotteinen näkökulma eikä arvokkaan vanhuuden turvaamiseen ole riittävästi koulutettua henkilökuntaa eikä asiantuntijuutta.

Lapin lääninhallituksen ilmoituksen mukaan ajalla 1.1.2008 - 30.6.2009 tehtyjen tarkastusten perusteella voidaan arvioida, että kunnan omissa yksiköissä ja yksityisissä toimintayksiköissä mitoitus on toteutunut pääsääntöisesti suosituksen vähimmäismitoituksen mukaisesti. Yhden terveyskeskuksen vuodeosaston ja yhden kunnallisen palvelukodin henkilöstömitoituksen oli todettu alittaneen laatusuosituksen vähimmäismitoituksen. Yhdessä yksityisessä ja yhdessä kunnallisessa toimintayksikössä toteutui laatusuosituksen mukainen hyvä mitoitus.

Myös Lapin lääninhallitus oli havainnut puutteita yövalvonnan asiakasturvallisuudessa. Esimerkiksi samassa pihapiirissä voi olla useita toimintayksiköitä, mutta vain yksi yöhoitaja kiertää kaikissa yksiköissä tai lähtee häly-

tykseen, jolloin toinen yksikkö jää ilman valvontaa. Erityisesti syrjäseuduilla yksityisiin yksiköihin on ollut henkilöstöpulan vuoksi ajoittain vaikeaa saada sairaanhoitajia jopa pysyviin työsuhteisiin. Myös sijaisuuksien täytössä on ongelmia sekä yksityisessä että kunnallisessa toiminnassa. Joissakin paikoissa sijaisiksi on jouduttu ottamaan kouluttamatonta henkilökuntaa.

Lääninhallitusten arvioita laatusuosituksen henkilöstömitoituksen riittävydestä hyvän hoidon turvaajana

Pyysin lääninhallitutuksia esittämään oman näkemyksensä laatusuosituksessa esitetystä henkilöstömitoituksesta ja sen käyttökelpoisuudesta valvonnassa.

Lääninhallitukset katsoivat, että suositus antaa hyvän perustan toimintayksikön henkilöstön vähimmäismäärän arvioinnille, vaikkakin hyvä hoito riippuu muistakin tekijöistä kuin henkilöstön lukumäärästä (mm. työntekijöiden koulutus, kokemus ja asenteet, työyhteisön johtaminen ja ilmapiiri, toimitilat ja välineet). Lääninhallitukset katsoivat, että laatusuosituksen mukainen henkilöstön vähimmäismitoitus voisi olla riittävä turvaamaan perushoidon ja hoivan tai jopa hyvän hoidon edellyttäen, että mitoituksessa otetaan huomioon seuraavaa.

Lääninhallitukset katsoivat, että mitoitukseen tulisi huomioida vain sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saanut henkilöstö. Mitoituksessa tulisi olla hoitohenkilöstön lisäksi selkeästi erillinen avustava henkilöstö ruokahuolto- siivous- ja pyykkihuollon tehtäviin. Käytännössä toteutunutta mitoitusta on myös vaikea arvioida. Vaikka paperilla mitoitus on riittävä, puutteita voi olla esim. varahenkilöstöjärjestelyissä. Yövuorossa yksi hoitaja joutuu toisinaan vastaamaan liian suuresta asukas/potilasmäärästä. Pula hoitohenkilöstöstä näkyy erityisesti syrjäseutujen yksityisessä toiminnassa. Lyhytaikaisten sijaisten vaihtuvuus heikentää hoidon laatua. Kasvavana ongelmana kuntien heikentyneessä taloustilanteessa on sijaistyövoiman käyttökielto lyhytaikaisissa sijaisuuksissa ja poissaoloissa.

Tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoidetaan nykyisin usein vanhuk- sia, jotka hoitoisuudeltaan perinteisesti ovat sijoittuneet vanhainkoteihin tai jopa terveyskeskusten vuodeosastoille. Terveyskeskusten vuodeosastoilla puolestaan potilaiden hoitoisuus vaihtelee suuresti päivittäin ja viikottain, jolloin on vaikea arvioida, mikä suosituksen mukainen hoitohenkilöstön määrä olisi milloinkin riittävä.

Varsinkin kunnallisessa toiminnassa parempikuntoisten vanhusten palveluasunnoiksi aikoinaan rakennetut tilat soveltuvat huonosti tehostetun hoivan järjestämiseen. Ongelmallista on esimerkiksi yöaikainen päivystys monikerroksisessa kiinteistössä. Erityisesti vanhoista tiloista saneeratut tilat ovat epäkäytännöllisiä. Apuvälineiden ja turvallisuusteknologian käyttö erityisesti pienissä yksiköissä on puutteellista.

2.2.2

Ravinto, hygienia ja ulkoilu

Lääninhallituksilta kysyttiin, oliko niillä havaintoja ravinnon, ulkoilun tai hygienian puutteista, kuten riittämättömästä vaippojen vaihdosta tai puutteista päästä tarvittaessa WC:hen.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan ravitsemustilaa seurataan sosiaalihuollon yksiköissä pääsääntöisesti varsin perinteisesti painon punnituksella, verenpaineen mittauksessa ja verensokerin seurannalla. Hyvin harvassa yksikössä tehdään asianmukaista dokumentointia riskiasiakkaista tai käytetään tätä varten suunniteltuja mittareita. Lääninhallituksen käytäntönä on suositella ravitsemustilan testin käyttöönottoa sekä kunnan ruokahuoltoapäällikön konsultointia ravitsemiskysymyksissä. Asukkaiden yöpaasto (iltapalan ja aamiaisen välinen aika) on joskus osoittautunut liian pitkäksi. Terveystieteiden huollon kanteluissa on tullut esiin vanhusneesteytyksen puutteita.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan hygieniapuutteet ovat tulleet esiin lähinnä omaisten ilmoituksina ja aistinvaraisesti tarkastuksilla. Puutteita on kuitenkin todettu varsin harvoin. WC-käytien riittävyys on hankalasti todennettavissa käytännössä. Lääninhallituksen tietoon oli tullut muutamia tapauksia terveyskeskuksen vuodeosastolta, jolloin suihkuun pääsystä ja muussa hoivassa oli ollut vakavia puutteita.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon yksiköissä ulkoilun puutteita on havaittu ja lääninhallituksen edustajille on myös kerrottu suoraan, että henkilökunta ei ehdi ulkoiluttaa asukkaita riittävästi erityisesti kaupunkioissa. Suurkaupungeissa kerrostaloon tai muihin vanhoihin kiinteistöihin sijoitetuilla hoivakodeilla ei aina ole omaa pihaa eikä edes parveketta. Maaseutumaisissa oloissa ulkoilumahdollisuudet ovat paremmat. Terveystieteiden huollon pitkäaikaisyksiköissä ulkoiluttaminen ei näytä toteutuvan juuri lainkaan. Terveystieteiden huollon ongelmiakin myös vuoteesta nostamisen osalta resurssipulan takia.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan yksityisten toimintayksiköiden henkilökunnan ammattitaito ei kaikissa tapauksissa riitä valmistamaan vanhuksille soveltuvia aterioita. Ammattitaito voi olla myös riittämätön arvioimaan ravitsemustilan heikkenemistä. Päivällinen tai iltapala tarjoillaan eräissä paikoissa liian aikaisin, jolloin yöllinen paasto ylittää suositellun enintään 11 tuntia.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan kanteluissa ja omaisten yhteydenottoissa on tullut esiin, että vaippoja on vaihdettu liian harvoin, partaa ei ole ajettu tai suupeliä ei ole pyyhitty ruokailun jälkeen. Omaisten yhteydenottojen mukaan suihkuun ei pääse riittävän usein ja suuhygieniassa on puutteita.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan kunnallisissa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ulkoilu jää usein vähiin. Vanhainkodeissa vanhuksia viedään istumaan ulos usein pieninä ryhminä, mutta yksilölliseen ulkoiluttamiseen ei ole mahdollisuuksia. Osassa tehostettua palveluasumista, joissa on turvalliset piha- ja puutarha-alueet, ulkoilu on kuitenkin osa normaalia päivärytmiä.

Itä-Suomen lääninhallitus ei ollut havainnut juurikaan puutteita ravinnossa. Yksittäisiä havaintoja on aiemmin ollut siitä, ettei erillistä iltapalaa ole jaettu lainkaan, mutta tämä on korjaantunut. Monissa yksiköissä aliravitsemusriskiä kartoitetaan punnitsemalla ja tarvittaessa annetaan lisäravintovalmisteita. Ongelmia tulee hitaasta omatoimisesta syömisestä, jolloin ruoka ehtii jäähtyä.

Itä-Suomen lääninhallitus oli havainnut puutteita vanhusten hygienian hoidossa. Myös monet omaiset ovat ilmoittaneet asiasta. Puutteet ovat johtuneet henkilökunnan vähyydestä, jolloin vanhuksia ei ole ehditty käyttää riittävän usein WC:ssä eikä vaihtaa vaippoja riittävästi. Näin on erityisesti yö- ja iltavuorossa.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan ulkoilumahdollisuuksissa on hyvin suuria laitoskohtaisia eroja. Vuoteessa olevat vanukset pääsevät äärimmäisen harvoin ulos ja tällöinkin korkeintaan parvekkeelle.

Oulun lääninhallituksella ei ollut havaintoja varsinaisista ravinnon puutteista, mutta lääninhallituksen vaikutelma oli, että henkilöstöllä ei ole aikaa auttaa ruokailussa niin paljon kuin pitäisi. Joissakin terveydenhuollon yksiköissä iltapala on niin aikaisin, että yöpaasto saattaa ylittää 12 tuntia. Oulun lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon yksiköissä henkilökunnan kiire voi siirtää avustamista WC:hen, jolloin vaippoihin siirrytään liian helpolla. Terveys- ja hoito yksiköissä vaipat tulevat helposti käyttöön vuoro- ja hoitajaksoilla ja niistä on kotona vaikea päästä pois. Lääninhallitukselle oli tehty ilmoituksia siitä, että vaippoja oli laitettu sellaisille vuorohoidossa oleville, jotka kotona olivat olleet liikuntakykyisiä ja WC:ssä käyviä.

Oulun lääninhallituksen mukaan ulkoilumahdollisuus on sosiaalihuollon yksiköissä satunnaista. Terveys- ja hoito yksiköissä pitkäaikaisessa laitoshoidossa ulkoilumahdollisuuksia on vähän.

Lapin lääninhallituksella ei ollut havaintoja ravinnon puutteista.

Lapin lääninhallituksen mukaan yhdessä yksikössä oli jouduttu kiinnittämään huomiota sisäilman huonoon laatuun, joka johtui siitä, että käytettyjä vaippoja säilytettiin sisätiloissa liian pitkään.

Lapin lääninhallituksen mukaan ulkoilun puutteita esiintyy erityisesti talviaikaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa ei ole kirjattu ulkoiluun liittyvää suunnit-

telmaa, jotta asian toteutumista voisi arvioida. Henkilökunta on tuonut esiin, ettei ulkoilun toteuttamiseen ole riittävästi resursseja. Kuitenkin muutamissa yksityisissä palvelukodeissa ulkoilumahdollisuuksia oli järjestetty hyvin monipuolisesti.

2.2.3

Terveystenhuollon järjestäminen sosiaalihuollon yksiköissä

Lääninhallituksilta tiedusteltiin myös, millä tavoin asukkaiden terveydenhuolto on sosiaalihuollon toimintayksiköissä järjestetty, esimerkiksi tuleeko lääkäri tutkimaan potilaan paikan päälle vai viedäänkö hänet tutkittavaksi terveyskeskukseen tai sairaalaan.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan terveydenhuollon palvelut selvitetään aina sosiaalihuollon yksikön tarkastuksilla ja se on osa lupaprosessia. Terveyskeskusten lääkäripula näkyy hoivayksiköissä eivätkä lääkärit ehdi tulla tutkimaan asukasta hoitopaikkaan. Täydentävänä palveluna palveluntuottajat käyttävät yksityisiä lääkäripalveluja. Suun terveydenhuollon osalta asukas yleensä lähetetään kotikunnan hammashoitolaan. Lääninhallitus on havainnut, että joissakin yksiköissä vuodepotilaiden suun terveydenhuolto laiminlyödään täysin.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan terveyskeskuksen lääkäritilanteesta riippuu, viedäänkö sosiaalihuollon yksikön asukas lääkärin vastaanotolle terveyskeskukseen vai tuleeko terveyskeskuslääkäri toimintayksikköön. Eräissä yksityisissä sosiaalihuollon yksiköissä on lisäksi oma yksityinen sopimuslääkäri, joka käy yksikössä säännöllisin välein ja joka on tavoitettavissa tarvittaessa puhelimitse. Asukkaat maksavat nämä lääkärikäynnit itse. Yksityisten toimintayksiköiden kotisairaanhoidon palvelut järjestetään lähtökohtaisesti kunnan kotisairaanhoidon kautta, mutta usein käytäntönä on, että yksikön sairaanhoitaja ottaa tarvittavat laboratorionäytteet, jotka viedään tutkittaviksi julkisen sektorin laboratorioon. Eräissä tapauksissa toimintayksikkö on edellyttänyt, että omainen hoitaa kuljetuksen ja saattamisen terveyskeskukseen – joskus oman kotikuntansa terveyskeskukseen, kun kuntien välistä maksusitoumusta ei ole.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan käytännöt vaihtelevat kunnittain. Sosiaalipalvelujen toimintayksikkö on vanhuksen koti ja sieltä yleensä lähdetään tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Lääkärit ehtivät harvemmin tekemään kotikäyntejä. Aikaisemmin jotkut terveyskeskusten johtavat lääkärit tulksivat kansanterveyslain vastaisesti, etteivät kotisairaanhoidon palvelut (etenkin lääkärin kotikäynnit, lääkkeiden jakelu, haavahoidot ja hoitotarvikkeet) kuuluisi yksityisessä asumispalveluyksikössä asuvalle. Jotkut kunnat ovat lopettaneet säästösyistä lääkäreiden kotikäynnit hoitokoteihin, jolloin vanhuksia joudutaan kuljettamaan ambulanssilla terveyskeskusvastaanotolle.

Oulun lääninhallituksen mukaan käytännöt ovat yksikkökohtaisia. Joissakin yksiköissä lääkäri käy säännöllisin väliajoin, joissakin asukas vietään terveyskeskusvastaanotolle.

Lapin lääninhallituksen mukaan suurimmassa osassa yksiköitä lääkäripalvelut on järjestetty siten, että terveyskeskuslääkäri käy tietyin väliajoin yksikössä ja muu yhteydenotto tapahtuu puhelimitse tai sähköpostilla. Akuuteissa tapauksissa potilas toimitetaan päivystysvastaanotolle.

2.2.4 Lääkehoito

Lääninhallituksilta tiedusteltiin, oliko niillä havaintoja vanhusten ylläkäitsemisestä, esimerkiksi liiallisesta psykoosi-, rahoittavien tai unilääkkeiden käytöstä.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan ylläkäitsemisestä on sosiaalihuollon yksiköissä saatu joitakin viitteitä, mutta sen toteen näyttäminen on lähes mahdotonta. Toisaalta monissa paikoissa uuden asukkaan saapuessa hänen lääkityksensä arvioidaan ja tehdään tarvittaessa lääkesaneeraus.

Länsi-Suomen lääninhallitus totesi, että omaisten kanteluissa esitetään usein väitteitä liian runsaasta lääkityksestä. Lääketieteellistä näyttöä tästä on kuitenkin usein vaikea saada. Lääninhallituksen käsityksen mukaan rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö tuntuu olevan yleistä. Lääninhallitus tosin huomautti, että näiden lääkkeiden käyttö on useille vanhuksille tarpeen, jotta he voivat rauhoittua ja saada unen päästä kiinni. Länsi-Suomen lääninhallituksen havaintojen mukaan erityisesti yksityisissä palveluasumisyksiköissä tavoitteena on asukkaiden aktiivinen päivä ja unilääkkeiden mahdollisimman vähäinen käyttö ja useissa näissä yksiköissä unilääkkeiden käyttö on minimaalista aktiivisen päivätoiminnan ja ulkoilun vuoksi. Terveyskeskuksissa, joissa on geriatriaan erikoistunut lääkäri, iäkkäiden lääkitykseen on kiinnitetty enemmän huomiota käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan vanhuksilla on paljon lääkkeitä. Vanhusten lääkitysten laaja-alainen arvio ja turhien lääkkeiden saneeraaminen on lääkäripulan takia hoidettu puutteellisesti. Lääkehoidosta puuttuu moniammatillinen (lääketieteen, farmasian ja hoitotyön) arviointikäytäntö. Rauhoittavia ja unilääkkeitä käytetään vaihtelevasti. Vaikeaan dementiaan liittyviä käytöshäiriöitä on haasteellista hoitaa lääkkeillä, mutta oireet ovat usein vaikeita ja potilas itsekin kärsii niistä.

Etelä- ja Pohjois-Savossa oli ajalla 1.1.2006–30.7.2007 vanhusten hoitoon terveydenhuollon laitoksissa liittyviä kanteluita 26 kpl. Yhteinen nimittäjä näissä oli se, että omaiset kantelivat pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan lääkehoidosta. Yhtäältä kanneltiin siitä, että levottomia vanhuksia yllilääkittiin psykoosi- ja rauhoittavilla lääkkeillä. Toisaalta moitittiin sitä, ettei kalliita uusia dementiaaläkkeitä annettu enää laitoshoitoon siirtymisen jälkeen. Lisäksi arvosteltiin sitä, ettei joidenkin somaattisten sairauksien hoitoon enää annettu tarpeelliseksi koettua lääkitystä. Kovin suuria virheitä ei Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan lääketieteellisessä mielessä kuitenkaan tullut esiin.

Oulun lääninhallituksen mukaan ympärivuorokautiseen hoivaan tultaessa psykoosilääkityksiä on yleensä pystytty vähentämään. Rauhoittavien lääkkeiden liikakäytöstä lääninhallituksella ei ollut havaintoja.

Lapin lääninhallituksen tarkastuksilla ei ollut havaintoja yllilääkitsemisestä eikä tällaista ollut todettu myöskään potilasasiakirjamerkintöjen tai asiakkaiden lääkelistojen perusteella arvioiden.

Pyysin vielä 5.1.2010 kahdelta aluehallintovirastolta lisäselvitystä siitä, onko sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä tarkastettaessa mukana lääkäriä. Samoin pyysin selvitystä siitä, pyydetäänkö tarkastuksilla nähtäväksi asukkaiden lääkelistoja tai arvioidaanko lääkityksen asianmukaisuutta muutoin, jos valvontakäynnin syynä ei ole kantelu tai muu ilmoitettu epäkohta nimenomaan tästä asiasta.

Etelä-Suomen aluehallintoviraston selvityksen mukaan sosiaalihuollon yksiköihin tarkastuskäynnin tekevät henkilöt määräytyvät valvonnan kohteena olevan asian perusteella. Tavanomaisesti tarkastuskäynnin tekee sosiaalihuollon asiantuntija yksinään. Hänen lisäksi tarkastukseen osallistuu myös terveydenhuollon asiantuntija silloin kun toiminnan laiminlyöntiepäily kohdistuu terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaan, kuten lääkehoitoon, potilasasiakirjojen hoitamiseen tai muuhun hoitotyön laiminlyöntiin. Lääkäri on mukana tarkastuksella siinä tapauksessa, että hoivakodin lääkäripalveluista vastaavasta lääkäristä on kanneltu. Tarkastuskäynnillä on mukana juristi silloin, kun tarkastuksella tarvitaan juridista vahvistusta.

Vaikka lääkehoito ei olisi valvontakäynnin syynä, sosiaalihuollon tarkastaja selvittää usein myös lääkehuollon toteuttamisen yleiset periaatteet, kuten lääkehuoltosuunnitelman laatimisen, sosiaali- ja terveysministeriön Lääkehoito-oppaan tuntemisen ja noudattamisen sekä lääkkeiden säilytyksen asianmukaisuuden. Sen sijaan yksittäisten asukkaiden lääkelistoja ja lääkityksen asianmukaisuutta arvioidaan Etelä-Suomen aluehallintoviraston mukaan vain siinä tapauksessa, että lääkehuollon toteuttaminen on erityisesti tarkastuksen kohteena ja mukana on myös terveydenhuollon asiantuntija.

Sen sijaan terveydenhuollon yksiköiden tarkastuksilla on yleensä aina mukana lääkäri ja hänen lisäksi terveydenhuollon ylitarkastaja ja tarvittaes-

sa juristi. Terveysthuollon yksiköissä lääkelistat pyydetään nähtäväksi sekä arvioidaan lääkityksen asianmukaisuus. Lisäksi potilaskertomuksia otetaan luettavaksi satunnaisotoksena.

Itä-Suomen aluehallintovirasto ilmoitti myös, että sosiaalihuollon tarkastuksilla ei tavanomaisesti ole mukana lääkäriä eikä yleensä myöskään terveydenhuollon tarkastuksilla. Lääkäri on ollut mukana isojen terveysasemien ja uusien yksityisten vuodeosastohoitoa antavien yksiköiden tarkastuksilla tai jos yksikössä on ollut jotain erityistä tarvetta tähän. Julkisen terveydenhuollon yksiköissä lääkäri on ollut mukana tarvittaessa, psykiatrian yksiköissä kuitenkin aina.

Itä-Suomen aluehallintoviraston mukaan lääkelistoja ei yleensä pyydetä nähtäväksi, ellei käynnillä ilmene tähän erityistä syytä. Aluehallintovirasto totesi vielä, että olemassa olevilla resursseilla ei yksittäisten lääkelistojen tutkiminen ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaistakaan. Aluehallintoviraston mukaan lääkityksen asianmukaisuuden arviointiin ei riitä pelkkä potilaan lääkelistan tutkiminen, vaan potilasasiakirjat on tarkastettava laajemmin.

2.2.5

Pakotteet ja rajoitteet

Lääninhallituksilta kysyttiin, oliko niillä havaintoja liikkumisrajoitusten käytöstä vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa? Tällaisia ovat esim. varta-aloa tukevat vyöt, jalkojen liikkumista estävät remmit tai muu sitominen, magneettivyöt, geriatriset tuolit, liikkumista estävät korotetut sängynlaidat ja tarjottimet, ulko-ovien tai huoneiden ovien lukitseminen. Vielä kysyttiin, oliko liikkumisrajoituksista päätetty lääkärin arvion perusteella, oliko niistä tehty merkinnät potilasasiakirjoihin ja oliko niistä neuvoteltu vanhuksen itsensä tai hänen omaistensa kanssa.

Etelä-Suomen lääninhallitus ilmoitti, että liikkumisrajoituksia on sekä yksityisessä että kunnallisessa hoidossa. Yleisimmät rajoitteet olivat geriatriset tuolit, huoneen oven sulkeminen ulkoapäin ja dementoituneiden ryhmän oven pitäminen lukittuna. Etelä-Suomen lääninhallitus viittasi pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä tekemäänsä selvitykseen (Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa, Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2/2009). Lääninhallituksen mukaan selvitys osoitti selvästi, että hoito- ja hoivavahenkilöstö kaipaa nykyistä selkeämpiä käytäntöjä rajoitteiden ja pakotteiden käyttöön sekä toivoo saavansa tähän enemmän ohjeistusta. Selvityksen havaintoja on selostettu jäljempänä.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan käytössä ovat geriatriset tuolit, korotetut sängynlaidat ja usein myös magneetti- tai muut sitomisvyöt. Suurinta osaa rajoituksista perustellaan vanhuksen omalla turvallisuudella eikä niitä välttämättä edes mielletä rajoituksiksi. Liikkumisrajoituksia käytetään lääninhallituksen näkemyksen mukaan myös perusteettomasti eikä niiden käytöstä ole kaikissa tapauksissa asianmukaisia asiakas-

/potilasmerkintöjä. Lääninhallituksen arvion mukaan jokaisella terveyskeskuksen vuodeosastolla käytetään ruokailun yhteydessä geriatria tuolia, jossa istuva sidotaan vyöllä ja/tai pöytä laitetaan eteen ylösnousemisen estämiseksi.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan liikkumista rajoittavia toimenpiteitä käytetään yleensä vanhuksen oman turvallisuuden näkökulmasta, mutta myös tilanteissa, joissa henkilöstöä on vähän. Yleensä asiasta keskustellaan vanhuksen itsensä ja omaisten kanssa. Lääninhallitukselle oli raportoitu magneettivöiden käytöstä ja useita tunteja geriatrisessa tuolissa istuttamisesta. Yksittäiset terveyskeskukset ovat lähettäneet ohjeistuksiaan lääninhallituksen kommentoitaviksi.

Oulun lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon yksiköissä käytössä ovat vartaloa tukevat vyöt, korotetut sängynlaidat ja tarjottimet (viimeksi mainitut vain kunnallisissa). Terveystuollon yksiköissä käytössä ovat vartaloa tukevat vyöt, jalkojen liikkumista estävä sitominen, magneettivyöt, geriatriset tuolit, korotetut sängynlaidat ja tarjottimet. Rajoituksista on päätetty lääkärin arvion perusteella. Potilasasiakirjamerkinnät toimenpiteistä on tehty, mutta ei aina niiden perusteluja. Rajoittamisista on sosiaalihuollon yksiköissä keskusteltu vanhuksen itsensä tai omaisten kanssa, terveystuollon yksiköissä osin omaisten kanssa, mutta ei aina riittävästi.

Lapin lääninhallituksen mukaan tarkastuskäynneillä on havaittu liikkumisrajoitusten käyttämistä asukas/potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Käytössä on ollut geriatrisia tuoleja, joihin on kiinnitettyä tarjotin tai tuoliin/pyörätuoliin on sidottu haaravyöllä. Korotettuja sängynlaitoja käytetään erityisesti öisin. Magneettivöitä ei lääninhallituksen havaintojen mukaan ole ollut käytössä.

Liikkumisrajoituksista on päätetty suurimmassa osassa lääkärin arvion perusteella. Osassa yksiköistä ohjeistus on ollut kuitenkin puutteellinen, jolloin on edellytetty kirjallisen ohjeen laatimista tai täydentämistä. Liikkumisrajoituksista on ollut pääsääntöisesti merkintä potilasasiakirjoissa ja niistä on neuvoteltu vanhuksen itsensä tai omaisten kanssa.

Lapin lääninhallitus totesi, että karkailevien ja muistihäiriöisten määrä on lisääntynyt, jolloin sähköisiä lukitus- ja kulunvalvontajärjestelmiä on otettu käyttöön lisääntyvässä määrin.

2.2.6

Palvelu- ja hoitosuunnitelmat

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000, jäljempänä asiakaslaki) 7 §:n mukaan sosiaalihoitoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito- kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma on laadittava sekä viranomaisen että

yksityisen järjestämässä sosiaalihuollossa.

Suunnitelma on laadittava, ellei siihen ole ilmeistä estettä, yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sekä lain 9 §:ssä) tarkoitetuissa tapauksissa (täysi-ikäinen henkilö ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa tai sosiaalihuoltoon liittyvien muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia) asiakkaan, hänen laillisen edustajansa, hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992, jäljempänä potilaslaki) 4 a §:n (857/2004) mukaan terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Lääninhallituksilta kysyttiin, onko niillä havaintoja siitä, että asukkaiden/potilaiden palvelu-, hoito- tai vastaavien suunnitelmien laatiminen olisi laiminlyöty.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen tarkastetaan aina valvontakäynnillä eikä laiminlyöntejä ole juurikaan havaittu. Suunnitelmien taso tosin vaihtelee.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintavoite tunnustetaan sekä kunnissa että yksityisen sektorin toimintayksiköissä. Suunnitelmien taso on kuitenkin kirjava. Omaisten osallistumista on joissakin terveydenhuollon yksiköissä vähätelty.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan pääsääntöisesti kaikilla vanhuksilla on hoito- ja palvelusuunnitelmat. Niissä on kuitenkin selkeitä puutteita. Vanhuksen omat toiveet jäävät joskus huomioon ottamatta. Suunnitelmia tehtäessä ei myöskään aina riittävästi tunneta palvelusuunnitelmien sisältöä ohjaavaa erityislainsäädäntöä.

Oulun lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon yksiköissä suunnitelmat on tehty, mutta niiden tasossa on eroja. Terveydenhuollon yksiköissä suunnitelma sisältyy potilasasiakirjoihin, eikä omaisilla aina ole tarkkaa tietoa suunnitelman sisällöstä.

Lapin lääninhallituksen havaintojen mukaan hoito-, palvelu- ja kuntoutus-suunnitelmat on yleensä laadittu asianmukaisesti ja säännöllisesti. Palvelun tuottaja tekee hoito- ja palvelusuunnitelman tavallisesti noin kahden viikon sisällä yksikköön tulosta.

2.2.7

Oma kieli ja kulttuuri

Sosiaalihuollon asiakaslain 4 §:n mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä heidän äidinkielensä ja kulttuuritarpeensa.

Jos sosiaalihuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä taikka asiakas ei aisti- tai puhevian tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta (5 §).

Potilaslain 3 §:n mukaan potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Potilaalle on lain 5 §:n mukaan annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveystieteiden ammattihenkilöstön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Lääninhallituksilta tiedusteltiin, miten asukkaiden/potilaiden omasta kielestä ja kulttuurista on huolehdittu.

Etelä-Suomien lääninhallituksen mukaan omasta kielestä ja kulttuurista huolehditaan vaihtelevasti.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa eniten kokemusta on romanikulttuurista. Uskontoihin liittyviä ruoka-asioita kunnioitetaan. Yleisesti ottaen kulttuuri- ja kielikysymyksiä ei ole riittävästi huomioitu.

Itä-Suomen läänin alueella vanhukset ovat suomenkielisiä. Etnisten vähemmistöjen osalta kyseeseen tulevat lähinnä romaniväestö, inkerinsuomalaiset ja venäläiset. Kieleen tai kulttuuriin liittyvät asiat eivät ole erityisesti nousseet esille.

Oulun lääninhallituksella ei ollut asiasta kielteisiä havaintoja.

Lapin lääninhallituksen mukaan tarkastuskäynneillä saamelaisalueella todettiin, että omaan kieleen ja kulttuuriin on kiinnitetty huomiota. Esim. Inarin kunnan palvelukodissa oli toiminut päivävuorossa saamenkielinen lähihoitaja, jonka tehtäviin kuului viriketoiminta ja ulkoiluttaminen. Myös Utsjoen vanhainkodissa oli saamenkielinen hoitaja ja kevästä 2009 saamenkieltä osaava toiminnanohjaaja. Saamenkieltä osaavia työntekijöitä on vähän, joten työntekijöiden rekrytointi on vaikeaa.

2.2.8

Saattohoito ja kuolema

Saattohoidon järjestäminen

Terveystieteiden lainsäädännössä ei ole säännöksiä saattohoidosta tai muustakaan elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvistä asioista, vaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja kohteluun kuten muissakin elämänsä vaiheissa. Vaikka saattohoitoa ei ole lainsäädännössä määritelty, se on vakiintunut tarkoittamaan parantumattomasti sairaan kuolevan potilaan hoitoa tilanteessa, jossa parantamaan pyrkivästä hoidosta on luovuttu. Tällöin potilaan olo pyritään pitämään mahdollisimman oireettomana, kivuttomana ja ihmisarvoa tukevana (Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio 2003). Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito –suosituksen mukaan parantumattomasti sairaan saattohoidossa lievitetään oireita ja kärsimystä lääkkeillä ja henkisellä tuella.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan usealla sosiaalipalvelujen tuottajalla on tavoitteena, että asukas voi asua hoivakodissa elämänsä loppuun saakka, mutta saattohoitoa ei kuitenkaan syystä tai toisesta aina pystytä käytännössä toteuttamaan. Syinä tähän ovat muun muassa asukkaan tarvitsemien hoitotoimenpiteiden runsaus ja lääkinnällisen avun suuri tarve, henkilökunnan osaamisen vaje tai terveyskeskuksen kyvyttömyys antaa riittävää hoidollista apua hoitoyksikölle. Jotkut sosiaalipalveluntuottajat ovat tehneet terveyskeskuksen kanssa sopimuksen, jossa terveyskeskus on sitoutunut hoitamaan saattohoitovaiheen vanhustenhuollon yksikössä.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan saattohoidon järjestäminen onnistuu paremmin julkisen kuin yksityisen sektorin hoitopaikoissa. Joissakin yksityisissä yksiköissäkin, joissa on hyvä sairaanhoidollinen henkilöstö ja osaaminen, järjestetään saattohoitoa. Yleensä vanhus lähetetään sosiaalihuollon yksiköstä saattohoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan. Eräiden kaupunkien vanhuspalveluiden kilpailutuksessa on tosin ollut kriteerinä yksikön mahdollisuus järjestää saattohoito.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan useissa kunnan yksiköissä on järjestetty mahdollisuus saattohoitoon ja omaisten läsnäoloon saattohoitotilanteessa. Sen sijaan mahdollisuus saattohoitoon palvelutalossa tai hoivayksikössä on edelleen harvinaista tilanteessa, jossa erityistä osaamista tarvi-

taan esim. voimakkaan kivun tai muun sairaanhoidon ja lääketieteellisen ongelman vuoksi.

Oulun lääninhallituksen mukaan saattohoito on pääosin järjestetty ja myös omaiset on otettu hyvin huomioon. Heillä on hyvin usein mahdollisuus yöpyä saattohoidossa olevan luona.

Lapin lääninhallituksen mukaan suurimmassa osassa kunnallisista yksiköistä saattohoito on mahdollista ja asiakkaan/potilaan ja omaisten toivomukset pyritään huomioimaan. Pienemmistä yksiköistä joudutaan asiakas/potilas usein siirtämään hoitoon muualle saattohoidon loppuvaiheessa.

Kuoleman toteaminen

Kuolemansyyntä selvittämistä annetun asetuksen ((948/1973) mukaan kuolemasta on viipymättä ilmoitettava ensisijaisesti sille lääkärille, jonka hoidossa henkilö oli viimeisen sairautensa aikana ollut, tai kuolinpaikan terveyskeskuksen lääkärille tai poliisille. Asetuksen mukaan lääkärin on saatuaan ilmoituksen kuolemasta, viivytyksettä suoritettava ulkonainen ruumiintarkastus kuoleman toteamiseksi ja sen syiden sekä muiden olosuhteiden selvittämiseksi. Kuoleman toteamisesta annetun asetuksen (27/2004) mukaan kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri. Kuoleman toteamisesta ja sen ajankohdasta on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa terveydenhuollon henkilöstölle (Kuoleman toteaminen, oppaita 2004:5) todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksessa lääkärin tulee todeta kuolema mahdollisimman pian, viimeistään seuraavana arkipäivänä.

Lääninhallituksilta kysyttiin, miten hoitopaikoissa on varauduttu kuolemantapauksiin ja millä tavoin kunnalliset ja yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat mahdollisesti ovat ohjeistaneet henkilöstöään menettelytavoista kuoleman toteamisessa ja selvittämisessä.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan erityisesti viikonloppuisin on moniin sosiaalihuollon yksiköihin vaikeaa saada lääkäri toteamaan tapahtunut kuolema, kun terveyskeskuspäivystykset ovat siirtyneet yhä enemmän yhteispäivystyksiin. Tilanteet aiheuttavat vainajien kuljetuksia päivystyspisteisiin ja heikentävät arvokasta kuoleman jälkeistä menettelyä. Tästä johtuen monet kunnat ovat ottaneet käyttöön lainvastaisia sovellutuksia, esimerkiksi puhelimitse lääkäriltä saatuja ohjeita saada siirtää vainaja pois osastolta, vaikka periaatteessa lääkäri voi todeta potilaan kuolleeksi vain henkilökohtaisesti suorittamansa tutkimuksen perusteella.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan kuolemantapauksiin varautuminen ja siihen liittyvä ohjeistus on yleensä kunnallisissa vanhainkodeissa olemassa. Yksityiset palvelun tuottajat käyttävät yleisimmin kunnasta tai terveyskeskuksesta saatuja ohjeita. Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan ohjeistuksen puute yksityisellä sektorilla on ilmeinen.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan yleensä vanhusten hoito- ja hoivayksiköissä on sovittu menettelytavat kuoleman selvittämisestä ja vainajan kunnioittavasta kohtelusta. Lääninhallitukseen on silloin tällöin tullut tiedusteluja siitä, miten pitkäaikaissairaana kuoleman selvittely hoidetaan palvelukodissa.

Oulun lääninhallitus totesi, että lääninhallituksen vuonna 2006 teettämän kyselyn mukaan kolmasosa läänin alueen terveyskeskuksista ei ollut laatinut ohjeistusta kuolevan potilaan hoidosta. Osa terveyskeskuksista käyttää sairaanhoitopiirin laatimaa ohjetta.

Lapin lääninhallituksen mukaan kuolemantapausten varalta suurimmassa osassa yksiköitä on kirjalliset ohjeet, osassa suulliset ohjeet. Ohjeet on laadittu paikallisten terveyskeskusten ohjeistuksen perusteella.

2.2.9

Muut havainnot hoidon puutteista ja epäkohdista

Lääninhallitusten selvityksissä on tuotu esille monia yksittäisiä havaintoja hoidon puutteista. Ne käyvät ilmi päätöksen liitteenä olevista lääninhallitusten selvityksistä. Tässä mainitsen seuraavat.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan puutteita on ollut lääkehoidon asianmukaisessa järjestämisessä. Lääkkeiden annossa on tapahtunut virheitä, lääkkeitä ei ole säilytetty asianmukaisesti ja lääkehuollon vastuuta on annettu muille kuin asianmukaisesti koulutetulle. Esiin on myös tullut, että vastuuhenkilö on ollut tietämätön valtakunnallisesta lääkehoidon oppaasta ja että lääkehuoltosuunnitelma on puuttunut. Lääkehoidon puutteita on tullut esiin pääasiassa yksityisissä sosiaalipalveluissa ja vähemmän kunnallisissa sosiaalihuollon yksiköissä. Terveystieteiden toimintayksiköissä on tullut esiin sosiaali- ja terveysministeriön Turvallinen lääkehoito-oppaan suositusten erilainen tulkinta.

Länsi-Suomen lääninhallituksen mukaan vanhuksen ja hänen läheistensä mielipiteet ohitetaan sijoituspaikkaa ja hoitoa koskevissa asioissa. Hoito- ja palveluketjujen toimimattomuudesta johtuen vanhus voi joutua odottamaan epätarkoituksenmukaisessa paikassa. Potilas- ja sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja ei ole useinkaan riittävästi eroteltu toisistaan eikä ostopalvelusopimuksissa ole määritelty asiakastietojen säilyttämistä ja arkistointia. Tehostetun palveluasumisen yksiköt ovat muuttuneet hoitoisuudeltaan vaativien vanhusten hoitopaikoiksi ilman että hoitohenkilöstöä lisätty. Erityisesti kunnallisissa yksiköissä käytössä on edelleen usean hengen

huoneita. Paloturvallisuus ei kaikilta osin ole kunnossa ja pelastusviranomaisten vaatimukset esim. sprinklauksen suhteen vaihtelevat alueittain. Todelliseksi haasteeksi on nousemassa motivoituneen ja koulutetun hoitohenkilöstön rekrytointi.

Itä-Suomen lääninhallituksessa ratkaistiin 25 sosiaalihuollon vanhusten huoltoon liittyvää kantelua vuonna 2008. Niissä nousivat esiin palvelujen toimivuus, saatavuus ja laatu sekä yksiköiden henkilöstömitoitukset ja asiakaslähtöisyys. Eräissä yksityisissä hoitokodeissa on havaittu selviä sairaanhoidollisen osaamisen puutteita. Vastuu on pitkälti lähi- ja perushoitajatasoisella henkilöstöllä, jolloin riski lääkevirheistä ja virhearvioinneista lisääntyy. Tyypisesimerkki on vanhusten saamien murtumien hidas diagnostiikka, kun niitä oli hoidettu jopa päiväkausia ruhjeina.

Oulun lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon yksiköissä yksityisyys kärsii, kun huoneet ovat pienet, WC-tiloja on vähän ja huoneisiin mennään koputtamatta. Epäkohtana on sairaanhoitopainotteinen toiminta-ajatus ja virike-toimintojen puute, jolloin toiminta keskittyy rutiinomaiseen hoivaan (syödään, juodaan, pestään, otetaan lääkkeitä, mennään nukkumaan). Myös eräissä terveydenhuollon yksiköissä on potilaita liikaa samassa huoneessa, itsemääräämisoikeutta ei kunnioiteta riittävästi eikä infektioiden torjuntaan kiinnitetä riittävästi huomiota.

Lapin lääninhallituksen mukaan vanhojen kiinteistöjen tilat ovat usein sokkeloisia ja epäkäytännöllisiä. Usein WC-tilat sijaitsevat käytävän varrella ja huonekohtaisia WC-tiloja on vähän.

2.3

Lääninhallitusten toimenpiteet epäkohtien johdosta

Pyysin myös selvitystä niistä toimenpiteistä, joihin lääninhallitukset ovat ryhtyneet havaittuaan puutteita tai muita epäkohtia edellä esitetyissä henkilöstömitoitusta ja vanhusten hoitoa, hoivaa ja kohtelua koskevissa kysymyksissä. Pyysin myös selvitystä siitä, olivatko lääninhallitusten toimenpiteet johtaneet epäkohtien poistumiseen.

Lääninhallitukset ilmoittivat, että havaitessaan yksityisen yksikön valvontakäynnillä puutteita tai epäkohtia tai saatuaan niistä tiedon kantelun tai muun yhteydenoton perusteella, lääninhallitus pyytää palveluntuottajalta selvityksen ja/tai tekee tarkastuskäynnin. Julkisten vanhustenhuollon yksiköiden osalta selvityspyyntö osoitetaan asianomaiselle kunnanhallitukselle tai asianomaiselle lautakunnalle. Näiden perusteella lääninhallitus antaa määräajan puutteiden korjaamiseksi. Yksityisten palveluiden tuottajien osalta käytössä ovat myös muut valvontalain keinot, viime kädessä mahdollisuus luvan peruuttamiseen. Kunnallisten yksiköiden osalta lääninhallituksella (nykyisin aluehallintovirasto) on mahdollisuus uhkasakkomenettelyyn.

Lääninhallitusten toimenpiteet näyttivät johtavan useimmiten epäkohtien poistumiseen yksityisten yksiköiden kohdalla esimerkiksi henkilöstön mitoituksessa ja -rakenteessa, kun lääninhallituksella oli mahdollisuus keskeyttää toiminta ja viime kädessä peruuttaa toimilupa. Kunnallisten toimintayksiköiden osalta tilanne oli ongelmallisempi, kun lääninhallituksella ei ollut yhtä tehokkaita keinoja epäkohtien korjaamiseen. Lääninhallitukset kuitenkin ilmoittivat myös kuntien yleensä korjanneen puutteita lääninhallituksen päätösten mukaisesti.

Esimerkkeinä lääninhallitusten toimenpiteistä mainittakoon, että Itä-Suomen lääninhallitus ilmoitti peruuttaneensa vuonna 2008 yhden yksityisen ympärivuorokautista vanhusten asumispalvelua tarjoavan palveluntuottajan luvan toistuvien, vakavien puuteiden ja laiminlyöntien vuoksi. Itä-Suomen lääninhallitus on valvonut viimeisen vuoden aikana erityisesti suurten kaupunkien vanhustenhuollon palvelujärjestelmiä ja toimintayksiköitä ja kahden sairaalan ylipaikkatilanne saatiin puretuksi. Itä-Suomen lääninhallitus ilmoitti käynnistäneensä uhkasakkomenettelyn Mikkelin kaupungissa henkilöstömitoituksista.

Lapin lääninhallitus ilmoitti esimerkkinä, että erään terveyskeskuksen vuodeosaston henkilöstömitoituksen oli todettu jääneen alle laatusuosituksen vähimmäistason, jolloin lääninhallitus velvoitti kuntaa ilmoittamaan toimenpiteistään. Kunta palkkasi yhden sairaanhoitajan lisää kahdeksi vuodeksi ja ilmoitti suorittavansa jatkossa laajemman selvityksen vanhustenhuollon kokonaistilanteesta syksyllä 2009 talousarvion laadintaan liittyen.

2.4

Lääninhallitusten arviot valvontaedellytyksistään

Pyysin vielä lääninhallituksia arvioimaan, onko niillä omasta mielestään käytävissä riittävät resurssit vanhusten hoitopaikkojen asianmukaiseen valvontaan. Jos resurssit eivät lääninhallituksen käsityksen mukaan ole tällä hetkellä riittävät, mikä on lääninhallituksen oma arvio tarvittavasta valvontahenkilöstöstä tai muista resursseista?

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan lääninhallituksen voimavaroilla valvontatyötä ei ole mahdollista tehdä kattavasti ja täydellisesti, minkä vuoksi kuntien ja omaisten rooli on varsin keskeinen. Henkilöstövoimavarojen riittämättömyyden vuoksi valvontatyön painopiste on käytännössä lääninhallituksen tietoon saatettujen epäkohtien selvittämisessä. Erityisesti kuntien vanhustenhuollon ja pitkäaikaissairaanhoidon yksiköitä pystytään tarkastamaan vain vähän. Lääninhallitus totesi vielä, että toisaalta vanhuksen hyvässä hoidossa ei kaikilta osin valvonnalla koskaan pystytä saamaan tyydyttävää tulosta eikä todentamaan epäkohtia, vaan henkilökunnan koulutus ja työn eettiset periaatteet luovat edellytykset hyvälle toiminnalle.

Etelä-Suomen lääninhallituksen alueella asuu 40 prosenttia väestöstä ja lääninhallituksella on asukaslukuun verrattuna suhteessa vähiten sosiaali- ja terveydenhuollon substanssityöntekijöitä. Väestöpohja on Etelä-Suomen lääninhallituksen työntekijöillä muihin lääninhallitukseen verrattuna suurempi työntekijää kohden. Suhde heikkenee edelleen vuoden 2010 alussa, jolloin yksi sosiaalihuollon ylitarkastaja virkoineen siirtyy Valviraan. Sosiaalihuollon yksityisten palvelujen ohjaustoiminnan siirtyessä Valviraan vuoden 2010 alusta on odotettavissa, että ohjauksellinen tilanne paranee, vaikkakin Valviran sosiaalihuollon ohjausresurssit ovat varsin vaatimattomat. Etelä-Suomen lääninhallitus piti kaiken kaikkiaan Valviran sosiaalihuollon rekrytointitapaa lääninhallituksen viroista epäonnistuneena. Sen mukaan menettely muodostaa uhan sosiaalihuollon tehtävien hoitamiselle uudessa aluehallinnossa.

Etelä-Suomen lääninhallitus oli huolissaan myös terveydenhuollon valvontaresursseista 1.1.2010 jälkeen, kun yksi vakinainen terveydenhuollon ylitarkastaja siirtyi virkoineen Valviraan eikä kahta ylimääräistä ylitarkastajaa eikä myöskään lääninlääkärin viran puolikasta hoitanutta enää palkattu.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan kunnat toteuttavat valvontavelvollisuuttaan vaihtelevasti eivätkä valvontakäytännöt ja -menetelmät ole kaikissa kunnissa vakiintuneet. Kaikissa kunnissa ei yksityisiin toimipaikkoihin tehdä säännöllisiä tarkastuskäyntejä, vaikka niistä saatetaan ostaa palveluja. Mahdollisesta tarkastuskäynnistä ei myöskään aina laadita tarkastuskertomusta tai niistä ei toimiteta jäljennöstä lääninhallitukselle.

Etelä-Suomen lääninhallituksen mukaan sosiaalihuollon valtakunnallinen ohjaus on ollut hajanaista ja lääninhallitukset ovat itse laatineet laatukriteereitä sekä lupahallinnon että valvontatyön oikeudenmukaiseksi toteuttamiseksi. Ikäihmisten laatusuositus on kuitenkin ollut merkittävä apu ikäihmisiä koskevan lainsäädännön vähäisyyden vuoksi. Vuonna 2009 valmistuneet Valviran ja lääninhallitusten yhteistyönä laaditut valvontasuunnitelmat tukevat merkittävästi lääninhallituksissa tehtävää valvontatyötä. Etelä-Suomen lääninhallituksen käsitys oli, että sosiaalihuollon ohjaustoiminnan ja valtakunnallisten lupien valmistelun siirtyminen Valviraan ei tule vähentämään lääninhallituksen työmäärää niin oleellisesti, että valvontatyötä pystyttäisiin lisäämään nykyistä pienemmällä henkilöstömäärällä.

Länsi-Suomen lääninhallituksella oli vakava huoli vähäisistä valvontaresursseista. Mahdollisuuksia ei ole ehkäisevään valvontaan ja ohjauksellisiin seurantakäynteihin eikä palvelurakenteiden kokonaisuuksien tarkasteluun. Huomattava osa resursseista kohdentuu yksityisen toiminnan lupa- ja toimiluvan muutosprosesseihin.

Myös Länsi-Suomen lääninhallitus totesi, että kunnan valvontavastuu alueellaan ei useinkaan toteudu. Kunnan valvonnan osalta ongelmallinen on myös kunnan kaksoisrooli toisaalta valvontaviranomaisena ja toisaalta myös stoppalvelusopimusten kautta valvottavan palvelun ostajana. Lääninhallituksen

mukaan valvontamenettelyä olisi edelleen tarpeen kehittää yhteistyössä Valviran kanssa. Myös Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) panos reaaliaikaisemman tiedon saamiseksi olisi tarpeen palvelujen laadun valvon-
nassa. Nykyistä SOTKA-netin (THL:n tuottama tilasto- ja indikaattoripankki sosiaali- ja terveysalan päättäjille) kaltaista tietokantaa tarvitaan jatkossa-
kin, mutta tiedot tulisi saada tuoreempina sekä kunnista että yksityisen sek-
torin palveluista. Lääninhallitus katsoi, että YSTERI –rekisteritietojen (Valvi-
ran ja aluehallintovirastojen ylläpitämä yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelu-
jen tuottajien rekisteri) hyödyntäminen tilastoaineistoksi voisi myös paran-
taa tietopohjaa valvonnan kehittelylle.

Länsi-Suomen lääninhallitus totesi epäkohtana vielä sen, että terveyden-
huollon tiloja ja laitteita koskeva lainsäädäntö, ohjaus ja valvonta on jaettu
monelle viranomaiselle, mistä syystä kokonaisvaltainen ohjaus ja valvonta ei
ole mahdollinen.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan valvontaresurssit ovat selkeästi alimi-
toitetut. Vuoden 2010 alussa aloittavassa Itä-Suomen aluehallintovirastossa
tarvittaisiin ainakin kaksi henkilötyövuotta lisää vanhustenhuollon valvon-
taan, jotta valvonnan laatu saataisiin tyydyttäväksi.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan kunnallisen toiminnan valvontatarve on
yhteiskuntapoliittisen ilmapiirin muuttumisen, poliittisen tahdonmuodostuk-
sen ja julkisen talouden heikentymisen seurauksena lisääntynyt. Myös PA-
RAS-hanke on sekoittanut kuntien toimintaa, kun päähuomio kunnissa on
kiinnittynyt kuntarakenteeseen. Yksityinen liiketoiminta sosiaalipalvelujen
tuottamisessa on kasvussa. Suuret kansalliset ja ylikansalliset yritykset ovat
tulleet hoivamarkkinoille.

Itä-Suomen lääninhallituksen mukaan yksityisen toiminnan valvontaa haittaa
osin myös epäselvä työnjako sijaintikunnan, sijoittavan kunnan ja lääninhalli-
tuksen kesken. Kuntien tulisi sopimusprosesseissa ja kilpailutuksessa
huomioida paremmin ostamiensa palvelujen laatu. Valvontalain mahdollis-
tama luvan peruuttaminen on lääninhallituksen kokemuksen mukaan raskas
ja hidas prosessi.

Oulun lääninhallituksen mukaan valvontaresursseja ei ole riittävästi. Lupa-
hallinto vie resurssit ja sosiaalihuollon resursseja siirretään vuoden 2010
alusta Valviraan. Myös tarkastusmatkat ja etäisyydet, ankarat keliolosuhteet
talvella ja riittämättömät liikkumavälineet haittaavat valvontatyötä.

Lapin lääninhallituksen mukaan lisäresurssin tarve on arviolta yhden asian-
tuntijan työpanos vuositasolla tarkastuskäynteihin liittyviin tehtäviin.

Myös Lapin lääninhallitus totesi, että pitkien välimatkojen vuoksi tarkastus-
käynnit vievät tavanomaista enemmän aikaa. Nykyiset resurssit ovat riittä-
mättömät säännöllisesti ja suunnitelmallisesti toistuviin tarkastuksiin.

Lääninhallituksen mukaan kunnallisilta toimintayksiköiltä tulisi edellyttää lääninhallituksen lupaa muutostöihin, kun nykyisiä toimitiloja saneerataan, koska ratkaisut eivät aina täytä laatusuosituksia esim. siinä, että jokaisella asukkaalla on halutessaan oma huone ja siihen liittyvä hygienia-tila. Kotiin annettavia palveluja ja tehostetun palveluasumisen paikkoja tulisi lisätä, jotta terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa olevien asuminen joko kotona tai palveluasumisessa mahdollistuisi.

Lapin lääninhallituksen mukaan hoitopaikkoja hyvin haasteellisesti käyttäytyville ei ole olemassa. Vaativaa psykogeriatrista hoitoa tarvitseville tulisi olla omia yksiköitä, joissa erityishoidon ja erityisvalvonnan tarpeet tulisi huomioida henkilöstömitoituksessa.

3

VANHUSTEN HOITOA JA HOIVAA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

3.1

Oikeus hoitoon ja hoivaan

Perustuslain 19 §:n 1 momentti turvaa jokaiselle, joka ei sitä itse pysty hankkimaan, oikeuden välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 7 §:n 2 momentin mukaan ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Julkisen vallalle on perustuslain 22 §:ssä säädetty velvollisuus perus- ja ihmisoikeuksien toteutumisen turvaamiseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltä (6 §) edellä mainitussa 7 §:ssä säädetty oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen..

Perusoikeusuudistuksen yhteydessä korostettiin sitä, että julkisen vallan velvollisuutena on edistää tosiasiallista tasa-arvoa yhteiskunnassa. Yhdenvertaisuussäännös toteuttaa siten myös perustuslain 1 §:n yleistä arvolahtokohtaa oikeudenmukaisuuden edistämisestä yhteiskunnassa. Yhdenvertaisuusperiaate ja syrjinnän kieltä edellyttävät, että sosiaali- ja terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman perusteltua syytä aseteta eri asemaan muun muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella.

Kunnallinen itsehallinto on turvattu perustuslaissa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu lainsäädännössämme kunnille ja kunta voi itsehallintonsa rajoissa päättää palvelurakenteestaan. Perustuslain yhdenvertaisuussäännös rajoittaa kuitenkin kunnan harkintavaltaa ja siten myös erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja palvelujen järjestämistavoissa. Se

edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestää toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ei ole erityistä vanhuslainsäädäntöä, vaan vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Ne sosiaalipalvelut, jotka ovat nimenomaan vanhusväestön kannalta tärkeitä, kuten omaishoidon tuki, kotona annettavat palvelut ja laitos- ja asumispalvelut, ovat sellaisia palveluja, jotka kunta on velvollinen järjestämään tarkoitukseen varaamiensa määrärahojen puitteissa eikä niitä ole turvattu ns. subjektiivisina oikeuksina. Ainoana poikkeuksena on sosiaalihuoltolain 40 a §, jossa säädetään oikeudesta palvelujen tarpeen arviointiin kiireellisissä tilanteissa viipymättä ja muissa kuin kiireellisissä tilanteissa 75 vuotta täyttäneille sekä vammaisuuksista annetun lain mukaan korkeinta hoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun kuntaan on otettu yhteyttä sosiaalipalvelujen saamiseksi.

Myöskään terveyspalveluja koskevassa lainsäädännössä ei potilaiden oikeutta hoitoon ole eroteltu iän perusteella. Ikä ei toisaalta ole myöskään peruste jättää henkilöä hoidon ulkopuolelle.

3.2

Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen

Perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset

Perustuslain 7 §:ssä jokaiselle turvattu oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta. Suomen kansalaisella ja maassa laillisesti oleskelevalla ulkomalaisella on oikeus liikkua ja valita asuinpaikkansa (9 §). Jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu ja kirjeen, puhelun ja muun luottamuksellisen viestin salaisuus on loukkaamaton (10 §).

Myös Suomea sitovat kansainväliset ihmisoikeussopimukset edellyttävät ihmisarvon loukkaamattomuutta. Esimerkkinä mainittakoon Euroopan ihmisoikeussopimus, jossa on turvattu oikeus elämään (2 artikla), kidutuksen, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun kieltä (3 artikla), oikeus vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen (5 artikla) sekä oikeus nauttia yksityis- ja perhe-elämäänsä, kotiinsa ja kirjeenvaihtoonsa kohdistuvaa kunnioitusta (8 artikla). Valtion menettely vanhuksen hoidossa ja kohtelussa voi tulla myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen tutkittavaksi näiden artiklojen valossa.

Euroopan neuvoston uudistetun sosiaalisen peruskirjan 23 artikla koskee ikääntyneiden henkilöiden oikeutta sosiaaliseen suojeluun. Artiklan mukaan sopimusvaltion tulee toimia siten, että ikääntyvillä henkilöillä on mahdollisuus pysyä yhteiskunnan täysipainoisina jäseninä mahdollisimman pitkään, huolehtia heidän tarpeistaan ja terveydentilaansa vastaavien asuntojen ja riittävien asumisen tukipalvelujen saatavuudesta, tarjota heidän tilansa vaatimia terveydenhuolto- ja muita julkisia palveluja ja taata laitoksissa asuville ikääntyneille henkilöille asianmukainen tuki, kunnioittaen heidän mahdollisuuksiaan osallistua elinolosuhteitaan laitoksessa koskevaan päätöksentekoon.

Euroopan neuvoston kidutuksen vastainen komitea (European Committee for the Prevention of Torture, CPT), joka valvoo [Eurooppalaista yleissopimusta kidutuksen ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämiseksi](#), on jo vuosia tehnyt tarkastuksia suljettuihin laitoksiin, kuten vankiloihin ja mielisairaaloihin. CPT:n tarkastukset voivat kohdistua myös sellaisiin laitoksiin tai hoitopaikkoihin, joista hoidettavat eivät huonokuntoisuutensa vuoksi tosiasiallisesti pysty poistumaan. Toistaiseksi CPT ei ole tehnyt Suomessa tarkastuksia esimerkiksi vanhainkoteihin.

YK:n kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen valinnainen pöytäkirja astui kansainvälisesti voimaan kesäkuussa 2006. Pöytäkirjalla luotiin uusi valvontajärjestelmä, joka koostuu YK:n kidutuksen vastaisesta alakomiteasta sekä sopimusvaltioihin nimettävästä tai perustettavasta kansallisesta valvontajärjestelmästä. Uudella YK:n sopimusjärjestelmään kuuluvalla kidutuksen vastaisella alakomitealla on pitkälti sama toimivalta kuin CPT:llä Euroopan neuvoston jäsenvaltioissa. Sekä kansallisella valvontajärjestelmällä että kidutuksen vastaisella alakomitealla on oikeus vierailta kaikissa sopimusvaltion lainkäyttövaltaan kuuluvissa paikoissa, joissa pidetään tai voidaan pitää vapaudenriiston kohteeksi joutuneita ihmisiä joko viranomaisen antaman määräyksen nojalla tai viranomaisen kehotuksesta tai suostumuksesta. Myös vanhusten hoitopaikat voivat olla tämän valvonnan kohteena. Suomen kansallisen valvontajärjestelmän suunnittelu on vielä kesken.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö

Sosiaalihuollon asiakaslain 4 §:n mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuri- ja taustansa.

Potilaslain 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on lain 6 §:n mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jolloin potilaan mielipide tulee selvittää ennen hoidon toteuttamista. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (15 §) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja komeusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tilanteita, jolloin asiakas/potilas ei itse kykene päättämään ja ilmaisemaan omaa tahtoaan hoidon järjestelyistä. Sosiaalihuollon asiakaslain 9 §:n 1 momentin mukaan jos täysi-ikäinen asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa tai sosiaalihuoltoonsa liittyvien muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa taikka omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä on potilaslain 6 §:n 2 momentin mukaan 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. Edellä tarkoitetuissa tapauksissa tulee lainkohdan 3 momentin mukaan hoitoon saada potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus, joiden tulee ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto, tai jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen henkilö kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Potilaslain 12 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä

potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjojen laatimisesta säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antamassa asetuksessa (298/2009). Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.

Terveydenhuollon ammattihenkilön sosiaalihuollon toimintayksikössä antama terveyden- ja sairaanhoito kuuluu edellä mainitun asetuksen soveltamisalaan. Sen sijaan sosiaalihuollon asiakirjojen laatimisesta ei ole säädetty lukuun ottamatta lastensuojelulain säännöksiä lastensuojelun asiakirjoista.

Pakotteet ja rajoitteet hoidossa

Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännössä perusoikeuksien rajoitusperusteiksi ovat vakiintuneet ensinnäkin, että niiden tulee perustua eduskunnan säätämään lakiin ja niiden olennaisen sisällön tulee ilmetä laista. Niiden tulee olla riittävän täsmällisesti määriteltyjä ja tarkkarajaisia. Rajoitusperusteiden tulee olla hyväksyttäviä ja painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatimia. Rajoitusten tulee olla suhteellisuusperiaatteen mukaisia eli välttämättömiä hyväksytyyn tarkoituksen saavuttamiseksi. Lisäksi perusoikeuksia rajoitettaessa on huolehdittava riittävästä oikeusturvajärjestelystä.

Mahdollisuudesta pakotteiden ja rajoitteiden käyttöön on säädetty yksityiskohtaisesti mielenterveyslaissa, lastensuojelulaissa, päihdehuoltolaissa ja tartuntatautilaissa sekä epätasaisesti kehitysvammalaissa. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluja järjestetään osana yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja eikä pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä näissä palveluissa ole säädetty.

Vanhusten hoitoa tai hoivaa järjestettäessä ei ole mitään yleisiä säännöksiä tai yleistä oikeutta rajoittaa henkilön itsemääräämisoikeutta, esimerkiksi rajoittaa hänen liikkumistaan sitomalla häntä tai lukitsemalla ovia. Tällaista yleistä oikeutta ei ole edes henkilön turvallisuuden takaamiseksi. Tämä edellyttäisi tuekseen lain nimenomaisia säännöksiä.

Käytännön hoitotilanteissa henkilökunta kuitenkin joutuu turvautumaan toimenpiteisiin, joihin sillä ei ole lainsäädännön antamaa valtuutusta. Rajoitustoimenpiteiden oikeutusta perustellaan viittaamalla esimerkiksi pakkotilaa tai hätävarjelua koskeviin rikoslain säännöksiin. Näiden säännösten perusteella itsemääräämisoikeuteen voidaan kuitenkin puuttua vain poikkeustilanteissa. Toisinaan viitataan potilaslain 8 §:n säännökseen kiireellisestä hoidosta. Potilaslain säännös oikeuttaa antamaan kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle potilaalle hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellisen *hoidon*, vaikka hänen tahdostaan ei tajuttomuuden

tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Sen sijaan säännös ei oikeuta käyttämään *rajoitustoimenpiteitä* tällaisen hoidon antamiseksi.

Henkilön itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa tietyissä rajoissa hänen omaan suostumukseensa perustuen. Kun otetaan huomioon, miten vaikea esimerkiksi dementoituvan henkilön oman tahdon arviointi on, ja se, että hänen suostumustaan ei ylipäättänsä ole mahdollista saada, ei suostumusta voi pitää itsemääräämisoikeuden rajoittamisen riittävänä perusteena yleisesti vanhusten hoidossa.

Toisaalta julkiselle vallalle on perustuslaissa säädetty velvollisuus turvata välttämätön huolenpito kaikille, jotka eivät siihen itse kykene. Välttämätön huolenpito voi joissakin tilanteissa vaatia myös henkilökohtaisen vapautteen tai koskemattomuuteen puuttumista. Hoitohenkilöstön tulee huolehtia vanhusten turvallisuudesta. Erityisesti dementoituvien vanhusten hoidossa fyysisten rajoitusten avulla pyritään lisäämään huonokuntoisen vanhuspotilaan turvallisuutta estämällä häntä kaatumasta tai putoamasta. Dementiaosaston ulko-oven lukitseminen voi olla välttämätöntä karkailevan, itsestään huolehtimaan kykenemättömän asukkaan ulospääsyn estämiseksi. Rauhaton, sekava tai väkivaltainen vanhus voi aiheuttaa vaaratilanteita itselleen tai muille. Levottoman vanhuksen sitominen voi olla välttämätöntä sairaanhoitollisten hoitotoimenpiteiden (esim. suonensisäinen lääkitys) mahdollistamiseksi.

Hoitohenkilökunta voi tällöin joutua turvautumaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta rajoittaviin toimenpiteisiin joko hänen oman terveytensä tai turvallisuutensa taikka toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden takaamiseksi.

Toisaalta eräitä fyysisen rajoittamisen muotoja, kuten vyökiinnitystä käytetään myös halvaantuneen tai hauraan vanhuksen asennon tukemiseen, mikä mahdollistaa hänen istumisensa tuolissa passiivisen vuoteeseen hoitamisen sijaan. Toimenpiteellä tavoitellaan siten vanhuksen liikkumisen parantamista eikä sen rajoittamista.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO (nykyisin Valvira) antoi 10.4.2008 päivätyyn ohjeen liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla. Tämän ohjeen mukaan vanhuksen omaa turvallisuutta vakavasti uhkaavan vaaran torjumiseksi on potilaan liikkumista voitava rajoittaa hänen tahdostaan riippumatta, mutta vain siinä määrin kuin se kulloinkin on välttämätöntä. Sitä ennen on harkittava, voidaanko käyttää muita soveltuvia turvallisuutta lisääviä menetelmiä. Liikkumisvapautta rajoittavaa hoitopäätöstä tehtäessä on otettava huomioon rajoituksesta potilaalle koituvat haitat ja hyödyt ja punnittava niitä tasapuolisesti keskenään. Liikkumisvapautta rajoittavien turvavälineiden käytöstä on tehtävä yksilöity asianmukainen päätös, joka perustuu potilaan turvallisuuden takaamiseen väliaikaisessa tilanteessa, esimerkiksi levottoman vanhuksen kohdalla.

Hoitopäätöksistä vastaa ohjeen mukaan potilasta hoitava lääkäri, mutta arvioinnissa on syytä käyttää potilaan ja hoitopaikan olosuhteet tuntevan hoitotyön asiantuntemusta. Päätöksestä on keskusteltava potilaan kanssa, tai jos hän ei pysty ottamaan asiaan kantaa, hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai läheisensä kanssa. Lääkäri arvioi, milloin turvavälineen käyttö voidaan lopettaa, tai hän ohjeistaa hoitohenkilöstöä tässä asiassa. Olennaista on, että turvavälinettä käytetään vain sen ajan, kun se on tarpeen. Kun päätös rajoitustoimenpiteestä on tehty, voidaan sen toteuttaminen jättää potilaan hoidosta välittömästi vastaavan hoitotyön ammattihenkilöstön vastuulle. Henkilöstön tulee huolehtia siitä, että turvavälineen käyttö tapahtuu asianmukaisesti ja laitteen käyttöohjeita noudattaen sekä siitä, että potilaan valvonta on riittävää. Jokaisella käyttökerralla tulisi harkita, onko liikkumisen rajoittaminen välttämätöntä potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Turvavälineen käytön peruste ja käytön kesto kirjataan systemaattisesti potilasasiakirjoihin.

Viranomaisen ohje ei sinänsä oikeuta itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen ilman lainsäädännön antamaa oikeutusta, mutta nähdäkseni ohjeessa on kiteytetty ne periaatteet, joita noudattamalla voidaan estää perusteeton itsemääräämisoikeuteen puuttuminen. Lääninhallitukset ovat selvitystensä mukaan valvontakäytännössään tiedottaneet TEO:n ohjeesta ja siinä esitetyistä menettelytavoista.

Olen itsekin pitänyt kanteluihin antamissani ratkaisuihin ja tarkastuksillani hyväksyttävänä, esimerkiksi vaikeasti dementoituneen hoidossa potilaan tai asukkaan oman turvallisuuden perusteella toteutettavia rajoitustoimia. Pääperiaatteena on nähdäkseni pidettävä sitä, että potilaan liikkumista voidaan rajoittaa ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on kulloinkin välttämätöntä. Joka tapauksessa pakottamisen ja rajoittamisen hyväksyttävyydessä olennaista on toimenpiteen tarkoitus. Jos toimenpiteen tarkoitus on henkilön turvallisuuden takaaminen tai hoitotoimenpiteen mahdollistaminen ja toimenpiteellä saavutetaan henkilön kokonaistilanteen kannalta enemmän hyötyä kuin haittaa, voidaan toimenpidettä pitää hyväksyttävänä. Jos sen sijaan tarkoituksena on korvata riittämätöntä henkilökuntaa tai toimenpiteestä on kokonaisuutena enemmän haittaa kuin hyötyä, ei toimenpidettä voida käsitykseni mukaan hyväksyä.

Potilaslaissa ei säädetä pakotteista ja rajoitteista. Mielestäni tällä hetkellä, kun lainsäädäntöä asiasta ei ole, tulee rajoitustoimenpiteissä kuitenkin noudattaa potilaslain periaatteita. Siten rajoitustoimenpiteiden tulee mielestäni perustua hoitovastuussa olevan lääkärin tekemään ratkaisuun ja ne tulee kirjata potilasasiakirjoihin osana hoitosuunnitelmaa.

4 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevat vanhukset ovat aiempaa huonokuntoisempia ja kärsivät fyysisten sairauksien ohella lisääntyvässä määrin dementoivista sairauksista. Nämä haavoittuvassa asemassa olevat henkilöt eivät kykene itse huolehtimaan perus- ja ihmisoikeuksistaan eivätkä oikeudesta hyvään hoitoon, hoivaan ja arvokkaaseen kohteluun.

Lääninhallitusten selvityksissä tuli esille useita epäkohtia ja puutteita, jotka vaarantavat ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ihmisarvoista kohtelua ja joihin tulee valvonnassa kiinnittää huomiota. Johtopäätökseni perustuvat näihin lääninhallitusten vastauksiin. Lääninhallitusten tarkastusten vähäinen määrä ja valvonnan luonne (valvonta on kohdistunut etupäässä toimintayksikön yleisiin edellytyksiin) huomioon ottaen korostan kuitenkin sitä, kuten edellä kohdassa 1, että yksinomaan näiden vastausten perusteella ei voi esittää kattavaa arviota ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon laadusta.

Aluehallintovirastoilla ei ole mahdollisuuksia tehdä tarkastuskäyntejä esimerkiksi vuosittain kaikkiin ympärivuorokautisia palveluja vanhuksille tuottaviin yksiköihin. Valvira on käynnistänyt perusvalvonnan lisäämistä kaikkiin yksiköihin säännöllisesti tehtävien kyselyjen avulla. Valvonnan seitsemää keskeistä painoaluetta (henkilöstön määrä, henkilöstön koulutustaso, ravinto, toiminnan sisältö, lääkehoito, tilat sekä asiakirjahallinta ja dokumentointi) seurataan säännöllisesti kaikki yksiköt kattavilla sähköpostikyselyillä. Näin Valvira pyrkii jatkossa saamaan valtakunnallisen, ainakin karkean kokonaiskuvan palvelujen laadusta.

4.1 Henkilöstön riittävyys

Lääninhallitusten selvitysten mukaan ministeriön ikäihmisten laatusuosituksen vähimmäismitoitus toteutuu yksityisessä sosiaalihuollossa lupaa myönnettäessä, koska se on ollut lääninhallitusten lupakäytännössä toimiluvan saamisen edellytys. Myös kunnallisissa paikoissa vähimmäismitoitus näyttäisi selvitysten mukaan pääosin toteutuvan. Itä-Suomen ja Länsi-Suomen lääninhallitukset ilmoittivat joutuneensa puuttumaan eräiden suurten kaupunkien vanhainkotien henkilöstömääriin.

Ongelmina lääninhallitukset totesivat, että ruoka-, vaate ja siivoushuollon avustavaa henkilöstöä ei ollut aina riittävästi, jolloin hoitohenkilöstö joutui huolehtimaan myös näistä tehtävistä. Ongelmia aiheutti myös pula pätevistä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä, jolloin vastuuta hoitotehtävistä oli jouduttu antamaan epäpäteville tai teettämään vakinaisilla henkilöillä ylityitä. Puutteita voi olla myös varahenkilöstön järjestelyissä ja lyhytaikaisten sijaisten vaihtuvuuden todettiin heikentävän hoidon laatua. Yövuorossa saattoi olla vain yksi hoitaja monikerroksisissa rakennuksissa. Eräissä kunnalli-

sisäyksissä oli otettu käyttöön sijaiskielto lyhyiden poissaolojen ajaksi, vaikka laatusuosituksessa todetaan, että mitoitus tarkoittaa tosiasiallista työssä olevaa henkilöstöä.

Vaikka laadukas ja ihmisarvoa kunnioittava hoito riippuu myös muista tekijöistä kuin henkilöstön määrästä, määrältään ja ammattitaidoltaan riittävä henkilöstö on nähdäkseni olennainen tekijä tällaisen hoidon turvaamisessa.

Tilanteita, jossa ministeriön arvioima vähimmäismitoitus ei hoitopaikoissa toteudu, ei voi mielestäni pitää hyväksyttävänä. Käsitykseni mukaan on tärkeätä, että vähimmäismitoitus toteutuu kaikissa hoitoyksiköissä ja että se toteutuu laatusuosituksessa tarkoitetulla tavalla. Tämä edellyttää, että poissaolevien työntekijöiden osuus korvataan sijaisilla ja että henkilöstö jaetaan eri työvuoroihin siten, että vanhuksille turvataan mahdollisuus riittävään hoitoon kaikkina vuorokauden aikoina. Myös muutokset vanhusten hoitoisuudessa tulee ottaa asianmukaisesti huomioon henkilöstömitoituksessa.

Lääninhallitusten selvityksissä tuli esille puutteita vanhusten hoivassa mm. hygienian suhteen jäljempänä tarkemmin todettavalla tavalla. Selvitysten perusteella ei ole kuitenkaan arvioitavissa, mistä johtuu se, että esimerkiksi WC-käynnit eivät aina toteudu yksilöllisten tarpeiden mukaisesti silloin, kun vanhus on autettavissa WC:hen. Kyse voi olla hoitokulttuureista, työjärjestelyistä mutta myös henkilökunnan riittämättömyydestä. Pakotteiden ja rajoitteiden käytön yleisyyttä tai niiden käytön ja henkilöstömitoituksen suhdetta on myös näiden selvitysten perusteella vaikea arvioida. Pidän kuitenkin mahdollisena, että henkilöstön määrällä voi olla vaikutusta myös näihin seikkoihin, joissa kyse on perusoikeuksina turvatun ihmisarvoisen kohtelun ja henkilökohtaisen vapauden toteutumisesta.

Toinen asia on se, minkälaista vähimmäistason ylittävää hoitoa edellytetään yhteiskunnassamme tarjottavan pitkäaikaishoidossa oleville vanhuksille. Ikäihmisten laatusuosituksessa esitettyä hyvää mitoitusta oli lääninhallitusten mukaan harvoissa paikoissa. Jos hoidon edellytetään olevan nykyistä yksilöllisempää, virikkeellisempää ja muutoinkin laadukkaampaa, tämä on otettava huomioon myös niissä suosituksissa tai määräyksissä, joiden perusteella valvovat viranomaiset arvioivat hoitopaikkoja.

Käsitykseni mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulee arvioida, onko laatusuositus riittävä turvaamaan ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten perusoikeuksien toteutumista erityisesti henkilöstömitoituksen osalta, vai tarvitaanko asiassa lainsäädäntöä. Mielestäni lainsäädäntö olisi omiaan turvaamaan laatusuositusta paremmin riittävän henkilöstömitoituksen. Ministeriön tulee mielestäni ottaa kantaa myös siihen, onko lääninhallitusten selvityksissä todettujen puutteiden johdosta henkilöstömitoituksen perusteissa syytä muutoksiin.

Valvovien viranomaisten, Valviran, aluehallintovirastojen ja kuntien tulee puolestaan huolehtia siitä, että vähintään laatusuosituksen vähimmäismittaus toteutuu kaikissa hoitoyksiköissä laatusuosituksissa tarkoitetulla tavalla.

4.2

Ravinto, hygienia ja ulkoilu

Ravinto

Lääninhallitukset eivät olleet havainneet juurikaan varsinaisia ravinnon puutteita. Monissa yksiköissä aliravitsemusriskiä kartoitetaan säännöllisillä punnituksilla. Joitakin havaintoja oli kuitenkin liian pitkästä yöajan paastosta, joka johtui liian aikaisin tarjoillusta iltapalasta. Pari lääninhallitusta epäili, ettei kaikissa yksityisissä toimintayksiköissä henkilökunnan ammattitaito riittä valmistamaan vanhuksille sopivia aterioita eikä arvioimaan ravitsemustilan heikkenemistä.

THL:n edeltäjä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) käynnisti vuonna 2000 vanhusten pitkäaikaishoidon tutkimushankkeen yhteistyössä eräiden vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen sekä yksityisten ja julkisten palvelutalojen henkilökunnan kanssa. Hankkeen tavoitteena oli kehittää yhtenäiset, ja myös kansainvälisesti vertailtavissa olevat hoidon laadun arviointikriteerit vanhusten ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa. Hankkeessa arvioidaan hoidon laatua 41:n eri laatuindikaattorin avulla hoitohenkilökunnalle kaksi kertaa vuodessa suunnatuilla kyselyillä. Tutkimuksen alkaessa siihen osallistuneet hoitopaikat kattoivat noin viidesosan kaikista pitkäaikaisessa hoidossa olevista vanhuksista.

Ravinnon saannin riittävyttä arvioitiin tutkimuksessa painonlaskun, letku-ruokinnan yleisyyden ja kuivuman perusteella. Niiden asukkaiden osuus, joilla oli ollut painon laskua kyselyä edeltäneen kuukauden aikana vähintään 5 prosenttia tai 6 kk:n aikana yli 10 prosenttia, oli tutkimuksen mukaan vuosina 2000–2004 yhteensä 6-9 prosenttia kaikista asukkaista. Hyvän hoidon raja-arvoksi arvioitiin painonlaskua 1,3 prosentissa ja erinomaisen 3,8 prosentissa. Niiden henkilöiden osuus, joiden arvioitiin kuluttavan nesteitä enemmän kuin saavan (kuivuma) oli 2-0,6 prosenttia kaikista asukkaista. Hyvän hoidon raja-arvoksi määriteltiin tässä tutkimuksessa 6,4 prosenttia ja erinomaisen 4,3 prosenttia. Tämän tutkimuksen mukaan hyvän hoidon raja-arvot saavutettiin tutkimuksessa mukana olleissa hoitopaikoissa kaikkien kolmen valitun laatuindikaattorin suhteen. Tutkimukseen osallistuneissa hoitopaikoissa vanhusten ravitsemustila oli siis suhteellisen hyvä.

Valvira on todennut eräissä kanteluihin antamissaan asiantuntijalausunnoissa, että dementoiviin sairauksiin liittyy usein syömisen häiriöitä, jotka edellyttävät hoitohenkilöstöltä erityisponnisteluja riittävän ravinnon ja nesteiden saannin turvaamiseksi. Toisaalta pitkälle edenneen dementoivan sairauden loppuvaiheessa ja kuoleman lähetessä tulee sellaisia syömisen häiriöitä ja

kuihtumista, jota ei hoitotyön eikä lääketieteen keinoin pystytä estämään.

Valvirassa on 7.1.2010 valmistunut aluehallintovirastojen käyttöön vanhus-ten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma, jossa yhdeksi painopisteeksi on valittu ravinnon seuranta. Valviran mukaan ravitsemustilaa tulee kartoittaa mm. selvittämällä, seurataanko asiakkaan/potilaan painoa säännöllisesti ja millä mittarilla, ja suunnitellaanko ruokalistat asiantuntemuksella. Valvira on siis jo kiinnittänyt aluehallintovi-rastojen huomiota ravinnon laadun ja asukkaiden ja potilaiden ravitsemusti-lan seurantaan. Se tulee siis jatkossa olemaan eräs valvonnan painopiste. Aluehallintovirastot tulevat siis valvonnassa kiinnittämään huomiota tähän asiaan.

Hygienia

Lääninhallitusten selvitysten mukaan puutteita liian helposta vaippoihin siir-tymisestä, riittämättömästä vaippojen vaihdosta ja WC-käyntien tai sui-hkuun pääsyn riittämättömyydestä oli tullut esiin omaisten yhteydenotoissa ja jotkut lääninhallitukset ilmoittivat itsekin havainneensa puutteita hygieniassa. Tosin, kuten Etelä-Suomen lääninhallitus totesi, esim. WC-käyntien riittä-vyys on hankalasti todennettavissa käytännössä. Kaikki lääninhallitukset ei-vät olleet havainneet hygienian puutteita. Itä-Suomen lääninhallituksen mie-lestä puutteet olivat johtuneet henkilökunnan vähäisyydestä.

WC:hen pääsy yksilöllisen tarpeen mukaan on mielestäni olennainen osa vanhuksen hyvää hoitoa ja ihmisarvoista kohtelua. Käsitykseni mukaan aluehallintovirastojen tulee kiinnittää valvonnassa huomiota myös tähän asi-aan.

Ulkoilu

Sen sijaan kaikki lääninhallitukset olivat havainneet puutteita ulkoilussa ja ulkoilumahdollisuuksissa. Näin oli erityisesti terveyskeskuksissa, mutta muissakin hoitopaikoissa erityisesti kaupunkioloissa. Tosin etenkin eräissä yksityisissä sosiaalipalveluyksiköissä oli panostettu nimenomaan ulkoiluun ja muuhunkin virikkeelliseen toimintaan. Aluehallintovirastojen tulee miele-stäni kiinnittää valvonnassa huomiota myös ulkoiluun.

4.3

Lääkehoito ja lääkäripalvelut

Lääkehoito

Sosiaali- ja terveysministeriö kiinnitti kuntien huomiota turvalliseen lääkehoi-toon ja kuntien velvoitteisiin kunnille 8.6.2007 lähettämässään tiedotteessa. Tiedotteen mukaan lähes joka kymmenes yli 75-vuotias käyttää vähintään kymmentä lääkettä. Huomattava osa vanhuksista käyttää samaan aikaan paitsi useita myös monen eri lääkärin määräämiä lääkkeitä. Merkittävä on-gelma tiedotteen mukaan on vanhusien runsas psyykenlääkkeiden mää-

rääminen ja käyttö. Ainakin joka kymmenes yli 75-vuotias käyttää kahta tai useampaa psyykenlääkettä yhtäaikaan. Tiedotteen mukaan on todennäköistä, että vain osa käytöstä on perusteltua.

Tiedotteen mukaan laitoshoidossa keskeisin lääkehoidon haaste on psyykenlääkkeiden, erityisesti antipsykoottien ja rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö ilman indikaatioita sekä säännöllinen unilääkkeiden käyttö ja usean rauhoittavan lääkeaineen samanaikainen käyttö. Vaikka hoitavan lääkärin vastuulla onkin lääkityksen yhteensopivuuden säännöllinen arviointi, vanhusten lääkehoidossa korostuu myös hoitohenkilöstön osaaminen ja vastuu.

Avohoidossa suurimmat haasteet liittyvät ministeriön tiedotteen mukaan lääkehoidon kokonaisvastuun ja tiedonkulun puutteisiin. Vanhus, jolla on yksi tai useampia pitkäaikaissairauksia, tarvitsee säännöllistä seurantaa, ja hänen lääkityksensä tulee arvioida vähintään kerran vuodessa. Sairaalahoitajaksolla akuutin sairauden vuoksi tilapäiseen käyttöön tarkoitetut lääkkeet, erityisesti uni- ja rauhoittavat lääkkeet, sekä kipulääkkeet, voivat jäädä "päälle", ellei potilaan lääkitystä tarkisteta osastohoidon päättyessä. Terveyskeskusten reseptinuudistamiskäytännöt vaihtelevat ja reseptin uusimisen tarvetta pohditaan liian harvoin erityisesti uni- ja rauhoittavien lääkkeiden kohdalla. (Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 6/2007).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa lääkkeen määräämisestä (726/2003) korostetaan, että lääkkeen määrääjä saa määrätä lääkkeitä vain henkilölle, jonka lääkityksen tarpeesta hän on varmistunut omalla tutkimuksellaan tai muulla luotettavalla tavalla. Lääkemääräyksen antaminen tai uusiminen edellyttää, että lääkkeen määrääjä on henkilökohtaisesti tutkinut potilaan edellisen vuoden aikana. Ainoastaan, jos lääkkeen määrääjä voi potilasasiakirjojen tai muiden tietojen perusteella luotettavasti varmistua lääkehoidon tarpeesta, ei henkilökohtaista tutkimusta tarvita.

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan siis vanhusten runsas psyykenlääkkeiden määrääminen ja käyttö on merkittävä ongelma.

Lääninhallitusten vastausten perusteella ei kuitenkaan voida todentaa ylläkäsitsemisestä vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa yleisenä ongelmana. Lääninhallitusten selvitysten valossa näyttäisi siltä, että kotihoitosta ympärivuorokautiseen hoitoon tultaessa vanhuksen lääkelistoja oli käyty läpi ja lääkkeiden käyttöä oli hoitopaikoissa voitu vähentää. Lääninhallitusten vastausten perusteella ei kuitenkaan voi tehdä yleistäviä päätelmiä lääkkeiden käytöstä, kun otetaan huomioon se, että lääninhallitukset ovat tarkastuksilla arvioineet yksittäisten asukkaiden lääkityksen asianmukaisuutta vain silloin, kun valvontakäynnin syynä on ollut nimenomaan väite epäasianmukaisesta lääkityksestä.

Mainittakoon, että Valvirasta saadun tiedon mukaan kanteluita, joissa asiansaoina oli vanhus ja lääkehoito, oli ratkaistu noin vuoden aikana (1.4.2008-19.6.2009) kaikkiaan 13 kappaletta. Osassa kanneltiin liian niu-

kasta lääkehoidosta ja osassa liiallisesta lääkehoidosta. Valvira ei kuitenkaan todennut yhdessäkään edellä mainituista tapauksessa lääkehoidon osalta hoidon laiminlyöntiä tai muuta hoitovirhettä.

Totean, että Valvira on ottanut myös lääkehoidon erääksi valvonnan painopisteeksi, mitä pidän tärkeänä. Lääkinhallituksen vastausten perusteella en voi ottaa kantaa siihen, onko psykoosilääkkeiden, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö vanhusten hoitopaikoissa edelleen liiallista. Eräät tiedot viittaavat kuitenkin siihen, että näiden lääkkeiden käyttö on edelleen runsasta.

Viittaan vielä edellä (kohdassa 4.2) mainittuun THL:n vanhusten pitkäaikaishoidon tutkimushankkeeseen, jossa eräänä hoidon laatuindikaattorina on ollut psyykenlääkkeiden käyttö. Vuonna 2005 julkaistun raportin mukaan antipsykootteja ilman psyykkisen sairauden diagnoosia tai oiretta käytti 35–40 prosenttia kaikista palvelutalojen, vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen asukkaista. Hyvän hoidon raja-arvona tutkimuksessa pidettiin 13,4 prosenttia ja erinomaisen 5,4 prosenttia. Rauhoittavia ja/tai unilääkkeitä käyttävien asukkaiden osuus ilman psyykkisen sairauden diagnoosia oli 53–61 prosenttia kaikista asukkaista. Hyvän hoidon raja-arvona pidettiin 16,4 prosenttia ja erinomaisen hoidon 5,5 prosenttia. Säännöllisesti (kolmesti tai useammin viikossa) unilääkkeitä käyttävien osuus kaikista asiakkaista oli 29–42 prosenttia kaikista asukkaista. Hyvän hoidon raja-arvo tutkimuksessa oli 3,6 prosenttia ja erinomaisen 0,9 prosenttia. Viiden vuoden tutkimusjakson aikana (2000–2004) antipsykoottisten ja rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö ei-psykiatrisilla potilailla väheni kaikissa laitostyypeissä (Noro A, Finne-SDoveri H, Björkren M, Vähäkangas P (toim.), Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, Stakes 2005).

THL:n vanhusten pitkäaikaishoidon tutkimushankkeen ennakkotietojen mukaan (kattaa vuodet 2005–2009) laitoshoidon toimintatavat tutkimukseen osallistuneissa hoitopaikoissa ovat asteittain muuttuneet iäkkäiden toimintakyvyn säilyttämistä suosivaan suuntaan. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on lisääntynyt. Psykoosilääkkeiden käyttö on vähentynyt vuodesta 2001 kymmenen prosenttia ilman merkittävää muutosta asiakkaiden käytösoireilussa. Säännöllinen unilääkkeiden käyttö ilman merkittävää muutosta asiakkaiden unihäiriöissä tai käytösoireilussa on vähentynyt (41 prosentista 19 prosenttiin) vuodesta 2001. Tässä seurantajakson arvioitavana oli 32 prosenttia vanhainkotien asukkaista, 24 prosenttia palveluasumisen asukkaista 19 prosenttia terveyskeskusten pitkäaikaipotilaista (THL:n tiedote 23.9.2009). Vaikka tuloksia ei voi yleistää koko vanhusten ympärivuorokautiseen hoitoon, mukana oli kuitenkin lukumääräisesti iso määrä hoitopaikkoja ja vanhuksia ja ainakin näissä paikoissa psyyken lääkkeiden käyttö on vähentynyt.

Lääkäripalvelut

Vanhainkoodissa ja palveluasumisyksiköissä lääkäri- ja muista terveyden- ja sairaanhoitopalveluista vastaa kansanterveyslain mukaan terveyskeskus. Lääninhallitusten selvitysten mukaan lääkäripalvelut vaihtelivat hoitopaikoittain lähinnä terveyskeskusten resursseista riippuen. Erityisesti suun terveydenhoidossa oli puutteita.

Edellä mainitussa sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa todettiin, että hyvä käytäntö ympärivuorokautisessa hoidossa on se, että lääkäri käy yksiköissä sovituinväliajoin. Tällöin voidaan arvioida asiakkaiden terveydentila ja hoidon tarve ja toteuttaa tarkoituksenmukainen hoito, mukaan lukien lääkeshoidon säännöllinen arviointi. Suosituksen mukaan asiakkaiden akuutteihin hoidon tarpeisiin vastaamiseksi ympärivuorokautisessa hoidossa on oltava selkeät ja dokumentoidut toimintakäytänteet, jotka ovat kaikkien työntekijöiden tiedossa.

Kun otetaan huomioon, että vanhainkoodissa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvat ovat paljon sairaanhoitopalveluja tarvitsevia monisairaita henkilöitä, perusteltua olisi mielestäni järjestää näitä palvelujalautusosuudessa todetulla tavalla paikan päällä hoitopaikoissa, jotta asukkaita ei tarvitse kuljettaa terveyskeskuksiin tarpeettomasti. Potilaan oikeus hoitoon tulee arvioida hänen yksilöllisen tarpeensa mukaisesti ja potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Tämä tarveperiaate käy ilmi terveydenhuollon lainsäädännöstä. Lääkärin säännöllinen käynti hoitopaikassa turvaa pitkäaikaispotilaan yksilöllistä hoitoa ja on myös omiaan estämään virhelääkitystä, joka voi olla sekä liiallista että liian vähäistä.

Julkisuudessa on viime vuosina keskusteltu myös siitä, että vanhusten hoidossa tarvittaisiin nykyistä enemmän geriatria erikoistuneita lääkäreitä ja geriatrista erityistietoa ja osaamista koko hoitosektorilla, koska vanhusten terveysongelmien tunnistus ja niiden hoitomuodot, kuten lääkitys, vaativat erityisosaamista (mm. Sirkka-Liisa Kivelä, Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30). Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien opetuksen sisällöstä päättävät tiedekunnat itse eikä valtion viranomaisilla, kuten opetusministeriöllä, ole juurikaan mahdollisuutta puuttua lääkärikoulutuksen opetuksen sisältöön.

Tämän sinänsä tärkeän asian osalta totean, että lääninhallitusten vastauksen perusteella ei saatu sellaista tietoa, jonka perusteella minun olisi mahdollista ryhtyä arvioimaan lääkäreiden saaman geriatrisen opetuksen ja osaamisen tai yleensäkin vanhusten parissa työskentelevän henkilöstön geriatrisen osaamisen riittävyttä.

4.4 Pakotteet ja rajoitteet

Lääninhallitusten antamista selvityksistä ilmeni, että vanhuksen fyysinen rajoittaminen eri muodoissa on yleinen käytäntö vanhusten hoitopaikoissa. Tämä on tullut esiin muissakin vanhusten pitkäaikaishoitoa koskevissa tutkimuksissa Suomessa ja myös ulkomailla. Mainitsen tässä kaksi lääninhallituksissa tehtyä selvitystä.

Etelä-Suomen lääninhallitus selvitti keväällä 2008 hoitohenkilöstölle suunnatulla kyselytutkimuksella pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä Etelä-Suomen läänin vammais- ja kehitysvammahuollon laitos- ja avopalveluyksiköissä sekä vanhustenhuollon ympärivuorokautisissa yksiköissä (vanhainkodit, palveluasumisyksiköt ja terveyskeskusten vuodeosastot). Joukossa oli sekä julkisia että yksityisiä palveluntuottajia. Kyselyyn vastasi 22 terveyskeskusta, 24 kunnallista vanhustenhuollon toimintayksikköä ja 86 yksityistä palveluntuottajaa. Vastauksissa ainoastaan viidessä ilmoitettiin, että tarvetta pakotteeksi tai rajoitteeksi luonnehdittaviin toimenpiteisiin ei ollut lainkaan.

Edellä mainitun Etelä-Suomen lääninhallituksen kyselyn mukaan tavanomaisten sängynlaitojen, vuoteeseen tai geriatriseen tuoliin sitomisen ja ulko-ovien lukitsemisen lisäksi käytössä oli myös eristämistä (lukitseminen omaan huoneeseen), omaisuuden tai esineen haltuunottoa (alkoholi, tupakka, tulentekovälineet), kiinnipitämistä sekä yhteydenpidon rajoittamista omaisiin (päihteitä käyttäneiden häiriötä aiheuttaneiden omaisten vierailukielto). Toimintayksiköissä siis käytettiin vastaavia toimenpiteitä, joista on säädetty mielenterveys- ja lastensuojelulaissa.

Yleisin syy pakotteisiin ja rajoitteisiin oli edellä mainitun lääninhallituksen kyselyn mukaan vanhuksen turvallisuus, jolloin tavoitteena oli esimerkiksi kaatumisen estäminen tai harhailevan ja sekavan vanhuksen karkailun estäminen. Tosin vastauksissa perusteena esitettiin myös henkilökunnan tilapäinen puute. Pakotteiden ja rajoitteiden taustalla oli usein myös omaisten pyyntö rajoittamisesta. Selvityksessä ilmeni, että joskus omaiset haluavat vanhuksen sitomista kaatumisen tai lonkkamurtuman pelossa silloinkin, kun normaalia suurempaa riskiä loukkaantumiseen ei ole. Melkein kaikissa vastauksissa korostettiin ammattitaitoisen henkilöstön merkitystä ennalta ehkäisevänä ja varhaisen reagoinnin turvaavana asiana. Tärkeänä ennalta ehkäisevä tekijänä vastauksissa pidettiin myös esim. kuntouttavaa työtettä ja sairauksien oikeaa hoitoa (riittävä kivunlievitys ja oikea lääkitys).

Mainituissa Etelä-Suomen läänin kyselyvastauksissa ei tullut laajassa mittassa esiin selkeitä ylilyöntejä kuten liiallista tai vieraisiin tarkoitukseen perustuvaa pakotteiden ja rajoitteiden käyttöä. Kun pakotteita ja rajoitteita oli jouduttu käyttämään, se oli tapahtunut pääasiassa tilanteissa, joissa oli ollut uhkaa joko asiakkaalle itselleen tai muille henkilöille. Vastausten valossa vaikutti siltä, että pakon ja rajoittamisen käsitteiden sisältöä ei ymmärretty yhtenäisesti tai että toimintayksikön vakiintuneita toimintakäytäntöjä tai hoi-

torutiineja ei ollut aina mielletty pakotteiksi tai rajoitteiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät toivoivat selkeätä määrittelyä siitä, mikä on pakottamista ja rajoittamista. Samalla kaivattiin käytännön ohjeita siitä, miten tällaisissa tilanteissa tulisi toimia. Kunnilta odotettiin enemmän valvontaa ja ohjeistusta sekä osaamista palvelujen ostamisessa, jotta asiakkaat sijoitetaan sellaisiin paikkoihin, joissa heidän tarpeensa tulevat parhaiten huomiioon otetutuiksi. (Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa, Etelä-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosaston julkaisuja 2/2009).

Itä-Suomen lääninhallitus puolestaan selvitti vuonna 2005 dementiahoitoa Itä-Suomen läänissä vanhainkotihoitoa ja palveluasumista tuottaville kunnallisille ja yksityisille palveluyksiköille suunnatussa kyselyssä. Vastauksia tuli 103 kappaletta. Vastausten mukaan yli 72 prosentilla oli käytössä joitakin liikkumiseen liittyviä rajoitteita. Kunnallisissa toimintayksiköissä rajoitteita oli käytössä enemmän (89 prosentissa) kuin yksityisissä (65 prosentissa). Sänkyyn tai tuoliin sitominen oli käytössä 33 yksikössä, lukittu ulko-ovi 39 yksikössä, kulunvalvonta 11 yksikössä, hälytysjärjestelmät, turvaliivit ja -vyöt sekä aidatut piha-alueet 23 yksikössä ja asukkaan huoneen lukitseminen ulkoapäin 9 yksikössä. (Dementiahoito Itä-Suomen läänissä, Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 119, toukokuu 2006).

Kuten edellä (kohdassa 3.3) totesin, vanhuksen hoidon ja hänen turvallisuutensa takaaminen saattavat edellyttää hänen itsemääräämisoikeutensa rajoittamista, kuten sitomista vyöllä tai muilla siteillä tuoliin tai sänkyyn tai osaston tai jopa oman huoneenkin oven lukitsemista. Nähdäkseni olemassa olevan menettelyn hyväksyttävyyden arvioinnissa on, missä tarkoituksessa pakotteisiin ja rajoitteisiin on turvauduttu, ja onko niihin turvauduttu vasta viimeisenä keinona.

Lääninhallitusten selvitysten mukaan pääosin pakotteita ja rajoitteita oli käytetty vanhusten turvallisuuden takaamiseksi, vaikkakin eräät lääninhallitukset epäilivät pakotteita ja rajoitteita käytetyn myös tarpeettomasti. Lääninhallitusten vastausten mukaan pakotteista ja rajoituksista oli suureksi osaksi päätetty lääkärin tekemän arvion perusteella. Rajoittamisista oli ainakin sosiaalihuollon yksiköissä yleensä keskusteltu vanhuksen itsensä tai hänen omaistensa kanssa. Liikkumisrajoituksista oli useimmiten tehty merkintä potilasasiakirjoihin. Sen sijaan merkinnöissä oli puutteita mm. rajoitusten perustelujen osalta.

Lääninhallitusten vastausten perusteella en voi ottaa kantaa siihen, missä määrin pakotteita ja rajoituksia on käytetty tarpeettomasti tai muuten asiattomin perustein esimerkiksi osana liian rutiininomaista hoitokulttuurina tai korvaamaan hoitohenkilöstön vähäisyyttä.

Korostan kuitenkin sitä, että rajoitustoimenpiteiden perustelujen riittävä kirjaaminen potilasasiakirjoihin on tärkeää sen arvioimiseksi, onko rajoitus välttämätön potilaan hoidon ja turvallisuuden takaamiseksi vai olisiko käytettävissä muita keinoja. Perustelujen riittävä kirjaaminen korostuu tällä hetkellä, kun itsemääräämisoikeuteen joudutaan puuttumaan ilman lainsäädännön antamaa valtuutusta.

Käsitykseni mukaan aluehallintovirastojen on toimintayksiköiden valvonnassa syytä kiinnittää huomiota paitsi rajoitustoimenpiteiden käytön asianmukaisuuteen, myös niiden huolelliseen kirjaamiseen.

4.5

Muut selvityksissä esiin tulleet seikat

Selvityspyynnössäni lääninhallituksilta tiedusteltiin eräitä muitakin mahdollisia havaintoja vanhusten hoidossa ja hoivassa.

Näistä lääninhallitusten havainnoista totean lyhyesti, että vanhuksille on pääsääntöisesti tehty palvelu- ja hoito- tai vastaava suunnitelmat, mutta niiden tasossa on eroja. Lääninhallitusten vastausten perusteella arvioituna kansainvälistyminen ei vielä näkynyt vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Hoitopaikoissa olikin lähinnä venäläis- ja inkeriläistaustaisia ja romaani- ja saamelaisväestöön kuuluvia.

Lääninhallitusten selvityksistä ilmeni, että asukas ei voi yleensä olla palvelutalossa elämänsä loppuun asti, mikäli hän tarvitsee siinä vaiheessa paljon lääketieteellistä hoitoa. Yleensä hänet siirretään saattohoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan. Vanhainkodeissa saattohoitoa järjestetään paremmin kuin palvelutaloissa. Saattohoidon järjestämisessä oli kuitenkin lääninhallitusten selvitysten perusteella eroja ei puolilla maata.

Lähinnä terveyskeskusten lääkäripula oli lääninhallitusten mukaan johtanut lainvastaisiin menettelyihin kuoleman toteamisessa erityisesti viikonloppuisin. Vainaja on esimerkiksi siirretty pois osastolta puhelimitse lääkäriltä saatujen ohjeiden perusteella.

Oikeusasiamiehen ratkaisukäytännössä on todettu (mm. dnro 1846/4/08), että on välttämätöntä, että kuoleman toteamisessa ja selvittämisessä noudatettavat toimintayksikkökohtaiset menettelytapaohjeet ovat lainmukaiset, selkeät ja täsmälliset ja että toimintayksiköissä valvotaan niiden noudattamista.

Elämän loppuvaiheessa voi tulla eteen myös kysymys elvyttämättä jättämisestä. Oikeusasiamiehen käsiteltävänä on ollut kanteluita, jotka ovat koskeneet elvyttämättä jättämistä koskevien päätösten (ns. DNR-päätösten) tekemistä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kanteluissa elvytyskiellon tulkintaa ja sen käytäntöjä on pidetty ristiriitaisina, epäselvinä ja vaikeasti hahmotettavina. Oikeusasiamies on katsonut, että DNR-päätös on potilas-

lain 6 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettu tärkeä hoitopäätös ja että potilasta tulisi tällöin hoitaa yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä kanssa. Oikeusasiamies on tehnyt 29.5.2007 sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen (dnro 1794/2/07) potilaslain 6 §:n, ja erityisesti sen 3 momentin täsmentämiseksi.

4.6

Vanhusten palvelujen sääntelytarve

Vanhusten palveluissa on kysymys mm. oikeudesta palveluihin, palvelujen laadusta ja sen sääntelystä sekä itsemääräämisoikeudesta ja sen rajoittamisen edellytyksistä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on saadun tiedon mukaan vireillä useita vanhusten palveluja, hoitoa ja hoivaa koskevia tai sivuavia lainsäädäntöhankkeita.

Ministeriö asetti toukokuussa 2009 työryhmän uudistamaan sosiaalihuollon lainsäädäntöä. Työryhmän toimikausi on 1.5.2009 - 31.12.2011. Sen on määrä antaa väliraportti maaliskuussa 2010.

Ministeriö asetti 15.9.2009 ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon/hoidon uudistamista koskevan työryhmän, jonka tehtävänä on laatia ehdotukset ja selvittää tarvittavat säädösmuutokset ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalveluiden rakenteiden toimivuuden parantamiseksi ja asumispalveluiden asiakasmaksujen määräytymistä koskeviksi linjaukseksi. Tehtävänä on lisäksi tehdä ehdotukset esitettyjen uudistusten valtakunnalliseksi toimeenpanoksi osana palvelurakenteen ja palvelujen kokonaisuutta. Työryhmän toimikausi on 15.9.2009 - 30.9.2010.

Eduskunnassa tehtiin 18.9.2009 välikysymys, jossa kysyttiin, mihin toimenpiteisiin hallitus aikoi ryhtyä vanhusten laadukkaiden palveluiden ja heidän perusoikeutensa turvaavan lain säätämiseksi ja lain toteutumisen takaavien riittävien resurssien turvaamiseksi.

Peruspalveluministeri Paula Risikko totesi välikysymykseen 29.9.2009 antamassaan vastauksessa mm., että edellä mainitun toukokuussa asetetun työryhmän tehtävänä on arvioida ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi tarvittavat lainsäädännön peruslinjaukset ja tehdä esitykset lain sisällöstä ja muodosta. Uudella lailla on peruspalveluministerin mukaan tarkoitus nostaa osa laatusuosituksissa olevista asioista lain tasolle, koota eri laeissa olevat ikäihmisten palveluja koskevat säännökset sekä luoda valvontaviranomaisille edellytykset vanhustalvelujen laadun valvonnalle. Lainsäädännöllä on vahvistettava asiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta. Peruspalveluministerin vastauksen mukaan hallitus käynnistää vanhustalvelulain valmistelun, jolloin tarkoitus on saada luonnos valmiiksi keväeseen 2011 mennessä.

Edellä mainitulle toukokuussa 2009 asetetulle sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistamaan asetetulle työryhmälle annettiin eduskunnassa käydyin vanhusten hoitoa koskeneen välikysymyskeskustelun jälkeen marraskuussa 2009 lisätoimeksianto valmistella ehdotus laiksi vanhusten huollon sääntelystä.

Rajoitusten käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa on pohdittu viimeksi 2000-luvun alussa sosiaali- ja terveysministeriön toimesta työryhmämuistiossa (Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista). Sosiaali- ja terveysministeriössä on nytkäynnistetty laaja sosiaali- ja terveydenhuollon rajoitustoimenpiteitä koskeva lainsäädäntöhanke, jonka yhteydessä on tarkoitus koota yhteen itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevat säännökset mielenterveyspotilaiden, päihteiden käyttäjien, kehitysvammaisten henkilöiden ja dementoituvien ja muiden neurologisista oireista kärsivien palveluissa.

Pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä vanhustenhoidossa ollaan nyt siis valmistelemassa sellaista lainsäädäntöä, jota perustuslaki ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset käsitykseni mukaan edellyttävät. Nykyinen tilanne, jolloin itsemääräämisoikeutta rajoitetaan ja pakotteita ja rajoitteita käytetään laajasti ilman siihen oikeuttavaa lainsäädäntöä, näyttäisi siis olevan korjaantumassa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Perustuslakiuudistuksessa vuonna 1995 todettiin, että perustuslain säännöksestä seuraa, että lainsäädännöllä on huolehdittava riittävien palvelujen turvaamisesta. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Kuten edellä (kohdassa 3.1) totesin, niitä sosiaalipalveluja, joita nimenomaan vanhusväestö tarvitsee, kunta järjestää sosiaalihuoltolain mukaan lakisääteisenä tehtävänä, mutta yksityisen kuntalaisen oikeudesta palveluihin ei ole säädetty. Kunnat ja kuntien yhteenliittymät päättävät itse vanhustenhuollon palvelurakenteestaan. Sosiaalihuoltolaki on vuodelta 1982. Vanhusväestön määrä ja oletettavasti myös palvelutarpeet ovat nykyisin erilaiset kuin sosiaalihuoltolakia säädetäessä.

Lääninhallitusten selvityksistä ilmeni, että laatusuositus oli käyttökelpoinen apuväline arvioitaessa hoidon laatua. Yksityisissä hoitopaikoissa se näytti yleisesti ottaen myös riittäneen turvaamaan, lääninhallitusten esittämin varauksin, lupamenettelyssä vaadittavan henkilömitoituksen. Myös kunnallisissa hoitopaikoissa laatusuositus näytti sinänsä hyväksytyin. Laatusuosituksen henkilöstömitoitus ei kuitenkaan toteutunut kaikissa kunnissa.

Kuten edellä (kohdassa 4.1) olen todennut, sosiaali- ja terveysministeriön tulee mielestäni arvioida, onko laatusuositus riittävä turvaamaan ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten perusoikeuksien toteutumista eri-

tyisesti suositellun henkilöstömitoituksen osalta, vai onko asiassa tarvetta lainsäädäntötoimenpiteisiin. Mielestäni lainsäädäntö olisi omiaan turvaamaan laatusuositusta paremmin riittävän henkilöstömitoituksen. Kanta tulee ottaa myös siihen, onko lääninhallitusten selvityksissä todettujen puutteiden johdosta perusteita henkilöstömitoituksen muutoksiin.

Nämä arvioinnit voisivat käsitykseni mukaan tapahtua ministeriössä vireillä olevien lainsäädäntöhankkeiden yhteydessä.

Pidän myös vanhusten itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja sen rajoittamista koskevan säädösvalmistelun mahdollisimman ripeää toteuttamista tärkeänä.

Olen jo vuonna 1996 esittänyt valtioneuvostolle ja sosiaali- ja terveysministeriölle käsitykseni siitä, että kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevaa lainsäädäntöä olisi täsmennettävä, koska kehitysvammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeuden rajoitusten määrittely laintasolla on puutteellista. Olen sosiaali- ja terveysministeriölle 5.10.2009 tekemässäni esityksessä (dnro 3381/2/09) kiirehtinyt lainsäädäntötoimia, koska kehitysvammahuollossa käytettävien rajoitusten olennainen sisältö, rajoituksen laajuus ja sen täsmälliset edellytykset eivät ilmene laista tavalla, jota perustuslaki edellyttää perusoikeuksia rajoitettaessa.

Olen 14.4.2009 tehnyt sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen (dnro 1073/2/07) lainsäädännön täsmentämiseksi tilanteissa, joissa rauhattomaan, sekavaan tai väkivaltaiseen potilaaseen, joka aiheuttaa häiriötä somaattisen terveydenhuollon toimintayksikössä, joudutaan kohdistamaan hänen itsemääräämisoikeuteensa puuttuvia rajoitustoimenpiteitä. Potilaslain säännökset eivät mielestäni tältä osin täytä niitä täsmällisyyden ja tarkkaraajaisuuden vaatimuksia, jotka perustuslaissa asetetaan henkilökohtaista vapautta ja koskemattomuutta rajoittavalle lainsäädännölle.

4.7

Valvonnan tarve ja voimavarat

Kaikki lääninhallitukset katsoivat selvityksissään, ettei niiden voimavaroilla ollut mahdollista tehdä riittävästi ehkäisevää ja ohjauksellista valvontatyötä, vaan huomattava osa resursseista kului yksityisen toiminnan lupamenettelyyn. Lääninhallitukset olivat myös huolissaan valvontaresursseista aluehallintouudistuksen jälkeen. Valviran tehtävien laajeneminen vuoden 2010 alusta vanhusten ympärivuorokautisen hoidon valtakunnalliseen ohjaukseen ja valvontaan olettavasti auttaa uusien aluehallintovirastojen valvontatehtävää. Lääninhallituksista siirtyi vuoden 2010 alussa Valviraan 11 sosiaalihuollon valvontatehtäviin liittyvää virkaa, jolloin käytännön valvontatyötä tekevien määrä uusissa aluehallintovirastoissa väheni vastaavasti. Lääninhallitukset epäilivät, korvaako Valviran tuoma panos valtakunnallisessa ohjauksessa ja valvonnassa tarkastustehtävistä Valviraan siirtyneiden työpanoksen.

Havaintojeni mukaan lääninhallitusten tarkastustoiminta ja muu valvonta on ollut tärkeätä niin vanhustenhuollossa kuin muussakin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Näin on siitä huolimatta, että se on määrällisesti vähäistä vanhustenhuollon yksiköiden kokonaismäärän huomioon ottaen. Kuten selvityksistä ilmenee, yksityisten laitosten lupamenettelyllä on voitu kuitenkin turvata mm. laatusuositusten mukaista henkilöstömitoitusta. Toisaalta lääninhallitukset ovat kiinnittäneet huomiota selvityksissään siihen, että kuntien alueensa vanhustenhuollon yksiköihin kohdistama valvonta ei ole riittävää.

Vanhustenhuollon valvonta on muutosvaiheessa ja sen kehittäminen ajankohtaista. Mielestäni tässä tilanteessa on perusteltua tarkastella valvonnan tarvetta kokonaisuutena. Mm. vanhusten lääkitystä koskevia julkisuudessa esitettyjä vakavia väitteitä voidaan nykyisessä valvonnassa käsitykseni mukaan selvittää vain yksittäisten yhteydenottojen perusteella aluehallintovirastoissa tai Valvirassa. Virastojen suorittaman yleisen valvonnan puitteissa ei näytä olevan mahdollisuutta selvittää potilas/asukaskohtaisesti esimerkiksi lääkehoidon tai pakotteiden ja rajoitteiden asianmukaisuutta. Valvonnan tarpeita määriteltäessä tulisi mielestäni ottaa kantaa siihen, voitaisiinko esimerkiksi lääkehoitoa valvoa nykyistä yksityiskohtaisemmin vai tulisiko lääkehoitoa valvoa joillakin muilla tavoin. Esimerkiksi lääkehoidon valvonnan tarpeeseen voidaan luonnollisesti vaikuttaa mm. lääkäripalvelujen järjestelyillä (kohta 4.3).

Myös valvontaresurssien riittävyttä eri tasoilla tulisi arvioida tältä pohjalta.

Käsitykseni mukaan sosiaali- ja terveysministeriön ja Valviran tulisi valvontaa kehittäessään ottaa nämä seikat huomioon.

5 TOIMENPITEET

Saatan sosiaali- ja terveysministeriön tietoon ja sen lainsäädäntöhankkeiden yhteydessä arvioitavaksi vanhustenhuollon henkilöstömitoituksen lainsäädäntötarpeen.

Samoin saatan ministeriön tietoon käsitykseni siitä, että ministeriössä viireillä olevan itsemääräämisoikeuksien vahvistamista ja rajoittamista koskevan lainsäädännön valmistelu on tärkeää ja kiireellistä vanhusten perus- ja ihmisoikeuksien turvaamiseksi.

Saatan ministeriön ja Valviran tietoon ja huomioon otettavaksi käsitykseni valvonnan tarpeen, toteuttamisen ja aluehallintovirastojen resurssien arvioinnista valvonnan kehittämisessä.

Aluehallintovirastojen tietoon saatan edellä (kohdissa 4.1 - 4.5) esitetyt johtopäätökseni ja käsitykseni valvonnan kohdentamisesta.

Apulaisoikeusasiamiehen
sijainen

Riitta-Leena Paunio

Vanhempi
oikeusasiamiehensihteeri

Aila Linnakangas