



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA PAKKOKEINOJEN VÄHENTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Missä kulkee autonomian ja heitteillejätön raja?

---

Ahonen, Sari

2016 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

# ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS JA PAKKOKEINOJEN VÄHENTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Missä kulkee autonomian ja heitteillejätön raja?

Ahonen Sari Kristiina  
Terveiden edistäminen  
Opinnäytetyö YAMK  
Toukokuu 2016

Sari Kristiina Ahonen

### Itsemääräämisoikeus ja pakkokeinojen vähentäminen sosiaali- ja terveysalalla - Missä kulkee autonomian ja heitteillejätön raja?

Vuosi 2016 Sivumäärä 82 + 58

Itsemääräämisoikeuden lisääminen ja pakkokeinojen vähentäminen sosiaali- ja terveysalalla ovat kansainvälisesti ja kansallisesti ajankohtaisia trendejä, joiden taustalta on löydettävissä yhteen kietoutuneita ideologisia ja lainsäädännöllisiä tekijöitä. Ihmisoikeuksien laajeneminen ja liberaalit käsitykset yksilön itsemääräämisoikeudesta ovat muuttaneet radikaalisti hoitokäytäntöjä. Erityisesti muutos koskee aiemmin poikkeavina ja holhouksen alaisina pidettyjä ihmisryhmiä, kuten mielisairaita, kehitysvammaisia ja muistisairaita.

Historiallisesti tarkasteltuna muutos on ollut nopea, sillä kansainvälisesti laajamittainen laitoshoidon purkaminen ja avohoitoon siirtyminen on tapahtunut vasta 1990-luvulla. Vammaisliikkeen vaade sosiaalisesta ja poliittisesta täysivaltaistumisesta on vaikuttanut voimakkaasti yhteiskuntaan edesauttaen rakenteiden ja käytäntöjen uudistamista. Muutosvaateet heijastuvat myös Suomeen. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta koskeva lainsäädäntö on tällä hetkellä monilta osin vanhentunutta eikä täytä kansainvälisten ihmisoikeussopimusten tai Euroopan unionin lainsäädännön asettamia vaatimuksia. Käytännöt pakkokeinojen suhteen perustuvat monilta osin paikallisille traditioille, joten niiden tutkiminen on tärkeällä sijalla suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä.

Opinnäytetyössä kuvataan itsemääräämisoikeuteen ja pakkokeinojen vähentämiseen liittyvää monivaiheista tutkimuksellista kehittämishanketta. Kehittämishanke lähti liikkeelle tarpeesta kartoittaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyvän lakiuudistuksen vaikutuksia rajoittamiskäytäntöihin vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Alkukartoitus vanhusten itsemääräämisoikeuteen ja pakkokeinoihin liittyen toteutettiin kahdessa vanhusten ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa Ethico™ - roolipeliväittelyn<sup>1</sup> keinoin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin ja saatujen tuloksien mukaan vanhustenhuollon henkilöstö on epäpitoinen monelta osin rajoittamiskeinojen käytöstä ja siitä, mitä itsemääräämisoikeus tiettyssä hoitotilanteessa tarkoittaa.

Kaavailtu lakiesitys asiakkaan- ja potilaan itsemääräämisoikeudesta raukesi keväällä 2015, mikä vuoksi kehittämishanke sai uuden suunnan ja samalla kansainvälistyi. Hanketta lähdettiin jatkototeuttamaan yhteistyössä Suomen Mapa® keskuksen kanssa. Kehittämishanke laajeni koskemaan itsemääräämisoikeuden ja pakonvähentämisen filosofisia, juridisia ja yhteiskunnallisia lähtökohtia. MAPA®- koulutus ja siihen liittyvän osaamisen hankkiminen kolme kuukautta kestävä Englannin matkan aikana nousi keskiöön. Perehtyminen Iso-Britannian lainsäädäntöön sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja tiedonvälitys blogikirjoitusten, lehtijuttujen ja luennoinnin kautta muodostuivat oleelliseksi osaksi kehittämishanketta. Itsemääräämisoikeus ja pakkokeinojen vähentäminen kulkevat kantavina teemoina läpi koko työn - samoin kuin kysymys: ”Missä kulkee autonomian ja heitteillejätön raja?”

**Asiasanat:** Itsemääräämisoikeus, pakkokeinot, autonomia, ihmisoikeudet

<sup>1</sup> ”Ethico” on rekisteröity tavaramerkki 2016 Sari Ahonen & Tarna Kannisto

Sari Kristiina Ahonen

**Self-determination and the reduction of using coercion in social and health care - Where is the borderline between autonomy and abandonment?**

Year 2016 Pages 82 + 58

Increasing autonomy and the reduction of using coercion in social and health care are global trends that are driven by the confluence of ideological and legal factors. The expansion of human rights and liberal ideas of individual self-determination have radically changed health care management practices. In particular, the change applies to groups of people previously considered deviant and in need of guardianship, such as the mentally ill, the mentally challenged and individuals with memory disorders.

Change has been rapid since the mid-1950s as an international large-scale demolition of inpatient facilities and a transition to outpatient care occurred only in the 1990s. The demands from the disability rights movement for social and political influence have had a strong impact on society, contributing to the reform of structures and methods in the care of previously disenfranchised patient groups. Demands for reform were also echoed in Finland, however, as many aspects of the existing laws on a patient's self-determination and use of coercion are outdated and do not meet the standards set by the international human rights community or the requirements of European Union law. Practices of involuntary care are in many ways based on local traditions, which is why the study of these practices is important in the development of the Finnish social and health care systems.

The thesis describes a multiphase research development project with the objectives of empowering the individual and reducing involuntary care measures. The development project started from a need to identify the impact of reforms in patient self-determination laws on restraining practices of the elderly in round-the-clock care. Initial mapping of the practices relating to self-determination and involuntary care among the elderly patients was conducted in two health care facilities for the elderly by using the Ethico™ roleplay debate-method. Data was analyzed using the content analysis method and the results obtained suggest that staff caring for the elderly are often uncertain about the proper use of restraining methods and what a patient's self-determination means in a given care situation.

The enactment of planned legislation, however, failed in spring 2015, which is why this study took a new turn and at the same time became more international. The project has been further developed in cooperation with the Finnish MAPA® center. The development project was eventually expanded to encompass the philosophical, legal and social origins of the movement for reduction of the use of restraint and the promotion of a patient's right to self-determination. Completion of MAPA® training and the acquisition of related skills during three months in England was central to the project. Becoming familiar with relevant British law, as well as community involvement and communication, blog posts, newspaper articles and lectures, all formed an integral part of the development project. Self-determination and the reduction of coercion are themes that run through the thesis as well as the question: "Where is the borderline between autonomy and abandonment?"

*"Ethico" is a registered trademark 2016 Sari Ahonen & Tarna Kannisto*

Keywords: Self-determination, coercion, autonomy, human rights

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämishankkeen teoreettiset lähtökohdat .....	4
2.1	Ihmisoikeudet - länsimaisen ajattelun kivijalka .....	4
2.1.1	Ihmisoikeusajattelun synty ja leviäminen .....	4
2.1.2	Ihmisoikeudet ilmaistaan periaatteina .....	5
2.1.3	Miten ihmisoikeudet perustellaan?.....	6
2.1.4	Ihmisoikeusajattelu KV-sopimusten ja lainsäädännön taustalla .....	7
2.1.5	Filosofisia huomioita ihmisoikeuksien määrittämisestä .....	8
2.2	Autonomia ja ajatus yksilön itsemääräämisoikeudesta.....	9
2.2.1	Mitä autonomia tarkoittaa?.....	9
2.2.2	Tuleeko lakeja ja valtaapitävien määräyksiä noudattaa?.....	12
2.2.3	Onko nykyaikana tilaa kantilaiselle autonomiakäsitykselle?.....	13
2.2.4	Kenen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa? .....	14
3	Kehittämishankkeen yhteiskunnalliset lähtökohdat .....	16
3.1	Rajoittamisen vastaisen liikkeen merkitys pakon vähentämisessä .....	16
3.1.1	Rajoittamisen vastaisen liikkeen historiallinen kehitys .....	16
3.1.2	Rajoittamisen vastaisen liikkeen kansainväliset tavoitteet.....	18
3.1.3	Rajoittamisenvastaisen liikkeen merkitys Suomessa .....	23
3.2	Lääketieteellisestä mallista kohti poliittista mallia .....	25
3.2.1	Vammaisliikkeen ajaman paradigmanmuutoksen lähtökohdat .....	25
3.2.2	Paradigmanmuutoksen vaikutuksista yhteiskuntaan.....	27
3.2.3	Paradigmanmuutoksen vaikutukset hoitokäytänteisiin.....	29
4	Kehittämishankkeen tavoitteet, osaprojektit ja toteutus .....	32
4.1	Kehittämishankkeen alkuperäiset tavoitteet ja lähtökohdat.....	32
4.2	Kehittämishankkeen suunnanmuutos lakiehdotuksen rautessa.....	33
4.3	MAPA®-koulutus ja osaamisen implementointi nousevat etusijalle.....	34
4.4	Yhteenveto kehittämishankkeen lopullisista tavoitteista .....	35
5	Asenteiden ja käytäntöjen kartoitustutkimus kahdessa vanhainkodissa .....	38
5.1	Ethico- roolipeliväittelyllä™ esiin henkilöstön näkemyksiä pakkotoimista .....	38
5.1.1	Roolipeliväittelyllä™ toteutetun kartoituksen tausta ja tavoitteet .....	38
5.1.2	Ethico - roolipeliväittely™ tutkimusmetodina .....	39
5.1.3	Kartoitusten aikataulu, teemat, toteutus ja palautteet .....	41
5.1.4	Väittelyjen litterointi ja sisällönanalyysin toteutus.....	44
5.1.5	Yleiset luokitteluperusteet .....	47
5.2	Roolipeliväittelyn™ tulokset ja johtopäätökset.....	49
5.2.1	Sisällönanalyysin tulokset - väittelyissä esiin nousseet teemat .....	49
5.2.2	Mitä ilmiöitä väittelyt tuovat esiin vanhustenhuollon arjesta?.....	54

6	MAPA®-matka Englantiin ja osaamisen hankkiminen .....	57
6.1	Opintomatkan tarkoitus ja tavoitteet .....	57
6.1.1	Lähtökohdat ja matkasuunnitelman laatiminen .....	57
6.2	Matkan aikana toteutetut osaprojektit.....	58
6.2.1	Työkirjamalliin perehtyminen.....	58
6.2.2	Omat MAPA®-kouluttajakoulutuksen Birminghamissa .....	60
6.2.3	Harjoittelu Harplandin psykiatrisessa sairaalassa .....	61
6.2.4	Käännöstyö .....	62
6.3	Matkan jälkeen toteutetut osaprojektit .....	63
6.3.1	FPI-koulutus - Erytason MAPA® -kouluttajaksi pätevytyminen .....	63
7	Tiedonvälitystä ja yhteiskunnallista vaikuttamista .....	63
7.1	Blogi Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla .....	63
7.2	Luento Mielen terveys hoitotyön koulutuspäivillä 23.9.2015.....	66
7.3	Artikkeli Muisti-lehdessä 4/2015 .....	66
8	Johtopäätökset .....	67
	Elektroniset lähteet: .....	73
	Painetut lähteet:.....	77
	Liite 1 Ethico - roolipeliväittelyn™ aiheet ja aikataulu .....	83
	Liite 2 Palautelomake .....	85
	Liite 3 Blogi Potilaan itsemääräämisoikeushoitotyössä .....	86
	Liite 4 Finnish visitor says well done .....	118
	Liite 5 Scandinavian lessons from North Staffs hospital .....	119
	Liite 6 Fiocan Mielen terveys hoitotyön koulutuspäivät ohjelma .....	121
	Liite 7 Muistilehti 4/2015.....	137
	Yhteisymmärryksestä rakentuu sujuva arki .....	137
	Liite 8 Todistus MAPA® Finnish Professional Instructor .....	140

## 1 Johdanto

Kehittämishanke lähtee yleensä liikkeelle muutostarpeesta, ja sen tehtävänä on tuottaa tietoa ja toimintamalleja, jotka auttavat muutoksen läpiviemisessä. Tässä opinnäytetyössäni kuvaan sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksellista kehittämishanketta asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden lisäämiseen ja pakkokeinojen vähentämiseen liittyen. Pyrin tarjoamaan lukijalle kokonaiskuvan kehittämishankkeen tavoitteista sekä osaprojektien toteutuksesta ja niiden tuloksista. Lisäksi tarkoitukseni on luoda teoreettista ymmärrystä yhteiskunnallisista tekijöistä, jotka vaikuttavat kehittämishankkeen taustalla. Kyseessä on yhteenvedo yli kaksi vuotta kestäneestä moniulotteisesta tutkimus- ja kehittämisprosessista sekä sen lopputuloksista.

Kuvaamani kehittämishanke käynnistyi heti YAMK-opintojeni alkuvaiheessa keväällä 2014. Alun perin tavoitteeni oli etsiä koulutuksellisia ratkaisuja vanhustenhuollon henkilöstön perehdyttämiseksi uuden itsemääräämisoikeuslain vaatimuksiin. Tutkimuksellisenä tavoitteena oli ennen lain voimaantuloa selvittää vanhustenhuollon henkilöstön käsityksiä muistisairaiden vanhusten itsemääräämisoikeudesta sekä sitä, miten kaavailtu lainsäädäntöuudistus asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta tulisi vaikuttamaan käytännön työhön ja vanhustenhuollon henkilöstön täydennyskoulutustarpeeseen erityisesti rajoittamistoimien osalta.

Toteutin tutkimuksellisen osuuden kahdessa vanhusten ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa kartoittamalla vallitsevia käytäntöjä ja asenteita rajoitustoimien sekä asiakkaan itsemääräämisen suhteen Ethico- roolipeliväittelyn™ keinoin vuoden 2014 lopussa. Kehittämisen osalta tavoitteena oli kartoittaa ja koostaa tarvittavia koulutuksellisia ratkaisuja, jotta lainsäädäntöuudistuksen läpivieminen ja täydennyskoulutuksen hankkiminen olisi helpompaa ympärivuorokautista vanhustenhuoltoa tarjoaville toimijoille.

Uuden lain oli tarkoitus tulla voimaan vuoden 2014 loppuun mennessä. Asiat kuitenkin mutkistuivat, kun lakiehdotus todettiin eduskunnan perustuslakivaliokunnassa perustuslain vastaiseksi ja se palautettiin sosiaali- ja terveysministeriöön uudelleenvalmistelua varten. Keväällä 2015 laki raukesi hallituksen ja eduskunnan vaihtuessa. Kehittämishankkeen näkökulmasta lainsäädäntöuudistuksen viivästyminen oli ratkaiseva käänne, joka muutti koko projektin suunnan ja pitkitti aikataulua. Suomalaisen lainsäädännön tutkimisen ja siihen pohjautuvien koulutusten suunnittelun sijaan päädyin selvittämään Iso-Britannian lainsäädäntöä ja siellä vallitsevia rajoittamiskäytänteitä kolme kuukautta kestävän Englannin matkani aikana. Yhteiskunnallinen näkökulma laajeni kattamaan kansainvälisesti merkitykselliset tekijät, kuten kysymykset siitä, miten ihmisoikeusajattelu ja ihmisoikeussopimukset ylipäättään heijastuvat lainsäädäntöön Euroopan Unionissa. Samalla kehittämishankkeeni uudeksi painopisteal-

eeksi muodostui koulutuksellisen ja lainsäädännöllisen osaamisen hankkiminen sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen.

Englannin matkani aikana perehdyin MAPA® eli Management of Actual and Potential Aggression -menetelmään, joka on maailmanlaajuisesti eniten käytetty metodi haasteellisen ja aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Pätevöidyin MAPA®-kouluttajaksi ja kirjoitin MAPA®-matkastani blogia Sairaanhoidtajaliiton verkkosivuille Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä- otsikon alla sekä käänsin kuukauden ajan koulutusmateriaalia suomalaisten kouluttajien tarpeisiin. Lisäksi perehdyin Isossa-Britanniassa voimassa olevaan lainsäädäntöön rajoittamistoimien osalta. Suomeen paluun jälkeen jatkoin tiedotustyötä ja yhteiskunnallista vaikuttamista. Keväällä 2016 osallistuin Suomen mapa® keskuksen järjestämään Finnish Professional Instructor -koulutukseen pätevöityen erityistason MAPA®-kouluttajaksi.

Temaattisena punaisena lankana läpi tämän opinäytetyöni kulkee asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus, mutta puhtaan juridisen tarkastelun sijaan itsemääräämisoikeutta tarkastellaan laajemmin yhteiskunnallisena ja filosofisena käsitteenä, joka määrittää konkreettisia hoitokäytäntöjä sekä tapaamme ajatella arjen työtä. Ihmisoikeusajattelu on toinen keskeinen teema, joka kulkee läpi työn. Ihmisoikeusajattelu nivoutuu itsemääräämiskeskusteluun kiinteästi muun muassa lainsäädännön kautta, sillä ihmisoikeusajattelu on länsimaisen lainsäädännön aatteellinen lähtökohta. Kolmas teema on pakon vähentäminen, joka on tällä hetkellä vahva kansainvälinen tendenssi. Vammaisliikkeen merkitys pakonvähentämissyrkimyksissä on ollut historiallisesti keskeinen nimittäjä, mutta nykyään myös ammattilaiset ja viranomaiset seisovat potilasjärjestöjen rinnalla liputtamassa pakon vähentämisen puolesta.

Kehittämistä onkin rakennettu siten, että ensin käydään läpi edellä mainittuja kehittämishankkeen teoreettisia ja yhteiskunnallisia lähtökohtia, jotta syntyy selkeä kuva, mihin kehittämistyöllä tähdätään ja miten se linkittyy osaksi suurempaa yhteiskunnallista muutosta. Pyrkimyksenä on avata käsitteiden merkitystä ja luoda historiallista ymmärrystä siitä, miten nykytilanteeseen on tultu eli miten käsitykset ja käytänteet ovat muuttuneet ajan saatossa. Historian tunteminen siis auttaa jäsentämään kehityskulkua suuremmissa mittakaavoissa. Tavoitteena on myös auttaa lukijaa hahmottamaan, miksi ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus ja pakon vähentäminen ovat ajankohtaisia ja tärkeitä teemoja, joihin jokainen sosiaali- ja terveyssektorilla työskentelevä törmää. On tärkeä tietää, mistä olemme tulossa ja mihin olemme menossa. Teoreettiset ja yhteiskunnalliset lähtökohdat kuvataan luvuissa 2-4.

Teoreettisen osuuden jälkeen on vuorossa kehittämishankkeen tavoitteiden, osaprojektien ja toteutuksen esittely. Osaprojekteja on kaikkiaan kolme, joista ensimmäistä eli Ethico - roolipeliväittelyn™ keinoin toteutettua kartoitusta vanhainkodissa ja palvelutalossa kuvataan luvussa 5. Kyseessä on tutkimuksellinen osaprojekti, jonka avulla pyrittiin selvittämään henki-



löstön näkemyksiä ja asenteita pakon käytön ja rajoittamistoimien suhteen. Toinen osaprojekti on kolme kuukautta kestänyt MAPA®-matka Englantiin ja siihen liittyvä osaamisen hankkiminen. MAPA®-matkaa ja siihen liittyviä alaprojekteja kuvataan luvussa 6.

Kolmantena osaprojektina esiin nostetaan tiedonvälitys ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen, jonka alle mahtuu blogikirjoittaminen, Sairaanhoidajaliiton koulutussäätiön Fiocon tilaama luento Mielen terveyshoitotyön koulutuspäiville 23.9.2015 sekä Muistiliiton Muisti-lehdessä 4/2015 julkaistu artikkeli. Yhteiskunnallista vaikuttamista kuvataan tarkemmin luvussa 7. Englannin matkan ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen osaprojektit on esitelty lyhyesti toteutuksen näkökulmasta. Apuna olen käyttänyt Englannissa kirjoittamaani hankepäiväkirjaa. Esitellessäni näitä osaprojekteja en siis kuvaa lopputuloksia vaan prosessia, miten kukin osaprojekti on toteutettu. Lopputulokset eli kaikki blogitekstit, julkaistut lehtiartikkelit ja luennon esitysmateriaali löytyvät tämän työ lopusta (liitteet 1-8).

Johtopäätösten yhteydessä esitetään yhteenveto kehittämishankkeen tuloksista. Lisäksi johtopäätösosuudessa hahmotellaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle suunnattuja koulutusratkaisuja, joiden avulla voidaan edesauttaa asiakkaan itsemääräämisoikeuden lisäämistä ja pakon vähentämistä työyhteisöissä sekä valmistautua lainsäädäntömuutokseen. Johtopäätösten yhteydessä on myös eettistä pohdintaa siitä, missä kulkee autonomian ja heitteillejättön raja. Lähteiden käytöstä mainittakoon, että painettujen teosten ohella viittaa myös internetsivuihin ja elektronisiin julkaisuihin. Tämä on mielestäni perusteltua, koska nykyään paljon tärkeää tietoa ja teoksia jaetaan pelkästään sähköisessä muodossa. Erityisesti lainvalmistelua ja ajankohtaisten hankkeiden etenemistä on helppo seurata viranomaisten verkkosivujen kautta.

Olen pyrkinyt kirjoittamaan tekstin mahdollisimman selkokielisesti ja ymmärrettävästi välttämättä turhaa akateemista käsitteistöä. Valinta on tietoinen ja perusteltu, sillä haluan, että työtäni voivat lukea kaikki aiheesta kiinnostuneet. Aiempaa perehtymistä asiaan ei siis tarvita. Haluan kiittää kaikkia kehittämishankkeeseen osallistuneita tahoja ja erityiskiitokset Suomen mapa® keskuksen maavastaavalle, lehtori Aulikki Ylinivalle, yliopettaja Teemu Rantaselle, Crisis Prevention Institutelle (CPI) ja Suomen Sairaanhoidajaliitolle.

## 2 Kehittämishankkeen teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Ihmisoikeudet - länsimaisen ajattelun kivijalka

#### 2.1.1 Ihmisoikeusajattelun synty ja leviäminen

Ihmisoikeudet ovat näkyvästi esillä keskusteluissa, joita käydään tiedotusvälineissä koskien inhimillistä toimintaa yhteiskunnan eri alueilla. Olipa uutisoinnin kohteena turvapaikanhakijat, lapset tai vanhukset, törmäämme lähes aina ihmisoikeusnäkökulmaan asian esille tuonnissa. Länsimaissa ihmisoikeuksista onkin muodostumassa paradigmaattinen lähtökohta, joka otetaan lähes itsestäänselvytenä, kun puhutaan ihmisten välisistä suhteista, valtion roolista, lainsäädännöstä tai terveydenhuollon etiikasta. Koska ihmisoikeusajattelu läpi leikkaa länsimaissa näin näkyvästi yhteiskunnallista keskustelua, on tärkeää ymmärtää, miten olemme tähän tilanteeseen päätyneet ja mitä se merkitsee laajemmassa mittakaavassa. (Koivurova, Pirjatanniemi 2013; Cruft, Liao & Renzo 2015; Kristoffersson, Nergelius 2015.)

Uuden ajan alussa syntynyttä luonnonoikeusajattelua pidetään varsinaisesti ihmisoikeusajattelun lähtökohtana. Luonnonoikeusajattelun isänä pidetään hollantilaista Hugo Grotiusta (1583-1645), joka pyrki etsimään ja määrittämään rauhanomaisen yhteisöllisen rinnakkaiselon periaatteita, jotta ihmiskunta vapautuisi alituisesta sodankäynnin kierteestä. Hän korosti ihmisen luonnollista oikeutta säilyttää henkensä. Oikeuden vastaparina oli velvollisuus olla loukkaamatta muiden luonnollista oikeutta pyrkiä säilyttämään henkensä. (Mikkeli 1998, 176-180.) Luonnonoikeusajattelun kehittymisen myötä syntyi idea kaikille yhtäläisesti kuuluvista oikeuksista, jotka ovat luovuttamattomia ja joita kaikkien tulee kunnioittaa. (Korkman 1998, 243-264.)

Luonnonoikeusajattelu sai sijaa filosofisissa pohdintoissa 1600- ja 1700-luvuilla, ja samalla moraaliperiaatteet alettiin käsittää ihmisten toimintaa rajoittaviksi sosiaalisiksi normeiksi (Korkman 1998, 244-246). Tämä kehitys on ollut ihmiskunnan historiassa käännteentekevä, sillä ihmisten näkeminen tasa-arvoisina ja yhtäläiset oikeudet omaavina toimijoina on mullistanut tapamme ajatella. Erityisen suuri merkitys ihmisoikeusajattelulla on ollut oikeuspoliittiseen ajatteluun, sillä ihmisoikeusajattelu näkyy selvästi kolmessa perusoikeuksien lainsäädäntöhistorian aloittaneessa julistuksessa, jotka ovat English Bill of Rights 1689, Yhdysvaltain itsenäisyysjulistus 1789 ja Ranskan ihmis- ja kansalaisyhteisöjen julistuksessa vuodelta 1789. Alkuvaiheessa kyseessä olivat niin sanotut valkoisen miehen oikeudet, sillä naiset eivät olleet tasa-arvoisia lain edessä ja lisäksi orjuus oli sallittu. (Koivurova ym. 2013, 25-45, Cruft ym. 2015.)

Ihmisoikeusajattelun läpimurto tapahtui laajassa mittakaavassa vasta toisen maailmansodan jälkeen, kun Yhdistyneet Kansakunnat perustettiin 1945. YK:n peruskirjan ja ihmisoikeusjulistuksen taustalla oli toinen maailmansota ja erityisesti natsien hirmuteot. YK:n perustamisen yhteydessä syntyi käsitys kaikille ihmisille yhtenäisesti kuuluvista eli universaaleista ihmisoikeuksista. Sittemmin kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja niiden edellyttämät lainsäädäntömuutokset ovat muovanneet sekä ajattelua että toimintaa kaikkialla maailmassa. (Koivurova, Pirjatanniemi 2013; Ihmisoikeusliitto 2002, Suomen Unesco-toimikunta 1988.)

Ihmisoikeudet toimivat keskeisenä teoreettisena lähtökohtana länsimaaisessa lainsäädännössä (Ojanen 2013, 46-59; Kristoffersson & Nergelius 2015). Ihmisoikeusajattelua tulee tuntea, jotta voimme ymmärtää, miksi ihminen määritelmällisesti nähdään vapaana, oikeuksia omaavana ja autonomisena olentona. Taustaoletusten avaamisen myötä meille syntyy mahdollisuus asettaa ne kyseenalaisiksi ja esittää perusteltua kritiikkiä vallitsevaa autonomiakäsitystä kohtaan. Lisätietoa ihmisoikeuksista löytyy Suomen YK-liiton verkkosivuilta (Suomen YK-liitto 2016) sekä Ihmisoikeudet.net-sivustolta (2016).

### 2.1.2 Ihmisoikeudet ilmaistaan periaatteina

Ihmisoikeudet ovat siis seurausta sekularisoitumisen myötä syntyneestä oikeusvaltioajattelusta uuden ajan alussa. Ihmisoikeudet ovat muovautuneet ajansaotossa ja tämän vuoksi puhutaankin ihmisoikeuksista kolmessa sukupolvessa. Ensimmäisen vaiheen ihmisoikeuksia ovat kansalaisyhteiskunnat ja poliittiset osallistumisoikeudet. Näiden taustalla on nähtävissä 1700-luvun vapausoikeuskeskustelu. Toisen polven ihmisoikeudet syntyivät 1900-luvulla, ja niihin luetaan taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet. Kolmannen polven ihmisoikeudet nostettiin esiin 1960-luvulla kehitysmaiden toimesta ja niihin luetaan solidaarisuus- ja oikeus kehitykseen ja puhtaaseen ympäristöön. Lisäksi 1990-luvulla keskusteluun ovat nousseet vähemmistöjen oikeudet. (Koivurova & Pirjatanniemi 2013; Mikkola 2010; Ihmisoikeusliitto 2002.)

Nykyään ihmisoikeuksista ei puhuta enää sukupolvina vaan periaatteina, jotka ovat yleismaailmallisia ja riippuvaisia toisistaan. Tämä lähestymistapa hyväksyttiin Wienin ihmisoikeuksien maailmankonferenssissa 1993. (Koivurova & Pirjatanniemi 2013, 44.) Ihmisoikeuksien pääperiaatteet ovat yhdenvertaisuus, yleisyys, luovuttamattomuus ja perustavanlaatuisuus (Suomen YK-liitto 2016). YK:n perustamisasiakirjan mukaan yhdenvertaisuus on tärkein periaate ja I artiklan mukaan se tarkoittaa, että kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasavertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan. Heille on annettu järki ja omatunto, ja heidän on toimittava toisiaan kohtaan veljeyden hengessä. (Unric 2016.) Seitsemännessä artiklassa puolestaan todetaan, että kaikki ovat tasavertaisia lain edessä ja oikeutettuja yhtäläisesti lain suojaan. Kaikilla on tasa-vertainen oikeus suojaan tätä julistusta loukkaavaa syrjintää vastaan sekä kaikkea sellaista

syryntää ja kaikkea sellaiseen syrjintään tähtäävää yllytystä vastaan. (Ihmisoikeusliitto 2002, 24.)

Yleisyys tarkoittaa, että ihmisoikeudet koskettavat jokaista maailman ihmistä riippumatta hänen ihonväristään, sukupuolestaan tai muista piirteistään. Luovuttamattomuus tarkoittaa puolestaan sitä, että ihmisoikeudet ovat synnynnäisiä eikä niitä voida ottaa pois. Perustuvanlaatusuus tarkoittaa, että ihmisoikeudet ovat tärkeimpiä ihmiselle kuuluvia oikeuksia. (Ihmisoikeusliitto 2002; Suomen Unesco toimikunta 1988.) Lisätietoa ihmisoikeuksien kehityksestä sekä niiden valvontaan liittyvistä mekanismeista löytyy Standfordin yliopiston internetsivuilta (Nickel 2014).

### 2.1.3 Miten ihmisoikeudet perustellaan?

Ihmisoikeuksien perustelemissa ei tänä päivänä enää lähtökohtaisesti vedota mihinkään ihmisen ulkopuoliseen tahoon kuten Jumalaan tai muuhun yliluonnolliseen voimaan. Ihmisoikeudet ovat ihmisten määrittelemiä ja sopimusoikeudellisesti perusteltuja luovuttamattomia oikeuksia. Tosin sanoen ihmisoikeudet ovat ihmisten konstruoimia ajatusrakenteita, jotka määrittävät tällä hetkellä voimakkaasti poliittisjuridista diskurssia. Ihmisoikeudet ovat voimallisia juuri niiden universaalien luonteen vuoksi, sillä niiden katsotaan koskevan kaikkia ihmisiä ja sitovan toimijoita eri tasoilla. (Suomen Unesco-toimikunta 1988, Ihmisoikeusliitto 2002, Koivurova & Pirjatanniemi 2013, 25-30.)

Perinteisesti oikeuksia luokitellaan eri ryhmiin kuten negatiivisiin ja positiivisiin oikeuksiin. Negatiiviset oikeudet antavat vapauden tehdä asioita ilman, että muut voivat puuttua toimintaan tai rajoittaa sitä. Esimerkki tällaisesta negatiivisesta vapaudesta on sananvapaus. Positiiviset oikeudet eli vaatimusoikeudet ovat oikeuksia, joiden nojalla voidaan vaatia valtiota tai muuta tahoa tekemään määrättyjä asioita. (Baggini & Fosl 2012, 67-72.) Yksi positiivisiin oikeuksiin liittyvä kysymys on, onko lapsilla subjektiivinen oikeus päivähoidon vai ei?

Oikeuksien luokittelu ja perusteleminen aiheuttavat usein ongelmia, ja erityisen vaikeaa on oikeuksien ja velvollisuuksien yhteensovittaminen. Kenen ja missä määrin tulee huolehtia oikeuksien toteutumisesta? Tosin sanoen miten vaatimukseen tulee vastata ja ketkä ovat velvollisia huolehtimaan oikeuksien täyttämisestä. (Baggini & Fosl 2012, 67-72.) Esimerkiksi tällä hetkellä Suomessa tapahtuvat sosiaaliturvaan kohdistuvat leikkaukset ovat nostaneet esiin monia tällaisia kysymyksiä. Voiko hallitus leikata asumistukea tai muuta etuutta ja täten vaarantaa monen vähävaraisen vanhuksen ja vammaisen kansalaisen oikeuden itsenäiseen ja taloudellisesti turvalliseen elämään? (Helsingin Sanomat 26.3.2016.) Voiko työntekijöiden ja työnantajien sopimisoikeutta rajoittaa pakkolailla, kuten maamme hallitus kaavaili elokuussa 2015 (de Fresnes 2015).

#### 2.1.4 Ihmisoikeusajattelu KV-sopimusten ja lainsäädännön taustalla

Suomi on Euroopan Unionin jäsen. EU:n juridinen järjestelmä nojaa ihmisoikeusajatteluun, sillä sen perussopimusten keskeisiä arvoja ovat ihmisarvo, vapaus, demokratia, tasa-arvo sekä ihmisoikeuksien kunnioittaminen. EU:n perusoikeuskirjassa vahvistetaan EU-kansalaisen perusoikeudet. (Ojanen 2013, 46-59.) Niiden turvana on kunkin EU-maan tasolla maan perustuslaki ja EU:n tasolla vuonna 2000 laadittu EU:n perusoikeuskirja, joka on sitonut EU-maita vuodesta 2009 lähtien (Eur-lex 2016; Kristoffersson & Nergelius 2015; Euroopan ihmisoikeusyleissopimus 1990).

Peruskirja seuraa johdonmukaisesti ihmisoikeussopimusta (ECHR), jonka kaikki EU-maat ovat ratifioineet (Ojanen 2013, 890-897; Euroopan ihmisoikeusyleissopimus 1990). Euroopan ihmisoikeussopimusta pidetään tehokkaana kansainvälisenä ihmisoikeusvalvontajärjestelmänä, koska yksittäisen kansalaisen on mahdollista viedä asiansa Euroopan ihmisoikeustuomioistuimeen, mikäli hän ei ole tyytyväinen oman maansa tuomioistuimen antamaan ratkaisuun. (Lavapuro 2013, 463-485.) Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen päätökset sitovat jäsenvaltioita oikeudellisesti (Finlex.fi 2016).

EU:n jäsenmaana Suomen tulee harmonisoida oma lainsäädäntönsä tietyiltä osin vastaamaan EU:n tekemiä ihmisoikeussopimuksia (Eurooppa tiedotus 2016). Hyvä esimerkki tästä on menneillään oleva kehitysvammaislain väliaikainen muutos. Suomi ei ole voinut ratifioida kansainvälistä vammaisoikeuksien sopimusta lainsäädäntömme puutteellisuuden vuoksi. Nyt kehitysvammalain uudistamisehdotus on eduskunnan käsittelyssä, jotta sopimus voitaisiin vuoden 2016 aikana saattaa voimaan. (Eduskunta 2016a.) Painetta Suomeen kohdistuu tässä asiassa monelta eri taholta kuten muista EU-maista ja Euroopan Unionista (Pirjatanniemi 2013, 270-296).

Sama ongelma koskee laajemmin tällä hetkellä Suomessa voimassa olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä. Se on vanhentunutta eikä vastaa kansainvälisten ihmisoikeussopimusten velvoitteita. Siksi lainsäädännöllinen muutosprosessi on välttämätön, vaikka lakiesitys raukesikin keväällä 2015. (Eduskunta 2016b.) Kansainväliset sopimukset ja lainsäädäntö muovaavat laaja-alaisesti tapaamme ajatella ja toimia. Muutospaineet kohdistuvat yhteiskunnan monelle tasolle ja koskevat myös arjen käytäntöjä. (Kristoffersson & Nergelius 2015; Koivurova & Pirjatanniemi 2013; Ihmisoikeusliitto 2002.) Siksi valmistautuminen itsemääräämisoikeuslainsäädännön uudistamiseen on hyvä aloittaa ihmisoikeuksien pohtimisella. Vaikka ihmisoikeusajattelu on sangen vakiintunut tapa ajatella, se ei tarkoita, etteikö perusteltua kriittistä keskustelua tulisi käydä oikeuksien tiimoilta koskien sekä teoriaa että käytäntöä. Seuraavaksi muutamia filosofisia huomioita ihmisoikeuksien määrittämiseen liittyen.

### 2.1.5 Filosofisia huomioita ihmisoikeuksien määrittämisestä

Filosofisesta näkökulmasta tarkasteltuna ihmisoikeuksien määritelmä käsittää monia maailmankuvallisesti latautuneita taustaoletuksia. Vaikka ihmisoikeusajattelun pitäisi konseptina sopia koskemaan kaikkia ihmisiä kulttuuriin ja uskontoon katsomatta, on ajatus järjestä ja omastatunnosta sekä veljeydestä hyvin länsimainen rakennelma. On tärkeää ymmärtää, että aatehistoriallinen painolasti näkyy käsitteiden määrittelyssä. (Koivisto, Mäki & Uusitupa 1995; Korkman & Yrjönsuuri 1998, Räikkä ym. 2010; Cruft, Liao & Renzo 2015.)

Otetaan esimerkiksi ajatus järkevyydestä, joka kuuluu kaikille YK:n perustamisasiakirjan I artiklan mukaan: ”Kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasavertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan. Heille on annettu järki ja omatunto, ja heidän on toimittava toisiaan kohtaan veljeyden hengessä.” (Ihmisoikeusliitto 2002, 23.)

Perinteisesti länsimaisen filosofian historiassa autonomiakeskustelussa toimijan järkvyys on ollut välttämätön ennakkoehto, jotta hänet on voitu määrittää täysivaltaiseksi kansalaiseksi tai moraaliseksi toimijaksi. Antiikin Kreikassa autonomia ja keskenään tasa-arvoisia olivat vain vapaat miehet; Yhdysvaltain itsenäisyysjulistuksen aikoihin vuonna 1789 kansalaisoikeudet kuuluivat vain valkoisille miehille. Sittemmin ihmisoikeusajattelu ja lainsäädäntö ovat kehittyneet suuntaan, jossa autonomia ja itsemääräämisoikeus koskevat paitsi naisia ja erituisia myös heikentyneen kognitiivisen kyvykkyyden omaavia henkilöitä, kuten muistisairaita ja kehitysvammaisia. (Suomen Unesco-toimikunta 1988; Ihmisoikeusliitto 2002; Koivurova & Pirjatanniemi 2013.)

Toisen maailmansodan jälkeen on tapahtunut nopea ihmisoikeuksien leviäminen maailmanlaajuisesti sekä oikeuksien laajeneminen koskemaan erityisryhmiä. Voidaan ajatella, että laajeneminen on ollut mahdollista, koska lähtökohtaisesti ihmisoikeudet eivät enää kiinnity uskonnolliseen (teistiseen) maailmankuvaan. Vaikka ihmisoikeuksien julistuksessa käytetäänkin luonnonoikeudellista käsitteistöä määriteltäessä oikeuksia, on ihmisoikeusajattelu nykyään irtautunut alkuperäisestä luonnonoikeusajattelusta ja sen taustalla vaikuttaneesta metafysiikasta. Toisen maailmansodan jälkeisessä sekulaarissa ihmisoikeuskeskustelussa ei ole korkeamman tason ontologisia esteitä oikeuksien määrittämiselle, mikä tarkoittaa, että oikeuksia voidaan räätälöidä sopimuksenvaraisesti. (Cruft ym. 2015; Koivurova & Pirjatanniemi 2013, 25-45.) Voidaan katsoa, että siirtymä ihmisoikeuksista eläinoikeuksiin on osa tätä sekularisointumiskehitystä. (Aaltola ym. 2015; Bernstein 2015; Kivinen 2014; Aaltola & Koskinen 2013; Grant & Tiittula 2013; Kurki 2012; Beauchamp ym. 2011.)

YK:n määritelmässä on luonnonoikeusajattelun ohella nähtävissä myös valistuksen aatevirtausten vaikutusta. 1700- ja 1800-luvulla eläneiden valistusfilosofien mukaan järki on ihmisen

universaali intellektuaalinen kapasiteetti, jota tulee kultivoida sekä yksilöiden että yhteiskunnan tasolla. Valistuksessa järki nähtiin kaikille ihmisille kuuluvana olemisen ulottuvuutena, ja tästä seurasi vaatimus kaikille yhtäläisesti kuuluvista ihmisoikeuksista ja ihmisarvosta sekä vaatimus, että oikeusvaltion periaatteet koskevat kaikkia kansalaisia. (Koivisto, Mäki & Uusitupa 1995, vii-xvi.) Tämä teema on tärkeä, ja siksi järkevyyden ja kognitiivisen kyvykkyyden teemoihin palataan myöhemminkin tässä työssä.

Ihmisoikeusajattelussa yksilö on itsemääräämisoikeuden omaava toimija. Monissa yhteisöllisissä kulttuureissa tämä ajatus on vieras, sillä ihmisen katsotaan olevan yhteisön jäsen eikä irrallinen, atomaarinen olento, joka voi tehdä päätöksiä riippumatta yhteisön mielipiteestä. Kommunitaristinen lähestymistapa voidaan nähdä myös kritiikkinä ihmisoikeusajattelun taustalla ilmenevää yltyöyksilöllistä ajattelua kohtaan. Jotkut kommunitaristit puolestaan tukeutuvat ajattelussaan ihmisoikeuksiin. (Forst, Farrell ym. 2002; Kopperi 1995.)

Kysymys omastatunnosta on myös filosofisesti mielenkiintoinen, ja onkin syytä pohtia, miksi se on otettu mukaan ihmisoikeuksien määritelmään. Omastatunnosta ja sen merkityksestä on keskusteltu vuosisatoja uskonnon- ja moraalifilosofiaan linkittyen, mutta nykyisessä akateemisessa keskustelussa omaatuntoa yleisempänä käsitteenä käytetään moraalista intuitiota, jota voi pitää omantunnon nykykuotoiluna. (Baggini & Fosl 2012, 74-75.)

Lopputulemana voidaan todeta, että ihmisoikeuksien julistus on seurausta uuden ajan alussa esiin nousseesta luonnonoikeusajattelusta sekä Valistuksen ydinsanomasta eli uskosta järkeen ja ihmiskunnan kehitykseen. Lisäksi siinä on nähtävissä kristillisen tradition aineksia käsitteellisellä tasolla esimerkiksi puhuttaessa omastatunnosta. Aatehistoria on aina kerrostunutta, ja ihmisoikeuksien määrittelyjen ja perustelujen kohdalla tämä tulee hyvin esiin. Itsemääräämisoikeuskeskustelu liittyy merkittäväällä tavalla ihmisoikeusajatteluun, ja siksi siihen on syytä paneutua hieman syvemmin. Seuraavaksi siirrymmekin tarkastelemaan, miten autonomia määritellään ja mitä tarkoittaa yksilön itsemääräämisoikeus.

## 2.2 Autonomia ja ajatus yksilön itsemääräämisoikeudesta

### 2.2.1 Mitä autonomia tarkoittaa?

Autonomia eli omalakisuus on käsitteenä käytössä monessa eri yhteydessä ja siksi on oleellista avata sen merkitystä sekä käsitteellisessä että historiallisessa mielessä hieman tarkemmin, jotta syntyy käsitys, mitä sillä kussakin yhteydessä tarkoitetaan. (Baggini & Fosl 2012, 25-28.) Käsitteen määrittelyä ja sen johdonmukaista käyttöä vaikeuttaa aatehistoriallinen kerrostuneisuus, jota käsittelemme seuraavaksi hieman tarkemmin.

Autonomiasta puhuttaessa mainitaan yleensä aina saksalainen filosofi Immanuel Kant (1724-1804), mistä johtuen hänen ajattelunsa perusteet on hyvä tuntea (Baggini & Fosl 2012,26). Voidaksemme ymmärtää Kantin ajattelua on palattava tutkimaan tuon aikakauden ihmiskäsitystä ja moraalifilosofista keskustelua, johon hän teoriallaan ottaa kantaa. Esittelen hänen käsityksensä hyvin tiivistetyssä muodossa. Esittelyni pohjaa Helsingin yliopistossa Käytännöllisen filosofian laitokselle tekemääni Pro gradu -tutkielmaan Immanuel Kantin moraaliteoriasta. (Ahonen 2008.)

Immanuel Kant oli valistusajattelija, joka vei auktoriteeteistä vapautumisen aatehistoriallisen prosessin päätepisteeseen. Hänen moraaliohjeissaan on nähtävissä kaikki valistuksen keskeiset teemat: vapautuminen ulkoisista auktoriteeteista, näkemys kaikille ihmisille yhteisestä universaalista järjellä sekä usko ihmiskunnan edistykseen. (Koivisto, Mäki & Uusitupa 1995.) Kantin ajattelu linkittyy myös ihmisoikeusajatteluun, sillä hänen mukaansa ainoa tie ikuisen rauhan turvaamiseksi on tasavaltainen yhteiskuntajärjestys, jossa oikeuksien ja velvollisuuksien määrittäminen tapahtuu järkeen perustuen. (Ahonen 2008, 43-44; Kant 2000.)

Autonomia tarkoittaa, että ihminen toimii järjen ohjaamana. Kantin mukaan moraalinen toiminta edellyttää autonomiaa eli kykyä toimia järjen asettamien lakien mukaisesti. Toisin sanoen autonomia on ihmisen kykyä selvittää, mitä järjellä tavoitettava universaali moraalilaki käskee, kykyä lain sisällön ymmärtämiseen sekä kykyä olla toimimatta moraalilain vastaisesti. (Kant 1996, V:440; Sullivan 2000, 46-48.)

Autonomia ja tahdon vapaus tarkoittavat periaatteessa samaa asiaa. Tosin sanoen autonominen toiminta mahdollistuu vain, jos tahto on vapaa, eli kun tahto toimii puhtaasti käytännöllisen järjen ja siihen kiinnittyvän moraalilain alaisuudessa. Autonominen tahto on luonteeltaan rationaalinen ja siksi vapaa vääristä vaikuttimista. Rationaalinen tahto kykenee tuottamaan maksiimeja eli toimintaohjeita, jotka ovat kategorisen imperatiivin mukaisia. (Kant 1996, 4:446-447; Paton 1964, 207-213; Timmermann 2007, 121-128.)

Otetaan esimerkiksi Kantin itsensä esittämä mallilause: "Minun ei pidä valehdella, vaikka valehteleminen ei tuottaisi minulle vähäisintäkään häpeätä" (Kant 1990,134-135; Kant 1996 4:422). Ajatuksena on, että lupausten tekemisellä ei olisi merkitystä, jos valehteleminen sallittaisiin. Tosin sanoen maailma, jossa toisen ihmisen sanaan tai lupauksiin ei voisi luottaa, on Kantin mielestä lähtökohtaisesti kestävätkään. Toisaalta valehtelemiseen liittyvällä esimerkillään Kant haluaa alleviivata, että järjen ulkopuoliset yllykkeet tai teon seuraukset eivät ole merkityksellisiä teon moraalisuutta arvioitaessa vaan ainoastaan tahdon puhtaudesta kumpuavat teot ovat arvokkaita. (Timmermann 2007, 82-83.)

Ongelman moraalisen toiminnan näkökulmasta muodostaa se tosiseikka, että ihmisen tahto ei



ole koskaan täydellisen puhdas eli se ei toimi aukottomasti käytännöllisen järjen käskyjen mukaan. Siksi ihmiset joutuvat testaamaan tekonsa moraalista pätevyyttä käyttämällä kategorista imperatiivia. Kategorinen imperatiivi käsksee: *”Toimi vain sen maksiimin mukaan, jonka kautta samalla saatat tahtoa, että se tulisi yleiseksi laiksi”* (Kant 1996 4:421; Kant 1990, 100). Tämä käsky voidaan ilmaista myös toisin muotoiltuna: *”Toimi niin, että käytät ihmistä sekä omaa että jokaisen muun persoonaa aina samalla päämääränä eikä koskaan pelkästään välineenä”* (Kant 1990, 120; Kant 1996,4:427; Timmermann 2007, 90-102).

Vastakohtana autonomialle muodostaa *heteronomia* eli alistuminen toisten säätämään lakiin. Toisin sanoen etsiessään toimintansa perusteita itsensä ulkopuolelta järki toimii heteronomisesti. Tällöin järki ei säädä lakia itselleen vaan antaa ulkopuolisten asiantilojen tai auktoriteettien määrätä tahtoa. Kant (1996,4:441) pitää heteronomiaa kaikkien väärin periaatteiden lähteenä. Toimiessaan itsensä ulkopuolisista vaikuttimista käsin tahto mahdollistaa vain *hypoteettiset imperatiivit*, eli minun on tehtävä jotakin sen vuoksi, että tahdon jotakin muuta. (Kant 1990, 134-139.)

Mitä heteronomia tarkoittaa käytännössä? Onko Kantin ajatus tulkittavissa niin, että meidän ei tule noudattaa mitään muita kuin järjen asettamia lakeja ja määräyksiä. Länsimainen oikeusvaltioajattelu lähtee siitä, että lainsäädäntö ohjaa yhteiskunnan toimintaa ja että lakien noudattamatta jättämisestä seuraa rangaistus. Kyseenalaistaako Kant länsimaisen oikeusvaltion lähtökohdat?

Kantin ajatus ei ole näin yksioikoinen. Oikeudenmukainen valtio syntyy yhteiskuntasopimuksen kautta, mikä oikeuttaa valtiollisen käskyvallan. Kantin mukaan yhteiskunnalliset valtasuhteet voidaan katsoa oikeutetuiksi ainoastaan, jos ne perustuvat ihmisten suostumukseen. Niin kauan kuin olemassa oleva valtiovalta kykenee ylläpitämään jonkinlaista juridista järjestystä, järkemme ymmärtää sen oikeutetuksi. Valtiomuoto on oikeudenmukainen, kun kaikkien valtiossa elävien yksilöiden voidaan ajatella hyväksyvän sen. Tällainen ihanteellinen valtiomuoto on Kantin mielestä tasavalta, jossa lainsäädäntövalta kuuluu kansalaisten edustajille. (Saastamoinen 1998, 238-284.)

Tasavallan kansalaisilla on yhtäläiset periaatteelliset oikeudet. Valtion ensisijainen tehtävä on taata ja suojella kansalaisten tasa-arvon, autonomian ja vapauden toteutuminen. Valtio voi käyttää pakkokeinoja suojellakseen ja edistääkseen autonomiaa ja vapautta. Ihmisistä, jotka toimivat omien intressiensä ja taipumustensa innoittamina eivätkä moraalilain mukaan, ei voi pakkokeinoin tehdä moraalisia, mutta heidät voidaan pakottaa toimimaan lainmukaisesti. (Kant 1991,23.) Oleellinen on myös kysymys siitä, miten tulee toimia, jos valtio ei vastaa annettua tasavaltalaista ihannetta ja vaatii yksilöä toimimaan moraalilain vastaisesti?

### 2.2.2 Tuleeko lakeja ja valtaapitävien määräyksiä noudattaa?

Kant on tietoinen siitä, että vallitsevat valtiomuodot eivät aina vastaa annettua ihannetta. Kantin mukaan moraalisen toimijan tulee pyrkiä kuitenkin edistämään järjen idean mukaista tasavaltaista valtiomuotoa ja siten ihmiskunnan moraalista päämäärää. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kansalaisten tulee olla ehdottoman lainkuuliaisia hallitsijaa kohtaan ihannevaltiossa. Kant edellyttää myös ehdotonta lainkuuliaisuutta muidenkin hallitusmuotojen, jopa tyrannin alaisuudessa. (Kant 1991, 31-32; 143-145.) Tämä kannanotto on herättänyt paljon keskustelua kommentaattoreiden keskuudessa.

Kant perustelee kansalaistottelevaisuuden välttämättömyyttä yhteiskuntasopimuksen ja kategorisen imperatiivin avulla. "Tottele vallanpitäjiä" on ehdoton moraalinen ja siviilipoliittinen käsky. Kant ajattelee toisaalta, että jos maksimi "tee vallankumous" universalisoitaisiin, se tuhoaisi mahdollisuudet kaikkiin valtiomuotoihin, myös siihen, joka perustuu ihmisten oikeuksien kunnioittamiselle. Vaikka vallankumous on kiellettyä, on kansalaisilla oikeus valittaa epäoikeudenmukaisuudesta. Lehdistönvapaus on se keskeinen vaikuttamisen keino, jolla yhteiskuntaa tulee pyrkiä muuttamaan. Kant sallii myös rajoitetun oikeuden passiiviseen vastarintaan. Se, mikä on aina moraalisesti luvalinen keino yksilölle ilmaista tyytymättömyytensä vallanpitäjille, on irtisanoa yhteiskuntasopimus muuttamalla maasta tai lähtemällä maanpakoon. Viimeinen keino epäoikeudenmukaisen yhteiskunnan muuttamiseksi on lannistumaton toivo, toivo siitä, että merkittäviä uudistuksia voi syntyä asteittain ja väkivallattomasti. (Sullivan 2000, 244-245.)

Tulkitsijoiden mielestä Kantin teorian kannalta on ongelmallista se, että hän esittää ehdottoman velvoittavaa lainkuuliaisuutta sekä suhteessa järjen kautta ilmenevää moraalilakia että esivaltaa kohtaan. Kant sanoo, että moraalilaki on pyhä ja ihmisen velvollisuus on toimia sen mukaan kaikista seurauksista piittaamatta. Toisaalta hän väittää, että ihmisen tulee totella vallitsevia lakeja ja vallanpitäjiä, jopa epäoikeudenmukaisinta tyrannia. Tulkitsijoiden mielestä kuitenkin suurin ongelma Kantin teorian kannalta on se, että kansalaisvelvollisuudet voidaan katsoa ensisijaisiksi ja arvojärjestykseltään muiden yläpuolella oleviksi, voittaen jopa moraaliset velvollisuudet. (Allison 1995; Sullivan 2000.)

Teorian kannalta tämä asetelma johtaa kestävämpään tilanteeseen. Tulkitsijat pyrkivät osoittamaan, että moraalilain mukaan toimiminen on Kantin teoriassa aina ylin velvollisuus, koska moraalilaki on järkeen perustuva "esipoliittinen" ja universaalinen laki, joka ei ole kulttuurisessa tai perustuslaillisessa suhteessa suhteellinen. Näin ollen moraalilaki ei voi olla alisteinen siviililaille. Jos siviililait katsottaisiin moraalilakia määräävämmiksi, Kant ajautuisi empiiriseen moraaliseen relativismiin. Toisin sanoen hän joutuisi tuomitsemaan oman analyysinsä moraalilain universaalisuudesta. (Sullivan 2000, 234-245.)

Sullivanin (2000, 244) mukaan lakia tai käskyä ei tule totella, jos laki tai tyranni kääsee tekemään sellaista, mitä moraalilaki kieltää. Henry Allison (1995) on myös sitä mieltä, että Kant ei puolusta yksinkertaista alistumista tyrannin valtaan vaan päinvastoin puolustaa lehdistönvapautta ja julkista kritiikkiä. Edellä mainittujen kommentaattoreiden mielestä meidän ei siis tule ehdottomasti noudattaa epäoikeudenmukaisia lakeja tai käskyjä, jos niiden noudattaminen on moraalisesti mädättävää.

### 2.2.3 Onko nykyaikana tilaa kantilaiselle autonomiakäsitykselle?

Kantin näkemykset perustuvat 1700-luvulla vallinneeseen maailmankuvan muutosvaiheeseen, jossa rationalismin ja empirismin välinen kiista oli keskiössä. Kantin päämääränä oli mahdollistaa ja oikeuttaa tahdon vapaus ja moraalien olemassaolo Newtonin kuvaamassa mekanistisessa maailmassa. (Schneewind 1998, 485.) Kant korostaa moraalialia ja pitää sitä ensisijaisena (Guyer 1992, 13). Lisäksi hän haluaa antaa arvoa tavallisen ihmisen moraalitajulle ja oikeuttaa kansanomaisen moraalien (Timmermann 2007, 6-11).

Ihmiskäsityksen osalta Kantin teoriassa on nähtävissä jännite kristillisen perinteen ja valistuksen tuomien sekulaarien näkemysten välillä. On tärkeää kuitenkin ymmärtää, miten historiallisten määritelmien vaikutus näkyy edelleen käytävissä keskusteluissa. Käytämme edelleen käsitteitä järki, tahto, halu ja autonomia, vaikka emme ajattele välttämättä samalla tavalla kuin Kant aikoinaan. Nykyään autonomiasta puhutaankin monessa eri merkityksessä ja keskustelujen jäsentäminen saattaa olla tästä syystä haasteellista (Baggini & Fosl 2012, 25-28.)

Häyryn ja Takalan (2010, 70-71) mukaan pääperiaatteena voidaan kuitenkin pitää, että liberaaleissa etiikan ja politiikan teorioissa vapaus voidaan määritellä kahdella eri tavalla. Edellä esitetty kantilainen näkemys on yhä voimissaan ja sen vaihtoehtona voidaan pitää John Stuart Millin utilitaristista näkemystä, että ihminen on vapaa, kun muut eivät estä häntä toteuttamasta omia halujaan. Liberaali yhteiskuntapolitiikka lähtee siis ajatuksesta, että yksilön tulee saada toteuttaa tahtoaan eli halujaan ja toiveitaan mahdollisimman vapaasti (Eggleston & Miller 2014; Häyry 2001; Mill 1986; Mill 1987).

Terveysthuollossa autonomiakäsitteestä on tullut keskeinen määrittäjä etsittäessä eettisiä perusteita lääkärin, hoitohenkilökunnan ja potilaan tekemille päätöksille. Lääketieteen ja hoitotyön etiikassa autonomia tulkitaan usein ihmisen kyvyksi päättää omista asioistaan ja tehdä järkeviä valintoja. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalle annetaan riittävästi tietoa ehdotetun hoidon hyödyistä ja haitoista, jotta hän voi päättää, suostuuko hän vastaanottamaan tarjotun hoidon vai ei. Perusperiaatteena on, että aikuisen ihmisen autonomiaa ja siihen perustuvaa valintaa tulee kunnioittaa. Ongelmaksi muodostuvat kysymykset siitä, milloin potilaalla on riittävästi tietoa päätöksen teon pohjaksi tai onko potilas älyllisesti riittävän

kyvykäs tai onko hän henkisesti riittävän tasapainoinen tehdäkseen päätöksen. (Launis & Räikkä 1997,45-49; Baggini & Fosl 2012, 27-28). Kant määritteli kyvykkyyden järkeen pohjautuen, ja Mill puolestaan vetoaa täysi-ikäisen, tasapainoisen ja hyvin informoidun henkilön kykyyn tehdä valintoja tahtonsa mukaan. (Takala & Häyry 2010.)

Terveydenhuollossa autonomia määritellään usein myös periaatteena, joka edellyttää henkilökunnan kunnioittamaan potilaan näkemyksiä, valintoja, arvoja ja uskomuksia. Tämän ajattelutavan mukaan kunnioitus potilaan autonomiaa kohtaa näkyy sekä henkilökunnan asennoitumisessa että käytöksessä. (Ashcroft ym. 2007.) Holhoava asenne (paternalismi) ja yksilön puolesta päättäminen (autoritaarisuus) eivät ole tämän näkemyksen valossa sopivia lähestymistapoja, vaan yksilön oikeus määrätä omista asioistaan on etusijalla. Ongelmallisia tilanteita syntyy lähinnä silloin, kun yksilön kognitiivinen kyvykkyys on heikentynyt sairauden tai vamman vuoksi tai kun hän on itselleen tai ympäristölleen vaarallinen. (Launis 2003, 45-49; Häyry & Takala 2010, 65-77.)

Nykyisin käytössä olevat autonomiamääritelmät eivät ole välttämättä linjassa kantilaisen ajattelun kanssa. Kantin autonomiakäsityksen oleellinen nimittäjä on ihmisen kyky itsenäiseen, järkeen perustuvaan moraaliseen harkintaan, joka mahdollistaa myös auktoriteettien, annettujen käskyjen ja toimintakulttuurin kritisoinnin: asiakas, esimies tai osakkeenomistaja ei ole aina oikeassa. Oma moraalinen harkinta voi tarkoittaa myös kieltäytymistä mielivaltaisista tai moraalisesti epäilyttävien toiveiden tai määräysten noudattamisesta. Näin ajateltuna Kantin moraalinen reflektio on tärkeä osa eettisesti kestävästä toiminnasta. Kantilaisen näkökulman kautta avautuu myös mahdollisuus alleviivata ammattilaista kohtaan osoitettavaa kunnioitusta ja perustella henkilökunnan oikeuksien puolustamista.

#### 2.2.4 Kenen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa?

Kantin teorian mukaan autonomia koskee vain yksilöitä, joiden kohdalla käytännöllinen järki ohjaa päätöksentekoa ja toimintaa. Kehitysvammaiset, naiset, lapset, mielenterveysongelmaiset ja dementit eivät Kantin mukaan ole autonomiaa moraalisia toimijoita tai täysivaltaisia kansalaisia. (Koivurova & Pirjatanniemi 2013, 25-45; Cruft ym. 2015.) Seuraavaksi kuvaus, mitä moraalinen toiminta Kantin mukaan käytännössä tarkoittaa.

Moraalilain periaatteen mukaan toimimista Kant kutsuu käytännölliseksi välttämättömyydeksi eli velvollisuudeksi. Velvollisuudet kohdistuvat joko ihmiseen itseensä tai toisiin rationaalsiin eli järjellisiin olentoihin. Tämä selittyy sillä, että Kant asettaa ajatuksen persoonasta teorian sa ytimeen. Kategorisen imperatiivin toinen muotoilu käskee: ”Toimi niin, että käytät ihmistä, sekä omaa että jokaisen muun persoonaa, aina samalla päämääränä eikä koskaan pelkääjänä välineenä” (Kant 1990, 120-126; Kant 1997,4: 429-435). Kantin mukaan vain persoona,

joka on sielun kuolematon osa, on päämäärä sinänsä. Esimerkiksi eläimet eivät ole Kantin mukaan rationaalisia olentoja, eivätkä ne näin ollen kuulu velvollisuusjärjestelmän piiriin. Tämän vuoksi ihmisellä ei ole mitään suoria velvollisuuksia eläimiä eikä mitään muitakaan epärationaalisia olentoja kohtaan. (Timmermann 2007, 94-100; Kant 1997, 4:428- 429.)

Vaikka eläimiä saa siis käyttää pelkkinä välineinä eri tarkoituksiin, se ei kuitenkaan tarkoita, että voisimme kohdella kaltoin tai huonosti eläimiä tai muita epärationaalisia olentoja. (Nieminen 2004, 104-107.) Päinvastoin Kantin mukaan päämääränä oleminen tarkoittaa, että itseä ja toisia tulee kohdella kunnioittavasti, myös niitä, joilla ei ole moraalista agentuuria. Päämääränä oleminen ei tarkoita, etteivätkö ihmiset voisi palvella tai tehdä työtä toisilleen, vaan sitä, että ravintolan tarjoilijaa tai kotiin vievää taksikuskaa ei tule kohdella pelkkänä instrumenttina tehtävän suorittamiseksi, vaan heidän kohtelussaan tulee näkyä myös kunnioitus persoonaa eli sielun kuolematonta osaa kohtaan. Jopa paatuneimman rikollisen kohdalla Kant peräänkuuluttaa persoonaan kohdistuvaa kunnioitusta. (Kant 1996, 429; Kant 1998, V:87; Timmermann 2007, 95.)

Tänä päivänä autonomiaa ei määritellä järjen ja sielun kuolematomuuden kautta vaan määritelmät ovat maallistuneempia. Ihmisoikeusajattelu ja lainsäädäntö ovat kehittyneet suuntaan, jossa autonomia ja itsemääräämisoikeus koskevat paitsi naisia ja eritoutisia myös heikentyneen kognitiivisen kyvykkyyden omaavia henkilöitä, kuten muistisairaita ja kehitysvammaisia. Voidaan ajatella, että ihmisoikeusajattelu on vaihe vaiheelta irtautunut vuosituhansia kestäneestä rationalistisesta, järjen merkitystä korostavasta perinteestä mahdollistaen sen, että itsemääräämisoikeus on laajentunut koskemaan aiemmin epärationaalisina pidettyjä olentoja. Samalla oikeudet ja velvollisuudet määritellään laajemmin yhteiskunnan ja yksilöiden välillä. (Koivurova & Pirjatanniemi 2013.)

On myös tärkeää huomioida, että maallistunut ihmisoikeusajattelu on tuonut eettisen keskustelun ytimeen yksilön halut, tarpeet ja toiveet - elementit, joita Kant piti kaiken heteronomisen toiminnan lähtökohtina. Ihmisoikeusajattelu näyttääkin tietyiltä osin sopivan paremmin yhteen Millin kannattaman liberalistisen ja utilitaristisen näkemyksen kanssa. Millin mukaan yksilön vapaudet ovat ensisijaisia ja hänen empiirisiin haluihin perustuvaa tahtoaan tulee kunnioittaa. (Häyry & Takala 2010, 65-77.)

Millin teorian mukaan on kuitenkin oikeutettua puuttua ihmisten asioihin silloin, kun hän näyttää toimivan omien etujensa vastaisesti tai kun hänen tahtonsa ei ole tiedossa. Millin linjausten vaikutus on mielestäni nähtävissä Isossa-Britanniassa voimassa olevan lainsäädännön taustalla (Mental Capacity Act 2005). Millin lähtökohta on, että ihmisen tekemiseen voidaan puuttua hänen omaksi parhaakseen, jollei hän ole kehitystasonsa tai terveydentilansa vuoksi kykenevä itse tekemään päätöksiä. Ihmisen käyttäytymiseen puuttuminen on sallittua, jos

yksi tai useampi seuraavista neljästä kriteeristä täyttyy. Ryhmään yksi kuuluvat älyllisesti vammaiset, lapset ja vakavasti mielisairaavat. (Häyryn ja Takalan 2010, 69-77.)

1. Yksilö kuuluu ihmisryhmään, joka ei kykene harkittuun tahdonmuodostukseen.
2. Yksilöllä ei ole riittävästi tietoa toiminnan seurauksista.
3. Yksilö ei sisäisen tunnetilansa vuoksi pysty harkittuun tahdonmuodostukseen.
4. Yksilö ei ulkoisen painostuksen vuoksi pysty harkittuun tahdonmuodostukseen

Autonomiaa koskevat käsitykset ovat poliittisesti tärkeitä, koska ne määrittävät, mitä ihmiset ovat ja mitä he pystyvät tekemään tai olemaan tekemättä. Länsimaissa vallalla oleva liberaali poliittinen teoria perustuu ajatukseen yksilön itsehallintokyvystä, joka ohjaa koko demokraattisen yhteiskunnan toimintaa. Liberaalit länsimaiset demokratiat on rakennettu suojelemaan poliittisia oikeuksia sekä kansalaisoikeuksia, jotta ihmisten kyky toimia autonomisesti toteutuisi. Määrävälein järjestettävät vaalit ja vapaa lehdistö ovat mekanismeja, joiden avulla pyritään varmistamaan, että määräysvalta pysyy kansalaisilla. Liberaalissa demokratiassa olettamuksena on, että autonomia on ihmisen sisäsyntyinen kyky, joka luo perustan myös sille, miten poliittinen järjestelmä on rakennettu. (Baggini & Fosl 2012, 25-28.) Tulee kuitenkin muistaa, että on edelleen olemassa tahoja, jotka ajattelevat, etteivät kaikki ihmiset kykene olemaan omalakisiksi eli autonomisia.

### 3 Kehittämishankkeen yhteiskunnalliset lähtökohdat

#### 3.1 Rajoittamisen vastaisen liikkeen merkitys pakon vähentämisessä

##### 3.1.1 Rajoittamisen vastaisen liikkeen historiallinen kehitys

Rajoittamisen vastaisen liikkeen juuret ovat pitkällä historiassa. Vankien ja mielisairaiden hoidossa käytetyt rajoittamismenetelmät ovat herättäneet arvostelua vuosisatojen ajan. Filosofin Michel Foucault on kuvannut historiallisesti totaali-instituutioiden, kuten vankilan ja sairaaloiden, kehittymistä muun muassa teoksissa *Tarkkailla ja rangaista* (Foucault 2005), *Klinikan synty* (Foucault 2013) *Madness and Civilisation* (Foucault 1993), *Sanat ja Asiat* (Foucault, 2010) ja *Seksuaalisuuden historia* (Foucault ym. 2010). Teoksissa käsitellään poikkeavuuden ja hulluuden hallintaa eri aikakausina valta-analyttisestä näkökulmasta.

Historiallisesti merkillepantavaa on psykiatrian historiassa tapahtuneet ihmisoikeusloukkaukset. Vuosisatojen ajan hoitokäytännöt ovat pohjautuneet ajatukseen, että pakottamalla, kurtittamalla ja rankaisemalla on positiivisia vaikutuksia mielenterveysongelmista kärsivien oirehdintaan. Psykiatristen potilaiden ohella mielisairaaloihin suljettiin kehitysvammaisia, de-

mentoituneita tai moraalisesti epäilyttäviä henkilöitä kuten yksinhuoltajaäitejä. Puhuttaessa psykiatrisen hoidon historiasta kuvataan usein laajemmin ottaen suhtautumista poikkeavien ihmisryhmien hallintaan. (Vehmas 2005, Pietikäinen 2013.) Seuraava lainaus on Oulun yliopiston aate- ja oppihistorian professorin Petteri Pietikäisen (2013) kirjoittamasta teoksesta *Hulluuden historia*:

*Erilaiset rajoitteet olivat mielisairaaloiden arkea 1800-luvun alussa. Kahleet olivat laajassa käytössä paitsi rajoitteena myös ennaltaehkäisyä, sillä niillä uhkailun uskottiin hillitsevän potilaiden raivokohtauksia. Esimerkiksi Bethlemissä potilaita kahlehdittiin rautaketjuilla seinään ja lisäksi käytettiin käsirautoja ja kaulan ympäri meneviä rautaketjuja. Kahleissa riutuva potilas saattoi elää omien ulosteiden keskellä, ja köyhiä naispotilaita voitiin kahlita puolialastomina omiin sänkyihin myös yksityisissä hoitopaikoissa. Lisäksi potilaita pakotettiin lepoon joko lepositeillä tai häkkisängyllä, jonka eräs ranskalainen lääkäri oli keksinyt vuonna 1845. Potilaat eivät useinkaan nukkuneet rauhallisesti näissä vankilasängyissä vaan käyttivät valtavasti energiaa päästäkseen vapauteen. Rajoitteilla pyrittiin myös vähentämään potilaiden väkivallantekoa, jotka eivät olleet harvinaisia ainakaan ahtaissa ja epäviihtyisissä osastoissa. Mielisairaaloissa vallitsi 1900-luvun puoliväliin saakka usein armeijamainen kuri ja simputus. Suomi ei ollut tässä suhteessa poikkeus, pikemminkin päinvastoin. (Pietikäinen 2013, 167-168.)*

Pakkokeinojen käytön historia on maailmanlaajuisesti pitkä ja pimeä. Kehityksen käännekohdaksi voidaan pitää toista maailmansotaa. Eugeniikka eli rotuhygieniäoppi oli sitä ennen kehittynyt tiedepoliittiseksi liikkeeksi ja ideologiaksi, joka vaikutti 30 eri maassa ympäri maailmaa. Rotuhygieniäoppi ohjasi lainsäädäntöä Yhdysvalloissa, Saksassa ja Pohjoismaissa. Yhdysvalloissa se ohjasi myös maahanmuuttopolitiikkaa; Pohjoismaissa ja Saksassa se kulminoitui valtion harjoittamaan kuri- ja säätelypolitiikkaan, jonka seurauksena kelvottomat yksilöt pyrittiin eristämään tai eliminoimaan yhteiskunnasta. Pakkosterilisaatiot, keskitysleirit ja säilömistarkoituksessa perustetut mielisairaalat olivat seurausta tästä ideologisesta kehityskulusta. Ihmiskunta heräsi huomaamaan oman julmuutensa vasta natsien hirmutekojen kautta. (Pietikäinen 2013, 307-311; Vehmas 2005, 65-75.)

Petteri Pietikäinen (2013, 326-327) kysyykin, olivatko pakkosterilisoinnin laillistaneet valtiot, kuten Yhdysvallat, Suomi ja Ruotsi oikeusvaltioita? Pietikäisen mielestä ei, koska rotuhygieniassa yksilön perusoikeuksia polkeva antiliberaali ideologia salli julkisen vallan sekaantumisen yksityisen kansalaisen elämänpiiriin ja yksilöllä oli merkitystä vain yhteiskunnan osana. Hän kuvaa ennen toista maailmansotaa vallinnutta tilannetta eräänlaisena modernin ajan noita-vainona, jossa kohteena olivat kelvottomiksi julistetut mielenterveyspotilaat, kehitysvammaiset ja moraaliltaan ala-arvoiset vajaamieliset ja yksinhuoltajat.

*Eugeniikka leimasi hulluuden niin kielteisesti, ettemme ole vieläkaan päässeet eroon niistä ennakkoluuloista, joita se oikeutti ja joita se lietsoi. Stigmatisointi merkitsee kohteeksi joutuneelle oman minuuden pilaantumista, negatiivista identiteettiä, joka estää saamasta kanssaihmisiltä kunnioitusta, arvonantoa tai edes hyväksyntää. Yksilötasolla hulluuden eugeniinen leimaaminen näkyi mielivaltaisena kohteluna, brutaaleina hoitomenetelminä, potilaiden ihmisoikeuksien ja autonomian häpäisynä sekä suoranaisena väkivaltana. (Pietikäinen 2013, 327.)*

Eugeniikan vastainen liike ja ihmisoikeuksien esiin nostaminen toisen maailmansodan jälkeen on merkinnyt huomattavaa edistymistä kaikissa länsimaissa siten, että laitoksia on lakkautettu. Lisäksi hoidot ovat monipuolistuneet ja inhimillistyneet. Eugeniikan vastainen liike sai alkunsa psykiatrian ja kehitysvammahuollon piiristä, mutta se on sittemmin laajentunut koskemaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita. (Vehmas 2005.) Rajoittamisen vastainen liike on osa tätä kehityskulkua. Pakkotoimien ja mekaanisen sitomisen aktiivisia vastustajia oli Englannissa ja Ranskassa jo 1800-luvulla, mutta rajoittamisen vastainen liike on kasvanut poliittisesti vaikutusvaltaiseksi liikkeeksi vasta toisen maailmansodan jälkeen ihmisoikeusajattelun leviämisen myötä. (Pietikäinen 2013, 139 -190.)

On tärkeää huomata, että tutkittaessa rajoittamisen vastaista liikettä ja sen syntyhistoriaa törmäämme jälleen käsitteiden ja ilmiöiden kerrostuneisuuteen. Asenteiden ja käytäntöjen muutokset tapahtuvat vaiheittain. Siksi aatehistorian ymmärtäminen on välttämätöntä. Ihmisoikeusajattelun merkitys on kasvanut koko ajan ja vaikuttanut monella tasolla yhteiskunnan ja yksilöiden toimintaan. Seuraavaksi käydään läpi rajoittamisen vastaisen liikkeen tämän hetkisiä tavoitteita kansainvälisesti.

### 3.1.2 Rajoittamisen vastaisen liikkeen kansainväliset tavoitteet

Rajoittamisen vastainen liike on tänä päivänä maailmanlaajuinen, ja sen pyrkimyksenä on edesauttaa ihmisoikeuksien toteutumista siten, että ihmisten vastentahtoinen rajoittaminen hoidon aikana voitaisiin minimoida tai lopettaa kokonaan. Tavoitteissa painotetaan psykiatrian ja kehitysvammahuollon piirissä tapahtuvien rajoittamistoimien vähentämistä ja eliminoinnista, mutta liikkeen pyrkimykset heijastuvat kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreille ja lainsäädäntöön. Potilasjärjestöt ympäri maailmaa ajavat aktiivisesti pakkotoimien poistamista vedoten muun muassa tutkimustietoon.

Esimerkiksi Englannissa mielenterveyspotilaiden etuja ajava Mind-järjestö (2016) pyrkii vaikuttamaan lainsäädäntöön, poliittiseen päätöksentekoon ja hoitokäytäntöihin. Mind esittää julkaisussaan *Mental health crisis care: physical restraint in crisis: a report on physical re-*



*straint in hospital settings in England* (2013) kannanoton pakkotoimiin ja rajoittamiseen. Seuraavaksi lyhyt ote julkilausumasta.

*On a mental health ward the experience of being controlled and physically restrained can be traumatic and result in a loss of dignity and respect, or even death in some cases. When people's lives come crashing down and they are at their most vulnerable, they need help immediately not further harm. People in hospital for mental healthcare should feel confident that physical restraint should only be used competently, safely and only as a last resort with minimum force.*

Myös Yhdysvalloissa mielenterveyspuolen potilasjärjestöt ottavat voimakkaasti kantaa pakkotoimia vastaan. Seuraava lainaus löytyy MentalHealth American -järjestön (2016) internetsivuilta.

*Seclusion and restraint have no therapeutic value, cause human suffering, and frequently result in severe emotional and physical harm, and even death. Therefore, as a matter of fundamental policy, Mental Health America (MHA) urges abolition of the the use of seclusion and restraints and prohibiton of the use of sedatives and other medications as chemical restraints.*

Vammaispuolella potilasjärjestöt ovat samoilla linjoilla. Esimerkkinä kanadalainen vammaisten oikeuksia ajava järjestö Inclusion BC (2016) haluaa edistää eristysvapaan hoitokulttuurin leviämistä. Järjestön verkkosivuilta löytyy selkeä kannanotto rajoittamistoimia vastaan:

*A restraint is something that restricts or controls an individual's movement or behaviour. There are three kinds of restraints:*

- *Physical restraints are items, or actions that physically restrict or control movement or behaviour. They may be attached to a person's body or create a barrier e.g., geri-chairs, hand ties, bed railings, bars, or physical holds.*
- *Chemical restraints are any medication used to control behaviour beyond the point of therapeutic benefit.*
- *Environmental restraints can include modification of an individual's surroundings to restrict or control movement e.g., seclusion rooms, locked doors.*

*Research shows that restraints are unnecessary, they are not cost-effective, they create problems for staff and they can increase the behavior they are meant to control.*

Ammatillisella puolella rajoittamistoimien vähentämistä pyritään myös aktiivisesti edistämään. Otan esimerkiksi *Restrain Reduction Network* -verkoston (2016), jossa Crisis Prevention

Institutella eli CPI:lla (2016) on keskeinen rooli maailmanlaajuisesti. Verkostoa kuvataan sen internetsivuilla näin:

*The Restraint Reduction Network™ was created to bring together organisations who share a common commitment to improve outcomes for people who may be subjected to coercive or restrictive practices. The Network is in place to support organisations who wish to make meaningful changes to the services and support they offer, so that coercive or restrictive practices are minimized, and the misuse and abuse of restraint is prevented.*

Tämän yhteistyöfoorumin tarkoituksena on tuoda yhteen kaikki toimijat ja edistää vuoropuhelun kautta rajoitustoimien vähentämistä. Verkostolla on kerran vuodessa kansainvälinen konferenssi Birminghamissa, Isossa-Britanniassa. Restrain Reduction Network (2016) verkoston nettisivuilta löytyy runsaasti materiaalia ja ohjeita pakonvähentämisestä työyksiköissä sekä linkkejä muun muassa konferenssiesityksiin. Esitän seuraavaksi tiivistetysti ja vapaasti suomennettuna ja kiteytettynä verkoston vision, mission, arvot ja tavoitteet:

Vision mukaan tavoitteena on tarjota asiakkaille rajoittamisvapaita palveluja pohjautuen seuraaviin arvoihin ja periaatteisiin:

- Sitoutumista erityistä tukea tarvitsevien ja haastavasti käyttäytyviä ihmisten palvelujen kehittämiseen tarjoamalla yksilön tarpeet huomioivaa asiakaslähtöistä hoitoa.
- Ihmiset ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Huomioimalla yksilön tarpeet, henkilöhistoria, tulevaisuuden toiveet ja läheisten näkemykset hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa voidaan taata korkeatasoiset palvelut ja hoitotulokset.
- Johdon tulee kaikilla tasoilla ottaa aktiivinen rooli rajoittamistoimien vähentämisessä ja luoda rajoittamisen vähentämistä tukeva ilmapiiri ja työkuultuuri, jossa rajoittaminen on aina viimeinen vaihtoehto.
- Rajoittamistoimien käytön tulee olla läpinäkyvää ja tapahtua pelisääntöjen mukaan. Raportoinnin ja tilastoinnin tulee kattaa kaikki rajoitustoimet.
- Rajoittamistoimien kohteena olevan henkilön tulee saada tietoa rajoittamistoimien käytöstä ja tietoa tahosta, jolle voi tarvittaessa tehdä valituksen
- Rajoittamistoimien kohteena oleville asiakkaille ja niitä soveltaville henkilökunnan edustajille tulee mahdollisuus purkukeskusteluun.
- Rajoittamistoimia tulee käyttää viimeisenä keinona hätätilanteessa, jossa ihminen on itselleen tai ympäristölleen vaarallinen ja kun muita keinoja on sovellettu eivätkä ne ole riittäneet estämään riskikäyttäytymistä.
- Jokaisen rajoittamistoimen käyttö tulee pystyä perustelemaan ja oikeuttamaan.

- Aina kun mahdollista tulee rajoittamistoimia käytettäessä huomioida yksilölliset tekijät kuten fyysiset, psyykkiset ja psykososiaaliset erityispiireet, jotta haittavaikutuksia ja vammoja ei pääsisi syntymään.
- Epäinhimillisten, nöyryyttävien ja alistavien rajoittamistoimien käyttö on kielletty. Kipua tai vammoja tuottavien menetelmien käyttö ei ole myöskään sallittua. Rajoittamistoimiin ei saa koskaan ryhtyä rangaistusmielessä eikä henkilökuntaresurssien vähyden vuoksi.

Henkilökunnan tulee olla asianmukaisesti koulutettu rajoittamistoimien käyttöön ja osana laajempaa sitoumusta tulee henkilökunnan työskentelyn perustua asiakaslähtöiseen ajatteluun, positiivisen käyttäytymisen tukemiseen sekä kuntouttavaan ja sosiaaliseen inklusioon tähtäävään hoidon suunnitteluun. CPI eli Crisis Prevention Institute (2016) toimii globaalisti, joten tavoitteet on tarkoitettu voitavan toteuttaa maailmanlaajuisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kaikkien valtioiden tulisi sitoutua pitkällä aikavälillä ihmisoikeusajatteluun sekä asiakaslähtöisen hoitokulttuurin ja palvelurakenteen kehittämiseen. Tavoitteiden läpiviemiseksi tarvitaan pitkäjänteisen työn ohella sekä lainsäädäntöä että strategiaa. Restrain Reduction Networkin (2016) nettisivuilta löytyy kuusiportainen tavoitteiden implementoinnin strategia, jota tässä yhteydessä en kuitenkaan esittele tarkemmin. Sanottakoon vain, että vammaispoliittinen pyrkimys sosiaaliseen ja poliittiseen integraatioon on otettu lähtökohdaksi hoitokäytäntöjen muuttamisessa.

Maailmanlaajuisen pakonvastaisen liikkeen merkitys on kasvamassa yhä edelleen. Näyttöön perustuvalla tutkimuksella on myös keskeinen sija hoitolinjojen muovaamisessa. Seuraava esimerkki on Australiasta. Victorian department of Human Services on julkaissut projektiraportin *Physical Restrain in Disability Services: current practises, contemporary concerns and future directions*, jossa kuvataan pakkokeinojen käyttöjä ja niiden vähentämiseen tähtääviä toimia vammaishuollossa (Mc Villey 2009):

*This report was commissioned by the Senior Practitioner, during the first year of the newly created Office of the Senior Practitioner. It is intended to contribute to the development of evidence-based policy and practice in support of people with disability whose behaviours of concern have historically given rise to the use of support practices involving restraint and seclusion. The project brief asked a number of questions: what constitutes restraint and seclusion; how are these practices viewed and regulated in other jurisdictions, across Australia and overseas; what is the evidence, if any, for their efficacy; and what are the alternatives? The report focuses primarily on issues concerning physical and mechanical restraint, and seclusion. A separate report specifically focusing on the use of chemical restraint is in preparation. (Mc Villey 2009, 1.)*

Ohessa muutama esimerkki Euroopan alueella tehdystä kartoitustyöstä ja strategisista linjauksista. Maailman terveysjärjestön WHO:n raportissa (2008) *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges* kuvataan Euroopan Unionin mielenterveystyön strategisia haasteita seuraavasti.

*Protecting the human rights of people with mental health problems remains a major challenge in the WHO European Region, emphasized by the many countries in which treatment and care for mental disorders is provided mainly in large institutions, either psychiatric hospitals or social care institutions. The Mental Health Declaration for Europe sets a milestone for all Member States to “end inhumane and degrading treatment and care and enact human rights and mental health legislation to comply with the standards of United Nations conventions and international legislation”.*

*Mechanisms in place to monitor and review the human rights protection of users of mental health services. A key part of protecting human rights is monitoring and reviewing the conditions and practices in care institutions. Definitions review bodies are agencies or group of people responsible for monitoring, reviewing, inspecting or checking the functions, operations or conditions of health services.*

Vaikka maailmalla pyritään aktiivisesti keräämään myös näyttöön perustuvaa tietoa rajoittamistoimien käytöstä, vaikuttavuudesta ja vaihtoehtoista, pakkokeinojen käyttöä on vaikea saada vähenemään, ellei henkilöstön asenteessa tapahdu tarvittavaa muutosta. Isossa-Britanniassa Mental Health Commissionin (2012,14) julkaisemassa *Seclusion and Physical Restraint Reduction Knowledge Review and Draft Strategy* -raportissa kiinnitetään huomiota henkilöstön asenteiden merkitykseen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vakiintuneet asenteet ja uskomukset vaikeuttavat käytäntöjen muuttamista. Siksi asenteiden muuttamisen tulee olla ensisijalla muutosta eteenpäin vietäessä. Suomi on mukana kansainvälisessä kehityksessä, ja seuraavaksi tarkastellaankin, mitä pakonvähentämisen saralla tapahtuu parhaillaan täällä kotimaassa.

### 3.1.3 Rajoittamisenvastaisen liikkeen merkitys Suomessa

Suomessa rajoittamisenvastaisen liikkeen kehitys heijastelee kansainvälisen liikkeen kehitystä. 1900-luvun alkupuoliskolla eugeniikka vaikutti hoitokäytäntöihin ja ohjasi myös yhteiskuntasuunnittelua. Toisen maailmansodan jälkeen asenneilmasto alkoi muuttua ja hoidettavien oma ääni pääsi paremmin esiin muun muassa potilasjärjestöjen kautta. Samalla laitoshoidoa alettiin kritisoida. (Pietikäinen 2013, 372-373.) Tehokkaiden psykelääkkeiden tulo markkinoille 1950-luvulla edesauttoi avohoitoon siirtymistä, mutta todellinen avohoitoon siirtyminen ja laitosten laajamittainen purkaminen tapahtui vasta 1990-luvun alussa, kuten mielenterveyspalvelujen kehitystä Suomessa kuvaavasta Nina Karlssonin ja Kristian Wahlbeckin (2010) laatimasta THL:n tutkimusraportista *Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990* käy ilmi.

Pakkotoimenpiteillä, kuten huoneeseen tai lepositeisiin eristämällä, on Suomessakin pitkä historia. Nykykäsityksen mukaan pakkotoimenpiteitä pitäisi käyttää viimeisenä keinona silloin, kun se on välttämätöntä potilaan tai muiden turvallisuuden kannalta. (Keski-Valkama 2010.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa toimiva Pohjoismainen verkosto pakonkäytön vähentämiseksi perustettiin vuonna 2011. Verkostolla on omat Facebook-sivut ja sen toiminnasta löytyy lisätietoa THL:n verkkosivuilta (THL 2016a). Verkoston toiminnan tavoitteet on määritelty internetsivuilla seuraavasti:

- *Pohjoismainen verkosto tukee toimenpiteitä, joilla voidaan jakaa kokemustietoa eri maiden välillä sekä edistää pakon käyttämisen ja tahdosta riippumattoman hoidon vähentämistä psykiatrisessa hoidossa.*
- *Verkoston visio on aikaansaada pakon käytön mahdollisimman pitkälle ulottuva vähentäminen sekä pakon käytön vaihtoehtojen kehittäminen eri Pohjoismaissa ottamalla aktiivisesti mukaan kokemusasiantuntijoita ja vertaistoimijoita kaikilla tasoilla.*
- *Verkosto tukee mitattavissa olevien tavoitteiden asettamista ja käyttöön ottamista pakon vähentämiseksi eri Pohjoismaissa.*
- *Verkosto edistää hyvien käytäntöjen levittämistä ja alan tutkimustiedon jakamista, kuntoutumista tukevien palveluiden kehittämistä, käsitteisiin ja lainsäädäntöön liittyvän yhteisen näkemyksen aikaansaamista ja vertailtavuuden mahdollistavaa tilastointia sekä henkilökunnan ja kokemusasiantuntijoiden keskinäisen vaihto-ohjelman aikaansaamista Pohjoismaisella tasolla.*

- *Verkosto keskittyy pakon vähentämiseen psykiatrisessa hoidossa, ja tavoitteena on, että pakkokeinojen käyttö saadaan vähenemään tai jopa loppumaan kokonaan. Lisätietoa verkoston toiminnasta ja tavoitteista löytyy sen internet- ja Facebookisivuilta.*

Kartoitusten ja viranomaisten tekemien selvitysten mukaan Suomessa on pakkokeinojen käytön vähentämisen osalta vielä paljon tehtävissä. Alice Keski-Valkama (2010) on tehnyt pakkokeinojen käytöstä psykiatrian puolella väitöskirjan *The Use of Seclusion and The Mechanical Restrain in Psychiatry*. Keski-Valkaman (2010, 62-63) mukaan Suomi asettuu kansainvälisessä vertailussa lepositeiden ja huone-eristysten käytössä keskivaiheille. Tutkimus osoittaa ainoastaan vähäisiä muutoksia pakkotoimien käytön vähenemisessä, vaikka lainsäädäntöä on uudistettu 15 vuoden tarkasteluvälillä. Lainsäädäntö ei ole yksinään riittänyt vähentämään pakkokeinojen käyttöä, mikä osoittaa sen, että juurtuneet käytännöt ohjaavat toimintaa.

Keski-Valkaman (2010) mukaan tilanteen muuttaminen edellyttää pakkotoimenpiteiden käytön syihin ja keston pureutuvaa tutkimusta ja systemaattista hoitokulttuurin muutosta, jossa potilaan fyysinen ympäristö ja psykologiset tarpeet huomioidaan paremmin. Tutkimuksessa tuodaan esiin, kuinka eristettyjen potilaiden näkökulmasta tarkasteltuna huone-eristyksen psykologiset ja fyysiset puutteet ovat nykyisellään puutteelliset ja että huone-eristyksessä olemisen oli potilaille pääosin kielteinen kokemus vielä puolen vuoden jälkeenkin tapahtuneesta.

Pakon vähentämisestä puhutaan erityisesti psykiatrian puolella, mutta pakon tarpeetonta käyttöä esiintyy myös vanhustenhuollossa ja kehitysvammaisten hoitoyksiköissä. Valvira ja aluehallintovirastot tekivät 4.-8.5.2015 ennalta ilmoittamattomia tarkastuksia vanhustenhuollon ympärivuorokautisiin toimintayksiköihin kaikkien aluehallintovirastojen alueilla. Tarkastuksissa kiinnitettiin erityistä huomiota iäkkäiden itsemääräämisoikeuksien toteutumiseen. Kartoituksessa itsemääräämisoikeuksien toteutumisessa on havaittu useita puutteita. (Valvira 2015.)

Valviran (2015) *Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havainnot* -puolivuotisraportin mukaan ongelma koskettaa erityisesti iäkkäitä, mutta ongelmia on todettu myös kehitysvammaisten kohdalla. Suunnitteilla on vastaavanlaisia tarkastuskäyntejä myös vammaisten asumispalveluyksiköihin. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on usein kytköksissä toimintayksiköiden henkilöstön määrään. Henkilöstön niukkuuteen onkin kiinnitetty huomiota niin lastensuojelussa, vammaispalveluissa kuin vanhustenhuollossa. Raportissa on paljon havainnot epäkohdista. Pelkän valvonnan yhteydessä kertyvän tiedon perusteella ei kuitenkaan Valviran mukaan voida tehdä johtopäätöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköjen yleisestä laatusotasosta.

Tarkastusraportissa mainittu kehitysvammalainmuutosesitys on parhaillaan eduskunnan käsittelyssä, ja sen odotetaan tulevan voimaan vuoden 2016 aikana. Uuden lain myötä Suomi voi ratifioida vammaisoikeuksien yleissopimuksen. Lisätietoa kehitysvammalain uudistuksen sisällöstä ja etenemisestä löytyy THL:n sivuilta hakusanalla vammaispalvelujen käsikirja. Vammaislain uudistamistyöryhmän loppuraportti *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2015:21* löytyy myös STM:n verkkosivujen kautta sähköisenä julkaisuna (STM 2015:21).

Rajoittamisenvastainen liike on ilmentymä ideologisesta ja asenteellisesta muutoksesta, joka on tapahtunut nopeasti 1900-luvun jälkipuoliskolla. Potilasjärjestöillä on ollut suuri merkitys yhteiskunnallisten, poliittisten ja lainsäädännöllisten muutosten ajamisessa. Muutokset vaikuttavat kaikkialla maailmassa, ja siksi onkin syytä tarkastella hieman tarkemmin vammaisliikkeen ajamaa paradigmanmuutosta, joka on parhaillaan käynnissä.

### 3.2 Lääketieteellisestä mallista kohti poliittista mallia

#### 3.2.1 Vammaisliikkeen ajaman paradigmanmuutoksen lähtökohdat

Tämän työn toisessa luvussa kuvattiin historiallisesta näkökulmasta, kuinka poikkeavien ihmisryhmien kohtelu on muuttunut viimeisen parin sadan vuoden aikana. 1800-luvulla asenteet poikkeavia ihmisiä kohtaan kovenivat teollisen työkalut tuomien käytös- ja kurivaatimusten vuoksi. Työhön kelpaamattomista tuli perheille ja yhteiskunnalle taloudellinen taakka, josta haluttiin päästä eroon. Lääketieteelle annettiin yhteiskunnallisesti merkittävä rooli ihmisten luokitteluissa normaaleihin ja ei-normaaleihin, työkykyisiin ja työkyvyttömiin. Työhön ja yhteiskuntaan sopimattomia yksilöitä hallittiin medikalisaation, normalisoinnin ja eristämisen avulla. 1800-luvulla alettiin rakentaa erilaisia muusta asutuksesta erillään olevia laitoksia, joihin työhön kykenemättömät ja muuten poikkeavat sijoitettiin. Poikkeavuuden hallinta kulminoitui eugeniikan myötä toisen maailmansodan aikana keskitysleireillä, kun miljoonia ihmisiä surmattiin rodunjalostuksen nimissä. (Vehmas 2005, 59-75.)

Toisen maailmansodan jälkeen tilanne alkoi muuttua ihmisoikeusajattelun leviämisen vuoksi, mutta myös laajemman paradigmanmuutoksen ansiosta. Simo Vehmas (2005) kuvaa teoksessa *Vammaisuus* vammaisten poliittista aktivoitumista ja sen mukanaan tuomaa muutosta lääketieteellisestä mallista kohti sosiaalista mallia. Erityisopetuksella on historiallisesti ollut tärkeä rooli normalisoinnissa ja poikkeavien yksilöiden yhteiskuntakelpoisuuden arvioimisessa (Vehmas 2005, 83-108).

*Erityisopetuksen piiriin on otettu henkilöitä, joiden on ajateltu olevan kykenemättömiä toimimaan hyödyllisinä ja täyspainoisina yhteiskunnan jäseninä tai jotka ovat häirinneet yleisen*

*koululaitoksen sujuvaa toimintaa. Sosiaalisen vammaistutkimuksen lähtökohdat ovat täysin päinvastaiset. Ensinnäkin se on saanut alkunsa vammaisten omasta aloitteesta päinvastoin kuin erityispedagogiikka, joka on perinteisesti ollut vammattomien ammatti-ihmisten käsissä. Lisäksi sosiaalinen vammaistutkimus on alusta alkaen kyseenalaistanut vallinneet yhteiskunnalliset arvot, järjestelyt ja käytännöt, jotka ovat vaikuttaneet vammaisten elämään. (Vehmas 2005, 83-84.)*

Erityisopetuksella on pitkät perinteet poikkeavuuden hallinnassa. 1800-luvulta lähtien erityispedagogiikka alkoi vakiintua länsimaissa ja poikkeavia lapsia opetettiin erillään muista joko erityisluokissa, kouluissa tai laitoksissa. Erityisopetus ja laitokset ovat toimineet normalisoinnin foorumeina ja siten vallitsevan yhteiskuntajärjestyksen ylläpitäjinä, mutta 1900-luvun puolivälistä alkaen erillisen erityisopetuksen tarkoituksenmukaisuus on kyseenalaistettu. (Vehmas 2005, 109-149.)

1960-luvulla alkoi potilasjärjestöjen ja vammaisliikkeen nostattama kritiikki lääkäreiden määräysvaltaa ja poikkeaville suunnattuja laitoksia kohtaan kasvaa. Laitoksia alettiin purkaa ja niiden sijaan suosittiin normalisointipolitiikkaa eli vammaisten ja muuten poikkeavien kasvatamista ja kouluttamista normaalissa ympäristössä. Poikkeavien oikeudet eivät tässä kehityksessä välttämättä kohentuneet, sillä alkuvaiheessa yhteiskunta ei sopeutunut poikkeavuuteen vaan päinvastoin poikkeaviksi luokitelluista yritettiin kouluttamalla ja kuntouttamalla tehdä mahdollisimman normaaleja ja yhteiskuntaan sopeutuvia työkykyisiä yksilöitä. (Vehmas 2005, 106-109, Shakespeare 2006.)

Normalisaatio-politiikan ydinajatus on kuitenkin linjassa vammaisliikkeen tavoitteiden kanssa, eli pyrkimyksenä on taata kaikille ihmisille mahdollisuus elää mahdollisimman tavallista elämää yhteiskunnassa, joka on solidaarinen vähäosaisille ja salliva poikkeavia kohtaan. *Independent living* on ollut vammaisliikkeen keskeisiä iskulauseita pyrittäessä edistämään inklusiota. Tänä päivänä integraatio ja inklusio ovat laajalle levinneitä yhteiskunta- ja koulutuspoliittisia ideologioita, joiden tavoitteena on edistää poikkeavien ihmisten tasa-arvoa, yhteiskunnallista asemaa ja esteetöntä liikkumista. Sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat poikkeavien mahdollisuuteen elää normaalia elämää, ovat tarkastelun keskiössä lääketieteellisten ongelmien sijaan. Yhteiskuntaa ja sen rakenteita pyritään muuttamaan aktiivisesti, jotta leimaaminen, sorto ja vähemmistöryhmien marginalisointi saataisiin loppumaan. (Oliver 2004; Vehmas 2005, 106-122.)

Vammaisliikkeen vaikutusta kuvataan paradigmaattisena siirtymisenä lääketieteellisestä mallista kohti sosiaalista mallia eli katseen siirtymisenä yksilön poikkeavuuden määrittämisestä kohti yhteiskunnan näkemistä ongelmallisena, poikkeavia kategorisoivana, eristävänä ja sortavana järjestelmänä, joka tulee muuttua. (Shakespeare 2006.) Liike on saanut alun perin



vaikutteita muun muassa mustien kansalaisoikeus- ja antipsykiatrialiikkeestä (Keseey 1962; Brusen 2005; Vehmas 2005, 109).

Yhteiskunnan muuttaminen on tähän mennessä tapahtunut fyysisesti vammaisten ehdoilla, sillä muutosvaatimukset ovat kohdistuneet yhteiskuntaan tietystä kapeasta näkökulmasta esimerkiksi fyysisten esteiden poistamisena. Vammaisliikettä onkin kritisoitu siitä, että fyysisesti vammautuneiden valkoisten miesten etuja ajaessaan se on unohtanut naisten, mielen-terveysongelmaisten ja syvästi kehitysvammaisten etujen ajamisen. (Vehmas 2005, 143-145.)

Tutkijoiden mukaan vammaisliikkeeseen kohdistunut kritiikki tulee ottaa vakavaan tarkasteluun, kun pohditaan, miten yhteiskuntaa halutaan muuttaa. Onkin tärkeää muistaa, että vammaiset ja poikkeavat eivät muodosta yhtä yhtenäistä ryhmää. Naisten, psyykkisesti sairaiden ja kehitysvammaisten ääni on saatava jatkossa kuulumaan paremmin. (Vehmas 2005, Shakespeare 2006, Grönvik, Söder 2008, Juvonen, Rossi & Saresma 2010; Hugemark & Roman 2007.)

Pyrkimys intersektionaalisuuteen ja moniäänisyyden lisääminen ovat tärkeitä elementtejä jatkokeskustelujen ja tutkimuksen kannalta. Intersektionaalisuus tutkimusorientaationa on lähtöisin naistutkimuksen piiristä, mutta se on yhä kasvava trendi myös vammaistutkimuksessa juuri siksi, että tässä lähestymistavassa marginaaliryhmien oman kokemuksen tutkiminen on keskiössä. (Berg 2008; Grönvik & Söder 2008; Juvonen, Rossi & Saresma 2010; Lawson & Schiek 2011; Mattsson 2010; Hugemark & Roman 2007.)

Monet vammaistutkijat ovat myös vammaisaktivisteja ja usein itsekkin jonkin vammaisryhmän edustajia. Sosiaalisella vammaistutkimuksella on selkeä poliittinen päämäärä eli vammaisten oikeuksien ajaminen. Monissa tutkimuksissa on havaittu, että näennäisestä osallisuudesta huolimatta vammaisilla ja poikkeavilla ei ole todellista yhteiskunnallista valtaa eikä arvostusta. Toiseus on rooli, josta halutaan päästä eroon lopullisesti. (Vehmas 2005,143.) Sosiaalisesta mallista ollaankin siirtymässä kohti poliittista mallia, eli poikkeavien yksilöiden täysvaltaisen kansalaisuuden ja osallisuuden mahdollistava yhteiskuntarakenne on vammaisliikkeen tämän hetkinen tavoite. (Vehmas 2005; Kristiansen, Shakespeare & Vehmas 2009; Harpur 2012.)

### 3.2.2 Paradigmamuutoksen vaikutuksista yhteiskuntaan

Vammaisliikkeen merkitys on ollut yhteiskunnallisesti mullistava. Laitoshoidon purkaminen on toteutunut laajamittaisesti ympäri maailmaa. Mittaviin laitosten alasajoihin lähdettiin Suomessakin 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa muun Euroopan esimerkkiä seuraten, eikä kyseessä olleet vain kehitysvammakeskuslaitokset, vaan yhtä lailla mielisairaalat ja vanhuslaitoksetkin joutuivat reformin kohteeksi. *Independent living* -liike on muuttanut pitkään jatkuneen yhteis-

kunnallisen asetelman. Valtaväestö joutuu sopeutumaan erilaisuuteen keskuudessaan, mikä on edellyttänyt nopeaa ajattelun ja asenteiden muutosta. (Vehmas 2005; Sandlund 2005; Shakespeare 2006; Kristiansen, Shakespeare & Vehmas 2009; Christensen 2009.) ”Koti on vanhuksen paras paikka” -iskulause ilmentää mielestäni sitä, kuinka asennemuutosta yhteiskunnassa viedään eteenpäin. Samoin Pertti Kurikan Nimipäivä -yhtyeen kannanotot lauluissaan itsenäisen asumisen puolesta sekä osallistuminen Euroviisuihin vuonna 2013 ovat muokanneet kansalaisten mielipiteitä inklusiomyönteiseen suuntaan.

Itsenäisen asumisen myötä hoitokäytänteet ovat muuttuneet nopeasti. Suurissa keskuslaitoksissa oli usein saatavilla kaikki palvelut, minkä vuoksi tavallinen terveydenhuoltojärjestelmä ei ollut tottunut hoitamaan haasteellisesti käyttäytyviä asiakkaita. Itsenäisen elämän myötä ennen yhteisöjen ulkopuolelle eristetyt, poikkeavina pidetyt ihmiset ovat joutuneet sopeutumaan elämään yhdessä normaaliväestön kanssa ja käyttämään samoja palveluja. (Buwlow 2005; Vehmas 2005; Shakespeare 2006; Pietikäinen 2013.) Henkilökunta joutuu opettelemaan uusia tapoja kommunikoida ja hallita haastavia tilanteita. Nykytilanteessa tarvitaan myös luovia tapoja ajatella ja suhtautua poikkeavaan käyttäytymiseen. Seuraava esimerkki on Ruotsista.

Opiskellessani yhteiskuntapolitiikkaa Tukholman yliopistossa lukuvuoden 2012-2013 Helsingin yliopiston vaihto-opiskelijana, osallistuin useille vammaispolitiikkaa käsitteleville kursseille. Erityisen hyvin minulle on jäänyt mieleen mielenterveyspotilaiden yhteiskunnallista integraatiota koskeva keskustelu. Luennolla opettajamme kertoi, kuinka ääniä kuuleville potilaille on kaavailtu annettavaksi puhelimia käyttöön yhteiskunnan tuella. Kadulla kävellessään he voivat ikään kuin puhua puhelimesta, vaikka tosiasiallisesti he vastaavat kuulemiinsa päänsisäisiin ääniin. Puhelin esitettiin keinoksi elää mahdollisimman normaalia elämää muiden joukossa siten, että psykoottiseen oireiluun ei kiinnitetä turhaa huomiota ympäristön taholta. (Karlsson 2008.)

Joskus psykoottiseen käyttäytymiseen tulee reagoida vähemmän luovasti. Silloin kun ihminen on itselleen tai ympäristölleen vaarallinen, rajoittamistoimia tarvitaan. Rajoittamistoimien suhteen kehitys on kulkenut eri maissa eri suuntiin. Englannissa pakkotoimia säädellään tällä hetkellä lainsäädännön keinoin hyvinkin tarkkaan. Henkilökunnalle on annettu tarkat ohjeet, kuinka lakia tulee soveltaa. Mekaaninen sitominen on kiellettyä, minkä vuoksi MAPA®-metodia ja muita vastaavia menetelmiä käytetään systemaattisesti haasteellisia ja väkivaltaisia asiakkaita hoidettaessa. Englantilaisesta lainsäädännöstä ja siihen liittyvistä sovellusohjeista saa hyvän kuvan seuraavien asiakirjojen kautta:

- *Mental Capacity Act (2005)*
- *Mental Capacity Act code of Practice (2016)*
- *Mental Capacity Act: making decisions (2014)*

- *Nice Guidelines (2015) Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*

Suomessa uusi itsemääräämisoikeuslainsäädäntö pysähtyi vuonna 2015 eduskunnan käsittelyssä, kun se todettiin perustuslain vastaiseksi, ja lakiesitys raukesi. Lain jatkokäsittelystä ei ole mitään tietoa eduskunnan verkkosivuilla. (Eduskunta 2016b.) Lakihanke on edennyt kuitenkin osittain, sillä kehitysvammalain uudistamisen osalta lakiehdotus on eduskunnan käsittelyssä, jotta Suomi voi ratifioida YK:n vammaisyleissopimuksen (THL 2016b).

### 3.2.3 Paradigmamuutoksen vaikutukset hoitokäytänteisiin

Ihmisoikeusajattelu ja asiakkaan lisääntyvä itsemääräämisoikeus ovat kansainvälisiä tendenssejä, jotka muuttavat hoitotyön arkea ja käytäntöjä sekä lainsäädännön että asenteiden kautta. Pakonvähentämistä edistetään monella rintamalla, ja kuten tutkimukset osoittavat, käytänteiden parantamiseksi on vielä paljon työtä tehtävä, jotta voidaan puhua kaikkia osapuolia tyydyttävästä hoitokulttuurista ja hoidon laadusta. (Keski-Valkama 2010; Valvira 2015.) On tärkeä tuoda keskusteluun myös erilaisia näkökulmia ja moniäänisyyttä. Psykiatrit Rovasalo ja Jüriloo (2011, 5-7) ottavat kantaa pakkotoimiin lääkärilehti Duodecimin pääkirjoituksessa seuraavasti:

*Pakon käyttöä yritetään vähentää mutta helppoa se ei ole. Mitä pitää tehdä potilaalle, joka lukuisista hoitoyrityksistä huolimatta hakkaa harhojen vallassa päättään seinään? Kliinisen psykiatrian etiikka on käytännöllistä: jos ihminen aiheuttaa psykoottisuuden vuoksi terveys- ja turvallisuusvaaran itselleen tai muille, pakon käyttöä pidetään aiheellisena. [...] Pakko ei ole rangaistus vaan viimeinen keino estää vaaraa tai turvata tarpeelliset hoitotoimet.*

Käytännön sovellusten tasolla on vielä paljon pohtimista, miten asiat tulee tehdä kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla. Rovasalo ja Jüriloo (2011,127) toteavat Duodecimin pääkirjoituksessa, että jos pakkokeinoja halutaan vähentää, on vaihtoehtoja lähdettävä etsimään työyhteisöjä ja rakenteita koskevien uudistusten kautta sekä koulutuksen keinoin. Heidän mukaansa koulutusta tulisi tarjota muun muassa väkivaltaisuuden arviointiin ja käsittelyyn. Tekstissään he viittaavat muun muassa Ison-Britannian *Nice Clinical Guidelines* - ohjeistukseen (2015).

Keskeinen ongelma uudistusten suhteen on, että vankkaa tutkimusnäyttöä yhdenkään yksittäisen pakonvähentämiseen käytetyn menetelmän vaikuttavuudesta ei kirjoittajien mukaan ole saatavilla (Rovasalo ja Jüriloo 2011). Näytön ja menetelmien vaikuttavuutta tulisikin tutkia tulevaisuudessa laajemmin, jotta näyttöön perustuvaa tutkimusta olisi saatavilla päätöksenteon tueksi menetelmiä valittaessa. Lääkäreiden ohella hoitohenkilökunta joutuu arjen työti-

lanteissa miettimään omaa toimintaansa ja sen oikeutusta. Otetaan seuraavaksi esimerkki käytännön hoitotyöstä.

Pohdittaessa, kuinka usein ihmisen tulee käydä suihkussa tai ylipäättään peseytyä, törmäämme hyvin eriäviin tulkintoihin. Aloittaessani työurani oli monissa sairaaloissa vielä käytössä niin sanotut suihkulistat, joiden mukaan ihminen kylvetettiin vähintään kerran viikossa. Nykyään itsemääräämisoikeuteensa vedoten potilas voi olla peseytymättä pitkänkin aikaa. Kuulemani tarinan mukaan yksi henkilö ei ollut peseytynyt seitsemään vuoteen juurikin omaan autonomiaansa vedoten. Kuulemani kertomuksen mukaan näin pitkä tauko puhdistautumisessa aiheutti hänelle terveyshaittoja sekä ongelman ympäristölle haju- ja hygieniahaittojen muodossa. Itse olen hoitanut vanhainkodissa muistisairasta asukasta, joka oli kuukauden ajan kieltäytynyt lähtemästä suihkuun, ja hänen päätöstään kunnioitettiin tällöinkin autonomiaan vedoten.

Esimerkki nostaa mielestäni esiin tärkeän eettisen ja juridisen kysymyksen, eli kuka on kykenevä tekemään päätöksiä ja millä perusteilla. Toisin sanoen kenellä on valta päättää, kuinka usein suihkussa tulee käydä? Onko se potilas vai joku muu? Isossa-Britanniassa voimassa olevan lainsäädännön mukaan ratkaiseva tekijä on kognitiivinen kapasiteetti eli onko yksilö älyllisesti kyvykäs tekemään päätöksen ja ymmärtämään päätöksen seurausvaikutukset. Muistisairaus tai mielenterveysongelma voi alentaa kognitiivista kyvykkyyttä, jonka vuoksi henkilökunta voi Isossa-Britanniassa *Mental Capacity Act* -lain (2005) nojalla tehdä päätöksen potilaan puolesta hänen etunsa mukaisesti. Suomen osalta tilanne on vielä kirjava, sillä uutta lakia asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta ei ole saatu voimaan ja odottaessa eletään yhä paikallisten käytäntöjen varassa (Eduskunta 2016b; Keski-Keski-Valkama 2010).

Pakonvähentäminen ei ole helppoa, koska arjen tasolla tilanteet ovat monisyisiä eikä juridisten ja eettisten periaatteiden soveltaminen ole ongelmatonta. Sama tilanne on tullut esiin myös laitosten purkamisen yhteydessä. Avohoitoon siirtyminen ei ole parantanut kaikkien poikkeavien ihmisten asemaa (Berg, 2008). Erityisen huonossa asemassa ovat mielenterveyspotilaat, sillä heidän kohdallaan hoidon saaminen voi olla vaikeaa kielteisten asenteiden ja resurssipulan vuoksi (Bulow 2005). Yhteiskunnassa vaikuttavat poliittiset ja ideologiset virtaukset heijastuvat poikkeavien ryhmien kohteluun. Pietarisen mielestä tällä hetkellä uusliberalistinen talous- ja yhteiskuntapolitiikka muodostaa uhan laadukkaalle ja tasapuoliselle mielenterveystyölle Suomessa. (Pietikäinen 2013, 372-400.)

Henkilöstön niukkuus ja resurssipula on nostettu julkisuudessa esiin puhuttaessa hoidon saavuudesta ja sen laadusta myös vanhusten- ja vammaistenhoidon kohdalla. Julkisen sektorin säästöt ja yksityistäminen voivat pahimmassa tapauksessa heikentää jo ennestään kaikkein huonoimmassa asemassa olevien vanhusten ja vammaisten tilannetta. Pahimmassa tapaukses-

sa resurssipula voi olla este ihmisoikeuksien asianmukaiselle toteutumiselle. (Helsingin Sanomat 26.3.2016.)

Lisäksi on huomattava, että itsenäisen asumisen ja heitteillejätön raja voi joskus olla häilyvä. Näin on erityisesti mielenterveyspotilaiden kohdalla, mutta myös vammaisten ja vanhusten kohdalla ilmiö herättää keskustelua. Avohoito ei ole paras vaihtoehto kaikille ja palveluverkosto tulisikin rakentaa vastaamaan erilaisten alaryhmien tarpeita. Monipuolisuutta korostavassa mallissa laitoshoido ja koti ovat vaihtoehtoja, jotka eivät sulje toisiaan pois. Isossa-Britanniassa on kehitetty uudenlaisia yhteisöllisen asumisen palvelumalleja vanhuksille, jotka eivät halua asua kotona yksin.

Avohoidon aiheuttamia heitteillejätö- ja turvattomuusongelmia on lähdetty torjumaan myös riippumattomuuden ihannetta uudelleen arvioimalla. Riippuvuudella on sanana huono kaiku historiallisista syistä, erityisesti lääketieteen ylivallan aikana laitoksissa ilmenneiden ihmisoikeusloukkauksien vuoksi. Lääketieteellinen lähestymistapa koetaan edelleen patriarkaaliseksi ja alistavaksi, joten siitä pyritään pääsemään eroon. (Vehmas 2005; Shakespeare 2006; Pietikäinen 2013.) Nykytutkimuksen valossa on kuitenkin perusteltua, että riippuvuuden merkitystä hoidon tarpeelle ja sen saatavuudelle arvioidaan uudelleen (Berg, 2008; Brusen 2005).

Erityisesti feministitutkijat ovat nostaneet esiin hoidon etiikkaan ja keskinäisriippuvuuteen perustuvia malleja. Heitteillejätöä ei pääse syntymään, jos liikaa itsenäisyyttä ei vaadita ja jos ammattilaiset ovat tukena tarvittaessa. Ammatillinen ystävyys on yksi tapa organisoida tukea ja apua tavalla, jossa asiakkaan itsemääräämisoikeus huomioidaan (Järkestig - Berggen & Gunnarsson 2010). Useissa maissa vammaisille on turvattu oikeus henkilökohtaiseen avustajaan ja he saavat itse valita henkilökohtaisen budjettinsa puitteissa, kuka heitä hoitaa ja miten. Vammaisesta tulee tässä mallissa työnantaja ja palvelujen ostaja. (Markström 2005.)

Yhteenvetona voi todeta, että vammaisliikkeen ajamalla paradigmanmuutoksella on ollut syvälliset vaikutukset yhteiskuntaan sen eri tasoilla. Ihmisoikeusajattelu on muuttanut rakenteita, lainsäädäntöä ja arjen käytänteitä. Pakonvastainen liike ja *Independent Living*-liike ovat näyttäneet voimansa maailmanlaajuisesti. Jatkossa tarvitaan keskustelua siitä, mihin suuntaan yhteiskuntaa halutaan kehittää, jotta se takaa hyvän, turvallisen elämän ja hoidon kaikille jäsenilleen. Seuraavaksi siirrymme tarkastelemaan kehittämisprojektiani, joka linkittyy sekä itsemääräämisoikeuskysymyksiin että pakonvähentämiseen. Tarkastelu tapahtuu kokonaistavoitteiden, prosessin eri osatekijöiden ja lopputulosten kautta.

## 4 Kehittämishankkeen tavoitteet, osaprojektit ja toteutus

### 4.1 Kehittämishankkeen alkuperäiset tavoitteet ja lähtökohdat

Aloittaessani tämän kehittämishankkeen keväällä 2014 näytti vahvasti siltä, että uusi laki asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta olisi tulossa voimaan vuoden 2014 loppuun mennessä. Lakia oli valmisteltu vuodesta 2010 sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa työryhmässä. Työryhmän loppuraportti (STM 2014:14) antoi suuntaviivat vaadittaville muutoksille ja koulutustarpeille. Työryhmän mukaan lainsäädännön uudistamisen tarve koskee erityisesti

- kehitysvammaisten ja muistisairaiden henkilöiden palveluissa käytettävää pakkoa ja suojatoimenpiteitä
- raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistamista sekä
- somaattisessa ja psykiatrisessa hoidossa käytettäviä itsemääräämisoikeuden rajoitustoimenpiteitä

Hallitus antoi lakiesityksen eduskunnalle työryhmän ehdotuksen pohjalta, ja kaavailujen mukaan lain piti tulla voimaan vuoden 2014 loppuun mennessä. Asiasta uutisoitiin sekä sosiaali- ja terveysministeriön sivuilla, että laajasti mediassa. Lain uudistamista pidettiin välttämättömänä, koska vanha laki on puutteellinen eikä se vastaa perustuslakia (STM 16.8.2013). Suomi ei ole myöskään voinut ratifioida kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia juuri lainsäädäntöön liittyvien puutteiden vuoksi. (THL 2016 a; THL 2016b)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemien tiedotteiden mukaan lakiuudistuksen päämääränä oli vähentää rajoitteiden käyttöä ja ennaltaehkäistä ihmisen itsemääräämisoikeutta loukkaavia riskitilanteita, tehostaa valvontaa sekä poistaa lainsäädännön aukkokohdat. Uudistuksen tarvetta perusteltiin sillä, että nykyinen voimassa oleva lainsäädäntö ei esimerkiksi säätele pakkokeinojen käyttöä akuutti- ja päivystystilanteissa eikä muistisairaiden hoidossa. Lisäksi monilta osin pakkokeinojen käytön valvonta ja seuranta on puutteellista. (STM 16.8.2013.)

Tiedostusvälineissä ja monissa asiantuntijapuheenvuoroissa korostettiin, että pakon vähentäminen tarkoittaa muun muassa sitä, että hygienihaalarit tullaan kieltämään, vuoteissa ei saa käyttää laitoja ja lääkkeitä ei voi enää piilottaa ruokaan. Tiedottamisessa myös korostettiin, että lain voimaanastumisen jälkeen kaikki pakkotoimet pitää perustella eikä esimerkiksi ihmisen sitomista sänkyyn tai tuoliin voida tehdä ilman tarkkaa harkintaa ja valvontaa. (Helsingin Sanomat 5.4.2014; STM 4.4.2014.) Otsikot olivat monilta osin yksityiskohtiin meneviä, vaikka mitään virallista linjausta tiettyjen pakkokeinojen vähentämisestä ei ollut vielä tehty.

Alun perin oma mielenkiintoni lainsäädäntöuudistuksessa kohdistui erityisesti muistisairaisiin vanhuksiin ja siihen, miten lakimuutos tulee vaikuttamaan heidän hoitoonsa. Muistisairaat ovat siinä mielessä lainsuojattomia, sillä nykyinen lainsäädäntö ei ota kantaa rajoitustoimien käyttöön heidän kohdallaan vaan rajoittaminen perustuu pitkälti paikallisiin käytäntöihin ja sopimukseen. Kiinnostukseni kohdistui ensisijaisesti vanhusten ympärivuorokautiseen laitoshoittoon, koska kotihoito oli rajattu lähtökohtaisesti lakiesityksen ulkopuolelle. (STM 2014:14.)

Tarkoitukseni oli kartoittaa uuden lain tuomia muutoksia rajoittamistoimiin ympärivuorokautisessa hoidossa olevien muistisairaiden näkökulmasta ja toisaalta tutkia vanhustenhuollon henkilöstön koulutustarvetta rajoittamiseen liittyvien asenteiden ja käytäntöjen osalta. Toteutin tutkimuksellisen osuuden pääkaupunkiseudulla yhdessä vanhainkodissa ja yhdessä palvelutalossa kartoittamalla vallitsevia käytäntöjä ja asenteita rajoitustoimien suhteen Ethico - roolipeliväittelyn™ keinoin vuoden 2014 lopussa. Alkukartoitusten toteutusta ja tuloksia esitellään luvussa viisi.

Kehittämisen osalta tavoitteenani oli koostaa tarvittavia koulutuksellisia ratkaisuja, jotta lainsäädäntöuudistuksen läpivieminen ja täydennyskoulutuksen hankkiminen olisi helpompaa ympärivuorokautista vanhustenhuoltoa tarjoaville toimijoille. Alkuperäinen suunnitelmani kuitenkin muuttui, koska lakia ei tullut.

#### 4.2 Kehittämishankkeen suunnanmuutos lakiehdotuksen rautessa

Lakiehdotuksen käsittely eduskunnassa pysähtyi heti alkumetreillä syksyllä 2014, koska lakiehdotus oli oikeusministeriön antaman lausunnon mukaan perustuslain vastainen, minkä vuoksi se palautettiin uudelleen valmisteltavaksi sosiaali- ja terveysministeriöön. Lakiesitys ehti raueta hallituksen ja eduskunnan vaihtuessa keväällä 2015, eikä sen jatkokäsittelystä ollut mitään tietoa eduskunnan verkkosivuilla (2016b). Niinpä kehityshankkeeni suuntaa jouduttiin muuttamaan: lainsäädäntöuudistus sai väistyä, ja kesällä 2015 lähdin kolmeksi kuukaudeksi Englantiin perehtymään MAPA®-metodiin sekä paikalliseen lainsäädäntöön rajoittamiskäytäntöihin liittyen. Vaihtojakso toteutettiin yhteistyössä Laurean yhteistyökumppanin Crisis Prevention Instituten (CPI 2016) kanssa, joka omistaa oikeudet MAPA®-koulutukseen maailmanlaajuisesti. MAPA® on lyhenne sanoista Management of Actual and Potential Aggression ja lisätietoa siitä löytyy Suomen Mapa® keskuksen (2016) verkkosivuilta.

Suunnanmuutoksen seurauksena näkökulma yhteiskunnallisella tasolla siirtyi siihen, miten ihmisoikeusajattelu ja kansainväliset ihmisoikeussopimukset ylipäättään heijastuvat lainsäädäntöön ja rajoittamiskäytäntöihin Euroopan Unionissa. Samalla kehittämishankkeeni uudeksi painopistealueeksi muodostui MAPA®-koulutukseen perehtyminen, koulutuksellisen ja lainsäädännöllisen osaamisen hankkiminen, yhteiskunnallinen vaikuttaminen sekä tiedon välittä-

minen. Pätevöidyin matkan aikana Foundation, Emergency ja Advanced -tason MAPA®- kouluttajaksi, kirjoitin matkastani blogia Sairaanhoidajaliiton verkkosivuille Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä otsikon alle sekä käänsin kuukauden ajan koulutusmateriaalia suomalaisten kouluttajien tarpeisiin. Pidin koko matkan ajan hankepäiväkirjaa, johon kirjasin tarkasti tapahtumat ja tunnelmat viikkotasolla. MAPA®- matkaani ja siihen liittyviä osaprojekteja kuvataan tarkemmin luvuissa kuusi ja seitsemän.

#### 4.3 MAPA®-koulutus ja osaamisen implementointi nousevat etusijalle

MAPA®-metodi (Management of Actual and Potential Aggression) on kehitetty Englannissa 1980-luvun lopussa (Stirling, McHugh 1997). Sittemmin malli on levinnyt muihin maihin. Tällä hetkellä MAPA® on maailmanlaajuisesti eniten käytetty menetelmä haasteellisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseksi ja hallitsemiseksi sosiaali-, terveys- ja opetussektorilla. Metodi on tarkoitettu vain ammattilaisten käyttöön. Metodien kouluttaminen ja käyttäminen edellyttävät voimassa olevaa lisenssiä.

Yhdysvaltalainen Crisis Prevention Institute (CPI 2016) omistaa kaikki oikeudet MAPA®- tavaramerkkiin ja myöntää lisenssillä käyttöoikeuksia yhteistyökumppaneilleen. MAPA®a on koulutettu Suomessa jo yli kymmenen vuotta, mutta toiminta on organisoitu uudelleen vuonna 2015. Laurea-ammattikorkeakoulu ja Crisis Prevention Institute (CPI 2016) ovat solmineet lisenssisopimuksen, joka antaa Laurealle yksioikeuden käyttää MAPA®- tavaramerkkiä. Vuonna 2015 Hyvinkään Laureaan perustettu Suomen mapa® keskus vastaa kansainvälisen formaatin mukaisten koulutusten toteuttamisesta. Suomen mapa®keskus koordinoi jatkossa kaikkea Suomessa tapahtuvaa MAPA®-koulutusta. Keskusten tehtävänä on myös tukea kaikkia Suomessa toimivia MAPA®-kouluttajia ja ohjata heidän toimintaansa.

Toinen suuri uudistus on työkirjamalliin siirtyminen maailmanlaajuisesti kaikissa MAPA®- koulutuksissa vuoden 2016 alusta lähtien. Tämän vuoksi kaikki Suomen MAPA®-kouluttajat tulee päivityskouluttaa toimimaan uuden kansainvälisen työkirjamallin mukaisesti. Vanhojen kouluttajien osalta tämä tarkoittaa, että heidät perehdytetään uuteen työskentelytapaan lisenssin uusimisen yhteydessä. Kantavana ajatuksena työkirjamallissa on laadunvarmistus ja yhteinäisyys. Toisin sanoen tavoitteena on, että kaikki MAPA®-kouluttajat ympäri maailmaa kouluttavat samalla tavalla samaa materiaalia apunaan käyttäen.

Tätä koulutuksellista osaamista pyrin matkani aikana hankkimaan. Tähän tavoitteeseen liittyen suomensin heinäkuun ajan koulutusmateriaalia suomalaisten kouluttajien tarpeisiin. Käännöstehtävä kohdentui pääosin kouluttajille tarkoitettuihin ohjeisiin sekä jossain määrin työkirjan käsitteisiin. Käännökset on toimitettu Suomen mapa® keskukseseen, eikä niitä voi tietosuojasyyistä julkaista tässä. Käännösprosessia kuvataan tarkemmin kappaleessa 6.1.5.



Kirjoitin matkan aikana myös blogia Sairaanhoidajaliiton verkkosivuille yhteiskunnallisen vaikuttamisen näkökulmasta. Blogini ilmestyi Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä -otsikon alla. Huhtikuusta 2015 helmikuun loppuun 2016 mennessä ilmestyi kaikkiaan yksitoista blogia. Blogitekstit voidaan luokitella temaattisesti kolmeen kategoriaan eli itsemääräämisoikeuslain-säädäntöä käsittelevät blogitekstit, MAPA®a käsittelevät blogitekstit sekä vammaisten oikeuksia ja yhteiskunnallista asemaa käsittelevät blogitekstit. Blogien kirjoittamista kuvataan tarkemmin kappaleessa 7.1.1. Kaikki blogitekstit ovat tämän työn liitteenä (Liite 2). Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä -blogiin pääsee suoraan myös Sairaanhoidajat.fi-verkkosivuston kautta.

Vielä Englannissa ollessani sain Sairaanhoidajaliitosta luentopyynnön Mielenterveyshoitotyön koulutuspäiville 23.9.2015 kertomaan terveisiä Englannista. Kohderyhmänä koulutustilaisuudessa olivat mielenterveystyön ammattilaiset. Kuvaan omassa kappaleessaan 7.1.2 luennon valmistelua Englannissa. Liitteenä päivän ohjelma sekä luennolle tekemäni PowerPoint-esitys. (Liitteet 5-6)

Ennen matkalle lähtöä olin jo sopinut Muistiliiton kanssa jutun kirjoittamisesta. Palattuani kotiin lokakuussa 2015 aloitimme Mapa® - aiheisen jutun tekemisen yhdessä Heidi Härmän kanssa. Haastatteluuni perustuva juttu julkaistiin marraskuussa ilmestyneessä Muistilehdessä 4/2015 otsikolla Yhteisestä ymmärryksestä sujuvaa arkea. Artikkelin valmistelua kuvataan tarkemmin omassa alaluvussa 7.1.3, ja itse artikkeli löytyy liitteenä. (Liite 7)

Kotiinpaluuni jälkeen tarkoituksena oli palata lainsäädäntöuudistukseen, mutta lakiuudistus ei ollut uuden hallituksen toimesta edennyt. Tosin kehitysvammalakiä oli ryhdytty väliaikaisesti uudistamaan, jotta Suomi voi ratifioida YK:n vammaisten oikeuksia koskevan yleissopimuksen. Kaksi viimeistä blogipäivitystä liittyvät tähän lakiuudistukseen. Kehitysvammaislain muutosprosessin tarkempi seuraaminen jää kuitenkin tämän projektin ulkopuolelle. Tähän raporttiin käytännössä mahtuu siis mukaan kaikki blogikirjoitukset, jotka on julkaistu vuoden 2016 helmikuun loppuun mennessä. Marraskuussa 2015 aloitin tämän kehittämishankkeen loppuraportin laatimisen.

#### 4.4 Yhteenveto kehittämishankkeen lopullisista tavoitteista

Kehittämishankkeen suunta muuttui kesken kaiken lainsäädäntöuudistuksen viivästymisen vuoksi. Tulee kuitenkin muistaa, että tutkimuksellinen kehittämistoiminta on luonteeltaan ongelmanratkaisuprosessi, jossa tutkimus ja käytäntö linkittyvät kiinteästi yhteen, ja tästä syystä myös suunnanmuutokset ovat osa prosessia. Itseasiassa tutkimuksellisen kehittämisen tulee olla nimenomaan dynaamista toimintaa, jossa huomioidaan muuttuvat tilannetekijät ja olosuhteet niihin sopeutuen. (Kananen 2012, Kananen 2014.)

Matkan varrella tapahtuneista suunnanmuutoksista huolimatta tavoitteiden tasolla muutos ei ole niin mullistava kuin äkkiarvaamalla voisi olettaa. Vaikka alkuperäiset tavoitteet muuttuivat osaprojektien vaihtuessa, tietyt keskeiset elementit ja päämäärät ovat silti säilyneet kantavina teemoina alusta loppuun asti. Kehittämisorjittini on portfoliomainen, usean osaprojektin muodostama kokonaisuus, joka nivoutuu yhteen läpi työn kulkevien teemojen - itsemääräämisoikeuden lisäämisen ja pakkokeinojen vähentämisen kautta.

Henkilöstön asenteiden ja näkemysten kartoitus itsemääräämisoikeuskysymyksiin ja pakkokeinojen käyttöön liittyen on säilynyt tärkeimpänä tavoitteena koko kehittämishankkeen ajan. Kahdessa vanhusten ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa henkilöstölle tehty alkukartoitus toimii hyvänä lähtökohtana pakkotoimien käytön arvioinnille. Vaikka tulokset ovat suuntaantavia, voi tutkimusta hyödyntää koulutusta suunniteltaessa ja kohdennettaessa. Myöhemmässä vaiheessa, kun uusi laki jossain vaiheessa tulee voimaan, voidaan koulutukset rakentaa alkukartoitusten antaman tiedon pohjalta räätälöidysti.

Alkukartoitus palvelee kehittämistoimintaa antamalla osviittaa myös siitä, mihin suuntaan henkilöstön osaamista pakonvähentämisen osalta tulee kehittää. Kansalliset linjaukset pakon vähentämisestä on olemassa psykiatrian puolella, mutta muilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla linjauksia ei ole vielä tehty. (THL 2016a.) Uutta lakia asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta odotetaan edelleen, ja lakiesitystä uudelleen valmisteleva työryhmä perustetaan näillä näkymin kevään 2016 aikana sosiaali- ja terveysministeriöstä saatujen ennakkotietojen mukaan. Näin olleen yksityiskohtien osalta on vielä paljon epätietoisuutta ilmassa. Ethico - roolipeliväittelyn™ keinoin toteutettujen alkukartoitusten tekeminen asenteisiin ja tulevaisuuden koulutushaasteisiin kohdistuen voi olla silti perusteltu toimenpide monissa työyhteisöissä. (Ahonen, Kannisto & Vuollekoski 2009.)

Koulutuksellisten ratkaisujen etsiminen työyhteisöille on säilynyt ydintavoitteena koko kehittämishankkeen ajan, mutta itse kohderyhmä on laajentunut merkittävästi. Alun perin ajatuksena oli kohdentaa koulutusinterventiot henkilöstöön, joka toimii ympärivuorokautisessa vanhustenhuollossa. Nyt työ on temaattisesti laajentunut yleisluontoiseksi pakonvähentämiseen ja itsemääräämisoikeuden lisäämiseen tähtääväksi hankkeeksi. Keskiöön on noussut MAPA®-koulutus toimien hyvänä esimerkkinä monialaisesta koulutusratkaisusta, joka soveltuu käytettäväksi erityyppisissä sosiaali-, terveys- ja opetussektorin toimipaikoissa. MAPA®-koulutus toteutetaan kansainvälisen formaatin mukaan, joka sopii kaikkiin toimintayksiköihin paikallisen lainsäädännön tilasta riippumatta. (Suomen mapa® keskus 2016.)

Alusta asti kolmas kehittämishankkeen ydintavoite on ollut yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja tiedon levittäminen uudesta asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevästä laista. Sairaanhoidajajaliiton verkkosivuille Sairaanhoidajat.fi keväällä 2015 perustetun blogin

esittelyteksti kertoo, että lähtökohtaisesti tarkoitus oli käsitellä uutta lakia ja sen vaikutuksia arjen työhön. Blogitekstien tematiikka laajeni käsittämään muitakin itsemääräämisoikeuteen liittyviä teemoja, kuten MAPA®-matkaani Isoon-Britanniaan, koska lain valmistelu pysähtyi keväällä 2015. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen sai matkan varrella monia muitakin muotoja, kuten luennot sekä lehtijutut Isossa-Britanniassa ja Suomessa. (Liitteet 2-7) Yhteenvetona voidaan sanoa, että kehittämishankkeella on yksi päätavoite ja kolme siihen linkittyvään alatavoitetta.

Päätavoitteena on itsemääräämisoikeuteen ja sen rajoittamiseen liittyvien uskomusten, arvojen, asenteiden ja käytäntöjen tutkiminen. Tavoite on saanut erilaisia muotoiluja hankkeen eri vaiheissa. Työn teoreettisessa osassa tutkimuksen kohteena olivat itsemääräämisoikeuden lisäämisen ja pakon vähentämisen filosofiset, juridiset ja yhteiskunnalliset lähtökohdat. Kehittämisen osalta päätavoite konkretisoituu kolmeen alatavoitteeseen ja osaprojektiin, jotka ovat:

- 1) Vanhustenhuollon henkilöstön asenteiden ja vallitsevien käytäntöjen kartoittaminen rajoittamistoimien suhteen Ethico - roolipeliväittely™ - metodin avulla. Tavoitteena eettisten arvoristiriitöiden avaaminen ja esiintuominen.
- 2) Pakkokeinojen käytön vähentämiseksi suunnattujen koulutuksellisten ratkaisujen etsiminen. Keskeisenä osaprojektina MAPA- koulutukseen liittyvän osaamisen hankkiminen ja sen tunnettavuuden lisääminen.
- 3) Yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja tiedon jakaminen asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyvästä lainsäädäntöuudistuksesta sekä pakon vähentämisestä. Blogikirjoitukset, lehtikirjoitukset ja luennot keskeisinä toteutuskeinoina.

Seuraavaksi lähdän tarkastelemaan yksityiskohtaisemmin näiden kolmen tavoitteen toteutumista kehittämishankkeen eri vaiheissa.

## 5 Asenteiden ja käytäntöjen kartoitustutkimus kahdessa vanhainkodissa

### 5.1 Ethico- roolipeliväittelyllä™ esiin henkilöstön näkemyksiä pakkotoimista

#### 5.1.1 Roolipeliväittelyllä™ toteutetun kartoituksen tausta ja tavoitteet

Tällä hetkellä voimassa oleva asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta koskeva lainsäädäntö on puutteellista ja hajanaista, minkä vuoksi se on mahdollistanut hyvin kirjavat toimintatavat rajoitteiden ja pakkokeinojen suhteen. Lisäksi rajoittamistoimenpiteiden raportointi on valtakunnan tasolla puutteellista, koska tiukkaa velvoitetta siihen ei ole ollut. Näiden tekijöiden vuoksi viranomaisilla ei ole selvää kokonaiskuvaa tilanteesta, eli miten ja missä laajuudessa rajoitteita eri hoitoyksiköissä tänä päivänä käytetään. Epäselvää on myös se, miten rajoitteiden käyttö hoitotyön arjessa oikeutetaan. (Valvira 2015; STM 2014:14.)

Tämän vuoksi lähdin tekemään tutkimuksellisesta näkökulmasta alkukartoitusta kahden pääkaupunkisudulla toimivan vanhusten ympärivuorokautisen hoitolaitoksen henkilöstölle joulukuussa 2014. Alkukartoituksen avulla oli tarkoitus saada selville, millaisia käsityksiä ja vallitsevia käytäntöjä vanhustenhoidon henkilöstöllä on muistisairaiden vanhusten itsemääräämisoikeuteen ja pakkokeinojen käyttöön liittyen ennen kaavailtua lain voimaantuloa. Toisin sanoen millaisia rajoittamistoimia on käytössä vanhustenhuollossa, miten niiden käyttö perustellaan ja miten rajoittamistoimiin ruohonjuuritasolla suhtaudutaan. Kartoituksen tärkeimpänä tehtävänä oli tuoda esiin mahdolliset muutostarpeet uuden lainsäädännön tullessa voimaan. Uuden lainsäädännön myötä pyrkimyksenä on rajoitustoimien vähentäminen. Alkukartoitus palvelee myös laajempaa yhteiskunnallista tehtävää; vaikka otos onkin hyvin pienimuotoinen, se antaa osviittaa vallitsevista asenteista ja käytänteistä.

Alkukartoitusten yhteydessä testattiin myös kartoitusmetodina käytetyn Ethico - roolipeliväittelyllä™ käyttökelpoisuutta tutkimus- ja opetusmetodina (Ahonen ym. 2009, 68-74). Mikäli Ethico - roolipeliväittelyllä™ metodina osoittautuu luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi, sitä voidaan käyttää jatkossa työyhteisöjen asenteiden ja käytänteiden tutkimiseen. Kun itsemääräämisoikeuslainsäädännön kokonaisuudistus lähitulevaisuudessa otetaan sosiaali- ja terveysministeriössä uudelleen valmisteluun, tarvitaan myös lisää tietoa siitä, millaista tiedotusta ja koulutusta tulee tarjota ja miten ne tulee kohdentaa. Tällöin Ethico - roolipeliväittelyllä™ avulla tehdyllä alkukartoituksella voi olla käyttöä laajemminkin.

Koulutuksen on tarkoitus olla vaikuttavaa sekä tiedollisella että taidollisella tasolla, mutta sen tulee mahdollistaa myös itsemääräämisoikeuteen liittyvien eettisten kysymysten esiin nostaminen ja niiden käsittely. Tämän vuoksi ratkaisujen etsiminen työyhteisöjen kanssa osal-

listavalla metodilla on mielestäni ensiarvoisen tärkeää. Ethico - roolipeliväittely™ ei ole pelkkä metodi, vaan se on myös foorumi, jolla voi tuoda esiin näkemyksiä rajoittamistoimista ja niiden käytöstä anonyymisti. Kuvaan seuraavaksi tarkemmin Ethico - roolipeliväittely™-metodia ja sen soveltamista alkukartoitustilanteessa. (Ahonen ym. 2009, 68-74.)

### 5.1.2 Ethico - roolipeliväittely™ tutkimusmetodina

Ihmisten osallistaminen ja voimaantuminen ovat keskeisiä tavoitteita toteuttamassani tutkimuksessa. Siksi valitsin metodiksi moniääniseen keskusteluun perustuvan dialogisen lähestymistavan, Ethico - roolipeliväittelyn™, joka mahdollistaa osallistumisen keskusteluun ilman pelkoa leimautumisesta mielipiteiden vuoksi ja jonka avulla erityisesti arjen eettiset ongelmat ja pakkokeinojen nostattamat arvostiriidat on helppo nostaa esiin ja identifioida myöhempää keskustelua varten. Väittelyn aiheiden valinnan avulla päästään käsiksi kunkin työyksikön erityispiirteisiin ja ongelmakenttään. Väittelyn kautta osallistujat pääsevät vaikuttamaan myös siihen, miten itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä käytännön tasolla sovelletaan ja millaisia ongelmia tulee nostaa lähempään tarkasteluun ja jatkokeskustelun piiriin. (Aalto-Kallio ym. 2009, 32-34; Toikko & Rantanen 2009, 89-112.)

Työyhteisölähtöisen osallistavan metodin valintaa puoltaa myös se, että tutkimuksen tarkoituksena oli aikaansaada moniäänistä vuoropuhelua eri toimijoiden välillä. Työpaikasta ja toiminnan luonteesta riippuen mukana koulutuksessa voi olla mukana sosiaali- ja terveystieteiden toimijoita sekä mahdollisia yhteistyökumppaneita ja omaisia asiakaskeskeisen kehittämismallin hengessä. (Virtanen ym. 2011, 22-61.) Ethico - roolipeliväittely™ sopii työyhteisötutkimukseen, koska se mahdollistaa eriyttämisen erilaisten työroolien kautta. Tarkoituksena on, että väittelijät eivät esiinny omana itsenään vaan roolinsa kautta. Väittelymetodin avulla osallistujat oppivat tuomaan esiin, perustelemaan, puolustamaan ja arvioimaan erilaisia näkökantoja sekä löytämään uusia tapoja hahmottaa toimintaympäristöään ja käytäntöihin liittyviä näkemyserojaan.

Ethico - roolipeliväittely™ auttaa myös ymmärtämään, miten erilaiset roolit ja tehtäväkuvat organisaatiossa vaikuttavat siihen, miten asiaa lähestytään ja miten ilmiö hahmottuu eri tulkimien kautta. Organisaation johto ja rivityöntekijä kohtaavat itsemääräämiskysymykset hyvin erilaisessa muodossa. Johtoa painaa lainsäädännön toimeenpano ja valvontavastuu sekä työnjohdolliset haasteet, kun taas työntekijää vaivaavat konkreettiset kysymykset kuten lain sallimat toimenpiteet, työn organisointi tai työturvallisuus. Ethico - roolipeliväittelyn™ tuloksia voidaan hyödyntää työyksikön jatkokoulutusta suunniteltaessa sekä kumppanuuksia ja kehittämishaasteita määriteltäessä. Ethico - roolipeliväittely™ on pedagoginen metodi, joka palvelee monia eri tahoja ja tarkoituksia (Ahonen ym. 2009; Kurki & Tomperi 2001,7).

Toikan ja Rantasen (2009, 160-170) mukaan yhteiskuntaa ja sen toimintakäytäntöjä muuttava kriittinen reflektio ja voimaantuminen ovat kehittämistyössä keskeisiä elementtejä. Tähän tavoitteeseen voidaan mielestäni päästä juuri Ethico - roolipeliväittelyn™ kaltaisella metodilla (Ahonen ym. 2009). Ethico - roolipeliväittelyn™ purkukeskusteluun osallistuvat sekä väittelijät että yleisö. Keskustelussa voidaan pureutua a) käytännön eettisten ongelmatilanteiden tunnistamiseen, b) argumentaation eli käytettyjen perusteiden kertaamiseen ja arvioimiseen tai c) roolien välisten näkökulmaerojen hahmottamiseen tai kaikkiin näihin. Ethico - roolipeliväittelyn™ jälkeen mahdollistuu näkökulmien ja perusteiden analysoiminen sekä niiden jatkotyöstäminen.

Oppimisteoreettisena lähtökohtana on oletamus, että vuosia tai vuosikymmeniä alalla työskennelleet ammattihenkilöt eivät ole valmiita muuttamaan oppimaansa ajattelu- ja toimintatapaa ilman perusteita ja selkeää ymmärrystä siitä, miksi uudet ajattelu- tai toimintamallit tulee ottaa käyttöön. Vanhat käytänteet ovat usein iskostuneet osaksi toimintakulttuurin syvärakenteita - arvoja ja uskomuksia -, eikä niiden muuttaminen tapahdu hetkessä, vaan uuden oppiminen on prosessi, jossa uusi ja vanha tieto kohtaavat. Oppimisteoreettisena tukipilarina käytän konstruktivistista näkemystä oppimisesta. Konstruktivistinen oppimiskäsitys perustuu ajatukseen ihmisen oman aktiivisuuden ja osallistumisen merkityksestä tiedonkäsitteilyssä ja uuden tietorakenteen muodostamisessa. (Puolimatka 2002, Siljander 2015, Järvinen 2011.) Myös oppimisen ja todellisen muutoksen aikaansaamisen näkökulmasta on tärkeää, että kehittämisen eri vaiheissa on mukana kaikki osapuolet ja toimijat, joiden työhön kehittämistoiminta vaikuttaa. (Aalto-Kallio ym. 2009, 32 -34; Toikko & Rantanen 2009, 155-161.)

Kehittämistoimintaa ohjaavana periaatteena toimii siis vuorovaikutteisuus. Ethico - roolipeliväittelyn™ tarkoituksena on auttaa kaikkia työyhteisön jäseniä ja sidosryhmien edustajia ymmärtämään lakimuutoksen vaikutuksia arjen näkökulmasta. Työyhteisössä esiin tulleita itsemääräämisoikeuteen tai pakon käyttöön liittyviä eettisiä ristiriitatilanteita voidaan työstää väittelyä edeltävässä aivoriihessä. Näin tutkija ja työyhteisö sitoutuvat kysymyksenasettelusta lähtien yhteiseen tiedonmuodostusprosessiin. Samalla kun tutkitaan työyhteisöä kiinnostavia kysymyksiä, mahdollistuu myös oppimisprosessi, joka auttaa käytännön toimijoita ratkaisemaan itse ongelmiaan paremmin. Vaikka Ethico - roolipeliväittely™- menetelmä on tässä kehittämishankkeessa valittu tutkimusmetodiksi täydennyskoulutusprosessin alkuvaiheeseen, ajatuksena on, että sitä voi käyttää apuna koulutusprosessin kaikissa vaiheissa erityyppisten ongelmien esiintuomiseen ja ratkomiseen. Vuorovaikutteisessa tutkimusprosessissa tavoitteena on, että käytännön toimijoista muodostuu paikallisia tutkijoita, jotka kehittävät omaa työtään. (Ramstad & Alasoini 2007, 5- 6.)

Näistä tausta-ajatuksista ja teoreettisista lähtökohdista käsin aloitin henkilökunnan asenteiden ja käytäntöjen kartoittamisen Ethico - roolipeliväittelyn™ keinoin joulukuussa 2014. Sa-

malla testasin metodin soveltuvuutta sekä tutkimuksen ja opetuksen näkökulmasta. Metodin tarkempi esittely löytyy teoksesta *Huumeet ja Maailma* (Ahonen ym. 2009, 68-73). Seuraavaksi kuvaan alkukartoituksen toteutusta ja sen jälkeen omassa kappaleessaan saatuja tuloksia.

### 5.1.3 Kartoitusten aikataulu, teemat, toteutus ja palautteet

Alkukartoituksen nimellä kulkeva tutkimus toteutettiin kahdessa vanhusten ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa joulukuussa 2014. Anonymiteetin turvaamiseksi olen koodannut tutkimuskohteet tässä raporttiosuudessa nimillä Vanhainkoti ja Palvelutalo. Vanhainkodin alkukartoitustilaisuudessa joulukuun alussa oli paikalla yhden työyksikön henkilöstö: 13 hoitajaa ja osastonhoitaja. Ethico - roolipeliväittely<sup>TM</sup> toteutettiin aamupäivällä aikavälillä 8.30-12.00. Toisen alkukartoituksen toteutin joulukuun puolivälissä 2014 Palvelutalossa. Aikaa tälle kartoitukselle oli varattu iltapäivä klo 12.00-15.00, ja toteutus oli hyvin pitkälle samanlainen kuin ensimmäisessä alkukartoituksessakin, paitsi että paikalla oli suurempi määrä osallistujia eli yhteensä 23. Palvelutalon koulutustilaisuudessa oli edustajia kaikista henkilöstökategorioista, koska eri osastot olivat lähettäneet työntekijöitään paikalle, minkä lisäksi mukana oli myös johtohenkilöstöä ja esimiehiä.

Toteutin Ethico - roolipeliväittely<sup>TM</sup> yhteistyössä käytännöllisen filosofian jatko-opiskelijan, VTM Tarna Kanniston kanssa, joka toimi toisena vetäjänä hoitaen muun muassa ajantasaisen argumentaatioanalyysin, äänitykset ja ääntenlaskut. Ethico - roolipeliväittely<sup>TM</sup> toteutettiin samalla kaavalla ja aikataulutuksella molemmissa tutkimuskohteissa. (Ahonen ym. 2009.) Lähetin aikataulut ja väittelyvaihtoehtot muutamaa viikkoa ennen alkukartoituksia vanhainkodin ja palvelutalon johtajille sähköpostilla. Ohjelma löytyy tämän työn liitteenä. (Liite 1)

Laadin alkukartoituksiin liittyvät väittelykysymykset itsemääräämisoikeuslain suuntaviivoista annettujen ennakkotietojen ja uutisoinnin perusteella. Vuoden 2014 lopussa lehdistössä esitettiin paljon yksityiskohtiin meneviä väitteitä siitä, miten lakiuudistus tulisi pakkokeinojen käyttöön vaikuttamaan. Poimin uutisoinnista teemat, jotka olivat paljon esillä ja jotka herättivät keskustelua. Tiedostusvälineissä ja monissa asiantuntijapuheenvuoroissa korostettiin, että pakon vähentäminen tarkoittaa muun muassa sitä, että hygieniahaalarit tullaan kieltämään, vuoteissa ei saa käyttää laitoja ja lääkkeitä ei voi enää piilottaa ruokaan. Tiedottamisessa myös korostettiin, että lain voimaantulon jälkeen kaikki pakkotoimet pitää perustella eikä esimerkiksi ihmisen sitomista sänkyyn tai tuoliin voida tehdä ilman tarkkaa harkintaa ja valvontaa. (Helsingin Sanomat 2013a; 2013b; 2013c; Helsingin Uutiset 2015; STM 2014; STM 2014:14.)

Valitsin nämä vahvasti julkisuudessa esillä olleet teemat väittelyjen pohjaksi. Väittelytutkimuksen avulla oli tarkoitus tuoda esiin työyhteisössä esiintyviä näkemyksiä itsemääräämisoikeuteen ja pakkokeinojen käyttöön liittyen. Väittelyn aiheita oli kolme, ja ne oli valittu edellä mainitun uutisoinnin perusteella seuraavasti:

1. Sitominen: Asukkaan saa sitoa tuoliin / puolesta ja vastaan
2. Tahdonvastainen lääkintä: Lääkkeet saa piilottaa ruokaan/ puolesta ja vastaan
3. Hygienihaalari: Hygienihaalari loukkaa ihmisarvoa/ puolesta ja vastaan

Väittelyjä varten oli määritetty valmiit roolit, joita oli kaikkiaan kuusi: osastonhoitaja, lähihoitaja, omainen, muistisairas vanhus, lääkäri ja vanhusaktivisti. Muut osallistujat toimivat yleisönä. Väittely valitusta teemasta toteutettiin kuuden henkilön ryhmässä siten, että jokainen sai roolinsa lisäksi puolesta/vastaan kortin. Roolit sekä puolesta/vastaan-kanta arvottiin ennen väittelyn alkua. Väittelyssä jokaisen tehtävänä oli ottaa kantaa väittelykohteena olevaan väitteeseen roolinsa kautta. Taustaoletuksena asetelmassa kuitenkin on, että puheenvuorojen myötä selviää myös, mitä aiheesta työyhteisössä ajatellaan, toisin sanoen, millaisia näkemyksiä asiakkaan ja hoitajan oikeuksista, itsemääräämisoikeudesta ja pakkokeinoista työyhteisössä liikkuu. Kaikki kolme väittelyä käytiin eri kokoonpanoilla, eli jokaiseen väittelyyn osallistuivat eri henkilöt.

Ethico - roolipeliväittely<sup>™</sup> toteutuivat suunnitellusti aikataulutuksen osalta, mutta aikapulan vuoksi Palvelutalossa toteutettiin vain kaksi väittelyä. Vanhainkodissa siis ehdittiin käydä kaikki kolme väittelyä, mutta Palvelutalossa vain väittelyt teemasta 1 eli sitomisesta ja teemasta 3 eli hygienihaalarista. Väittelyt onnistuivat molemmissa tutkimuskohteissa kaikin puolin yli odotusten. Henkilökunta lähti molemmissa tilaisuuksissa innostuneesti mukaan Ethico - roolipeliväittelyyn<sup>™</sup>. Osallistujat heittäytyivät rooleihinsa uskottavasti ja pystyivät niiden kautta kuvaamaan arjen työtä hausalla ja kriittisellä tavalla. Esiin nousi paljon mielenkiintoisia ja osin vastakkaisiakin näkemyksiä pakkokeinojen käytöstä, ja moniäänisyys keskusteluissa toteutui todella hyvin. Argumentaatioissa päästiin filosofisesti syvällisten kysymysten äärelle. Kaikki väittelyt ja loppukeskustelut äänitettiin, ja ne on litteroitu helmikuussa 2015. Keskusteluanalyysin tulokset esitetään omassa kappaleessaan tämän osion jälkeen.

Koulutusten lopuksi keräsin palautteet lomakkeella, jota käytän aina opetusteni yhteydessä (Liite 2). Palautelomakkeessa kuvataan asteikolla 1-5 erikseen asiantuntemusta, esiintymistaitoja ja materiaalia. Tämän lisäksi palautelomakkeessa on avokysymyksiä, kuten mikä tehtiin hyvin, mitä voisi parantaa ja mitä muuta haluat sanoa. Palautteen perusteella olen laskenut keskiarvon jokaisesta arvoidusta osa-alueesta. Oheisesta taulukosta näkyy palautteiden jakautuminen Vanhainkodissa ja Palvelutalossa.



<b>VANHAINKOTI</b>								
<b>ASiantuntemus</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet määrä		10	3	0	0	0	13	
<b>Yhteensä</b>		<b>50</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,8</b>
<b>Esintymistaito</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet määrä		8	5	0	0	0	13	
<b>Yhteensä</b>		<b>40</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,6</b>
<b>Materiaali</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet määrä		6	5	2	0	0	13	
<b>Yhteensä</b>		<b>30</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,3</b>
<b>PALVELUTALO</b>								
<b>ASiantuntemus</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet		16	7	0	0	0	23	
<b>Yhteensä</b>		<b>80</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,7</b>
<b>Esintymistaito</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet		16	7	0	0	0	23	
<b>Yhteensä</b>		<b>80</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>108</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,7</b>
<b>Materiaali</b>								
<b>Arvosana</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
Palautteet		8	15	0	0	0	23	
<b>Yhteensä</b>		<b>40</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	
<b>keskiarvo</b>								<b>4,3</b>

Taulukko 1. Palautteet Vanhainkoti ja Palvelutalo

Palautteiden vapaatekstiosioiden perusteella väittelyt olivat osallistujien mielestä sekä sisällöllisesti että esitysteknisesti mielenkiitollisia ja hauskoja. Itsemääräämisoikeutta pidettiin tärkeänä teemana, josta kaivattiin lisää tietoa etenkin käytännön työn näkökulmasta. Keskusteltiin muutama viikko kummankin väittelytilaisuuden jälkeen yksiköiden esimiesten kanssa puhe- ja viestintätoimintaa. Molemmilla vanhainkodeissa esimiehet pitivät alkukartoitusta onnistuneena ja toivoivat saman tyyppistä koulutusta lisää. Heidän mukaansa palaute oli ollut Ethico - roolipeliväittely<sup>TM</sup> jälkeisissä käytäväkeskusteluissa innostunutta. Ethico - roolipeliväittely<sup>TM</sup> koettiin metodisesta näkökulmasta erityisen innostavana ja erityisen hyvänä pidettiin sitä tapaa, jolla anonyymiteettiä väittelyissä toteutettiin. Ennen koulutuspäivää molemmilla vanhainkodeissa oli johdon suurin pelko ollut se, ettei kukaan lähde keskusteluihin mukaan. Esimiehet olivat

hämmästyneet, että tilanne olikin täysin päinvastainen. Henkilöstön aktiivisuus ja keskustelujen monipuolisuus oli ollut myönteinen yllätys, johon ei ollut varauduttu. Henkilöstön kyky heittäytyä rooleihin ja perustella mielipiteensä saivatkin myönteistä palautetta johdolta.

Alkukartoituksen tarkoituksena oli testata Ethico - roolipeliväittelyn™ soveltuvuutta myös koulutustarkoituksiin pedagogisena työkaluna. Alkukartoitusten perusteella Ethico - roolipeliväittely™ on hyvin käyttökelpoinen työyhteisökoulutuksen väline. Saatu palaute oli metodin osalta pelkästään positiivista molemmilla kerroilla. Alkukartoituksen toisena tarkoituksena oli testata metodia tutkimuksen tekemisen näkökulmasta. Seuraavaksi siirrymmekin Ethico - roolipeliväittelyjen™ tuloksiin eli analyysiin siitä, millaisia näkemyksiä henkilöstöllä on rajoittamistoimien käytöstä. Kyseessä on laadullinen tutkimus, joka on toteutettu induktiivista sisällönanalyysia ja argumentaatioanalyysia hyödyntäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, Kakkuri-Knuutila 1998.)

#### 5.1.4 Väittelyjen litterointi ja sisällönanalyysin toteutus

Tutkimusaineisto kerättiin äänittämällä kaikki alkukartoitusten yhteydessä toteutetut Ethico - roolipeliväittelyt™ ja niihin liittyvät loppukeskustelut. Aineistoa kertyi Vanhainkodista 97 minuuttia ja Palvelutalosta 94 minuuttia. Vanhainkodin osalta tutkimusaineisto sisältää kolme erillistä väittelyä ja Palvelutalon osalta kaksi väittelyä, sillä Palvelutalossa ei ehditty kaikkia kolmea toteuttaa. Aineiston litterointi tapahtui ulkoistetusti ostopalveluna helmikuussa 2015, ja työn suoritti tamperelainen tutkimusaineistojen litterointiin erikoistunut yritys nimeltä Tutkimustie Oy. Ennen kuin menemme tarkemmin tutkimusaineiston esittelyyn, kuvaan lyhyesti aineiston käsittelyn ensimmäisessä vaiheessa käytetyn analyysimetodin, sisällönanalyysin, yleiset periaatteet.

Sisällönanalyysi voidaan ymmärtää joko yksittäisenä metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-103). Tässä työssä molemmat tulkintatavat ovat voimassa. Käytän sisällönanalyysia metodina, mutta puhun myös sisällönanalyysista teoriakehyksenä, etenkin pohtiessani laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä tekijöitä.

Tässä työssä sovelletaan Tuomen ja Sarajärven (2009, 91-121) esittämää induktiivisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin kaavaa. Voidaan myös sanoa, että lähestyn aineistoa induktiivisesti, koska tutkimus etenee alhaalta ylöspäin - ilmiöstä kohti teoriaa. Näin ollen tutkijana minulla ei ole ollut etukäteen selvää kuvaa, mitä asioita aineistosta nousee esille ja millaisilla teoreettisilla työkaluilla ilmiöitä voidaan muokata ymmärrettävään muotoon.

Avainajatuksena induktiivisessa sisällönanalyyseissä on se, että aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. Analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja, ja ainoastaan metodologiset teoriat ja periaatteet sitovat tutkijaa prosessin aikana. Tosin viime vaiheessa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-100.) Käytännössä tätä ihannetta ei ole mahdollista toteuttaa, sillä tutkija on aina sitoutunut lähtökohteisesti tiettyihin teoreettisiin taustaoletuksiin ja näin ollen havainnot ovat aina jossain määrin teoriapitoisia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19; 96).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan karkeasti kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen tarkoituksena on, että aineistosta karsitaan kaikki epäolennainen aines pois. Se voi olla käytännössä joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin tutkimustehtävän määrittämien reunaehtojen puitteissa. Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä pelkistetyt ja koodatut ilmaukset käydään huolellisesti läpi ja ryhmitellään sen jälkeen pää ja alaluokkiin. Tässä vaiheessa erojen ja yhtäläisyyksien havaitseminen mahdollistuu ja samalla luokittelun keinoin aineistoa voidaan muokata tiiviinpään muotoon. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation pohjalta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Luokituksia ja käsitteitä yhdistelemällä saadaan lopulta vastaus annettuun tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

Sisällönanalyyseistä puhuttaessa on tärkeää tuoda esiin myös eräs keskeinen käsitteellinen erottelu. Sisällönanalyyseissä on pyrkimyksenä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönerittelyllä puolestaan viitataan dokumenttien analyysiin, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-106.) Tässä työssä pitäydytään sisällönanalyyseissä. Mikäli erittelystä puhutaan, sillä tarkoitetaan aineiston lajittelua analyysia varten, ei sen kvantifiointia.

Metodin valintaa puoltavat monet eri tekijät. Ensinnäkin tutkimuksen toteuttaminen aineistolähtöisesti antaa mahdollisuuden tutkia aineistoa ennakkoluulottomasti. Teoreettiset raamit eivät sido ilmiöiden havaitsemista, vaan aineistosta on mahdollisuus nostaa esiin siinä ilmenevät elementit. Toiseksi valittu metodi mahdollistaa tutkimuksen tekemisen kohtuullisessa ajassa. Kolmanneksi mainittakoon, että metodi mahdollistaa havaintojen luovan reflektoinnin ja arvioinnin eri teorioiden avulla. Lisäksi valittu metodi mahdollistaa miellyttävällä tavalla tutkimustulosten ja tutkijan tulkintojen kontrolloinnin: kuka tahansa voi etsiä aineistosta haluamansa kohdan ja kiistää tarvittaessa esitetyt havainnot. Voidaan sanoa, että sisällönanalyysi on metodi, jonka avulla voidaan periaatteessa analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-104.)

Menetelmään liittyy toki omat ongelmansa, kuten havaintojen teoriapitoisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 20) ja tutkijan puolueellisuus. Monet tekijät kuten ikä, sukupuoli, uskonto ja virka-asema voivat vaikuttaa siihen, missä valossa tutkija näkee aineistonsa. Itse asiassa puolueellisuus on sisäänrakennettu asetelma laadullisessa tutkimuksessa, sillä tutkija on sekä tutkimusasetelman luoja että sen tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131-133.) Metodiseen asetelmaan liittyvä puolueellisuuden mahdollisuus tulee ottaa huomioon aina laadullisia tutkimuksia luettaessa. Tämän vuoksi lukijan on kyettävä arvioimaan aineiston merkitsevyyttä, sen riittävyyttä sekä analyysin kattavuutta ja sitä, onko analyysi toistettavissa (Eskola & Suoranta 1999, 60-65). Tutkimusaineiston luonteen ja erityisesti kontrolloitavuuden vuoksi puolueettomuusongelmat eivät nousee tähän työhön liittyvissä luotettavuuspohdintoissa päällimmäiseksi.

Sisällönanalyysilla tehtyihin tutkimuksiin liittyy muitakin merkittäviä ongelmia. Sisällönanalyysi metodina koskee vain aineiston järjestämistä. Tutkimusmetodi itsessään ohjaa prosessia, jossa kerätty aineisto pyritään saamaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten, mutta jossa johtopäätösten tekeminen jää tutkijan vastuulle. Monia sisällönanalyysilla tuotettuja tutkimuksia syytetäänkin siitä, ettei niissä kyetä tekemään mielekkäitä johtopäätöksiä vaan tutkimustulokset esitetään ikään kuin johtopäätöksinä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.) Tässä työssä tämän potentiaalisen ongelman olemassaolo on huomioitu ja se pyritään eliminoimaan jatkoanalysoimalla tutkimustuloksia argumentaatioanalyysin keinoin ja peilaamaan tämän työn alussa esitettyjen teoreettisten lähtökohtien kautta.

Yksi johtopäätösten tekemistä rajaava seikka on tarkoituksenmukaista nostaa esiin jo tässä vaiheessa. Tässä työssä on noudatettu laadullisen tutkimuksen metodista periaatetta, jonka mukaan aineiston tulee olla monipuolista, mutta sitä ei saa olla liikaa (Mäkelä 1992, 52). Periaatteen noudattamisesta seuraa, ettei aineiston riittävyydestä tai kattavuudesta voi sanoa mitään. Aineiston kylläntymis- eli saturaatioasteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87-90.) ollessa epäselvä, tutkimustulokset eivät anna aihetta yleispätevien väittämien tekoon koskien henkilökunnan asenteita itsemääräämisoikeutta ja rajoittamistoimia kohtaan. Sen sijaan tutkimuksen kohteena olevan vanhainkodin ja palvelutalon osalta analyysi saattaa tarjota hyvinkin relevanttia informaatiota.

Suurin osa laadulliseen tutkimukseen liittyvistä ongelmista kiinnittyy yleensä aineiston käsittelyyn ja tulkintaan (Mäkelä 1992, 442-61). Tämän vuoksi toimin kuten metodikirjallisuudessa kehoitetaan (Ehrnrooth 1992, 40-41): pyrin kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja ymmärrettävästi kaikki tutkimus- ja analyysiprosessin eri vaiheet sekä kertomaan lukijalle tekemieni ratkaisujen perusteet. Myös tulkintojen taustalla vaikuttavat oletukset on mahdollisuuksien mukaan tuotu julki, jotta esitetyt väitteet ja johtopäätökset olisivat mahdollisimman perusteltuja (Mäkelä 1992, 59). Analyysin arvioitavuutta ja toistettavuutta on pyritty helpottamaan aineis-

ton huolellisella ja seikkaperäisellä luokittelulla ja erittelyllä (Mäkelä 1992, 57.) Tavoitteena on se, että lukija kykenee seuraamaan ajatus- ja argumentaatioketjuja, tarkistamaan lähdetiedot tarvittaessa ja tätä kautta hyväksymään tai hylkäämään syntyneet johtopäätökset. Seuraavaksi kuvataan, miten aineisto on lajiteltu ja luokiteltu.

#### 5.1.5 Yleiset luokitteluperusteet

Metodina aineistolähtöinen sisällönanalyysi noudattaa tiettyä kaavaa. Tutkimusongelmien määrittelyn jälkeen aineisto luetaan läpi. Sen jälkeen tutkittavaan ilmiöön liittyvä aines koodataan valitulla tavalla. Koodauksella on viisi funktiota. Ensinnäkin koodauksen avulla jäsenetään, mitä tutkijan mielestä aineistossa käsitellään. Toiseksi koodit toimivat tutkimuksen tekijän muistiinpanoina ja kolmanneksi auttavat aineiston jäsenyyksen testaamisessa. Koodimerkinnot ovat myös tekstin kuvailun apuvälineinä, ja lisäksi niiden avulla voidaan etsiä ja tarkentaa tekstin eri kohtia. Käytännössä koodit ovat osoitelappuja, joiden turvin lukija voi etsiä tarvittavan kohdan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-94.)

Ensimmäisessä vaiheessa tein koodausmerkinnät erivärisillä yliviivauskynillä paperille tulostettuihin litterointeihin. Pyrin ennakkoluulottomasti löytämään väittelystä keskeiset teemat ja perustelut. Sen jälkeen lajitelin väitteet teemoittain ja loin niille yläkategoriat. Analyysia varten rakensin koodausalustan Exceliin, jonne siirsin esikoodatut väittelyt aineiston jatkokäsittelyä varten. Jokaiselle väittelylle luotiin oma Excel-taulukko. Jokainen väittelyssä esitetty puheenvuoro muodostaa oman analyysiyksikkönsä, joka on koodimerkitty ja luokiteltu kuvailukoodia apuna käyttäen.

Aineiston temaattisen läpikäynnin yhteydessä litteroidusta väittelyaineistosta oli alleviivattu ne kohdat, joissa kuvataan ihmisarvoa, ihmisoikeuksia, itsemääräämisoikeutta ja rajoittamiseen liittyviä asenteita tai tekoja. Mukaan on otettu lausekokonaisuudet, jotka ilmentävät suoraan näitä sanoja, sekä lausekokonaisuudet, joissa viitataan epäsuoremmin ihmisarvoon, ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen tai rajoittamiskeinoihin. Nämä teemat on merkitty lausekokonaisuuden vieressä olevaan koodaussarakkeeseen. Tämän jälkeen koodattuja lausekokonaisuuksia voi lajitella ja suodattaa Excelissä eri ryhmiin tarkempaa jatkoanalyysia varten vaihtoehtoisilla tavoilla.

Itse analyysissa kuvaan koodattua väittelyä ja kuvauksen kohteena olevaa vanhainkotiä seuraavasti kirjaimilla: Vanhainkoti väittely 1, 2, 3 eli VA1, VA2 ja VA3 ja Palvelutalo väittely 1, 3 eli PA1 ja PA3. Vertailtavuuden vuoksi käytän väittelyjen alkuperäistä järjestystä numerokoodin määrittäjänä. Väittelyn numeroa kuvaavan kirjaimen perään on lisätty pieni ia-, io-, imo- tai rk-kirjainyhdistelmä kertomaan lukijalle, kuvaako lausekokonaisuus ihmisarvoon, ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen vai rajoittamiskeinoihin liittyvää ainesta. Lisäksi koo-

diin on liitetty puhujan tunniste ja puheenvuoron järjestysnumero, joiden perusteella on helppo löytää vastaava kohta Excelistä ja tulostetusta, käsin koodatusta litteroidusta materiaalista. Esimerkiksi koodi VA1rkN3/1 kertoo, että Vanhainkodin ensimmäisessä väittelyssä käsitellään rajoittamiskeinoa eli sitomista tuoliin ja että N3/1 on puheenvuoron käyttäjä ja että tämä on hänen ensimmäinen puheenvuoronsa. Esimerkiksi VA1rN2/6 koodattu lause ”Miten mä pääsen karkuun, kun muut potilaat tulee ja lyö mua tässä tuolissa?” on tulkittu viittaavan rajoittamistoimenpiteeseen. Väite on esitetty Vanhainkodissa väittelijän N2 toimesta, ja kyseessä on hänen kuudes puheenvuoronsa.

Merkitsin ihmisarvoon, ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen ja rajoittamistoimenpiteisiin liittyvät omat muistiinpanot Excelissä koodaus 2 -kenttään. Kahdessa tutkimuskohteessa käytiin eri määrä väittelijä, joten vertailuja henkilöstön asenteiden osalta vanhainkodin ja palvelutalon välillä on tehty vain väittelyjen 1 ja 3 kohdalla. Kaikissa väittelyissä puolustettiin tai vastustettiin annettua väitettä arvotun roolin mukaisesti. Tästä syystä aineistossa tyypillisesti esiintyy sama argumentti eriävästi muotoiltuna vastakkaisia päämääriä palvelemissa. Luokittelun ja koodauksen yhteydessä tämä seikka on huomioitu ja puolustavat kannanotot on eritelty ensimmäisessä vaiheessa vastustavista kannanotoista, ja vasta sen jälkeen näiden ryhmien sisällä on toteutettu tarkempi luokittelu ja koodaus teemojen avulla. Edellä esitettyjen luokitteluperiaatteiden toteuttaminen ei ole aivan ongelmaton. Alkuperäinen tarkoitus oli, että kaikkia kolmea väittelyä tarkastellaan myös kokonaisuudessaan, mutta koodaukseen ja raportointiin liittyvien syiden vuoksi aineistoon oli kuitenkin pakko tehdä rajaus, päädyin temaattiseen analyysiin ja väittelyjen vertaamiseen niiden avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93).

Mainittakoon vielä, että tässä tutkimuksessa lausekokonaisuuksien kokonaismäärää ei ole laskettu. Kvantitatiivisen kalkyylin tekeminen ei ole mielestäni oleellista, sillä vastaukset löytyvät puhtaan laadullisen analyysin avulla. Alun perin oli tarkoitus, että lausekokonaisuuksien esiintyvyyttä ilmentävien määrälliämausten sijaan työn loppuun olisi liitetty koodilista kuvaamaan temaattisen aineksen esiintyvyyttä. Tämän toimenpiteen tarkoituksena olisi ollut lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja objektiivisuutta. Toimenpiteestä oli kuitenkin luovuttava, sillä väittelyt rakentuivat argumentaation osalta hyvin eri tavoin ja esiintyvyytilasto olisi ollut harhaanjohtava. Vaikka esiintyvyytilastoja ei olekaan liitteenä, on mielestäni jokaisen mahdollista käydä aineisto läpi pienellä vaivalla. Koodausten varassa kuka tahansa voi helposti tarkastaa, onko samaa mieltä analyysin laatijan kanssa.

Tämän työn alussa esitettyjen teoreettisten ja metodisten työvälineiden turvin tein varsinaisen, teemakohtaisia väitteitä koskevan argumentaatioanalyysin, jonka tuloksia esittelen seuraavaksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Tulosten yhteydessä pohdin myös analyysin luotettavuuteen liittyviä tekijöitä. Väittelyjen salat alkavat aueta, ja selviää, onko vanhainkodin ja

palvelutalon henkilöstöllä toimintaa ohjaamassa jaettu näkemys itsemääräämisoikeudesta ja rajoittamistoimien käytöstä. Lopuksi reflektoidaan tuloksia. Teoreettisten työkalujen avulla pyritään tekemään havaitut ilmiöt ymmärrettäviksi. On siis aika siirtyä tarkastelemaan analyysin tuloksia.

## 5.2 Roolipeliväittelyn™ tulokset ja johtopäätökset

### 5.2.1 Sisällönanalyysin tulokset - väittelyissä esiin nousseet teemat

Koodausten ja luokittelujen jälkeen aineistosta nousi esiin selkeästi tietyt ylä- ja alateemat, jotka voidaan luontevasti linkittää ihmisarvoon, ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen ja pakkokeinojen käyttöön. Tämä ei tietystikään ole mitenkään yllättävää, koska väittelyjen aiheet ohjasivat väittelyn kulkua. Käyn läpi väittelyt järjestyksessä siten, että jokaisen väittelyn kohdalla esittelen tulokset molemmista tutkimuskohteista ja vertailen samalla tuloksia Vanhainkodin ja Palvelutalon välillä. Ainostaan väittelyn 2 kohdalla teen poikkeuksen vertailun osalta, koska se toteutettiin vain Vanhainkodissa. Anonymiteetin säilyttämiseksi olen poistanut esimerkkilauseista luokittelukoodit. Väittelyt on numeroitu seuraavasti.

1. Sitominen: Asukkaan saa sitoa tuoliin / puolesta ja vastaan
2. Tahdonvastainen lääkintä: Lääkkeet saa piilottaa ruokaan/ puolesta ja vastaan
3. Hygienihaalari: Hygienihaalari loukkaa ihmisarvoa / puolesta ja vastaan

Sitomista käsittelevien väittelyjen kohdalla sekä Vanhainkodissa että Palvelutalossa sitomisen tarpeellisuutta perusteltiin vetoamalla yksilön koskemattomuuteen ja asukkaiden viihtyvyyteen ja turvallisuuteen - etteivät tietyt asiakkaat pääse häiritsemään tai lyömään muita. Molemmissa tutkimuskohteissa myös puolustettiin sitomista kaatumistapaturmien ehkäisyyn vedoten: kun vanhus nousee tuolista eivätkä jalat kannaa, syntyy turhia murtumia, kustannuksia kansataloudelle sekä inhimillistä kärsimystä.

*N2: Ja samaan aikaan omaiset vaatii kauheesti kaiken maailman viriketoimintaa ja mukaan ottamista. Ja sit pitäis päästää se huonokuntonen ihminen hoipertelemaan sinne. Sit se kaatuu ja, lonkat on pirstaleina ja sit se on siellä sängyssä, meidän hoidettavana. Ensin vaaditaan että tarvii olla siellä muiden seurassa ja on kaiken maailman ohjelmaa. Ja sit pitää saada, ei saa sitoo sitä mihinkään. Ja sit jos se saa kävellä siellä se kaatuu. Sit se on sairaalassa. Ja todennäköisesti tulee tosi huonossa kunnossa takasi. Ja sit alkaa se pelkkä vuoteessa olo.*

Lisäksi mahdollisuus sitoa levottomat tai tuolista helposti lattialle valuvat asiakkaat auttaa sitomisen puolustajien mukaan hoitajien työtä ja lisää työturvallisuutta. Sitomalla voidaan ehkäistä oman itsensä tai osaston tilojen sotkemista. Huonon toimintakyvyn omaaville vanhuksille haaravyön avulla sitominen tuoliin voi mahdollistaa sosiaalisen elämän ja pääsyn mui-

den seuraan. Sitomisen puolustajien mielestä tulee aina katsoa isoa kuvaa ja kysyä, miksi sitomiseen on päädytty.

*N3: Mut se että, jos ajatellaan sänkyhoidettavia ihmisiä jonkun sairauden takii. Et on kankeutta sisältävä sairaus tai jotain muuta että ei kerta kaikkiaan pysty liikkumaan omin jaloin. Ei rollalla eikä mitenkään muutenkaan. Niin on se nyt ainakin pikkasen parempi istuu siin G-tuolissa vaikka tuettuna tai sidottuna. Kun se että maata koko ajan sängyssä. Ja olla vaan asentohoitojen varassa. Pitäs aina iso kuva katsoo eikä vaan, sanoo et se on ihmisarvoa loukkaavaa tai vapaudenriistoo loukkaavaa.*

Sitominen tulee perustella jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen, mutta arjen monimutkaiset päätöksentekotilanteet edellyttävät, että hoitaja voi käyttää harkintaansa asiakkaan parhaaksi. Puolustajien mielestä sitominen voi jopa parantaa elämänlaatua ja olla siten potilaan oikeuksia tukevaa toimintaa. Myös henkilökunnan resurssien riittämättömyydellä perusteltiin sitomista molemmissa paikoissa.

*N4: Se on asukkaan todellinen etu että, ei pysty enää ite arvioimaan ja huolehtimaan niin sit jonkun muun pitää huolehtia.*

*N7: Ja niinhän se pitäs olla että ihmiset näkis sen mitä se todellisuus on. Ettei olla siinä ruusukodossa että ”kyllä meillä vahditaan koko ajan jokaista rouvaa”. Meit on viis ja nit on 26. Onhan siinä aika isokin riski sillee että ne pääsee kävelemään. Ja just löytyy sisäpihalta pää auki.*

Sitomista vastustettiin vetoamalla liikkumisen vapauteen, joka on jokaisen ihmisen perusoikeus, sekä jokaisen oikeuteen päättää omista asioistaan.

*M1: Kyllä mä lähen ihan omaisen kanssa oon samalla linjalla tässä sitomisessa. Se on aika tämmöstä alentavaa sitoo ihminen joka on koko elämänsä liikkunu kuten hänen omaisensa. Ja toimintakyky laskee huomasti jos pidetään tuolissa, ja varsinkin jos ajatellaan että saako nostetaanko asukas siitä tuolista sitten päivän mittaan ollenkaan pois. Ne joutuu olemaan koko päivän siin tuolissa niin painehaavariskit ja, liikuntakyky heikkenee entisestään jo, (huonolla) [0:42:51] ihmisellä. Että olen kyllä sitä mieltä et kyl tää, vaan ääritapauksissa voidaan.*

*M2: Ja siis nää kaatumisetki niin niistähän tulee vaan vaarallisempia, ku kaatuu tuolin kanssa pää edellä sinne lattiaan. [yleisö nauraa]*

Lisäksi sitomisen katsottiin lisäävän ahdistuneisuutta ja horjuttavan asiakkaan psyykkistä tasapainoa. Tuoliin sitominen nopeuttaa vastustajien mukaan toimintakyvyn laskua vanhuksilla ja edistää painehaavojen syntymistä.

*N3: Tää asukashan itse ei halua että hänet sidotaan tuoliin. Hänelle pitäis antaa enempi aikaa kahdenkeskistä aikaa. Ja seurata häntä paremmin. Hän ahdistuu hyvin kovasti jos hänet laitetaan tuoliin sidos-*



*taan sinne. Ja tässä on tää laki tulee tässä itsemääräämisestä että, ei voi laittaa vastaan asukkaan tahdon mukaan.*

*N4: Mutta mikä sen asukkaan todellinen tahto sitten on kun hänellä on tämä muisti niin heikentynyt ja..*

Vanhainkodin ja Palvelutalon välillä sitomiseen liittyvässä argumentaatiossa oli paljon yhtäläisyyksiä, mutta myös jotain eroja tuli esiin. Palvelutalon väittelyssä tuotiin esiin, etteivät omaiset aina ymmärrä, että vanhuksen toimintakyky on muuttunut tai huonontunut nuoruusvuosista niin paljon, ettei maratonin juokseminen tai vuorille kiipeäminen enää onnistu eikä edes muutaman kävelyaskeleen ottaminen. Väittelyssä tuli esiin, että omaiset vastustavat usein sitomista, mutta eivät osaa ajatella hoidon kokonaisuutta tai sitomatta jättämisen seurauksia.

Tahdonvastaista lääkintää käsittelevässä väittelyssä, joka käytiin vain Vanhainkodissa, nousi esiin myös kysymys muistisairaana tahdosta ja itsemääräämisoikeudesta. Lääkkeiden piilottamista ruokaan pidettiin oikeutettuna silloin, kun asiakas oli aggressiivinen ja kun hoitokielteisyttä haluttiin vähentää. Puolustuspuheenvuoroissa korostettiin myös vaivojen ja sairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Dementiaa sairastavalla on usein alentunut käsitys ja hoitajan tehtävä on ajatella asiakkaan parasta esimerkiksi antamalla elintärkeitä lääkkeitä. Väittelyn lomassa käytiin myös ajatusten vaihtoa siitä, mitä tarkoittaa ”piilottaa”.

*N11: Meillä on normaali jos minä, menen ensin lääkkeen kansa, hän ei suostu. Odottaa vähän. Toinen hoitaja menee, muutama hoitaja. Jos ei saa sitten ei pakota ollenkaan.*

*N10: Vaikka ois kuinka (tärkeä aine).*

*N12: Mut kyllähän rauhoittava lääke pitää piilottaa (ei se mene alas) (-).*

*N12: Niin se on kyl joo se..*

Vastustajien mielestä lääkkeiden piilottaminen ruokaan sotii ihmisen itsemääräämisoikeutta vastaan. Lääkkeiden syöminen on jokaisen oman harkinnan varassa, eikä muistisairaus muuta tilannetta. Muistisairailta on oikeus kieltäytyä hoidosta ja lääkkeitä, ja heidän tahtoaan tulee kunnioittaa. Vastustajat painottivat myös, että lääkärit toimivat lääkeyritysten käytyreinä syöttäen ihmisille turhia lääkkeitä. Ihmiset ovat yritysten koekaniineita ja rahantekovälineitä, eikä heillä ole mitään todellista arvoa.

*N6: Eihän meillä tarvitse hänelle siis kertoa jos me sekotetaan näihin, aineisiin.*

*N8: Kyllä mummo osaa itse päättää mitä se syö. Ja ottaako hän sitten lääkkeitä. Kyllä me ollaan aina mummon kanssa luontaistuotteilla pärjätty. Kyllä me tästäkin eteenpäin mummon kanssa pärjätään.*

*N5: (Luenkin vähän) [0:09:21] lääkehistoriaa, anteeksi että keskeytän. Kyllä täällä aika paljon on täl-  
lasta joo monen kymmenen vuoden takaa muun muassa verenpainelääkkeet ja nää ei nyt iha luontais-  
tuotteilta mun silmiini nyt näytä.*

*N8: No mummo ottaa jos mummo haluaa.*

Kolmannessa väittelyssä argumentoitiin hygieniahaalarin käytön puolesta ja vastaan. Molem-  
missa tutkimuskohteissa nousi esiin hyvin samanlaisia väitteitä ja näkemyksiä. Puolustajat  
vetosivat haalarin hyödyllisyyteen, koska se estää vanhusta sotkemasta itseään tai osastoa  
eritteillä, kulkemasta alasti tai raapimasta ihoaan verille. Haalari oli puolustajien mielestä  
yksilön ja osaston hygieniatason ylläpitämisessä ehdottoman tärkeä elementti.

*N4: Kyllä jos se on hyvä hoitaja ni ei semmosta tarvi käyttää kyllä. Että se on ihan, hoitotyön osaami-  
sesta kiinni.*

*N3: Niin siin pitäs olla viis hoitajaa per asukas.*

*N4: pitää osata muitaki keinoja.*

*N5: Niin ja (toisaalta) [0:19:25] että, meillä toiset asukkaat (ei voi valittaa teille) ”mitä toi on haisee”.  
Mä pesen (-) mä pesen kaiken. Mutta en huomannut sit (ne kakat) siellä maljakossa. Kaikessa paikassa  
(-). Nyt se on siellä patterin takana. Tietää että (lämpöpatteri) (se varmaan haisee siellä huoneessa  
talvella).*

Ihmisarvon ja muiden asukkaiden oikeuksien näkökulmasta itsensä sotkeminen ulosteella,  
eritteidensä syöminen, alasti osaston tiloissa liikkuminen tai vaipan sisällön julkinen tutkimi-  
nen tulkittiin loukkaavaksi toiminnaksi.

*N3: Viimeksi kävin eräässä vanhainkodissa niin, siellä oli viriketukio menossa ja, eräs rouva siinä nousi  
seisomaan ja veti housut alas ja otti vaipan ja, katto että mitä tämä on tässä vaipassa. Ja näytti kave-  
reille. Kukkaan ei tienny mitä se on. Jokanen oli vaan että mitä tää mahtaa olla.*

*N4: Olihan siellä hoitaja paikalla siellä.*

*N3: Sen tilanteen olis voinu pelastaa jos hänellä olis ollu hygieniahaalari päällä. Tai sinä paikalla. [ylei-  
sö nauraa]*

*N4: Siellä oltiin nyt vähän niin ku välinpitämättömiä varmaan siellä hoitajien taholta. Siellä olis pitäny  
sitten hoitaa tää asia toisella tavalla. Tuohan on ihan ongelman piilottamista vaan että, joku haalari  
siihen vähän peittäis. Pitää vähän tehdä töitä. Kyllä se on hoitajista kiinni. Kyllä minä sanon nii että, 30  
vuotta niin kyllä se on hoitotyön osaamisesta kiinni.*

Väittelyissä pohdittiin myös sitä, onko hygienihaalari lähtökohtaisesti ihmisarvoa loukkaava, henkilön toimintaa rajoittava asu vai ihmisarvoa lisäävä hoidollinen vaate. Haalarin puolustajat katsoivat, että haalarin voi suunnitella yksilön toiveiden ja tarpeiden mukaan ja tarvittaessa sen päälle voi laittaa kauniita vaatteita. Näin haalari ei heikennä pukeutumisen kautta ilmentyvää identiteettiä. Lisäksi siisti ihminen säilyttää arvokkuutensa muiden silmissä.

*N13: Minä tiedän mikä sinun ajatus oli ennen tätä ku sinä sairastuit. Sinä olit niin siisti ihminen ja, minä en usko et sinä oikeasti haluat. Ku sinä oikeesti ymmärtäisit niin, haluaisit olla likasissa vaatteissa ja sotkea ympäriinsä. Kyllä minä kotonakin näin että sinua välillä, suretti sitten ku olit vahingossa sotkenut ympäristöä etkä, osannut siitä hygieniasta huolehtia. Kyl se on nyt paljon parempi ollut kun, hoitajat on pystynyt sit auttamaan ja et oo päässy sillä tavalla..*

Haalarin puolestapuhujien mielestä on tärkeää nostaa esiin, miten puhumme asioista. Heidän mielestään hygienihaalarin huono maine on osin sosiaalisesti konstruoitu ja kielenkäytön kautta tuotettu ilmiö. Vastustajat käyttivätkin ilmaisia vauvojen potkukupuku ja lukituspuku kuvatessaan hygienihaalaria. Sitä pidettiin aikuisen ihmisarvoa alentavana lasten asuna, jota ei voi itsemääräämisoikeuden nojalla itse avata ja joka estää ihmisen oikeuden vapaaseen asiointiin saniteettitiloissa. Rajanvetoa käytiin myös siitä, mikä on vauvan ja aikuisen ihmisen ihmisarvon välinen ero.

*N4: Eihän sitä nyt tule käyttää. Ja minkä näkönen se on. Sehän on ku vauvan potkukupuku. (Sen näkösenä pitäs päästä vessaan) [pp 5 s]. Ei ollenkaan sehän muistuttaa ihan vauvan potkukupukua (-) [pp].*

*N4: Kuka semmonen päällä nyt ilkee lähtee mihinkään ei minä en sitä hyväksy. Se loukkaa ihmisarvoa.*

*N3: Ei loukkaa. Sehä on iha sama sit jos pistetään ruokalaput loukkaa kanssa. Vauvathan käyttää ruokalappuja ni yhtä hyvin ruokalaput loukkaa.*

Haalarin puolustajat pitivät tärkeänä aikuisen ihmisen oikeutta päättää, haluaako hän käyttää hygienihaalaria vai ei. Lainsäätäjät eivät voi heidän mukaansa yksioikoisesti päättää joko-tai-tyyllä asusteen käytön kieltämisestä. Haalari ei itsessään estä arvokkaan vanhuuden toteutumista, sillä arvokkaaseen vanhuuteen sisältyy monia muitakin tekijöitä. Päinvastoin juuri haalarin käyttö voi tukea kaikkien osapuolten oikeuksien toteutumista, kun mukaan luetaan vanhus, henkilökunta, muut asukkaat ja omaiset. Hallitut wc-käynnit ja asialliset inkontinenssisuojat voivat siis osaltaan ylläpitää kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Seuraavaksi tarkastelemme väittelyä vielä tarkemmin argumentaation näkökulmasta. Väittelyjen aikana VTM Tarna Kannisto teki muistiinpanoja väittelyissä käytetyistä perusteista ja laati loppukeskustelua varten reaaliaikaisen yhteenvedon keskeisistä elementeistä. Virheargumentteihin tai väittelyn etenemiseen vaihe vaiheelta ei tässä yhteenvedossa kiinnitetty huomiota

(Kakkuri-Knuuttila 1998). Yhteenvedot löytyvät litteroidusta materiaalista, mutta nostan esiin muutaman seikan eli kuvaan, mistä puhuttiin ja mitä väittelyissä tuotiin ilmiötasolla esiin.

### 5.2.2 Mitä ilmiöitä väittelyt tuovat esiin vanhustenhuollon arjesta?

Väittelyjen jälkeen osallistujat saivat äänestää parhaan väittelijän ja esittää perusteet valinnalleen. Äänestys tapahtui suljettuna lippuäänestyksenä siten, että lapussa luki väittelyn numero, rooli ja perusteet. Aivan aluksi ennen väittelyjen alkamista ja kertauksena väittelyteeman vaihtuessa VTM Tarna Kannisto kävi läpi väittelyn arviointikriteerit. Näin ollen läsnäolijat osasivat arvioida kaikki väittelyt ja väittelijät samoilla periaatteilla. Arviointiohjeet olivat myös valkokankaalle heijastettuna kaikkien näkyvillä arvioinnin aikana.

Väittelijät arvioitiin kolmen eri osa-alueen kautta, eli miten hyvin he pystyivät vakuuttamaan yleisön asia-argumenttien (logos), tunteisiin vetoamisen tai persoonansa kautta (ethos) ja miten hyvin he osasivat puhua yleisön omaa kieltä ja miten hyvin he osasivat ottaa huomioon yleisön kokemusmaailman (pathos). Lisäksi pyydettiin kiinnittämään huomiota perustelujen johdonmukaisuuteen, luotettavuuteen sekä väittelijän kykyyn reagoida toisten puhujien väittämiin ja ei-kielelliseen viestintään. Väittelyn arvioinnissa ajatuksena oli saada selville vakuuttavin roolisuoritus kustakin väittelystä ja että paras argumentti voittaa. (Kakkuri-Knuuttila 1999, 179-181.) Samalla tavoitteena oli oppia tunnistamaan retorisen vaikuttamisen keinoja.

K2: .Ja sit sieltä tuli osastonhoitajaltakin tää talousargumentit että, kalliimmaks vaan tulee jos vanhuksat istuu niin tarvitsevat sitten lisää lääkitystä. Omainen vetos näihin tunteisiin vahvasti, että meillä tuntuu että jos on elämänsä liikkunu, niin miten sitten vanhuksena jos huomaa että on sidottu siihen ni sehän on ihan hirvee tunne. Ja lähihoitajalla oli vahvasti tässä kakkosväittelyssä tämmönen, käytännöllinen ote että pääsee sinne kahvitauolle kun vanhuksat on sidottu ja he vaan sieltä vilkuttelee tuoleista.

K1: Ja nyt siis tosissaan lopullinen tulos on selvillä. Vahvin voittajakandidaatti siis meillä on, ryhmän yksi lähihoitaja. Hän on saanu (-) (ääntä) [1:37:32 taputusta]. Eli kukas oli ryhmän yksi lähihoitaja.

K1: Ja sitten ”runsaat hyvät perustelut. Seisoi vakuuttavasti periaatteidensa takana. Vetosi omaan kokemukseen ja tunteisiin. Puolusti kantaansa jäämäkästi eläytyi rooliinsa uskottavasti. Loistavaa argumentaatiota ja hauskaa. Realistinen, pitäytyy hyvin perusteluissa ja omassa roolissa. Ja hyvät perustelut.” Eli nää oli ne lähtökohdat elikkä hyvin toimi tämä lähihoitaja siis.

Molemmassa tutkimuskohteissa henkilöstöllä oli kykyä analysoida ja eettisesti reflektoiden tutkia omaa työtään monesta eri näkökulmasta käsin. Henkilöstö pystyi nostamaan esiin filosofisesti perustavanlaatuisien kysymysten kautta lainsäädännön ongelmia. Yksi esimerkki tällaisesta on kysymys siitä, mitä on ihmisarvo, mihin se perustuu ja onko lapsen ja aikuisen ih-

misarvon määrittämisen välillä eroja ja miten ne perustellaan? Mielestäni tämän tyyppinen eettinen pohdinta mahdollistaa työyhteisönlähtöisen kehittämisen erinomaisella tavalla, koska tällöin henkilökunta itse kriittisesti tarkastelee ilmiöitä ja löytää lisäselvitystä vaativia teemoja. Samalla työyhteisölähtöinen kehittämistyö haastaa myös poliittiset toimijat ja lainsäätäjät - ehkä lakeja ei voi purematta niellä työpaikoilla, jos niitä ei pystytä uskottavasti perustelemaan arjen näkökulmasta.

Toinen keskeinen kysymys oli miten erityyppiset ihmis- ja perusoikeudet suhteutuvat toisiinsa arjen käytännöissä. Ihmisoikeuksiin viitattiin monessa eri yhteydessä. Pohdintaa aiheutti, missä kulkee yksilön vapauden reunat turvallisuuden ja muiden kunnioittamisen näkökulmasta. Tosin sanoen miten suhteuttaa yksilön toiveiden, tarpeiden ja halujen toteuttaminen niin, etteivät ne vaaranna ihmisen itsensä eikä toisten ihmisten turvallisuutta tai viihtyvyyttä. Oikeuksien ja velvollisuuksien välinen tematiikka näyttäisi aiheuttavan paljon hämmennystä henkilöstössä: miten voidaan taata turvallinen hoito, jos potilas saa kieltäytyä kaikista hoitotoimista. Muistisairaana vanhuksen kohdalla kyvyttömyys päättää asioista tai ymmärtää tekojen seurauksia herätti keskustelua itsemääräämisoikeuden rajoista. Itsemääräämisoikeus vaikuttaa väittelyjen perusteella olevan konsepti, joka tulkitaan hyvin monilla eri tavoilla arjen päätöksentekotilanteissa, ja tämä saattaa pahimmassa tapauksessa aiheuttaa konflikteja omaisten, asiakkaiden ja henkilöstön välillä.

K2: Ja.. toinen oli, mikä tästä kakkosväittelystä nousi esiin oli just tää että tässä, oli nyt sekä vanhus joka puolusti tätä sitomista ja sano et on hyvä, eli siin on ihan hyvä istua ja hyvä ku sidotaan ja kiva kun naapuritkin voi tost sitoo että ne ei käy koko ajan häiritsemässä. Hän oli istunut koko elämänsä ja koki sen hyväksi, asiaksi. Ja sit oli omainen jonka isä oli kiipeilly vuorilla ja, puolusti sitä että on se parempi juosta siellä villinä ja vapaana vaikka sit niitä vammoja tuliski. Että jos nyt sattuu kuolemaan niin ainakin saa vapaana, kuolla. Siellä saappaat jalassa kaatua, Kilimanjarolla. Tosta mulle itelle vaan just tuli mieleen et voihan se, tosiaan näin olla että.. nää kaks vanhusta kokee tän asian eri tavalla. Mut nimenomaan just, pitääkin mennä siihen et mikä on, tai siihen tilannekohtaseen harkintaan eikä siihen, jonku ison periaatteen nojalla kaikki pistetään samalle viivalle. Se oli mun mikä tosta nyt ekaks päällimmäisenä..

Turvallisuus oli teema, joka nousi esiin kaikissa väittelyissä. Vanhustenhuollon arjessa turvallisuuteen liittyvät asiat askarruttavat henkilökuntaa. Rajoittamistoimet ja potilasturvallisuus linkitettiin väittelyssä usein yhteen. Suurin huoli kohdistuikin rajoittamiskeinojen vähentämisen seurauksiin, eli kuinka paljon lisää inhimillistä kärsimystä ja kustannuksia yksisilmäinen rajoittamistoimien kieltäminen voi tuoda tullessaan. Turvallisuudesta puhuttaessa pohdittiin myös henkilökunnan ammattitaidon merkitystä.

Asioita ja potilaan hoidonsuunnittelua ei voi aina tiukkaan ohjeistaa, koska tosielämän muuttuvissa olosuhteissa henkilöstön tulee pystyä toimimaan tilanteen mukaan joustavasti asiak-

kaan ja kaikkien muidenkin osapuolten hyvinvointi ja etu huomioiden. Kuten jo aiemmin mainittiin, kaavailut muutokset voivat olla yksisilmäisiä, eivätkä ne täten anna tilaa riittävästi vaihtoehtoisten ratkaisujen löytämiselle. Entä jos joku vanhus haluaakin käyttää hygieniahallaria - voiko laki sen estää? Esiin nousi kysymys, mikä on sopivaa käytöstä ja kuka sen määrittää? Onko yksilöllä oikeus sotkea itsensä tai ympäristönsä ulosteella tai kulkea alastomana? Myös omaisten valta päättää hoitolinjoista ja osallistua hoidonsuunnitteluun oli keskeinen teema kaikissa väittelyissä. Väittelyissä tuotiin myös esiin, että jossain tapauksessa käytäntöjen muuttamisen esteeksi voidaan nähdä henkilöstömäärän vähyys tai tilaratkaisut.

Oleellisia kysymyksiä jatkoanalyysin kannalta on ensinnäkin, mitä väittelyt kertovat vanhainkotien nykykäytännöistä ja vallitsevista asenteista, ja toiseksi, kuinka pitkälle meneviä johtopäätöksiä voi vetää aineiston perusteella. Lisäksi on arvioitava, miten luotettavia johtopäätökset ovat? Kaksi vanhusten ympärivuorokautista hoitolaitosta on tutkimusotoksena vaatimaton eikä edellä esitettyjen tulosten perusteella voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä muiden vanhainkotien tai palvelutalojen suhteen. Tutkimuskohteiden osalta esiin tuodut teemat ja ilmiöt antavat kuitenkin osviittaa yhteisössä vallitsevista tiedollisista ja moraalisisista asenteista, jotka vaikuttavat työskentelyn taustalla enemmän tai vähemmän eksplisiittisesti. Lisäksi väittelyssä esiin tulleet ilmiöt kertovat yhteiskunnallisista tendensseistä, jotka heijastuvat henkilöstön puheen kautta.

Väittelyissä tuotiin esiin, kuinka arjen eettisyyteen liittyvät teemat askarruttavat henkilöstöä. Monet yhteiskunnalliset ilmiöt, kuten vaatimus kustannustehokkuudesta ja kiristynyt talous, aiheuttavat huolestuneisuutta. Lisäksi päänvaivaa arjessa aiheuttaa epätietoisuus asiakkaan oikeuksista, erityisesti oikeus päättää omasta hoidostaan. Henkilöstöressurssien niukkuus ja potilasturvallisuuden kohdistuva huolestuneisuus puhuttivat henkilöstöä. Tämän opinnäytetyön puitteissa ei aikaresursseista johtuen päästä syvemmälle näihin teemoihin, mutta jatko-tutkimuksen näkökulmasta edellä mainittuja teemoja olisi syytä tutkia ja analysoida tarkemmin. Työyhteisöissä vallalla olevia toimintamalleja ja käsityksiä tulee kartoittaa, jotta tiedetään, miten toimintaa pitää muuttaa ja kehittää. Ethico - roolipeliväittely™- metodin avulla voidaan selvittää, mitä esteitä uusien itsemääräämislainsäädännön mukaisten toimintatapojen omaksumiselle ja sisäänajolle työyksiköissä ilmenee eri toimijoiden näkökulmista.

## 6 MAPA®-matka Englantiin ja osaamisen hankkiminen

### 6.1 Opintomatkan tarkoitus ja tavoitteet

#### 6.1.1 Lähtökohdat ja matkasuunnitelman laatiminen

Kuten jo kehittämishankkeen tavoitteiden esittelyn yhteydessä luvussa neljä tuotiin esiin, opinnäytetyöni suunta muuttui keväällä 2015, kun lakiuudistus ei edennyt odotetulla tavalla. Ensimmäinen herääminen itsemääräämisoikeutta koskevan lakiuudistuksen ongelmiin tapahtui Laurea-ammattikorkeakoulun järjestämässä seminaarissa 7. lokakuuta 2014. Seminaarissa puhunut Laurean yliopettaja OTT Irma Pahlman toi esiin, että lakia valmistelleen työryhmän loppuraportin pohjalta laadittu asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevä lakiehdotus sisältää pahoja puutteita eikä sitä voida viedä eduskuntaan sellaisenaan. Uutta lakia voitiin valiokunnan jäsenen Jani Toivolan mukaan odottaa aikaisintaan loppukeväästä 2015, mutta kuten jälkiviisaina nyt hyvin tiedämme, lakiehdotus raukesi keväällä 2015.

Aikataulumuutoksen ja lain voimaantuloon liittyvien epävarmuustekijöiden vuoksi vaihdoin suunnitelmaa ja tartuin mahdollisuuteen lähteä kolmeksi kuukaudeksi Englantiin perehtymään MAPA®-koulutukseen (Management of Actual and Potential Aggression) sekä paikalliseen rajoittamista koskevaan lainsäädäntöön. Crisis Prevention Instituten (CPI 2016) edustajat olivat paikalla Laurean seminaarissa, ja he ehdottivat vaihtojaksoa opinnäytetyön tiimoilta.

Laurea-ammattikorkeakoulu toimii yhteistyössä CPI:n kanssa oman lisenssin, joka antaa yksinoikeuden MAPA®-koulutusten järjestämiseen ja tavaramerkin käyttöön Suomessa. Vuoden 2015 alussa perustettu Suomen map® keskus (2016) sijaitsee Hyvinkään Laurean yhteydessä, ja sen tehtävänä on koordinoida kaikkea Suomessa tapahtuvaa koulutusta sekä tukea ja ohjata Suomessa toimivia MAPA®-kouluttajia. Vuoden 2016 alussa siirrytään laajamittaisesti käyttämään kaikissa MAPA®-koulutuksissa työkirjamallia. Lisäksi Suomeen koulutetaan keväällä 2016 Erityistason MAPA®-kouluttajaryhmä, jonka vastuulla on vanhojen kouluttajien päivittäminen työkirjamalliin sekä jatkossa kaikkien uusien MAPA®-kouluttajien kouluttaminen. Matkani tarkoitus oli siis hankkia MAPA®-koulutukseen liittyvää osaamista, perehtyä työkirjamallin käyttöön sekä auttaa työkirjan käsitteistön kääntämisessä englannista suomen kielelle. Toinen tavoitteeni oli Ison-Britannian lainsäädäntöön perehtyminen sekä kaiken tämän osaamisen hyödyntäminen osana opinnäytetyötäni ja yhteiskunnallista vaikuttamista.

Ennen lähtöäni tammi-helmikuussa 2015 kävin Laurean Hyvinkään yksikössä kahden päivän MAPA®-perusteet kurssin saadakseni alkuymmärryksen siitä, mistä MAPA®-menetelmässä on kysymys. Kouluttajina toimivat lehtori Aulikki Yliniva ja sairaanhoitaja Sven Soldehed. Pidim-

me ennen lähtöä Suomen mapa® keskuksen maavastaavan, lehtori Aulikki Ylinivan kanssa MAPA®sta englanninkielisen yhteisluennon 3.3.2015 Tikkurilan Laureassa osana kansainvälisyysviikkoa. Lisäksi pidin samalla viikolla MAPA®sta yhden englanninkielisen esittelyluennon Tikkurilan Laurean opiskelijoille. MAPA®-menetelmän alkuperäiset kehittäjät Chris Stirling ja Albert McHugh vastasivat koulutuksestani Englannissa.

Seuraavaksi kuvaan MAPA®-matkani vaiheita osaprojektien kautta. Lähdin matkalle huhtikuun lopussa 26.4.2015 ja palasin Suomeen 2.8.2015. Matkan kesto oli siis kaikkiaan 14 viikkoa eli hieman yli kolme kuukautta, mutta osaprojektit jatkuivat vielä kotiinpaluuni jälkeenkin. Karkeasti jaoteltuna käytin kolmen kuukauden ulkomaanjaksosta kolme viikkoa paikallisten kouluttajien työn seuraamiseen ja työkirjamalliin perehtymiseen. Oma kouluttaja -koulutus ja koulutusharjoittelu veivät myös kolme viikkoa. Blogikirjoittamiseen ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen kului aikaa kolmesta neljään viikkoa ja käännöstyöhön noin neljä viikkoa. Tässä opinnäytetyössä kasaan yhteen kaikki osaprojektit ja niiden tulokset. Keskityn kuvaamaan osaprojekteja toteutuksen ja aikataulutuksen näkökulmasta, koska varsinaiset lopputulokset löytyvät liitteistä. (Liitteet 1-8)

## 6.2 Matkan aikana toteutetut osaprojektit

### 6.2.1 Työkirjamalliin perehtyminen

Työkirjamalli on osa CPI:n uudistunutta koulutuskonseptia ja tavoitteena on, että kaikki MAPA®-koulutukset ympäri maailman tapahtuvat identtisesti samoja työkirjoja käyttämällä. Työkirjamallin käyttöönotto liittyy siihen, että koulutuksessa käytettävää pedagogista mallia on muutettu osallistavampaan suuntaan. Kognitiivinen oppimisteoria ohjaa työkirjojen suunnittelua ja lähtökohtana on, että kurssilaiset tekevät aktiivisesti muistiinpanoja työkirjoihin, jotta tiedot ja taidot ovat helposti palautettavissa mieleen ja siten käytettävissä tehokkaasti kurssin jälkeen. Työkirjamallissa haasteellisten tilanteiden ennakointi ja ennaltaehkäisy on nostettu etusijalle.

Työkirjat on tarkoitus kääntää kullekin kohdekielelle, koska englanninkielisten työkirjojen käyttö on osoittautunut hankalaksi. MAPA®-koulutuksessa käytetty kieli on terminologian osalta hyvin erikoistunutta, ja käytössä on paljon pelkästään MAPA®-koulutukseen kehitettyjä käsitteitä. Käännöstyö Suomen kielelle oli jo aloitettu suomalaisten MAPA®-asiantuntijoiden toimesta, mutta käännöstyön loppuun saattaminen vuoden 2015 aikana oli tärkeää, jotta työkirjojen laajamittaiseen käyttöön voitaisiin siirtyä vuonna 2016 alussa. Yksi tehtävistäni Englannissa olikin *Foundation*-työkirjaan ja koulutukseen perehtyminen käännöstyön näkökulmasta ja käännöstyöhön osallistuminen kesän aikana.



Ohjelmani oli suunniteltu niin, että pääsin heti alkuvaiheessa viikon ajan seuraamaan työkirjaa koskevaa kehittämistyötä CPI:n keskustoimistolla. Sen jälkeen siirryin seuraamaan englantilaisten erityistason kouluttajien työskentelyä kahdessa eri paikassa ennen omaa kouluttajakoulutustani. Pääperiaate oli, että perehdyn Englannissa paikallisten erityistason MAPA®-kouluttajien työtapoihin ja työkirjamallin käyttöön valmistautuen siten omaan FPI- koulutukseeni, joka oli suunniteltu keväälle 2016. Seuraavaksi ote matkan ajan pitämästäni hankepäiväkirjasta koskien kehittämistyön seuraamista.

*Toinen viikko eli 4.-8.5.2015 vierähtää CPI:n toimistolla, mihin CPI:n omat pääkouluttajat on koottu kehittämispäivien tiimoilta testaamaan uudistettua koulutusohjelmaa. Kehittämistyön lähtökohtana on kuulla päätyökseen CPI:n alaisuudessa MAPA®a kouluttavien ammattilaisten kanta uudesta koulutuskonseptista ennen kuin kehitystyö etenee seuraavalle portaalille eli asiakasryhmien testaamiseen. MAPA®-koulutuksen harmonisointi kansallisen ja kansainvälisen lainsäädännön kanssa yhteensopivaksi on myös keskeinen keskustelunaihe kehittämispäivillä, eli miten kouluttajat vastaavat eteen tuleviin kysymyksiin kulloistakin lainsäädäntöä koskien.*

Seuraavalla viikolla seuran kahden erityistason MAPA®-kouluttajan, Timin ja Alisonin, työskentelyä keskiviikosta perjantaihin 13.-15.5.2015. Kohderyhmänä on MAPA®-kouluttajat, jotka ovat päivittämässä osaamistaan ja uusimassa lisenssiään. Kouluttajien taustaorganisaatio on paikallinen palveluntarjoaja, joka on erikoistunut oppimisvaikeuksista kärsivien ja demen-tiapotilaiden hoitoon. Koulutuspäivien kesto klo 9.00-16.00. Seuraan kolme päivää aktiivisesti kouluttajien työskentelyä muistiinpanoja tehden itse mitenkään koulutukseen osallistumatta. Neljännellä viikolla matkaan tutustumaan toisen kouluttajaparin Tineyn ja Alistairin työskentelyyn kehitysvammaisten päivätoimintakeskukseen ja vuorossa on kaksipäiväinen henkilökunnan päivityskoulutus. Seuraavaksi ote hankepäiväkirjastani, jossa kuvaan kyseistä matkaani seuraavasti:

*Itse en osallistu harjoituksiin vaan seuran kouluttajien ja ryhmän toimintaa tehden samalla muistiinpanoja työkirjoihin. Tunnelma koulutuksessa oli rento, ja kaikki osallistuivat aktiivisesti harjoitusten tekemiseen. Kouluttajien rautainen ammattitaito teki minuun vaikutuksen - kouluttajien pedagoginen taso on todella korkea. Kaikki seuraamani kouluttajat ovat GPI-tason eli Global Professional Instructors -tason kouluttajia, mikä tarkoittaa, että he kouluttavat lähinnä muita MAPA®kouluttajia ja voivat toimia ympäri maailmaa. Seuraan GPI-tason kouluttajia, koska minua koulutetaan juuri kyseisen tason kouluttajaksi. Varsinainen kouluttajakoulutus tapahtuu ensi keväänä Hyvinkään Laureassa, mikäli selviän kunnialla näistä kesän koulutushaasteista.*

### 6.2.2 Omat MAPA®-kouluttajakoulutukseni Birminghamissa

Omat MAPA®-kouluttajakoulutukseni alkavat kesäkuun alussa 2015. Kävin kaksi viiden päivän mittaista koulutusta Birminghamissa. Foundation eli perustason kouluttajakoulutukseen osallistun kesäkuun ensimmäisellä viikolla 1.-5.6.2015. Seuraavassa ote matkan ajan pitämästäni hankepäiväkirjasta:

*Valmistelen opetustuokion aiheesta lainsäädäntö ja kansallinen ohjeistus osiosta VII. Esityksen kulusta on annettu kouluttajaoppaassa tarkat ohjeet, joten omaa suunnittelua ei suurenkin tarvita vaan, ja rakennan aikataulun ja esityskonseptin pitkälti ohjeiden mukaan. Tulen myös opettamaan irtautumistaitoja omalle pienryhmälle torstain aikana. Torstai kuluu pääsääntöisesti toistemme opetustuokioita seuraten, samoin perjantai. Viikon aikana ryhmädynamiikka on toiminut loistavasti ja tunnelma on ollut sekä rento että inspiroiva. Kurssin lopussa vaihdoin yhteystietoja usean kurssilaisen kanssa. Erään vanhainkodin johtaja kutsui minut tutustumiskäynnille, ja kysyinkin CPI:lta luvan, jos voin mennä haastattelemaan ko-osastonhoitajaa, miksi heidän yksikkönsä haluaa MAPA®-koulutusta.*

Koulutusviikon jälkeen palaan viikoksi Keelen yliopiston kampukselle, missä asun kesän ajan. Keskityn blogien kirjoittamiseen ja käyn haastattelemassa Chris Stirlingiä MAPA®-metodin kehittymisestä ja kehittämisestä Manchesterissä. Chris Stirling on yksi kolmesta metodin alkuperäisestä kehittäjästä, ja hän toimii CPI:ssa kehittämisspällikkönä. Kahden päivän Manchesterin matkan jälkeen kirjoitan tekstin valmiiksi, ennen kuin lähdän takaisin Birminghamiin viiden päivän Advanced ja Emergency -kouluttajakoulutukseen, joka ajallisesti sijoittuu kesäkuun puoliväliin. Matkustan paikalle jo sunnuntai-iltana, koska tiedän, että vaatteet kantaa silittää koko viikon ajalle valmiiksi, sillä viikko tulee olemaan tiukkatahtinen. Olen myös jo kokemuksesta oppinut, että koulutuspäivien jälkeen on syytä varata aikaa urheiluun ja palautumiseen.

*Joka päivä koulutus alkaa klo 9.00 ja kestää 16.45 asti. Ensimmäiset kolme päivää ovat Advanced MAPA®-koulutusta Aston Conference Centerissä ja kaksi viimeistä päivää Emergency MAPA®a Aston Villassa. Tämän vuoksi joudun vaihtamaan hotellia keskellä viikkoa. Päivien informaatiosisältö on merkittävä, ja lisäksi tehdään paljon fyysisiä harjoitteita opeteltaessa MAPA®-tekniikkaa. Albert MCHugh soittaa minulle aikaisin torstai-aamuna, ja sovimme valmiiksi maanantain aikataulut: Albert hakee minut Keelestä 22.6.2015 ja vie psykiatriseen sairaalaan, jossa seuraan paikallisten kouluttajien työskentelyä. Tarkkaa rooliani en vielä tiedä.*

### 6.2.3 Harjoittelu Harplandin psykiatrisessa sairaalassa

Albert noutaa minut sovitusmaana maanantaina aamulla Keelen yliopistolta viedäkseen minut paikalliseen psykiatriseen sairaalaan. Minut esitellään Andyille ja Deanille, jotka ovat sairaalan turvallisuusasiantuntijoita ja vastaavat myös sairaalan henkilöstön MAPA®-koulutuksista. Tarkoituksena on viettää koko viikko sairaalassa harjoittelemassa kouluttamista heidän kanssaan. Päivän aikana minulle selviää, että Dean lähtee seuraavana päivänä lomalle ja että toimin Andyn apukouluttajana tiistaina ja keskiviikkona. Loppuviikosta paikalle on tulossa toinen paikallinen MAPA®-kouluttaja Andyn pariin. Joudun siis heti testaamaan taitoni käytännössä. Kohderyhmänä koulutusviikolla on sairaalan henkilökunta ja sijaiset, jotka eivät vielä hallitse MAPA®-taitoja. Sairaalan turvallisuuspolitiikan mukaan jokaisella osastolla tulee olla työvuorossa aina vähintään kolme MAPA®a taitavaa työntekijää, koska sairaalassa hoidetaan akuuttipsykiatrisia potilaita eikä siellä ole lainkaan vartijoita. Lain mukaan paikalle voidaan kutsua poliisi, jos potilas on aseistautunut tai tilanne on muuten ylivoimainen henkilöstölle. Hankepäiväkirjassa kuvaan harjoitteluviikkoa Harplandin psykiatrisessa sairaalassa seuraavalla tavalla:

*Viikon aikana koulutetaan sairaalan henkilöstöä Foundation-, Advanced- ja Emergency Mapa®-taitoihin. Tiistaille minulle kaavillaan co-trainerinä toimimisen lisäksi omaa tunnin mittaista opetustuokiota kosketuspistetosiesta. Valmistelen tunnin illalla harjoituspäivän päätteeksi. Päivät alkavat klo 8.30 ja jatkuvat aina klo 16.45 asti. Maanantai-iltana valmistelen opetusosuuteni, joten päivälle tulee mitta. Tiistaina menen paikalle 8.30, ja koko päivä on tiivis, koska toimin Andyn työparina. Yllätyn, kuinka hyvin edellisten viikkojen aikana keräämäni opit tulevat mieleeni. Päivän päätteeksi käymme vielä palautekeskustelun Andyn kanssa, ja saan tietää, että myös seuraavana päivän tulen olemaan hänen työparinsa, koska paikallinen kouluttaja ei pääse paikalle. Keskiviikolle on sovittu myös tutustumiskierros sairaalassa, ja otan kameran mukaan, sillä samalla kuvaan ja kerään materiaalia tulevaa blogia varten sekä syyskuussa Sairaanhoidajaliiton mielenterveysseminaarissa pidettävää luento varten. Keskiviikkona osallistun Andyn työparina harjoitusten vetämiseen, mutta irtaudun pariin tunniksi sairaalakerrokselle dementiaosastolle sekä neuropsykiatriselle osastolle. Saan ottaa kuvia tilaratkaisusta, haastattelen henkilökuntaa ja kerään myös materiaalia tulevaa luentoani varten. Loppupäivän osallistun koulutukseen Andyn työparina.*

Torstaina paikalle tulee sairaalan sisäisen tiedotuslehden edustaja tekemään vierailustani juttua. (Liite 3-4) Niinpä lähdän torstaina taas hieman aiemmin aamulla matkaan, koska haastattelu tehdään ennen koulutuksen alkua. Torstaina paikalla on toinen kouluttaja, joten pääsen aamupäivällä irtautumaan puoleksi tunniksi tapaamaan turvallisuuspäällikköä, jolle näytän edellisenä iltana tekemäni blogi- ja luentosuunnitelman. Hän hyväksyy suunnitelmat. Perjantaina toimin apuna harjoituksissa. Koska teen blogiin kirjoituksen MAPA®- koulutuksesta

Harplandin sairaalassa, jään päivän päätteeksi vielä tekemään haastattelun Andyn ja apukouluuttajan Jennyn kanssa. Haastattelut kestävät yhteensä 1,5 tuntia, ja pääsen lähtemään sairaalasta vasta viiden jälkeen. Hankepäiväkirjaan olen kirjoittanut seuraavasti.

*Rankka, mutta opettavainen ja antoisa viikko. Palat alkavat asettua paikoilleen. Olen lopen uupunut, kun pääsen kotiin. Sähköpostiini on tullut luettavaksi ja kommentoitavaksi sairaalan sisäiseen tiedotuslehteen tehty juttu, ja vietän hetken perjantai-iltana korjatakseni virheelliset tiedot. Samalla saan kuulla, että myös CPI-kouluttajalehteen kaavaillaan juttua vierailustani.*

#### 6.2.4 Käännöstyö

Alun perin yksi Englannin matkani päätavoitteista oli työkirjamalliin perehtyminen ja työkirjan kääntämistyöhön osallistuminen. Perehdyinkin työkirjan käyttöön koulutuksessa ja siihen sisältyviin käsitteisiin ensimmäisen kahden kuukauden aikana hyvin perusteellisesti. Ajatuksena oli, että käyttäisin koko heinäkuun käännöstyöhön sen jälkeen, kun oma perehdytys- ja koulutusvaiheeni on ohi. Tilanne kuitenkin muuttui viime hetkillä, kuten hankepäiväkirjasta käy ilmi:

*Tapaan maanantaina Albertin toimistolla klo 9.00 ja sovimme käännöstyöstä. Työkirja on vielä käännöstoimistolla, ja he tarvitsevat vielä 10 päivää lisäaikaa. Sovimme, että alan tehdä käännöksiä oheismateriaalista odotellessa. Saankin Albertilta melkoisen määrän materiaalia. Viikon päästä tiistaina 7.7.2015 tapaan Albertin sovitus klo 13.30 Keelessä ja agendalla on käännösprojekti, bloginauhoitus sekä aikatauluista keskustelu. Käymme läpi listaamani käännöstyöhön liittyvät ongelmat sekä käännöstyön aikataulua. Työkirjakäännös on myöhässä, eikä se ehdi minulle käännettäväksi. Käännöspaineiden pieneneminen helpottaa minua, sillä tarkoituksena on vielä ehtiä kirjoittaa kaksi tai kolme blogitekstiä valmiiksi. Sovimme, että teen mielummin vähemmän ja harkitummin käytettävissä olevan kahden viikon puitteissa. Olen siis alustavasti kääntänyt jo kolme oheisdokumenttia. Jatkan siis oheismateriaalien kääntämistä sovittujen prioriteettien pohjalta. Pystyn tekemään vain alustavaa käännöstyötä, jonka sitten muut FPI-ryhmän ihmiset vielä hiovat lopulliseen muotoon, koska termien tulisi olla yhtenäisiä kaikissa materiaaleissa.*

Ehdin kääntää oheismateriaaleja heinäkuun loppupuolelle asti. Sitten olikin aika pakata tavarat ja palata kotiin. Tekemiäni käännöksiä ei julkaista tämän opinnäytetyön yhteydessä, koska ne ovat CPI:n tavaramerkillä suojattuja koulutusmateriaaleja, jotka on tarkoitettu vain lisensoitujen kouluttajien käyttöön. Käännökset on luovutettu Laurean ja CPI:n käyttöön.

## 6.3 Matkan jälkeen toteutetut osaprojektit

### 6.3.1 FPI-koulutus - Erityistason MAPA® -kouluttajaksi pätevytyminen

Huhtikuussa 2015 ennen Englantiin lähtöä kävin Albert McHughin haastattelussa Laurean Hyvinkään kampuksella. Ajatuksena oli, että osallistun Erityistason MAPA®-kouluttajakoulutukseen keväällä 2016, mikäli Englannissa suoritettavat koulutukset sujuvat hyvin. Sain ilmoittautumiskutsun kesän loppuksi.

Koulutus järjestettiin Laurean Hyvinkään kampuksella viiden päivän mittaisissa jaksoissa kolmen kuukauden aikana: tammikuussa 18-22.1.2016, helmikuussa 15-19.2.2016 ja maaliskuussa 14-18.3.2016. Koulutuksesta vastasivat englantilaiset Global Professional Instructor -tason kouluttajat. Viimeisellä viikolla kouluttajina toimivat Albert McHugh ja Chris Stirling. Koulutuksen myötä pätevydyin Erityistason MAPA® -kouluttajaksi eli FPI:ksi (Finnish Professional Instructor). Nimikkeen ja lisenssin myötä minulla on oikeus kouluttaa myös kouluttajia Suomessa. Lisätietoa koulutuksista löytyy Suomen mapa® keskuksen (2016) internetsivuilta.

## 7 Tiedonvälitystä ja yhteiskunnallista vaikuttamista

### 7.1 Blogi Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla

Ennen matkalle lähtöäni keväällä 2015 sovin Sairaanhoidajaliiton kanssa, että aloitan itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä käsittelevän blogin kirjoittamisen heidän verkkosivuilleen otsikon Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä -alla. Blogin tavoitteena on jakaa ajantasaista tietoa asiakkaan- ja potilaan itsemääräämisoikeuslain etenemisestä, sisällöstä ja vaikutuksista käytännön työn näkökulmasta. Lisäksi blogissa käsitellään potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä muita teemoja. (Sairaanhoidajat.fi 2015.) Lain viivästymisen vuoksi siirtyi blogin alkuvaiheessa pääpaino Englantiin matkaan ja MAPA®-metodin esittelyyn. Suomen mapa® keskuksen (2015) maavastaava, lehtori Aulikki Yliniva hyväksyi ideani samoin kuin Laurean yliopettaja Teemu Rantanen, ja myös CPI (2016) antoi siunauksensa hankkeelle. Ensimmäinen blogitekstini julkaistiin ennen matkalle lähtöä. Laadin suunnitelman blogien kirjoittamisen aikataulusta ja aiheista jo ennen lähtöä, mutta suunnitelma muuttui matkan aikana samoin kuin aikataulu. Kuvaan blogikirjoittamista hankepäiväkirjassa seuraavasti.

*Kolmannen viikon aikana on tarkoitus kirjoittaa toinen Blogi-teksti sairaanhoidajaliiton nettisivuille. Tarkoituksena on selvittää, miksi ja miten MAPA® sai alkunsa. Toteutustapana menetelmän alkuperäisten kehittäjien haastattelu, nauhuri ja kamera apuvälineinä. Kysymykset osin etukäteen mietitty, mutta haastattelun purun yhteydessä esiin nousseet lisäkysymykset huomioidaan tekstin kirjoittamisvaiheessa. Blogiprojekti on osa muutosjohtamisen opintoja*

*sekä osa opinnäytetyötä. Blogisuunnitelma on alustavasti hyväksytty sekä sairaanhoitajaliitossa että Laureassa. Johdantoblogi julkaistaan vasta viikolla 20 Sairaanhoitajaliitosta johtuvien viivytysten vuoksi, kansainvälinen sairaanhoitaja- viikko on vienyt huomion muilta asioilta. Tämä tulee vaikuttamaan siihen, että suunnitelmassa mainitut aikataulut tulee muuttamaan.*

En esittele tässä alkuperäistä suunnitelmaa vaan toteutuneet kirjoitukset, joita on kaikkiaan yksitoista kappaletta, ja ne kaikki löytyvät liitteinä. Alkuperäinen suunnitelmani piti paikkan-sa suhteellisen hyvin, mutta julkaisu-aikataulu venyi puolella vuodella. Tämä johtui siitä, että suunnittelin julkaisevani kaksi blogipäivitystä kuukaudessa, mutta käytännössä tahti on ollut keskimäärin blogipäivitys kuukaudessa. Ennen matkalle lähtöä ja matkan aikana julkaistiin ensimmäiset kuusi blogitekstiä. Kotiinpaluuni jälkeen vielä vuoden 2015 loppupuolella kirjoitin viisi haastatteluihin pohjautuvaa blogia.

1. Seuraa blogia Mapa®-koulutuksesta Englannissa
2. Itsemääräämisoikeuslainsäädäntö muuttuu - oletko valmis?
3. Miten MAPA®-koulutus sai alkunsa - Haastateltavana menetelmän kehittäjä Albert McHugh
4. Miten MAPA®a koulutetaan?
5. Miten MAPA®-koulutusta kehitetään?
6. Miten MAPA®a koulutetaan Harplandin psykiatrisessa sairaalassa?
7. MAPA® Suomessa
8. Tuleeko uusi itsemääräämisoikeuslaki vai ei?
9. Miten MAPA®a sovelletaan muistisairaiden hoidossa?
10. Kehitysvammalain uudistus etenee eduskunnassa - mitä lakiehdotus pitää sisällään?
11. Vammaispolitiikan haasteet Suomessa - kohti täysivaltaista kansalaisuutta.

Kirjoittaminen oli suunnitelmallista, mutta pientä spontaanisuutta kirjoittamiseen syntyi tavattuani palvelupäällikkö Kim Pierren kesäkuussa. Hän osallistui kansani MAPA®-koulutukseen Birminghamissa, ja sain idea hänen haastattelemisestaan, koska hänen kertomuksensa karismaattisesta vanhainkodin johtajasta teki minuun vaikutuksen. Kertomus teki vaikutuksen myös suomalaisiin lukijoihin, koska blogipäivitys ”Miksi MAPA® on kokeneen vanhushuollon johtajan valinta?” sai ennätysmäärän lukijoita ja tykkäyksiä. Lisäksi Sairaanhoitajaliitto lähetti kiitokset kyseisestä blogipäivityksestä sähköpostilla. Hankepäiväkirjassa kuvaan blogin syntyä seuraavasti.

*Torstaina tapaan Care Manager Kim Pierren klo 13.00 Birminghamissa. Matka junalla kestää kaksi ja puoli tuntia, joten aikaisempi tapaaminen olisi ollut vaikea järjestää. Tapaamisemme kestää kuuteen asti illalla. Aluksi lounastamme ja vaihdamme kuulumisia. Sen jälkeen*

*aloitan haastattelun vanhustenhuollon arvopohjasta ja MAPA®:sta, mikä kestää kolmisen tuntia. Äänitän keskustelun ja teen muistiinpanoja. Lopuksi otan valokuvia Kimistä blogia varten. Tiemme erkanevat klo 18.00, mutta yhteistyömme jatkuu myöhemmin. Lupasin lähettää Kimille blogikäännöksen luettavaksi ja kommentoitavaksi syyskuussa. Perjantaina luonnostelen tämän blogin synopsiksen.*

Tämä esimerkki tuo hyvin esiin, kuinka monivaiheinen ja pitkä prosessi yhden blogitekstin tuottaminen kaiken kaikkiaan on. Ensinnäkin on oltava olemassa yleistasoinen blogikirjoitusten aiheita koskeva suunnitelma. Seuraavaksi on oltava jokaista blogia koskeva suunnitelma, johon osana kuuluvat ennalta laaditut kysymykset, joiden pohjalta haastattelu toteutetaan. Haastattelun toteutus voi viedä useita tunteja tai pahimmassa tapauksessa jopa koko päivän. Purkuvaiheessa kuuntelen nauhoitetut haastattelut läpi, luen muistiinpanot läpi ja lopuksi muotoilen blogitekstin. Muotoiluvaihe voi kestää useita päiviä, minkä jälkeen tekstiluonnos lähetetään sisällön osalta tarkistettavaksi haastattelulle, joka voi tehdä muutosehdotuksia. Tämän jälkeen on vielä vuorossa sisällön tarkistus taustajoukkojen toimesta sekä oikoluku sen jälkeen, kun kaikki osapuolet ovat hyväksyneet tekstin. Jokaiselle blogitekstile on tarvittu CPI:n ja Laurean hyväksyntä ennen julkaisemista. Valokuvaus, kuvan valinta ja kuvankäsittely ovat myös oleellinen osa prosessia. Yhden blogitekstin tuottaminen on vienyt ajallisesti mitattuna keskimäärin viikon työpanoksen, kun kaikki vaiheet on laskettu mukaan.

Blogi on saanut lukijoita ja kiitosta. Blogini taustatiimiin matkan ajan ovat kuuluneet Laurea MAPA®-keskuksen maavastaava, lehtori Aulikki Yliniva ja yliopettaja Teemu Rantanen, jotka ovat tarkistaneet blogien asiasisällön. Mapa®-kouluttajat Piia Ruutu ja Sven Soldehed ovat kommentoineet kirjoituksia ja antaneet asiantuntija-apua. Suomen kielen maisteri FM Päivi Hytönen perehdytti minut alkuvaiheessa blogikirjoittamisen tekniikkaan, ja suomen kielen maisteri FM Soile Wiirilä on vastannut blogien oikoluvusta ja kielenhuollosta. Sairaanhoidajaliiton verkkopalvelupäällikkö Sami Suominen on hoitanut blogien julkaisemisen.

Keväällä 2016 blogisarja jatkui, mutta teema on vaihtunut MAPA®:sta kehitysvammalainuudistuksen seurantaan ja vammaisten oikeuksiin liittyviin teemoihin. Vuonna 2016 ilmestyneistä blogipäivityksistä vain kaksi ensimmäistä ovat osa tätä opinnäytetyötä. Blogitekstit voidaan luokitella temaattisesti kolmeen kategoriaan eli itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä käsittelevät blogitekstit, MAPA®:a käsittelevät blogitekstit sekä vammaisten oikeuksia ja yhteiskunnallista asemaa käsittelevät blogitekstit. Kaikki blogitekstit löytyvät sähköisessä muodossa Sairaanhoidajat.fi -verkkosivun (2015) kautta Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä -otsikon alta, ja ne löytyvät myös tämän työn liitteenä (Liite 3).

## 7.2 Luento Mielenterveys hoitotyön kouluspäivillä 23.9.2015

Heinäkuussa vielä Englannissa ollessani sain luentopyynnön Sairaanhoidajaliitosta. Koulutuspyynnön kimmokkeena oli kirjoittamani blogi Sairaanhoidajaliiton verkkosivuille, ja toiveena oli, että valmistelin luennon aiheesta ”Terveiset Englannista - parhaat käytännöt väkivallan hoidossa ja ehkäisyssä”. Koska luentopyyntö tuli kesäkuun puolella, ehdin valmistella luennon osittain valmiiksi Englannissa. Sain luvan haastatella Harplandin sairaalan henkilökuntaa ja ottaa kuvia sairaalassa toteutetuista tilaratkaisuista luento varten. Käyttöni annettiin myös materiaaleja sairaalan hoitofilosofiaan, hoito-ohjeisiin ja kansalliseen lainsäädäntöön liittyen. Työstin Harplandin sairaalassa kasaamani materiaalin esityksen muotoon kotiinpaluuni jälkeen.

Kävin pitämässä luennon sovitus 23.9.2015 Mielenterveys hoitotyön kouluspäivillä, jotka pidettiin hotelli Marskissa Helsingissä. Luennon lopullinen otsikko oli Terveiset Englannista - parhaat käytännöt psykiatrisessa hoitotyössä - esimerkkinä Harplandin sairaala. Kyseessä oli Sairaanhoidajaliiton koulutussäätiön Fiocan koulutustilaisuus, ja se oli kohdennettu mielenterveyshoito ammattilaisille. Liitteenä päivän ohjelma sekä luennolle tekemäni PowerPoint-esitys. (Liitteet 5-6).

## 7.3 Artikkelit Muisti-lehdessä 4/2015

Otin yhteyttä Muisti-lehden toimitukseen jo loppusyksystä 2014 sähköpostilla ja ehdotin MA-PA®-aiheisen artikkelin kirjoittamista lehteen muistisairaiden hoidon näkökulmasta. Kävimme toimitussihteerin Heidi Härmän kanssa sähköpostikirjeenvaihtoa keväällä 2015, ja hän lupautui esittämään idean lehden toimitusneuvostolle. Syksyllä 2015 palattuani Englannista takaisin Suomeen asia oli edennyt niin pitkälle, että aloitimme jutun tekemisen.

Päädymme toteutuksen osalta ratkaisuun, että Heidi Härmä haastattelee minua ja laatii haastattelun pohjalta julkaistavan tekstin. Tapasimme haastattelujen tiimoilta kahtena tiistaina 7.10.2015 ja 13.10.2015 Helsingissä. Haastattelulle oli molemmilla kerroilla varattu aikaa reilu tunti. Juttu julkaistiin marraskuussa Muistiliiton Muisti-lehdessä 4/2015 otsikolla ”Yhteisestä ymmärryksestä sujuvaa arkea.” Jutun yhteydessä oli linkki Suomen mapa® keskuksen sivuille sekä blogiini Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla. Teksti löytyy tämän työn lopusta. (Liite 7)



## 8 Johtopäätökset

Tämän monivaiheisen tutkimuksellisen kehittämishankkeen keskeisenä innoittajana on ollut halu hankkia tietoa ja valmiuksia, joiden avulla voin jatkossa kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä muutokseen, joka aiheutuu itsemääräämisoikeuslainsäädännön uudistumisesta. Lakialoite asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta raukesi keväällä 2015 perustuslain vastaisena, mutta lakiuudistus on välttämätön toteuttaa lähitulevaisuudessa, monestakin eri syystä. Ensinnäkin Suomessa voimassa oleva itsemääräämistä ja pakkokeinoja koskeva lainsäädäntö on monilta osin vanhentunutta, eikä se täytä kansainvälisten ihmisoikeussopimusten vaatimuksia. Suomi on sitoutunut Euroopan Unionin lainsäädäntöön ja YK:n ihmisoikeussopimuksiin.

Lainsäädännön taustalla vaikuttavaa ihmisoikeusajattelua ja YK:n ihmisoikeussopimuksia esiteltiin työn teoreettisia lähtökohtia käsittelevässä osassa. Ihmisoikeusajattelun leviäminen toisen maailman sodan jälkeen on muuttanut tapaa, jolla aiemmin poikkeavina pidettyjä yksilöitä kohdellaan ja hallinnoidaan. Ihmisoikeudet ovat laajentuneet koskemaan aiemmin hoidonhuollonalaisena pidettyjä ihmisryhmiä, kuten mielisairaita, kehitysvammaisia ja muistisairaita, ja samalla näiden ihmisryhmien valta päättää omista asioistaan on kasvanut. Vammaisliikkeen tavoitteena on aiemmin poikkeavina pidettyjen ihmisryhmien integraatio yhteiskuntaan sekä täysivaltainen kansalaisuus. Rajoittamisen vastainen liike on myös näyttänyt voimansa maailmanlaajuisesti. Pyrkimys pakkokeinojen vähentämiseen sosiaali- ja terveysalalla on kansainvälinen tendenssi, jota vammaisliike ja potilasjärjestöt ovat olleet aktiivisesti ajamassa. Suomi on mukana tässä kehityksessä yhteiskunnan rakenteiden, hoitokäytäntöjen ja lainsäädännön uudistamisen kautta (Keski-Valkama 2010; STM 2014:14; THL 2016 a; THL 2016b).

Kehittämishankkeeni tavoitteena on ollut itsemääräämisoikeuteen ja sen rajoittamiseen liittyvien uskomusten, arvojen, asenteiden ja käytäntöjen tutkiminen. Tavoite on saanut erilaisia muotoiluja hankkeen eri vaiheissa. Työn teoreettisessa osassa tutkimuksen kohteena olivat itsemääräämisoikeuden lisäämisen ja pakon vähentämisen filosofiset, juridiset ja yhteiskunnalliset lähtökohdat. Kehittämisen osalta päätavoite konkretisoituu kolmeen alatavoitteeseen ja osaprojektiin, jotka ovat seuraavat:

1. Vanhustenhuollon henkilöstön asenteiden ja vallitsevien käytäntöjen kartoittaminen rajoittamistoimien suhteen Ethico-roolipeliväittely™-metodin avulla. Tavoitteena eettisten ristiriitojen avaaminen ja tutkiminen käytännön työn näkökulmasta.

2. Pakkokeinojen käytön vähentämiseksi suunnattujen koulutuksellisten ratkaisujen etsiminen. Keskeisenä osaprojektina MAPA-koulutukseen liittyvän osaamisen hankkiminen ja sen tunnettavuuden lisääminen.
3. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja tiedon jakaminen asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuteen liittyvästä lainsäädäntöuudistuksesta sekä pakkokeinojen vähentämisestä. Keskeisinä toteutuskeinoina blogikirjoitukset, lehtikirjoitukset ja luennot.

Nostan seuraavaksi esiin keskeisimmät tulokset kehittämisen alaprojektien osalta. Ensimmäisessä osaprojektissa tutkin Ethico-roolipeliväittelyn™ keinoin vanhustenhuollon henkilöstön asenteita ja käsityksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja pakkokeinojen käytöstä. Toteutin roolipeliväittelyt™ kahdessa vanhusten ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa. Väittelyteemoja oli kaikkiaan kolme:

- Sitominen: Asukkaan saa sitoa tuoliin /puolesta ja vastaan
- Tahdonvastainen lääkintä: Lääkkeet saa piilottaa ruokaan /puolesta ja vastaan
- Hygienihaalari: Hygienihaalari loukkaa ihmisarvoa /puolesta ja vastaan

Roolipeliväittelyt™ toivat ilmi sen, että arjen eettisyyteen liittyvät teemat askarruttavat henkilöstöä. Turvallisuus oli teema, joka nousi esiin kaikissa väittelyissä. Suurin huoli kohdistui rajoittamiskeinojen vähentämisen seurauksiin, eli kuinka paljon lisää inhimillistä kärsimystä ja kustannuksia yksisilmäinen rajoittamistoimien kieltäminen voi tuoda tullessaan. Muistisaira vanhuksen kohdalla kyvyttömyys päättää asioista tai ymmärtää tekojen seurauksia herätti keskustelua itsemääräämisoikeuden rajoista. Miten voidaan taata turvallinen hoito, jos potilas saa kieltäytyä kaikista hoitotoimista? Itsemääräämisoikeus vaikuttaa väittelyjen perusteella olevan konsepti, joka tulkitaan hyvin monilla eri tavoilla arjen päätöksentekotilanteissa, ja tämä saattaa pahimmassa tapauksessa aiheuttaa konflikteja omaisten, asiakkaiden ja henkilöstön välillä.

Ihmisoikeuksien osalta väittelyissä kiistaa aiheutti, missä kulkee yksilön vapauden rajat turvallisuuden ja muiden kunnioittamisen näkökulmasta. Toisin sanoen, miten suhteuttaa yksilön toiveiden, tarpeiden ja halujen toteuttaminen niin, etteivät ne vaaranna yksilön omaa eivätkä myöskään toisten turvallisuutta tai viihtyvyyttä. Toisaalta pohdittiin, miten oikeudet ja velvollisuudet suhteutuvat toisiinsa. Väittelyn aiheiden tiimoilta syntyi moniulotteisia keskusteluja. Esimerkkinä kiista siitä, onko hygienihaalari ihmisarvoa loukkaava, henkilön toimintaa rajoittava asu vai ihmisarvoa lisäävä hoidollinen vaate, joka auttaa ihmisen säilyttämään arvokkuutensa muiden silmissä. Väittelyissä pohdittiin myös filosofisesti perustavanlaatuisia kysymyksiä, kuten mikä ero on vauvan ja vanhuksen ihmisarvolla? Toisin sanoen pitäisikö vauvojen potkukuput kieltää ihmisarvoon vedoten?

Ilmaan nousi myös ihmetys siitä, voiko laki kieltää hygienihaalarin käytön tai tuoliin sitomisen, jos se on ihmisen oman tahdon mukaista? Puolustajien mukaan esimerkiksi sitominen tulee perustella jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen, koska arjen monimutkaiset päätöksentekotilanteet edellyttävät, että hoitaja voi käyttää harkintaansa asiakkaan parhaaksi. Joissain tapauksissa tuoliin sitominen voi jopa parantaa elämänlaatua ja olla siten potilaan oikeuksia tukevaa toimintaa mahdollistaen sosiaalisen elämän. Hoitajan harkinnan tärkeyttä tuotiin esiin myös lääkkeiden piilottamisen yhteydessä. Dementiaa sairastavalla on usein alentunut käsityskyky, ja hoitajan tehtävä on ajatella asiakkaan parasta antamalla hänelle elintärkeät lääkkeet.

Monet ajankohtaiset yhteiskunnalliset ilmiöt, kuten vaatimus kustannustehokkuudesta ja kiristyvä kansantalous, aiheuttavat huolestuneisuutta henkilöstössä, sillä henkilöstöressurssien vähentäminen heikentää potilasturvallisuutta ja vaikeuttaa hoitoon pääsyä. Lisäksi päänvaivaa arjessa aiheuttaa epätietoisuus asiakkaan oikeuksista, erityisesti oikeus päättää omasta hoidostaan.

Palautteiden perusteella Ethico-roolipeliväittely™ osoittautui toimivaksi ja pidetyksi tutkimus- ja koulutusmetodiksi, joka sopii erinomaisesti eettisten kysymysten ja arvoriitojen käsittelemiseen. Ajatuksena Ethico-roolipeliväittelyn™ osalta on, että voin jatkossa hyödyntää sitä muutosjohtamisen apuvälineenä erityyppisissä toimintaympäristöissä, sillä tulevaisuudessa on odotettavissa laajamittainen henkilöstön koulutustarve lainsäädäntömuutokseen liittyen. Tämä tarve on ilmaistu selkeästi myös sosiaali- ja terveysministeriön toimesta (STM 2014:14). Koulutustarpeen laajuutta ei ole vielä mahdollista arvioida, sillä lakiehdotus asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta on vasta menossa uudelleentalmisteluun sosiaali- ja terveysministeriössä, joten sen sisällöstä tai seurausvaikutuksista ei ole tarkkaa tietoa.

Roolipeliväittelyt™ toivat esiin, että koulutustarve ei koske vain itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä vaan merkittävässä määrin myös arjen eettisen päätöksenteon yksityiskohtia. Erityisesti vanhustenhuollossa voimassa olevaan itsemääräämisoikeuslainsäädäntöön liittyvien puutteiden ja aukkojen vuoksi paikalliset hoitolaitokset ovat laatineet omia toimintaohjeitaan rajoittamisesta ja pakkokeinojen käytöstä. Näistä paikallisista toimintatavoista olisi tarkoituksenmukaista saada tietoa ennen uuden lain voimaantuloa, jotta toimintakulttuurin muuttaminen ja uuden lainsäädännön vaatimusten sisäänajo tapahtuisi mahdollisimman kitkattomasti. (Valvira 2015.) Ethico-roolipeliväittely™ sopii palautteiden mukaan tähän tarkoitukseen erinomaisesti.

Pakkokeinojen vähentämiseen suunnattujen koulutuksellisten ratkaisujen etsiminen on ollut yksi keskeinen tavoite tässä kehittämishankkeessa. Kuten tämän työn teoreettisessa osassa tuotiin esiin, ihmisoikeusajattelu on juridisen ja poliittisen ajattelumme perusta, jonka tunteminen on välttämätöntä korkeatasoisen hoidon varmistamiseksi. Turun kaupungin omista-

massa Kupittaaan sairaalassa on juuri meneillään selvitystyö pakkotoimien perusteettomasta käytöstä (Valvira 2016). Kupittaaan suljettujen osastojen potilaat, jotka ovat joutuneet kaltoin kohdelluiksi hoitonsa aikana, ovat kaavailleet nostavansa joukkokanteen Euroopan ihmisoikeustuomioistuimeen henkilökunnan tekemistä ihmisoikeusrikkomuksista (Iltalehti 2016). Kupittaaan sairaalan tapauksessa täytyy katse kääntää mielivaltaa ylläpitäviin rakenteisiin, kuten ihmisoikeuksia polkevaan hoitokulttuuriin ja huonoon johtamiseen (Kurvinen 2016). Oleellinen kysymys on, miksei mielenterveyslain linjauksia pakkokeinojen käytöstä ole kyseisessä sairaalassa huomioitu asianmukaisesti? Turun Kupittaaan sairaalassa tapahtuneet ihmisoikeusrikkomukset mielestäni osoittavat, että Suomessa on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä, joka kiireellisesti tarvitsee sekä ihmisoikeuksiin että rajoittamisen ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen liittyvää koulutusta.

Tutkimuksellisesta näkökulmasta kehittämishankkeeni aikana esiin noussut keskeinen ongelma on, että näyttöön perustuvaa tutkimusta rajoittamistoimien käytöstä ja eri metodien vaikuttavuudesta on olemassa hyvin vähän. Samaan ongelmaan kiinnittivät huomiota psykiatrit Rovasalo ja Jüriloo (2011) Duodecimin pääkirjoituksessa. Toimintoja on vaikea kehittää luotettavalta pohjalta, jos tutkimusnäyttöä päätöksenteon tueksi ei ole saatavilla. Tutkimuksellisesta ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta olisi ensiarvoisen tärkeää hankkia ja tuottaa tietoa, joka auttaa päätöksentekijöitä linjaamaan poliittiset ja paikalliset strategiat lainsäädännön kanssa yhteensopiviksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2016a) koordinoima projekti ”Kansallinen verkosto pakon vähentämiseksi” koskee vain mielenterveyssektoria. Tällä hetkellä Suomesta puuttuu pakonvähentämisen kansallinen strategia vanhustenhuollon ja akuuttihoiton osalta (Valvira 2015). Mikäli kansallisia strategioita ei saada, on olemassa riski, että rajanvetokeskustelu autonomiasta ja heitteillejätöstä tapahtuu paikallistason organisaatioissa (Valvira 2015; 2016).

Lainsäädännön linjauksilla on merkittäviä seurausvaikutuksia sille, miten yksilön autonomiaa tulkitaan käytännön hoitotyön päätöksentekotilanteissa. Siksi lainsäätäjien tulisi olla hyvin tarkkoja määrittäessään tahdonvastaisen hoidon ja toisen puolesta päättämisen reunaehdot, jotta heitteillejättöä ja toisaalta mielivaltaa saataisiin karsittua pois. Erityisen merkitykselliseksi nousee tässä yhteydessä näkemys siitä, kuka on kykenevä päättämään omista asioistaan ja missä määrin. Siksi autonomian reunaehtojen pohtiminen on keskeisellä sijalla tässä työssä. Kognitiivinen kapasiteetti on Englannin lainsäädännössä perustava lähtökohta, jota arvioidaan silloin, kun ihmisen itsemääräämistä rajoitetaan tai pakkokeinoja sovelletaan. (Mental Capacity Act 2005.) Isossa-Britanniassa myös puolueettoman tahon, Care Quality Commissionin (2016), tekemä valvontatyö on avainasemassa lainsäädännön noudattamisen ja hoidon laadun varmistamiseksi (THL 2016c).

On mielenkiintoista seurata, millaisen kannan suomalaiset lainsäätäjät ottavat autonomiaa koskeviin kysymyksiin. Kuten tässä työssä tuotiin esiin potilasjärjestöt ajavat maailmanlaajuisesti pakkokeinojen täydellistä poistamista (Mind 2016, Inclusion Bc 2016, MentalHealth America 2016). Lainsäätäjät joutuvat ottamaan kantaa myös tähän potilasjärjestöjen esittämään vaatimukseen. Lain valmistelun etenemistä seuraan jatkossakin Sairaanhoidajat.fi-sivuilla (2016) julkaistavassa Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä-blogissa. Blogia esiteltiin tarkemmin luvussa seitsemän teeman tiedonvälitys ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen alla.

Vaikka tarkkoja suuntaviivoja tarvittavalle koulutukselle lakiuudistuksen osalta ei vielä ole olemassa, on ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuden lisäämiseen ja pakonvähentämiseen liittyvä koulutus mahdollista aloittaa jo ennakoivasti. Toimintakulttuuriltaan ja arvoperustaltaan terveessä yhteisössä toimintatapojen muuttaminen on suhteellisen helppoa. Tässä työssä esitelty MAPA®-koulutus (Management of Actual and Potential Aggression) on selkeä ratkaisu työpaikoille, joissa tarvitaan vain keinoja haasteellisen käyttäytymisen ennakointiin, ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. MAPA®-koulutus sopii käytettäväksi laajasti erilaisissa sosiaali-, terveys- ja opetussektorin työpaikoissa. MAPA®-koulutus tähtää haasteellisen käyttäytymisen ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn, mutta siinä opetellaan myös tapoja hallita väkivaltaista käyttäytymistä kaikkien osapuolten ihmisoikeudet huomioivalla tavalla. (Suomen map@ keskus 2016.)

Koulutuksellisia tukitoimia tarvitaan lisää työyhteisöissä siinä vaiheessa, kun itsemääräämisoikeuslainsäädäntö uudistuu ja lainsäädännön implementointivaihe alkaa. Tästä näkökulmasta katsottuna pitkäjänteinen ja suunnitelmallinen koulutus on perusteltua aloittaa hyvissä ajoin, jotta muutosprosessista tulee mahdollisimman hallittu. Työyhteisössä tarvitaan tietoa markkinoilla olevista koulutuksista ja niiden tuomista mahdollisuuksista. Esimerkiksi uusia asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukevia teknologia- ja apuvälinesovelluksia innovoidaan kaiken aikaa siinä määrin nopeaan tahtiin, että yksittäisen työyhteisön voi olla vaikea pysyä muutoksen perässä. Työyhteisöt tarvitsevat apua teknologisten apuvälineiden valinnassa sekä käyttökoulutusta, jolla varmistetaan, että laitteita osataan käyttää asianmukaisella tavalla. Jatkossa tarvitaan myös tahoja, jotka koordinoivat teknologia- ja koulutustarjontaa.

On tärkeää muistaa, että eettiset ongelmat liittyvät aina lainsäädännön uudistuksiin, koska lainsäädäntö antaa moraaliset ohjenuorat sille, miten ammattikunnan tulee toimia. Ammatteettiset periaatteet voivat konfliktoida yksilön omien eettisten periaatteiden kanssa aiheuttaen ahdistusta. Eettiset konfliktit johtavat meidät myös roolimoraalia koskevien kysymysten äärelle - voiko ihminen toimia ammattietiikan mukaan, jos oma moraalinen käskee toisin. Tähän ongelmaan viittasin työni teoreettisessa osuudessa luvussa kaksi esitellessäni Immanuel Kantin ajatuksia moraalisesta toiminnasta ja autonomiasta (Ahonen 2008). Tällaisiin syviin eettisiin ristiriitatilanteisiin tulee myös varautua uuden lainsäädännön implementoinnin yh-

teydessä ja miettiä, miten yksilön vakaumuksen ja näkemyksen yhteensovittaminen käytännössä hoidetaan.

Eettisissä konfliktitilanteissa tarvitaan filosofien apua, mutta ennen kaikkea tarvitaan inhimillistä eettistä johtajuutta, joka kykenee huomioimaan maailmankuvalliset näkemyserot osana työyhteisön toimintaa ja joka auttaa jäsentämään, miten kussakin yksittäistapauksessa tulee toimia. Inhimillistä eettistä ongelmanratkaisukykyä vaaditaan tulevaisuudessa myös yhä enemmän jokaiselta rivityöntekijältä uuden lainsäädännön voimaan astumisen myötä. Roolipeliväittelyjen<sup>™</sup> esimerkkiteemat nousevat esiin arjen työssä yhä uudelleen, ja niihin pitää löytää ratkaisu: kuinka usein vanhuksen tulee käydä suihkussa ja voiko sängyn laidat nostaa ylös tai lääkkeet piilottaa ruokaan? Tosielämän roolipeliväittelyjä<sup>™</sup> tullaan varmasti näkemään monessa työyhteisössä, ennen kuin uuden lainsäädännön mukaiset pelisäännöt on saatu hiottua kuntoon. Systemaattisella ja oikea-aikaisella koulutuksella turhia ristiriitoja ja käytäväkeskusteluja voidaan välttää. Niinpä työyhteisön kouluttaminen kannattaa aloittaa mahdollisimman hyvissä ajoin ennen lain voimaantuloa.

Elektroniset lähteet:

Care Quality Commission, 2016. The independent regulator of health and Social care in England. Viitattu 15.4.2016. <http://www.cqc.org.uk/>

CPI eli Crisis Prevention Institute, 2016. Viitattu 14.4.2016. <http://www.crisisprevention.com>

de Fresnes, T. 2015. Valtiosääntö professori: pakkolaki ristiriidassa pikemminkin EU-oikeuden kuin perustuslain kanssa. Päivitetty 3.12.2015.  
[http://yle.fi/uutiset/valtiosaantoprofessori\\_pakkolaki\\_ristiriidassa\\_pikemminkin\\_eu-oikeuden\\_kuin\\_perustuslain\\_kanssa/8293118](http://yle.fi/uutiset/valtiosaantoprofessori_pakkolaki_ristiriidassa_pikemminkin_eu-oikeuden_kuin_perustuslain_kanssa/8293118)

Eduskunta, 2016a. Vammaisten oikeuksien yleissopimuksen ratifiointi. Viitattu 14.4.2016.  
[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/vammaisten-oikeuksien-yleissopimuksen-ratifiointi.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/vammaisten-oikeuksien-yleissopimuksen-ratifiointi.aspx)

Eduskunta, 2016b. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 20.3.2016. [https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_asiakkaan\\_itsemaaramisoikeus.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali_ja_terveydenhuollon_asiakkaan_itsemaaramisoikeus.aspx)

Eur-lex, 2016. Euroopan ihmisoikeussopimus (ECHR). Viitattu 20.4.2016.  
[http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/eu\\_human\\_rights\\_convention.html?locale=fi](http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/eu_human_rights_convention.html?locale=fi)

Eurooppatiedotus, 2016. Perussopimukset ovat EU:n lainsäädännön perusta. Viitattu 4.4.2016.  
<http://www.eurooppatiedotus.fi/public/default.aspx?contentid=92779#.Vv7UUo90JPY>

Finlex.fi, 2016. Eurooppa-tuomioistuimet. Viitattu 4.4.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/oikeus/eurooppa/>

Helsingin Sanomat, 2013a. Potilaiden sitominen yleistä sairaaloiden päivystyksissä. Kotimaa 27.1.2013. Viitattu 16.1.2016. <http://www.hs.fi/kotimaa/a1305642339735>

Helsingin Sanomat, 2013b. Pääkirjoitus - potilaiden sitominen loukkaa oikeuksia. 28.10.2013. Viitattu 5.4.2016. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/a1382849733807>

Helsingin sanomat, 2013c. Vanhusten liialliseen lääkitykseen pitää puuttua. Mielipide 30.10.2013. Viitattu 5.4.2016. <http://www.hs.fi/mielipide/a1383029495577>

Helsingin Uutiset, 2015. ”Hygienihaalarit” ja sitominen ovat arkea - ”Potilaita rajoitetaan turhaan”. 26.1.2015 - Puheenaihe. Viitattu 5.4.2016.

<http://www.helsinginuutiset.fi/artikkeli/262068-hygienihaalarit-ja-sitominen-ovat-arkea-potilaita-rajoitetaan-turhaan>

Ihmisoikeudet.net, 2016. <http://www.ihmisoikeudet.net/>

Iltalehti, 2016. Kupittaa entiset potilaat avautuvat: ”Eristyksessä tarpeensa joutui tekemään lattialle. Viitattu 30.3.2016. [http://www.iltalehti.fi/uutiset/2016033021340408\\_uu.shtml](http://www.iltalehti.fi/uutiset/2016033021340408_uu.shtml)

Inclusion BC, 2016. Policy on Restraints. Viitattu 20.4.2016.

<http://www.inclusionbc.org/about-us/social-policy-positions/restraints>

Karlsson, N. & Wahlbeck, K. 2010. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Viitattu 20.3.2016.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79925/d0d504f0-d878-4a19-97b3-e3b060f9b09a.pdf?sequence=1>

Keski-Valkama, A. 2010. The Use of Seclusion and The Mechanical Restrain in Psychiatry. Electronic dissertation Acta Electronica Universitatis Tamperensis 945. Viitattu 2.1.2016.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66581/978-951-44-8025-6.pdf?sequence=1>

Kurvinen, J. 2016. Tositarinoita hullujenhuoneelta. Viitattu 20.4.2016.

<http://blogbook.fi/juhakurvinen/tositarinoita-hullujenhuoneelta/> Päivitetty 1.2.2016

McVilly, K. 2009. Physical restraint in disability services: Current practices, contemporary concerns, and future directions. Viitattu 13.3.2016.

[http://www.dhs.vic.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/607708/osp\\_physicalrestraintindisabilityservicescurrentpractices\\_300309.pdf](http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/607708/osp_physicalrestraintindisabilityservicescurrentpractices_300309.pdf)

Mental Capacity Act, 2005. Part 1 Persons who lack capacity. Viitattu 20.4.2016.

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>,

Mental Capacity Act: making decisions, 2014. How to make decisions under the Mental Capacity Act 2005. Viitattu 14.4.2016. <https://www.gov.uk/government/collections/mental-capacity-act-making-decisions>



Mental Capacity Act code of Practise, 2016. Code of practice giving guidance for decisions made under the Mental Capacity Act 2005. Viitattu 14.4.2016.

<https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>.

Mental Health Commission, 2012. Seclusion and Physical Restraint Reduction Knowledge Review and Draft Strategy. Viitattu 14.4.2016.

[http://www.mhcirl.ie/File/SecandPPR\\_KnowRev.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/SecandPPR_KnowRev.pdf)

MentalHealth America, 2016. Position Statement 24: Seclusion and Restraints. Viitattu 14.4.2016. <http://www.mentalhealthamerica.net/positions/seclusion-restraints>

Mind, 2013. Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. Viitattu 15.4.2016.

[https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf)

MIND, 2016. We're Mind, the mental health charity. Viitattu 15.4.2016.

<http://www.mind.org.uk/>

NICE Guidelines, 2015. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Viitattu 14.4.2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

Nickel, J. 2014. Human Rights. Päivitetty 8.11.2014. Viitattu. 6.1.2016.

<http://plato.stanford.edu/entries/rights-human/#HowCanExi>

Ramstad, E & Alasoini, T. 2007. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa: Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita.

<https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/r53-teksti-jjj-korjattu-final.pdf>

Restrain Reduction Network, 2016. Viitattu 15.4.2016. <http://restraintreductionnetwork.org/>

Sairaanhoitajat.fi (2015): Potilaan itsemääräämisoikeus hoitotyössä.

<https://potilaanitsemaaramisoikeushoitotyossa.sairaanhoitajat.fi/>

Socialstyrelsen, 2010. Alltjämt ojämlikt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen, Stockholm.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18075/2010-6-21.pdf>

Soininen, P. 2014. Coercion, Perceived Care and Quality of Life Among Patients in Psychiatric Hospitals.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2>

STM, 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta halutaan vahvistaa. Tiedote päivitetty 4.4.2014. [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakkaan-itsemaaramisoikeutta-halutaan-vahvistaa](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakkaan-itsemaaramisoikeutta-halutaan-vahvistaa)

STM, 2014:14. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Työryhmän loppuraportti. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116147/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3485-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116147/URN_ISBN_978-952-00-3485-6.pdf?sequence=1)

STM, 2015:21. Vammaislainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125919/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3582-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125919/URN_ISBN_978-952-00-3582-2.pdf?sequence=1)

Suomen mapa® keskus. 2015. <http://suomenmapakeskus.fi/>

Suomen YK-liitto, 2016. Ihmisoikeudet. <http://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet>

THL, 2016a. Pohjoismainen verkosto pakonvähentämiseksi. Viitattu 15.3.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/yhteistyohjelmat/pohjoimainen-verkosto-pakon-kayton-vahentamiseksi>.

THL, 2016b. Vammaispalvelujen käsikirja. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/vammaislainsaadannon-uudistus>.

THL, 2016c. Care Quality Commission. Viitattu 20.4.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/valva/lontoon-opintomatka-22.-25.11.2015/care-quality-commission-cqc->

Turkulainen, 2016. Kupittaaan psykiatristen osastojen potilaat huolissaan oikeusturvastaan. Päivitetty 29.3.2016 <http://www.turkulainen.fi/artikkeli/379033-kupittaaan-psykiatristen-osastojen-potilaat-huolissaan-oikeusturvastaan>

Unric, 2016. Yhdistyneiden kansakuntien peruskirja. Viitattu 13.3.2016. <https://www.unric.org/fi/perustietoa-yksta/13>

Valvira, 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. Puolivuotisraportti.

[http://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran\\_sote\\_valvontahavainnot\\_puolivuo\\_tisraportti\\_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96](http://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuo_tisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96)

Valvira, 2016. Selvitys Kupittaaan sairaalan toiminnasta etenee. Viitattu 20.4.2016.

<https://www.valvira.fi/-/selvitys-kupittaaan-sairaalan-toiminnasta-etenee>

WHO, 2008. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)

Välämäki, M. ym. 2013. Hoitajien työn hallinta psykiatrisen potilaan väkivaltatilanteissa. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja a66.

[https://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-9576.pdf](https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-9576.pdf)

Painetut lähteet:

Aalto-Kallio, M., Saikkonen P., Koskinen-Ollonqvist, P. 2009, Arvioinnin kartalla matka teoriasta käytäntöön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 7/2009. Kehitys Oy, Pori

Aaltola, E., Keto, S., Riikonen, S. & Anttila-Rodrigues, S. 2015, Eläimet yhteiskunnassa, Into, Helsinki.

Aaltola, E. & Koskinen, J. 2013, Johdatus eläinfilosofiaan, Gaudeamus, Helsinki.

Ahonen, S. 2008, Immanuel Kantin moraaliteorian soveltamiseen liittyvistä vaikeuksista: miten velvollisuuksien väliset konfliktit ratkaistaan? Helsingin yliopisto, Helsinki.

Ahonen, S., Kannisto, T. & Vuollekoski, K. 2009, Huumeet ja maailma: kansainvälisyyskasvatuksen opas, Elämäntapaliitto, Helsinki.

Allison, H., 1995, Reflections on Banality of (Radical) Evil: A Kantian Analysis. Graduate Faculty Philosophy Journal. Vol. 18, No 2, s. 141-158.

Ashcroft, R.E. (toim.) 2007, Principles of health care ethics, 2nd ed. / edited by Richard E. Ashcroft. Wiley, Chichester.

Christensen, K. 2009, In(ter)dependent lives. Scandinavian Journal of Disability Research vol 11:2, 117 - 130.

Baggini, J., Fosl, P.S. & Kilpeläinen, T. 2012, Etiikan pikkujättiläinen: työkalut moraalijattelun, Niin & näin, Tampere.

Beauchamp, T.L. & Frey, R.G. cop. 2011, The Oxford handbook of animal ethics, Oxford University Press, New York.

Berg, S. 2008, Klass och funktionhinder. I bok Grönvik, L. & Söder, M. (red.) Bara funktionshindrad? Funktionshinder och intersektionalitet. Malmö. Gleerups, 115 - 133.

- Bernstein, M.H. 2015, The moral equality of humans and animals.
- Brusen, P. 2005, Psykiatrireformen. I bok Hydén, Lars-Christer (red.) Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Lund: Studentlitteratur; 41-61
- Bulow, P. 2005, Psykiskt funktionshindrade i samhället. Epidemologi, omfattning, behov." I boken Hydén, L. (red) Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Lund, Studentlitteratur, 83-99.
- Cruft, R., Liao, S.M. & Renzo, M. 2015, Philosophical foundations of human rights, Oxford University Press, Oxford.
- Guyer, P. 1992, Introduction. Teoksessa Guyer, P. (toim.) The Cambridge Companion to Kant. s. 1-25. Cambridge University Press.
- Dean, M. 2010, Governmentality: power and rule in modern society. Toinen painos. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Eggleston, B. & Miller, D.E. 2014, The Cambridge companion to utilitarianism, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ehrnrooth, J. 1992, Intuitio ja Analyysi. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 30 - 41. Gaudeamus, Helsinki.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Euroopan ihmisoikeusyleissopimus, 1990, VAPK-kustannus, Helsinki.
- Forst, R. & Farrell, J.M.M. (toim.) 2002, Contexts of justice: political philosophy beyond liberalism and communitarianism, University of California Press, Berkeley.
- Foucault, M. 1993, Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason. Kääntäjä Howard, R. Routledge, London.
- Foucault, M. 2010, Sanat ja asiat: eräs ihmistieteiden arkeologia, Suomentaja Koivusalo, M. & Määttä M. Gaudeamus, Helsinki.
- Foucault, M. 2013, Klinikin synty. Suomentaja Määttä, S. Niin & näin, Tampere.
- Foucault, M. 2005, Tarkkailla ja rangaista, Suomentaja Nivanka, E. Otava, Helsingissä.
- Foucault, M., 2010, Seksuaalisuuden historia: tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä. Suomentaja Sivenius, K. 2., uud. Laitos. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.
- Grant, C. & Tiittula, R. 2013, Eläinten oikeudet, Into, Helsinki.
- Grönvik, L. & Söder, M. 2008, Bara funktionshindrad? funktionshinder och intersektionalitet, 1. uppl. edn, Gleerup, Malmö.
- Helsingin Sanomat 5.4.2014: Hoidon pakkokeinoja aiotaan rajoittaa lailla. Kotimaa A 16
- Harpur, P. 2012, From disability to ability: changing the phrasing of the debate. Disability & Society, Vol 27, No. 3, 325-337.

- Hugemark, A. & Roman, C. 2007, Diversity and Division in the Swedish Disability Movement: Disability, Gender and Social Justice. *Scandinavian Journal of Disability Research* vol 9:1, 26-45.
- Häyry, M. 2001, Mahdollisimman monen onnellisuus: utilitarismin historia, teoria ja sovellukset, WSOY, Porvoo.
- Häyry & Takala 2010, Paternalismi ja pakottaminen. Teoksessa Räikkä, J. (toim.) Yhteiskuntafilosofia, Unipress, Kuopio, 65-77.
- Ihmisoikeusliitto 2002, Ihmisoikeudet 2000-luvulla: sopimuksia ja asiakirjoja, Helsinki.
- Järkestig Berggren, U. & Gunnarsson, E. 2010, User-oriented mental health reform in Sweden: featuring 'professional friendship'. *Disability & Society* vol 25:5, 565-577.
- Järvinen, M. 2011, Konstruktivistinen oppimiskäsitys opettajan pedagogisena työvälineenä alkuopetuksessa: näkökulmia muutokseen, Tampere University Press, Tampere.
- Juvonen, T., Rossi, L. & Saresma, T. 2010, Käsikirja sukupuoleen, Vastapaino, Tampere.
- Kakkuri-Knuutila, M. 1998, Argumentti ja kritiikki: lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot, Gaudeamus, Helsinki.
- Kakkuri -Knuutila, M. 1998, Väittely. Teoksessa (toim.) Marja- Liisa Kakkuri- Knuutila Argumentti ja Kritiikki - Lukemisen, keskustelun ja vakuuttamisen taidot. Gaudeamus, 176-225.
- Kananen, J. 2012, Laadullinen tutkimus opinäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja 175
- Kananen, J. 2014, Kehittämistutkimus opinäytetyöni: Kehittämistutkimuksen käytännön kirjoittamisen opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja134.
- Kant, I, 1990, Siveysopilliset pääteokset. Kääntänyt Salomaa, J.E. Toinen laajennettu painos. WSOY, Porvoo.
- Kant, I. 1991, Kant's political writings, 2. Kääntynyt Reiss, H. Toinen laajennettu painos. Cambridge University Press, Cambridge.
- Kant, I., 1996, Practical philosophy. Kääntänyt ja toimittanut Gregor, M. Cambridge University Press, New York.
- Kant, I., 1997, Critique of practical reason. Kääntänyt Gregor, M Cambridge University Press, Cambridge.
- Kant, I., 1998, Critique of pure reason. Kääntänyt Guyer, P. & Wood, A.W. Cambridge University Press, Cambridge.
- Kant, I. 2000, Ikuisen Rauhaan. 4. p. Kääntänyt Jaakko Tuomikoski. Karisto, Hämeenlinna. Alkuperäisteos Zum ewigen Frieden.
- Karlsson, L 2008, More real than reality - A study of voice hearing. *International Journal of Social Welfare* vol 17:4, 365-373.
- Kenley, K. 1962, One flew over the cockoo´s nest. London, Picador

- Kivinen, T. 2014, Ethics of international animal law, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Koivisto, J., Mäki, M. & Uusitupa, T. 1995, Mitä on valistus? Vastapaino, Tampere.
- Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. (toim.) 2013, Ihmisoikeuksien käsikirja, Tietosanoma, Helsinki.
- Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. 2013, Ihmisoikeuksien lyhyt historia. Teoksessa Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. 2013 (toim.) Ihmisoikeuksien käsikirja, Tietosanoma, Helsinki, 25-45.
- Kopperi, M. 1995, Oikeudenmukaisuus ja hyvä elämä: liberalistien ja kommunaristien kiista perusteista, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Korkman, P. 1999, Moderni moraalit ja ihminen. Teoksessa Korkman, Petter & Yrjönsuuri, Mikko (toim.): Filosofian historian kehityslinjoja. s. 238-264. Gaudeamus, Helsinki
- Korkman, P. & Yrjönsuuri, M. 1998, Filosofian historian kehityslinjoja, Gaudeamus, Helsinki.
- Kristiansen, K., Shakespeare, T. & Vehmas, S. 2009, Arguing about disability: philosophical perspectives, Routledge, Abingdon.
- Kristoffersson, E. & Nergelius, J. 2015, Human rights in contemporary European law, Hart Publishing, Oxford.
- Kurki, L. & Tomperi, T. 2011, Väittely opetusmenetelmänä - Kriittisen ajattelu, argumentaation ja retoriikan keinot käytännössä. Eurooppalaisen filosofian seura ry niin & näin. Tallinnan kirjapaino osakeyhtiö, Tallinna.
- Kurki, V. 2012, Tarvitaanko eläinten oikeuksia? Eläinten oikeussubjektiviteetin mahdollisuus ja hyödyt, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Larsson, K. & Szebehely, M. 2006, Äldreomsorgens förändringar under de senaste decennierna, s 411-420. I Äldres levnadsförhållanden. Arbete ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003. Levnadsförhållanden rapport 112. Stockholm: SCB.
- Launis, V. 2003, Geeniteknologia, arvot ja vastuu, Gaudeamus, Helsinki.
- Launis, V. & Räikkä, J. 1997, Geenit ja etiikka, Edita, Helsinki.
- Lavapuro J. 2013, Kotimaiset tuomioistuimet. Teoksessa Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. (toim.) Ihmisoikeuksien käsikirja, Tietosanoma, Helsinki, 463 - 485.
- Lawson, A. & Schiek, D. 2011, European Union non-discrimination law and intersectionality: investigating the triangle of racial, gender and disability discrimination, Ashgate Pub, Burlington, Vt.
- Markström, U 2005, Arbetet med personer med psykiska funktionshinder. Versamheterna och de anställda." I boken Hydén, Lars-Christer (red): Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Lund: Studentlitteratur, 105- 122.
- Mattsson, T. 2010, Intersektionalitet i socialt arbete: teori, reflektion och praxis, 1. uppl. edn, Gleerup, Malmö.

- Mikkeli, H. 1998, Renessanssifilosofia. Teoksessa Korkman, Petter & Yrjönsuuri, Mikko (toim.): Filosofian historian kehityslinjoja. s. 161 - 186. Gaudeamus, Helsinki
- Mikkola, M. 2010, Social human rights of Europe, Legisactio, Helsinki.
- Mäkelä, K. 1992, Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteita. Teoksessa Mäkelä K (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 42 - 59. Gaudeamus, Helsinki
- Mäkinen, V. & Korkman, P. (toim). 2006, Transformations in medieval and early-modern rights discourse. Springer, Dordrecht.
- Mill, J.S. 1987, Utilitarianism, Prometheus Books, Buffalo, N.Y.
- Mill, J.S. 1986, On liberty, Prometheus Books, Buffalo, N.Y.
- Niemi, P. 2004, Persoonan käsite Kantilla. Teoksessa Kotkavirta, J. & Niemi P. (toim.) Persoonana. s. 97-109. SoPhi 84. Jyväskylän yliopisto. Minervakustannus, Jyväskylä.
- Ojanen, T. 2013, Perusihmisoikeudet Euroopan Unionissa. Teoksessa Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. (toim.) Ihmisoikeuksien käsikirja. Tietosanoma, Helsinki, 46- 59.
- Oliver, M. 2004, If I had Hammer: The Social Model in Action. In bok Swain, J., French, S., Barnes, C. & Thomas, C. (eds) Disabling Barriers - enabling environments (second edition). London: Sage publications, 7-12.
- Paton, H., 1963, The Categorical Imperative - A Study in Kant's Moral Theory. 4. p.
- Pirjatanniemi 2013, Vammaisten henkilöiden ihmisoikeudet. Teoksessa Koivurova, T. & Pirjatanniemi, E. 2013, Ihmisoikeuksien käsikirja, Tietosanoma, Helsinki, 270 -296.
- Pietikäinen, P. 2013, Hulluuden historia, Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.
- Puolimatka, T. 2002, Opetuksen teoria: konstruktivismista realismiin, Tammi, Helsinki.
- Rovasalo, A. & Jüriloo, A. 2011, Psykiatristen pakkotoimien vähentämisessä ei moralisointi auta. Duodecim 2011; 127: 5-7.
- Räikkä, J. (toim.) 2010, Yhteiskuntafilosofia. Unipress, Kuopio.
- Saastamoinen, Kari. 1998, Yhteiskuntasopimusteoria. Teoksessa Korkman, P. & Yrjönsuuri, M. (toim.) Filosofian historian kehityslinjoja. Gaudeamus, Helsinki, 265-288.
- Sandlund, M. 2005, Vad är psykiska funktionshinder? I boken Hydén, L. (red). Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Lund: Studentlitteratur, 63 -80.
- Shakespeare, T. 2006, Disability rights and wrongs, Routledge, Abingdon, Oxon.
- Siljander, P. 2015, Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen: peruskäsitteet ja pääsuuntauokset. Uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.
- Schneewind, J. B., 1998, The Invention of Autonomy - A History of Modern Moral Motivation. Cambridge University Press.

- Sullivan, Roger, J. 2000, *Immanuel Kant's moral theory*. 5. p. The Press syndicate of university of Cambridge.
- Suomen Unesco-toimikunta, 1988, *Ihmisoikeudet: perustietoa ihmisoikeuksista*, Helsinki.
- Stirling, C. & McHugh, A. 1997, "Natural therapeutic holding: a non-aversive alternative to the use of control and restraint in the management of violence for people with learning disabilities". *Journal of advanced nursing*, vol. 26, no. 2, 304-311.
- Svensson, T 2005, *Psykiatri eller inte? Radikal psykiatrikritik under 1960- och 1970- talet.* I boken Hydén, L.(red) *Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad*. Lund. Studentlitteratur, 195- 214.
- Timmermann, J. 2007, *Kant 's Groundwork for the Metaphysics of Moral - A Commentary*. Cambridge University Press.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009, *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. 3. korjattu painos. Tampere University Press, Tampere.
- Topor, A. & Di Girolamo, S. 2010, You have to be careful who you talk to and what u say... - on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health*, December 2010, 19 (6): 553 -561.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 6. uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.
- Vehmas, S. 2005, *Vammaisuus: johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*, Gaudeamus, Helsinki.
- Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M.2011. *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011*. Helsinki



## Liite 1 Ethico - roolipeliväittelyn™ aiheet ja aikataulu

### ETHICO - ROOLIPELIVÄITTELY™ JOULUKUU 2014

#### KAKSI NÄKÖKULMAA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN:

Väittelyn avulla on tarkoitus tuoda esiin työyhteisössä esiintyviä näkemyksiä itsemääräämisoikeuteen liittyen. Teemaa käsitellään kahdesta eri näkökulmasta:

Mitä hoitaja saa tehdä? - Mitä asukas/ vanhus saa tehdä?

#### VÄITTELYN AIHEET:

##### RAJOITTAMISTOIMENPITEET

Sitominen: Asukkaan saa sitoa tuoliin. Puolesta / vastaan eri rooleissa.

##### OIKEUS PÄÄTTÄÄ OMASTA TERVEYDESTÄÄN / ELÄMÄSTÄÄN

Tahdonvastainen lääkintä: Lääkkeet saa piilottaa ruokaan. Puolesta / vastaan eri rooleissa.

##### IHMISARVO JA PUKEUTUMINEN

Hygieniahaalari loukkaa ihmisarvoa. Puolesta/ vastaan eri rooleissa.

#### ROOLIT:

Väittelyssä arvotaan valmiit roolit, joita on kuusi: Osastonhoitaja, lähihoitaja, omainen, muistisairas vanhus, lääkäri, vanhusaktivisti. Muut toimivat yleisönä.

Väittely tapahtuu valitusta teemasta 4-6 henkilön ryhmässä, siten että jokainen saa roolinsa lisäksi puolesta/ vastaan kortin. Roolit sekä puolesta/ vastaan kortit jaetaan arpomalla.

Väittelyssä jokainen puhuu roolin kautta, mutta samalla selvitetään, mitä aiheesta työyhteisössä ajatellaan: millaisia näkemyksiä asiakkaan ja hoitajan oikeuksista työyhteisössä liikkuu.

#### VÄITTELYN KULKU

Puheenjohtaja johtaa väittelyä ja hänen apunaan toimiva sihteeri ottaa aikaa, äänittää keskustelut, kirjaa pääargumentit ylös sekä laskee väittelyn jälkeen yleisöäänestyksen tuloksen parhaasta väittelijästä.

## AIKATAULUTUS

13.00 - 13.30 Alkuvalmistelut ja ohjeistus, väittelyn vetäjien esittely  
Väittelyn tausta ja tarkoitus, ohjeistus ja väittelyn kulku  
Ryhmiin jako, väittelyn teema sekä roolit

13.30 - 14.00 Väittely 1 / 4-6 henkilöä  
Hygienihaalari - puolesta vastaan

14.00- 14.30 Väittely 2 /4- 6 henkilöä  
Sitominen. Puolesta /vastaan eri rooleissa.

14.30 - 15.00 Purku: yhteenveto väittelyistä: mitä kantoja nousi esiin  
Millaiset näkemykset saivat kannatusta äänestyksissä  
Kurkistus väittelyn teemojen taakse: mitä on ihmisarvo,  
Mitä ovat ihmisoikeudet, mitä on turvallisuus hoitotyössä.  
Lyhyt kooste: Mitä lakiehdotus sanoo näistä teemoista?

Palaute ja kiitos!

## Liite 2 Palautelomake

## PALAUTE

KURSSIN NIMI:

KOULUTTAJAN NIMI:

OMA NIMI:

(Voit palauttaa myös nimettömänä!)

Pyydämme sinua arvioimaan kouluttajan työskentelyä ja opetusmateriaalia asteikolla 1-5 (5 = erittäin hyvä, 4 = hyvä, 3 = keskinkertainen, 2 = huono, 1 = erittäin huono) ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

Toivomme, että vastaat myös avoimiin kysymyksiin.

Mielipiteesi kouluttajan	erittäin hyvä	hyvä	keskinkertainen	huono	erittäin huono
asiantuntemuksesta	5	4	3	2	1
asioiden esittämistäidosta	5	4	3	2	1

Perustelut:

---



---

Mitä kouluttaja teki erityisen hyvin?

---



---

Mitä kouluttaja olisi voinut tehdä paremmin?

---



---

MATERIAALI

	erittäin hyvä	hyvä	keskinkertainen	huono	erittäin huono
Kouluttajan materiaali: kalvot, tehtävät	5	4	3	2	1

Perustelut:

---



---

Mitä muuta haluaisit sanoa?

---



---



---

Kiitos palautteestasi!

Liite 3 Blogi Potilaan itsemääräämisoikeushoitotyössä



[Seuraa blogia Mapa®-koulutuksesta Englannissa](#)

5.5.2015

**Sari Ahonen** on sairaanhoitaja, hoitotyön opettaja sekä filosofian jatko- opiskelija (terveydenhuollon etiikka), joka suorittaa parhaillaan Terveyden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Laurea Ammattikorkeakoulussa.

Hän on lähdessä Englantiin perehtymään MAPA®- koulutukseen (Management of Actual and Potential Aggression) englantilaisten kouluttajien johdolla sekä hankkimaan materiaalia lopputyöhönsä, jonka aiheena on ”Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden lainsäädäntöuudistuksen aiheuttamat täydennyskoulutushaasteet ja niihin vastaaminen vanhusten ympärivuorokautisen hoidon näkökulmasta. ”

Tämän blogin kautta sinulla on mahdollisuus päästä mukaan jännittävälle matkalle, jonka aikana on tarkoitus tutustua monipuolisesti MAPA®- koulutukseen Englannissa sekä kurkistaa sairaanhoidon arkeen paikallisissa sairaaloissa.

Matkan varrella on aikomus myös pysähtyä miettimään, miten asiakkaisen ja potilaiden itsemääräämisoikeutta tulkitaan erilaisissa toimintaympäristöissä ja mitä uutta opittavaa meillä voisi olla englantilaisilta. Tervetuloa mukaan matkalle - Yhdessä kulkiemme pidemmälle!

**Sari Ahonen**

Sh, VTM, HuK

## [Itsemääräämisoikeuslainsäädäntö muuttuu - oletko valmis?](#)

13.5.2015

Uusi laki potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeudesta on tulossa voimaan todennäköisesti tämän vuoden aikana ja siksi meidän kaikkien on syytä pysähtyä miettimään, miten olemme muutokseen valmistautuneet ja miten hankimme tietoa uuden lainsäädännön sisällöstä ja sen vaikutuksista omaan työhömmе. Uudistuvan lainsäädännön asettamaan muutossaasteeseen me joudumme vastamaan yksittäisinä sairaanhoitajina, työyhteisöinä sekä kokonaisena ammattikuntana.

Tämän blogin tarkoituksena on jakaa tietoa lainsäädäntöuudistuksesta ja siten auttaa muutokseen sopeutumisessa. Blogia seuraamalla saat sekä asiantuntijatietoa että ohjeita eri näkökulmista käsin itsemääräämisoikeuslain uudistukseen liittyen.

Käytännön tasolla blogin tavoitteena on auttaa sekä työyhteisöjä että yksittäisiä työntekijöitä tulemaan tietoisiksi uuden lain asettamista vaatimuksista, keskustella uuden tiedon omaksumiseen liittyvistä haasteista sekä tarjota tukea ongelmien ratkaisemiseen arjen työn näkökulmasta.

Monella työpaikalla uuden lainsäädännön vaatimusten mukaan toimiminen edellyttää toimintakulttuurin muutosta. Oletko jo ehtinyt miettiä, miten se tulee vaikuttamaan sinun työhösi sairaanhoitajana tai laajemmin ajateltuna, teidän työyhteisönne toimintaan?

Kuten me kaikki tiedämme, aikojen saatossa potilaita on sidottu sänkyyn, pyörätuoliin ja wc-pönttöön, milloin pyjaman housuilla, milloin istumavöillä, milloin lepositeillä hyvinkin erilaisista syistä. Tämä on ollut osin ymmärrettävää, sillä nykyinen voimassaoleva lainsäädäntö ei ole antanut tarkkoja ohjeita pakkokeinojen käytöstä esimerkiksi muistisairaiden hoidossa.

Lakiuudistuksen myötä työtapa ja joudutaan muuttamaan monessa työyksikössä, sillä uudet rajoittamis- ja pakkokeinosäädökset tulevat laajalti voimaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lakiuudistuksen päämääränä on vähentää rajoitteiden käyttö ja ennaltaehkäistä ihmisen itsemääräämisoikeutta loukkaavia riskitilanteita, kuten turhaa sitomista ja liikkumisen rajoittamista.

Lain voimaantumisen jälkeen kaikki pakkotoimet täytyy perustella eikä esimerkiksi ihmisen, kiinnipitämistä, sitomista sänkyyn tai tuoliin voida tehdä ilman tarkkaa harkintaa ja valvontaa.

Lakiluonnoksessa painotetaan ennakkollisia toimia, kuten tilaratkaisuja, henkilöstön perehdytystä ja täydennyskoulutusta sekä itsemääräämistä tukevia työmenetelmiä:

*Tavoitteena on luoda kohdeorganisaatioihin sellaiset toimintatavat, että rajoitustoimenpiteiden käyttöön jouduttaisiin turvautumaan mahdollisimman harvoin. Itsemääräämisoikeutta rajoittavia toimenpiteitä voisi uuden lainsäädännön puitteissa käyttää vain viimesijaisena keinona, ja niiden käytölle asetettaisiin yksityiskohtaiset laintasoiset edellytykset.*

(<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>)

Lainsäädännön uudistaminen on välttämätöntä, koska vanha laki ei vastaa perustuslakia eikä esimerkiksi vammaisten oikeuksia määritteleviä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnassa käsitellyssä olevan lainmuutosehdotuksen tehtävänä on poistaa aiemman lainsäädännön aukkokohdat ja tehostaa valvontaa työpaikoilla. Uuden lain myötä potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus kasvaa merkittävästi. Lisää tietoa lakiesityksestä löytyy internetistä eduskunnan verkkosivuilta:

<http://lib.eduskunta.fi/Resource.phx/kirjasto/oikeudellinentieto/tietopakettit/itsemaaraamis-oikeus.htx>

Koska lakiesitystä ei ehditty käsitellä edellisen eduskunnan aikana, se raukesi. Lakiesitys tulee uuden eduskunnan käsittelyyn, mutta tarkkaa tietoa sen sisällöstä eikä voimaantulon aikataulusta ole saatavilla, joten joudumme odottamaan.

Odotellessa lähdin kolme kuukautta kestäväälle tutkimusmatkalle Englantiin selvittämään, miten haasteellisen ja aggressiivisen asiakkaan tai potilaan kohtaamiseen kehitetty MAPA®-koulutus (Management of Potential and Actual Aggression) on saanut alkunsa, miten sitä koulutetaan brittiläisissä sairaaloissa ja miten MAPA®-koulutus liittyy itsemääräämisoikeuskysymyksiin ja -lainsäädäntöön.

Yhdessä kulkien pääsemme pidemmälle!

Seuraavassa toukokuun lopussa ilmestyvässä blogissa saamme selville, miten MAPA®-koulutus on saanut alkunsa eli miten ja miksi koulutusta on ylipäättään ryhdytty kehittämään ja keitä ovat MAPA®-koulutuksen kehittäjät.

**Sari Ahonen**

## [Miten MAPA®-koulutus sai alkunsa - Haastateltavana menetelmän kehittäjä Albert McHugh](#)

25.5.2015



Kuvassa ovat CPI:n kouluttajat Alison Grimley, Albert McHugh ja Tim Sproston.

MAPA® (Management of Actual and Potential Aggression) on tällä hetkellä yleisimmin käytössä oleva haasteellisten ja aggressiivisten asiakkaiden ja potilaiden kohtaamiseen kehitetty menetelmä Isossa-Britanniassa, ja sen suosio kasvaa maailmanlaajuisesti koko ajan.

MAPA®-menetelmää voivat soveltaa vain koulutuksen saaneet ja voimassaolevan lisenssin omaavat sosiaali-, terveys- ja opetusalan ammattilaiset, jotka ovat sitoutuneet menetelmän oikeaoppiseen käyttöön ja arvoperustaan. Maailmanlaajuisesti lisensoijia myöntää ja valvoo [Crisis Prevention Institute](#) (CPI).

MAPA®-menetelmän suosion ja merkityksen ymmärtämiseksi on palattava sen alkujuurille tutkimaan, miten metodi on saanut alkunsa ja mikä on sen suosion salaisuus. Vastaukset näihin kysymyksiin sain suoraan metodin alkuperäiseltä kehittäjältä Albert McHughilta haastatellesani häntä 12. toukokuuta 2015 CPI:n toimistolla Englannissa. Seuraavassa yhteenveto nauhoittamastani haastattelusta.

MAPA® sai alkunsa kolmen psykiatrisen sairaanhoitajan Albert McHughin, Mark Westin ja Chris Stirlingin yhteistyön tuloksena 1980-luvun loppupuolella. He työskentelivät tuolloin Broadmoorin sairaalassa, joka luokitellaan kuuluvaksi ”*high security hospitals*” -kategoriaan, sillä siellä hoidetaan vaarallisia ja väkivaltaisia mielenterveys- ja oikeuspsykiatrisia potilaita. Britanniassa on yhteensä kolme tähän kategoriaan kuuluvaa sairaalaa. Lisätietoa Broadmoorin sairaalasta ja sairaaloiden luokittelujärjestelmästä löytyy seuraavista linkeistä:

<http://www.wlmht.nhs.uk/bm/broadmoor-hospital/>

<http://www.rethink.org/living-with-mental-illness/police-courts-prison/forensic-mental-health-services/secure-hospitals>

Kaikissa brittiläisissä sairaaloissa koulutettiin 1980-luvulla yleisesti henkilökuntaa käyttämään *Control and Restraint* -menetelmää, joka tarjosi tehokkaan tavan hallita väkivaltaista ja aggressiivista käytöstä.

Menetelmän huonoja puolia olivat kuitenkin sen potilaille aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset vammat. Lisäksi menetelmä aiheutti ahdistusta myös henkilökunnalle sekä heikensi tai jopa esti luottamuksen syntymisen ja säilymisen hoitajan ja potilaan välillä.

Albert McHughin mukaan tarpeeton rajoittaminen ja kivun tuottaminen potilaalle olivat vastoin hänen omaa eettistä ymmärrystään. Eettisen omantunnon siivittäminä Albert, Mark ja Chris alkoivat yhdessä kehittää menetelmää, joka takaisi mahdollisimman kivuttoman, ihmisarvoa kunnioittavan ja kaikille osapuolille turvallisen tavan hallita aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä.

Omassa työssään sairaanhoitajina Albert, Mark ja Chris olivat lisäksi huomanneet, että monien kehitysvammaisten ja mielenterveyspotilaiden kohdalla rajoittamismenetelmän käyttö itse asiassa vain lisäsi aggressiivista käytöstä.

Tämän vuoksi he ryhtyivät tutkimaan asiaa ja kouluttamaan henkilökuntaa ennaltaehkäisyn ja positiivisen vuorovaikutuksen menetelmillä, joiden avulla haasteellista ja väkivaltaista käytöstä voidaan ennakoida ja hallita.

Ennakointi ja ennaltaehkäisy ovatkin MAPA®-metodin keskeinen eettinen opinkappale: rajoittamistoimet ovat vasta viimeinen keino turvattaessa ihmisten henkeä, terveyttä ja hyvinvointia.

Albert Mc Hugh työskentelee nykyään CPI Europen johdossa vastuualueenaan kouluttajakoulutus ja Chris Stirling vastuualueenaan MAPA®-koulutuksen kehittäminen. Mark West on jo jäänyt eläkkeelle.

Alkuperäiset kehittäjät ovat myös kaiken aikaa toimineet yhteistyössä lainsäätäjien ja viranomaisten kanssa varmistaen, että MAPA®-koulutus on linjassa kansallisten ja kansainvälisten säädösten kanssa. Toisaalta he ovat pyrkineet edistämään lainsäädännön kehittymistä sekä potilaan että hoitajien ihmisoikeudet yhtäläisesti huomioivaan suuntaan.



MAPA®-metodin kehittämisessä on tieteellisellä tiedolla ja tutkimuksella ollut alusta asti keskeinen sija. Menetelmästä voi nykyään suorittaa alemman korkeakoulututkinon [Wolverhamptonin yliopistossa](#).

Kolmen sairaanhoitajan eettinen kriittisyys ja kyky toisinajatteluun synnyttivät siis MAPA®-menetelmän. Metodien suosion salaisuus piilee puolestaan siinä, että metodi toimii ja että sen käyttäjät ovat tyytyväisiä.

Vaikka MAPA®sta onkin vuosikymmenten saatossa kehittynyt kansainvälinen liiketoiminta, on kehittäjien alkuperäinen henki edelleen läsnä. Albert McHughin kanssa kuvassa olevat kouluttajat Tim ja Alison ylistävät Albertia seuraavasti:

”Albert osoittaa edelleen kunnioitusta jokaiselle kohtaamalleen ihmiselle ja on siksi hyvin pidetty ja arvostettu mies. Hänen eettinen missionsa elää arjessa, ja hänen tapansa ajatella ja toimia on muuttanut sairaanhoitajien tavan tehdä työtään ja kohdata haasteellisia asiakkaitaan.”

Seuraavassa blogipäivityksessä, joka ilmestyy kesäkuun puolessa välissä, selvitetään miten MAPA®a koulutetaan ja miten koulutusohjelma on rakennettu.

### [Miten MAPA®a koulutetaan?](#)

12.6.2015



MAPA®n alkuperäinen kehittäjä Chris Stirling sekä hoitotyön opettaja Anna Rinne.

Crisis Prevention Institutin (CPI) pyrkimyksenä on taata tasalaatuinen koulutusprosessi maailmanlaajuisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kaikki ammattilaiset, jotka ovat suorittaneet MAPA®-koulutuksen omaavat yhtenäiset tiedot ja taidot koulutusmaasta ja kouluttajasta riippumatta.

Tämän vuoksi MAPA®-koulutus on hyvin strukturoitu sekä sisällön että pedagogisen toteutuksen osalta. Kouluttajakouluttajien (GPI eli Global Professional Instructor) tehtävänä on varmistaa, että kaikki kouluttajat ympäri maailmaa noudattavat samaa protokollaa valmentautuaan henkilökuntaa metodin käyttöön.

Tavoitteena on, että kaikki MAPA®a taitavat ammattihenkilöt pystyvät toimimaan toistensa kanssa saumattomasti yhteistyössä ja puhuvat samaa kieltä eli käyttävät samoja termejä kuvataksaan toimintaansa.

Vaikka MAPA®-koulutus onkin sisällöllisesti ja rakenteellisesti tarkkaan raamitettu, on tärkeää huomioida, että muilta osin se on tehty joustavaksi. Koska henkilöstön koulutustarpeen vaihtelevat erilaisissa toimintaympäristöissä asiakas- tai potilasryhmien mukaan on MAPA®sta olemassa erilaisia sovelluksia, joista voi valita omalle organisaatiolleen sopivimman vaihtoehdon.

Tällä hetkellä CPI tarjoaa seuraavia koulutuksia Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa, Etelä-Amerikassa, Afrikassa, Lähi-Idässä, Kiinassa, Japanissa, Isossa-Britanniassa, Irlannissa, Ranskassa ja monissa muissa Euroopan maissa. Tarkempaa tietoa koulutuksista löytyy yrityksen kotisivuilta <http://www.crisisprevention.com/>.

Termien suomennustyö on parhaillaan käynnissä, joten tästä syystä ne on esittely alkuperäiskielellä.

MAPA® Foundation

MAPA® Advanced Physical Skills

Emergency Holding Skills

CPI's Promoting Positive Behaviour in a Person-Centred Way (PPB<sup>SM</sup>)

Supported Decision-Making Through Person-Centred Risk Management (SDM<sup>SM</sup>)

Clinical Holding Skills

Dementia Capable Care

Autism Spectrum Disorder

Enhancing Verbal Skills

MAPA®-koulutusta on siis tarjolla monessa muodossa erilaisille kohderyhmille. Yhteistä niille kaikille on kuitenkin periaate, että koulutus tulee päivittää vuoden välein tietojen ja taitojen ylläpitämiseksi. Tämä sääntö koskee yhtäläisesti sekä henkilöstöä että kouluttajia, mutta päivityskoulutuksen yhteydessä osaamisperspektiiviä voi laajentaa.

MAPA® Foundation -kertausten yhteyteen voidaan sisällyttää osioita muista koulutusvaihtoehdoista työyksikön profiilin ja tarpeiden mukaan. Esimerkiksi jos yksikössä hoidetaan paljon

dementiapotilaita, on luontevaa ja tarkoituksenmukaista laajentaa osaamista tähän suuntaan perustaitojen kertaamisen ohella.

CPI pyrkii kaikessa toiminnassaan edistämään elinikäistä oppimista. Tavoitteena on kehittää henkilöstön tietoja, taitoja ja osaamista systemaattisesti, jotta jatkuva ammatillinen kehittyminen ja kompetenssin kasvu mahdollistuvat.

Tämän vuoksi kouluttajilta odotetaan sitoutumista työyhteisöjen kehittämiseen pitkällä aikavälillä: aluksi henkilöstö saa käyttöönsä perustason tiedot ja taidot, mutta sen jälkeen osaamista lähdetään syventämään aste asteelta päivityskoulutusten, valmennuksen ja muiden tukitoimien avulla.

Seuraavassa englanninkielisessä videossa esitellään MAPA®-koulutusta koulutettavien näkökulmasta.

MAPA®-kouluttajat valitaan työnantajan suositusten perusteella. Pohjakoulutusvaatimukset vaihtelevat toimipaikan mukaan, mutta kaikilla kouluttajilla tulee olla ammattipätevyys sosi- aali-, terveys- tai opetusalaalta.

Tämä blogipäivitys on tehty nauhoitetun keskustelun pohjalta, joka käytiin Manchesterissä 8.6.2015. Minun lisäksi keskusteluun osallistuivat MAPA®-koulutuksen alkuperäinen kehittäjä Chris Stirling, joka toimii CPI Europan kehittämisjohtajana sekä hoitotyön opettaja Anna Rinne.

Seuraava blogipäivitys ilmestyy kesälomien jälkeen elokuussa, jolloin aiheena on MAPA® ja muuttuva yhteiskunta: miten MAPA®-koulutus on kehittynyt vuosien saatossa ja miten sitä edelleen kehitetään.

### [Miten MAPA®-koulutusta kehitetään?](#)

21.8.2015

Tarkasteltaessa MAPA®-koulutuksen kehittymistä sen alkuaajoista tähän päivään voidaan nähdä kolme selkeästi erilaista vaihetta. Nämä kehitysvaiheet ovat sidoksissa aikakaudelle tyypillisiin hoitokäytäntöihin, toimintaa ohjaavaan lainsäädäntöön ja MAPA®n suosion kasvuun.

MAPA®n synty Isossa-Britanniassa sijoittuu 1980-luvun loppupuolelle suljettujen laitosten aikakaudelle. Tuohon aikaan hoitolaitokset toimivat muusta yhteiskunnasta irrallisina saarekkeina muodostaen omat yhteisönsä.

Laitoksiin sijoitettiin erilaisista psyykkisistä ja kehityksellisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä, mutta niihin ohjattiin myös köyhiä ja yhteiskuntamoraalin näkökulmasta epäilyttäviä henkilöitä, kuten yksinhuoltajaäitejä, joiden ei katsottu sopeutuvan normaalielämään ulkoapäin ase-

tettujen normien puitteissa. Laitokseen joutuminen saattoi merkitä jopa elämänkaaren mitaista kohtaloa - elämää potilaana toisten asettamilla ehdoilla.

MAPA®-koulutus syntyi reaktiona psykiatristen potilaiden kohteluun. Rajoitustoimet olivat ankaria ja osin epäinhimillisiä, kuten aiemmassa Albert McHughin haastatteluun pohjautuvassa *Miten MAPA®-koulutus sai alkunsa* -blogissa tuotiin esiin.

MAPA®-koulutusta tarjottiin aluksi vain oman sairaalan henkilöstölle, mutta menetelmän suosion kasvaessa koulutusta alettiin tarjota myös ulkopuolisille toimijoille. Koulutusta tarvittiin erityisesti mielenterveys- ja kehitysvammahuollon laitoksissa. Kasvavan kysynnän myötä syntyi yritys nimeltä Positive Options.

Tilanne kuitenkin muuttui nopeasti 1990-luvun alussa, kun vammaisliikkeen vaatimukset yhteiskunnallisesta integraatiosta ja itsenäisestä asumisesta alkoivat muuttaa yhteiskuntarakennetta. Laitoshoitoa kritisoitiin voimakkaasti, ja sitä ajettiin alas nopeaan tahtiin.

Laitosten sulkemisen jälkeen asukkaat siirtyivät avohoitoon, eli heitä alettiin hoitaa samoissa toimipisteissä muun väestön kanssa. Tästä alkaakin toinen kehitysvaihe eli MAPA®-koulutuksen sopeuttaminen avohoitoon ja eriäviin toimintaympäristöihin.

Koska koulutus oli alun perin suunniteltu suljettujen laitosten henkilökunnalle, se oli menetelmänä suhteellisen joustamaton siirryttäessä kouluttamaan avopuolen hoiva-, sosiaali- ja opetussektorin henkilökuntaa. Tarvittiinkin uusia koulutusratkaisuja, ja näin sai alkunsa osin eritetty, toimialakohtainen MAPA®-koulutus sekä joustavat toteutusmallit.

<http://www.crisisprevention.com/en-uk/Specialties/MAPA®-Management-of-Actual-or-Potential-Aggressio>

On tärkeää huomata, että suljetuissa laitoksissa oli ollut tarjolla lähes kaikki lääkinnälliset ja sairaanhoidolliset palvelut, joten tavallinen terveydenhuoltojärjestelmä ei ollut tottunut toimimaan haasteellisesti käyttäytyvien vammais- ja mielenterveyspotilaiden kanssa. Tämän vuoksi MAPA®-koulutukselle alkoikin syntyä laajalti kysyntää sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisissa toimintayksiköissä, sillä henkilökunnalle haluttiin taata riittävät tiedot ja taidot kohdata haasteellisesti käyttäytyvät asiakkaat.

Tänä päivänä Isossa-Britanniassa MAPA®a koulutetaan monipuolisesti sosiaali-, terveys- ja opetuspuolen henkilöstölle päiväkodeissa, kouluissa, sairaaloissa, asumispalveluyksiköissä ja vanhainkodeissa. Koulutusta kehitetään jatkuvasti saadun palautteen ja tutkitun tiedon valossa vastaamaan erilaisten asiakasryhmien ja henkilöstön tarpeita.

Suosion kasvaessa 1990-luvulla MAPA®a ryhdyttiin kouluttamaan muissakin maissa. Kolmas ja ehkä mittavin muutos MAPA®n kehittämistyössä onkin ollut sen muuttuminen maailmanlaajuisesti liiketoiminnaksi.

Postive Options ja yhdysvaltalainen Crisis Prevention Institute (CPI) yhdistyivät vuonna 2010. Samalla kehittämissyksikkö siirtyi Yhdysvaltoihin, jossa koulutusmallia muovataan toimimaan mahdollisimman hyvin eri puolilla maailmaa.

Tavoitteena on, että MAPA®a koulutetaan samoilla periaatteilla ja koulutusohjelmilla kaikissa maissa, paikalliset lainsäädäntö- ja kulttuurierot kuitenkin huomioiden. MAPA®sta ollaan parhaillaan muovaamassa globaalia formaattia, joka tarjoaa saman osaamisen henkilöstölle kohdemaasta riippumatta.

Vaikka MAPA®-koulutus on muuttunut yhteiskunnan mukana ja muuttuu yhä, sen perusideologia ja arvot ovat säilyneet samoina. Ihmisten kunnioittava kohtelu on periaate, josta kaikki on saanut alkunsa ja joka edelleen on MAPA®n kantava voima. Taustalla on ajatus kaikille ihmisille kuuluvasta ihmisarvosta sekä ihmisoikeuksista.

Ihmisoikeusajattelu näkyy lainsäädännössä kansainvälisesti. Tämä tendenssi heijastuu myös Suomeen, ja siksi on syntynyt tarve uudistaa itsemääräämisoikeuslainsäädäntöä.

Isossa-Britanniassa tällä hetkellä voimassa oleva lainsäädäntö ottaa jo tiukasti kantaa siihen, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö saa ja ei saa tehdä. Toisaalta lainsäädäntö mahdollistaa rajoittamistoimien asianmukaisen käytön potilaan hoidon ja turvallisuuden takaamiseksi.

Lisätietoja lainsäädännöstä löytyy seuraavista englanninkielisistä linkeistä:

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/300293/JR\\_A\\_DoH\\_Guidance\\_on\\_RP\\_web\\_accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JR_A_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>

<http://www.bild.org.uk/our-services/books/positive-behaviour-support/bild-code-of-practice/>

<http://restraintreductionnetwork.org/>

Tämä blogipäivitys on tehty nauhoitettujen keskustelujen pohjalta. Ensimmäinen keskustelu käytiin Manchesterissä 8.6.2015. Keskusteluun osallistuivat kanssani MAPA®-koulutuksen alkuperäinen kehittäjä Chris Stirling, joka toimii CPI European kehittämisjohtajana sekä hoitotyön

opettaja Anna Rinne. Toinen Keskustelu käyntiin 8.7.2015 Keelen Yliopiston tiloissa MAPA®-koulutuksen alkuperäisen kehittäjän Albert McHughin kanssa.

Seuraavassa, syyskuussa ilmestyvässä, blogissa tutustumme Harplandin psykiatriseen sairaalaan ja siellä tapahtuvaan henkilöstön MAPA®-koulutukseen.



CPI:n Global Professional Instructor-kouluttajat / UK kehittämisviikon päätteeksi ryhmäkuvasa toukokuussa 2015.



CPI:n Global Professional Instructor-kouluttajat ryhmätyössä.

### [Miten MAPA®a koulutetaan Harplandin psykiatrisessa sairaalassa?](#)

23.9.2015

Tutustuin kesäkuun lopussa 2015 viikon ajan kouluttajien työskentelyyn Harplandin psykiatrisessa sairaalassa Stoke-on-Trentissä, Keski-Englannissa. Andy Bough ja Dean Burgess toimivat sairaalan turvallisuuskouluttajina ja vastaavat myös henkilöstön MAPA®-koulutuksista ja niiden päivittämisestä. Koulutusviikon lopuksi haastattelin Andya ja hänen apunaan toiminutta kouluttaja Jennyä. Pyysin heitä kertomaan, miksi ja miten MAPA®a koulutetaan Harplandissa.

Aluksi kuitenkin muutama sana itse sairaalasta sekä Ison-Britannian julkisesta terveydenhoitojärjestelmästä. Isossa-Britanniassa psykiatriset palvelut ovat hyvin avohoitopainotteisia, ja tavoitteena onkin hoitaa suurin osa asiakkaista kotona tai avohoidon palveluyksiköissä.

Harplandin sairaala kuuluu osaksi julkista terveydenhuoltoa, National Health Service (NHS), jonka tehtävänä on tuottaa kansalaisten tarvitsemat terveyspalvelut. Sairaalan tehtävänä on taata tarvittava akuutti- ja kriisihoidollinen tuki tilanteissa, joissa henkilö on itselleen tai ympäristölle vaarallinen tai joissa tilanne käy muuten hoidollisesti ylivoimaiseksi avohoidon näkökulmasta.

<http://www.nhs.uk/Services/hospitals/Services/DefaultView.aspx?id=2905>

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Pages/NHSEngland.aspx>

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/accessing%20services.aspx>

Käytännössä tämä tarkoittaa, että sairaalaan päätyy vain asiakkaita, joita ei kyetä hoitamaan akuutin psykiatrisen kotihoitotiimin tuella. Sairaalajaksot pyritään kuitenkin pitämään mahdollisimman lyhyinä, ja asiakas siirtyy akuutin kotihoitotiimin tuella takaisin kotiin tai kunnalliseen avohoitoyksikköön heti kun mahdollista.

Psykiatrinen hoito on läpi koko palveluketjun hyvin potilaslähtöistä: tausta-ajatuksena on pyrkimys asiakkaan käyttäytymisen ymmärtämiseen hänen henkilöhistoriansa valossa. Hoitosuunnitelmat mahdollistavat kullekin potilaalle räätälöidyn yksilöllisen hoidon, johon myös lähipiiri aktiivisesti osallistuu. Lähipiirin tehtävänä on auttaa näkemään ihminen diagnoosin takana, jotta yksilön tarpeiden, toiveiden ja tottumusten huomioiminen mahdollistuisi parhaalla mahdollisella tavalla hoidon aikana.

Potilaskeskeisyys näkyy myös siinä, miten MAPA®a sovelletaan sairaalassa. Jokaisen potilaan kohdalla mietitään, mitkä ovat mahdolliset rajoitukset MAPA®n käytölle (esimerkiksi raskaus tai neurologinen vamma) ja millaisia toiveita potilas itse esittää metodin käytön suhteen.

Potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi koko sairaalan henkilökunta on MAPA®-koulutettu, pitkäaikaiset sijaiset mukaan lukien. Koko henkilöstön tulee osallistua viiden päivän mittaiseen Foundation, Advanced ja Emergency -koulutukseen ja vuosittain tehtäviin päivityksiin.

Brittiläisissä sairaaloissa ei käytetä mekaanista sitomista lainkaan, minkä vuoksi jokaisessa työvuorossa tulee olla riittävä määrä, eli vähintään kolme, MAPA®-koulutuksen saanutta henkilöä riskitilanteiden varalta. Sairaalassa ei ole myöskään vartijoita eikä muutakaan turvalli-

suushenkilöstöä, mutta äärimmäisessä tilanteessa paikalle voidaan kutsua poliisi, jolla on lain nojalla hoitohenkilöstöä laajemmat metodiset valtuudet väkivaltatilanteiden hallintaan.

MAPA® on otettu käyttöön Harplandin sairaalassa, koska se on hyväksi havaittu, toimiva, turvallinen ja sertifioitu metodi, joka on linjassa NHS:n arvoperustan kanssa. MAPA®a käytettäessä ennaltaehkäisevät menetelmät ovat etusijalla ja fyysinen rajoittaminen on aina viimeinen keino hallittaessa haasteellista tai väkivaltaista käytöstä, ja tällöin noudatetaan hyvin tarkkaan kansallisia sekä sairaalan antamia sovellusohjeistuksia.

Tärkeintä on kuitenkin huomioida, että väkivallan ennaltaehkäisy on läpileikkaava periaate kaikessa toiminnassa ja se näkyy niin tilasuunnittelussa, hoitosuunnitelmissa kuin sairaalan strategiassakin. Sairaalassa on käytössä myös Positive Behaviour Support -menetelmä, josta lisätietoa löytyy seuraavasta linkistä.

<http://www.bild.org.uk/our-services/positive-behaviour-support/>

Riippumaton toimija Care Quality Commission tekee sairaalaan säännöllisiä tarkastuksia, joiden avulla pyritään varmistamaan, että toiminta on laadukasta ja linjassa kansallisten ohjeiden ja lainsäädännön kanssa. Tarkastusten yhteydessä myös potilaita haastatellaan hoidon laadusta sekä rajoitustoimien käytöstä.

Lisätietoa lainsäädännöstä:

<http://www.cqc.org.uk/>

<http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/Key-priorities-for-implementation>

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/300293/JRA\\_DoH\\_Guidance\\_on\\_RP\\_web\\_accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf)

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>





Andy Bough ja Dean Burgess



## [MAPA® Suomessa](#)

9.10.2015



Aulikki Yliniva kouluttamassa MAPA®a Laurean opiskelijoille.

Tämä blogi on tehty Suomen MAPA®-keskuksen johtajan, lehtori Aulikki Ylinivan haastattelun ja hänen antamansa kirjallisen materiaalin pohjalta. Haastattelu tehtiin 17.9.2015 Tikkurilan Laurean tiloissa Vantaalla.

MAPA®-koulutus aloitettiin Suomessa 1990-luvun alkupuolella, sen jälkeen, kun Kellokosken sairaalan ylihoitaja Anna-Riitta Jyrkinen oli tutustunut metodiin Englannin vierailunsa aikana. Hän aloitti yhteistyön englantilaisten kouluttajien kanssa kutsumalla heidät opettamaan Kellokoskelle sairaalan henkilökuntaa. Hoitajia lähetettiin myös Kellokoskelta Englantiin opiskelemaan väkivaltatilanteiden hallintaa.

Näiden pioneerien toimesta englantilaista koulutusmateriaalia muokattiin suomalaisiin olosuhteisiin sopivaksi. Mukauttamistyön tuloksena syntyi Väkivaltatilanteiden Ennaltaehkäisy ja Turvallinen hoito-koulutus (VETH), jota ryhdyttiin järjestämään Kellokosken sairaalassa vuonna 2000. Pian koulutuksesta kiinnostuttiin myös lähialueen muissa psykiatrisissa yksiköissä.

Ensimmäinen kouluttajakoulutus toteutettiin Hyvinkään Laureassa vuonna 2005 yhteistyössä MAPA®-koulutuksen alkuperäisten englantilaisten kehittäjien ja suomalaisten asiantuntijoiden voimin. Laureassa käytössä oleva MAPA®-opetussuunnitelma on muovattu yhteensopivaksi suomalaisen toimintaympäristön kanssa.

Kouluttajakoulutuksia on järjestetty kaikkiaan viisi kertaa, ja tällä hetkellä Suomessa toimii noin 90 MAPA®-kouluttajaa yhteensä 30 eri paikkakunnalla. He toimivat opetus-, terveys- ja sosiaalisektorilla.

MAPA®-koulutusten järjestämisvastuu on Laurea-ammattikorkeakoululla, joka on Crisis Prevention Instituten eli CPI:n yhteistyökumppani Suomessa. Laurean Hyvinkään yksikön yhteyteen on vuonna 2015 perustettu Suomen MAPA®-keskus, jonka tehtävänä on koordinoida ja ohjata kaikkea Suomessa tapahtuvaa MAPA®-koulutusta.

MAPA®-keskuksen perustamisen myötä on vuodesta 2015 alkaen siirrytty uuteen toiminta- ja organisaatiomalliin, jossa kaikki koulutukset tilataan suoraan keskuksen kautta. MAPA®-Finland ry toimii edelleen kouluttajien yhteistyöorganisaationa.

Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on yhtenäistää MAPA®-koulutusta sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tavoitteena on ottaa käyttöön vuonna 2014 maailmanlaajuisesti lanseerattu työkirjamalli, jota kaikkien kouluttajien tulee jatkossa käyttää. Muutosprosessissa kaikkia osapuolia helpottaa kuitenkin se, että MAPA®-keskuksella on tiedot kaikista kouluttajista ja heidän päivityskoulutustarpeestaan.

Työkirjamalli, jota kaikki kouluttajat siirtyvät käyttämään, on pitkän kehittämistyön tulos. Siinä painotetaan väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisyä vuorovaikutuksen keinoin ja käydään monipuolisesti läpi väkivallan hallintaa teorian ja käytännön harjoitusten kautta. MAPA®-keskus vastaa työkirjojen ja oheismateriaalin käännoistyöstä yhdessä CPI:n kanssa. Työkirjan suomennostyo on parhaillaan käynnissä.

MAPA®-keskuksessa on myös apuna lainopillinen asiantuntija, jonka tehtävänä on varmistaa MAPA®-koulutusten asianmukaisuus oikeusopillisesta näkökulmasta. Tämä on erityisen tärkeää nykyisessä tilanteessa, jossa itsemääräämisoikeuslakiesitys on rauennut ja jossa lakiesityksen jatkokäsittelystä saatikka voimaantulosta ei ole mitään tietoa.

[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali\\_ ja\\_ terveydenhuollon\\_ asiakkaan\\_ itsemaaramisoikeus.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ asiakkaan_ itsemaaramisoikeus.aspx)

Suuri uudistus on tulossa myös vuonna 2016, jolloin Suomeen saadaan omat kouluttajakouluttajat eli Finnish Professional Instructors (FPI). Heidän tehtävänä on jatkossa kouluttaa kaikki Suomessa toimivat kouluttajat sekä päivittää heidän osaamistaan lisenssiehtojen mukaisesti.

Englantilaiset kouluttajat ovat vielä mukana kuviossa, mutta he pitävät vuosittain päivityskoulutukset vain FPI-ryhmälle. Kaikki muu opetus tapahtuu suomalaisten kouluttajien toimesta. Lisätietoa MAPA®-koulutuksista ja Suomen MAPA®-keskuksen toiminnasta löytyy seuraavien Internet-sivujen kautta. <http://suomenMapa@keskus.fi/index.php/yhteystiedot/>

Suomessa on virinnyt myös tutkimuksellinen kiinnostus MAPA®a kohtaan ja sen tiimoilta on tehty lukuisia opinnäytetöitä. Valmisteilla on myös ensimmäinen väitöskirja. Linkkejä suomessa julkaistuihin opinnäytetöihin:

<https://www.theseus.fi/handle/10024/82063>

<http://www.theseus.fi/handle/10024/73216>

<http://www.theseus.fi/handle/10024/74871>

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/3297>

<https://www.theseus.fi/handle/10024/73455>

[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80173/Haapaniemi\\_Kirsi%20ja%20Kivijarvi\\_Sari.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80173/Haapaniemi_Kirsi%20ja%20Kivijarvi_Sari.pdf?sequence=1)

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95359/Pulskan\\_Milla.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95359/Pulskan_Milla.pdf?sequence=1)

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97301/opinnaytetyo.pdf?sequence=1>

<http://suomensosionomit-fi->

<bin.directo.fi/@Bin/bf078caeee71f0bcff122848eec4c7c5/1444047363/application/pdf/204596/ota%20kiinni%20jos%20saat.pdf>

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43391/URN:NBN:fi:juu-201405121695.pdf?sequence=1>

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/104732/gradu2015Ilmonen.pdf?sequence=2>

Seuraavassa, marraskuussa ilmestyvässä, blogipäivityksessä kysytään OTT Irma Pahlmanilta, mitä itsemääräämisoikeuslainsäädäntöhankkeelle oikein tapahtui ja miltä lähitulevaisuus näyttää lainsäädännön näkökulmasta. Joulukuussa tutustutaan puolestaan brittiläiseen vanhustenhuoltoon ja saadaan selville, miksi kokenut vanhustyön johtaja pitää MAPA®a hyvänä metodina, joka on linjassa potilaslähtöisen hoitotyön periaatteiden ja arvojen kanssa.

*Sari Ahonen*

### [Tuleeko uusi itsemääräämisoikeuslaki vai ei?](#)

9.11.2015

Lakiehdotusta asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta valmisteltiin vuodesta 2010 alkaen sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa työryhmässä. Vuosi sitten uutisoitiin ministeriön nettisivuilla ja laajalti mediassakin, että laki asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta on tulossa voimaan vuoden 2014 loppuun mennessä.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/116147>

<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>

Mutta lakia ei tullutkaan. Seurasin lain valmistelun etenemistä eduskunnan nettisivuilla, joiden mukaan prosessi pysähtyi lakiehdotuksen siirryttyä valiokuntakäsittelyyn. Seuraavaksi tuli tieto, että lakiehdotus on palautettu uudelleentalmisteltavaksi sosiaali- ja terveysministeriöön. Loppukeväästä 2015 eduskunnan sivuilla kerrottiin, että lakiehdotus on rauennut eikä uutta tietoa enää sivustolle laiteta.

<https://www.eduskunta.fi/FI/Vaski/sivut/trip.aspx?triptype=ValtiopaivaAsiat&docid=he+108/2014>

[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_asiakkaan\\_itsemaaramisoikeus.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali_ja_terveydenhuollon_asiakkaan_itsemaaramisoikeus.aspx)

Päätin selvittää, mitä lakiesitykselle oikein tapahtui ja mikä sen kohtalo on eli onko lakiesitys tulossa uudelleen eduskunnan käsittelyyn vai ei. Kysyin tätä asiaa itsemääräämisoikeuslain-säädäntöön erikoistuneelta oikeustieteilijältä, OTT Irma Pahlmanilta, joka on seurannut lainvalmisteluprosessia. Haastattelin häntä Helsingin yliopistolla 20.10.2015. Pahlman kuvaa lainvalmisteluprosessia ja sen tulevaisuutta seuraavasti:

Lakiesityksen valmistelu oli pitkä ja monimutkainen prosessi, koska Suomeen haluttiin saada yksi ainoa sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen kattava laki, joka on sopusoinnussa Euroopan Unionin lainsäädännön kanssa.



Irma Pahlman

Lainsäädäntöuudistuksen tarkoituksena oli antaa selkeät kansalliset rajat rajoittamistoimien käytölle sosiaali- ja terveydenhuollossa ja saattaa Suomi ihmisoikeuskysymyksissä samalle viivalle muiden länsimaiden kanssa. Suomi ei nimittäin ole voinut ratifioida joitain keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia lainsäädäntöömme liittyvien puutteiden vuoksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö luovutti asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevän lakiesityksen syksyllä 2014 eduskunnan käsiteltäväksi. Eduskunnassa lakiesitykseen sisältyvät ongelmat pysäyttivät käsittelyn kuitenkin nopeasti ja perustuslakivaliokunta pyysi oikeusministeriöltä kannanoton lakiesityksestä. Oikeusministeriön lausunnossa todettiin, että lakiesitys on perustuslain vastainen.

Lisäksi lakiehdotuksessa oli ongelmia, jotka käytännön kannalta olisivat aiheuttaneet turhia kustannuksia ja sovellusvaikeuksia. Esimerkiksi tahdonvastaisia rajoitustoimenpiteitä ei voitu lakiehdotuksen mukaan toteuttaa kotona. Tämä ratkaisu olisi vaikeuttanut merkittävästi kotihoitoa ja ensihoitoyksiköiden työtä, sillä rajoittamistoimia tarvitseva asukas pitäisi aina siirtää sairaalaan tai muuhun ympärivuorokautiseen hoitolaitokseen, vaikka se ei muuten hoidon kannalta olisi välttämätöntä.

Yksi ratkaisematon vaikeus liittyy vapauden rajoittamiseen tilanteessa, jossa potilas on haikautunut vapaaehtoisesti hoitoon. Saako ihmistä tällöin rajoittaa vai ei? Ratkaistavaksi tulee myös, millainen käytännötason sovellus tarjoaa kansallisesti ja kansainvälisesti kestävä toimintamallin. Onko se potilaan kanssa tehtävä hoitosuunnitelma tai hoitotahto vai jotain muuta?

Jatkoselvittelyä vaatii lisäksi kysymys, kenelle ylipäätään voidaan antaa julkista valtaa. Voiko vartija olla mukana rajoittamistilanteissa vai pitääkö paikalle kutsua poliisi? Nykykäytännön mukaan monissa sairaaloissa vartijat toimivat henkilökunnan apuna riski- ja väkivaltatilanteissa, joissa rajoittamistoimia tarvitaan.



Ongelmaksi lakiesityksen osalta muodostui myös se, että yksityisellä ja julkisella sektorilla olisi ollut lakiehdotuksen mukaan erilaiset pelisäännöt, minkä seurauksena osaa rajoittamistoimista olisi voitu käyttää vain julkisella sektorilla.

Esiin nousseiden ongelmien vuoksi lakiesitys palautettiin uudelleenvalmistelua varten sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöön. Lakiehdotus raukesi. Tämä tarkoittaa, että eduskuntakäsittely loppui ja että prosessi alkaa alusta. Nyt siis odotetaan, että uusi hallitus ottaa kantaa lain jatkokäsittelyyn.

Pahlmanin mukaan tärkeää olisi, että hallitus asettaisi uuden työryhmän jatkamaan lain valmistelua, sillä itsemääräämisoikeuden juridista säätelyä odotetaan ja kipeästi tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomi on itse asiassa ollut monta kymmentä vuotta - ja on edelleen - laittomassa tilassa, sillä monelta osin käytännön sovellukset itsemääräämisoikeuden ja sen rajoittamisen suhteen perustuvat paikallisesti sovittuihin menettelytapoihin - eivätkä lakiin.

Pahlman painottaa, että lainsäädännöllä on luotava kansalliset suuntaviivat, joiden pohjalta saadaan yhtenäiset toimintatavat koko maahan. Lain lisäksi tarvitaan asetus, jossa ammattilaisille annetaan selkeät ohjeet siitä, miten tulee toimia, jotta kaikille kansalaisille voidaan taata yhtäläiset oikeudet ja tasalaatuinen hoito.

Hallitus esittää nyt kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamista. Lainmuutoksen avulla Suomi voi ratifioida vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan Yhdistyneiden kansakuntien yleissopimuksen. Hallituksen esitys annettiin eduskunnalle 22.10.2015.

[http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/erityishuollossa-olevien-itsemaaraamisoikeutta-vahvistetaan](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/erityishuollossa-olevien-itsemaaraamisoikeutta-vahvistetaan)

[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/vammaisten-oikeuksien-yleissopimuksen-ratifiointi.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/vammaisten-oikeuksien-yleissopimuksen-ratifiointi.aspx)

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/vammaislainsaadannon-uudistus>

Pahlman ehdottaa, että tässä uudistuneessa tilanteessa yksi jatkokäsittelyvaihtoehto voisi olla sosiaali- ja terveystieteiden lainsäädännön päivittäminen. Toisin sanoen kokonaan uuden lain laatimisen sijaan voitaisiin lähteä uudistamaan ja laajentamaan voimassa olevaa lainsäädäntöä. Näin lain valmistelu-aika voisi lyhentyä ja se olisi vähemmän vaativa prosessi.

Tietoa hallituksen linjauksista ja lainvalmistelun etenemisestä joudutaan vielä odottamaan, mistä johtuen aiheeseen palataan tammikuussa 2016 ilmestyvässä blogipäivityksessä. Tuolloin

esitellään myös kehitysvammaisten erityishuollosta annettua lakiesitystä, ja sen mahdollisesti aiheuttamia vaikutuksia käytännön työn näkökulmasta.

Kahdessa seuraavassa, vielä tämän vuoden puolella ilmestyvässä blogipäivityksessä kuvataan brittiläistä vanhustenhoitoa ja kerrotaan, miten MAPA®a sovelletaan muistisairaiden hoidossa.

### [Miksi MAPA® on kokeneen vanhushuollon johtajan valinta?](#)

10.12.2015



Kim Pierre

Tutustuin palvelupäällikkö Kim Pierreen kesäkuussa Birminghamin MAPA®-koulutuksessa. Keskustelimme kurssin aikana hänen kanssaan hoitotyön arvoperustasta, ja hänen kertomuksensa asiakaslähtöisen hoitotyön kehittymisestä brittiläisessä vanhustenhuollossa teki minuun vaikutuksen. Pyysin saada haastatella häntä, jotta voisin jakaa hänen kertomuksensa suomalaisten kollegoiden kanssa. Haastattelu toteutettiin Birminghamissa 23. heinäkuuta 2015.

Kaksikymmentäviisi vuotta sitten, kun Kim nuorena sairaanhoitajana aloitteli uraansa hoitoalalla, hän tapasi hyvin karismaattisen ja aikaansa edellä olevan vanhainkodin johtajan, joka noudatti jo tuolloin työssään asiakaslähtöisen hoitotyön periaatteita, vaikka saarivaltiossa yleisesti tuohon aikaan toteutettiin tehtäväkeskeisen ja hoitajalähtöisen työskentelyn periaatteita.



Aina kun uusi hoitaja aloitti työt vanhainkodissa, johtajatar edellytti, että tämä suostuu olemaan kollegoidensa hoidettavana yhden päivän - elämään vanhuksena vanhusten joukossa. Maatessaan vuoteessa ja odottaessaan avun saamista uusi työntekijä tutustui työpaikkaansa asiakkaan silmin. Asettumalla vanhuksen asemaan uusi hoitaja oppi ymmärtämään hoitokodin todellisuutta paremmin myös omaisten näkökulmasta kuten myös mahdollisia valituksen aiheitakin.

Roolinvaihdon tarkoituksena oli kehittää myös empatiakykyä ja samalla opettaa asiakaskeu-keistä ajattelua. Hoitokodissa vanhukset saivat jo tuolloin toteuttaa omaa päivärytmiään ja heidän yksilöllisiä tarpeitaan kuunneltiin. Kunnioitus, jota johtajatar osoitti sekä vanhuksia että henkilökuntaa kohtaan, oli luonteeltaan välittävää ja kaikkien osapuolten hyvinvointia lisäävää

Arvot, jotka elävät tekoina arjessa, sekä asiakaslähtöinen hoitokulttuuri, jonka Kim nuoruudessaan omaksui, ovat kantaneet tähän päivään saakka. Kim pitää itseään etuoikeutettuna, koska on saanut alusta asti työskennellä mielestään eettisesti kestäväällä tavalla. Laajasti ottaen Isonsa-Britanniassa potilas- tai asiakaslähtöiseen (person-centred) hoitotyöhön on siirrytty vasta viime vuosina.

Hoitotyön johtajana Kim luottaa yhä uransa alkuvaiheessa omaksumaansa arvoperustaan ja ajattelutapaan. Yksilöllinen kohtelu ja ihmisten kunnioitus ovat avaimet hyvään hoitoon sekä asiakas- ja työtyytyväisyyteen. Hän muistelee lämmöllä omaa esikuvaansa, johtajatarta, joka uskalsi toimia vastoin aikakauden vaateita ja ympäristön painetta.

Kyseenalaistajia oli tuohon aikaan liikkeellä toki muitakin. MAPA®-metodin kehittäjät lähtivät peräämään kaikkia osapuolia kunnioittavien ja turvallisten rajoitustoimenpiteiden kehittämistä ja käyttöönottoa psykiatrian piirissä. MAPA®:n kehittämisessä on nähtävissä samankaltaisia eettisen rohkeuden elementtejä kuin vanhainkodin johtajattaren toiminnassa.

Kimin mielestä MAPA® sopiikin arvoperustaltaan hyvin yhteen asiakaslähtöisen hoitotyön kanssa. Molemmissa ovat toiminnan lähtökohtina asiakkaan ja henkilökunnan kunnioitus sekä yksilöllisesti suunniteltu turvallinen hoito. Kim työskentelee tällä hetkellä palvelupäällikkönä hoitoyksikössä, jossa MAPA® on kiinteä osa asiakaslähtöistä hoitotyötä. Hän kouluttaa itse MAPA®:a henkilökunnalleen ja katsoo sen osaltaan edistävän hänen eettistä pyrkimystään taata yksilöllinen ja turvallinen hoito kaikille asiakkaille.

Kimin iloksi hänen työtään aina ohjanneet eettiset periaatteet on tänä päivänä kirjattu kansallisiin hoitosuosituksiin ja ne ohjaavat myös kansallista lainsäädäntötyötä. Kunnioituksesta ja asiakaslähtöisyydestä on tullut suunnannäyttäjä koko brittiläisen hoitokulttuurin kehittämi-

sessä. Kimin sanoin: ”Meidän tulee nähdä ihminen diagnoosin takana ja antaa hänelle mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja tehdä valintoja mahdollisuuksien rajoissa.”

Kimin mielestä on kuitenkin tärkeää huomata, että valinnan vapauden mahdollistamista ei tule tulkita rajattomaksi valinnan vapaudeksi. Englannissa lainsäädäntö lähtee ajatuksesta, että ihminen voi ja saa tehdä valintoja ja päätöksiä, mikäli hän on kykenevä tekemään päätöksiä ja mikäli hän ymmärtää päätösten seurausvaikutukset.

Ihminen, jonka kognitiivinen päätöksentekokyky on alentunut, esimerkiksi muistisairauden vuoksi, ei välttämättä pysty itse tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Tämän vuoksi laki velvoittaa henkilökuntaa tekemään päätöksen asiakkaan parhaaksi, tämän etua ajatellen. Päätöksenteon avuksi on saatavilla kansallista ja paikallista ohjeistusta.

<http://www.cqc.org.uk/content/regulation-9-person-centred-care>  
[http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga\\_20050009\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf)  
<https://www.gov.uk/guidance/enabling-integrated-care-in-the-nhs>  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg136/chapter/person-centred-care>  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg42/chapter/person-centred-care>

Jotkin tilanteet ovat helpompia ratkaista lain ja ohjeistuksen perustella kuin toiset. Esimerkiksi elintärkeiden lääkkeiden, kuten insuliinin, antaminen diabeetikolle, voidaan tarvittaessa toteuttaa MAPA®-taitoja apuna käyttäen. Silti monet hoidolliset päätöksentekotilanteet aiheuttavat päänvaivaa henkilöstölle: saako ihminen päättää itse, kuinka paljon hän polttaa tupakkaa, vai voiko hoitaja säädellä tupakanpolttoa? Onko tupakanpoltto ihmisen oma asia?

Tästä johtuen yksilöllisen hoitosuunnitelman avulla pyritään luomaan käytänteet, joihin kaikki osapuolet sitoutuvat. Myös MAPA®:n käytöstä sovitaan yksilöllisesti hoitosuunnitelman yhteydessä, jotta kaikki tietävät, miten toimia kyseisen henkilön kanssa. Henkilökunnan MAPA®-koulutuksessa nämä yksilölliset hoitosuunnitelmat huomioidaan, jotta jokainen työntekijä tietää, miten kunkin asiakkaan kohdalla MAPA®a voidaan soveltaa.

Kim on tyytyväinen työhönsä, vallitsevaan lainsäädäntöön ja hoitokäytänteisiin. Silti yhä tarvitaan suunnannäyttäjiä - työntekijöitä ja johtajia, jotka uskaltavat kyseenalaistaa vallitsevat käytännöt, reflektoida omaa työtään ja nostaa eettiset kysymykset etusijalle. Erityisesti uhaksi asiakaslähtöiselle hoidolle Kim näkee terveydenhuollon säästötoimet sekä leikkaukset henkilöstöresursseihin. ”Meidän kaikkien on taisteltava asiakaslähtöisen ja eettisesti kestävänsä hoitotyön puolesta nyt ja tulevaisuudessa!”, Kim painottaa haastattelun lopuksi.

Lisätietoa asiakaslähtöisestä hoitotyöstä ja linkkejä näyttöön perustuvaan tutkimukseen:

<http://www.nhs.uk/CHOICEINTHENHS/Pages/Choicehome.aspx>

<http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care/what-person-centred-care/principles-of-person-centred-care>

[https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/services\\_info.php?serviceID=167](https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/services_info.php?serviceID=167)

<http://www.nationalvoices.org.uk/evidence>

<http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care-intro>

[https://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/377365/Nursing\\_Standard\\_Principle\\_D\\_April11\\_560KB.pdf](https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/377365/Nursing_Standard_Principle_D_April11_560KB.pdf)

<https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm->

[binaries/61198\\_Sanders\\_Counselling\\_for\\_Depression.pdf](binaries/61198_Sanders_Counselling_for_Depression.pdf)

*Sari Ahonen*

[Miten MAPA® sovelletaan muistisairaiden hoidossa?](#)

18.12.2015



Vanessa Evans ja Sari Ahonen

Vanessa Evans on MAPA®-kouluttaja, jonka erityisosaamisalueena on muistisairaiden hoito. Haastattelin häntä CPI:n toimistolla Keski-Englannissa 27. heinäkuuta 2015 saadakseni selville, miten vanhustenhuollon henkilökuntaa koulutetaan haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen ja millaiseen teoreettiseen näkemykseen Dementia Capable Care -koulutusohjelma pohjautuu.

<http://www.crisisprevention.com/en-uk/Specialties/Dementia-Capable-Care-Behaviours>

Vanhustenhuollon henkilöstön koulutuksissa käytetään työkirjaa ja materiaalia, jotka on erityisesti suunniteltu tämän kohderyhmän tarpeisiin. Muistisairaiden kanssa työskenneltäessä pelkät käytännölliset ohjeet eivät yksin riitä vaan tarvitaan myös teoreettista ymmärrystä siitä, miten muistisairaahan käyttäytymistä tulee tulkita ja ymmärtää.

Dementia Capable Care -koulutuksessa muistisairauksiin liittyvää teoretietoa ja kohderyhmän mukaan valikoituja MAPA®-taitoja yhdistetään käytännön hoitotyötä tukevaksi osaamiskokonaisuudeksi. Koulutusohjelman teoreettisesta taustasta löytyy lisätietoa seuraavien linkkien kautta.

<http://www.crisisprevention.com/Resources/Knowledge-Base/Claudia-Allen>

<http://www.crisisprevention.com/Resources/Knowledge-Base/Cognitive-Assessment-Tools>

Kuten kaikissa muissakin MAPA®-koulutuksissa, myös Dementia Capable Care -koulutuksessa keskeisenä periaatteena on asiakaslähtöinen työskentelytapa. Henkilökunnan tulee nähdä ihminen yksilönä, jonka elämänhistoria on läsnä tässä hetkessä. Erityisesti muistisairauden edetessä vanhus alkaa elää yhä enemmän nuoruus- ja lapsuusajan muistoissa ja nykyisyys tuntuu hänelle usein vieraalta todellisuushorisontilta.

Tämän vuoksi esimerkiksi vanhainkodin perustaminen vanhaan rakennukseen tai tilojen sisustaminen menneiden vuosikymmenten tapaan voi tukea muistisairaahan hyvinvointia. Hoidon suunnittelun ja tilaratkaisujen tulisikin perustua tutkimustietoon ja näyttöön siitä, millaista hoitoa ja hoitoympäristöä missäkin sairaudenvaiheessa on tarkoituksenmukaista tarjota. Tietoa ajankohtaisesta tutkimuksesta löytyy muun muassa seuraavien nettisivujen kautta:

<http://www.worcester.ac.uk/discover/professor-dawn-brooker.html>

<http://dementia.stir.ac.uk/>

Dementia Capable Care -koulutuksessa pyritään vaikuttamaan henkilökunnan ajatteluun ja toimintaa lisäämällä ymmärrystä muistisairaudesta eri vaiheista ja niihin liittyvistä käyttäytymisen ja toiminnan muutoksista, jotta rajoittamiseen johtavia kriisitilanteita ei pääsisi syntyämään. Taustalla on ajatus, että kaikki käyttäytyminen on kommunikaatiota. Siksi yksilön henkilöhistorian tunteminen, käyttäytymisen havainnointi ja käyttäytymiseen reagointi oikealla tavalla ovat hoitotyön ydinosaamista, jota tulee kehittää.

Kykyjen kultivointia tuetaan kuntouttavalla työotteella eli erityisesti yhdessä tekemisen avulla sen sijaan, että tehtäisiin toisen puolesta. Apua tarjotaan toki siinä vaiheessa, kun omat voimat ja kyvyt hiipuvat. Koulutusohjelma on suunniteltu siten, että se sopii myös avustavalle henkilöstölle, kuten vanhainkodeissa toimiville hoiva-avustajille.

Vaikka Dementia Capable Care -ohjelmassa painotetaan ennaltaehkäisyä, vuorovaikutuksen ja tilaratkaisujen merkitystä, on tärkeää muistaa, että koulutuksen aikana opetellaan myös MAPA®-taitoja. Ohjelmaan sisältyy matalan riskin ja keskiriskin MAPA®-harjoituksia, kuten väistämistä ja irtautumisen harjoittelua sekä myönteisen koskettamisen ja liikkumisen ohjaamisen opettelua. Fyysisen rajoittamisen menetelmiä eli korkean riskin MAPA®-tekniikoita ohjelmaan ei kuulu lainkaan.

Kaksi esimerkkiä opetettavista taidoista: kun vanhus tarttuu kiinni työvaatteisiin, häntä pyydetään ensin ystävällisesti irrottamaan otteensa ja samalla otetaan omalla kädellä lempeästi kiinni hänen kädestään. Jos pyyntöä ei noudateta, voidaan tarrautunut käsi irrottaa työnä ja vedä -tekniikkaa käyttäen turvallisesti ja nopeasti. Tai jos vanhus eksyy matkallaan omaan huoneeseen, yksikin ihminen voi sopivan tukevalla ja lempeällä otteella saatella hänet takaisin huoneeseen. Joskus saattamiseen tarvitaan lisäapua, minkä vuoksi opetellaan myös selkeästi ohjaavampi kävelytys kahden hoitajan toimesta. Otteet ovat kivuttomia, mahdollisimman vähän rajoittavia ja luonnollisia. Lisätietoa MAPA®-koulutuksista löytyy Suomen mapa® keskuksen sivuilta <http://suomenMapa@keskus.fi/>.

Tämä on täällä erää viimeinen MAPA®-aiheinen päivitykseni. Kevään teemana tulee olemaan vammaislainsäädännön uudistus, joka on parhaillaan eduskunnan käsittelyssä. Tammikuussa julkaistaan ensimmäinen blogi, jossa haastateltavana on Valtakunnallisen vammaisneuvoston (VANE) vt. pääsihteeri Merja Heikkonen.

[http://stm.fi/documents/1271139/1340739/HE\\_KehVL\\_luonnos\\_17.7.2015.pdf/3b7ccf4f-3116-4105-9ea9-8aa731d57296](http://stm.fi/documents/1271139/1340739/HE_KehVL_luonnos_17.7.2015.pdf/3b7ccf4f-3116-4105-9ea9-8aa731d57296)

Lopuksi haluan kiittää kuluneesta vuodesta kaikkia lukijoita sekä tukijoukkoja, jotka ovat mahdollistaneet tämän blogin kirjoittamisen. Erityiskiitokset Suomen MAPA®-keskuksen maa-vastaavalle Lehtori Aulikki Ylinivalle kollegiaalisuudesta, saamastani tuesta ja upeasta yhteistyöstä. Kiitokset myös MAPA®-kouluttaja Piia Ruutulle ja sairaanhoitaja Sven Soldehedille asiantuntija-avusta.

Taustatiimiini on kuulunut kaksi suomen kielen maisteria: FM Päivi Hytönen perehdytti minut alkuvaiheessa blogikirjoittamiseen tekstin tuottamisen ja rakentamisen näkökulmasta ja FM Soile Wiirilän vastuulla on ollut oikoluku ja kielenhuolto. Lämmin kiitos heille molemmille. Suuret kiitokset myös yliopettaja VTT Teemu Rantaselle, jonka kanssa olen käynyt pitkäkin keskusteluja käsitteiden merkityksistä.

**Sari Ahonen**

## [Kehitysvammalain muutos etenee eduskunnassa - mitä lakiesitys pitää sisällään?](#)

19.1.2016



Vammaisneuvoston vt. pääsihteeri Merja Heikkonen opaskoiransa kanssa.

Merja Heikkonen toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa Valtakunnallisessa vammaisneuvostossa vt. pääsihteerinä. Tämä blogipäivitys perustuu hänen ministeriössään antamaansa haastatteluun 18. joulukuuta 2015.

Koska Suomen lainsäädäntö ei täytä itsemääräämisoikeuden rajoitusten osalta kansainvälisen vammaisyleissopimuksen ehtoja, ei Suomi ole voinut ratifioida YK:n vammaisten oikeuksia koskevaa yleissopimusta. Tästä johtuen kehitysvammalakia on päätetty korjata.

Alun perin ajatuksena oli, että tarvittava lainsäädännöllinen muutos tehdään osana laajempaa itsemääräämisoikeuslainsäädännön muutosprosessia. Kuten jo tiedämme, pitkään valmisteltu lakiehdotus asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta todettiin perustuslakivaliokunnassa perustuslain vastaiseksi ja lakiehdotus raukesi keväällä 2015. (Katso aiempi blogipäivitys)

<https://potilaanitsemaaramisoikeushoitotyossa.sairaanhoitajat.fi/blogi/tuleeko-uusi-itsemaaramisoikeuslaki-vai-ei/>

Maaliskuussa 2015 eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen YK:n vammaisyleissopimuksen ratifioimisesta. Eduskunta kuitenkin edellytti, että lainsäädäntö saatetaan kuntoon ennen lopullista ratifiointia. Tämän vuoksi kehitysvammalakia lähdettiin uudistamaan nopealla aikataululla. Hallituksen esitys kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta annettiin eduskunnalle lokakuussa 2015.

Perustuslakivaliokunta on jo näyttänyt lakiehdotukselle vihreää valoa mutta samalla edellyttää, että lakiesitystä vielä tarkennetaan tietyiltä osin. Prosessi siis etenee, mutta tarkkaa tietoa lain voimaantulon ajankohdasta ei ole saatavilla, koska voimaantulo odottaa sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan käsittelyä. Oheisen linkin kautta pääsee näkemään perustuslakivaliokunnan lausunnon.

[https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL\\_15+2015.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL_15+2015.aspx)

Vammaisneuvoston vt. pääsihteerin Merja Heikkosen mukaan tämänhetkinen voimassa oleva kehitysvammalaki on rajoittamistoimien osalta puutteellinen ja väljä, eli se jättää liikaa tilaa tulkintojen tekemiselle. Esimerkiksi pykälä 42 pakonkäyttämisestä kehitysvammaisten erityishuollossa on sisällöltään liian yleinen ja epätarkka.

Toinen ongelmallinen kohta on kehitysvammalain 32 pykälä, sillä 1 momentin mukaan vammaisuus itsessään on yksi edellytys tahdonvastaiseen erityishuoltoon määräämisessä. Tämä on ristiriidassa YK:n vammaissopimuksen kanssa, jonka mukaan vammaisuus itsessään ei voi olla peruste rajoittamistoimien käytölle.

Uudessa lakiehdotuksessa vanhan lain ongelmalliset pykälät on korjattu. Uusi laki tulee edellyttämään, että ennaltaehkäisyn ja vähemmän rajoittavien keinojen käytön on oltava aina etusijalla. Rajoittamistoimet ovat aina viimeinen vaihtoehto, ja niiden käytön yleisten edellytysten tulee aina täytyä. Erityishuollossa kehitysvammaisen henkilön toimintaa voidaan läheteä rajoittamaan vain seuraavien ehtojen täytyessä: Erityishuollossa oleva henkilö ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärrä käyttäytymisensä seurauksia. Rajoitustoimien käyttäminen on välttämätöntä henkilön itsensä tai muiden terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi tai merkittävän omaisuusvahingon ehkäisemiseksi. Muut lievemmat keinot eivät ole riittäviä tai tilanteeseen soveltuvia.

### **Rajoitustoimia on neljä**

Rajoitustoimia uudessa lakiesityksessä on neljä: kiinni pitäminen, aineiden ja esineiden haltuunotto, henkilötarkastus ja lyhytaikainen erillään pitäminen. Lakiesityksessä on myös muutosehdotuksia tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määräämisestä. Kehitysvammaisen henkilö voidaan määrätä erityishuollon toimintayksikköön tahdostaan riippumatta, jos hän vaarantaa itsensä tai toisten terveyden tai turvallisuuden tai jos hän ei kykene tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, ei ymmärrä käyttäytymisensä seurauksia tai hänen hoitoaan ei voida järjestää muulla tavoin.

Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta voi tuki muuttaa tehtyjä esityksiä.

Uuden lain myötä kehitysvammaisten itsemääräämisoikeus vahvistuu ja viranomaisvalvonta tehostuu. Heikkonen näkee myönteisenä sen, että lakiehdotuksessa on ryhdytty korjaamaan oikeita asioita YK:n sopimuksen ratifioimisen näkökulmasta ja että sallitut rajoittamistoimet on määritelty tarkasti, kuten pitääkin.

Heikkonen pitää hyvänä myös sitä, että uudistuksen pitäisi poistaa kirjavaa käytäntöä ja paikallisia toimintatapoja, jotka ovat syntyneet sen vuoksi, että täsmällinen lainsäädäntö on puuttunut. Lakiuudistus pakottaa myös työyhteisöt tarkastelemaan omia käytäntöjään. Jokaisen kehitysvammaisten kanssa työskentelevän tulisi pysähtyä miettimään, onko omalla toimintatavalla lain suomaa oikeutusta.

Heikkosen mielestä lakiuudistuksen mukanaan tuoman muutoksen ei pitäisi olla kovinkaan suuri, jos työyhteisössä on jo vallalla asiakaslähtöinen toimintakulttuuri. Kun ihmisoikeusajattelu elää arjessa, kunnioitetaan lähtökohtaisesti kaikkien ihmisyyttä, oikeuksia ja yksilöllisyyttä.

Heikkonen tähdentää, että nyt tehtävän lakimuutoksen on tarkoitus jäädä väliaikaiseksi ratkaisuksi, sillä iso kokonaislakipaketti asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta on tarkoitus ottaa uudelleen valmisteluun. Tämänhetkisten tietojen mukaan lakiuudistusta valmisteleva työryhmä perustetaan mahdollisesti jo tänä keväänä. Työryhmän tavoitteet ja aikataulu selviävät aikanaan.

Lakimuutoksen etenemiseen eduskunnassa palataan myöhemmin keväällä 2016. Seuraavassa blogi-päivityksessä lisää vammaisneuvoston vt. pääsihteerin Merja Heikkosen ajatuksia vammaisten asemasta Suomessa, eli millaisia muutoksia vielä tarvitaan, jotta vammaisista ihmisistä tulisi täysivaltaisia kansalaisia.

Tausta- ja lisätietoa meneillään olevasta lakiuudistuksesta saa seuraavien linkkien kautta.

<http://www.vane.to/>

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/vammaislainsaadannon-uudistus>

<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2015/20150096>

<http://www.kvtl.fi/fi/kehitysvamma->

*Sari Ahonen*



## Vammaispolitiikan haasteet Suomessa - kohti täysivaltaista kansalaisuutta

24.2.2016



Merja Heikkonen

Merja Heikkonen toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa Valtakunnallisessa vammaisneuvostossa vt. pääsihteerinä. Tämä blogipäivitys perustuu hänen ministeriössään antamaansa haastatteluun 18. joulukuuta 2015.

Vammaisneuvoston vt. pääsihteerin Merja Heikkosen mielestä vammaisten asema on Suomessa suhteellisen hyvä, mutta parannettavaa vielä riittää. Yhdenvertaisuus on periaate, jota on edistetty pitkään, mutta käytännön tasolla se ei ole vielä toteutunut riittäväällä tavalla.

Esimerkiksi koulutuksen osalta eri vammaisryhmät on huomioitu monilta osin hyvin, ja siitä suomalainen pedagogiikka saakin Heikkoselta kiitosta. Suurempi haaste onkin työelämä, jossa vammaisia ihmisiä syrjiviä käytäntöjä on vielä paljon jäljellä. Monilla aloilla lasikatton rikkominen on vasta alkamassa.

Vammaisuudesta puhuttaessa on muistettava, että käsitteen alle mahtuu suuri joukko erilaisia ihmisiä, joilla on jokin pysyvä toimintakyvyn rajoite ja siihen liittyviä tuen ja palvelujen tarpeita. Fyysisesti vammaiset, kehitysvammaiset ja mielenterveyskuntoutujat kuuluvat saman kattokäsitteen alle.

Ratkaisevaa vammaisuudesta puhuttaessa ei olekaan lääketieteellinen diagnoosi vaan se, millaista haittaa tietty vamma ihmiselle aiheuttaa toimintakyvyn menetyksen näkökulmasta ja miten vamma näkyy yksilön ja ympäristön välisessä kohtaamisessa. Toimintakyvyn vajetta

arvioidaan kansainvälisellä [ICF-luokituksella](#). Sen avulla voidaan määritellä, millaisia avun ja tuen tarpeita vammasta aiheutuu.

Tämän hetkisen vammaispolitiikan ydinajatus on, että toimintakyvyn vajetta tulee kompensoida yhteiskunnan tarjoamalla tuilla ja palveluilla, jotta vammaisen henkilö olisi samalla viivalla muiden kansalaisten kanssa ja pystyisi elämään mahdollisimman normaalia elämää. Eri-laisten tukimuotojen tehtävänä on myös edistää vammaisten osallistumista ja työntekoa.

Vammaisten liikkumista voidaan helpottaa apuvälineillä, esteettömyysratkaisuilla, kuljetuspalveluilla, liikkumistaidon ohjauksella, henkilökohtaisella avulla, auton hankinnan tukemisella tai näiden yhdistämisellä yksilöllisen tarpeen mukaan.

Keskiössä on palvelutarpeen arviointi ja suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa. Vammaisten työelämään pääsyä helpottavat esimerkiksi työpaikalla tehtävät muutokset tai räätälöidyt työpaikat, kuten Lyhty Ry:n pitämä [IPI-kahvila](#) Helsingissä.

Nykyinen vammaispoliittinen ajattelu lähtee siitä, että yhteiskunnan tulee muuttua, jotta kaikilla sen jäsenillä olisi aito mahdollisuus olla mukana yhdenvertaisina toimijoina. Vammaisilla on Heikkosen mukaan vielä pitkä tie kuljettavanaan, sillä vaikka heidän asemansa on parantunut, he eivät vielä ole saavuttaneet täysivaltaisen kansalaisen asemaa. Harvalukuisia ovat nimittäin vielä esimerkiksi ne vammaiset henkilöt, jotka toimivat politiikassa ja yhteiskunnan päättävissä elimissä.

Tilannetta pyritään aktiivisesti muuttamaan YK:n vammaisten oikeuksia koskevalla yleissopimuksella, joka edellyttää vammaisten ihmisten täysimääräistä osallistamista kaikilla elämänalueilla. ”Ei mitään meistä ilman meitä” on kansainvälisen vammaisliikkeen motto, mikä käytännössä tarkoittaa, että marginaalissa olevien vammaisryhmien tarvitsee saada äänensä kuuluviin ja omat edustajansa tärkeille paikoille yhteiskunnassa.

Vaatii vielä paljon ponnisteluja, että edellä mainitut vammaispoliittiset tavoitteet saavutetaan. Yhteiskunnassa on nimittäin paljon näkyviä ja näkymättömiä esteitä, jotka rajoittavat vammaisten täysivaltaista osallistumista. Niiden purkaminen on meidän jokaisen tehtävä, Heikkonen korostaa. Ihmisarvoinen elämä ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon kuuluvat meille kaikille.

Esimerkiksi tällä hetkellä Suomen sosiaaliturvajärjestelmä suosii työtätekeviä kansalaisia ansiosidonnaisten etuuksien kautta. Monet vammaiset henkilöt elävät koko elämänsä työelämän ulkopuolella ja ovat siksi tuomittuja elinikäisesti heikkoon taloudelliseen asemaan. YK:n vammaisyleissopimuksen ratifioiminen lähitulevaisuudessa on taas yksi iso askel matkalla kohti täysivaltaista kansalaisuutta, Heikkonen iloitsee.

Maaliskuussa ilmestyvässä blogipäivityksessä on haastateltavana sairaanhoitaja Kirsi Laitinen, jolla on kolme autistista lasta. Saamme kuulla vammaisperheen arjen haasteista sekä Kirsin näkemyksen siitä, miten palvelujärjestelmää tulisi kehittää, jotta työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen olisi helpompaa.

*Sari Ahonen*

Liite 4 Finnish visitor says well done

## North Staffordshire Combined Healthcare NHS Trust



### Finnish visitor says well done to Trust for its excellent care

Wednesday 1 July 2015

Staff were delighted to welcome a health professional from Finland to show her first-hand why North Staffordshire Combined Healthcare NHS Trust has been identified as an example of best practice when it comes to safety training.

Sari Ahonen spent a week at Harplands Hospital gaining a better understanding of how Management of Actual or Potential Aggression (MAPA®) training is put into practice within the NHS.

As well as being a nurse tutor based in Helsinki, Sari is also a MAPA® trainer and approached NSCHT after the organisation was singled out as a model of excellence by CPI, which owns the MAPA® model of training.

Sari spent her week learning how the Trust trains staff in MAPA®, a technique that gives frontline staff the skills to be able to deal with aggressive or challenging people in a calm and safe way.

“I’ve really enjoyed my time with the Trust and can certainly say I’ll be taking a lot of learning back to Finland,” said Sari. “The Trust’s person-centred approach to care is superb and really stood out and I’ve also been struck with how important values-based care is at the Trust; specifically the dignity that each person is given, whether they be in hospital or in the community.”

Andy Bough, Workforce Safety Advisor, said: “We’ve been honoured to have Sari join us and were obviously delighted the Trust had been selected as a model of best practice in terms of providing MAPA® training in a mental health setting.

“The use of MAPA® has certainly helped our staff to become more knowledgeable and confident in safely managing situations that may present a risk to themselves, the service user or others. We wish Sari all the best and will be interested to see how her learning is put into practice in her native Finland.”

1. Sari Ahonen is pictured back row, centre, with MAPA® trainees

## Liite 5 Scandinavian lessons from North Staffs hospital

February 10th 2016 | Place an advert | Buy a photo | Local Projects | Puzzles | Like us | Follow us | Login | Register

**The Sentinel** WED 3.8 °C Partly Sunny

News Sport What's On Jobs Property Cars Directory Notices Buy&Sell Offers Dating ALL

Crime | Education | Business | Health | Stoke Live | Politics | Jobs News | Blogs | Letters | Community | Advertise

### Scandinavian lessons from North Staffs hospital

By [D. Blackhurst](#) | Posted: July 13, 2015

Comments (0)

A FINNISH expert in training health workers cope with violent patients has spent a week studying methods used at a North Staffordshire hospital.

Sari Ahonen was invited to the Harplands centre in Hartshill by Combined mental health trust which runs it.

The nurse tutor approached the organisation after it was singled out as a model of excellence in the field by a national review body.

The training helps staff deal with aggressive or challenging people with mental health needs in a calm and safe way.

**RELATED CONTENT**

Why we may soon regard today's stressed NHS as its last golden age

Calmer environment brought to Potteries mental health unit

She said: "I'll be taking a lot of what I've seen back to Finland."

"The Trust's person-centred approach to care is superb, especially the dignity that each patient is given, whether they be in hospital or in the community."

VOUCHER DEALS

- Free Legal Expenses Poli... Insurance Companies and Agents [Print voucher](#)
- RECOMMENDED OFFER
- THE GOSPEL TRUTH BAND Pubs [Print voucher](#)
- RECOMMENDED OFFER
- Teletronix For All Your... Audio Visual Equipment [Print voucher](#)
- RECOMMENDED OFFER
- Lewis Bros Roofing Contr... Roofing Contracting Services [Print voucher](#)
- RECOMMENDED OFFER
- Keep the cold out this... Garage Doors [Print voucher](#)
- RECOMMENDED OFFER

Windows taskbar: 12:09 10.2.2016

### Scandinavian lessons from North Staffs hospital

By [D. Blackhurst](#) | Posted: July 13, 2015

#### Comments (0)

A FINNISH expert in training health workers cope with violent patients has spent a week studying methods used at a North Staffordshire hospital.

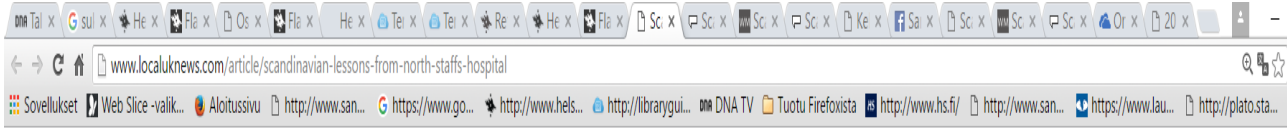
Sari Ahonen was invited to the Harplands centre in Hartshill by Combined mental health trust which runs it.

The nurse tutor approached the organisation after it was singled out as a model of excellence in the field by a national review body.

The training helps staff deal with aggressive or challenging people with mental health needs in a calm and safe way.

She said: "I'll be taking a lot of what I've seen back to Finland."

"The Trust's person-centred approach to care is superb, especially the dignity that each patient is given, whether they be in hospital or in the community."



# LOCAL UK NEWS.CO.UK

Articles

**BREAKING NEWS** 'stupid for being suckered in' [www.independent.co.uk](http://www.independent.co.uk) Qatar World Cup: FIFA Recommends Winter

- Home
- City
- Crime
- Citizen Journalist
- Local Search
- Polls
- Classified
- Local Links

- Explore City
- Type City
- London
  - Edinburgh
  - Birmingham
  - Cardiff
  - Manchester
  - Bristol
  - Oxford
  - Liverpool

## Scandinavian lessons from North Staffs hospital

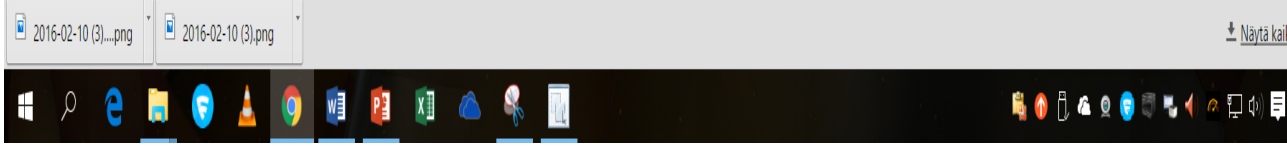
July 13, 2015, 11:32 am BST

Source : [www.thisisstaffordshire.co.uk](http://www.thisisstaffordshire.co.uk)

A FINNISH expert in training health workers cope with violent patients has spent a week studying methods used at a North Staffordshire hospital. Sari Ahonen was invited to the Harplands centre in Hartshill by Combined mental health trust which runs it. The nurse tutor approached the organisation after it was singled out as a model of excellence in the field by a national review body. The training helps staff deal with aggressive or challenging people with mental health needs a calm and safe way. She...

[Read more](#)

- Businesses in article
- [Cards and Posters in london](#)
  - [Tailors in london](#)
  - [Photographers in london](#)
  - [Clocks in london](#)
  - [Craft Centres and Shops in london](#)
  - [Business Consultants in london](#)
  - [Estate Agents in london](#)
  - [Beauty Saloons in london](#)
  - [Booksellers in london](#)
  - [Builders in london](#)
- What: \_\_\_\_\_ Where: \_\_\_\_\_



Liite 6 Fiocan Mielenterveys hoitotyön kouluspäivät ohjelma



## Mielenterveys hoitotyön kouluspäivät

**Aika:** 22.-23.9.2015

**Paikka:** Scandic Marski, Helsinki

### **Ohjelma:** **I päivä 22.9.**

08.30- 09.00 Ilmoittautuminen ja aamukahvi

09.00- 09.10 Sairaanhoidajaliiton edustajan puheenvuoro

09.10- 10.00 Avohoidon kehittäminen ja yhteistyö terveyskeskustasolla, Jaana Behm, palveluesimies, EKSOTE

10.00- 10.30 Tauko

10.30- 11.30 Päihtyneen potilaan kanssa työskentely - Hyvien käytäntöjen jakamista kollegoille, Maija Honkala, apulaisosastonhoitaja, HYKS Psykiatria

11.30- 12.30 Lounas

12.30- 14.00 Kun läheinen on sairastunut tai oireilee - Perheen huomioiminen, Petteri Liikainen, FinFamiUusimaa ry

14.00- 14.30 Kahvitauko

14.30- 15.15 Itsemurhat Suomessa ja muualla. Linity-malli. Marena Kukkonen, projektipäällikkö Linity, Suomen Mielenterveysseura.

**II päivä 23.9.**

09.00-09.45 Pakon käytön vähentäminen psykiatrian vuodeosastolla, Kaisu Hämäläinen, Sairaanhoidaja (YAMK), Evipro Oy:n asiantuntija

09.45 -10.00 Tauko

10.00 -11.15 Eristämisen jälkeinen purkukeskustelu hoitotyön menetelmänä, Kaisu Hämäläinen, Sairaanhoidaja (YAMK), Evipro Oy:n asiantuntija

11.15 -12.15 Lounas

12.15 -13.30 Haasteellinen käytös terveydenhuollossa - ennaltaehkäisyn tehostaminen, Aulikki Yliniva, Ttm, lehtori, Laurea ammattikorkeakoulu

13.30 -14.00 Kahvit

14.00 -15.15 Terveiset Englannista - Parhaat käytännöt väkivallan hoidossa ja ehkäisyssä, Sari Ahonen, sairaanhoidaja, hoitotyön opettaja, filosofian jatko-opiskelija



## Liite 7 Fiocan Mielenterveyshoitotyön koulutuspäivän diaesitys

TERVEISET ENGLANNISTA  
PARHAAT KÄYTÄNNÖT  
PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

ESIMERKINÄ HARPLANDIN  
SAIRAALA KESKI-ENGLANNISSA

20.4.2018

1



HARPLANDIN SAIRAALA


<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Pages/NHSEngland.aspx>

<http://www.nhs.uk/Services/hospitals/Services/DefaultView.aspx?id=2905://>

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/accessing%20services.aspx>

20.4.2018

2



**NHS Constitution**

**RESPECT FOR DIGNITY**  
We ensure every person who uses our services is treated with respect and dignity. We support our staff to do this, and we ensure that our services are designed to meet the needs of our patients, carers and families. We are committed to ensuring that our services are accessible to all, and that we provide a safe and secure environment for our patients, carers and families.

**EVERYONE COUNTS**  
We ensure that every person who uses our services is treated as an individual. We support our staff to do this, and we ensure that our services are designed to meet the needs of our patients, carers and families. We are committed to ensuring that our services are accessible to all, and that we provide a safe and secure environment for our patients, carers and families.

**COMMITMENT TO QUALITY OF CARE**  
We ensure that every person who uses our services is treated with the highest quality of care. We support our staff to do this, and we ensure that our services are designed to meet the needs of our patients, carers and families. We are committed to ensuring that our services are accessible to all, and that we provide a safe and secure environment for our patients, carers and families.

**COMPASSION**  
We ensure that every person who uses our services is treated with compassion. We support our staff to do this, and we ensure that our services are designed to meet the needs of our patients, carers and families. We are committed to ensuring that our services are accessible to all, and that we provide a safe and secure environment for our patients, carers and families.


## BEST PRACTISE – MITEN SAIRAALASSA TOIMITAAN JA MILLAISIIIN PERIAATTEISIIN TOIMINTA POHJAUTUU?

### MIKSI CARE QUALITY COMMISSION ON ANTANUT HYVÄÄ PALAUTETTA SAIRAALALLE?

- > <http://www.cqc.org.uk>
- > <http://www.cqc.org.uk/location/RLY88/inspection-summary#CHI>

© NHS, 2015. KAUKASUUN KIRJASTO

3  
20.4.2018



**Sing with us**

Alzheimer's Society for Society The British

Research shows that singing can help to improve the quality of life for people with dementia and their carers. Singing can also help to reduce stress and improve mood. Singing can also help to improve memory and communication skills. Singing can also help to improve social skills and reduce feelings of isolation. Singing can also help to improve self-esteem and confidence. Singing can also help to improve overall health and well-being.

We look forward to hearing from you.

## AVOHOITOPAINOTTEISUUS ON TOIMINNAN LÄHTÖKOHTA

- ❖ SAIRAALAHOITO PERUSTELTUA JOS ASIAKAS ON ITSELLEEN TAI YMPÄRISTÖLLEEN VAARALLINEN.
- ❖ TURVALLISUUS JOHTAVA PERIAATE
- > [http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental\\_health\\_services](http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental_health_services)
- > <http://www.mind.org.uk/information-support/guides-to-support-and-services/community-based-mental-health-and-social-care-in-england/#.VefyPZeQkwy>

© NHS, 2015. KAUKASUUN KIRJASTO

4  
20.4.2018



## SAIRAALASSA VAIN AKUUTTIHOITOPAIKKOJA

- ❖ SAIRAALAHOITOJAKSOT MAHDOLLISIMMAN LYHYITÄ
- ❖ EHKÄISTÄÄN LAITOSTUMISTA
- ❖ TEHOSTETTU KOTIHOITO VARMISTAA KOTONA PÄRJÄÄMISTÄ AKUUTTILANTEISSA
- ❖ THE ACUTE HOME TREATMENT TEAM
- <http://www.combined.nhs.uk/ourservices/AMHI/AHT1/Pages/default.aspx>
- ❖ MISSÄ HOIDETAAN NE, JOTKA EIVÄT PÄRJÄÄ KOTONA EIVÄTKÄ TARVISE SAIRAALAHOITOA?



## HOITO SAIRAALASSA

- ❖ TAVOITTEENA LYHYET HOITOJAKSOT
- ❖ POTILASKESKEINEN AJATELUN
- ❖ PERSOONAN JA ELÄMÄNHISTORIAN MERKITYS
- ❖ IHMINEN DIAGNOOSIN TAKANA
- ❖ YHTEISTYÖ PERHEEN JA LÄHEISTEN KANSSA



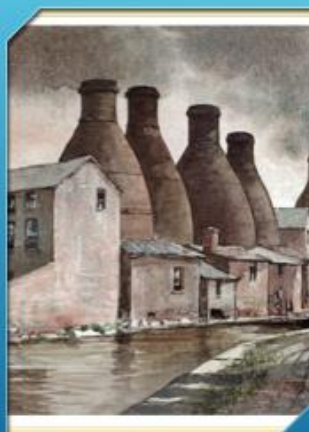
©H. VISA, HAALUSTEHOINTU

## POTILASLÄHTÖISEN AJATELUN YDINPERIAATTEITA:

- ❖ YMMÄRRYS SIITÄ, KENEN KANSSA TYÖSKENTELEMME
- ❖ TAVAT, TOTTUMUKSET JA LÄHISUHTEET VOIMAVARANA
- ❖ KUVAKIRJAT, PÄIVÄKIRJAT JA YKSILÖLLINEN HOITOSUUNNITELMA
- ❖ KUNNIOITUS, VALINNAT JA VUOROVAIKUTUS

7

20.9.2018



©H. VISA, HAALUSTEHOINTU

## KÄYTTÄYTYMISEN YMMÄRTÄMINEN ON KESKIÖSSÄ

- ❖ KÄYTTÄYTYMISEN YMMÄRTÄMINEN HENKILÖN OMASTA NÄKÖKULMASTA:
- ❖ MIKSI JOKU TOIMII, NIIN KUIN TOIMII.
- ❖ ESIM. KERAMIKKATEHTAAN ESIMIEHEN OMITUISELLE KÄYTÖKSELLE LÖYTYY JÄRKEVÄ SELITYS.

8

20.9.2018

## POSITIVE BEHAVIOR SUPPORT

HENKILÖKUNTA KOULUTETTU JA NOUDATTAA TYÖSSÄÄN TOIMINTAPERIAATTEITA

- ❖ PUHU RAUHALLISESTI
- ❖ ANNA TILAA
- ❖ ÄLÄ SANO EI
- ❖ ETSI YKSINKERTAINEN RATKAISU (POTILAAN ELÄMÄNHISTORIA JA TAVAT HUOMIOIDEN)
- ❖ MIETI, MITEN IHMINEN HAHMOTTA A TODELLISUUDEN
- ❖ OTA OMAISET MUKAAN HOITOO.
- ❖ (ELÄMÄNHISTORIAN LAATIMINEN KUVAKIRJAN MUOTOON YHDESSÄ LÄHEISTEN KANSSA)
- ❖ SUUNNITTELE HOITO YHDESSÄ POTILAAN JA LÄHEISTEN KANSSA
- ❖ PÄIVÄKIRJA
- ❖ EMPAATTINEN VUOROVAIKUTUS
- ❖ POTILAAN KUNNIOITTAMINEN

<http://www.crisisprevention.com/Resources/Knowledge-Base/Positive-Behavior-Support>

OHJ. YMS. PALJUT ANTONI

9

20.4.2018



## KAKSI ESIMERKKIÄ POTILASKESKEISESTÄ AJATTELUSTA OSASTOTYÖSSÄ

### OSASTO 6 DEMENTIAOSASTO

- ❖ TILARATKAISUT
- ❖ POTILASLÄHTÖINEN HOITOTYÖ - YKSILÖLLINEN PÄIVÄRYTMİ, OMA KEITTIÖ
- ❖ MAPA OSANA VÄKIVALLAN EHKÄISYÄ JA HALLINTAA DEMENTIAOSASTOLLA

LINKIT:

- > <http://www.alz.org/>
- > <http://www.nhs.uk/conditions/Alzheimers-disease/Pages/Introduction.aspx>

OHJ. YMS. PALJUT ANTONI

10

20.4.2018



VÄRIT OVISSA JA SEINISSÄ



TARKKAAN HARKITUJA



PUNAINEN RAITA OHJAA LIIKKUMISTA

DR. YVA, MAKSIM ANTONOV

11  
22.8.2018

Palo-ovista kirjahyllyjä



Piha-alue – vapaa pääsy



TILARATKAISUJA DEMENTIAOSASTOLLA

DR. YVA, MAKSIM ANTONOV

12  
22.8.2018

Ohjattua viriketoimintaa



Naisten oma huone



VÄRIKODIT KÄYTÖSSÄ OVISSA

Dr. VSA, Heli Soti Ahonen

13  
22.8.2018

Värit ohjaavat havaintoja



Huoltotilat valkoinen ovi



VÄRIKODIT KÄYTÖSSÄ OVISSA

Dr. VSA, Heli Soti Ahonen

14  
22.8.2018



## TOINEN ESIMERKKI POTILASKESKEISESTÄ AJATTELUSTA OSASTOTYÖSSÄ

### OSASTO 5 NEUROPSYKIATRIA

- ❖ VAPAA LIIKKUMINEN
- ❖ RAJOITUKSET MINIMISSÄ
- ❖ YKSILÖLLINEN SUUNNITELMA, MITEN MAPAA VOI SOVELTAA?
- ❖ POSITIVE BEHAVIOUR SUPPORT –MENETelmä KÄYTÖSSÄ

Dr. VML, Hilkka Aho

15

22.8.2018



Koulutukset pidetään sairaalan koulutusfiliossa

## MAPA-KOULUTETTU HENKILÖKUNTA OLEELLINEN OSA PARHAITA KÄYTÄNTÖJÄ

Dr. VML, Hilkka Aho

16

22.8.2018



## Henkilökuntakoulutus



SAIRAALASSA EI VARTIJOITA  
EI MEKAANISTA SITOMISTA  
KOKO HEKINÖKUNTA MAPA - KOULUTETTU  
MYÖS PITKÄAIKAISET SIJAISET  
VÄHINTÄÄN KOLME MAPA -TAITOISTA AINA TYÖVUOROSSA  
HÄTÄTILANTEESSA POLIISI PAIKALLE

DR. VISA, HAAKSI Arianna

## Sairaalan turvallisuuskouluttajat Andy ja Dean



17

22.8.2018



## TAVOITTEENA VÄKIVALLAN ENNALTAEHKÄISY

- ❖ POTILASKESKEISYYS JA VÄKIVALLAN EHKÄISY
- ❖ HENKILÖN JA HENKILÖHISTORIAN TUNTEMINEN
- ❖ VÄKIVALLAA LAUKAISEVIEN TEKIJÖIDEN KARTOITTAMINEN
- ❖ HENKILÖKUNNAN KÄYTÖS SUHTEESSA ASIAKKAIISIIN
- ❖ KUNNIOITUS JA JOUSTAVAT TOIMINTATAVAT
- ❖ YKSILÖT OVAT ERILAISIA - YKSILÖLLISTEN EROJEN HUOMIOINTI TOIMINNASSA

DR. VISA, HAAKSI Arianna

18

22.8.2018

## KUINKA USEIN TULEE KÄYDÄ SUIHKUSSA JA KUKA SIITÄ PÄÄTÄÄ?

### TULEEKO SUIHKUSSA KÄYDÄ

- A) 1 X VRK
- B) 1 X VKO
- C) 1 X VUODESSA

KESKUSTELE VIERUSTOVERISI KANSSA, KUINKA USEIN ASIAKKAAN TULEE KÄYDÄ SUIHKUSSA JA MITEN PÄÄTÖS TEHDÄÄN JA KENEN TOIMESTA.



## KESKUSTELU: MILLAISIA AJATUKSIA HERÄSI?

- ENGLANTILAINEN LAINSÄÄDÄNTÖ OHJAA PÄÄTÖKSENTEKOA SEURAAVASTI
- KAPASITEETTI TEHDÄ PÄÄTÖKSIÄ RATKAISEE
- MENTAL CAPACITY ACT :
  - <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/content>
  - <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/mental-capacity.aspx>
  - NICE <https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/nice-guidance-on-helping-nhs-staff-to-deal-with-violence-and-aggression-from-patient>
  - BILD <http://www.bild.org.uk/our-services/books/positive-behaviour-support/bild-code-of-practice/>

## MITÄ TARKOITTAÄ "MENTAALINEN KAPASITEETTI TEHDÄ PÄÄTÖKSIÄ"?

- ❖ JOS ON KYVYKÄS ÄLYLLISESTI JA HENKISESTI TEKEMÄÄN PÄÄTÖKSIÄ, SAA ITSE PÄÄTTÄÄ.
- ❖ JOS EI OLE ÄLYLLISESTI JA HENKISESTI KYVYKÄS TEKEMÄÄN PÄÄTÖSTÄ, HENKILÖKUNTA TEKEE PÄÄTÖKSEN POTILAAN JA YMPÄRISTÖN EDUN MUKAISESTI NOUDATTAEN LAKIA JA SIIHEN LIITTYVÄÄ OHJEISTUSTA.
- ❖ LAKI SUOJAA KAIKKIA – JOS KONGNITIO ON ALENTUNUT MUUT VOIVAT PÄÄTTÄÄ MIKÄ ON ASIAKKAAN EDUN MUKAISTA – BEST INTRESTS.

DR. VISA, MÄKSIÄÄ KROONIN

21  
22.8.2018



## AIHEUTTAA SILTI PALJON PÄÄNVAIVAA HOITYÖN ARJESSA:

- ❖ AUTONOMINEN ON HENKILÖ, JOKA OMAA RIITTÄVÄN KAPASITEETIN JA ON KYKENEVÄ PÄÄTÖKSENTEKOON ITSEÄÄN KOSKEVISSA ASIOISSA.
- ❖ OTETAANKO TUPAKAT POIS VAI EI?
- <http://www.bbc.com/news/health-32982669>

DR. VISA, MÄKSIÄÄ KROONIN

22  
22.8.2018

# VALVONTA

- ❖ TOIMINTA POHJAA LAINSÄÄDÄNTÖÖN JA CARE QUALITY COMMISSION VALVOO, ETTÄ LAKIA JA OHJEITA NOUDATETAAN
- <https://www.gov.uk/government/organisations/care-quality-commission>

SH, VTM, HukSari Aho

23

25.8.2018



## TULEVAISUUDEN HAASTEET PARHAIDEN KÄYTÄNTÖJEN SUHTEEN ENGLANNISSA

MIELENTERVEYSPOTILAIEN SOMAATTINEN HOITO EI OLE SAMALLA TASOLLA MUUN VÄESTÖN KANSSA. SYRJIVÄ ASENTEITA JA STIGMATISOINTIA ESIINTYY EDELLEEN TERVEYDENHUOLLOSSA.

YHTEISTYÖN TIIVISTÄMINEN SOMAATTISEN JA PSYKIATRISEN HOIDON OSALTA.

<https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-must-treat-people-with-mental-and-physical-health-equally>

SH, VTM, HUKSARI AHO

24

25.8.2018



©: YSA, Markku Aho

## KIITOKSET YHTEISTYÖSTÄ CPI, HARPLANDIN SAIRAALA, LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU JA SUOMEN SAIRAANHOITAJALIITTO !

- <https://potilaanitsemaaraamisolkeushoitotyossa.sairaanholtajat.fi/blogi/itsemaaraamisolkeuslainsaadanto-muuttuu-oletko-valmis/>
- <http://www.combined.nhs.uk/news/Pages/Finnish-visitor-says-well-done-to-Trust-for-its-excellent-care.aspx>
- <http://www.stokesentinel.co.uk/Scandinavian-lessons-North-Staffs-hospital/story-26891161-detail/story.html>





Elämänhistoria auttaa muita kohtaamaan muistisairaana ihmisen ainutlaatuisena persoonana. Elämänsä voi kirjata vaikkapa *Oma kansioni* -vihkoseen, jonka voi tilata tai tulostaa Muistiliiton verkkosivuilta.

Liite 7 Muistilehti 4/2015

# Yhteisymmärryksestä rakentuu sujuva arki

Eletty elämä on läsnä myös tässä ja nyt.  
Muistisairaana ihmisen historian tunteminen  
avaa ovia kohtaamiseen ja yhdessäoloon.

TEKSTI Heidi Härmä

**S**airaanhoitaja ja opettaja nauttivat muisten auttamisesta uran päätyttyäkin. Joka sunnuntai sanomalehtensä sängynpohjalla selaillut haluaa edelleen nautiskella viikonloppuaamuista ja lehden kahinasta. Innokas leipuri paistaa mielellään pullaa myös muistisairauteen sairastututtaan. Tietysti! Muistisairaudesta huolimatta eletty elämä säilyy koskemattomana, ja identiteetti ja totutut tavat ohjaavat toimintaa ja toiveita sairastumisen jälkeenkin.

Kun elämänhistoria ja persoona tunnetaan, on läheisten ja ammattilaisten helppo tarjota avaimia mukavaan ja mielekkääseen arkeen, jonka menoa ei sairaus hidasta.

– Kyse on pienistä asioista, kuten siitä, että saa itse tehdä aamupalaa ja puuhailla keittiössä, eikä kaikkea tehdä puolesta. Mitä sillä on väliä, vaikka tulee sotkua – elämä on sotkuista, naurahtaa **Sari Ahonen**, kouluttaja ja hoitotyön opettaja.

Ahonen puhuu niin sanotun asiakaslähtöisen ajattelun periaatteista. Hän painottaa, että kaikessa muistisairaana ihmisen kohtaamisessa ja hoivassa tulee kunnioittaa sitä, mikä on ollut juuri kyseiselle ihmiselle tärkeää. Elämänhistorian tuntemisessa ovat läheiset tarpeellisia apuna silloin, kun arkea eletään esimerkiksi yhteisökodissa.

muisti 4/2015 13

## Avaimet tähän hetkeen historiassa

Kun ihminen on tuttu, tunnetaan myös kiihtymystä ja levottomuutta aiheuttavat syyt. Yksinkertaisimmillaan nälkä, väärä lääkitys, meteli tai väsymys voivat aiheuttaa pahaa mieltä, joka olisi ennaltaehkäistävässä ja hoidettavissa ennen kuin tilanne paisuu.

Muistisairaana ihmisen haaste on, ettei hän sairauden edetessä aina kykene ilmaisemaan tunteitaan haluamallaan tavalla tai yleisiin normiin sopivasti. Sisällä voi kuohua, mutta sanoja ei löydy tai tunne purkautuu hallitsemattomasti ulos.

Pienet mutta havaittavat käyttäytymisen muutokset viittaavat turhautumiseen ja hermostumiseen: siihen, että joku asia häiritsee ja on epämuokava olo. Ahonen kuvaa, että esimerkiksi pöydän naputus, jalkojen tömistely ja heiluttelu tai äänen korottaminen ovat selkeitä enteitä siitä, että tilanne voi pian kasvaa hankalaksi. Jos mieli kuitenkin rauhoittuu ajoissa, rauhoittuu tilannekin.

Välillä hermostuttaa, niin sairastunutta, läheistä kuin ammattilaistakin. Ylilyöntejä ei kuitenkaan tule, kun yhteisymmärrys löytyy ja sairastuneen kanssa toimivat ymmärtävät, mistä sairaudessa on kysymys ja miksi ihminen toimii, kuten toimii.

Muistisairaus muuttaa aivotoimintaa, eikä sairastuneelta siksi voida vaatia mukautumista terveiden ihmisten muottiin. Sopeutumisen ja ymmärtämisen vastuu ei ole sairastuneella, vaan yhteiskunnalla ja muistisairaiden ihmisten kanssa elävillä läheisillä ja ammattilaisilla.

Ahonen kuitenkin korostaa, että diagnoosi on vain apuväline sairastuneen käyttäytymisen ymmärtämiseen, eikä ihmistä tule lähestyä diagnoosin kautta: sen sijaan tulee nähdä ihminen ja persoona diagnoosin takana. Hän kertoo esimerkin: eräs vanhainkodin asukas lajitteli joka iltapäivä tiettyyn kellonaikaan päiväsalissa tavaroita täsmälliseen järjestykseen. Henkilökunta oli kummissaan – ulkoapäin tarkasteltunahan se on järjetöntä toimintaa. Kunnes saatiin tietää, että hän oli tehnyt uransa keramiikkateollisuudessa, jossa hänen vastuullaan oli vahtia liukuhihnoja, jottei läpi mene viallisia tuotteita. Hän ei järjestellyt tavaroita siksi, että hänellä on muistisairaus, vaan koska koki sen tehtäväkseen.

– Ihmistä ruvetaan herkästi pitämään hulluina, jos ei ymmärretä elämänhistoriaa ja toiminnan takana olevaa mielekkyyttä, Ahonen muistuttaa.

14 **muisti** 4/2015

### Tunteet pöydälle

Muistisairasta ihmistä rajoitetaan usein. Tarkoitus on hyvä: halutaan suojata ihmistä, rauhoittaa levotonta mieltä tai varmistaa muiden turvallisuus. Liian usein rajoittamistoimenpiteitä kuitenkin tehdään, koska niin on totuttu tekemään tai koska resurssit tai tilaratkaisut eivät muuta salli. Resurssien puute ei kuitenkaan missään tapauksessa saa olla syy epäinhimilliseen hoitoon ja kohtaamiseen.

– Ennaltaehkäisy on kaiken A ja O. Mielivaltaa ja ylipäätään vallankäyttöä ei saa olla, ja rajoittavien toimenpiteiden tulee aina olla viimeisiä vaihtoehtoja ratkaista tilanne, muistuttaa Ahonen.

Hän korostaa, että varsinkin ammattilaisilla tulee olla hankalien tilanteiden ymmärrystä sekä työvälitteitä, joilla tilanteista selvittää kaikkien osapuolten oikeuksia kunnioittaen. Jos rajoituksia käytetään ilman linjauksia, tehdään ne mielivaltaisesti.

– Omaishoitajakin voi tarvita tukea ja ohjausta – tukiryhmiä, joissa purkaa tunteita. Sairauteen ja hoitoon liittyy vahvasti ilmapiiri, jossa vihaa ja aggressioita on vaikea käsitellä. Ne kuitenkin kannattaa nostaa pöydälle. Voi sanoa ääneen, että se oma rakas ihminen on välillä tosi raivostuttava. Näin tunnetta pääsee käsittelemään, eikä se jätä sisään käsittelemätöntä ahdistusta, Ahonen kannustaa.

Niin ammattilaisten kuin läheistenkin olisi hyvä oppia tunnistamaan omia vuorovaikutustilanteissa heittäviä tunteita ja niiden aiheuttamia reaktioita. Näin voidaan myös oppia erottamaan, mitkä asiat ovat aidosti uhkaavia ja mihin taas voi jättää jopa tyystin reagoimatta.

Vaikka muistisairas ihminen voi toimia joskus rajusti, korottaa ääntään tai pitää lujasti kiinni, ei tilanne aina suinkaan ole vakava. Ennen omaa toimintaa kannattaa aina miettiä, miltä itsestä tuntuu. Joskus tilanne voi tuntua reagoimista vaativalta, vaikka se aiheuttaa uhan sijaan lähinnä omaa ärtymystä. Kiukku on syytä tunnistaa, jotta asiantila ei suotta mutkistu.

Kaikenlaiset tunteet ovat sallittuja ja tarpeellisia, mutta keinoja niiden purkamiseen ja kohtaamiseen kannattaa miettiä vaikkapa vertaisryhmässä tai hoitohenkilöstön kanssa.

– Ei käyttäytymistä tai tunteita tarvitse arvottaa huonoiksi tai hyviksi, muistuttaa Ahonen. Jokaisella on oikeus niin iloon kuin suuttumukseen – omalta tuntuvaan elämään, kaikkine tunteineen.



MAPA® opettaa ennakoimaan ja välttämään haastaviksi koettuja tilanteita hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin sekä tarvittaessa rauhoittamaan tilanne. MAPA® on kehitetty Englannissa 80-luvun lopussa, ja sitä kehitetään jatkuvasti. Dementia MAPA® -toimintamallin käyttöön koulutetaan muistisairaiden ihmisten parissa toimivia ammattilaisia. Lisätietoja: [www.suomenMapa®keskus.fi](http://www.suomenMapa®keskus.fi)

Lisää Sari Ahosen ajatuksia itsemääräämisoikeudesta ja MAPA®-menetelmästä:

[www.potilaanitsemääräämisoikeushoitotyossa.sairaanhoitajat.fi](http://www.potilaanitsemääräämisoikeushoitotyossa.sairaanhoitajat.fi)

#### Ahonen antaa vinkkejä haastavilta tuntuviin tilanteisiin:

- Puhu rauhallisesti
- Anna tilaa
- Älä sano ”ei”
- Etsi ratkaisuja elämänselämästä
- ja tavoista
- Mieti, miten sairastunut hah-
- mottaa tilanteen ja todellisuuden
- Pura tunteet jälkeenpäin päiväkirjaan, ystävälle tai vertaisryhmässä

Liite 8 Todistus MAPA® Finnish Professional Instructor

