

Toimituskunta:

Elina Karvinen, toimialapäällikkö

Tuire Parviainen, toimialapäällikkö

Pertti Pohjolainen, vanhempi tutkija

Anneli Sarvimäki, tutkimusjohtaja

Ilkka Syrén, tutkimussihteeri

"HALUSIN TOIMIA OIKEIN. MIKÄ ON OIKEIN?" Vanhustyöntekijöiden kokemia eettisiä ongelmia

Anneli Sarvimäki, Mika Simonen ja Tuire Parviainen

ISBN 978-952-5968-22-4 (PDF)

**RAPORTTEJA 1/2004
RAPPORTER
REPORTS**

TIIVISTELMÄ

Anneli Sarvimäki, Mika Simonen ja Tuire Parviainen:
"HALUSIN TOIMIA OIKEIN. MIKÄ ON OIKEIN?" Vanhustyöntekijöiden kokemia eettisiä ongelmia.
Raportteja 1/2004. Ikäinstituutti, Helsinki.

Etiikka on noussut viime vuosina yhä tärkeämmäksi laatutekijäksi vanhustenhuollossa. Ikäinstituutin etiikkakurssien yhteydessä tehtiin kartoitus kurssilaisten kokemista eettisistä ongelmista, niiden herättämistä tunteista ja reaktioista sekä siitä, kuinka ongelmat oli hoidettu työpaikalla. Avoimella kyselylomakkeella kerättyä aineistoa käytettiin sekä kurssin harjoitusmateriaalina että tutkimusaineistona. Yhteensä 123 kurssilaista kuvaili 151 eettistä ongelmatilannetta. Vastauksia analysoitiin kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen sisällönanalyysin keinoin. Suurimman ongelmaryhmän muodostivat sosiaaliset suhteet eli suhteet omaisiin ja työtovereihin (43 %), seuraavina olivat hoidolliset ongelmat (25 %), taloudelliset ongelmat (21 %) ja potilaan/asiakkaan oikeuksia koskevat ongelmat (11%). Lähes puolet ongelmien yhteydessä koetuista tunteista (48 %) oli kielteisiä: ärtymystä, turhautumista, avuttomuutta, pettymystä ja pelkoa. Seuraavaksi eniten esiintyi hämmennystä (30 %) ja myönteisiä tunteita (18 %). Jotkut reagoivat ainoastaan järkeillen. Oli harvinaista, että ongelmia ei käsitelty työpaikalla lainkaan. Tulosten mukaan osallistujat olivat eettisesti tiedostavia. Kaikki olivat kokeneet tilanteita, joita saattoi pitää eettisesti ongelmallisina. Tunnekuvaukset osoittivat, että osallistujat reagoivat koko persoonallisuudellaan ongelmallisiin tilanteisiin. Tulosten perusteella muotoiltiin joukko suosituksia vanhustyön eettisen laadun kehittämiseksi.

Avainsanat: moraalitieto, tunteet, sosiaaliset ongelmat, hoito-ongelmat, taloudelliset ongelmat, potilaan/asiakkaan oikeudet

SAMMANFATTNING

Anneli Sarvimäki, Mika Simonen och Tuire Parviainen:
”JAG VILLE GÖRA RÄTT. VAD ÄR RÄTT?” ETISKA PROBLEM BLAND
PERSONAL INOM ÄLDREVÅRDEN
Rapporter 1/2004. Äldreinstitutet, Helsingfors.

Etiken har under de senaste åren stigit fram som en allt viktigare kvalitetsfaktor i äldrevården och –omsorgen. I samband med Äldreinstitutets etikkurser gjordes en kartläggning av hurdana etiska problem deltagarna hade upplevt, vilka känslor och reaktioner dessa problem väckte samt huruvida problemen hade behandlats på arbetsplatsen. Materialet samlades in med ett öppet frågeformulär. Det användes både som övningsmaterial under kurserna och som forskningsmaterial. Sammanlagt 123 deltagare beskrev 151 etiska problemsituationer. Svaren analyserades med kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys. Den största problemgruppen utgjordes av sociala relationer (43 %) – relationer till anhöriga och arbetskamrater. Därefter följde vårdproblem (25 %), ekonomiska problem (21 %) och problem som rörde patientens/klientens rättigheter (11 %). Nästan hälften av de känslor (48 %) som deltagarna hade upplevt i samband med problemen var negativa: ilska, frustration, hjälplöshet, besvikelse och rädsla. Därefter följde känslor av förvirring (30 %) och positiva känslor (18 %). Några reagerade endast tankemässigt. Det var ovanligt att problemet inte alls hade behandlats på arbetsplatsen. Resultaten visar att deltagarna var etiskt medvetna. Alla hade varit i situationer som de kunde identifiera som etiskt problematiska. Känslodeskrivningarna visar dessutom att de reagerade med hela sin person i de problematiska situationerna. Utgående från resultaten formuleras ett antal rekommendationer för att utveckla den etiska kvaliteten i äldrevården.

Nyckelord: moralisk kunskap, känslor, sociala problem, vårdproblem, ekonomiska problem, patientens/klientens rättigheter

ABSTRACT

Anneli Sarvimäki, Mika Simonen and Tuire Parviainen:

"I WANTED TO DO RIGHT. WHAT IS RIGHT?" ETHICAL PROBLEMS AMONG ELDER CARE PERSONNEL.

Reports 1/2004. Age Institute, Helsinki.

In recent years ethics have emerged as a more and more important factor within elder care. In connection with the ethics courses at Age Institute, a survey was made about the ethical problems the participants had experienced, what feelings and reactions they had evoked, and how these problems were dealt with at the workplace. The material was collected with an open questionnaire. It was used as training material during the courses as well as research material. A total of 123 participants described 151 ethical problem situations. The responses were analysed with qualitative and quantitative contents analysis. The largest group of problems constituted of social relations (43 %) - relations with colleagues and patients' families. There were also care problems (25 %), economic problems (21 %), and problems relating to patients'/clients' rights (11 %). Almost half of the emotions (48 %) experienced by the participants in relation to these problems were negative: anger, frustration, helplessness, disappointment, and fear. Other emotions included confusion (30 %) and positive feelings (18 %). Some participants reacted only rationally. Usually the problems were in some way dealt with in the workplace. The results showed that the participants had ethical awareness. All participants had experienced situations that could be identified as ethically problematic. The descriptions of emotions showed that the participants reacted with their entire personality in the problematic situations. Based on the results, a number of recommendations were formulated for the development of ethical quality in elder care.

Keywords: moral knowledge, emotions, social problems, care problems, economic problems, rights of the patient/client

Sisällys

TIIVISTELMÄ SAMMANFATTNING ABSTRACT

JOHDANTO	6
Eettisen tiedon muodot	6
Eettisten ongelmien analyysimalli	7
Vanhustyöntekijöiden eettinen reflektointi	8
VANHUSTYÖNTEKIJÖIDEN KIRJOITUKSET TUTKIMUSAINEISTONA	9
TULOKSET	12
Vanhustyön eettiset ongelmat vanhustyöntekijöiden kirjoituksissa	12
Sosiaalisten suhteiden ongelmat	12
Hoidolliset ongelmat	14
Taloudelliset ongelmat	15
Oikeudelliset ongelmat	16
Yhteenveto vanhustyön eettisistä ongelmista	17
Vanhustyöntekijän tunteet eettisen ongelman yhteydessä	19
Eettisen ongelman käsittely työpaikalla	21
POHDINTA	23
KEHITTÄMISSUOSITUKSET	27
Suositus vanhustyön arvojen ja tavoitteiden tarkistamisesta	28
Henkilöstön johtaminen ja kehittäminen	29
Suositus toimintaperiaatteista ja kirjallisista ohjeista	30
Suositus tiloista, laitteista ja tarvikkeista	30
Suositus vanhuksen hoidosta ja palvelun kehittämisestä	30
Erityiskysymyksiä	31
Suositus laadunhallinnan kehittämisestä	32
Luottamus ja vuorovaikutus – paradokseja etiikan näkökulmasta	32
KIRJALLISUUS	35

JOHDANTO

Vanhustyö on käytännöllistä toimintaa, jossa todentuu monentyyppistä ja -tasoista tietoa. Tapa kohdata ikääntyvä ihminen, tapa keskustella asiakkaista ja potilaista sekä tapa auttaa vanhuksia esimerkiksi ruokailupöydässä ja suihkussa ilmentävät vanhustyöntekijöiden tietoa ikääntymisestä, heidän taitojaan ja heidän eettisyyttään.

Etiikka on viime vuosien aikana noussut tärkeäksi osaksi vanhustyön laatua. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevat laatusuosituksen painottavat arvoja vanhustyön lähtökohtana (Stm 2001).

Eettisen tiedon muodot

Eettisyys ja moraalitietä voidaan ymmärtää erityisenä tiedon alueena; voidaan sanoa, että ihmisellä on moraalista tai eettistä tietoa. Muun tiedon tavalla eettinen tai moraalinen tieto ilmenee monessa muodossa. Voidaan puhua teoreettisesta, käytännöllisestä ja henkilökohtaisesta moraalitiedosta sekä moraalista tilannetiedosta (Sarvimäki 1995 ja 2003).

Teoreettinen moraalitieto on samaa kuin *tietäminen*. Vanhustyöntekijä, jolla on teoreettista moraalitietoa, tietää esimerkiksi, mitkä oman ammattikunnan eettiset periaatteet ovat, mikä on terveydenhuollon yhteinen arvopohja ja mitkä ovat dementoituneen ja kuolevan potilaan oikeudet. Teoreettinen moraalitieto ilmenee kahdella tasolla. Ensimmäistä tasoa voidaan kutsua naiiviksi moraalitiedoksi. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö voi luetella oikeudet ja kertoa, mitä ne tarkoittavat, mutta hän ei pysty käyttämään tätä tietoa ajattelun, analyysin ja pohdinnan välineenä. Henkilö, joka pystyy käyttämään eettisiä periaatteita tällä tavalla, omaa toisen tason moraalitietoa, joka on reflektiivistä ja kriittistä. *Käytännöllinen moraalitieto* tarkoittaa sitä, että ihminen *osaa* toimia eettisesti hyväksyttävällä tavalla – voidaan siis puhua eettisestä tai moraalista osaamisesta. Moraalinen osaaminen käsittää esimerkiksi sellaisia kykyjä kuin toisen ihmisen kuunteleminen sekä ajan ja tilan antaminen toiselle. *Henkilökohtainen moraalitieto* ilmenee siinä, millainen ihminen esimerkiksi vanhustyöntekijä on. Moraalinen tieto on siis myös *olemista*. Henkilökohtainen moraalitieto on integroitunut ihmisen luonteeseen ja heijastuu kaikkeen, mitä hän tekee. Siihen ovat kietoutuneet hänen tunteensa, mieltymyksensä ja luonteenpiirteensä. Henkilökohtainen moraalitieto on sitä, mistä henkilö pitää, mitä hän välttää ja miten hän näyttäytyy muille. Moraalinen *tilannetieto* ilmenee ihmisen kyvyssä havaita eri toimintatilanteiden eettisiä piirteitä ja soveltaa teoreettista moraalitietoa eri tilanteissa. Huomaako esimerkiksi vanhustyöntekijä, että määrätty tilanne loukkaa vanhusta? Pystyykö hän määrättyssä tilanteessa soveltamaan itsemääräämisoikeuden periaatetta? Huomaako hän, että häntä itseään kohdellaan epäoikeudenmukaisesti? Eettisen tiedon muodot ovat yhteydessä toisiinsa, mutta voivat myös esiintyä toisistaan riippumatta. Vanhustyöntekijä saattaa esimerkiksi teoreettisesti tietää, että iäkkään asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Mutta jos hän ei osaa kuunnella asiakkaan toiveita ja jos häneltä puuttuu välittäminen, saattaa olla, että tämä teoreettinen tieto ei toteudu toiminnassa. Toinen vanhustyöntekijä saattaa toimia eettisesti hyväksyttävällä

tavalla, mutta ei osaa perustella toimintaansa, koska häneltä puuttuu teoreettinen tieto. Henkilökohtainen tieto – että välittää ja on hyväntahtoinen ihminen – ei kuitenkaan aina riitä eettisesti hyväksyttävän toiminnan toteuttamiseen. Toimintatilanteet saattavat olla monimutkaisia eikä hyväntahtoinenkaan ihminen aina tiedä, miten pitäisi menetellä. Ofstadin (1987) mukaan eettiset käsitteet ja periaatteet, ts. teoreettinen moraalitieto, auttavat meitä näkemään eri tilanteissa sellaista, mitä me ehkä emme näkisi ilman niitä. Ihminen, jonka tietoisuudessa ei ole esimerkiksi sellaista käsitettä kuin ”ihmisarvo”, ei välttämättä huomaa, milloin ihmisarvoa loukataan tai hän ei osaa tulkita näkemäänsä. Hän saattaa tuntea, että tilanteessa jokin asia ei ole kunnossa, mutta hän ei osaa sanoa, mikä se on. Teoreettinen moraalitieto auttaa meitä huomaamaan ja kritisoimaan ei-hyväksyttäviä toimintatapoja ja näin se tukee reflektointia ja analyysia.

Eettisten ongelmien analyysimalli

Aadland (1992) on kehittänyt mallin eettisen pohdinnan ja reflektion tueksi. Mallin avulla voidaan hänen mukaansa päästä eettisestä ristiriidasta valintatilanteeseen ja edelleen toimintaan. Mallin pitää olla tarpeeksi yksityiskohtainen ja reflektioprosessin tarpeeksi pitkä ja syvälinen. Aadland kuitenkin tähdentää, ettei pidä uppoutua liian pitkällisiin pohdintoihin, jolloin saattaa olla liian myöhäistä toimia.

Mallia voidaan verrata muihin toiminnan analyysimalleihin ja se perustuu kolmeen päävaiheeseen: esitiedot, analyysi ja toiminta. Aadland esittää mallistaan sekä yksityiskohtaisen että yksinkertaisen version. Yksinkertainen näyttää tällaiselta:

- I. Esitiedot
1. Määrittele eettinen ristiriita mahdollisimman lyhyesti ja yksinkertaisesti.
 - a) Sellaisena kuin sinä itse näet sen.
 - b) Sellaisena kuin asiakas/potilas näkee sen.
 - c) Lopullinen määrittely.
 2. Millaiset *avoimet arvot/normit* vaikuttavat ristiriitaan asennoitumiseen?
 - a) Omat arvot/normit (henkilökohtaiset, ammatilliset, sosiaaliset)
 - b) Asiakkaan/Potilaan arvot/normit.
 - c) Yksimielisyys arvoista, mahdollinen arvoristiriita.
 3. Millaisia *piiloarvoja/-normeja* on taustalla?
 - a) Omat spontaanit reaktiot, tunteet ja ajatukset.
 - b) Asiakkaan/potilaan spontaanit reaktiot, tunteet ja ajatukset.
 - c) Yksimielisyys tai erimielisyys piiloarvoista.
- II. Analyysi
1. Mikä on tilanteeseen sopiva *toimintavaihtoehto*?
 - a) Oma vaihtoehto.
 - b) Asiakkaan/potilaan vaihtoehto.
 - c) Tilanteeseen sopiva vaihtoehto

2. Millaisia *seurauksia* on kolmesta tilanteeseen sopivimmasta vaihtoehdosta?

- a) Sellaisia kuin itse arvelet.
- b) Sellaisia kuin asiakas/potilas arvelee.
- c) Lopullinen arviointi.

3. Sijoita vaihtoehdot *järjestykseen* arvohierarkiassa.

- a) Oma järjestyksesi, lähtökohtana omat arvosi.
- b) Asiakkaan/potilaan järjestys, lähtökohtana hänen arvonsa.
- c) Lopullinen priorisointi/tärkeysjärjestys.

III. Toiminta 1. Toteuta paras toimintavaihtoehto käytännössä.

2. Evaluoi/Arvioi tulosta.

(Aadland 1992, 168)

Vanhustyöntekijöiden eettinen reflektointi

Ikäinstituutissa pidettiin 1990-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa kursseja, joilla sovellettiin Aadlandin mallia. Kurssit olivat vanhustenhuollossa työskenteleville tarkoitettuja kahden päivän etiikkakursseja, joiden tavoitteena oli kehittää eettistä tietoisuutta ja antaa osallistujille mahdollisuus harjoitella eettisten ongelmien analyysia ja pohdintaa. Lähtökohtana ja analyysin kohteena olivat kurssilaisten kokemat eettiset ongelmat. Ensimmäisen kurssipäivän alussa osallistujia pyydettiin kirjallisesti kertomaan, minkä eettisen ongelman he olivat viimeksi kohdanneet työssään, mitä tuntemuksia ja reaktioita tilanne oli herättänyt heissä ja miten ongelmaa oli käsitelty työpaikalla. Osanottajille ei määritelty, mikä on eettinen ongelma, vaan he saivat itse päättää, millaiset ongelmat he kokivat eettisiksi. Kurssilaisille kerrottiin suullisesti, että tarkoituksena oli käsitellä kirjoituksia kurssin aikana. Näin myös tehtiin. Kurssin lopussa kysyttiin lupaa käyttää aineistoa tutkimusaineistona. Ne, jotka eivät halunneet jättää kirjoituksiaan tutkimuskäyttöön, joko veivät kirjoitukset mukanaan tai kirjoittivat paperiin, etteivät suostuneet siihen. Näin saatiin aineistoa tutkimukseen, jonka tavoitteet olivat seuraavat:

1. kuvata millaiset ongelmat vanhustenhuollon parissa työskentelevät kokevat eettisiksi ja luokitella nämä ongelmat
2. kuvata mitä vanhustyöntekijät kokivat eettisissä ongelmatilanteissa
3. selvittää missä määrin ja miten eettisiä ongelmia käsitellään vanhustenhuollossa.

VANHUSTYÖNTEKIJÖIDEN KIRJOITUKSET TUTKIMUSAINEISTONA

Kurssilaisten kirjoitukset muodostavat tutkimuksen aineiston. Aineisto analysoitiin luokittelemalla vastaukset niiden sisältämien teemojen mukaisesti. Aineisto käsiteltiin soveltuvien osin SPSS -tilasto-ohjelmassa.

Vuosina 1998-2002 kerätyssä aineistossa on 123 vastaajaa. Lähes kaikki vastaajat ovat naisia, miehiä aineistossa on kaksi. Tieto sukupuolesta puuttuu viidestä lomakkeesta. Enemmistö vastaajista työskentelee terveysalalla, viidennes työskentelee sosiaalialalla ja yhdistetyssä sosiaali- ja terveysalalla vain kuusi vastaajaa (taulukko 1). Muun alan ilmoittaa kaksi vastaajaa ja alaa koskeva tieto puuttuu 11 lomakkeesta. Suurin osa vastaajista työskentelee laitoshoidossa. Viidennes työskentelee avohuollossa ja avo- ja laitoshoidossa työskentelee seitsemän vastaajaa. Näin ollen suurin vastaajaryhmä muodostuu terveysalalla ja laitoshoidossa työskentelevistä henkilöistä, he edustavat lähes puolta kaikista vastaajista.

Taulukko 1. Vastaajat vanhustyön eri aloilla (n=123)

		Vanhustyön ala					
		terveysala	sosiaaliala	yhdistetty sosiaali- ja terveysala	muu ala	puuttuva tieto	Yhteensä
Työskentelee	laitoshoidossa	60	12	4	2	7	85
	avohuollossa	13	10	2	0	0	25
	sekä avo- että laitoshoidossa	6	1	0	0	0	7
	puuttuva tieto	1	1	0	0	4	6
Yhteensä		80	24	6	2	11	123

Aineiston suurin vastaajaryhmä virkanimikkeen pohjalta on hoitotyöntekijöiden ryhmä. Perus- ja lähihoitajia on lähes neljännes aineistosta, sairaanhoitajia viidennes. Osastonhoitajia on 21 % vastaajista ja ylihoitajia 13 %. Sosiaalityöntekijöitä aineistossa on yhdeksän. Erilaisia sosiaalialalla työskenteleviä projektityöntekijöitä on kolme. Terveysalalla työskenteleviä fysioterapeutteja ja suuhygienistejä on kolme, lääkäreitä vain yksi. Virkaa koskeva tieto puuttuu kuudesta lomakkeesta (taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien virkanimikkeet vanhustyön alan mukaan (n=123)

		Vanhustyön ala					
		terveysala	sosiaaliala	yhdistetty sosiaali- ja terveysala	muu ala	puuttuva tieto	Yhteensä
Virka	hoitaja ^a	16	6	2	2	6	32
	osastonhoitaja ^b	21	3	2	0	0	26
	sairaanhoitaja ^c	21	1	2	0	0	24
	ylihoitaja ^d	13	3	0	0	0	16
	sosiaalityöntekijä	1	8	0	0	0	9
	projektityöntekijä	0	3	0	0	0	3
	fysioterapeutti	3	0	0	0	0	3
	suuhygienisti	3	0	0	0	0	3
	lääkäri	1	0	0	0	0	1
	puuttuva tieto	1	0	0	0	5	6
Yhteensä		80	24	6	2	11	123

a. Hoitaja: perus- ja lähihoitaja

b. Osastonhoitaja: osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja kotipalvelunohjaaja

c. Sairaanhoitaja: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja erikoissairaanhoitaja

d. Ylihoitaja: ylihoitaja, esimies ja johtaja

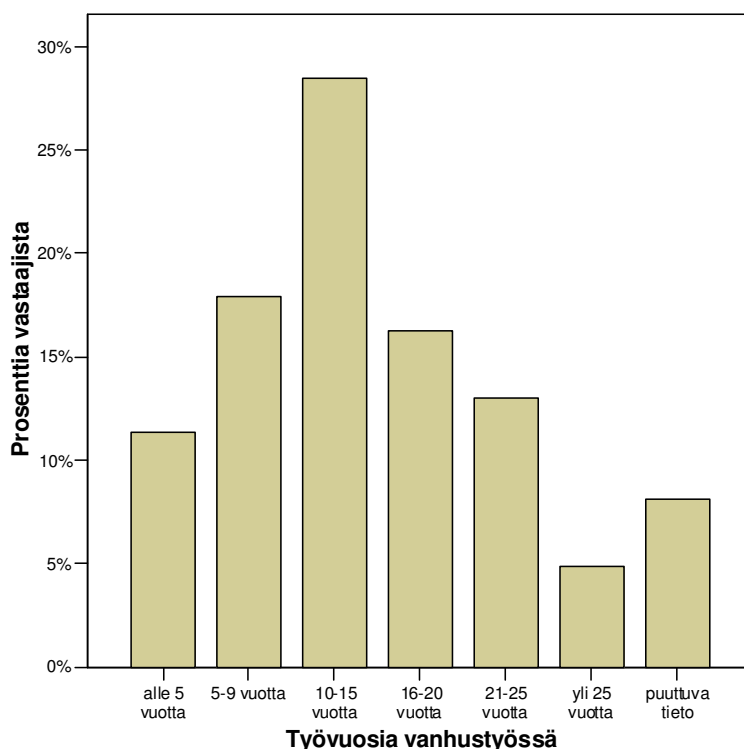
Vastaajien virkanimikkeitä tarkastellen voidaan todeta, että enemmistö vastaajista on perustavan tason työntekijöitä, heitä on 57 % aineistosta. Esimiesasemaan kuuluu 41 % vastaajista. Tieto puuttuu kolmen vastaajan osalta (taulukko 3).

Taulukko 3. Vastaajat vanhustyön alan ja esimiesaseman mukaan (n=123)

		Vanhustyön ala					
		terveysala	sosiaaliala	yhdistetty sosiaali- ja terveysala	muu ala	puuttuva tieto	Yhteensä
Esimiesasema	kyllä	35	11	2	0	2	50
	ei	44	13	4	2	7	70
	puuttuva tieto	1	0	0	0	2	3
Yhteensä		80	24	6	2	11	123

Aineiston valossa vanhustyöntekijät työskentelevät alalla pitkään. Vastaajat ilmoittavat työskennelleensä vanhustyössä kahdesta kuukaudesta 33 vuoteen. Työvuosien keskiarvo on 13,5 vuotta. Kuviossa 1 on esitetty vastaajien työvuodet vanhustyössä.

Lähes 29 % vastaajista on työskennellyt 10-15 vuotta, 18 % vastaajista on työskennellyt 5-9 vuotta ja 16 % on työskennellyt 16-20 vuotta.



Kuvio 1. Vastaajien työvuodet vanhustyössä (%) (n=123)

Kun vastaajien työvuosia ja virkanimikkeitä tarkastellaan, ovat sairaanhoitajat aineiston suurin ryhmä alle kymmenen vuotta työskennelleistä. Lähi- ja perushoitajat edustavat suurinta ryhmää 10-15 vuotta työskennelleistä, heitä on 37 % tästä ryhmästä. Enemmistö osastonhoitajista on työskennellyt 10-25 vuotta. Aineiston sosiaalityöntekijät, projektityöntekijät, suuhygienistit ja lääkäri ovat pääosin työskennelleet alle 15 vuotta vanhustyössä. Fysioterapeuttien työura jakaantuu alle kymmenen vuotta sekä yli 25 vuotta alalla työskennelleisiin (taulukko 4).

Taulukko 4. Vastaajat virkanimikkeen ja työvuosien mukaan (n=123)

		Työvuosia vanhustyössä							Yhteensä
		alle 5 vuotta	5-9 vuotta	10-15 vuotta	16-20 vuotta	21-25 vuotta	yli 25 vuotta	puuttuva tieto	
Virka	hoitaja ^a	2	3	13	6	5	2	1	32
	osastonhoitaja ^b	0	3	7	6	6	2	2	26
	sairaanhoitaja ^c	5	8	5	4	2	0	0	24
	ylihoitaja ^d	2	1	5	3	2	1	2	16
	sosiaalityöntekijä	2	2	4	1	0	0	0	9
	projektityöntekijä	2	1	0	0	0	0	0	3
	fysioterapeutti	0	2	0	0	0	1	0	3
	suuhygienisti	0	2	1	0	0	0	0	3
	lääkäri	1	0	0	0	0	0	0	1
	puuttuva tieto	0	0	0	0	1	0	5	6
Yhteensä		14	22	35	20	16	6	10	123

a. Hoitaja: perus- ja lähihoitaja

b. Osastonhoitaja: osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja kotipalvelunhoitaja

c. Sairaanhoitaja: sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja erikoissairaanhoitaja

d. Ylihoitaja: ylihoitaja, esimies ja johtaja

TULOKSET

Tutkimuksen tulokset käydään läpi lomakkeen tehtävien mukaisessa järjestyksessä. Ensin luodaan katsaus vastaajien kokemiin eettisiin ongelmiin. Tämän jälkeen selvitetään millaisia tunteita ja reaktioita vanhustyön eettiset ongelmat herättävät kirjoittajissa. Lopuksi tarkastellaan eettisten ongelmien käsittelyä työpaikoilla.

Seuraavat aineistonäytteet ovat kurssilaisten kirjoituksista. Näytteet on valittu havainnollistamaan kulloinkin tarkasteltavaa asiakokonaisuutta. Niiden muoto on sanatarkka, kuitenkin tekstiä on muutettu mahdollisten tunnistustietojen osalta.

Vanhustyön eettiset ongelmat vanhustyöntekijöiden kirjoituksissa

Vanhustyön ammattilaisten kuvaamat eettiset ongelmat nousevat vanhustyön eri osa-alueista. Vanhustyöntekijät nostavat työnsä eettisten ongelmien ensisijaiseksi syyksi sosiaalisten suhteiden ongelmat. Suurin osa vanhustyön eettisistä ongelmista muodostuu joko henkilökunnan keskinäisistä ongelmista tai vuorovaikutussuhteesta omaisiin. Varsinaiseen hoitoon liittyvät kysymykset muodostavat toisen eettisten ongelmien ryhmän. Kolmas eettisten ongelmien ryhmä liittyy taloudellisiin ongelmiin. Taloudelliset ongelmat kyseenalaistavat eettisesti kestäväen hoitotyön toteuttamisen. Eettisen ongelman muodostavat myös kysymykset potilaan tai asiakkaan oikeuksista.

Sosiaalisten suhteiden ongelmat

Vanhustyössä sosiaalisia ongelmia syntyy toisten työntekijöiden ja omaisten kanssa. Työntekijöiden keskinäiset ongelmat liittyvät ammatillisen työskentelyn rajojen rikkomiseen, toisten työntekijöiden kohteluun ja huomioonottamiseen. Työntekijän työtavoissa nähdään huomautettavaa, käytetään valtaa väärin, ollaan epäkohteliaita ja syytellään toisia. Myös työajankäytöstä herää keskustelua. Eettinen ongelma muodostuu siitä, että hyvä hoito vaarantuu työyhteisön ongelmien vuoksi. Seuraavassa näytteessä sairaanhoitaja kuvailee tilanteen, joka valottaa työntekijöiden epäeettisiä työtapoja. Hoitaja kaipaa työntekijöiltä työhön sopivaa käytöstä.

Naispuolinen potilas tulee kotoonta hoitoon alentuneen yleistilan takia. Jalat eivät kannu. Todetaan raju virtsatieinfektio. Potilas on vuodepotilasosastolla, virtsaa usein = laitetaan vaippa, pakotetaan potilas opettelemaan virtsaamaan siihen, koska öisin liian tukalaa (ahdasta, työlästä) ja meluista (kaikki heräävät) tuoda pottatuoli huoneeseen ja ottaa potilas joka toinen tunti ylös virtsaamaan (pot. soittaa kelloa, kun on tarve virtsata).

Kuivitettaessa hoitaja puhuu potilaalle kuin pienelle lapselle, että ”nyt on tilanne tämä, kyllä se siitä ...” Keskenään hoitajat puhuvat potilaan yli, kuin potilasta ei olisi paikalla ”... hän tuli tänne, kun ei enää pärjännyt kotona yksin...”

*Vastaavanlaisia tilanteita tulee toistuvasti vastaan erityisesti yhden hoitajan toimesta. Ja vaikka siitä sanotaan, käytös ei muutu.
(sairaanhoitaja, vanhustyössä 16-20 vuotta)*

Hoitotyön tavoitteiden mukaisessa tilanteessa koko hoitoväki puhaltaa yhteen hiileen hoidettavan hyväksi. Näin ei kuitenkaan aina käytännössä ole, sillä yhteisen päämäärän toteuttamisesta on erilaisia näkemyksiä. Voi käydä niin, että työntekijän toimet saattavat olla ristiriidassa muiden työntekijöiden näkemysten kanssa. Lääkärin päätös voi olla sellainen, etteivät hoitajat hyväksy sitä. Eri mieltä olevat työntekijät voivat liittoutua muiden työntekijöiden kanssa muodostaen työyhteisöön ”klikkejä”. Omainen ja potilas voivat myös olla osa tätä asetelmaa. Näissä tapauksissa eettinen ongelma muodostuu siitä, että henkilökunnan erimielisyys vaarantaa yhtenäisen ja hyvän hoidon. Alla olevassa näytteessä fysioterapeutti kokee esimiehen ratkaisun hämmentävänä.

*Ns. oma, pitkäaikainen asiakkaani (ikä 88 vuotta), jonka fyysisestä toimintakyvyn ylläpidosta ja etenemisestä olen pitänyt huolta n. 2 v, joutui keuhkokuumeeseen vuoksi sairaalaan. Hän on nyt tullut takaisin sairaalasta. Esimieheni kuultua tämän perui kaikki hänen hoitoaikansa kesältä, koska ko. asiakas saa hänen mielestään olla tauolla, koska on ”akuutimpiakin” asiakkaita.
(fysioterapeutti, vanhustyössä 5-9 vuotta)*

Fysioterapeutti ei tyytynyt esimiehensä ratkaisuun, vaan ajoi itse asiaa asiakkaansa parhaaksi. Esimiehen lisäksi alainenkin voi näyttäytyä eettisen ongelman muodostajana. Osastonhoitaja kirjoittaa:

*N. 85-vuotias dementoitunut vanhus oli jo osastollemme tullessa ollut pitkään kotona lähes liikuntakyvytön, kuitenkin pyörätuolilla liikkuva. Mies hoitanut kotona. Äkillisesti mies kuoli, siksi vaimo joutui pitkäaik. hoitoon. Omahoitaja erittäin tunnontarkka, pedanttinen, joka luonut hyvän suhteen rouvaan ja poikaan (ainoa omainen). Rouva virkistyi meillä ja huomattiin, että hän ottikin aivan hyvin jaloilleen ja alettiin harjoitella kävelyä. Rouva kuntoutui rollaattorilla käveleväksi – pyörätuolista luovuttiin. Omahoitaja on erittäin arka siitä mitä voi sattua ja syytetäänkö sitten häntä. Hän vaati, että rouvaa ei saa päästää yksin kävelemään ja aina julkisissa tiloissa (ruokailu, tv-huone) ollessaan tulisi sitoa tuoliin, ettei lähde liikkeelle ja kaadu. Muu työryhmä ei tätä ymmärtänyt enkä minä. Omahoit. kerkesi ottamaan yhteyttä ennen asian käsittelyä poikaan ja sai sieltä vahvistusta: molemmat olivat vakaasti sitä mieltä, että turvallisuus ennen kaikkea, pelkät turvahousut ei riittäneet. Käytännössä rouva valitti koko ajan sidottuna ollessaan ja pyysi kaikkia ohikulkijoita aukaisemaan hihnan.
(osastonhoitaja, vanhustyössä 21-25 vuotta)*

Tilanne kehittyi hankalaksi. Työyhteisö on, omahoitajaa lukuun ottamatta, sitä mieltä, ettei ketään sidota vain liikkumisen rajoittamiseksi, varsinkin kun tämä toimenpide aiheuttaa potilaassa ahdistusta. Päädytään vapaaseen kävelyyn, ratkaisua tukevat myös fysioterapeutti ja lääkäri. Omahoitaja loukkaantuu päätöksestä ja jää sairauslomalle. Tilanteeseen tulee tauko ja edessä on hoitopalaveri, kun omahoitaja palaa töihin.

Sosiaalisten suhteiden kentällä omainen voi näyttäytyä eettisen ongelman muodostajana. Omaista täytyy tukea ja ymmärtää, mutta toisinaan omainen osallistuu hoitoon vaatien liian suuria hoitotoimenpiteitä, unohtaa hoidettavan edun ja pahimmillaan väärinkäyttää asemaansa. Henkilökunta joutuu myös kohtaamaan

omaisia, jotka ovat keskenään ristiriidoissa. Purkaen omaa pahaa oloaan omaiset käyttäytyvät vihaisesti ja aggressiivisesti henkilökuntaa kohtaan.

Pitkäaikaisosastollemme tuli n. 2 viikkoa sitten potilaaksi 80-vuotias rouva sairaalamme akuuttiosastolta. Lähettävä osasto raportoi meille potilaasta seuraavaa:

- *Potilaan nykyinen terveydentila ja toimintakyky eivät edellytä sairaalatasoista hoitopaikkaa. Potilaan lähiomaisten (lähinnä miniä, joka eläkk. oleva osastonhoit.) kanssa ei akuuttiosastolla päästy yhteisymmärrykseen potilaan jatkohoitopaikan suhteen. Akuuttiosasto olisi halunnut kotiuttaa potilaan, mutta omainen vaati potilalle sairaalahoitoa. Omaisen mielestä potilas ei pärjää avun turvin kotona ja aiheuttaa sukulaisilleen huolta ja vaivannäköä.*

- *Akuuttiosastolla käydyn neuvottelun jälkeen potilas päätettiin siirtää pitkäaikaishoitoon toistaiseksi. Neuvottelussa olivat mukana omainen, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja omahoitaja.*

- *Potilas itse ei ollut vaatimassa sairaalahoitoa ja kaipaa kotiinsa.*

- *Ongelmana on edelleenkin se, että ellei omaisten luottamusta saavuteta n. 1-2 kuukauden kuluessa ja potilasta pystytään kotiuttamaan, potilaan toimintakyky alkaa laskea eikä kotiutus enää onnistu.*

(vastaajan tiedot puuttuvat)

Omaisten toiminta herättää paljon kysymyksiä. Vastaajat kysyvät, ketä tässä hoidetaan ja kenen rahoilla. Omaisten kohtuuttomat vaatimukset antavat aiheita syvällisiin pohdintoihin: ”Mikä on ihmisarvoista elämää? Miksi luopuminen on niin vaikeaa?”. Omaisten painostaessa työntekijät haluaisivat kuulla hoidettavan ääntä: ”mikä olisi asiakkaan tahto, jos sen vain jotenkin saisi selville”. Vastaajat pohtivat, että jos riittävä tiedonsaanti omaisille pystyttäisiin järjestämään, ei näitä ongelmia kenties esiintyisi. Omaisten kanssa tiedonvälitykseen olisi panostettava, mutta miten. Kysymykseksi nouseekin, kuinka oikeanlainen vuorovaikutus omaisten kanssa löydetään. Kuinka henkilökunnan tulisi toimia tullakseen toimeen vaativien omaisten kanssa? Miten toimia omaisen kanssa, joka on jo valmiiksi hyökkäysasemissa. Ja mistä aika omaistyölle, kun muutenkin on kiire. Omaisten kanssa eettinen ongelma muodostuu potilaan oikeuksien päälle astumisesta ja hyvän hoidon idean hämärtämisestä.

Hoidolliset ongelmat

Hoidollisten ongelmien kenttä muodostuu yhtäältä kysymyksistä koskien hoidon, päätöksen tai toimenpiteen eettisyyttä ja toisaalta käytännöllisistä vaikeuksista potilaan tai asiakkaan hoidossa. Näissä ongelmissa työntekijä on kohdannut tilanteen, johon hänellä ei ole eettisesti selvää ja yksimielistä ratkaisua. Kysymys on siitä, onko tämä teko (päätös, ratkaisu, hoito) oikein. Rikkooko tämä teko jotakin arvoa? Miten toteuttaisin teon niin, että se olisi kaikkien osapuolten kannalta oikein. Syitä tällaisiin eettisiin ongelmiin on monia: Ei ole osaamista, tietoa, taitoa tai tätä ei olla koskaan ajateltu. Kysymyksiä herättää myös epäasiallisten hoitokäytäntöjen (tupakalla kiristäminen, hassuttelu) rajojen pohdinta. Missä menee hyväksyttävän raja? Milloin voi vielä hyväksyä, milloin ei. Pitäisikö minun sallia tämä vai ei? Ja viime kädessä, onko tämä oikein vai väärin? Mitä siis tehdä?

Seuraavassa lääkäri kuvailee toimintamallia, jonka hän kokee useasti tapahtuvan vanhusten hoidossa. Ongelmat ratkaistaan siirtämällä ongelmallinen vanhus jonnekin muualle, kunnioittamatta vanhuksen mielipidettä tai oikeutta kotiin.

*Eräässä dementia-yksikössä pari vuotta, eli yksikön toiminnan alusta lähtien, asunut nainen joutunut kahnaukseen toisen asukkaan kanssa, joka tämä toinen on ei kovin dementti mies, joka asuu dementia-yksikössä dementin vaimonsa kanssa. Itse mies tarvitsee apua fyysisen vaivan takia lähinnä. Yksikkö haluaa ratkaista ongelman siirtämällä toisen osapuolen eli yksin elävän naisen yksiköstä pois. Kuitenkin nainen on oikeassa paikassa – on dementti. Mies taas osaa vaatia, koska ei ole dementti.
(lääkäri, vanhustyössä alle viisi vuotta)*

Lääkäri ei tiennyt miten yksikkö oli ratkaissut ongelman, tapauksesta hän oli vihainen ja suuttunut. Toisaalta työntekijällä voi olla käytännöllisiä vaikeuksia hoitaa potilasta tai asiakasta. Pitäisi löytää yhteinen kieli, jonka kautta yhteisymmärrys välittyisi. Levottomien ja ahdistuneiden potilaiden rauhoittaminen sujuu jutellen, kädestä pitäen ja lääkkeillä. Lääkkeitä ei saa kuitenkaan antaa liikaa, jottei potilas väsy. Jos lääkkeet eivät auta, jää ainoaksi vaihtoehdoksi väiden käyttö ja se tapahtuu vastoin potilaan tahtoa. On sanomattakin selvää, että vaikean potilaan hoito vaatii enemmän resursseja. Nämä vaikeudet potilaan kanssa painavat vastaajien mieltä.

*Potilaan levottomuuden ja aggressiivissävytteisen käyttäytymisen vuoksi joudutaan päivittäin laittamaan muutamiksi tunneiksi segufix-vyöhön vuoteeseen kiinni. Myös yöllä. Kyseessä on potilaan oma turvallisuus ja myös osaston toisten potilaiden turvallisuus - kuin myös henkilökunnan.
Tilanne on jatkunut tällöisenä useita kuukausia.
- Lääkehoidosta lukuisista kokeiluista huolimatta ei ole saatu apua.
- Vuoteeseen kiinnilaitto on rauhoittanut tilanteen muutamassa tunnissa.
- Joskin tilanne toistuu taas uudelleen saman vuorokauden aikana.
(puuttuva tieto, vanhustyössä 21-25 vuotta)*

Taloudelliset ongelmat

Hoidon tavoitteena on hyvä ja tasapuolinen hoito jokaisen potilaan yksilöllisyyttä kunnioittaen. Tämän ajatuksen toteutumista heikentää hoitoon liikenevien resurssien riittämättömyys. Säästäminen, ylipaikat, osastosulut ja rutiinityöskentely asettavat laadukkaan hoidon vaakalaudalle. Riittämättömät (aineelliset) resurssit johtavat ongelmiin, esimerkiksi kunnallisen siivouksen loppuminen kodinhoidossa saattaa vastaajan mukaan lopettaa vanhuksen siivoukset täysin, sillä yksityisiin siivouspalveluihin ei kaikilla vanhuksilla ole varaa. Eettinen ongelma muodostuu siitä, ettei hoidon hyvää tasoa voida ylläpitää kaikilla vanhustyön sektoreilla.

*Mielestäni ongelmaksi, mikä mieleeni tulee, on viimeaikoina vallinnut tilanne osastollamme, kun ylipaikkoja alettiin purkamaan akuuteilta osastoilta. Kokonaisia osastoja suljetaan taloudellisista säästösyistä. Ne laitokset jotka toimivat joutuvat ylikuormitetuiksi, koska potilaat, vanhuksethan lisääntyvät koko ajan jotka eivät kotiapujen turvinkaan selviydy. Eettiseksi ongelmaksi koen tämän juuri siksi, että tämä kaikki johtaa vanhusten suureen henkiseen pahaanoloon.
Voi kuulostaa loppuunkäytetyltä ”kliseeltä”, mutta se on totuus kuitenkin. He ovat omalta osaltaan rakentaneet tätä ns. hyvinvointiyhteiskuntaa ja nyt he saavat kokea*

*olevansa tämän yhteiskunnan "taakkoja" ja "heittopusseja" kun voimat ovat alkaneet uupua.
(perushoitaja, vanhustyössä 10-15 vuotta)*

Osastonhoitaja kirjoittaa kotiuttamisesta. Hän epäilee nykyisen käytännön mielekkyyttä ja eettisyyttä:

*Eettiset ongelmat liittyvät työssäni usein resursseihin ja näistä syistä valittuihin hoitokäytäntöihin. Eräänä esimerkkinä on vanhuksen kotiuttaminen sairaalasta "liian varhain", jolloin hänen valmiutensa kotona selviytymisessä eivät ole vielä riittävät. Vastoin omaa ammatillista (ja inhimillistä?) näkemystäni minun täytyy vakuuttaa sekä potilaille että omaisille, että "nyt" on oikea aika siirtyä pois laitoksesta. (Käytäntö on vielä osoittanut, että näistä potilaista osa palaa pian sairaalaan.)
(osastonhoitaja, vanhustyössä 16-20 vuotta)*

Jokaiselle hoidettavalle annetaan yksilöllistä ja ihmisarvoa kunnioittavaa hoitoa pitäen mielessä hoidon tasapuolisuus muita hoidettavia kohtaan. Vaikka osa potilaista osaa vaatia enemmän on tasapuolisuudesta pidettävä kiinni. Tasapuolisuuden arvon toteutumista vaikeuttaa resurssien vähyys ja ylipaikkatilanne. Erityisen hankala tilanne muodostuu ylipaikkatilanteessa, kun ylipaikkapotilaat täyttävät kuolevalle potilaalle tarkoitetun huoneen. Kuolema on kohdattava useamman hengen potilashuoneessa.

Seuraavan näytteen hoitaja on kirjoittanut kahdesta eettisestä ongelmasta. Ensin hän pohtii ehtoollisen jakamista täysin dementoituneelle potilaalle. Toinen eettinen ongelma syntyy tilanteessa, kun saattohuone on muutettu tavalliseksi potilashuoneeksi. Näyte jälkimmäisestä ongelmasta:

*... Ja toinen, samalla viikolla eettinen ongelma oli, loppuvaiheessa elämäänsä oleva potilas, hänen täytyi olla tavallisessa potilashuoneessa, toisen potilaan kanssa. Tilanne oli kaikkien kannalta "hankala", toisen potilaan, lähtevän potilaan sekä hänen omaisten kannalta.
Osastollamme on remontin yhteydessä tehty yksi huone tosi kauniiksi saattohuoneeksi, mutta nyt ylipaikkojen myötä, täytyi huone muuttaa tavalliseksi potilashuoneeksi.
(perushoitaja, vanhustyössä 10-15 vuotta)*

Oikeudelliset ongelmat

Hoidettavalla potilaalla tai asiakkaalla on oikeuksia, joita henkilökunnan tulee kunnioittaa. Potilaan oikeudet herättävät kuitenkin kysymyksiä, pahimmillaan oikeuksia rikotaan tai niistä ei piitata. Esimerkiksi hoitosuunnitelmaa tehtäessä potilasta ei kuulla lainkaan. Kysymyksiä nostattaa myös potilaan itsemääräämisoikeus. Kun hoidettava ei itse pysty huolehtimaan itsestään, joudutaan vastuun nimissä tulkitsemaan potilaan itsemääräämisoikeuden "jäädäyttäminen" henkilökunnan velvollisuudeksi. Avohuollossa pohditaan, milloin henkilökunta on velvollinen saattamaan potilas hoidon piiriin. Kysytään, kuka on vastuussa ja mihin asti yhteiskunnan on puututtava.

Näytteessä osastonhoitajan eettinen ongelma liittyy potilaaseen, joka syö itse, muttei halua juoda. Potilaan tahto on ristiriidassa terveystandardien kanssa.

*Iäkäs miespotilas ei halua juoda. Hän juo valtavan huonosti ja se on vähentynyt vielä entisestään. Arvioisin päivittäiseksi nestemääräksi n. 200 ml. Aiemmin hänet saattoi saada juomaan edes hieman, kun perusteli asiaa. Mutta nyt hän loukkaantuu, jos häntä kehoitetaan juomaan. Kaikki kuitenkin tietävät, että pot. hyvinvoinnin vuoksi runsas juominen on erittäin tärkeää. (Kuivuminen aiheuttaa sekavuutta, virtsatieinfektiot lisääntyvät jne.) Enää ei lääkärin kehoituksetkaan tepsii. (Aiemmin auktoriteettiasemaan vetoaminen auttoi.)
(osastonhoitaja, vanhustyössä 10-15 vuotta)*

Toisaalta työntekijän tulee olla potilaan tahdon toteuttajana. Työntekijän velvollisuus on varmistaa asiakkaan oikeuksien toteutuminen, kun asiakas ei itse pysty pitämään oikeuksistaan huolta. Sosiaalityöntekijä kirjoittaa työn eettisistä ongelmista:

*Juridiset ongelmat esim. muistamattomien potilaiden asioissa. On varmistettava, että heidän oikeutensa toteutuvat mm. taloudellisten asioiden kohdalla. Keskustelut omaisten ja osaston henkilökunnan kanssa. Ja mahdolliset juridiset toimenpiteet esim. uskottu mies – hakemus tai jokin muu ratkaisumalli riippuen ongelmatilanteesta. Potilaan omat toivomukset otettava huomioon kaikissa asioissa.
(sosiaalityöntekijä, vanhustyössä 10-15 vuotta)*

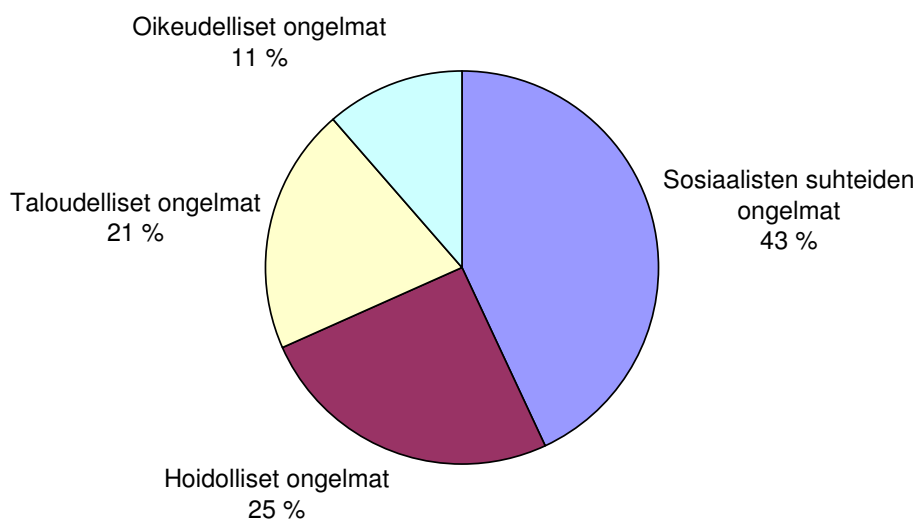
Sosiaalityöntekijällä on selkeä näkemys potilaan oikeuksista, potilaan toivomukset tulee ottaa huomioon. Kuitenkin useampaa vastaajaa askarruttavat seuraavat kysymykset: Voivatko omaiset päättää vastoin vanhuksen tahtoa? Kuka tai mikä taho viime kädessä päättää missä vanhus viettää elämänsä viimeiset kuukaudet? Jonkun on lopulta otettava vastuu – vai onko?

Yhteenveto vanhustyön eettisistä ongelmista

Vuosina 1998-2002 kerätyn aineiston 123 vastaajaa on kirjoittanut yhteensä 151 vanhustyötä koskevaa eettistä ongelmaa (taulukko 5). Suurin osa ongelmista, lähes 43 %, liittyy työympäristön sosiaalisiin suhteisiin. Eettisen ongelman taustalla ovat hoidettavan omaiset, työntekijöiden epäsovinnainen käyttäytyminen ja henkilökunnan erimielisyydet. Aineiston joka neljäs eettinen ongelma liittyy hoidon, hoitopäätöksen tai -toimenpiteen eettisyyteen tai vaikeuksiin haasteellisen potilaan hoidossa. Riittämättömien resurssien vaikutus hoidon laatuun sekä yksilöllisen hoidon toteutumisen kysymykset muodostavat taloudellisten ongelmien ryhmän. Taloudelliset ongelmat ovat joka viidennen eettisen ongelman aihe. Hoidettavan oikeudet, pääosin itsemääräämisoikeus, edustaa vain 11 % eettisistä ongelmista (kuvio 2).

Taulukko 5. Vanhustyön eettiset ongelmat

	f	yht. f	%	yht. %
Sosiaalisten suhteiden ongelmat				
Omaiset hankaloittavat hoitoprosessia	25		17	
Työntekijöiden käyttäytyminen	21		14	
Erimielisyys työyhteisössä	19		13	
<i>Yhteensä</i>		65		43
Hoidolliset ongelmat				
Vaikeuksia potilaan/asiakkaan hoidossa	20		13	
Päätöksen eettisyys	18		12	
<i>Yhteensä</i>		38		25
Taloudelliset ongelmat				
Hoidon laatu suhteessa riittämättömiin resursseihin	18		12	
Yksilöllisyys-tasavertaisuus suhteessa resursseihin	13		9	
<i>Yhteensä</i>		31		21
Oikeudelliset ongelmat				
Hoidettavan oikeudet	17	17	11	11
Yhteensä	151	151	100	100



Kuvio 2. Vanhustyön eettiset ongelmat (%)

Vanhustyöntekijän tunteet eettisen ongelman yhteydessä

Tutkimuksen toinen tavoite on kuvata mitä vanhustyöntekijät kokevat eettisissä ongelmatilanteissa. Vastaajille työn eettiset ongelmatilanteet herättävät pääosin kielteisiä ja ristiriitaisia tunteita: turhautumista, harmistumista ja ärtymystä. Olo on hämmästyttävä, epävarma ja epätietoinen. Ongelmiin liittyy myös myönteisiä tunteita, halua oikeudenmukaisuuden toteutumiseen, mutta myös ahdistusta ja pelkoa. Seuraavassa kolmessa näytteessä työntekijät kuvaavat eettisten ongelmien herättämiä tunteita ja reaktioita.

Sairaanhoitajan eettinen ongelma liittyy potilaaseen, joka on erittäin aggressiivinen ja hoitokielteinen dementiaa sairastava mies. Ongelma muodostuu siitä, etteivät omaiset halua potilaalle rauhoittavaa lääkitystä. Hoitotilanteet on suuri ongelma ja asiasta on keskusteltu useaan otteeseen henkilökunnan, omaisten ja lääkärin kanssa. Sairaanhoitaja kokee tämän ristiriitaisesti. Hänen kokemansa tunteet ovat:

*Sekoitusta suuttumusta, yritystä ymmärtää
Kärsimättömyyttä, lempeyttä.
Monia vastakkaisia tuntemuksia riippuen kenen näkökulmasta asiaa ajattelee,
potilaan, omaisten vai henkilökunnan.
(sairaanhoitaja, vanhustyössä 5-9 vuotta)*

Sairaanhoitajan onneksi potilas on ajoittain hyväntuulinen ja silloin kaikki sujuu ongelmitta. Toinen sairaanhoitaja kirjoittaa pitkäaikaisosastolla olevasta erittäin vaikeasti sairaasta rouvasta, joka ei enää kommunikoi kuin pienellä itkulla hoitojen yhteydessä. Hän sairastui flunssaan ja keuhkokuumeeseen. Omaisten vaatimuksesta hänelle aloitettiin akuuttihoito antibiootein. Sairaanhoitajalle tilanne on ahdistava.

*Pohdin pitkään, tehtiinkö oikein? Olin vihainen, etten minä eikä osastomme muukaan
henkilökunta, pystynyt puhumaan miehelle siitä mikä olisi ollut hänen vaimonsa
kannalta parasta. Onko elämä elämisen arvoista itsensä kannalta, jos ei enää pysty
mihinkään, on täysin toisten armoilla? Omaistenko takia täällä eletään ja sen vuoksi
pyritään keinotekoisestikin elämään jatkamaan?
Ehkä tilanne myös ahdisti siinä mielessä että koin etten voi enkä osaa ohjata omaisen
mielipidettä. (sairaanhoitaja, vanhustyössä alle viisi vuotta)*

Kolmannessa näytteessä ylihoitaja on ilkeillä hoitajan pukeutumisesta. Apulaisosastonhoitaja kirjoittaa:

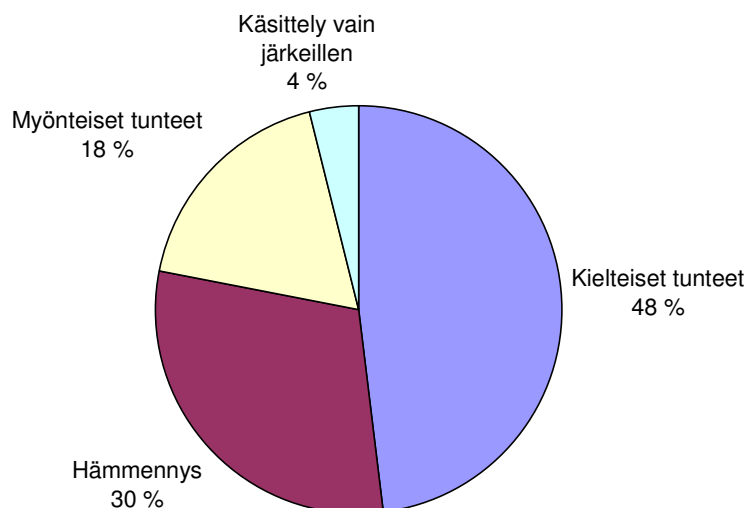
*Olin erittäin pahoillani ja surullinen kaikkien osapuolten puolesta.
Lohditin tätä hoitajaa yhdessä osastonhoitajan kanssa. Olin surullinen myös sen
tähden, ettei ylihoitaja ottanut meihin suoraan yhteyttä ja keskustellut kanssamme.
Olin myös vihainen siitä, että alallemme on niin paljon suvaitsemattomuutta. Meidän,
jos kenen tulee opetella toisen ihmisen hyväksymistä sellaisena kuin hän on! Tämä
hoitaja on ollut minulle kasvun paikka, olisin toivonut sitä myös muille.
(apulaisosastonhoitaja, vanhustyössä 16-20 vuotta)*

Kokonaisuutena aineistosta tunnistettiin kirjoittajien käyttämiä tunneilmauksia yhteensä 231 kpl (taulukko 6). Kielteiset tunteet vihasta omaan epäonnistumisen kokemiseen muodostavat lähes puolet työntekijöiden käyttämistä tunneilmauksista. Hämmästyksen,

ihmettelyn ja asian hiljaisen hyväksymisen tunteet muodostavat kolmanneksen ilmauksista. Eettisten ongelmien herättämistä tunteista säälin, myötätunnon, oman varmuuden ja luottamuksen tunteita mainitsee viidennes vastaajista. Yhdeksän vastaajaa luonnehtii eettistä ongelmaa tosiasioihin nojaten, joko käsitellen ongelmaa järkipärisesti, teoreettisesti tai vain pitäen tunteensa ja reaktionsa poissa (kuvio 3).

Taulukko 6. Työntekijöiden tunteet eettisen ongelman käsittelyssä

	f	yht. f	%	yht. %
Kielteiset tunteet				
Harmistuminen, vihastuminen, ärtymys ja kiukku	46		20	
Voimattomuus, avuttomuus, ahdistus ja pelko	28		12	
Paha mieli, pettymys, surullisuus	20		9	
Oma riittämättömyys, epäonnistumisen kokeminen	17		7	
<i>Yhteensä</i>		111		48
Hämmennys				
Hämmennys, ihmettely ja epätietoisuus	53		23	
Asian valitettavuuden hyväksyminen, asialle ei voi mitään	16		7	
<i>Yhteensä</i>		69		30
Myönteiset tunteet				
Halu toimia oikeudenmukaisesti, luottamus tavoitteisiin	23		10	
Myötätunto ja sääli väärinkohdeltua kohtaan	19		8	
<i>Yhteensä</i>		42		18
Käsittely vain järkeillen	9	9	4	4
Yhteensä	231	231	100	100



Kuvio 3. Työntekijöiden tunteet eettisen ongelman käsittelyssä (%)

Eettisen ongelman käsittely työpaikalla

Tutkimuksen kolmas tavoite on selvittää missä määrin ja miten eettisiä ongelmia käsitellään vanhustenhuollossa. Vastaajilta kysyttiin eettisen ongelman käsittelystä työpaikalla. Tähän kysymykseen vastasi 121 vastaajaa 123:sta. Vastaukset ovat pääosin lyhyitä kirjoituksia, kun niitä vertaa eettisten ongelmien kuvauksiin. Vastausten pituus asetti luontevaksi tarkastelukehikoksi luokituksen: 1) eettistä ongelmaa on käsitelty työpaikalla virallisesti, 2) ongelmaa on käsitelty työpaikalla epävirallisesti, 3) ongelmasta on keskusteltu, 4) ongelman käsittely on kesken, 5) vastaajalla on aikomus ottaa asia esille, ja 6) asiaa ei ole käsitelty eikä siitä ole keskusteltu työpaikalla. Seuraavan kolmen näytteen kautta vanhustyöntekijät valottavat eettisten ongelmien käsittelytapoja työpaikoilla.

Osastonhoitajalla on toistuvana huolena työntekijöiden keskinäiset suhteet. Työntekijät puuttuvat toistensa työhön syyllistäen ja moittien toisiaan. Tämä vaikuttaa osaston ilmapiiriin ja sitä kautta potilaiden hyvinvointiin. Nuoremmat ja aremmat hoitajat voivat suorastaan pelätä. Ongelman käsittelystä hän kirjoittaa seuraavaa:

On käsitelty, sekä kahdenkeskisissä kehityskeskusteluissa, että myös yhteisissä osastopalaverissa, mutta siitä huolimatta ongelma toistuu aika ajoin. Yleensä nämä 'asioihin puuttajat' ovat aina samoja henkilöitä. Olen tullut siihen tulokseen, että minun on ohjattava heitä enemmän antamaan kollegoilleen palautetta myönteisessä mielessä. Usein nämä asiat vain ovat sen tyyppisiä, ettei niihin toisten pitäisi niin hanakasti puuttua. Toki on hyvä tuoda esille erilaisia menetelmiä yms. Summa summarum; pitäisi saada työntekijät näkemään, että asiat voivat tapella, mutta ei välttämättä ihmiset. Varsinkin kun viime kädessä kärsijä on potilas. (osastonhoitaja, vanhustyössä 5-9 vuotta)

Näytteessä osastonhoitajan käsittelytavat ovat virallisia, ongelmaa on käsitelty kehityskeskusteluissa ja osastopalaverissa. Kuitenkin eri tilanteissa ongelman käsittelyksi voi riittää se, että asiasta keskustellaan epävirallisesti kahvitaulla tai ohimennen työkaverin kanssa. Sosiaalityöntekijän luo on ohjattu iäkäs, näkövammaisen ja hitaasti liikkuva asiakas, joka itsepäisesti haluaa ilmaisen bussikortin. Työntekijä koettaa saada asiakkaan ymmärtämään, ettei ilmaista bussikorttia ole. Työntekijä tarjoaa taksikorttia, mutta asiakas ei halua sitä. Työntekijän näkökulmasta itsepäinen asiakas ei ymmärrä omaa parastaan. Tilanne suututtaa ja huolestuttaa, miten asiakas mahtaa päästä kotiinsa. Ongelma ratkeaa seuraavasti:

Jollekin työkaverille kerroin tilanteesta ikään kuin ohimennen mutta ei siitä tarkemmin keskusteltu: tunnetilani meni nopeasti ohi muutenkin. Tiesin että oma tunnekuohuni johtui voimattomuuden tunteesta kun asiakas purki omaa ahdistustaan, mutta torjui ne avut joita minulla oli tarjolla. Lisäksi jäin miettimään, toiminko jotenkin väärin, kun en saanut hänen päätään kääntymään! (sosiaalityöntekijä, vanhustyössä 10-15 vuotta)

Toisaalta työ voi olla jatkuvaa eettisten ongelmien kohtaamista, jolloin yksittäinen eettinen ongelma menettää merkitystään. Seuraavassa sosiaalityöntekijä pohtii asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Kotipalvelunohjaajan mukaan asiakas tarvitsee

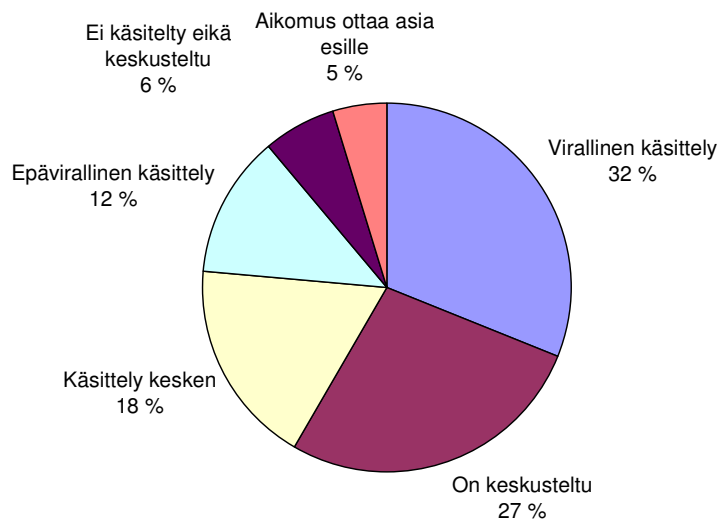
kotipalvelun lisäämistä, mutta asiakas kokee palvelun lisäämisen vapautensa riistona. Asiakas kertoo, ettei voi suunnitella päiväänsä haluamallaan tavalla. Sosiaalityöntekijä kokee voimakkaasti, että he, viranomaiset, luulevat tietävänsä paremmin kuin asiakas itse, mikä hänelle on hyväksi. Mikä on asiakkaan parhaaksi? Eettisen ongelman käsittely päättyy kuitenkin seuraavasti:

Asia jäi sikseen.

Sitä ei käsitelty myöhemmin.

(sosiaalityöntekijä, vanhustyössä 5-9 vuotta)

Aineistosta tunnistettiin 170 eettisen ongelman työpaikkakäsittelyyn liittyvää mainintaa. Eettistä ongelmaa on virallisesti käsitelty 53 ongelmatapauksessa. Virallinen käsittely liittyy esimerkiksi raporttiin, yhteisiin työpaikkakokouksiin ja työnohjaukseen. Epävirallinen käsittely koskee 21 ongelmaa. Tällöin ongelmasta on keskusteltu kahvitaulla tai ohimennen käytävällä. 46 ongelman kohdalla asiasta on yleisesti keskusteltu. Tämän pohjalta on vaikeaa sanoa, millaista keskustelu on ollut, onko se ollut virallista vai epävirallista. Tärkeintä kuitenkin on se, että asiasta on puhuttu. 31 ongelman käsittely mainitaan keskeneräiseksi. Ne ovat ajankohtaisia ongelmia, niitä ei ole ehditty käsitellä loppuun. Kahdeksan ongelman kohdalla vastaaja mainitsee aikovansa nostaa ongelman käsiteltäväksi työyhteisössä. 11:tä ongelmaa ei ole syystä tai toisesta käsitelty työyhteisössä. Näille käsittelemättömille ongelmille ei ole yhtä yhteistä syytä. Osa käsittelemättömistä ongelmista on sellaisia, että työyhteisössä tiedetään niistä, muttei ongelmia ole käsitelty sen tarkemmin. Osassa ongelmista vastaaja saattaa myös kokea, ettei ongelmaa ole käsitelty kunnolla loppuun asti. Kokonaisuutena eettisen ongelman käsittelystä työpaikoilla muodostuu ilahduttava kuva, vanhustyön eettisen ongelman kanssa ei jäädä yksin. Suurinta osaa ongelmista on käsitelty työpaikoilla tavalla tai toisella, joko virallisesti, epävirallisesti tai vain keskustellen (kuvio 4).



Kuvio 4. Eettisen ongelman käsittely työpaikalla (%)

POHDINTA

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena oli kuvata, millaisia ongelmia vanhustenhuollossa työskentelevät kokivat eettisiksi ongelmiksi ja luokitella nämä ongelmat. Aineiston keruun yhteydessä ei määritelty, mikä on eettinen ongelma, vaan vastaajat saivat itse päättää, mitkä ongelmat he kokivat eettisiksi. Koska kaikilla vastaajilla oli sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus, voidaan kuitenkin olettaa, että he ovat jossain vaiheessa saaneet etiikan opetusta ja sitä kautta muodostaneet itselleen käsityksen siitä, mitä etiikka on.

Vastaajat olivat kohdanneet monenlaisia ongelmia, jotka he kokivat nimenomaan eettisiksi. Suurin osa näistä koski sosiaalisia suhteita: suhteet omaisiin ja muihin työntekijöihin koettiin ongelmallisiksi. Toisen työntekijän käytös ja erimielisyydet työyhteisössä saattoivat vastaajien mukaan vaikeuttaa hyvän hoidon toteutumista, ja omaiset saattoivat olla hankalia ja vaativia. Työyhteisön eettistä merkitystä on korostettu erilaisissa eettisissä ohjeissa. Sekä Suomen Sairaanhoidajaliitto (1996) että Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE, (2001b) korostavat yhteistyön ja työtovereiden kunnioittamisen merkitystä hyvän hoidon toteuttamiselle. Tämän tutkielman vastauksista käy kuitenkin ilmi, että työyhteisöön liittyvät ongelmat muodostavat huomattavan osan vanhustyön eettisistä ongelmista. Omaisten nouseminen eettisten ongelmien lähteeksi on mielenkiintoinen ilmiö. Omaisten merkitys vanhustenhuollossa on viime vuosina korostunut. Osittain resurssipulan takia, mutta myös ideologisin perustein, omaisia on yritetty integroida sekä laitoshoitoon että kotona asuvien vanhusten hoitoon ja palveluun. ETENE (Valtakunnallinen...2001b) toteaa ensimmäisessä eettisessä ohjeessaan, että myös potilaan omaisilla ja läheisillä on oikeus tuntea, että he ovat hyvissä käsissä ja että heitä kohdellaan hyvin. Kuten vastaajien esimerkeistä käy ilmi, tämäkään ohje ei ole helposti toteuttavissa, vaan omaiset koetaan usein hoitoa hankaloittavana tekijänä.

Toiseksi suurimman ongelmaryhmän muodostivat hoidolliset ongelmat. Nämä liittyivät välittömästi potilaan tai asiakkaan hoitoon, joko menettelytapoihin tai potilaaseen/asiakkaaseen itseensä. Näissä esimerkeissä kirjoittajat pohtivat eri vaihtoehtoja ja ratkaisuja. Pohdinnoissa hoidolliset näkökohdat ja eettiset näkökohdat nivoutuvat toisiinsa – henkilökunta yrittää toteuttaa hyvää hoitoa, mutta potilaan oma levottomuus ja aggressiivisuus tai potilaiden väliset ristiriidat hankaloittavat sitä. Esimerkiksi dementiapotilaiden välisessä ongelmassa dementoitunutta naispotilasta hoidettiin käyvän tiedon mukaan oikeassa paikassa. Kahnauksen takia jouduttiin kuitenkin miettimään hänen siirtämistään pois ”oikeasta paikasta”, jolloin syntyi eettinen ongelma. Tällaisiin tapauksiin Aadlandin (1992) malli soveltuu hyvin, koska ollaan päätöksentekoprosessissa, jossa voidaan pohtia eri toimintavaihtoehtoja ja niiden seurauksia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että olisi olemassa yksi oikea ratkaisu, vaan yleensä toimintavaihtoehtoilta on sekä hyviä että huonoja seurauksia. On tilanteita, jolloin useasta huonosta vaihtoehdosta on valittava vähiten huonoin.

Taloudelliset ongelmat muodostivat melkein yhtä suuren ryhmän kuin hoidolliset ongelmat. Ongelma muodostui yleensä siitä, että taloudelliset resurssit vaaransivat hoidon tason tai yksilöllisyyden ja tasavertaisuuden toteutumisen. Näissä esimerkeissä

on kysymys siitä, että taloudellisten arvojen ja eettisten arvojen välillä vallitsee ristiriita (Sarvimäki ja Sandelin Benkö 2001). Taloudelliset arvot edellyttävät tehokkuutta, säästäväisyyttä ja voimavarojen supistamista, mikä saattaa johtaa siihen, että potilaiden ja asiakkaiden eettinen oikeus hyvään hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei toteudu. Nämä ongelmat ovat vanhustyöntekijöiden kannalta hankalia siinä mielessä, että niistä ei näytä olevan ulospääsyä. Hoitoon liittyvien ongelmien kohdalla henkilökunnalla on periaatteessa mahdollisuus hahmottaa eri toimintavaihtoehtoja ja valita niiden välillä, mutta taloudelliset tekijät ja resurssit ovat yleensä henkilökunnasta riippumattomia. Heillä ei juuri ole mahdollisuuksia vaikuttaa niihin, vaan he elävät talouden ja etiikan puristuksessa. Pitkällä tähtäimellä tilanne on uuvuttava.

Pienin ongelmaryhmä liittyi tässä tutkimuksessa hoidettavan oikeuksiin. Potilaan ja asiakkaan itsemääräämisoikeus ja sen toteutuminen ovat kirjallisuuden perusteella yleinen eettinen ongelma vanhustyössä (Buchanan ja Brock 1990, Hofland 1995, Tulloch 1995, Leino-Kilpi ja Välimäki 2004) – kuitenkin nimenomaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on sosiaali- ja terveydenhuoltoetiikan kulmakiviä. Myös tässä aineistossa osallistujat kertoivat monenlaisista tilanteista, joissa potilaan itsemääräämisoikeus ole ongelmallinen – joko siitä syystä että potilas kieltäytyi jostakin sellaisesta, mikä olisi ollut hyväksi hänelle (ruoka, juoma, lääkkeet) tai että hän halusi jotakin, mikä ei ollut hyväksi (alkoholi). Dementoituneiden potilaiden oikeudet muodostavat oman ongelmansa, koska nämä asiakkaat eivät pysty itse huolehtimaan oikeuksistaan (Lantz ym. 1998).

Jos vertaa näiden vastaajien kohtaamia eettisiä ongelmia Suomen sairaanhoitajaliiton kyselyyn (Abdelhamid 2003), voidaan todeta, että sairaanhoitajaliiton kyselyn kaikki vastaukset sijoittuvat siihen ongelmaryhmään, jota tässä on kutsuttu sosiaalisten suhteiden ongelmiksi. Ilmeisesti kysely oli strukturoitu ja laadittu niin, että muun tyyppisille ongelmille ei ollut sijaa. Kaikki ongelmat olivat jonkun ihmisen tai ryhmän ”kanssa”. Omaiset muodostivat molemmissa selvityksissä suurimman yksittäisen ryhmän, joskin huomattavasti suurempi osuus sairaanhoitajaliiton kyselyn vastaajista oli kohdannut ongelmia omaisten kanssa (60 %) kuin tämän tutkielman vastaajista (17 %). Tuloksia on kuitenkin vaikea vertailla, koska selvityksissä on käytetty eri aineistonkeruumenetelmiä ja myös tutkittavat ryhmät eroavat toisistaan.

Vanhustyöntekijät tunnistivat monia eettisiä ongelmia ja reagoivat niihin tunteilla. Valtaosa tunteista oli kielteisiä: ärtymys, avuttomuus, pettymys, riittämättömyys. He reagoivat myös hämmennyksellä ja jossain määrin myönteisillä tunteilla, kuten myötätunnolla ja luottamuksella tavoitteisiin. Mitä tämä kertoo vastaajista? Se kertoo ainakin sen, että heillä oli monimuotoista eettistä tietoa. Heillä oli eettistä tilannetietoa, koska he pystyivät havaitsemaan eri tilanteiden eettisiä piirteitä. Kukaan ei vastannut, että ei ole kohdannut yhtään eettistä ongelmaa. Se, että he pystyivät havaitsemaan näiden tilanteiden eettiset piirteet viittaa myös siihen – jos noudatamme Ofstadin (1987) näkemystä – että heillä oli käytössään teoreettista moraalitietoa. Vaikka he eivät välttämättä lausu tätä tietoa ääneen, esimerkit ilmaisevat käsityksiä siitä, mitä on etiikka, mikä on oikein, mikä väärin. Jotkut vastaajat käyttävät myös eksplisiittisiä käsitteitä kuten tasapuolisuus, epäoikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus. Tunteiden kirjo kertoo, että heillä oli myös henkilökohtaista moraalitietoa. He elivät kertomansa tilanteet työntekijöinä ja ihmisinä, tunsivat myötätuntoa ja pettymystä. Vastaajien käytännöllisestä moraalitiedosta on vaikeaa vetää johtopäätöksiä tämä

aineiston pohjalta, koska emme pysty havaitsemaan miten he todella toimivat eri tilanteissa.

Kysymys siitä, mitä tuntemuksia ja reaktioita eettinen ongelma herätti vastaajassa, toi esiin laajan tunteiden kirjon. Tämä herättää laajemman kysymyksen siitä, mikä on tunteiden rooli etiikassa. Stenbock-Hultin (2004) mukaan tunteilla on sekä tiedollinen että arvioiva tehtävä. Tunteiden tiedollinen tehtävä tarkoittaa sitä, että tunteemme kertovat meille jotakin elämästä, toisista ihmisistä ja itsestämme. Ne kertovat, mikä on vaarallista, hyödyllistä, huolestuttavaa. Tunteet ovat myös arvioivia: ne tuomitsevat ja hyväksyvät erilaisia asioita. Primitiivisellä tasolla tunteet vetävät meidät tiettyjen asioiden puoleen (esimerkiksi nautinto, mieltymys) ja loitontavat meidät toisista asioista (esimerkiksi pelko, inho). Etiikassa ollaan kiinnostuneita erityisesti moraalisisista tunteista (Sarvimäki 2003, Stenbock-Hult 2004). Moraaliset tunteet kertovat meille, mikä on eettisesti oikein ja väärin. Esimerkiksi moraalinen suuttumus kertoo meille, että ”tämä on väärin”. Tämän aineiston vastaajat reagoivat eettisiin ongelmiin pääosin kielteisillä tunteilla. He olivat harmistuneita, ahdistuneita, pettyneitä, surullisia ja tunsivat itsensä riittämättömiksi. Tästä voisimme päätellä, että tunteet kertoivat heille, että ”tämä on väärin”. Myös myönteiset tunteet, myötätunto ja sääli, näyttivät nousseen tilanteista, joissa potilasta ei kohdeltu hyvin. Esiin nousseista myönteisistä tunteista myös halua toimia oikeudenmukaisesti ja luottamusta tavoitteisiin voidaan pitää moraalisen toiminnan lähtökohtina. Hyvä tahto on Kantin (1981) mukaan etiikan perusta. Jo Aristoteles (1967) esitti, että hyvällä ihmisellä on oikeanlaiset moraaliset tunteet. Hän tuntee moraalista narkästystä ja suuttuu, kun hän kohtaa vääryyttä. Hän tuntee iloa ja tyytyväisyyttä, kun hän kohtaa oikeudenmukaisuutta. Ihmisen pitääkin Aristoteleen mukaansa koko ajan sivistää tunne-elämäänsä ja luonnettaan, jotta hän pystyy reagoimaan oikein. Kuten Stenbock-Hult (2004) tähdentää, tunteet yksin eivät kerro meille ”moraalisia totuuksia”, vaikka niillä onkin tärkeä tehtävä. Tarvitaan myös käsitteitä ja teoreettista tietoa.

Tunteiden kirjo osoittaa myös eettistä herkkyyttä. Se osoittaa, että vastaajat ovat tuntevia, herkkiä ja reagoivia ihmisiä. Tällainen herkkyys aiheuttaa usein ahdistusta ja kärsimystä – kuten vastaajien kirjoitukset osoittivat. Usein olisi varmaan helpompaa olla vähemmän herkkä ja tunteva, jotta säästyisi surulta ja pettymyksiltä. Mutta samalla menetettäisiin tärkeä eettinen voimavara.

Työssä ilmenevän eettisen ongelman aiheuttama ristiriitaisten tunteiden kokeminen on hyväksyttävä asiantila, se kuuluu eettisten ongelmien luonteeseen. Eettiset ongelmat ovat hämmäntäviä, niihin ei ole helppoa ratkaisua, ne rikkovat tärkeinä koettuja arvoja. Vaikka vanhustyö itsessään painottaa järkipäistä toimintaa, on tärkeää muistaa eettisten ongelmien herättämien tunteiden käsittelyn tarpeellisuus myös työssä (esim. Molander 2003). Tunteita käsitellään työn tavoitteiden onnistumiseksi (Hochschild 1983), mutta myös oman minuuden eheyden vuoksi, emotionaalista kuormitusta säädellen (Ahokas 1998).

Eettisen ongelman aiheuttaman pahanolon purkamisessa toiset työntekijät ja työyhteisö ovat tärkeässä roolissa. Tutkimuksen mukaan vanhustyöntekijän eettisestä ongelmasta keskustellaan muiden työntekijöiden kanssa melkein aina, sen kanssa ei jäädä yksin murehtimaan. Työyhteisön hyvä hoitoilmapiiri tarjoaa tukea ja auttaa eettisten

ongelmien läpikäynnissä. Käytännössä hyvän hoitoilmapiirin ylläpitäminen vaatii työyhteisön jäsenten yhteisiä ponnisteluja (ks. Parviainen 1997). On tuettava toisia, kuunneltava ja oltava ymmärtävä. Yleisesti sosiaalityö ja hoitotyö voidaankin nähdä aloina, joissa tärkeä osa työntekijän työstä on tunteisiin vaikuttamista (Myllyniemi 2000). Tunteisiin vaikuttavaa työtä tehdään omien ja muiden tunteiden kanssa. Yhtäältä läpikäydään omia tunteita, toisaalta työyhteisön muiden jäsenten ja asiakkaidenkin tunteita. Molander (2003, 33) kirjoittaa, "[l]ämpöä säteilevä sairaanhoitaja rauhoittaa, luo turvallisuutta ja valaa luottamusta hoidon hyvyyteen."

Aineistossa yllättävän monet eettiset ongelmat syntyvät työntekijöiden kesken ja/tai työntekijöiden ja omaisten kesken. Omaiset vaikuttavat usein vaativilta ja vihaisilta, muut työntekijät stressaantuneilta tai välinpitämättömiltä. Ongelman taustalla näyttää usein se, ettei potilaan hoitotoimenpiteistä ole yhteisymmärrystä. Tällöin työyhteisön hoitoilmapiiri ei voi olla paras mahdollinen.

Usean eettisen ongelman taustalla näkyi hoitohenkilökunnan ihmettely vaativien omaisten toimia kohtaan. Vaikutti siltä, ettei omaisilla ollut tietämystä siitä, millaista hoitoa potilaalle on talossa tapana antaa. Hoitohenkilökunnalle omaisen tietämättömyys näyttöytyi vihaisuutena ja kärsimättömyytenä. ETENEn (Valtakunnallinen...2001a, 5) selvityksessä potilaan hoidolle on asetettu seuraava tavoite: "hoidon asiantuntijoiden tulisi kyetä eläytymään potilaan elämäntilanteeseen, kertoa eri vaihtoehdot ymmärrettävällä tavalla ja auttaa potilasta päätöksen teossa." Jos omaiset todella ovat vailla riittävää tietoa tavoista hoitaa potilasta, niin eikö myös omaiselle pitäisi pystyä kertomaan hoidosta ja eri vaihtoehdoista ymmärrettävällä tavalla. Huomion tulisi kohdistua kohtaamisen ja luottamuksen synnyttämisen prosessiin niin potilaan kuin omaisen kanssa.

Taito kohdata ja ymmärtää vuorovaikutuskumppaninsa näkökulma - oli tämä sitten asiakas, potilas, omainen, kollega, alainen tai esimies - vaatii aikaa, halua ja uskallusta. Kyse on toisen ihmisen kohtaamisesta hänen ehdoillaan, häntä kuunnellen. Vaatii uskallusta näyttöytyä paljaana ja haavoittuvana. Kuitenkin palkintona voi olla vuorovaikutuskumppanin huolen aito jakaminen ja ymmärtäminen. Jotta tämä onnistuisi, työympäristössä on vallittava luottamuksen ilmapiiri, jolloin työntekijät tietävät, että tarvittaessa tukea löytyy. Toisen kohtaaminen ilman "valmista kaavaa" voi olla vaikeaa, usein joutuu kokemaan sellaista mitä ei haluaisi. Oma ammattitaito, itsensä tuntemus ja avoin sekä tukeva työyhteisö auttavat tällöin jaksamaan. Työyhteisössä on myös oltava tietyt hyväksytyt tavat tunteiden esiintuomiseen, tunteille ja niiden käsittelylle täytyy olla aikaa ja tilaa (esim. työtovereiden välisestä suuttumuksesta ks. Molander 2003).

Vanhustyössä asiakkaan ja työntekijän välisen vuorovaikutuksen tarkasteluun on useita näkökulmia. Hoitosuhde voi olla minä-se -, minä-sinä - tai me-suhde. Minä-se -suhteessa potilaan roolia kuvaa passiivisuus, hoitaja on puolesta tekijä ja itsehoidon korvaaja. Minä-se -suhteen vuorovaikutusta voidaan luonnehtia persoonattomaksi. Minä-sinä -suhteessa potilas on asiakas, palveluiden käyttäjä ja palautteen antaja. Hoitaja edustaa tukijaa. Me-suhde korostaa sitä, että hoitosuhteessa hoitaja on vastuullinen kumppani, asiakkaan voimavarojen ja itsehoidon vahvistaja. Me-suhde on liitto. Päätöksenteko on jaettava, sitä kuvaa vuorovaikutuksen vastavuoroisuus. (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 1996, Raatikainen 1997.)

Tällaista vastavuoroista vuorovaikutusta voidaan luonnehtia dialogisuuden käsitteellä. Mönkköselle (2002a) dialogisuus vuorovaikutusorientaationa merkitsee pelkistetysti sitä, että työntekijä ja asiakas muodostavat yhdessä ”moniäänisesti argumentoivan systeemin”, jossa painopiste on dialogisissa suhteissa. Vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla, jolloin vuorovaikutuskumppanin huoli tai ongelma konstruoidaan yhdessä. Tällöin yhtä lailla kuuntelemisen ohella myös vastaaminen on tärkeää. Vuorovaikutuksen moniäänisyys tarkoittaa sitä, että kannustetaan tuomaan esiin erilaisia, kenties ristiriitaisiakin tulkintoja tarkasteltavasta asiasta. Vastuu ja vuorovaikutustilanteen rajojen hallinta organisaation toiminnan etujen mukaisesti säilyy kuitenkin työntekijällä.

Haasteeksi dialogisuudelle voi nousta yhteisymmärryksen vaikeus tai dialogin näennäisyys. Voidaan kokea, ettei oikeutusta dialogisuudelle synny. Toisaalta keskustelijoiden keskustelutavat voivat estää dialogin. Työntekijä saattaa jättää huomioimatta käyttäytymistapojensa ja uskomustensa voiman ihmisten toiminnan taustalla. (Mönkkönen 2002a.) Samoin osa vanhustyön asiakkaista ei halua tai ei kykene vastavuoroiseen dialogiin. Kuitenkin dialogisuus voi olla avain kohtaamisen ja luottamusta herättävän tunteen synnyttämisen prosessiin. Mönkköselle (2002b) dialogisuus näyttäytyy siteenä yhteisen ymmärryksen etsinnälle, jota kuvastaa tietämisen keskeneräisyys. Koska dialogi muodostetaan yhdessä, sen sisältöä ei voi etukäteen tietää.

Dialogiin osallistuminen voi mahdollistaa uusien näkökulmien ja yhteisten ratkaisujen löytämisen. Se voi olla keino avata työyhteisön ongelmallisiksi muodostuneita vuorovaikutussuhteita tai kohdata haasteellisia omaisia (ks. Valtakunnallinen...2001). Saattaa myös olla, että tietämisen keskeneräisyys liittyy paljaana ja haavoittuvana olemiseen. Vaikka tutkimus tarkasteli eettisten ongelmien käsittelyä työympäristössä, täytyy muistaa myös muut ongelmien käsittely- ja purkautumistavat. Tärkeät ihmissuhteet, kuten perhe ja ystävät, sekä harrastusten tarjoamat käsittelytavat ovat mitä tärkeimpiä psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Toisaalta voidaan todeta, että tutkimus tarkasteli nimenomaisesti tunteita, jotka liittyvät eettisiin ongelmiin. On selvää, että vanhustyöntekijöiden työhön liittyy myös muunlaisia tunteita, kuten iloa ja aitoa riemua.

KEHITTÄMISSUOSITUKSET

Tässä tutkimuksessa vanhustyön ammattilaiset ovat nostaneet esiin työssään kokemiaan eettisiä ongelmia. Mielenkiintoisena voi pitää vastaajien eniten tunnistamia kehittämistä vaativia kysymyksiä. Vastaajien esittämät eettiset ongelmat liittyivät tässä tutkimuksessa eniten ryhmään *'omaiset hankaloittavat hoitoa'* ja viidennes piti *työntekijöiden käyttäytymistä* työssä ongelmallisena sekä viidenneksen mielestä on vaikeuksia ja eriäviä näkemyksiä *työn tavoitteista, hoitolinjoista* ja työn toteuttamisen menetelmistä.

Tämän tutkimuksen esiin nostamat kysymykset liittyvät läheisesti vanhustyön johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat vuonna 2001 antaneet ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevat laatusuositukset, joissa vanhustyön arvoperustan ja toiminnan johtaminen on nostettu erityisenä kehittämiskohteena esille (Stm 2001).

Seuraavassa esitetään suosituksia toiminnan kehittämiseksi eettisempään suuntaan. Lähtökohtana on Suomen Kuntaliiton/Efektian vanhustyön laadunhallinnan kriteereistä ne, jotka ovat relevantteja tutkimustuloksiin nähden. Niiden lisäksi on nostettu vielä yksi otsake yhteenvedona aihealueista, joita ei laatusuosituksissa erityisesti mainita eli *Luottamus ja vuorovaikutus – paradokseja etiikan näkökulmasta*.

Suositus vanhustyön arvojen ja tavoitteiden tarkistamisesta

Tutkimuksessa nousi esiin vastaajien kokemana työtovereiden tai esimiesten huonot käyttäytymistavat, jotka ilmenivät epäkunnioittavana suhtautumisena vanhukseen.

Valtakunnalliset laatusuositukset nostavat esiin vanhustyön inhimilliset arvot. Yhteisistä arvoista tulee sopia yhdessä ja arvot tulee olla esillä työyhteisössä kaikkien nähtävänä. Toimintaa ohjaavat arvot tarkistetaan säännöllisesti yhdessä. Toiminnan päälinjoista tulee olla yhdenmukainen käsitys, josta esimiesten tulee huolehtia. Työ voi arjessa rutinoitua liikaa, jolloin uhkana on, että arvostiridoista nousevatkin piiloarvot johtamaan työtä. (Aadland 1993, Efektia 1999, Stm 1999, Stm 2001, Voutilainen ym. 2002) Useilla ammattiryhmillä on omat kirjalliset eettiset ohjeensa ja suotavaa on, että jokainen on hyvin perillä oman ryhmänsä eettisistä ohjeista. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on julkaissut useita eettisiä kysymyksiä koskevia ohjeita.

Suositaan eettisen tietoisuuden nostamista työpaikalla säännöllisellä keskustelulla vanhustyötä ohjaavista arvoista. Keskustellaan eri näkökulmista yhdessä ja pohditaan, mitä on eettisesti hyvä, taloudellisesti hyvä ja tieteellisesti hyvä vanhustyö ja miten nämä eri näkökulmat painottuvat omassa yksikössä avo- ja laitoshoidossa. Kun nämä kolme näkökulmaa pystytään yhdistämään, vanhustenhuolto on tehokasta, ihmisarvoista ja oikeudenmukaista sekä tutkittuun tietoon ja tutkivaan työotteeseen perustuvaa. (Sarvimäki ja Sandelin Benkö 2001, ks myös Pekkala ja Saranto 2000, Stm 2003) Suositetaan vanhustyön palvelujen monipuolista tarkastelua oululaisen mallin mukaan - vanhuksen, omaisen, omaishoitajan, vapaaehtoistyöntekijöiden, palvelujen tuottajien

kanssa yhdessä – etiikan näkökulmasta. Pohdittavana on, miten taata oikeudenmukaisuus, turvallisuus, asiakkaan kunnioittaminen, asiakaslähtöisyys, rehellisyys ja luottamuksellisuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-puolisuus sekä hyvä ja ammatillinen työyhteisöksi kehittyminen. (Raasakka ym. 2002).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja laissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) on asioita, joihin jokaisen työntekijän tulee perehtyä työssään. Esimiehen vastuulla on huolehtia, että työntekijät tuntevat keskeisen työhön liittyvän lainsäädännön.

Henkilöstön johtaminen ja kehittäminen

Puutteelliset resurssit tulivat tutkimuksessa esiin. Laatusuositusten mukaan laadukas toiminta edellyttää riittäviä henkilöresursseja. Jokaisen työntekijän tulee olla koulutettu ja ammattitaitoinen. (Efektia 1999, Stm 2001, Holma 2003)

Resurssina pidetään myös henkilöstön osaamis pääomaa. Henkilöstön johtamisen kehittämisen tavoitteena on toimiminen idealla ”oppiva organisaatio”. Tavoitteena on, että jokainen voi ja haluaa antaa koko ammattiosaamisensa täyden panoksen toiminnan kehittämiseen. Monipuoliset ja aktivoivat henkilöstön kehittämisen menetelmät tulee ottaa käyttöön ammatillisen toiminnan lisäämiseksi. On suositeltavaa, että organisaatiossa jokainen yksilö kokee haluavansa ja voivansa toimia yhteisten pelisääntöjen mukaan. Uusi työntekijä, sijainen ja opiskelija perehdytetään tehtäviinsä sekä toimintaan yhtenäisen perehdytysohjelman mukaan. Perehdytys on pitkäkestoista luonteeltaan. Perehdytysohjelmaa kehitetään kirjalliseksi toimintaohjeistoksi, jota päivitetään säännöllisesti.

Sekavuutta työtavoissa voidaan selkeyttää sopimalla henkilöstön valtuuksista sekä vastuualueista kirjallisesti. Toiminnan organisointia kehitetään tavoitteena palvelun saumattomuus ja jatkuvuus asiakkaan näkökulmasta.

Työyksikössä tulee käydä säännöllisesti esimiehen ja työntekijän kahdenkeskinen kehityskeskustelu mm. työn tavoitteista ja koulutustarpeista kirjallisella lomakkeella. On suositeltavaa, että työyksikössä on tehty osaamiskartoitus sekä työyksikkökohtaisesti että työntekijäkohtaisesti. Työntekijän itse tekemä oma osaamiskartoitus on oiva väline kehityskeskustelun pohjaksi. On suositeltavaa kehittää työntekijän arviointimenettelyjä yhteisymmärryksessä henkilöstön kanssa.

Tutkimuksessa tuli esiin, että työntekijä jäi sairauslomalle, kun esimies kuvaannollisesti ”käveli hänen ylitseen”. Laatusuosituksen mukaan (Stm 2001) henkilöstön hyvinvointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Työntekijöiden terveyttä ja työturvallisuutta kehitetään yhteistyössä työterveyden kanssa. Samoin kehitetään työhönottoa ja työntekijöiden valintaa. On suositeltavaa kehittää pitkäjänteisesti mentorointi-menetelmää vanhustyössä ja koota toiminnasta palautetta. On suositeltavaa

tehdä säännöllisin väliajoin työyhteisö- ja työtyytyväisyyskartoituksia. Palautteiden tulokset hyödynnetään.

Suositus toimintaperiaatteista ja kirjallisista ohjeista

Tutkimuksen vastaajat nostivat esiin monenlaisia sekavuuksia työkäytännöissä ja puuttuvia toimintaohjeita sekä sitä kautta ilmeneviä erimielisyyksiä työssä. Valtakunnallisena laatuavoitteena on, että organisaatiossa on yhdessä laaditut, säädöksiä noudattavat kirjalliset toimintaperiaatteet ja –ohjeet, jotka tukevat toimintaa ja tiedottavat työntekijöille, palveluiden käyttäjille ja vierailijoille organisaation toimintatavoista ja velvollisuuksista.

Palvelujen sisällöstä tulee olla selkeä käsitys ja yhteisistä toimintaperiaatteista tulee olla päätökset moniammatillisesti. Suosituksena on yhteisten toimintaa ohjaavien sääntöjen tarkistaminen ja kirjaaminen toimintaohjeiksi sekä vanhojen ohjeiden päivittäminen. Perehdytyskansion ja muiden toimintaohjeistusten tulee olla ajan tasalla, kaikkien ulottuvilla, ja päivityksestä vastaa nimetty vastuuhenkilö. Kirjalliset ohjeet tulee laatia kaikilta keskeisiltä toiminta-aloilta. Ohjeistus palvelee myös pitkään työssä olleita yhtä hyvin kuin sijaisia. (Särmäkari 1997, Holma 2003, Laatukeskus 2003 ja 2004)

Suositus tiloista, laitteista ja tarvikkeista

Tutkimuksessa vastaajat valittivat puutteellisia tiloja, epäasianmukaisia vessoja, tilojen ahtautta sekä yleistä meteliä työssä. Valtakunnallisten laatusuosistusten kannalta keskeistä on toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja paloturvallisuus (Stm 2001). Vanhustyössä tilojen ja työssä tarvittavien välineiden tulee vastata työn vaatimuksia. Esimerkiksi laatusuosistusten mukainen kuntouttava työote vanhustyössä edellyttää kunnollisia ja riittävän väljiä tiloja toiminnan harjoittamiseen. Apuvälineiden käyttäjien tulee voida liikkua helposti ja tarkoituksenmukaisesti sisällä ja ulkona.

Suositus vanhuksen hoidosta ja palvelun kehittämisestä

Toiminnan tulee perustua asiakaslähtöisyyteen. Hoitokäytäntöjä kehitetään eettisesti kestävien arvojen ja toimintaperiaatteiden mukaan. Vanhuksen hyvän hoidon ja palvelun tulee perustua inhimillisiin arvoihin sekä tarpeenmukaiseen, pitkäjänteiseen, yhdessä vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa suunniteltuun laaja-alaiseen hoitoon. Hoidon ja palvelun tulee perustua saumattomuuteen ja jatkuvuuteen, jossa vanhuksen hoidon ja palvelun tavoitteiden aktiivinen seuranta, tavoitteiden täsmentäminen tarpeen vaatiessa ja hoidon tulosten systemaattinen arviointi on tärkeää ja mahdollista.

Laatusuosistusten mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmia tulee kehittää yksilöllisesti. Lait potilaan ja asiakkaan asemasta ja oikeuksista ovat ottaneet myös esille hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen. Yksilöllinen hoito ja palvelu sekä koko toiminta perustuu

hyvään kokonaishoidon systemaattiseen suunnitteluun ja täydentyvään, jatkuvaan arviointiin. Kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman tulee olla käytössä suositusten mukaan (Parviainen 2002, Päivärinta 2003). Vanhuksen hoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisena. Vastuuhoitaja huolehtii suunnitelmien ajantasaisuudesta.

Tutkimuksessa omaisten rooli tuli monessa kohtaa esiin. Lähinnä ongelmaksi koettiin se, että omaiset hankaloittavat hoitoa. Vanhuksen hoidon suunnittelu, toteutuksen seuranta ja tulosten arviointi edellyttävät yksikkötason hyvin tehtyä toiminnan organisointia vastuuhoitajamallin mukaan. Vastuuhoitajan tärkeänä tehtävänä on olla aloitteellinen myös omaisten suhteen ja pitää jatkuvaa yhteyttä omaisten nimeämään omaisyhdyshenkilöön. Toiminta toteutetaan moniammatillisesti. Yhteistyö ja työnjako toteutetaan siten, että jokaisen vastuualueesta on sovittu kirjallisesti. Kukin tietää työnjaon ja voi sen tarvittaessa tarkistaa dokumenteista.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tulee räätälöidä yksilöllisesti autettavasta vanhuksesta käsin - ei palveluvalikoimien hallinnosta tai rahoitusjärjestelmästä käsin. Näin saadaan selkeä ohjeistus käytännön toimintaan ja ohjaamaan arkipäivää eri vuorokauden aikoina. Hyvä luottamus hoidettavan ja omaisten kanssa antaa suotuisan perustan yksilölliselle hoidolle. Hoitosuhde perustuu tasa-arvoiseen ja ihmistä kunnioittavaan vuorovaikutukseen, jolla on jatkuvuutta.

Erityiskysymyksiä

Kiire ja ajan puute on koettu ongelmallisina sen vuoksi, että työntekijät tietävät, että vanhuksen omatoimisuudelle tulisi antaa enemmän sijaa työssä. Laatusuositusten mukaan kuntouttava työote on tärkeä. Suosituksena on, että vanhuksen palvelu ja puolesta tekeminen muuntuu aiempaa selkeämmin yhdessä tekemiseksi, jossa vanhuksen voimavarat ja jäljellä olevat taidot otetaan hyvin huomioon. Näin vanhuksen omatoimisuudelle jää sijaa. Heikkokuntoinenkin vanhus voi silloin tehdä ne asiat, jotka hän vielä itse pystyy tekemään, vaikkakin kuinka pienet asiat. Kuntouttava työote perustuu laaja-alaiseen vanhuksen psyykkiset, henkiset, sosiaaliset kyvyt ja elämänlaadun huomioon ottavaan aktivoivaan työotteeseen.

Tässä tutkimuksessa nousi esiin vääränlainen tai liikalääkitys ja vanhuksen sitominen vastoin hänen omaa tahtoaan. Laatusuositukset korostavat vanhukseen kohdistuvan kaltoin kohtelun tunnistamista aiempaa tarkemmin. Se voi ilmetä monella eri tavalla. Se voi olla fyysistä väkivaltaa, sanallista nöyryyttämistä tai haukkumista tai se voi olla taloudellista painostamista tai se voi ilmetä tarpeellisen ruuan, hoivan, hoidon tai puhtauden puutteena. Se voi myös ilmetä monenlaisena pakottamisena (esimerkiksi pakkosyöttäminen ja juottaminen). Fyysiset tai farmakologiset pidäkkeet voivat olla eettinen ongelma, esim. vanhuksen sitominen vastoin hänen tahtoaan sänkyynsä tai moneksi tunniksi istumaan tai lääkityksellä 'puuduttaminen' väsyneeksi, toimintakyvyttömäksi ja hiljaiseksi (Noro ym 2001, Stm 2001, Voutilainen ym 2002).

Saattohoitoon voi liittyä erityiskysymyksiä, jotka liittyvät vanhuksen oman tahdon noudattamiseen tai, ellei hän pysty itse ilmaisemaan itseään enää, noudattamatta jättä-

miseen. Kirjallinen hoitotahto on saanut vasta vähän jalansijaa vanhustyössä. (Valtakunnallinen... 2004)

Työntekijöiden erilliset ja työyhteisön osaamiskartoitukset voisivat antaa osviittaa osaamisen, työnjaon ja yhteistyön kehittämiseksi.

Suositus laadunhallinnan kehittämisestä

Edellä olevat laatusuositukset voidaan panna käytäntöön organisoimalla systemaattinen laatuohjelmointi ja sen seuranta vastuuhenkilöineen. Esimies vastaa yksikkönsä palvelujen ja hoidon laadusta. Kehitetään laadunhallinnan menetelmiä ja tulosten seuranta ja arviointia. Otetaan käyttöön oman toiminnan kehittäminen vertailun avulla. Valitaan saman alan toimija ja vertailukumppani hyväksi tiedetyn käytännön piiristä. Tehostetaan systemaattista vertailua esimerkiksi etukäteen sovittujen arvioivien vierailukäyntien avulla. (Noro ym. 2001, Holma 2003, Laatuokeskus 2003)

Esimes nimeää yksikkönsä laatuohjelmointia, jonka tehtävänä on huolehtia vanhustenhuollon jatkuvasti täydentyvien laatusuositusten esillä pitäminen ja toiminnan kehittäminen niiden suuntaisesti. Ideana on laadun jatkuva parantaminen. Laatuohjelmointin tekeminen ja täydentäminen tehdään yhteistyössä työryhmän kanssa (mm. Särämäki 1997, Laatuokeskus 2003, Raasakka ym 2003).

Jatkuvassa perehdytyksessä suositetaan otettavaksi esille toiminnan lakisääteiset perusteet, potilaan ja asiakkaan oikeudet ja tiedotetaan vanhuksille erityisesti potilas-/sosiaaliasiamiehen yhteystiedoista. Käytäntöä kehitettäessä huomioidaan erityisesti asiakkaiden oman näkökulman esillä pitäminen. Sitä tehostetaan aktiivisella palautteen hankkimisella ja toiminnan kehittämisellä saadun palautteen perusteella. (Efektia Oy 1999, Stm 1999, Holma 2003, Laatuokeskus 2004)

Luottamus ja vuorovaikutus – paradokseja etiikan näkökulmasta

Hoitotyö perustuu luottamukseen ja on luonteeltaan vuorovaikutuksellista. Vuorovaikutus on työmenetelmä, jolla voidaan auttaa ihmistä tavoitteellisesti. Työvälineenä on työntekijän persoona.

Tradition mukaan hyvään hoitoon kuuluu hoitotyön tekeminen kolmella ulottuvuudella: päällä, sydämellä ja käsillä. Tämä tarkoittaa, että ajattelu, välittäminen eli lähimmäisenrakkaus ja käsillä auttaminen ovat hyvän hoitamisen tasapainoiset elementit. Joskus hoitaminen voi näyttäytyä käytännössä työnä, jota tehdään käsillä, paljota puhumatta ja kiireen varjolla ajattelematta tai sen kummemmin suunnittelematta.

Juvakka (2003) on tutkinut teoreettista käsitettä luottamus. Hänen mukaansa luottamusta herättävät perinteisesti tietyt vakiintuneet instituutiot yhteiskunnassa kuten suomalainen sairaala. Onko vanhustyössä luottamusta? Vanhustenhuolto on viime aikoina ollut mediassa silloin tällöin esillä huonona esimerkkinä - omaiset ovat moittineet hoitoa, työntekijöillä on alituinen kiire, henkilöstön riittävyys ja osaaminen asetetaan joskus kyseenalaiseksi.

Tässä tutkimuksessa eettisenä ongelmana koettu työtovereiden – siis muiden ammattilaisten asiaton tai huono käytös, joka ei ole arvojen mukaista – nousi suurella volyyymilla esiin. Sosiaali- ja terveysministeriön (2001) antamissa vanhustenhuollon laatusuosituksissa ei ole erityisesti nostettu vuorovaikutusosaamista esiin. Hyviä käytöstapoja pidetään itsestään selvyytenä työssä. Monet ovat kokeneet työssään kiusaamista. Muun muassa sosiaali- ja terveysalan työpaikkakiusaamista koskevassa ammattijärjestö Tehyn tilaamassa tutkimuksessa työpaikkakiusaamista oli kokenut lähes 30 % kyselyyn vastanneista. Sama ilmiö nousi keskusteluissa esiin naisiin kohdistuneessa perheväkivallan ennaltaehkäisyhankkeessa, joka toteutettiin Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa ja jota hallinnoi Ikäinstituutti (Söderholm ym. 1998). Samat piirteet nousevat esiin myös vanhusten osalta siten, että hoitotyöntekijät kertovat nähneensä hoidossa olevia vanhuksia, joiden työntekijä kokee tulleen kaltoin kohdelluksi. Sama ilmiö – kiusaaminen, kaltoinkohtelu, huono tai epäsopiva kohtelu – nousee esiin tässäkin. Yli kymmenen vuotta sitten Suomen Mielenterveysseura julkaisi kirjansen Laitos, pakko ja valta. Siinä oli rinnastettu hoitokulttuuriltaan samanlaisiksi vankila, armeija, vanhainkoti ja lastenkoti, lähinnä negatiivisena kulttuurina itsemääräämisen kannalta. Onko kulttuuri muuttunut?

Hyvä käytös, aito läsnäolo, huomatuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen sekä vastavuoroisuus liittyvät inhimillisen elämän sosiaalisiin taitoihin. Jotkut henkilöt ovat luonnostaan sosiaalisesti lahjakkaita. Toisilta ihmisiltä tämä kyky näyttää puuttuvan lähes tyystin. Ammatissa toimivien sosiaalisilla taidoilla on tärkeä merkitys. Tehdäänhän sosiaali- ja terveysalan työtä, myös vanhustyötä, tiimeinä ja yksilöinä. Jaroman (2000) väitöstutkimuksen mukaan sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden koulutuksessa ei opita sosiaalisia taitoja riittävästi koulutuksen aikana. Sairaanhoitajien koulutusaika jää liian lyhyeksi. Sama tilanne on vielä lyhyempien tutkintoon johtavien koulutusten kanssa. Muiden ammattiryhmien osalta puuttuu vastaava tutkimuksellinen näyttö. Sosiaalisten taitojen oppiminen jää työssä oppimisen ja täydennyskoulutuksen haasteeksi.

Läheisenä ja ihmisenä oleminen liittyy läheisesti henkilön hyvinvointiin tai sen puutteessa ihmisen pahoinvointiin. Sopimaton käytös antaa viitteitä välinpitämättömyydestä ja liittyy työssä jaksamisen ongelmaan. Tämä on ilmeisen suuri eettinen haaste toiminnan johtamiselle ja toiminnan sujuvuudelle. (Parviainen ja Sarvimäki 1999)

Tutkimuksessa myönteisenä asiana voidaan pitää etiikan teemojen esiin nostamista. Kun ne on tunnistettu, voidaan panna asiat tärkeysjärjestykseen ja suunnitella korjaavat toimenpiteet. Kun vastaajilta on kysytty eettisiä ongelmia, niitä on myös saatu. Tutkimuksessa mukana olleiden vastaukset antavat aihetta moneen pohdintaan vanhustyön tilasta. Keskeiset vanhuksen hyvän hoidon ja palvelun asiat näyttävät

työntekijöiden vastausten perusteella olevan huonosti hoidettu. Tulkinta voi kuitenkin olla liioiteltu, koska on kysytty nimenomaan ongelmia.

Mitä parempi eettinen tietoisuus on, sitä paremmin pystytään tunnistamaan epäeettisiä asioita. Kun kysytään ongelmia, vastauksissa korostuvat toiminnan puutteet. Laatutyöskentely paneutuu aina korjattaviin asioihin. Niin nytkin yhteisenä kehittämistavoitteena on Euroopan laatupalkintotyöskentelyn motto *erinomaisuus* vanhustyössä.

KIRJALLISUUS

Aadland E: Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan etiikka. Otava, Helsinki 1992.

Abdelhamid P: ”Koettelevat vuorovaikutustilanteet” hoitamisen eettisenä haasteena. Sairaanhoitaja/Sjuksköterskan 76(11); 32, 2003.

Ahokas M: Tunnettyö. Kirjassa Sosiaalinen vuorovaikutus. Rauni Myllyniemen juhlakirja, s. 120-133. Toim. Lahikainen A R, Pirttilä-Backman A-M. Otava, Helsinki 1998.

Aristoteles: Den Nikomachiska etiken. Schildts, Helsingfors 1967.

Buchanan A, Brock D: Deciding for others. The ethics of surrogate decision making. Cambridge University Press, Cambridge 1990.

Efektia Oy: Vanhustenhuollon pienten organisaatioiden palvelujärjestelmän laadun arviointikriteeristö. Copyright Efektia Oy. Suomen Terveystutkimuksen ja Kuntokallion yhteistyöprojekti 1999.

Forsberg H: ”Palaverin päätyttyä pihisimme vihasta”. Väkiältä, auttajat ja kirjoitetut tunteet. Janus 9(1): 3-21, 2001.

Gergen K J: Sosiaalisen konstruktionismin liike modernissa psykologiassa. Psykologian helmiä –liite. Psykologia 32(6): 13-24, 1997.

Hochschild A R: The managed heart. Commercialization of human feeling. University of California Press, Berkeley 1983.

Hofland B: Resident autonomy in long-term care. Kirjassa Enhancing autonomy in long-term care. Concepts and strategies, s. 15-33. Toim. Gamroth L, Semradek J, Tornquist E. Springer Publishing Company, New York 1995.

Holma T: ITE2 – opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2003.

Jalava J: Luottamuksen uudet kasvot. Janus 9 (2001): 2, 109-121.

Jaroma A: Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E Yhteiskuntatieteet 83. Kuopio, 2000.

Kant I: Grounding for the metaphysics of morals. Hackett Publishing Company, Indianapolis 1981.

Kuusisto-Niemi S: Sosiaalihuollon tietotekniikka. Kirjassa: Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, s. 226-240. Toim. Saranto K ja Korpela M. WSOY, Porvoo 1999.

Laatukeskus, Excellence Finland: EFQM © Erinomaisuuden määrittäminen. Helsinki 2002.

Laatukeskus, Excellence Finland: EFQM© Excellence Model 2003. European Foundation for Quality Management, Euroopan laatupalkinto. Suomenkielinen käännös, Helsinki 2003.

Laatukeskus, Excellence Finland: Itsearviointikouluttajan opas. Suomen laatukeskus Oy, Helsinki 2004.

Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, voimaan 1.1.2001).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, voimaan 1.3.1993).

Lantz G, Ahlzén R, Lützn K, Sverne T: Hur löser man frågan om den dementes självbestämmande? Kirjassa: Nedsatt beslutsförmåga. Vem bestämmer för patienten?, s. 113-138. Toim. Lantz G. Ersta Vårdetiska Institut, Stockholm 1998.

Leino-Kilpi H, Välimäki M: Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki 2004.

Molander G: Työtunteet - esimerkkinä vanhustyö. Työterveyslaitos, Helsinki 2003.

Myllyniemi R: Emotioner och socialt beteende. Kirjassa: Socialpsykologi. En introduktion, Luku 9. Toim. Helkama K, Myllyniemi R, Liebkind K. Liber, Malmö 2000.

Mäkelä K: Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Kirjassa: Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, s. 42-61. Toim. Mäkelä K. Gaudeamus, Helsinki 1992.

Mönkkönen K: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 94, 2002a.

Mönkkönen K: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Psykologia 37(5): 392-394, 2002b

Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U: RAI -tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes, Aiheita 17/2001.

Ofstad H: Vi kan ändra världen. Bokförlaget Prisma, Stockholm 1987.

Parviainen T ja Sarvimäki A: Hoitotyön johtamisen eettiset lähtökohdat. Kirjassa: Hoitotyötä johtamaan, s. 68-83. Toim. Simoila R, Kangas R ja Ranta J. Kirjayhtymä, Helsinki 1999.

Parviainen T: Hoito- ja palvelusuunnitelma tavoitteellisen vanhustyön apuna. Kirjassa: Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö, s. 95-111. Toim. Molander G, Multanen L. Työterveyslaitos, Helsinki 2002.

Parviainen T: Johdatus yhteisöllisyyteen ja sen lähikäsitteisiin. Kirjassa: Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön, s. 39-53. Toim. Parviainen T, Pelkonen M. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Raportteja 217. Stakes, Helsinki 1997.

Pekkala E ja Saranto K: Potilaan parhaaksi. Hoitotyön kehittämisohjelma näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi organisaatiossa. Kirjassa: Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Toim. Voutilainen P, Leino-Kilpi H, Mikkola T, Peiponen A. Kirjayhtymä, Helsinki 2000.

Päivärinta E, Haverinen R: Hoito- ja palvelusuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2003.

Raasakka P, Väänänen-Sainio R ja Koistinen P (toim.): Etiikan tekemistä vanhustyössä. Eettisiä näkökulmia vanhustyön kehittämiseen Oulussa. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Oulun kaupungin painatuskeskus, Oulu 2002.

Raatikainen R: Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Kirjassa: Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön, s. 55-79. Toim. Parviainen T, Pelkonen M. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Raportteja 217. Stakes, Helsinki 1997.

Sarvimäki A: Aspects of moral knowledge in nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice. An International Journal* 9: 343-353, 1995.

Sarvimäki A: Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Osa I. Kirjassa: Kalkas H, Sarvimäki A. Hoitotyön etiikan perusteet. 7. painos. WSOY, Helsinki 2003.

Sarvimäki A, Sandelin Benkö S: Values and evaluation in health care. *Journal of Nursing Management* 9: 129-137, 2001.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B: Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY, Helsinki 1996.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen kaupunkiliitto. Helsinki 1999.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto: Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 4. Oy Edita Ab, Helsinki 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18, Helsinki 2003.

Stenbock-Hult B: *Kritiskt förhållningssätt. Studentlitteratur, Lund 2004.*

Suomen Kuntaliitto, Valtionvarainministeriö ja Laatukeskus: Euroopan laatupalkintomalli julkisella sektorilla. Toiminnan arvioinnin ja kehittämisen työväline. Suomen Laatukeskus OY, Otavan kirjapaino Oy 2002.

Suomen sairaanhoitajaliitto: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996.

Särmäkari V: Mitä on hyvä laatupolitiikka? Suuntaviivoja vanhustyön yhteisöille. Vanhustyön keskusliiton laatuprojekti. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki 1997.

Söderholm A-L, Perttu S, Parviainen T & Koski H: Väkivaltaa kokoneiden auttaminen. Opas ammattihenkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 1998: 1.

Tulloch G.J.: A resident's view of autonomy. Kirjassa Enhancing autonomy in long-term care. Concepts and strategies, s. 109-118. Toim. Gamroth L, Semradek J, Tornquist E. Springer Publishing Company, New York 1995.

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta: Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta: Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta: Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE-julkaisuja 8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2004.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta: Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. ETENE:n 4. kesäseminaari. ETENE-julkaisuja 10. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2004.

Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U ja Finne-Soveri UH (toim.): Ikäihmisten Hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes Oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2002.

Voutilainen P: Vanhuspolitiikan ja ikääntymisen haasteet tutkimukselle ja kehittämistyölle. Puheenvuoro Kasvun ja vanhenemisen tukijat ry:n seminaarissa 'Vanhustyön tutkimuksen ja kehittämistyön vuoropuhelu ja haasteet' Tieteiden talossa Helsingissä 18.3.2004.