



Ammattina hyvä hoito ja palvelu

Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta

Tehyn eettinen toimikunta:
Antti Alamäki, Mari Kangasniemi, Tarja Kela,
Lauri Kuosmanen, Juha Kurtti,
Helena Siipi, Kirsi Sillanpää

Ammattina hyvä hoito ja palvelu
Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta

Tehyn julkaisusarja F: 2/2017

Tehy ry

ISBN: 978-952-6667-62-1 (nid.)
978-952-6667-63-8 (PDF)

Taitto: Innocorp Oy
Editointi: Tuija Kinnunen-Moilanen
Paino: Grano Oy, Vantaa 2017

Sisällys

Ammattina hyvä hoito ja palvelu

Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta

1. Etiikka terveydenhuollon perustehtävässä	4
1.1 Terveydenhuollon muutos ja arvot	4
1.2 Hoidon ja palvelun monimuotoisuus	6
2. Mitä tarkoittaa potilaan oikeus hoitoon ja palveluun?	10
2.1 Asiakkaan ja potilaan oikeudet ja velvollisuudet	10
2.2 Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen mielenterveysshoidossa	13
2.3 Paperittomien hoidon etiikkaa	14
2.4 Ihmisarvo: eettisesti kestävä vanhustenhuollon perusta	17
3. Terveydenhuollon ammattihenkilöt eettisen osaamisen asiantuntijoina	19
3.1 Eettinen vastuu koulutuksessa	19
3.2 Erilaisina työpaikalla – hiljaisesta tiedosta jakamiseen	22
3.3 Arjen työ muuttuu – ammatin osaamisen eettinen ydin säilyy	25
3.4 Luottamus terveydenhuollon kulmakivenä	28
Lähteet	30

Asiasanat: eettinen osaaminen, hyvä hoito ja palvelu, luottamus

1. Etiikka terveydenhuollon perustehtävässä

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat hyvän hoidon ja palvelun asiantuntijoita. Työ edellyttää vahvaa tiedollista, taidollista ja eettistä osaamista. Etiikka kohdistuu toimintaa ohjaaviin arvoihin, periaatteisiin ja päämääriin ja se luo perustan kaikelle terveydenhuollon työskentelylle.

Tämä julkaisu koostuu Tehyn eettisen toimikunnan toimikaudella 2013–2016 esiin nousseista, terveydenhuollon etiikkaa koskevista teemoista. Julkaisu muodostuu neljästä osasta. Ensimmäisessä osassa tarkastellaan menellään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksen vaikutuksia etiikan näkökulmasta. Osassa kaksi tuodaan esiin asiakkaan ja potilaan hyvän hoidon toteutumiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ja osassa kolme etiikan näkökulmaa ammattihenkilöiden muuttuvaan rooliin. Osioiden luvut on rakennettu siten, että ensin esitellään käsiteltävä aihealue, jonka jälkeen jokaiseen lukuun on liitetty aiheita koskevia keskusteluteemoja tai kysymyksiä pohdittavaksi. Julkaisua voidaan siten käyttää alustuksena tai keskustelun avauksena käytännön työssä tai koulutuksessa.

Julkaisun on laatinut Tehyn eettinen toimikunta, joka on Tehyn asettama, mutta riippumaton Tehyn edunvalvonnasta. Toimikunnan tarkastelun kohteena on potilaan ja asiakkaan hyvä hoito ja palvelu ja tehtävänä on nostaa arjen eettisiä kysymyksiä yleiseen keskusteluun, valmistella eettisiä kannanottoja, tehdä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa sekä järjestää koulutusta. Toimikunta koostuu terveydenhuollon työntekijöistä, kouluttajista, johtajista ja tutkijoista.

1.1 Terveydenhuollon muutos ja arvot

Menellään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus haastaa tarkastelemaan uudelleen niin tarjottua hoitoa ja palvelua kokonaisuudessaan, ammattihenkilöiden työn sisältöä kuin asiakkaiden ja

potilaiden muuttuvaa roolia. Ne kaikki kytkeytyvät terveydenhuollon eettisiin kysymyksiin. Tässä luvussa tarkastellaan muutoksen arvoperustaa, asiakkaan ja potilaan valinnanvapauteen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä velvoitteita, joita valinnanvapaudesta seuraa ammattihenkilöille.

Muutosten arvoperusta

Nykyinen terveydenhuolto on merkittävien rakenteellisten muutosten kohteena. Ne kohdistuvat hoidon ja palveluiden alueelliseen toteuttamiseen, tuottamiseen ja vastuunjakoon sekä asiakkaiden ja potilaiden muuttuvaan rooliin. Muutoksen tavoitteena on vastata yhä paremmin sekä yksilöiden että alueiden tarpeiden muutoksiin. Keskeistä on myös, että lisääntyvä palveluntarve tuotetaan yhä niukkenevilla resursseilla.

Muutosten arvoperusta kytkeytyy sekä terveydenhuollon käytännöllisiin että eettisiin arvoihin. Käytännöllisestä näkökulmasta katsoen keskeistä on toiminnan ja palveluiden toimivuus, tehokkuus ja taloudellisuus. Toiminnan käytännöllinen uudelleen arviointi on tarpeen useasta rakenteellisesta syystä. Myös suomalaisten elinikä on nousussa, ja samanaikaisesti perhemuodot muuttuvat. Näin ollen yhä useampi ikääntyvä asuu yksin ja tarvitsee arkeensa hoitoa ja palvelua. Kaupunkeihin suuntaava muuttoliike pakottaa samaan aikaan arvioimaan uudelleen, mitä ja millaisia palveluita kunnissa tarjotaan. Myös ammattihenkilöiden määrän on arvioitu vähenevän tulevien vuosikymmenten aikana. Uudelleen arviointia tarvitaan siis käytännöllisten arvojen näkökulmasta, jotta hoito ja palvelu voidaan mielekkäällä tavalla toteuttaa mahdollisimman tehokkaasti, taloudellisesti ja toimivasti. Keskeistä on, että käytännölliset arvot ovat kiinteästi kytköksissä myös toiminnan eettisyyteen: on epäeettistä ylläpitää järjestelmää, joka toimii tehottomasti.

Lähtökohdan ja päämäärän muodostavat kuitenkin terveydenhuollon lainsäädännön ja etiikan

vaatimukset asiakkaan ja potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja palveluun. Niiden mukaan terveydenhuollon, ja siten ammattihenkilöiden tehtävänä, on asiakkaiden ja potilaiden terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Siten tavoite ei ole ainoastaan käytännöllinen, vaan se perustuu myös eettisiin arvoihin. Tavoite on siis toteutettava niin, että terveydenhuollon eettiset arvot eli ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja hyvän tekeminen toteutuvat. Käytännölliset ja eettiset arvot muodostavatkin terveydenhuollon arvopohjan, ja potilaiden ja asiakkaiden paras mahdollinen hoito ja palvelu syntyvät niiden välisestä tasapainosta.

Valinnanvapaus

Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksen ytimessä on valinnanvapaus. Sillä tarkoitetaan asiakkaan ja potilaan oikeutta valita hoitopaikkansa ja hoitava terveydenhuollon ammattilainen (STM 2016).

Etiikan näkökulmasta valinnanvapauden keskeinen kysymys on asiakkaiden ja potilaiden erilaisuus. Valinta on mahdollinen, jos asiakkaat ja potilaat saavat riittävää ja olennaista tietoa tarjolla olevista hoidoista ja palveluista. Olennaista on myös, että eri-ikäisillä ja -taustaisilla henkilöillä on erilaiset mahdollisuudet saada ja ymmärtää saamaansa tietoa, jotta he voivat todella tehdä valintansa. Keskeinen eriarvoistava tekijä on lisäksi asiakkaiden ja potilaiden asuinpaikka sekä sosioekonominen asema. Palvelun ja hoidon saaminen kasvukeskuksien ulkopuolella voi olla jo nyt uhattu, joten hoitopaikan valitseminen voi olla mahdollista. Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että kansalaisten terveyserot ovat sidoksissa sosioekonomiseen asemaan. Siksi muutoksessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että valinnanvapaus lisää sekä alueellista tasa-arvoa että kaventaa jo olemassa olevia terveyseroja, mutta ei lisää eriarvoisuutta.

Jotta valinnanvapaus voisi toteutua, asiakkaat ja potilaat tarvitsevat riittävästi tietoa. Ammattihenkilöillä ja organisaatioilla onkin ratkaisevan tärkeä vastuu tuottaa ymmärrettävää ja todenmukaista tietoa valinnan perustaksi. Tiedon on myös oltava saavutettavissa kohtuullisesti eli asiakkaalta tai

”Lähtökohdan ja päämäärän muodostavat kuitenkin terveydenhuollon lainsäädännön ja etiikan vaatimukset asiakkaan ja potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja palveluun.”

potilaalta ei voida edellyttää laajoja tietotekniikan valmiuksien tai laitteiden hankintaa. Asiakkaan ja potilaan valinnanvapaus ohjaa myös kiinnittämään huomion hoidon ja palvelun laatuun ja eettisyyteen, koska on oletettavaa, että laadukas ja eettinen hoito ja palvelu ovat asiakkaan ja potilaan näkökulmasta tavoiteltavia ja toivottavia. Siksi terveydenhuollossa on tehtävä näkyväksi hoidon ja palvelun eettisyys eli se, mitä etiikka tarkoittaa yksikön ja työntekijöiden toiminnassa, päätöksenteossa ja eri ammattiryhmien yhteistyössä. Näin asiakkaille ja potilaille voidaan tuoda esiin, miten eettiset kysymykset on huomioitu hoidossa ja palvelussa. Siten tietoon perustuva valinta on mahdollista myös eettisissä kysymyksissä. Etiikan tekeminen näkyväksi edistää osaltaan terveydenhuollon etiikkakeskustelun arkipäiväistämistä. Se tarkoittaa, että joka kerta kun puhutaan, mikä on oikein ja miten pitäisi toimia, puhutaan etiikasta.

Toisaalta on huomioitava, että valinnanvapaus synnyttää myös valintapakon. Se kohdistuu tilanteisiin, joissa on kyse omasta tai läheisen terveydestä, hoidosta ja palvelusta tai kun elämä on muuttunut tai on kriisissä. Valinnan joutuvat tekemään varsinaisesti he, jotka tarvitsevat palveluita paljon. Niissä tilanteissa ihminen on haavoittuva. Jotta valinta olisi todellinen ja tietoon perustuva, on kiinnitettävä huomiota asiakkaan ja potilaan oikeuksien toteutumiseen.

Pohdittavaksi

- Mitä ovat yksikkönne ajankohtaiset eettiset kysymykset? Miten ne ilmenevät?
- Miten muutatte/reagoitte toimintaanne uusien kysymysten vuoksi?
- Mitä käytännöllisiä ja eettisiä arvoja yksikkössänne on, miten ne ilmenevät?
- Mikä on yksikkönne perustehtävä?
- Mitä valinnanvapaus tarkoittaa työnne ja yksikkönne näkökulmasta?

1.2 Hoidon ja palvelun monimuotoisuus

Terveydenhuollossa ja yhteiskunnassa käydään keskustelua siitä, mikä ja millainen hoito ja palvelu sisältyvät terveydenhuollon tehtäviin. Lähtökohtana on, että asiakkaan ja potilaiden tarpeisiin vastataan. Tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien ehkäisy ja hoito. Kysymyksiä herättää kuitenkin, miten asiakkaiden ja potilaiden tarpeet arvioidaan ja mitä ne merkitsevät. Pitäisikö esimerkiksi potilaan tarpeelliseksi kokemaa jalkojenhoitoa sisällyttää julkisen palvelun tehtäviin, vaikka se ei olisikaan osa potilaan sairaudenhoitoa, mutta tuottaisi hänelle hyvinvointia? Entä pitäisikö terveydenhuollon kattaa myös esimerkiksi henkilökohtaiset personal trainer -palvelut, koska niiden tiedetään motivoivan painonpudotuksessa? Palve-

lus sisältöjen tarkastelu johtaa pohtimaan myös sitä, mitä on ammattilaisen antama hoito ja miten se eroaa muusta hoidosta? Tässä luvussa pohditaan, mitä terveydellä ja hyvinvoinnilla tarkoitetaan sekä hoidon ja palvelun monimuotoistumista.

Mitä terveys, hyvinvointi ja toimintakyky ovat?

Kun hoitoa ja palvelua suunnitellaan ja toteutetaan, olennaista on kiinnittää huomio siihen, mitä tavoitellaan – terveyttä, hyvinvointia vai toimintakykyä. Terveys voidaan näkökulmasta riippuen määritellä eri tavoin (Taulukko 1). Voidaan korostaa esimerkiksi sairauden puuttumista (biolääketieteellinen), toimintakykyä (funktionaalinen), terveyden moniulotteisuutta (positiivinen), omaa kokemusta (subjektiivinen) tai sairauden arvoa osana ihmisyyden kokemusta (fenomenologinen).

Taulukko 1. Esimerkkejä erilaisista terveystulkinnuksista.

Terveyksikäsitely	Sisältö
Biolääketieteellinen	<ul style="list-style-type: none">• Normaali = terve• Terveyden ja sairauden raja yksiselitteinen ja objektiivisesti määriteltävissä• Terveys on sairauden puuttumista• Lääketieteellinen malli: terveys on oireiden ja löydösten puuttumista• Terveydentilan määrittäminen kuuluu yksinomaan terveydenhuollon ammattilaisille
Funktionaalinen	<ul style="list-style-type: none">• Diagnoosi ei ole terveyden kannalta ratkaiseva• Toimintakyvyn aleneminen voi olla merkki sairaudesta• Terveyden ydin on kyky tehdä työtä, tuottaa ja toimia• Toimintakykyä rajoittavat tekijät ovat sairautta – sosiaaliset, psyykkiset ja fyysiset
Positiivinen	<ul style="list-style-type: none">• Terveys ei hyvä vain siinä mielessä, että diagnoosi tai toimintakyvyn vaje puuttuvat• Terveys on WHO:n määritelmän mukaisesti ”ei vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvoinnin tila”• Sisältää hyvän ja myönteisen• Terveyden idea, moniulotteinen näkökulma, jossa kenenkään terveys ei voi olla täydellinen
Subjektiivinen	<ul style="list-style-type: none">• Terveys on arvokas sekä väline- että itseisarvona• Terveyden arvo suhteutuu laajempaan arvokenttään• Subjektiivinen terveys on usein mahdollinen silloinkin, kun terveyden objektiiviset edellytykset ovat rajalliset• Terveyden keskeinen piirre on omaan elämään sitoutuminen ja subjektina säilyminen
Fenomenologinen	<ul style="list-style-type: none">• Eri yksilöiden kuten sairaan, omaisten ja hoitajan kokemuksia korostava• Sairaus voidaan ymmärtää positiivisena tilana ja osana ihmisen kokonaisuutta• Terveys ja sairaus ovat keinoja ymmärtää ihmistä, ihmisen tapa ilmaista itseään ja lisätä omaa tietoisuuttaan• Terveys ja sairaus eivät ole vastakohtia• Sairaus on jotakin, joka on koettava ja jonka kanssa voi kehittyä

Terveyskäsitysten moninaisuuden lisäksi jokaisella asiakkaalla ja potilaalla voi olla erilainen näkemys terveydestä. Niin voi olla myös ammattihenkilöillä, joten yhden yksittäisen ja vallitsevan terveyskäsityksen määrittäminen on mahdotonta. Tämän lisäksi se on myös tarpeetonta, koska terveyskäsitykset nivoutuvat yhteen ja vaihtelevat tilanteiden mukaan. Ne muodostavat kuitenkin perustan terveydenhuollolle ja auttavat ymmärtämään terveyden moniulotteisuutta.

Hyvinvointi on terveyttä laajempi käsite. Terve ihmisenkään ei aina ole hyvinvoiva ja joskus sairauskin saattaa voida hyvin. Samoin kuin sairaudesta ja terveydestä, myös hyvinvoinnista voidaan kysyä, tulisiko se ymmärtää objektiivisena mitattavissa olevana tilana vai pikemminkin, jonain ihmisen omasta kokemuksesta riippuvana ja siten subjektiivisena? Kysymys on tärkeä ja liittyy siihen, voiko yksilö erehtyä omaa hyvinvointiaan koskevassa arvioissa.

Kysymys on tärkeä ja liittyy siihen, voiko yksilö erehtyä omaa hyvinvointiaan koskevassa arvioissa. Missä määrin hyvinvointi, terveyden sijaan tai ohella, tulisi ottaa hoidon päämääräksi. Lisääkö esteettinen kirurgia hyvinvointia, vaikka se ei edistä terveyttä? Jos hyvinvointi on hoidon päämäärä, mistä tiedämme kuinka hyvin hoito ja palvelut onnistuivat.

Terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi myös käsitys toimintakyvystä ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja toimintaa. Toimintakyky on ymmärretty erillisinä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osina, mutta vuonna 2003 se määriteltiin kansainvälisellä toimintakykyviitekehysellä ja -luokituksella (International Classification of Function). Siinä toimintakyky sekä sen rajoitteet ja resurssit ymmärretään monielementtisenä, muuttuvana ja vuorovaikutuksellisenä ilmiönä, ja toimintakyky koostuu yksilön ja ympäristön yhteisvaikutuksesta. Tarkastelussa yhdistyvät yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet, kehon anatomiset ja fysiologiset rakenteet ja niiden toiminta, suorituskyky ja kapasiteetti sekä osallistumisen sekä terveydentilan elementit. Toimintakyky on siten kokonaisvaltainen bio-psykososiaalinen kokonaisuus (Stakes 2004, THL 2016).

”Terveyskäsitykset muodostavat perustan terveydenhuollolle ja auttavat ymmärtämään terveyden moniulotteisuutta.”

Hoito ja palvelu koulutettujen ammattihenkilöiden tehtävänä

Kuten terveyskäsitysten monimuotoisuuskin osoittaa, nykyisessä terveydenhuollossa hoidon, palvelun ja kuntoutuksen tavoitteet ovat varsin laajoja. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä pohtii paraikaa mikä yhteiskunnan palvelulupaus tulee olemaan eli mitkä palvelut kuuluvat yhteiskunnan tarjoamina kaikille. Vielä muutamia vuosikymmeniä sitten keskeinen tavoite oli sairautsien hoito, nyt se sisältää myös ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämisen. Keskeistä on, että asiakkaan ja potilaan rooli korostuu sekä osallisuus ja omakohtaisuus lisääntyvät ja vahvistuvat omassa hoidossa. Tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan ja potilaan hyvä elämä ja tukea sitä myös sairauden aikana. Se tarkoittaa hyvää koettua terveyttä, itsenäistä toimintakykyä sekä kokonaishyvinvointia, mikä sisältää hyvän elämänlaadun.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskeinen tehtävä on vastata yhteiskunnallisesti arvokkaana pidettyyn ja ammattiryhmälle osoitettuun tehtävään. Ammattilaisten toiminta perustuu lailla säädeltyyn koulutukseen. Se on ennakoitavaa siten, että ammattilaisesta riippumatta asiakas ja potilas voivat saada samoihin periaatteisiin perustuvaa ja samansuuntaista hoitoa ja palvelua. Niiden on myös perustuttava näyttöön (engl. evidence based). Se merkitsee, että hoito ja palvelu eivät perustu yksittäisten työyhteisöjen tai työntekijöiden näkemyksiin tai mielipiteisiin, vaan tutkittuun tietoon tai hyväiksi koettuihin ja havaittuihin käytänteisiin.

Terveydenhuollossa hoidon ja palvelun tuottamismuodot ovat laajentuneet. Perinteisen vastaanotto toiminnan ja kotihoidon lisäksi erilaiset lähipalvelut, matalan kynnyksen vastaanotot sekä

etä- ja digitaaliset palvelut ovat lisääntyneet. Muutuneet palvelumuodot edellyttävät ammattihenkilöiltä uudenlaista tieto- ja taitoperustaa, koska niissä esimerkiksi asiakkaan ja potilaan tutkiminen ja vuorovaikutus muuttavat muotoaan. Uudet palvelumuodot mahdollistavat myös sen, että ammattihenkilöiden työtehtäviä voidaan tarkastella uudelleen. Sellaisia ovat esimerkiksi hoitajavastaanotot, hoitotyöntekijöiden lääkkeenmäärämisoikeus ja fysioterapeuttien suoravastaanotot.

Kokemusasiantuntijat hoidossa ja palvelussa

Kokemusasiantuntijoiden rooli hoidon ja palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on lisääntynyt viime vuosina. Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on kokemusta sairaudesta ja siitä toipumisesta sekä hoidosta palvelujen käyttäjänä tai omaisena. On suositeltavaa, että hänellä olisi myös tehtävään valmistava koulutus ja perehdytys. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on käytetty erityisesti mielenterveys- ja päihde-työssä, mutta myös esimerkiksi äitiyshoidossa, perhepalveluissa sekä vanhustenhoidossa. Kokemusasiantuntijuus on vertaisauttamista, jossa asiakas ja potilas saavat tukea terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tai esimerkiksi palveluiden käyttämisessä.

”Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on kokemusta sairaudesta ja siitä toipumisesta sekä hoidosta palvelujen käyttäjänä tai omaisena.”

Yksi kokemusasiantuntijuuden muoto on vertais- ja tukihenkilötoiminta. Tällä tarkoitetaan asiakkaan ja potilaan kanssa samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä. Esimerkiksi perheet, joilla on pitkäaikaislapsi, voivat toimia toisilleen tukena ja elää samaa elämäntilannetta. Vertaistoiminta voidaan toteuttaa ryhmänä tai yksilönä. Sekä asiakkaat, potilaat että terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat kokeneet vertais- ja tukihenkilö-

toiminnan hyödyllisenä ja hoitoa ja palvelua täydentävänä muotona. Ongelmana on ollut, että ammattilaiset eivät tunne joko vertaistuelle tarjoutuvia paikallisia mahdollisuuksia tai toimintamuotoja, joita harvinaisten sairauksien yhteydessä on saatavilla verkossa tai virtuaalisesti. Tämä on osaltaan hidastanut tai estänyt toimintojen laajempaa hyödyntämistä.

Omaishoito lähellä ja kotona

Keskeinen ja lisääntyvä hoidon järjestämisimuoto on omaishoito. Sillä tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiooloissa, omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. (Laki omaishoidon tuesta 2005/937). Suomessa on arvioitu olevan noin 1,25 miljoonaa omaista tai läheistään auttavaa henkilöä, joista pääasiassa auttajia on noin 350 000. Omaishoidon tuen piirissä on noin 40 500 omaishoitajaa. Hän on useimmiten puoliso ja toistaiseksi yleensä nainen (75 %), mutta miesten osuus kasvaa. (STM 2014, Nykänen ym. 2014.)

Omaishoidossa ja sen toteuttamisessa on todettu haasteita. Omaishoidon etuna on, että vanhukset voivat asua pitempään kotona perheensä kanssa. Ongelmana on, että omaishoitajana toimiminen voi olla perheissä taloudellisesti mahdotonta. Se edellyttää usein, että hoitaja jää pois omasta työstään, mutta yhteiskunnallinen korvaus tehtävästä on vähäinen. Vaikka henkilö olisikin halukas toimimaan läheisensä omaishoitajana, tehtävä on varsin sitova ja kuormittava. Lisäksi omaishoitajat ovat usein itsekin iäkkäitä ja avun tarpeessa. Viime vuosina onkin alettu kiinnittää huomiota omaishoitajien terveyden ja arjen tukemiseen ja heidän jaksamiseensa.

Omaishoito tuo esiin myös kysymyksiä siitä, voidaanko omaishoitajuuteen velvoittaa. Entä miten toimitaan tilanteissa, joissa asiakkaalla ja potilailla ei ole omaisia? Toisaalta voidaan kysyä, voiko kuka tahansa toimia omaishoitajana vai voidaanko toiminta kieltää, jos omaishoitaja on uupunut tai hänellä ei ole voimavaroja toimia tehtävässään? On arvioitu, että jos omaishoitoa ei olisi, kaksi kolmesta omaishoidettavasta tarvitsisi omaishoitajan arvon mukaan ympärivuorokautista hoitoa (Tillman

”Omaishoito tuo esiin myös kysymyksiä siitä, voidaanko omaishoitajuuteen velvoittaa. Entä miten toimitaan tilanteissa, joissa asiakkaalla ja potilailla ei ole omaisia?”

ym. 2014). Vaikka omaishoidon toteuttaminen on yhteiskunnallisesti taloudellinen hoitomuoto, sen ei kuitenkaan tulisi olla itsestäänselvyys. Myös päätöksiä tehtäessä on tavoitteena oltava asiakkaan ja potilaan hyvä hoito, siihen ei tule pyrkiä jonkun toisen terveyden tai hyvinvoinnin kustannuksella.

Yhteenveto

Terveydenhuollon tehtävää on syytä arvioida aika-ajoin uudelleen, jotta kansalaisten muuttuviin tarpeisiin voidaan vastata. Se edellyttää, että hoidon ja palvelun päällekkäisyydet tunnistetaan ja terveydenhuollon tehtävää tarkastellaan uudella tavalla. Sen lisäksi myös tarjottavan hoidon ja palvelun on muututtava, jolloin voidaan löytää uusia palvelumuotoja ja osa palveluista jää tarpeettomiksi. Terveydenhuollon digitalisaation myötä esimerkiksi lääkereseptien manuaalinen uusiminen on jäänyt pois. Terveydenhuollon tehtävän ja hoidon sekä palvelun muutoksissa on kuitenkin kiinnitettävä huomiota siihen, miten laatua ja eettisyyttä valvotaan.

Pohdittavaksi

- Mikä on yksikössä hoidon ja palvelun tehtävä?
- Mitä ajattelette, mitä hoito ja palvelu sisältävät?
- Mitä on terveys ja hyvinvointi? Missä määrin se on yksikönne tehtävä?
- Mikä työssäsä on näyttöön perustuvaa?
- Mitä muita hoidon tuottajia teillä on?
- Mitä kokemusasiantuntijuus on teidän työssänne? Miten työskentelette yhdessä? Mitä se voisi tuottaa lisää?

2. Mitä tarkoittaa potilaan oikeus hoitoon ja palveluun?

Suomalaisen terveydenhuollon vuonna 1992 voimaan tullut Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) on yhä kansainvälisestikin edistyksellinen. Se muodostaa terveydenhuollon perustan, josta hoitoa ja palvelua toteutetaan. Tässä luvussa tarkastellaan asiakkaan ja potilaan oikeuksien määrittämistä velvollisuuksien, mielenterveyshoidon itsemääräämisoikeuden rajoittamisen, perittömien etiikan ja vanhusten hyvän hoidon näkökulmista.

2.1 Asiakkaan ja potilaan oikeudet ja velvollisuudet

Pentti Potilalle on varattu aika terveyskeskukseen verikokeisiin. Tarkoituksena on ottaa paastoverikoe lääkityksen tarkistamista varten. Pentin odottaessa vuoroaan, joku potilaista pyörtyy ja hoitajat vievät hänet sydänvalvontahuoneeseen. Pentti ehtii huomata, että paareilla makaa naapurin Liisa. Kun Pentistä otetaan verikoe, häneltä kysytään, saisiko opiskelija ottaa näytteen. Näytettä ottaessa hoitaja kyselee Pentin käsivarressa olevasta suurehkosta lusesta. Kesken verinäytteen hoituhuoneen ovi paukahtaa auki ja toinen asiakas vaatii kovaäänisesti omaa vuoroansa. Näytteenoton jälkeen hoitaja kertoo soittavansa näytteiden tulokset Pentille.

Tämä kuvitteellinen esimerkki kuvaa osaltaan Suomen terveydenhuollon etiikan yhtä kulmakiiveä eli potilaan oikeutta hoitoon ja palveluun. Oikeus on määritelty lainsäädännössä, ja se tuodaan esiin myös kaikissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisissä ohjeissa. Potilaan oikeudet luovat perustan ammattihenkilöiden velvollisuuksille, että heidän on vastattava lain määräämään tehtävään. Viimeaikaisessa keskustelussa myös potilaan velvollisuudet ja ammattihenkilöiden oikeudet ovat nousseet esille yhä useammin. Seuraavassa

tarkastellaan, mitä asiakkaan ja potilaan velvollisuudet tarkoittavat.

Potilaan oikeus päästä hoitoon

Potilaan oikeus hoitoon ja palveluun on perustavanlaatuinen ihmisoikeus, joka yksilöllä on ihmisyhtensä perusteella. Oikeudet täsmentyvät lakiin kirjatuissa potilaan oikeuksissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992) (Taulukko 2). Potilaan oikeudet eivät tarkoita, että hän saisi vapaasti valita käyttöönsä mitä hyvänsä terveydenhuollon palveluita. Oikeuksiin ei kuulu saada hoitoa aina välittömästi, mutta ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti, potilaan asuinpaikasta riippumatta. Esimerkissä Liisalla, joka äkillisesti pyörtyi odotushuoneeseen, oli oikeus saada hoitoa heti ennen muita potilaita, mutta oveen koputtajalla ei tätä oikeutta ollut. Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa, ja hoito on aloitettava kuuden kuukauden sisällä. Oikeus hoitoon ei kuitenkaan tarkoita velvollisuutta ottaa sitä vastaan. Potilas voi kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Joskus ammattihenkilöstä tuntuu vaikealta hyväksyä kieltäytyminen. Kieltäytyminen saattaa liittyä esimerkiksi uskonnolliseen vakaumukseen.

Potilaan velvollisuudet hyvän hoidon tukena

Potilaan oikeuksien lisäksi potilaalla on myös velvollisuuksia. Ne muodostavat kokonaisuuden, jossa potilas on hoitoon, palveluun ja kuntoutukseen osallistuva aktiivinen osapuoli. Oikeudet ja velvollisuudet ovat perustana asiakkaan ja potilaan omaa hoitoa koskevien tavoitteiden asettamiseen, päätöksentekoon, seurantaan ja arviointiin. Potilaan velvollisuudet perustuvat etiikkaan, ja ne voivat kohdistua potilaaseen, hänen läheisiinsä ja toisiin potilaisiin sekä ammattihenkilöihin ja terveydenhuoltoon. Potilasta koskevat velvollisuudet tukevat hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. Tämä voi tar-

Taulukko 2. Potilaan oikeudet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 782/1992).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista:

- Hoitoon tarvitaan potilaan suostumus.
- Hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
- Potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, riskitekijöistä ja hoidon vaihtoehdoista.
- Potilaalla on oikeus tarkistaa potilasasiakirjoihin merkityt tietonsa ja oikeista ne.
- Hoitoa jonottavalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta.
- Hoitoon tyytymätön voi tehdä muistutuksen hoitolaitokselle.
- Hoitolaitoksella on oltava potilasta avustava potilasasiamies. Hän antaa tietoa potilaalle oikeuksista ja avustaa tarvittaessa muistutuksen, kantelun tai korvaushakemuksen teossa.
- Lapsipotilaan mielipide on otettava huomioon, kun lapsi on kyllin kehittynyt ilmaisemaan sen. Lääkäri tai muu ammattihenkilö arvioi lapsen kehittyneisyyden.
- Lapsen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi.

koittaa huolehtimista – itsestään, terveellisestä ruokavaliosta tai lääkehoidosta, mutta myös sitä, että kertoo totuudenmukaisesti omasta tilanteestaan. Esimerkkitapauksessa Pentin velvollisuutena on ollut huolehtia omasta lääkehoidostaan sekä sovittua paastoamisesta ennen verinäytettä. Potilaalta voidaan joskus edellyttää terveysmuutoksia ennakkoehdona joillekin toimenpiteille. Sellaisia voivat olla esimerkiksi laihduttaminen ja tupakoinnin tai päiheteiden käytön lopettaminen. Velvollisuudet läheisiä tai muita potilaita kohtaan voivat käsittää esimerkiksi toisten suojelemista omalta flunssalta tai velvollisuutta pitää tiedot salassa, joita on kuullut tai nähnyt ollessaan itse hoidettavana tai omaisena. Esimerkissä Pentillä olisi moraalinen velvollisuus olla kertomatta muille Liisan sairaalassa käynnistä.

Terveydenhuoltoa koskevat velvollisuudet voivat kohdistua työntekijöiden työrauhan kunnioittamiseen, yhteisen turvallisuuden varmistamiseen ja varatun vastaanottoajan käyttämiseen. Esimerkkitapauksessa oveen koputtajalla olisi velvollisuus kunnioittaa toisten työrauhaa ja Pentin olisi ilmoitettava, jos hän ei pääse varatulle vastaanotolle. Lisäksi potilaalla voi olla velvollisuuksia kansalaisena osallistua järjestelmän ylläpitoon, hän maksaa ve-

roja, äänestää ja antaa palautetta saamastaan hoidosta. Lisäksi voidaan odottaa, että potilas osallistuu tutkimuksiin, jotka koskevat hänen omaa terveysongelmaansa. (Evans 2007, Kangasniemi ym. 2012, Launis 2016)

On huomionarvoista, että kaikilla ei voi olla samankaltaisia velvollisuuksia. Niiden sisältöön ja kohteeseen vaikuttavat potilaan ja asiakkaan kyvyt, mahdollisuudet, ikä ja terveydentila. Esimerkiksi työssäkäyvä aikuinen on vastuussa omasta ruokavaliostaan, mutta vanhemmat ja koulutoimi kantavat vastuun esikouluikäisen ruokavaliosta. Esimerkkitapauksessa tajuntansa menettänyt Liisa ei kykene kertomaan omasta tilastaan, mutta verikoeksessa oleva Pentti voi ottaa puheeksi käsivarressaan olevan luomen.

Toisaalta voidaan kysyä, mitä seuraa, jos potilas ja asiakas eivät täytä velvollisuuksiaan? Lähtökohtaisesti se ei saa vaikuttaa ammattihenkilöiden antamaan hoitoon ja palveluun. Ammattihenkilöillä on siis edelleen velvollisuus hoitaa potilasta ja asiakasta. Toisaalta velvollisuuksien laiminlyönnistä voi seurata, että hoitoa tai toimenpidettä ei voida toteuttaa – näin esimerkiksi silloin, jos esimerkin Pentti ei olisi noudattanut paastoruokavaliota.

”Toimivan ja mielekkään, moniammatillisen työryhmän edellytyksenä on, että jokainen käyttää asiantuntijuuden tuomaa oikeutta, mutta on myös velvollinen tuomaan osaamisensa asiakkaan ja potilaan hoidon edistämiseksi.”

Velvoitteet terveydenhuollon ammattihenkilöille

Potilaan oikeudet velvoittavat, että yhteiskunnan on tarjottava terveydenhuoltoa, ja se tehtävä on osoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöille. Heidän tehtävänsä on kartoittaa puolueettomasti kaikkien potilaiden tarpeet ja toimia tarvittaessa potilaan tai asiakkaan asianajajana, jotta palvelut toteutuvat. Yksi velvoitteista on huolehtia siitä, että myös hiljaisten ja vajaavaltaisten oikeus hoitoon toteutuu.

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvoitteiden lisäksi ammattiasemaansa liittyviä oikeuksia. Jotta työntekijä voi tehdä työnsä hyvin, hänellä on oikeus saada perehdytys työhön ja tukea hankalissa tilanteissa. Lisäksi ammattihenkilöillä on oikeus työskennellä turvallisessa ja terveellisessä työympäristössä. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus pitää yllä ammattitaitoaan ja oikeus saada täydennyskoulutusta. Ammattihenkilöllä on oikeus käsitellä hoitamansa potilaan henkilö- ja sairaustietoja, mutta silloin häntä velvoittaa salassapitovelvollisuus.

Keskeistä on, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus myös tuoda asiantuntijuutensa potilaan hoitoon. Se tarkoittaa, että toimivan ja mielekkään, moniammatillisen työryhmän edellytyksenä on, että jokainen ammattiryhmän edustaja käyttää asiantuntijuuden tuomaa oikeutta, mutta on myös velvollinen tuomaan osaamisensa asiakkaan ja potilaan hoidon edistämiseksi. Aikaisemman tutkimuksen perusteella hoitotyöntekijät ovat olleet arkoja oman asiantuntijuutensa esiin tuomisessa. Esimerkiksi pitkäaikaishoidossa työskentelevillä hoitotyöntekijöillä on yleensä laajin tuntemus asiakkaan ja potilaan arjesta ja sen su-

jumiseen vaikuttavista tekijöistä. Sen esille tuominen olisi ensiarvoista, jotta voitaisiin välttää potilasta kuormittavilta tai jopa vahingoittavilta hoito- ja palvelusuunnitelmilta.

Yhden oikeudet, toisten velvoitteet

On huomionarvoista, että oikeudet ja velvollisuudet eivät ole vain yksilön asioita. Yhden oikeudet tarkoittavat usein toisen velvoitteita. Vaikka potilaan velvollisuuksien esille tuomisen tarkoituksena on lisätä hoitoon osallistumista, se ei merkitse, että potilas jätetään omien voimavarojensa varaan. Päinvastoin, sekä ammattilaiset että terveydenhuollon järjestelmä ovat vastuussa siitä, että luodaan olosuhteet, joissa potilaat voivat toteuttaa velvollisuuksiaan. Olennaista on, että potilaan velvollisuudet eivät ole vain yksi ja kaikkia potilaita samalla lailla koskeva kokonaisuus, vaan jokaiselle erilaisia. Esimerkiksi leikki-ikäisen velvollisuudet hoitoaan kohtaan ovat erilaiset kuin työikäisen, samaa sairautta sairastavan. Näin ollen on olennaista huomioida terveydenhuollon ammattilaisten vastuu potilaan ja asiakkaan – ei vain oikeuksista, vaan myös velvollisuuksista.

Terveydenhuoltoon liittyviä kaikkia eettisiä kysymyksiä ei voida ratkaista vetoamalla oikeuksiin (Beauchamp & Childress 2012). Hoidon ja palvelun on toteuduttava tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti sekä asiakkaiden ja potilaiden välillä että heidän suhteessaan ammattilaisiin. Keskeistä on tunnistaa, että hoidon ja palvelun ohjaavana periaatteena on tehdä hyvää, mutta myös arvioida tietoisesti toimintoja niin, että vältetään tekemästä pahaa.

Pohdittavaksi

- Millaisia asiakkaita ja potilaita teillä on? Mitä oikeudet tarkoittavat heidän kohdallaan? Entä velvollisuudet?
- Miten otatte puheeksi asiakkaiden ja potilaiden oikeudet? Miten keskustellette velvollisuuksista asiakkaiden ja potilaiden kanssa? Mikä merkitys niillä on hoidossa ja palvelussa? Miten ne ilmenevät?
- Mitä ovat ammattihenkilöiden oikeudet ja velvollisuudet työpaikallanne?
- Miten ne ilmenevät?

2.2 Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen mielenterveyshoidossa

Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen on yksi vaikeimmista eettisistä kysymyksistä, erityisesti psykiatristen potilaiden hoidossa. Myös mielenterveydyksessä kaiken hoidon ja palvelun lähtökohtana on itsemääräämisoikeus. Tämä tarkoittaa sitä, että hoito ja hoiva ovat potilaalle vapaaehtoisia. Ne toteutetaan aina yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hänellä on myös oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rajoitetaan kuitenkin joskus asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Laissa todetaan, että rajoittaminen on väistämätöntä esimerkiksi silloin, kun potilaan hoito on varmistettava vakavassa psyykkisessä sairaudessa tai hän on hoidon aikana itsetuhoinen tai väkivaltainen. Vaikka pakkotoimia on vähennetty Suomessa (THL 2016), muutos on tapahtunut melko hitaasti. Se edellyttää hoitohenkilökunnalta vahvaa eettistä pääomaa ja pyrkimystä löytää muita toimintatapoja ja vaihtoehtoja pakkotoimille. Tässä luvussa itsemääräämisoikeutta tarkastellaan aikuisten psykiatrisen sairaalahoidon rajoittamistoimenpiteiden yhteydessä.

Itsemääräämisoikeuden alentuminen ja rajoittaminen

Alentunut itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että henkilö ei pysty tekemään vapaasti elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä eikä toteuttamaan niitä, ilman että joku pyrkii vaikuttamaan ulkopuolelta. Itsemääräämisoikeuden alentuminen voi olla joko väliaikaista tai pysyvää. Potilaan hyvin tuntevan moniammatillisen työryhmän on tehtävä arviointi aina yksilöllisesti. Se on tehtävä myös riittävän usein, jotta rajoittamistoimenpiteitä ei käytetä liian kauan.

Rajoittamisen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Sen on oltava mahdollisimman lyhytaikaista, ja rajoittamisen tarvetta, toteuttamista ja seurauksia on arvioitava koko rajoittamisen ajan. Jos rajoittamista käytetään, sen tarve ja menetelmät olisi määriteltävä etukäteen asiakkaalle tai potilaalle. Lisäksi heille on kerrottava, kuinka kauan

rajoittamista käytetään, mitä rajoitus koskee ja mistä hän saa edelleen päättää itse.

Tilanteissa, joissa asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan terveydenhuollon laitoksessa, on huomioitava niin sanottu laitosalvan vaikutus. On todettu, että laitoksissa ei vallitse samanlainen perusoikeuksien taso kuin niiden ulkopuolella. Itsemääräämistä rajoitetaan sillä perusteella, että ihminen on laitoksessa. Keskeistä olisi luoda uudenlaista rajoittamiskulttuuria, jossa yksi rajoittamispäätös (esim. liikkumisen rajoittaminen) ei automaattisesti oikeuttaisi tai sisältäisi jonkin muunkin osa-aleen rajoittamista (esim. henkilökohtaisen omaisuuden hallussapitoa). Osittainen rajaaminen on usein vaikeaa, koska molempien rajoitusten taustalla on sama peruste eli arviointi, haavattu tai mitattu alentunut kyky itsemääräämiseen.

Tarve kehittää eettisesti kestäviä rajoitustoimenpiteitä

Nykyisen toiminnan haasteena on, että itsemääräämisen rajoittaminen perustuu ammatillaisen tekemään, mutta pääosin kriteerittömään arviointiin. Toisaalta voidaan kysyä, onko edes mahdollista laatia kattavia arviointikriteereitä, koska kaikki itsemääräämisoikeuden rajaamistilanteet ovat niin yksilöllisiä. Arvioinnille voidaan ja on nimeltävä läpinäkyvät periaatteet, vaikka ne eivät olisi yhteismitalliset kaikille. Rajoittamisen keskeisenä kysymyksenä on, miten turvata toisaalta oikeus henkilökohtaiseen vapauteen ja toisaalta oikeus elämään ja turvallisuuteen.

Rajoittamisessa on huomioitava myös porrasteisuus. Se tarkoittaa, että rajoittamisen vakavuusaste on määriteltävä. Ensimmäinen vaihtoehto ei ole käyttää rajuinta mahdollista rajoitustoimenpidettä (esim. sitomista) (Makkonen ym. 2016). Rajoittamisen on oltava aidosti myös viimeinen keino. Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan toistuvasti rajoittamaan, jokaiselle potilaalle olisi laadittava yksilöllinen suunnitelma tilanteita varten.

Oikeutta rajoitustoimenpiteiden käytölle ei myöskään tule myöntää kaikille hoitoyksiköille. Niissä yksiköissä, joissa niitä saa käyttää, olisi oltava riittävät rakenteet, turvallinen fyysinen ympäristö, osaava ja riittävä henkilökunta ja tiedostava eettinen ilmapiiri. Yksikössä on myös esiinnyttävä tietyllä frekvens-

sillä tilanteita, joissa tarvitaan rajoitustoimenpiteitä, muuten rutiinia ja osaamista niiden hoitamiseen ei synny (vrt. elvytys). Rajoitustoimenpiteet on tarvittaessa keskitettävä ”osaamisyksikköön”, jos edellä mainitut kriteerit eivät täyty. Koska rajoittamista voidaan käyttää, on kehitettävä eettisesti kestäviä keinoja, joilla sitä voidaan toteuttaa. Toisaalta, rajoittaminen voitaisiin ymmärtää myös hoitovirheeksi, johon on päädytty tai ajaututtu, koska muita hoitokeinoja ei ole osattu käyttää.

Juridisoiminen vai ammatillinen eettinen osaaminen

Yksi keino asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseksi olisi sen juridisoiminen. Se tarkoittaa, että rajoittaminen ja sen yksityiskohdat määriteltäisiin lainsäädännössä. Ongelmana on, että tilanteiden monimuotoisuuden vuoksi olisi epätarkoituksenmukaista ja mahdotonta kuvata kaikki rajoittamistilanteet yksityiskohtaisesti. Se ei myöskään takaisi asiakkaiden ja potilaiden hyvää hoitoa ja lakia, ja sen toteuttamista olisi lähes mahdoton seurata.

Koska rajoittamisen ohjaaminen lainsäädännön keinoin voi olla mahdotonta, huomio olisi kohdistettava tarvittaessa työntekijöiden eettiseen kompetenssiin. Sillä tarkoitetaan ammattilaisten kykyä tunnistaa eettiset kysymykset ja tehdä päätöksiä, jotka perustuvat ammattietiikan ja terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Päätöksenteko ei saa perustua henkilökohtaisiin arvioihin tai mieltymyksiin, vaan ammatin ja organisaation arvojen mukaiseen toimintaan.

Ammattilaisten eettinen osaaminen edellyttää myös päätöksenteon uudelleen sopimista ja tarkastelua. Jos asiakkaan tai potilaan toimintakyky on pitkäaikaisesti tai pysyvästi alentunut, lääkäri tai sosiaalityöntekijä tekee päätöksen itsemääräämisen rajoittamisesta. Epäselvää kuitenkin on, kuka tekee tilanteen mukaisen ja jatkuvan arvioinnin.

Ihmisarvo ensin

Kun harkitaan potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista, on huomioitava, että potilaan ihmisarvo on hierarkiassa ylempänä kuin itsemääräämisoikeus. Näin ollen työntekijä voi joutua rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, jotta po-

tilaan ihmisarvo säilyy. Silloin joudutaan harkitsemaan tarkkaan, miten ihmisarvoa kunnioittava hoito voidaan toteuttaa ja kenen näkökulmasta sitä tarkastellaan. Tällöin rajoittamisen tarkoituksena on suojella potilasta, mikä katsotaan potilaan parhaaksi.

Erityisen tärkeää on kuunnella asiakasta ja potilasta. Ammattihenkilöt ovatkin keskeisessä asemassa potilaan itsemääräämisoikeuden puolesta puhujina. Heidän on varmistettava, että potilas saa riittävästi tietoa, aikaa ja muita välineitä oman päätöksentekonsa ja itsemääräämisoikeutensa toteuttamiseksi. Potilaan oikeuksien kannalta on ongelmallista myös se, jos päätöksen tekee henkilö, joka ei tunne häntä. Se voi johtaa mekaaniseen päätöksentekoon, jossa hoidon kokonaiskuva jää rakentumatta. Potilaan itsemääräämisoikeuden tukemiseksi tarvitaan sekä avointa keskustelua rajoittamiskriteereistä, koulutusta mitaamisesta, seurannasta, toteuttamisesta ja dokumentoinnista sekä ennen kaikkea asiakkaan ja potilaan osallistamista hoitoonsa myös silloin, kun rajoittamistoimia harkitaan.

Pohdittavaksi

- Mitä ajattelette, mitä rajoittaminen on? Miten se ilmenee teidän yksikössänne?
- Voiko rajoittamista toteuttaa ihmisarvoa kunnioittaen?
- Miten rajoittamista voitaisiin välttää?
- Tulisiko työtä säädellä yhä enempi lainsäädännöllä ja miltä osin? Mitä säätelystä tai säätelämättömyydestä seuraa?

2.3 Paperittomien hoidon etiikkaa

Vaikka suomalaisen terveydenhuollon kulmakivi on asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään hoitoon, paperittomat muodostavat ryhmän, jolla on riski jäädä ilman hoitoa ja palvelua. Paperittomalla tarkoitetaan henkilöä, joka oleskelee Suomessa ilman laillista oikeutta. Ihmiset voivat päätyä paperittomiksi monin tavoin. Paperittomat-hankkeen (STM 2015) mukaan jotkut ovat jääneet, kun ovat saa-

neet kielteisen oleskelulupapäätöksen, viisumi on umpeutunut tai vanha oleskelulupa päättynyt. Joskus oleskelulupaa ei ole haettu ollenkaan, ja henkilö on tullut maahan ilman passia tai muuta henkilöilystodistusta. Pelkkä passin tai muun henkilöilystodistuksen puuttuminen ei kuitenkaan tee ihmisestä paperitonta. Paperittomalla voidaan terveydenhuollossa tarkoittaa myös henkilöä, joka on maassa laillisesti, mutta hänellä ei ole vakuutusturvaa sairauden varalle.

Tässä luvussa tarkastellaan paperittomien oikeuksien eettisiä näkökohtia. Se kohdistuu erityisesti kysymyksiin paperittomien hoidon oikeudenmukaisuudesta, ammattietiikasta ja armeliaisuudesta.

Paperittoman oikeudet

Nykyisen lainsäädännön mukaisesti paperittomat ovat oikeutettuja saamaan Suomen julkisessa terveydenhuollossa niin sanottua kiireellistä hoitoa. Se tarkoittaa hoitoa, jonka saannin pitkittäminen johtaisi sairauden pahenemiseen tai vamman vaikeutumiseen. Tällöinkin paperiton on velvollinen maksamaan itse hoidon kustannukset. Laki ei velvoita antamaan paperittomalle ei-kiireellistä hoitoa julkisessa terveydenhuollossa (STM 2015). Monet kunnat ovat kuitenkin tehneet päätöksiä hoidon antamisesta myös heille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan nykykäytäntö on ristiriidassa kansainvälisten ihmisoikeussopimusten, niiden valvontaelinten linjausten, mutta ei Suomen lainsäädännön kanssa. (Keskimäki ym. 2014.)

Paperittoman oikeudet perustuvat YK:n ihmisoikeussopimukseen, johon Suomi on sitoutunut. Keskeistä on, että ”sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä” ja että sopimukset kieltävät erikseen kaikenlaisen syrjinnän näihin oikeuksiin liittyen. Lisäksi Keskimäki et al. (2014, 48) mukaan ihmisoikeussopimuksen laatinut komitea muistuttaa syrjinnän kieltoa koskevassa yleiskommentissaan, ”että sopimusvaltioiden tulee taata sopimuksessa mainitut oikeudet myös alueellaan oleville, sen kansalaisuutta vailla oleville henkilöille”.

”Paperittomalla voidaan terveydenhuollossa tarkoittaa myös henkilöä, joka on maassa laillisesti, mutta hänellä ei ole vakuutusturvaa sairauden varalle.”

Onko paperiton rikollinen, onko häntä autettava?

Tavallisin peruste, jolla paperittomien hoitoa ja palvelua julkisessa terveydenhuollossa vastustetaan, pohjautuu siihen, että paperiton (määritelmällisesti) on Suomessa luvatta ja syyllistyy siten maahanmuuttorikokseen. Näin ollen, jos paperittomille annetaan oikeus terveydenhuoltoon, annetaan oikeuksia ihmisille, joiden läsnäolo Suomessa perustuu rikokseen. Se on nähty riittävänä syynä sille, ettei paperittomien oikeutta terveydenhuoltoon tulisi laajentaa.

Perustelu on pitämätön kuitenkin seuraavista syistä. Terveydenhuollon epääminen ei ole moraalisesti hyväksyttävä rangaistus mistään rikoksesta eikä sitä tunneta Suomen (tai minkään sivistysvaltion) rikosoikeudessa. Se, että henkilö on syyllistynyt rikokseen, ei ole koskaan eikä saa olla peruste terveystalvelujen epäämiselle. Päinvastoin, esimerkiksi Rikosseuraamuslaitos (2015) toteaa, että kaikilla vangeilla – myös vakavimpiin rikoksiin syyllistyneillä – on oikeus ”laadultaan hyvään, kaikkien Suomen kansalaisten tasoiseen terveyden- ja sairaanhoitoon”. Terveydenhuollon tehtävä ei ole osallistua rikosoikeudellisten rangaistusten toimeenpanoon. Terveydenhuolto ja terveydenhuollon epääminen eivät ole sopivia keinoja jakaa rangaistuksia.

Onko oikeudenmukaista hoitaa paperittomia?

Keskustelu paperittomien hoidosta nähdään usein oikeudenmukaisuuskysymyksenä. Tällöin oikeudenmukaisuudesta voidaan puhua kahdessa eri merkityksessä. Yhtäältä oikeudenmukaisuus on kysymys siitä, miten käytössä olevat resurssit jaetaan ihmisten kesken. Tällöin on kysymys siitä, mitä muilla ihmisillä on. Toisaalta kysymys oikeu-

”Terveydenhuollon tehtävä ei ole osallistua rikosoikeudellisten rangaistusten toimeenpanoon.”

denmukaisuudesta koskee ihmisten oikeuksia tai ihmisoikeuksia. Niiden olemassaolo ei riipu siitä, mitä muilla on. Seuraavassa tarkastellaan kysymystä oikeudenmukaisuudesta ensin resurssien jaosta, sitten oikeuksina.

Käsitykset oikeudenmukaisesta resurssien jaosta vaihtelevat suuresti. Jos oikeudenmukaisuuden keskiössä on tasajako, kaikki yhteiskunnan perushyödykkeet kuten terveydenhuolto, olisi jaettava tasaisesti kaikkien kesken, ellei epätasainen jako hyödytä kaikkia – myös kaikkein vähäosaisimpia. Koska paperittomat ovat kaikkein vähäosaisimpia ja terveydenhuollon kieltäminen ei hyödytä heitä, epätasainen terveystalvelujen jako ei olisi oikeutettua. Oikeudenmukaisuuteen vetoamalla ei voi siten perustella terveystalvelujen epäämistä paperittomilta.

Onko ammattietiikan mukaista hoitaa paperittomia?

Paperittomien hoitoa voidaan lähestyä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattietiikkaa koskevana kysymyksenä. Miten ammattilaisen olisi toimittava? Etiikan näkökulmasta ammattilaisen työtä ohjaavat sekä henkilökohtaiset arvot että erityisesti ammattietiikka. Ammatilla tarkoitetaan ryhmää ihmisiä, jotka vastaavat yhteiskunnallisesti arvokkaana pidettyyn päämäärään. Siksi ammatilliset tarvitsevat erityisoikeuksia ja -velvollisuuksia, joiden avulla he voivat toteuttaa tehtävänsä. Ammattilaisten toiminta perustuu lainsäädäntöön ja etiikkaan ja on siten ennakoitavaa. Ammattietikassa kuvataan ammatin tehtävä ja sitä ohjaavat arvot ja periaatteet.

Suomalaisessa terveydenhuollossa kaikilla ammattiryhmillä on ammattieettiset ohjeet. Niiden mukaisesti ammatteja ohjaa terveydenhuollon tehtävä eli terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Ammattietiikat eivät erottele, ketä voi ja pitää hoitaa. Onko ammattilaisten toimittava samalla tavalla vai voiko ammattilainen poiketa yhteisistä periaatteista?

Ammattietiikka ja henkilökohtainen etiikka voivat olla myös ristiriidassa, jos esimerkiksi ammatti edellyttää tiettyjä periaatteita, mutta henkilökohtaisesti kannattaa eri asioita. Ammattilaisen työssä toimintaa määrittävät ammatin arvot. Työtehtävien ulkopuolella ammattilainen on yksityishenkilö ja voi siten toimia omien arvojen mukaisesti.

Tarvitaanko armeliaisuutta?

Paperittomien hoidon eettiseksi lähtökohdaksi on esitetty myös armeliaisuuden (engl. mercy) periaatetta. Sillä tarkoitetaan hyväntahtoisuutta ja paperittomien hoito olisi sen mukaan sallittava. Armeliaisuus on silloin vaihtoehto oikeudenmukaisuudelle, koska oikeudenmukaisuus ei joissain tilanteissa edellytä muiden auttamista, vaikka muiden auttaminen voi silti olla moraalisesti oikein. (Räikkä 1994.) Armeliaisuus ei välttämättä moraalisena arvona viittaa uskonnollisuuteen, vaan ensisijassa yleiseen hyväntahtoisuuteen ja toisten ihmisten kunnioittamiseen. Se voi olla, mutta sen ei ole pakko olla yhteydessä anteeksiantoon. Pikemminkin armeliaisuus on yhteydessä inhimillisyyteen, empatiaan ja siten myös vahvasti ajatukseen ihmisarvosta. Siihen sisältyy myös ajatus velvoitteesta, että heikoimmassa asemassa olevaa on autettava jo siksi, että hänellä ei välttämättä ole samanlaisia mahdollisuuksia ja resursseja kuin auttavalla, paremmassa asemassa olevalla. Armeliaisuuden periaatteen mukaisesti paperittomien tulisi saada terveystalveluita.

Pohdittavaksi

- Mistä tunnistat paperittoman?
- Miten toimisitte, jos henkilö tarvitsisi selvästi hoitoa, mutta hän on paperiton?
- Voiko paperittomien hoitaminen olla yksittäisen ammattihenkilön päätös vai onko sen oltava koko ammattiryhmän päätös?

2.4 Ihmisarvo: eettisesti kestävän vanhustenhoidon perusta

Oman elämän omistaminen loppuun saakka on tärkein ikäihmistien palveluja ohjaava periaate, toteaa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen puheenjohtaja Maija Anttila. Tässä luvussa pohditaan, mitä oman elämän omistaminen tarkoittaa ja mitä se merkitsee hoidon, palvelujärjestelmän ja ammatillisen osaamisen kannalta.

Elämän omistaminen ja hyvä elämä

Oman elämän omistaminen tarkoittaa ikäihmistien näkökulmasta ensiksikin hyvää elämää. Se sisältää mahdollisuuden yksilölliseen elämäntyyliin kodin-omaisessa ympäristössä, ihmissuhteita, lämpöä ja turvallisuutta. Hyvä elämä on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun, osana ihmisoikeuksia. Oman elämän omistaminen ikäihmistien näkökulmasta tarkoittaa, että hän saa itse määrittää ja päättää siitä, mikä on hänelle hyvää hoitoa.

Jokaisella ihmisellä, ikään katsomatta, on oikeus hyvään elämään. Kun ikäihmistien hoito suunnitellaan häntä kuunnellen ja kuuliin, mahdollisuudet oman elämän omistamiselle loppuun saakka paranevat. Sen onnistumiseksi on terveydenhuollon ammattihenkilöiden tunnettava ikäihmistien elämänhistoria ja tausta – hänen elämänsä, ja kunnioitettava sitä! Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaatu on yksilön käsitys omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin, oman kulttuurin ja arvo maailman määrittelemässä viitekehyksessä. Ikäihmistien elämänlaatua on hyvä hoito, osallistuminen yhteiskuntaan, omien voimavarojen käyttäminen sekä hoidon ja avun saaminen tarpeitaan vastavasti. Elämänlaatu tai oikeus siihen ei saa olla iästä kiinni.

Hyvän hoidon toteuttaminen

Hyvän elämän toteutumiseen tarvitaan hyvää hoitoa. Terveystieteiden ammattihenkilön näkökulmasta sen toteuttaminen tarkoittaa, että hoitajat kunnioittavat ikäihmistä, kuulevat hänen toiveensa ja mielipiteensä sekä kohtelevat häntä tasa-arvoisesti. Hoitaja antaa aikaa ja keskustele

ikäihmistien kanssa, tukee hänen hyvinvointiaan ja voimavarojaan. Hoitajan on varottava loukkaamasta ikäihmistien fyysistä koskemattomuutta esimerkiksi lähestymällä häntä liian läheisesti tai nopeasti, paljastamalla hänen kehonsa intiimikohtia sekä käyttämällä kovia otteita, jopa väkivaltaa. Hoitajan ei tule loukata ikäihmistien sosiaalista koskemattomuutta eristämällä hänet sosiaalisista suhteista. Jos hoitaja ei mahdollista ikäihmistien itsemääräämisoikeuden ja tiedonsaannin toteutumista, hän loukkaa ikäihmistien psyykkistä koskemattomuutta. Näin ollen hoitajan pienelläkin tekemisellä tai tekemättä jättämisellä on suuri merkitys sille, saako ikäihminen omistaa elämänsä loppuun saakka.

Ikäihmistien oman elämän omistajuus voi käytännön hoitotyössä jäädä kiireen ja työn kuormittavuuden jalkoihin. Hoitajat joutuvat päivittäin taistelemaan ikäihmistien itsemääräämisoikeutta kunnioittavan ja toisaalta hänen arvokkuuttaan loukkaavan toiminnan välillä. Hoitaja ei kuitenkaan kiireen vuoksi saa syrjäyttää ikääntyneen mielipidettä ja mahdollisuuksia osallisuuteen. Silloin hän veisi mahdollisuuden ikäihmistien yksilöllisten oikeuksien toteuttamiseen ja elämänlaadun ylläpitämiseen. Hoitajan on pidettävä kaiken toiminnan lähtökohdaksi itsemääräämistä ja osallisuutta. On etiikan vastaista ohittaa ikäihmistien oma tahto.

”Hoitajan on pidettävä kaiken toiminnan lähtökohdaksi itsemääräämistä ja osallisuutta. On etiikan vastaista ohittaa ikäihmistien oma tahto.”

Palvelujärjestelmä hyvän hoidon mahdollistajana

Toteutuuko hyvä hoito ja siten ihmisen hyvä elämä palvelujärjestelmässä? Vai käykö niin, että ammatillaiset ”kaappaavat” hänen elämänsä ja viipaloivat sen omaan asiantuntemukseensa ja saatavilla oleviin palveluihin sopiviksi palasiksi? Vaikuttaa siltä, että ikäihmistien tarpeet sopeutetaan olemassa olevaan palvelujärjestelmään, jolloin tarpeet, kuten yksinäisyyden ja turvattomuuden

kokemus, jäävät huomioimatta. Kunnioittaako sellainen palvelujärjestelmä ihmisen oikeutta omaan elämäänsä, joka erottaa iäkkäät pariskunnat eri hoitopaikkoihin vastoin heidän tahtoaan?

Ikäihmisen oman elämän omistaminen jää palvelujärjestelmän ”systeemin” jalkoihin. Vaarana on, että palvelujärjestelmä määrittää ikäihmiset vain heidän palveluntarpeidensa kautta. Heidän toivotaan ja oikeuttaan aktiiviseen elämään ei kunnioiteta. On tärkeä kysyä, kuka määrittelee ikäihmisen tarpeet ja päättää niistä? Lääkäri, hoitajat, omaiset vai peräti ikäihminen itse? Päätetäänkö ikäihmisen asioista mahdollisesti häntä itseään kuulematta?

Vanhuspalveluiden laatu ja ammattihenkilöiden osaaminen

Vanhuspalveluiden laatua on tuettu runsaasti erilaisilla säännöksillä ja suosituksilla (STM 2013). Vanhuspalvelulaki ja ikäihmisten hoidon laatusuositukset pyrkivät varmistamaan hoidon laadun ja niillä pyritään luomaan rakenteita laadukkaalle hoidolle. Ammattilaisilla ja heidän osaamisellaan on kuitenkin ratkaiseva rooli ikäihmisten hoidon korkeassa laadussa. Sitä varmistavat myös koulutuksen laatuvaatimukset ja säädelty mahdollisuus täydennyskoulutukseen.

Vanhustenhuollossa ammattihenkilöiden osaamisvaatimukset ovat ilmeisiä ja erityisen ajankohtaisia. Nykyisen rakenteen mukaisesti suomalainen ikäihmisten hoito perustuu säädeltyyn ja koulutettuun ammattiosaamiseen. Sitä ohjaavat lainsäädännön lisäksi myös jokaista ammattiryhmää koskeva ja ammattietiikka sekä ennen kaikkea ammattiryhmiä yhdistävä, kansainvälisestikin edistykseinen ja merkittävä, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen arvopohja (ETENE 2011).

Ammattilaisten keskeinen tehtävä on yhteiskunnallisen tehtävän hoitaminen eli hyvä ja ihmisarvoisen hoito. Jokaisella ikäihmisellä on siihen oikeus. Sen takaaminen on ammattihenkilöiden sekä yhteiskunnallisen vastuun keskeisin kysymys.

Koulutetun ammattihenkilöstön merkitys hyvän hoidon lopputulokseen on tunnettu ja tutkimuksellisesti osoitettu tosiasia. Parhaasta olemassa olevasta tiedosta ja historian parhaimmasta henkilökunnasta, koulutuksesta ja tiloista huolimatta, hoidon laatu vanhustenhuollossa vaihtelee edelleen. Yksi keino on, että kiinnitetään huomiota niihin mekanismeihin, jotka heikentävät laatua. Vielä ensiarvoisempaa on tunnistaa ja huomioida ne kestävätkin ja laatua parantavat tekijät, joissa voidaan tuottaa hyvätulosista hoitoa ja palvelua samanlaisissa yksiköissä, samanlaisin resurssein. Sillä varmistetaan jokaisen ikäihmisen ihmisarvoa kunnioittava hoito.

Tämän luvun osia on julkaistu Tehyn blogissa (Tehyn eettinen toimikunta 2016)

”Koulutetun ammattihenkilöstön merkitys hyvän hoidon lopputulokseen on tunnettu ja tutkimuksellisesti osoitettu tosiasia.”

Pohdittavaksi

- Kuka on ikäihminen? Millainen vanhuskäsitys sinulla ja teillä on?
- Mitä ikääntymisestä seuraa tai tulisi seurata hoitoon ja palveluun?
- Millaisen vanhuuden sinä haluaisit? Miten sellainen ikääntyminen toteutettaisiin?

3. Terveydenhuollon ammattihenkilöt eettisen osaamisen asiantuntijoina

3.1 Eettinen vastuu koulutuksessa

Hyvän hoidon ja palvelun toteuttaminen edellyttää myös ammattilaisten korkeatasoista koulutusta. Tässä pohditaan eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät opiskelijavalintoihin, opintojen toteuttamiseen ja opintosuoritusten arviointiin. Lisäksi tarkastellaan kysymyksiä opetuksen järjestämisestä sekä vastuuta ammattiosaamisen opettamisesta ja tasosta.

Opiskelijavalinnat ja soveltuvuus alalle

Sosiaali- ja terveysalan opiskelijavalintojen lähtökohtana on ollut löytää alalle soveltuvat opiskelijat. Käsitkset soveltuvuudesta ovat vaihdelleet eri aikakausina. Soveltuvuudella on tarkoitettu valmiuksia, joita opiskelijalta on edellytetty, jotta hän voi valmistua ammattiin. Soveltuvuusarvioinnin pohtiminen on erityisen ajankohtaista meneillään olevan sote-uudistuksen vuoksi, jotta voidaan arvioida ja tunnistaa valmiuksia, joita ammattilaisilta edellytetään nyt ja tulevaisuudessa.

Tulevan sote-uudistuksen myötä työntekijöiltä odotetaan yhä moniammatillisempaa yhteistyötä sekä sosiaali- ja terveyssektoreiden välillä että niiden sisällä. Lisäksi palveluiden uudistaminen muuttaa työskentelyä esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai kotihoidossa siten, että työntekijöiden oma työn suunnittelu, arviointi ja toteuttaminen lisääntyvät. Näiden vuoksi soveltuvuus sote-alalle edellyttää, että ammattilainen on motivoitunut sitoutumaan sosiaali- ja terveydenhuollon arvopohjaan, ja hänellä on valmiuksia potilasturvallisuuden ja työn laadun arviointiin. Myös kyky sopeutua monikulttuuriseen toimintaympäristöön on työelämän vaatimuksena sosiaali- ja terveysalallakin.

Miten soveltuvuutta muuttuvan terveydenhuollon tehtäviin olisi arvioitava ja miten tarvittavia taitoja oppia ja opettaa? Onko valintakokeissa kiinni-

tettävä huomiota opiskelijan asenteisiin, arvoihin ja luonteenpiirteisiin vai tiedollisiin, taidollisiin ja mahdollisesti fyysisiin valmiuksiin joidenkin tutkintojen suhteen?

Karrikoiden voisi esittää kysymyksen, olisiko ensisijaisesti kiinnitettävä huomio opiskelijan persoonallisuuspiirteisiin vai kykyyn tai haluun omaksua tietoa ja taitoa? Ihanteellisin tilanne olisi, jos opiskelijalla olisi kaikki mahdolliset ominaisuudet.

Kehittyvät ja joustavat oppimisvalmiudet ovat välttämätön edellytys selvitä ammattiin oppimisesta sekä tulevasta työelämästä. Keskeisiä vaatimuksia opiskelussa ovat myös itseohjautuvuus, kyky ottaa vastuu omasta oppimisesta, ryhmätyötaitot ja oppimaan oppimisen taitojen kasvaminen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon teknistyminen, digitalisaatio ja robotiikka edellyttävät ammattilaisilta yhä monipuolisempia taitoja. Lisäksi tarvitaan edelleen taitoa ihmisen kohtaamiseen, vuorovaikutukseen ja dialogiin. Siten soveltuvuuden arvioinnilla ja opiskelijavalinnoilla on keskeinen merkitys, jotta selviää opinnoista ja tulevaisuuden työstä. Näin ollen ne kytkeytyvät myös tulevaan työhyvinvointiin sekä opintojen etenemiseen ja rahoitukseen kuin myös koulutusta järjestävien organisaatioiden rahoitukseen.

Nuoret, jotka hakevat toiselle asteelle tai korkeakouluun ovat vaativan päätöksen edessä: Mikä minua kiinnostaa ja motivoi? Soveltuvatko opiskelumenetelmät ja osaamistason vaatimukset minulle? Vaativan päätöksen edessä ovat myös valintaa suorittavat oppilaitokset ja henkilöt. Voi kysyä, ovatko kaikki hakijat oikeudenmukaisessa ja tasaveroisessa asemassa, kun erilaisissa pääsykokeissa olleita vertaillaan keskenään? Löydetäänkö valintajärjestelmällä soveltuvimmat hakijat?

Opiskelijavalintauudistuksessa pääsykokeita kehitetään ja ensimmäistä korkeakoulupaikkaa hake-

ville annetaan etusija. Tällöin mahdollisuudet alanvaihtoon uudelleen kouluttautumalla voivat heiketä. Toisaalta ovatko korkeakoulukohtaiset kiintiöt ensimmäistä korkeakoulupaikkaa hakeville yhteismalliset ja kohdellaanko hakijoita tasavertaisesti?

Muutos voi johtaa myös siihen, että oppilaitokset menettävät hakijoita, jotka ovat aidosti motivoituneita. Riskinä on myös se, että opintososiaaliset edut pitävät opiskelijan kiinni opiskelupaikassa, vaikka ala ei motivoisi.

Opintojen toteutuminen ja suoritusten arviointi

Nykyisessä koulutusjärjestelmässä oppilaitoksen yksi rahoitusosuus muodostuu opiskelijoiden opintojen etenemisestä. Tämä tarkoittaa sitä, että yksittäisen opiskelijan opintopisteiden kertyminen on olennaista niin hänen kuin oppilaitoksenkin talouden kannalta. Oppilaitosten näkökulmasta on riskinä, että tulostavoitteiden vuoksi pyritään tukemaan ja jopa helpottamaan opiskelijoiden opintosuorituksia.

”Myös kyky sopeutua monikulttuuriseen toimintaympäristöön on työelämän vaatimuksena sosiaali- ja terveysalallakin.”

Se herättää kysymyksen, toimivatko kaikki korkeakoulut samoilla eettisillä pelinsäännöillä ja onko riskinä, että taloudellisten vaatimusten paineessa opintojaksojen ja sitä kautta osaamisen taso kevenee. Seurauksena voi olla, että jotkut oppilaitokset leimaantuvat ”helppojen tutkintojen” tuottajiksi ja toiset laadukkailla tutkinnoilla varmemmiksi väyliksi työllistymiseen. Oppimisprosessia ei voi alistaa määrälliselle suorittamiselle (opintopistekertymille). Olennaista on, miten opiskelijan oppimista voidaan tukea niin, että osaamistavoitteet täyttyvät.

Tulospaineiden vuoksi myös sosiaali- ja terveysalan opettajien ammattietiikka on koetuksella. Kun opintopisteistä ja valmistumisesta saadaan euroja oppilaitokselle, opettajan on ”ansaittava leipänsä”

ryhmän opintopistekertymillä tai tutkintomäärillä. Riskinä on, että jo opintojaksolle ilmoittautumisesta tai osallistumisesta saa opintopisteitä, eikä osaamisen tai suorituksen mukaan. Opettajien työskentelyn tueksi tarvittaisiin yhteisiä kansallisia sopimuksia siitä, mitä oppimiselta odotetaan laillisuudessa sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa.

Koulutuksesta säästäminen

Nykyiset koulutukseen kohdistuvat säästöt herättävät myös eettistä pohdintaa. Koulutusleikkaukset voivat uhata Suomen kansainvälistä asemaa osaamisen kärkimaana. Suomi on peruskoulutusta koskevien vertailujen lisäksi edistysellinen sosiaali- ja terveydenhuollon kouluttaja.

Voidaankin kysyä, olisiko koulutuksien rahoituksen mittarina painotettava enemmänkin oppimisen laatua (arvosanojen tasoa) kuin määrää (opintopisteitä)? Jos koulutusverkostoa karsitaan, asetetaan opiskeluja suunnittelevat nuoret vaikeaan tilanteeseen, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta vaihtaa paikkakuntaa opiskelujen perässä. Näin syntyy eriarvoisuutta, mikä puolestaan aiheuttaa syrjäytymistä.

Koulutuksesta säästäminen kohdistuu myös lähiopetuksen muuttumiseen. Koska lähiopetus on kallista, sitä vähennetään ja sen sijaan etä-, virtuaali-, satelliitti- ja monimuoto-oppimista lisätään. Tämä näkökulma voi painottaa ensisijassa opiskelijan valinnanvapautta ja opintojen organisoitua, mutta monimuoto-opetus ei samassa suhteessa vähennä opettajien resurssien käyttöä eikä säästöä kustannuksissa.

Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa suurin osa oppiaineista on joko kädentaitoihin tai asiakkaiden ja potilaiden kohtaamiseen liittyviä, harjoittelua vaativia oppiaineita. On mahdollista, että opiskelijoilta jää moni kliinisen käytännön edellyttämä seikka oppimatta. Jos leikkaaminen lähiopetuksesta jatkuu, on löydettävä keinot, miten taito- ja vuorovaikutusosaaminen sekä edellytykset sosiaaliammattihenkilön laillistamiseen varmistetaan.

Toisaalta opetusmuutokset voivat olla myös mahdollisuus opetuksen ja osaamisen kehittämiseen. Opetuksen toteutus- ja arviointimenetelmiä on kehitettävä vastaamaan paremmin muuttunutta tilannetta ja hyödynnettävä sekä digitaalisaation

”Koska lähiopetus on kallista, sitä vähennetään ja sen sijaan etä-, virtuaali-, satelliitti- ja monimuoto-oppimista lisätään.”

mukaisia toteutustapoja että olemassa olevaa osaamista.

Opiskelijan prosessiin osallistuvien, kuten käytännön jaksojen ohjaajien, roolia voidaan muuttaa ja tarkastella uudelleen heidän vastuutaan myös muun oppimisen ohjaamiseen. Ongelmana kuitenkin on, että työelämäohjaajien aika on myös rajallista, ja opiskelijoiden oppimisprosessin tukeminen oman työn ohella voi jäädä riittämättömäksi. Lisäksi on tarkasteltava, kasvaako opiskelijan vastuu oppimisestaan jo liian suureksi. Sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuus tulevaisuuden koulutusalan olisi varmistettava myös sen suhteen, jotta jatkossakin saataisiin riittävästi motivoituneita hakijoita.

Yhteenveto

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiin valmistuneen osaamisvaatimukset on määritelty niin kansallisella kuin Euroopankin tasolla. Ne ovat kuitenkin paikoin yleisellä tasolla. Voidaan kysyä, ovatko ne käyttökelpoisia käytännön työelämän nykyisiin vaatimuksiin ja valmistuneiden osaamisen arviointiin verrattuna.

On olemassa eurooppalainen tutkintojen viitekehys EQF/NQF, ammattipätevyysdirektiivi, ESCO (European skills/competences qualifications and occupations), ja muita vastaavia verkostoja ja organisaatioita, jotka liittyvät sote-alan ammatteihin ja koulutusorganisaatioihin. Kaikki tekevät osin päällekkäistä ja samankaltaista työtä, minkä pitäisi lisätä osaamisen ja koulutusten vastaavuutta EU-maissa.

Riittävä osaaminen mahdollistaa työllistymisen sosiaali- ja terveysalalle. Kansainvälinen, vuonna 2016 käyttöön otettu Eurooppalainen ammattikortti auttaa sijoittumista eri EU-maiden työmarkkinoille. Tutkintojen tunnustamisesta vastaa Ope-

tushallitus, mutta ilman yhteistä minimiosaamisen kuvausta kansainvälinen osaamisen vertailu on mahdotonta. Epäselvää on, millainen on maakohdainen ja oppilaitoskohtainen taso.

Toisaalta onnistunut koulutus johtaa siihen, että sosiaali- ja terveysalalle valmistuneen työelämän osaajan sisällä palaa edelleen itsensä kehittämisen liekki. Tavoitteena on elinikäisen oppimisen ja jatkuvan ammatillisen oppimisen, uran aikaisen oppimisen odotusarvo, johon kytkeytyy velvollisuus pitää yllä omaa ammattitaitoaan.

Meneillään oleva sote-toiminnan uudelleen organisointi on myös mahdollisuus uudelleen työnjakoon. Ammattihenkilöiden välillä tapahtuvat tehtäväsiirrot ja laajentuneet tehtäväkuvat muuttavat työn tekemisen tapaa ja alentavat tai poistavat ammattien välisiä rajoja. Tämän vuoksi on keskeistä, että jo soveltuvuutta on arvioitava ja koulutusta toteutettava tulevaisuusorientoituneesti.

”Mielen pitää olla avoin uusille asioille ja uusille toimintatavoille. Usein toimintatavat ja niiden taustalla olevat perustelut voivatkin olla aukikirjoittamatonta hiljaista tietoa.”

Pohdittavaksi

- Millainen rooli opiskelijoilla on yksikössänne?
- Miten olisi toimittava, jos huomataan, että opiskelija ei osaa? Tai tuntuu, että hän ei sovellu alalle?
- Miten ajattelette soveltuvuuden terveysalalle muuttuneen/-van? Mitkä asiat siihen ovat vaikuttaneet?
- Mitä ajattelette osaamisen kehittämisestä?

3.2 Erilaisina työpaikalla – hiljaisesta tiedosta jakamiseen

Vastavalmistunut tai juuri Suomeen kotoutunut terveydenhuollon ammattihenkilö kysyy perusteluja siihen, miksi jokin asia tehdään tietyllä tavalla. Toiminnalle ei aina löydy selviä perusteluita. Kyseessä on rutiini, joka on vuosien myötä havaittu hyväksi tavaksi toimia. Kyselyjen ei kuitenkaan tarvitse tarkoittaa sitä, että vallitseva tapa olisi huono, vaan sitä että toiminnan perusteet eivät ole avoimesti esillä. Kysymykset auttavat myös pitkään työssä olleita työntekijöitä tarkastelemaan uudelleen totuttuja rutiineja sekä arvioimaan, olisiko toimintatapoja aika muuttaa. Jokin toinen käytäntö voisi olla parempi, nopeampi tai vaikka halvempi. Vanhemman työntekijän on hyvä välillä miettiä tekemistään ja perustella sitä nuoremmalle, sen myötä voi tulla uusia ajatuksia ja työtä voidaan kehittää. Vanhemmalta työntekijältä vaatii asennetta omaksua uutta tietoa ja uusia työskentelytapoja ja unohtaa vanhat rutiinit.

Mielen pitää olla avoin uusille asioille ja uusille toimintatavoille. Usein toimintatavat ja niiden taustalla olevat perustelut voivatkin olla aukikirjoittamaton hiljaista tietoa. Tässä luvussa työyhteisön erilaisuutta tarkastellaan voimavarana. Tarkastelun tukena käytetään terveydenhuollon ammattilaisten pohdintoja asiasta.

Hiljainen tieto näkyväksi

Hiljainen tieto (engl. tacit knowledge) on jo 1950-luvulla kuvattu, filosofi Michael Polanyin (1891–1976) käsite. Hänen mukaansa voimme tietää asioista enemmän kuin osaamme kertoa.

Ammatin asiantuntijuuden yhteydessä hiljainen tieto ilmenee juuri kokeneen työntekijän toiminnassa äänettömänä osaamisena tai taitona (Helakorpi 2001, 169, Vaahtio 2004).

Hiljainen tieto syntyy pitkäaikaisesta kokemuksesta, oikeiden ja virheellisten päätelmien antamista käsityksistä, joiden tuloksena ovat onnistuneet toiminnot käytännössä (Helakorpi 2001, 169). Tämä lähes tiedostamaton ammattitaitoinen toiminta on mahdollista, kun saavutetaan ammattitaidossa asiantuntijataso. Hiljaisuudestaan huoli-

matta hiljainen tieto vaikuttaa ihmisessä koko ajan ja näyttäytyy lähinnä toiminnassa. Hiljainen tieto liittyykin käytännön toimintaan ja osaamiseen. Se on sanatonta ja ei-käsitteellisessä muodossa olevaa tietoa. (Järvinen 2000, 72–73.)

Hiljaiseen tietoon liittyy myös intuitio, jolla tarkoitetaan ”sisäisesti näkemistä”, taitoa ”pohtia ja pohdiskella”. Sananmukaisesti intuitiivisuus tarkoittaa ”välittömään oivallukseen perustuvaa näkemyksellisyyttä”. Hiljaisuuden katsotaan tulevan ihmisen tietoisuuteen juuri intuition kautta (Nurminen 2000). Työntekijöiden hiljaisen tiedon ja intuition käytöllä on tutkimusten mukaan vahva yhteys. Työntekijöillä on todettu olevan taito ymmärtää asioita, tapahtumia tai tehdä nopeita päätöksiä ja tulkintoja sekä ennakoita asioita, jotka liittyvät laajemmin potilaaseen, kollegoihin tai työympäristöön. (Büssing ym, 2000, Herbig ym. 2001, Welsh & Lyons 2001; Gabbay & Le May 2004.)

”Työntekijöiden hiljaisen tiedon ja intuition käytöllä on tutkimusten mukaan vahva yhteys.”

Yksin tekemisestä yhteistyöhön

Turbulenttisessa työelämässä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta vaaditaan reaaliaikaisista, jopa ennakoivaa reagointia jatkuviin muutoksiin. Asiakkaan ja potilaan hoidossa ja palvelussa käytettävän tiedon määrä on valtava, eikä yksittäinen ammattilainen voi eikä pysty sitä yksin hallitsemaan. Tämän vuoksi työtä pyritään tekemään yhä useammin yhdessä, ja se on muuttunut verkostomaiseksi. Työpaikalla toimivat työparit tai tiimit koostuvat usein eri koulutuksen ja sukupolven edustajista, joiden kokemus nykyisestä työtehtävästä vaihtelee. Ryhmässä voi olla samanaikaisesti opiskelija, vastavalmistunut, 10-vuotiskokemuksiltaan juuri ansainnut ja eläkeläisjuhlaa suunnitteleva.

Työparina työskentely mahdollistaa hiljaisen tiedon siirtymisen luontevasti. Nuorempi työntekijä seuraa kokeneemman työskentelyä ja tarkkailee hänen

kommunikaatiotaan potilaiden kanssa. Kokeneen työntekijän rauhallinen ja järjestelmällinen työskentelytapa kiireisessäkin tilanteessa rauhoittaa potilasta ja omaisia. Työntekijä ei välttämättä ole niin levollinen kuin ulospäin näyttää, mutta hän on selvinyt vastaavista tilanteista aikaisemminkin.

Tällaisessa tiimissä tiedollisen pääoman ja sitä ilmentävän osaamisen määrä riippuu keskeisesti työpaikan vuorovaikutuskulttuurista. Esimerkiksi Benner ym. (1999, 221) katsovat, että terveydenhuollossa toimivan sosiaalisen ryhmän tyyli ja opitut tavat säätelevät sitä, missä määrin muita opetetaan tai muilta opitaan. Ryhmän yhteistyö parhaimmillaan sallii asiantuntijuuden jakamisen ja luo tukemisen ja mahdollisuuksien ilmapiirin. Vuorovaikutus ja sosiaalinen ilmapiiri ovatkin työyhteisön keskeisimpiä oppimiseen vaikuttavia tekijöitä (Hulkari 2006, 37). Kun vielä huomioidaan, että tämän päivän työelämä on kehittynyt jo niin monimutkaiseksi ja nopeasti muuttuvaksi, ettei ole enää asiantuntijaa, joka hallitsee yksin koko alansa (Helakorpi 2001).

Nuoremmalle sukupolvelle sosiaalinen vuorovaikutus työyhteisössä on tärkeää. Hiljaista tietoa voi jakaa kertomalla nuoremmalle kollegalle omista kokemuksistaan potilaiden kanssa ja erilaisista hoitotilanteista, miten niissä on toiminut ja mitkä käytännöt on havainnut hyviksi. Työpaikallani hoidetaan vakavasti sairaita potilaita ja elämän loppuvaiheen hoito vaatii työntekijältä intuitiota ja herkkyyttä vaistota miten tilanteessa kulloinkin olisi hyvä toimia. Tilanteista puhutaan usein kahvihuoneessa henkilökunnan kesken, jaetaan ajatuksia ja kerrotaan tunteista, joita tilanne on aiheuttanut. Nuorille kollegoille tuollaiset vapaat keskusteluhetket ovat hyviä hiljaisen tiedon omaksumisen paikkoja.

Tiimissä sen jokainen jäsen edustaa asiantuntijuutta jollakin toimenkuvaan liittyvällä alueella. Opiskelijalla on usein monia tietoteknisiä taitoja, joita tulevassa ammatissa voi hyödyntää. Vastavalmistunut osaa perustella tietyn hoitomenetelmän sopivuutta, kun opinnäytetyössään sitä näyttöön perustavasti juuri tutki. Kymmenen vuotta alalla ollut tuntee työyhteisön toimintatavat, potilasprofiilit sekä

tiimien välisen yhteistyön helppoudet ja vaikeudet. Eläkkeelle siirtyvä omaa pitkän kokemuksen kautta kehittyneitä käytännöllistä ja työympäristöön sitoutunutta osaamista, joka näkyy äänettömästi ja hiljaisesti laadukkaana potilaan hoitotyönä. Kyse on kunkin tiimin jäsenen henkilökohtaisesta tiedosta, niin sanotusta hiljaisesta tiedosta.

Suuret ikäluokat voisivat ottaa nuorilta oppia elinikäisen oppimisen luonnollisuudesta; työ muuttuu koko ajan eikä kukaan ole koskaan täysin valmis ammatissaan. Avoin ja keskusteleva ilmapiiri työpaikalla mahdollistaa sen, että käytänteistä voidaan keskustella myös kriittisesti. Työhön suhtautumisesta kannattaisi myös katsoa mallia nuoremmilta, työtä tehdään hymyssä suin, mutta työ jää työpaikalle kun vapaa-aika koittaa. Nuoret etsivät tietoa netistä luontevasti ja kuitenkin kriittisesti tietoon suhtautuen. Terveysalan tutkimustietoa löytyy paljon ja heidän kielitaitonsa on kehittynyt hyväksi. Kokeneemmat työntekijät voisivat hyödyntää nuorempien nettiosaamista ja heidän kielitaitoaan tiedon etsinnässä.

”Suuret ikäluokat voisivat ottaa nuorilta oppia elinikäisen oppimisen luonnollisuudesta; työ muuttuu koko ajan eikä kukaan ole koskaan täysin valmis ammatissaan.”

Työyhteisön osaamis pääoma lisääntyy vain kyvyllä jakaa jäsentensä hiljaista tietoa koko työyhteisön käyttöön. Hiljaisen tiedon käyttö työyhteisössä perustuu usein intuitiivis-analyttiseen päätöksentekoprosessiin, jossa intuitiivisilla kytkennöillä on vahva sidos, kun työskennellään omalla asiantuntijuusalueella. Hiljaisen tiedon käyttö liitetään usein kokeneen työntekijän työtoimintaan.

Organisaatiossa tulee ensin tunnistaa hiljaisen tiedon olemus. Sitä kannattaa lähestyä keskustelemalla työyhteisön jäsenten kanssa hiljaisen tiedon käsitteestä ja niistä työtehtäviin liittyvistä havainnoista, joissa kokemuksellisen tai hiljaisen tiedon käyttö näyttäisi olevan läsnä. Tämän lisäksi

”Hiljainen tietokin on arvioitava aina näkyväksi tekemisen vaiheessa hyödynnettävyyden näkökulmasta, jotta osaaminen aidosti kasvaa.”

näyttäisi siltä, että esimerkiksi tietoteknisen osaamisen alueella nuorikin työntekijä kykenee käyttämään ennen työuran alkua hankkimaansa ICT-osaamistaan uudessa työssään. Tämä osaaminen lienee tietoyhteiskunnan aikaan saamaa yleispätevyttä. Se miten nuoret työntekijät kykenevät tällaista osaamistaan jakamaan uudessa työssään riippuu myös yksilön ohjaus- tai pedagogisista taidoista (Kurtti 2012).

Hiljaisen tiedon arvostuksesta huolimatta on huomioitava, että hiljaisen tiedon käyttö voi myös estää tai hankaloittaa käytänteiden kehittymisen. Tämä näkyy erityisesti tilanteissa, joissa yksilöillä on negatiivisia asenteita tai ennakkoluuloja työn kehittämistä kohtaan (mm. Büssing ym. 2000). Tiimin hiljaisen tiedon jakamista voi kuitenkin tehostaa kehittämällä tiimityötä siten, että aidoille vuorovaikutustilanteille luodaan työyhteisössä edellytyksiä. Toimenpiteet ovat usein yksinkertaisia ja mahdollisia, kun siihen sitoutuvat kaikki työyhteisön jäsenet ja työtiimeillä on käytössä yhteiset työelämän pelisäännöt. Hiljainen tietokin on arvioitava aina näkyväksi tekemisen vaiheessa hyödynnettävyyden näkökulmasta, jotta osaaminen aidosti kasvaa.

Työyhteisöön luotuja vuorovaikutuksen tiloja voivat edustaa erityyppiset muodolliset käytänteet, kuten tiimikokoukset tai epämuodolliset, työtilanteisiin liittyvät vuorovaikutustilanteet, joissa korostuneesti kerrotaan työstä. Erilaiset perehdytysprosessit ja koko työuraa tukevat mentorointimallit ovat esimerkkejä vuorovaikutukseen perustuvista oppimistavoista ja -tiloista. Erityisen suositeltavia hiljaisen tiedon jakamisen tapoja näyttäisi olevan sellaiset, joissa erilaisia tiimejä törmäytetään muodostamalla tiimeistä uusia, moniammatillisiakin työryhmiä (Kurtti 2012).

Oppiva ja jakava työyhteistyö

Oppivalla työyhteisöllä tai organisaatiolla tarkoitetaan sellaista työyhteisöä, jolla on kyky luoda,

hankkia ja siirtää tietoa sekä muuttaa omaa käyttäytymistään uuden tiedon ja uusien käsitysten mukaiseksi. Oppivan organisaation idea korostaa jatkuvaa, asteittaista oppimista ja muutosta. Oppiva organisaation teoria on tavallaan yhdistelmä monista eri elementeistä: siihen kuuluu toisiinsa integroituneina yksilön, ryhmän ja koko organisaation oppiminen ja yhteistyö. (Senge 1994).

Oppivan työyhteisön oppimisen hidastajana voi olla kateus. Positiivinen kateus on liikkeelle paneva voima, se saa meidät yrittämään enemmän. Negatiivinen kateus puolestaan ruokkii vihamielisyyttä ja katkeruutta. Se voi aiheuttaa tiedon tai taidon panttaamista tai sitten ei auteta työkaveria vaikka nähdään hänen olevan kiireinen ja selvästi avun tarpeessa. Takanapäin puhuminen on yksi kateuden muoto, vähätellään tai moititaan toista työntekijää.

”Työn murroksessa ammattien roolit hämärtyvät, jolloin eri ammattiryhmillä on tarve pitää kiinni omasta osaamisesta.”

Kateus hiljaisen tiedon jakamisen esteenä voi joutua esimerkiksi työyhteisön tavasta kohdella työntekijöitään eriarvoisesti. Kateutta voivat aiheuttaa esimerkiksi työpaikan palkitsemismenetelmät. Johdon tehtävä on tarjota kaikille tasapuolisesti mahdollisuuksia osallistua työn kehittämiseen ja tukea hiljaisen tiedon jakamista. Työntekijästä riippuu haluaako hän osallistua ja saada mahdollisesti ylimääräistä palkkiota työn kehittämisestä.

Työkaveri on leppoisa keskustelija, hän istahtaa potilaan viereen ja alkaa kiireettä jutella niitä näitä. Seuraavalla juttutuokiolla potilas rohkaistuu puhumaan mieltään askarruttavasta asiasta kun huomaa, että työntekijällä ei ole kiire vaan hänellä on aikaa kuunnella. Rauhallisella olemuksellaan työntekijä viestii, että hänellä on aikaa potilaalle. Toisista työntekijöistä saattaa välillä tuntua, että leppoisa keskustelija luistaa muista töistä eivätkä he huomaa rauhallisen keskusteluhetken tärkeyttä potilaalle.

Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollossa on murroksessa. Muun muassa nykyinen lähihoitajakoulutus antaa entistä enemmän valmiuksia lääkehoitoon. Lähihoitaja ei halua enää olla vain perushoitoja tekevä työntekijä, vaan hän haluaa osallistua kokonaisvaltaisemmin potilaan hoitoon. Kyse on ammattikohtaisesta tiedon omistamisesta. Työn murroksessa ammattien roolit hämärtyvät, jolloin eri ammattiryhmillä on tarve pitää kiinni omasta osaamisesta. Tämä voi vähentää halukkuutta jakaa hiljaista tietoa.

Ammatillinen lisä- ja täydennyskoulutus kuuluu kaikille työntekijöille. Kiinnostavaan koulutukseen löytyy työpaikalta yleensä paljon halukkaita, mutta kaikki eivät voi päästä yhtä aikaa täydennyskoulutukseen. Esimiehen tehtävänä on valita koulutukseen pääsevät. Valintaan liittyvät perustelut ovat työyhteisölle tärkeitä, jottei kateus nostaisi päätään. Koulutuspalautteen antaminen osastolla työkalvereille varmistaa tiedon jakamisen ja lisää työyhteisön oppimista.

Pohdittavaksi

- Mitä erilaisuus tarkoittaa työyhteisössänne?
- Mitä siitä seuraa?
- Mitä tehtäviä yksikössänne on hyvä tehdä yksin, mitä tiimissä?
- Miten tiimissä toimitaan?
- Mitä hiljainen tieto yksikössänne on? Miten hiljainen tieto siirtyy, millaisia käytänteitä siinä on?
- Onko hiljaisen tiedon siirtymiselle esteitä?
- Mitä yksikössänne tarkoittaa oppiva työyhteisö? Miten se ilmenee teillä?

3.3 Arjen työ muuttuu – ammatin osaamisen eettinen ydin säilyy

Eettinen osaaminen on yksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskeisistä osaamisalueista (De Schrijver & Maesschalckin 2013). Vaatimukset eettiselle osaamiselle tullevat ammattien tehtävästä eli hyvän hoidon ja palvelun tuottamisesta potilaalle, ja terveydenhuollon eettiset periaatteet ja ammattietiikka muodostavat osaamisen arvoperustan.

Taulukko 3. Eettisen osaamisen sisällöt (Poikkeus ym. 2016).

“Eettinen osaaminen sisältää eettisen toiminnan. Se edellyttää lakien ja asetusten tuntemusta, arvojen, periaatteiden ja eettisten ohjeiden tuntemusta, eettistä herkkyyttä, kykyä eettiseen päätöksentekoon sekä eettiseen reflektioon kohdata ja ratkaista eettisiä ongelmia.”

Terveydenhuollon ammattilaisten arkea risteävät moninaiset ympäriltä tulevat vaatimukset ja muutokset, jotka päivittäin haastavat eettistä osaamista. Tässä luvussa päivittäisiä haasteita tarkastellaan suhteessa asiakkaiden ja potilaiden roolin ja aseman muutoksiin, työyhteisön ja organisaation odotuksiin sekä yhteiskunnallisiin muutoksiin.

Asiakkaiden ja potilaiden muuttuneet elämäntilanteet

Terveydenhuollon ammattilaisten eettinen osaaminen on keskeistä arjen kohtaamisissa, joissa ilmenee yksilöiden ja perheiden hyvinvoinnin ja terveyden muutokset. Vaikka terveys koetaan keskimäärin yhä paremmaksi ja päihteitä käytetään yhä vähemmän, ongelmana on että terveys ja hyvinvointi polarisoituvat ja kasautuvat. Esimerkiksi päiväkodeissa hoitajat kohtaavat perheitä, joiden arki työttömyyden tai mielenterveysongelmien vuoksi on ääriarjoilla. Vanhusten yksinäisyys ja kotona asumisen tuomat arjen ongelmat näkyvät ensisijaisesti hoitajille. Myös lapset ja nuoret ja heidän yksinäisyytensä ja syrjäytymisriskinsä heijastelevat polarisoitumista.

Ammattilaisilta odotetaan, että he ottavat huomioon asiakkaan ja potilaat yksilöinä. Toisaalta asiakkaat ja potilaat ovat yhä tietoisempia terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista, ja yhä aktiivisempia sekä hakemaan tietoa että hoitamaan itseään. Myös oikeudet tunnetaan yhä paremmin. Voi olla, että ei ole voimavaroja ottaa vastuuta omasta ja läheisten hyvinvoinnista. Toisaalta myös odotukset täydellisestä terveydestä tai esimerkiksi onnistuneesta synnytyksestä luovat epärealistisia odotuksia sekä asiakasta ja potilasta itseään kohtaan, mutta myös terveydenhuollon palveluita kohtaan. Ammattilaisilta edellytetään osaamista

”Ammattilaisilta edellytetään osaamista keskustella asiakkaiden ja potilaiden odotuksista sekä terveydenhuollon mahdollisuuksista niiden toteuttamisessa.”

keskustella asiakkaiden ja potilaiden odotuksista sekä terveydenhuollon mahdollisuuksista niiden toteuttamisessa.

Kohtaamisessa tulee erityisesti esiin myös se, että osa asiakkaista ja potilaista pystyy ilmaisemaan tarpeitaan ja odotuksiaan hyvin selvästi ja yksiselitteisesti, osa puolestaan vetäytyy ja jättää ilmaisematta hoitamistakin edellyttäviä tarpeita. Ammattilaiselta vaaditaankin eettistä osaamista varmistaa, että erilaisista ilmaisutavoista huolimatta hoidon ja palvelun tasa-arvoisuus toteutuu. Ammattilaisilla on erityinen velvoite tunnistaa haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden ja potilaiden tuen tarve ja toimia tarvittaessa heidän asioidensa ajajina.

Työn vaativuus ja kiristynyt tahti – perustehtävän ohjaava merkitys

Terveydenhuollossa arjen työ on muuttunut merkittävällä tavalla siten, että työn kehittämisestä on tullut pysyvä tila. Työntekijät myös nähdään yhä useimmin parhaimpina työnsä kehittäjinä. Vaikka työn kehittäminen on ammattilaiselle mielekäs tapa arvostaa sekä työtä että itseä, siihen liittyy samalla pelko oman työpaikan menetyksestä – kehittänkö itseni tarpeettomaksi?

Muutoksen keskellä voi tulla tunne, etten enää osaa työtäni. Hitaammin oppiva voi kokea, että ei ole riittävästi aikaa omaksua uusia asioita ja työtapoja. Kuitenkin jatkuva muutos voi väsyttää, koska koko ajan on opeteltava uutta ja pysyttävä ajan tasalla. Henkilön osaaminen on kuitenkin paras muutosturva. Toisaalta muutos virkistää ja tekee työstä mielenkiintoista.

Vaikka tietoa on enemmän kuin koskaan, ammattilaisten on osattava lukea sitä kriittisesti ja soveltaa tietoa potilaiden ja asiakkaiden hoitoon ja palveluun. Myös lisääntynyt kirjaaminen kuormittaa. Laki edellyttää dokumentoimaan potilaan ja

asiakkaan hoidon. Tämä on käsitetty niin, että sitä mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. Kaikki tietokoneen ääressä vietetty aika on pois potilailta. Jotta kirjaaminen olisi sujuvaa ja nopeaa, työyksiköissä tulisi olla riittävästi päätteitä, laitteiden tulisi olla helppokäyttöisiä ja henkilökunnalla riittävästi osaamista niiden käyttöön.

Jatkuvassa muutoksessa johtaminen on tärkeää, samoin miten muutosta tuetaan työntekijöille. Työnjaon on oltava tasapuolista ja oikeudenmukaista ja vastuiden läpinäkyvästi kuvattuina. Myös systemaattinen uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja mukaanotto uusiin tehtäviin ennaltaehkäisee työn kuormittavuutta. Tässä työyhteisön hyvä yhteishenki ja oppiva kulttuuri auttavat jaksamaan töissä. Se sisältää kollegiaalisen halun vastavuoroisesti auttaa työkaveria ja antaa positiivista palautetta. Myönteiseen työilmapiiriin kuuluu myös virheistä oppiva, syyllistämätön kulttuuri.

Terveydenhuollon arkeen tuo paineita myös taloudelliset resurssit. Vaatimukset hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden säästämisestä herättävät keskustelua hyvästä hoidosta, koska seuraukset arjen valintoihin ovat työntekijälle usein hyvin konkreettisia. Jos budjetti on ylittymässä, säästetäänkö vaipoissa, hoitotarvikkeissa vai annetaanko vähemmän kipulääkettä? Taloudelliset paineet näkyvät usein myös siinä, että töitä joudutaan tekemään liian vähällä henkilökunnalla ja usein kovalla kiireellä. Työntekijä voi joutua työpäivän jälkeen väsyneenä miettimään, mitä kaikkea jäi tekemättä.

Mitä arjen muutokset tarkoittavat terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta? On huomiota, että työ muuttuu ja sen on muututtava – paluuta kymmenien vuosien takaiseen työn sisältöön toivoo tuskin kukaan. Työn muutoksen keskellä onkin palattava työn päätehtävään eli hyvään hoitoon ja palveluun. Tavoitteen saavuttaminen on paitsi jokaisen työvuoron, myös jokaisen organisaation ja koulutuksen tavoite.

”Jos budjetti on ylittymässä, säästetäänkö vaipoissa, hoitotarvikkeissa vai annetaanko vähemmän kipulääkettä?”

Ammatillisuuden rajat vapaa-ajalla ja verkossa

Terveydenhuollon työn muutos näkyy myös suhteessa ammattilaisten vapaa-aikaan. Vuosikymmeniä sitten terveydenhuollon koulutus muodosti henkilön koko identiteetin, ja esimerkiksi terveys-sisar oli terveys-sisar myös vapaa-ajallaan. Nykyisin koulutuksen katsotaan olevan vain henkilön yksi rooli yhteiskunnassa ja sen eettinen ja lainsäädännöllinen säätely kohdistuu erityisesti työtehtävien hoitamiseen. Nykyinen sosiaalisen median vilkastunut käyttö on nostanut kuitenkin uudella tavalla esiin ammattihenkilöiden vapaa-ajan ja yksityiselämän.

Useissa organisaatioissa on laadittu ohjeet ammattihenkilöiden vapaa-ajalla tapahtuvaan sosiaalisen median käyttöön. Niissä on määriteltä, miten ammattihenkilöt voivat toimia verkossa sekä miten ja mitä työstä saa kertoa. Ohjeistusten tarkoituksena on suojata niin asiakasta ja potilasta kuin ammattihenkilöä itseään ja hänen työkalureitoaan.

”Ammattilaisten vaitiolovelvollisuuden vuoksi asiakkaiden tekemä yksipuolinen raportointi voi olla vahingollista myös muille potilaille.”

Lainsäädännöllisen perustan ohjeistukselle muodostavat esimerkiksi henkilötietolaki (1999/523), laki yksityisyyden suojasta (2004/759), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) ja potilaslaki (1992/785). Lisäksi luottamuksellisuutta, tietosuojaa ja yksityisyydensuojaa kuvataan terveydenhuollon eettisissä periaatteissa ja eri ammattiryhmien ammattietiikoissa.

Keskustelua on herättänyt myös kysymys siitä, voiko sosiaalista mediaa käyttää työaikana. Voiko työntekijällä olla työvuorossaan oma puhelin ja töiden välissä seurata tai päivittää sosiaalista mediaa tai viestipalveluita? Myös näistä on laadittu toimipaikka- ja organisaatiokohtaisia ohjeistuksia. Koska terveydenhuollon toimintaympäristöt ovat hyvin

erilaisia, yleispäteviä ja yksityiskohtaisia ohjeistuksia on tarpeen tai mielekästäkin laatia.

Ammattietiikan näkökulmasta keskeisintä on, että ammattihenkilö on sitoutunut tehtävänsä, ja ensisijaista on asiakkaan ja potilaan hoidon turvallisuus. Toisaalta myös ammattilaisten välinen yhteistyö ja vuorovaikutus on nähty työkuulttuurin eettisyyden ja turvallisuuden kannalta keskeisenä.

Terveydenhuollossa sosiaalinen media on tullut esiin myös siinä merkityksessä, että ammattihenkilö voi päätyä verkkoon myös tahtomattaan. Asiakkaat ja potilaat voivat twiitata tai kirjoittaa saamastaan hoidosta ja palvelusta sosiaalisessa mediassa tai lähettää kuvia ja tallenteita. Koska arjen päivittäminen verkkoon on arkipäiväistynyt, asiakas tai potilas voi tehdä sen ajattelemattomuuttaan. Toisaalta myös tarkoitus- ja julkisuushakuinen raportointi on lisääntynyt.

Vaikka hoito- ja palvelulaitokset ovat julkista tilaa ja oikeudet sen kuvaamiseen ovat varsin laajat, kysymykset henkilötiedoista, yksityisyyden suojasta ja kunnianloukkauksesta ovat nousseet esille. Osassa terveydenhuollon organisaatioita on jo nyt laadittu ohjeistukset myös asiakkaiden ja potilaiden sosiaalisen median käytölle ja tarve aihealueen keskustelun laajentamiselle on varmasti myös jatkossa tarpeen. Ammattihenkilöillä on oltava työrauha. Ammattilaisten vaitiolovelvollisuuden vuoksi asiakkaiden tekemä yksipuolinen raportointi voi olla vahingollista myös muille potilaille.

Pohdittavaksi

- Millaista eettistä osaamista työssäsi ja yksikössäsi tarvitaan?
- Miten eettinen osaaminen on muuttunut tai miten sitä olisi muutettava tulevaisuudessa?
- Miten asiakkaan ja potilaan muuttuvat tarpeet on kohdattava?
- Mitä muutokset tarkoittavat työn arjessa ja millaista eettistä osaamista se edellyttää?
- Miten ammattilainen toimii sosiaalisessa mediassa? Millaisia ohjeita yksikössäsi on tätä varten?

3.4 Luottamus terveydenhuollon kulmakivenä

Terveydenhuollon tavoitteena on asiakkaan ja potilaan paras mahdollinen hoito ja palvelu. Tämä on jokaisen ammattiryhmän tehtävä ja jokainen tuo siihen oman osaamisensa, jokaista ammattiryhmää tarvitaan. Se synnyttää luottamukseen liittyviä erilaisia kysymyksiä. Nykyisessä terveydenhuollossa luottamuksen kannalta on keskeistä luottamus asiantuntijaa kohtaan sekä tasa-arvoisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen julkisissa palveluissa. Myös kysymys siitä, että hoidon ja palvelun priorisointi tapahtuu tasapuolisesti suhteessa alueellisuuteen (keskusta-periferia), erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Potilaalle ja asiakkaalle luottamus on myös varmuutta tietosuojasta, joka koskee sekä ammattilaisia (vaitiolovelvollisuus) että tietojärjestelmiä (hakkerioimattomat).

Potilaiden ja asiakkaiden luottamus ammattilaisiin

Asiakkaiden ja potilaiden on voitava luottaa siihen, että jokaisella ammattiryhmällä on oma erityinen tehtävä, mutta kaikilla ammattilaisilla on myös yhteinen päämäärä. Ammattilaisten on tunnettava sekä oma että yhteinen päämäärä, mikä ohjaa kaikkia ammattilaisten valintoja ja toimintoja. Näin ollen työntekijöiden yksityiset mielipiteet tai näkemykset eivät voi ohjata työtä, mutta ei myöskään raha tai taloudelliset tekijät. Toimintaa ohjaa siten tiedon lisäksi eettisyys sekä ammattia ja terveydenhuoltoa ohjaavat arvot. Ammattien toiminnan luotettavuuden kannalta on olennaista, että laillistettuja ammattihenkilöitä valvotaan, valvonta toimii ja on puolueetonta.

Potilaan ja asiakkaan pitää pystyä luottamaan myös siihen, että ammattilaisten tiedot ja taidot ovat ajan tasalla. Ammattilaisten velvollisuus on pitää huolta omasta ammattitaidostaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, ETE-NE 2001, 2011). Ammattilaisten tehtävänä on myös ohjata potilaita viimeaikaisen ja luotettavan tiedon lähteille, saman tiedon, mitä itse käyttävät työssään.

Asiakkaan ja potilaan luottamus ammattihenkilöihin vaikuttaa myös hoidon ja palvelun lopputulokseen. Potilaat perehtyvät nykyään jo ennen sairaalaan tuloa toimenpiteisiin tai ottavat sairastuttuaan itse selvää sairaudestaan ja hoidoistaan. Terveydenhuollon henkilökunnan on osattava perustella hoito ja palvelu sekä vastata potilaan esittämiin, usein vaikeisiin kysymyksiin. Ammattihenkilöiden on tärkeää saada potilas luottamaan henkilökuntaan ja saamaansa hoitoon ja palveluun, jotta potilas sitoutuu hoitoonsa.

Luottamus ja sen rakentaminen on erilaista monenlaisten asiakas- ja potilasryhmien kanssa, ja niissä on erilaisia piirteitä. Lasten kanssa luottamus rakentuu vanhempien kautta, ikäihmisten hoidossa keskeisessä roolissa ovat omaiset. Kuitenkin luottamuksellinen suhde täytyy luoda niin lapseen kuin ikäihmiseenkin suoraan, koska he ovat hoidon ensisijaisia subjekteja. Työntekijöiltä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja ja tilannetajua, jotta osaa toimia oikein erilaisten asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Lasten kanssa on oltava rehellinen ja kerrottava asioista lapsen ikätaso huomioiden. Jos asiakkaalla on edunvalvoja, on luotettava siihen, että edunvalvoja tietää ja tuntee, mitkä ovat valvottavan toiveet, oikeudet ja paras. Tässäkin tapauksessa luottamussuhde on rakennettava suoraan potilaaseen tai asiakkaaseen. Luottamuksessa suhteen on merkityksellistä myös se, että asiakkaalla tai potilaalla on kulttuuritaustansa vuoksi erilaiset terveystieteelliset. Silloin on keskeistä sekä kielitaito että erityisesti myös avoin asenne kulttuuriseen ymmärrykseen ja arvojen kunnioitukseen.

”Luottamuksellinen suhde täytyy luoda niin lapseen kuin vanhukseenkin suoraan, koska he ovat hoidon ensisijaisia subjekteja.”

Luottamus omaan ja kollegan tekemään työhön

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ edellyttää heiltä viimeaikaista ja laaja-alaista osaamista. Sen perusteella ammattihenkilöt voivat luottaa sekä omaan että toisen osaamiseen.

Jotta työntekijä pystyy päivittämään osaamisensa säännöllisesti ja säilyttämään ammattitaitonsa terveydenhuollon työn muutosten keskellä, on työnantajan tarjottava mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. Ammatillaisen eettinen velvollisuus on myös osallistua koulutukseen ja hyödyntää saamaansa tietoa työssään. Työtehtävissä, joissa työskennellään yksin, työntekijän on erityisen tärkeä saada säännöllistä tukea esimerkiksi koulutuksista, jotta hän pystyy toteuttamaan työnsä ja luottamaan tekemiseensä. Luottamus itseensä ei tarkoita sitä, että omaa osaamistaan ei kyseenalaista. Päinvastoin, se tarkoittaa, että työntekijä pystyy kriittisesti arvioimaan tekemiään päätöksiä sekä omaa osaamistaan ja tietojaan. Samalla hän tunnistaa omat tietoaikkonsa, osaamisen ja ammatin rajat sekä niitä koskevat säädökset.

Hoito- ja palveluyksiköissä työskennellään harvoin yksin. Työtä tehdään kollegojen kanssa, jolla

voi olla sama tai eri koulutus. Tällöin heitä yhdistää työn yhteinen tavoite eli potilaan ja asiakkaan hyvä hoito ja palvelu. Työparille pitää pystyä avoimesti kertomaan sekä osaamisensa että osaamattomuutensa, jotta kysyminen ja neuvominen olisi mahdollista. Kollegiaalisuus tarkoittaa sitä, että työkaveri on tukena vaikeissa tilanteissa ja hän puuttuu rakentavasti tilanteisiin, jotka jäävät itseltä huomaamatta. Esimerkiksi omaisten ja potilaiden kanssa keskusteltaessa kollegaa tuetaan ja mahdolliset ristiriidat käsitellään vasta ammattilaisten kesken. Omien ammatillisten ja osaamisrajojen lisäksi tunnetaan myös toisten ammattilaisten ja ammattiryhmien tehtävät ja niiden rajat. Kollegiaalinen, luottamukseen perustuva työskentely mahdollistaa terveydenhuollon yhteisen tavoitteen saavuttamisen.

Pohdittavaksi

- Mitä luottamus tarkoittaa työyksikössänne?
- Miten luottamus ilmenee suhteessa asiakkaisiin ja potilaisiin? Entä kollegoihin?
- Miten ammattilaisten keskinäistä luottamusta rakennetaan tulevaisuudessa?

Lähteet

Beauchamp TL & Childress JF. 2012. Principles of Biomedical Ethics. Seventh edition. Oxford University Press.

Benner P., C. Tanner, C. Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Juva: WSOY.

Büssing, A, Herbig, B. & Ewert, T. 2000. Intuition as Tacit Knowledge - Enrichment or Danger for Nursing? Pflege 13(5), 291-296.

De Schrijver A. & Maesschalck J. 2013. A new definition and conceptualization of ethical competence. In: Cooper T & Fenzel D. 2013. Achieving Ethical Competence for Public Service Leadership. M.E. Sharpe, Inc., New York. USA. 29–50.

ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja. ETENE-julkaisu 1. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysthuollon eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysthuollon+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Evans HM. 2007. Do patients have duties? Journal of Medical Ethics 33: 689–94.

Gabbay, J. & Le May, A. 2004. Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed “Mind lines” Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care. British Medical Journal. 329(1013), 1-5.

Helakorpi, S. 2001. Innovatiivinen tiimi- ja verkostokoulu. Tampere: Tammi

Henkilötietolaki (1999/523). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Herbig, B. Büssing, A. & Ewert, T. 2001. The Role of Tacit Knowledge in the Work Context of Nursing. Journal of Advanced Nursing. 34(5), 687-695.

Hulkari, K. 2006. Työssä oppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysthuollon ammatillisessa peruskoulutuksessa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 1163.

Järvinen, A & Poikela, E. 2000. Työssä oppiminen reflektiivistä ja kontekstuaalista. Aikuiskasvatus, 2000/4, 316-324.

Kangasniemi M, Halkoaho A, Länsimies-Antikainen H, Pietilä A-M. 2012. Duties of the patient: a tentative model based on metasyntesis. *Nursing Ethics* (19)1: 58-67.

Keskimäki I, Nykänen E & Kuusio H. 2014. Paperittomien terveystalvot Suomessa. Raportti 11. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114941/THL_RAP2014_011web.pdf?sequence=3

Kurtti, J. 2012. Hiljainen tieto ja työssä oppiminen. Edellytysten luominen hiljaisen tiedon hyödyntämislle röntgenhoitajien työyhteisössä. *Acta Universitas Tamperensis* 1722.

Laki omaishoidon tuesta (2005/937). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveystenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki terveystenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki yksityisyydensuojasta (2004/759). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040759>

Makkonen P, Korhonen J, Putkonen A, Kuosmanen L, Kärkkäinen J. (2016) Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpäperi 35/2016. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-751-0>. Haettu 9.1.2017.

Nurminen R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Tammi

Nykänen M, Oinonen K, Turtio T, Vesterinen A. 2014. Ansiotyö ja omaishoito. Tietoa työnantajalle. Mikkelin seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry ja Pieksämäen Omaishoitajat ry, Kirjapaino Pieksäprint, Pieksämäki Oy. <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Ansioty%C3%B6%20ja%20omaishoito%20Tietoa%20ty%C3%B6nantajille.pdf>

Poikkeus T, Suhonen R, Katajisto J. & Leino-Kilpi H. 2016. Organisational and individual support for nurses' ethical competence: A cross-sectional survey. *Nursing Ethics* 1–17.

Rikosseuraamuslaitos (2015) <http://www.rikosseuraamus.fi/fi/index/seuraamukset/saannokset/maaraykset/jaohjeet/vankienterveystenhuollonjarjestaminen290042010.html>

Räikkä, J. (1994) Oikeudenmukainen yhteiskunta. Johdatus yhteiskuntafilosofiaan. Painatuskeskus. Helsinki.

Senge, P. 1994. 5th Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization. USA: Currency Doubleday.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Documents/01_Laatusuositus_hyv%C3%A4n_ik%C3%A4%C3%A4ntymisen_turvaamiseksi_ja_palvelujen_parantamiseksi_2013.pdf

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. 2014:2. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1

STM (2015) http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/paperittomien_terveydenhuolto

Tehyn eettinen toimikunta. 2016. Tehyn eettinen toimikunta: ihmisellä on oikeus omistaa elämänsä loppuun saakka. <https://www.tehy.fi/fi/blogi/tehy-eettinen-toimikunta-ihmisella-oikeus-omistaa-elamansa-loppuun-saakka>

STAKES (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF International classification of functioning, disability and health: ICF. Stakes 2004

STM 2016 (Sosiaali- ja terveysministeriö) Valinnanvapaus. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus>

THL (2016a) ICF-luokitus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

THL (2016b). Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 7/2016. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016051612397>. Haettu 9.1.2017.

Tillman P, Kalliomaa-Puha L & Mikkola H. 2014. Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Kelan työpapereita 69/2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144109/Tyopapereita69.pdf?sequence=1>

Launis V. 2016. Onko potilaalla velvollisuuksia? Lääkärilehti 1–2. http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/onko-potilaalla-velvollisuuksia/#.Vuk_9-KLRdg.

Vahtio, E-L. 2004. Hiljainen tieto mukana rekrytoinnissakin. Työvoimapolitiittinen aikakauskirja 1/2004, 46–50.

Welsh, I & Lyons, C. 2001. Evidence-based Care and the Case for Intuition and Tacit Knowledge in Clinical Assessment and Decision Making in Mental Health Nursing Practice: An Empirical Contribution to the Debate. *Psychiatric & Mental Health Nursing* 8(4), 299-305.

Tehy on maamme suurin terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattijärjestö.

Tehy ammattijärjestönä

Tehyn tehtävä on:

- **parantaa** jäsentensä taloudellista asemaa
- **valvoa** palvelussuhteen ehtoja ja ammatillisia, sosiaalisia ja oikeudellisia etuja
- **toimia** työolosuhteiden kehittämiseksi
- **osallistua** koulutuksen, ammattitaidon sekä terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämiseen
- **lisätä** jäsenten keskinäistä yhteenkuuluvuutta

- Tehyläiset toimivat sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.
- Tehy yhdistää terveys- ja sosiaalialan tutkinnon suorittaneet ja alalle opiskelevat yhteiseen ammatti- ja etujärjestöön. Tehyyn kuuluu kahdeksan ammatillista yhteistyöjäsenjärjestöä sekä jaostoja, jotka edistävät jäsentensä ammatillista toimintaa.
- Tehyn toiminnan perustana on yli 200 ammattiosastoa, jotka hoitavat mm. paikallista edunvalvontaa. Ammatti-osastot yhdistävät saman työnantajan palveluksessa olevat ja saman alueen tehyläiset. Kaikki tehyläiset kuuluvat ammattiosastoihin tai Tehyn opiskelijajhdistykseen.
- Tehyn jäsenmäärä on 160 000. Tehyyn kuuluu mm. bioanalytikoita, ensihoitajia, fysioterapeutteja, hammashoitajia, kättilöitä, laboratoriohoitajia, lastenhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia, mielenterveyshoitajia, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, suuhygienistejä, terveydenhoitajia ja toimintaterapeutteja.
- Tehy on Toimihenkilökeskusjärjestö STTK:n jäsen. Järjestäytymisaste hoitoalalla on korkea ja noin 90 % työssä olevista kuuluu ammattiliittoon. Yli 70 % jäsenistä työskentelee kuntien, kuntainliittojen tai kuntayhtymien palveluksessa.

Tehy ry • Postiosoite: PL 10, 00060 Tehy • Puhelinvaihe (09) 5422 7000
Käyntiosoite: Järjestötalo, Asemamiehenkatu 4, Itä-Pasila, 00520 HELSINKI

www.tehy.fi

Ammattina hyvä hoito ja palvelu

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat hyvän hoidon ja palvelun asiantuntijoita. Työpaikoilla arjen eettiset kysymykset nousevat esiin päivittäin.

Terveydenhuollon lähtökohtana ovat lainsäädäntö ja etiikka, joiden tavoitteena on luoda perusta asiakkaan ja potilaan hyvän hoidon ja palvelun toteuttamiselle. Tähän ohjaavat arvot ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja hyvän tekeminen.

Nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa terveydenhuollon ammattilaisten eettinen osaaminen korostuu. Keskeistä on varmistaa asiakkaiden ja potilaiden hyvä hoito ja palvelu, mikä edellyttää ammattihenkilöiltä hyvää keskinäistä yhteistyötä sekä jatkuvaa oman osaamisen arviointia.



Tehy ry

Asemamiehenkatu 4
00520 HELSINKI
Puh/tel +358 9 5422 7000
Fax (09) 6150 0278

Postiosoite:

PL 10, 00060 Tehy

www.tehy.fi

Tehyn julkaisusarja:

A: Tutkimusraportteja
B: Selvityksiä
C: Muistioita
D: Tilastoja
E: Videoita
F: Muut julkaisut

Tehyn julkaisut löytyvät myös verkosta.