

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala / hoitotyön koulutusohjelma

Irina Borisov & Arja Tarkkonen

VANHUKSIIN KOHDISTUVA VALLANKÄYTTÖ HOITOLAITOKSISSA
OMAISTEN KOKEMANA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

BORISOV, IRINA

TARKKONEN, ARJA

Vanhuksiin kohdistuva vallankäyttö hoitolaitoksissa omaisten kokemana

Opinnäytetyö

36 sivua + 2 liitesivua

Työn ohjaajat

KM Anneli Airola

THM Merja Laitoniemi

Toukokuu 2010

Avainsanat

vallankäyttö, vuorovaikutus, potilaan oikeudet

Vanhusten hyvän hoidon taustalla on sekä lakisääteinen että eettinen perusta. Käytännön hoitotyössä tärkeäksi nousee asiakaslähtöisyys ja dialoginen vuorovaikutus. Käsitteenä vallankäyttö on moninainen ja se voi ilmetä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena koskemattomuuden loukkaamisena. Vallankäyttöä hoitotyössä ovat esimerkiksi mitätöinti, huomiotta jättäminen ja hoidon laiminlyönti. Potilaan oikeus on saada hyvää hoitoa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kokevatko omaiset, että kohdistuuko potilaisiin vallankäyttöä hoitolaitoksissa, miten hoitajan vallankäyttö näkyy hoitotyössä ja miten potilas tunnistaa vallankäytön. Tutkimukseen saatiin kolme vastausta Suomi24-keskustelupalstalta Suomi24-internetsivustolla olleella ilmoituksella kirjoituspyyntönä. Tutkimusote oli laadullinen ja aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.

Tulosten mukaan jokaisella vastaajalla oli kokemus omaiseensa kohdistuneesta vallankäytöstä. Hoitajan vallankäyttö näkyi esimerkiksi hoidon laiminlyöntinä ja potilas saattoi tuntea itsensä esineeksi, jolle tehdään vain välttämätön ja jota ei oteta vakavasti. Kaikissa kolmessa kertomuksessa tuli esille, että hoitajat käyttävät valtaa ja potilaat tunnistavat vallankäytön.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	VANHUSTEN HYVÄ HOITO	7
	2.1 Hyvän hoidon lakisääteinen perusta	7
	2.2 Hyvän hoidon eettinen perusta	9
	2.2.1 Hyvän hoidon eettisten periaatteiden tarkastelua	9
	2.2.2 Vuorovaikutus perustana asiakaslähtöisyydelle	11
	2.2.3 Hyvä hoito potilaan näkökulmasta	12
	2.2.4 Hoitajan ominaisuudet ja ammatillisuus	15
3	VALLAN KÄYTTÖ HOITOTYÖSSÄ	18
	3.1 Vallankäyttö käsitteenä	18
	3.2 Vanhuksiin kohdistuva vallan käyttö hoitolaitoksissa	19
	3.3 Valtaa käyttävä työntekijä	20
	3.4 Ikäihmisen laitoshoido tänään	21
4	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
	5.1 Tutkimusmenetelmä	23
	5.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä	25
	5.3 Aineiston analyysi	25
	5.4 Tutkimuksen luotettavuus	26
6	TUTKIMUSTULOKSET	29
	6.1 Hoitajan vallankäytön näkyminen ja tunnistaminen hoitotyössä	29
	6.2 Hyvän hoidon tunnistaminen	30
7	POHDINTA	31
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	

Liite 1. Esimerkkiliite

Liite 2. Toinen esimerkkiliite

Liite 3. Kolmas esimerkkiliite

1 JOHDANTO

Vallankäyttö on toisen vapauden riistämistä pakottamalla toinen toimimaan tavalla jolla hän ei itse toimisi, jos hän saisi valita vapaan tahtonsa mukaan. Tiedetään, että negatiivista vallankäyttöä ilmenee hoitotyössä, mutta siitä on suhteellisen vähän systemaattista tietoa. Vallankäyttö voi olla suoraa tai epäsuoraa. Eräs tapa käyttää valtaa on potilaan vakavasti ottamatta jättäminen. Vallankäyttö voi ilmetä myös siten, että potilas pakotetaan suorittamaan tehtäviä, joihin hänen voimansa eivät riitä. Tällöin potilaalta otetaan pois oikeus olla potilas. Suora vallankäyttö ilmenee pakottavien hoitoimenpiteiden muodossa. Epäsuorempi vallankäyttö heijastuu hoitajan asenteissa, jotka pakottavat potilaan toimimaan vastoin omaa tahtoaan. (Eriksson 1995, 22)

Hoitotyössä vallitsee käsitys ihanne potilaasta. Sellainen potilas joka ei pysyttele ihanne potilaan rajojen puitteissa voi kokea tuomitsemista. Eräs tapa rankaista on olla antamatta karitatiivista eli hyvän tekevää ja auttavaa hoitoa, tai olla välinpitämätön potilasta kohtaan. Samalla tämä merkitsee hänen arvokkuutensa syvää loukkaamista. (Alaspää 1999, 19)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää valtaa. Valta liittyy kaikkiin sosiaaliin suhteisiin. Se on tavoitteellista, todellinen tai mahdollinen kyky saavuttaa päämäärä. Henkilön valta tarkoittaa sitä, että hän pystyy vaikuttamaan asioihin, jotka häntä koskevat, joita hän haluaa ja jotka ovat riippuvaisia ulkoisista olosuhteista tai muiden ihmisten tahdosta tai teoista. Itsemääräämisen kannalta on tärkeää valta toiminnanvapauteen ja avun saantiin. Yksilöllä on valtaa toiminnan vapauteen silloin, kun hän pystyy vaikuttamaan siihen, ettei hänen tekojaan päästä estämään tai haittaamaan oleellisella tavalla. Lisäksi toiminnan vapaus edellyttää, että ei ole olemassa toimintaa hankaloittavia ulkoisia esteitä ja ettei kohdisteta pakkoa. Valta avun saantiin tarkoittaa sitä, että henkilö pystyy vaikuttamaan toiseen osapuoleen niin, että tämä toimii aktiivisesti itsemääräämisen mahdollistumiseksi. Itsemääräämiseen sisältyy vapauden käsite jolla voidaan tarkoittaa sitä, että yksilö tekee itselleen kuuluvat päätökset itse. Vallankäyttö ei ole ainoastaan valtuuttavaa, se voi olla kielteistäkin. (Mäki & Valkonen 2002, 8)

Hoitolaitoksissa tapahtuu enemmän psyykkistä ja sosiaalista kaltoin kohtelua kuin fyysistä. Psyykkinen kaltoin kohtelu voi olla potilaalle vahingollisempaa. Psyykkinen

kaltoin kohtelu näkyy potilaan ja hoitajan epätasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa, jossa potilas on kohde ja hoitajansa armoilla. (Sipiläinen 2008, 19 – 20)

Hoitoalan työpaikoilla on enenevässä määrin kiinnitetty huomiota vanhuksiin kohdistuvaan vallankäyttöön. Omaiset ovat tässä avainasemassa. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle tehdään vuosittain runsaat kolmesataa valitusta, joista 75 % koskee hoitohenkilökunnan epäasiallista käytöstä. (Markkanen 2009, 15)

Kiinnostuksemme opinnäytetyömme aihetta kohtaan heräsi vuonna 2007 kesällä tapahtuneiden kehitysvammaisiin kohdistuneiden insuliinisurmien myötä. Myös vuoden 2008 - 2009 aikana on uutisoitu useita erilaisiin oikeusasteisiin edenneitä vanhuksiin kohdistuneita väkivalta- ja vallankäyttötapauksia hoitolaitoksissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kohdistuuko hoitolaitoksissa hoidettaviin vanhuksiin vallankäyttöä hoitohenkilökunnan taholta.

2 VANHUSTEN HYVÄ HOITO

2.1 Hyvän hoidon lakisääteinen perusta

Hyvän hoidon lakisääteisen pohjan perustana on ammattietiikka. Eri ammattiryhmien omat eettiset ohjeet ovat nousseet tarpeista, jotka on nähty yhteiskunnassa ja ammattiyhteisöissä. Niiden avulla on pystytty säilyttämään ammattikuntien korkea eettinen tapana tehdä työtä ja toimia ihmisten parhaaksi tilanteissa, joissa kansallisesta lainsäädännöstä ei ole apua. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 148)

Perustuslain 22 §:n mukaan perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamisesta on vastuussa julkinen valta. Julkisen vallan käsite vaihtelee perusoikeuksittain, mutta keskeisimmät tahot ovat valtio, kunnat ja kuntayhtymät virkamiehineen ja päätöksentekoaikojen. Ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. (Koivisto 1994, 151 – 166)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan maaliskuun 1993 alusta. Laki korostaa potilaan aktiivista osallisuutta, itsemääräämisoikeutta, oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaantiin. Keskeisenä eettisenä periaatteena ja lain määreenä on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Koivisto 1994, 153)

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus saada hänen terveydentilansa edellyttämää laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Tarkempia laatuksiteereitä laissa ei ole, mutta yleisesti on katsottu, että laatuvaatimukseen vaikutetaan esimerkiksi lisäämällä potilaan osallistumismahdollisuuksia ja varmistamalla henkilöstön pätevyys ja ammattitaidon ylläpitäminen. Lain mukaan potilasta on kohdeltava ja hänen hoitonsa on järjestettävä niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Naukkarinen 2008, 28)

Koska potilaalla on oikeus päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta, hänen suostumuksensa on hoidon luvallisuuden edellytys. Potilas tarvitsee tietoa hoidon vaikutuksista, riskeistä ja vaihtoehdoista, jotta hän kykenee muodostamaan oman mielipiteensä. Laki velvoittaaakin terveydenhuollon henkilöstön antamaan potilaalle riittävästi tietoa ja sopimaan hoitovaihtoehtoista hänen kanssaan. Potilaan oikeusturvan lisäämiseksi lailla on säädetty muistutus menettelystä ja luotu potilasasiamiesjärjestelmä. (Koivisto 1994, 62)

Itsemääräämisoikeudesta ei ole yksiselitteistä määritelmää. Nyky-Suomen sanakirjan (2002) mukaan se on määräämistä omasta itsestä ja mahdollisuus vapaaseen henkiseen itseen. Itsemääräämiseen sisältyy ajatuksen, tahdon ja toiminnan vapaus. Kaikilla ihmisillä on sama oikeus elämään, vapauteen ja turvallisuuteen. Itsemääräämiseen liittyy näkemys, että ihminen on arvo sinänsä ja samalla ehyt kokonaisuus. Ihminen nähdään vapaana järkevänä yksilönä, joka pystyy itsenäiseen harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan. Lisäksi ihmisellä on kyky ilmaista omia käsityksiään, toiveitaan, halujaan ja ratkaisujaan toisille. Ihminen tietää, mitä tahtoo. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön oikeutta päättää itse henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumiseen. (Mäki & Valkonen 2002, 6 – 7)

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä sosiaalihuollon avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010)

Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevan yleissopimuksen mukaan Suomi on poliittis-moraalisesti velvoitettu ja velvoittautunut noudattamaan ko. sopimusta. Sopimuksessa otetaan kantaa hoidon laatuun ja käytettävissä oleviin voimavaroihin. Sopimuksessa korostetaan sitä, että voimavarojen panostuksen tulee vastata yhteisön yleistä elintasoja ja annettavan hoidon ajan tieteellistä näkemystä.

Palvelujen tulee olla saatavilla tasapuolisesti ja palvelujen tulee olla ammatilliset standardit täyttävää. (Koivisto 1994, 18)

2.2 Hyvän hoidon eettinen perusta

2.2.1 Hyvän hoidon eettisten periaatteiden tarkastelua

Ihmisoikeudet, eettisyys ja arvot ovat nousseet viime vuosina kansainvälisen, varsinkin eurooppalaisen ja suomalaisen kiinnostuksen kohteeksi. Potilaan oikeuksia on kansainvälisessä keskustelussa pohdittu jo pitkään. Toisen maailmansodan jälkeen julkaistussa Nürnbergin ohjeistossa kiinnitettiin huomiota lääketieteellisten tutkimusten etiikkaan, tiedonsaantiin sekä potilaiden antamaan suostumukseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilaille tarkoitetun tiedotteen mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Hoito on järjestettävä niin, ettei se loukkaa ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä. (Koivisto 1994, 17)

Hyvän hoidon eettisiä periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltaavuuden periaate. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 19 – 20)

Koska hoitotyö on ihmisen palvelemista, se edellyttää vahvoja ammatillisia valmiuksia ja asiantuntevuutta. Jos ammatillisuus ei välity lähimmäisen rakkauden kautta, tulee hoitamisesta hallitsemista palvelemisen sijaan. Lähimmäisen rakkaus on hoitotyön alkuperäinen ajaton aate. Katie Erikssonin kehittämä Karitasteoria on ollut hoitamisen suunnan näyttäjänä pitkään. Teorian mukaan kärsimys ja rakkaus kuuluvat yhteen. Kun näemme kärsimyksen, myötäkärsimyksemme herää. Lähimmäisenrakkaus suuntautuu siis aina kärsivään ihmiseen ja kärsimyksen lievittämiseen. (Kankare 2004, 5)

Ihmisarvo on kaiken hoitamisen ytimessä ja muodostaa sen perustan ja tarkoituksen. Kristillisessä yhteiskunnassa ihminen on nähty niin arvokkaaksi, että häntä ei ole haluttu jättää sairautensa ja kärsimyksensä armoille. Ihmisarvoisen hoidon turvaaminen luo yhteisön moraalisen perustan. Ihmisarvo ei riipu ihmisen taloudellisesta tai sosiaalisesta hyödyllisyydestä, sillä kaikilla meillä on sama ihmisarvo. (De Wit 2004, 7)

Ihmisarvo liittyy läheisesti kysymykseen ihmisoikeuksista sekä sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta. Vaatimus yhtäläisistä oikeuksista hyvään hoitoon perustuu ajatuk-

seen samanarvoisuudesta. Ihmisarvo liittyy myös elämän oikeuteen, joka kuuluu kaikille ihmisille. Oikeus elämään merkitsee, sitä että kaikilla ihmisillä on oikeus ihmisarvoiseen hoitoon ja huolenpitoon elämänsä päättymiseen asti. (De Wit 2004, 7)

Ihmisellä on oikeus tulla kohdelluksi oman luovuttamattoman arvonsa mukaisesti. Ihmisarvo on ehdoton, jakamaton ja kaikille yhtäläinen. Elämällä ei ole merkitystä ja sisältöä ellei jokaisen ihmisen yksilöllistä arvoa kunnioiteta. Ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen kohteluun tilanteessa, jossa hänen voimavaransa ja kykynsä eivät riitä vaatimaan oikeuksiaan. (Alaspää 1999, 20)

Koska terveyshyvän määrittely perustuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon ja kokemuksiin, ei terveyden yksiselitteinen, kaikille pätevä määrittelyminen ei ole mahdollista. Kirjallisuudessa terveyttä on määritelty eri tavoin. Tunnetuin tällainen määritelmä on WHO:n (1997;1999), jonka mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa eikä ainoastaan sairauden puuttumista. Ihmisvastuu edellyttää tietoa arvoista, etiikasta sekä terveyteen liittyvistä näkemyksistä. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 19 – 20)

Hoitamisen päämääränä on aina potilaan ”hyvän”. Hyvä sisältää arvoperustan, joka voi merkitä eri asioita eri ihmisille heijastaen heidän omaa arvokäsitystään ja ihmisenäkemystään. Tavallisesti hyvällä viitataan laatuun. Hyvä hoito on läsnäoloa, jossa henkilökunnan myönteinen asennoituminen potilaaseen synnyttää luottamusta hoitoon sekä hoitotyöhön. (Kaartinen 2003, 3)

Hoidotta jättäminen tarkoittaa, että hoitamista ei suoriteta lainkaan, tai sitten hoidollinen ulottuvuus puuttuu. Hoidotta jättämisen muotoja on monenlaisia, pienistä rikkomuksista ja huolimattomuudesta aina tietoisiiin laiminlyönteihin asti. Hoidotta jättäminen merkitsee aina ihmisen arvokkuuden loukkausta. (Eriksson 1995, 23)

Terveyden huollossa on usein tilanteita (esim. ensiapu tilanteet), joissa joudutaan toimimaan nopeasti potilasta kuuntelematta ja informoimatta. Käytännön hoitotyössä on lukuisia kuvailevia teorioita ja toimintamalleja, joiden perusteella potilasta koskevia hoitoratkaisuja tehdään. Hoitotyössä hoidon tarpeen arviointi perustuu erilaisiin näkemyksiin inhimillisistä perustarpeista. (Koivisto 1994, 55)

Potilaan tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä joudutaan tekemään terveydenhuollossa silloin, kun potilas ei sairautensa, vammansa tai kehitystasonsa perusteella pysty päättämään hoidostaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteissa laadituissa muistiossa on yleisohjeena hoitaa potilasta hänen etujensa mukaisesti. Potilaan ei välttämättä tarvitse olla vastentahtoisessa hoidossa, jotta hänelle voidaan tehdä vastentahtoisia hoitotoimenpiteitä. Yleisenä ohjeena on pyrkimys hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Potilaisiin kohdistuvia rajoitteita ja pakotteita on selvitetty ja pohdittu mm. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista työryhmämuistiossa, joka on ilmestynyt vuonna 2002. Yksittäisen hoitajan on syytä selvittää omassa työssään esiintyvät vastoin potilaan tahtoa tehtävät toimenpiteet ja pyytää selvitys niiden oikeellisuudesta esimieheltään. Näin voidaan vähentää tilanteita, joissa henkilökunta epä tietoisuuden tai pelon takia jättää tekemättä hoitotoimenpiteitä, jotka olisivat välttämättömiä potilaan terveyden kannalta tai joilla estettäisiin sivullisten vahingoittuminen. Voidaan myös välttää liiallista pakon käyttöä ja ylilyöntejä. (Lehestö 2004, 89)

2.2.2 Vuorovaikutus perustana asiakaslähtöisyydelle

Vuorovaikutuksessa on kaksi toisistaan eroavaa ilmaisullista muotoa: sanaton ja sanallinen viestintä. Sanaton viestintä liittyy ilmeisiin, eleisiin ja muihin kielenulkoisiin viestintämuotoihin. Sanaton viestintä voi myös olla ristiriidassa sanallisen viestinnän kanssa. Sanallinen eli verbaalinen vuorovaikutus liittyy puhuttuun ja kirjoitettuun kieleen ja sen ymmärtämiseen. Kieli on oleellinen osainhimillistä käyttäytymistä ja ihmisenä olemista, minkä vuoksi sitä tutkitaan useiden eri tieteiden (mm. kielitieteen, psykologian, sosiologian) näkökulmista. (Vilen ym. 2008, 20)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintaa, joka perustuu ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä työntekijä on läsnä sekä asiantuntijana sekä ihmisenä. Yhteistyön tavoitteena on voimaantuminen. Asiakas ja työntekijä tuovat tilanteeseen ainutlaatuisen ihmisyytensä. Yhteistyösuhteissa tapahtuva vuorovaikutus ja dialogisuus voivat merkitä potilaalle sekä ammattilaiselle oppimista ja inhimillistä kasvua. Parhaimmillaan dialogisuus on kohtaamista ja auttamista, vailla ennakoituja oletuksia toisesta ihmisestä. (Kankare ym. 73 – 75)

Vuorovaikutuksellisessa tukemisessa asiakaslähtöisyys on olennaista. Vuorovaikutuksellinen tukeminen lähtee aina asiakkaan tarpeista. Tuen tarpeesta lähtevät tavoitteet määritellään ja niiden toteutumista arvioidaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Myös työntekijän voimavarat ovat tärkeitä, mutta hänen tarpeensa eivät voi olla keskeisiä vuorovaikutuksessa. (Vilen ym. 2008, 22)

Erityisen haastavia ovat tilanteet, joissa työntekijä joutuu toimimaan asiakkaan tahtoa vastaan. Tällöin on vaarana, että siihen asti rakennettu vuorovaikutus hajoaa. Jos taas työntekijä pystyy perustelemaan näkökulmansa asiakkaalle ja tämä voi jälkeempään kokea työntekijän teon tai päätöksen hyväksi, vuorovaikutustilanne voi kasvattaa entistäkin enemmän asiakkaan luottamusta työntekijään. (Vilen ym. 2008, 22 – 23)

Vuorovaikutustaitoja pidetään usein epämääräisenä ammattipätevyyden taitoalueena, joka on ikään kuin itsestäänselvyys tai toisaalta jopa toissijainen taito. Vuorovaikutus on taito, jota voi oppia ja kehittää koko ajan kuten muitakin ammattitaidon osa-alueita. Vuorovaikutus määritelläänkin usein ihmistenväliseksi, jatkuvaksi ja tilannesidonnaiseksi tulkinnaksi, jonka aikana viestitään tärkeitä asioita muille, vaikutetaan heihin, luodaan yhteyttä toisiin ja saadaan palautetta omasta toiminnasta. (Vilen ym. 2008, 18 – 19)

Counselling - tason työ on vuorovaikutusta, joka pyrkii potilaan ymmärtämiseen ja tukemiseen. Siihen voi kuulua mm. kuuntelua, kysymistä, selvittämistä, eleillä ja ilmeillä viestimistä, eli kaikkea sellaista mikä auttaa potilasta löytämään omia voimavarojaan mutta samalla kunnioittamaan potilaan omaa tahtia. Vuorovaikutuksellinen tukeminen eli Counselling - tason vuorovaikutus on jokaisen hoitoalalla työskentelevän perusammattitaitoa, jota voi kehittää ja kouluttaa itseään läpi työuran. (Vilen ym. 2008, 11)

2.2.3 Hyvä hoito potilaan näkökulmasta

Potilaan oikeuksia koskevaa keskustelua käydään usein filosofisella, teoreettisella tai yhteiskuntapoliittisella tasolla. Harvemmin keskusteluun osallistuvat ne ihmiset, joita varten terveydenhuoltopalvelut ovat olemassa. Ihmiset eivät aina ole tyytyväisiä omaa hoitoa koskevaan tiedonsaantiin, mahdollisuuteen valita eri hoitovaihtoehtojen välillä tai kohteluun. (Koivisto 1994, 51)

Hoitaminen on inhimillistä toimintaa, jonka avulla pyritään hyvään. Tavoiteltava hyvä on terveys. Hoitaminen käsittää sekä luonnollisen että ammatillisen hoitamisen. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 19 – 20)

Hoitotyössä pyrkimyksenä on tukea ihmisiä heidän oman terveyshyvänsä edistämises-
sä, vaikka se ei vastaisikaan hoitajan käsitystä terveyden edistämisestä. Ensisijaisesti
ihminen itse hoitaa itseään ja vaalii omaa terveyshyvänsä. Ihminen saattaa haluta
myös lisätietoa terveyttään koskevista asioista. Tällöin tarvitaan terveydenhuollon
ammattilaista, joka tietonsa ja kokemuksensa perusteella toimii autettavan tukena tai
tekee asioita hänen puolestaan. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 21)

Hyvän hoidon edellytyksiä ovat hoitajan hyvä tietoperusta, työkokemus, kutsumus
hoitotyöhön sekä hoitopaikan riittävät tila- ja välineresurssit. Lisäksi hyvään hoitoon
kuuluvat potilaan kokemusten ja elämäntilanteen huomioiminen hoidossa, potilaan
mielipiteiden kuuleminen ja hänen etujensa ajaminen. Erittäin tärkeänä potilaat pitivät
sitä, että henkilökuntaa on riittävästi, hoitava henkilökunta on kokenutta ja osaavaa.
Tärkeinä hoidon edellytyksinä pidettiin myös sitä, että käytettävissä on riittävästi eri-
laisia välineitä sekä tilaa hoidon toteutumiseksi. Kunnollinen fyysinen hoitoympäristö
koettiin siis erittäin tärkeänä. Edellytys hyvälle hoidolle on myös potilaan tunne siitä,
että hoitaja huolehtii ja välittää potilaasta. Potilaat arvostavat myös sitä, että hoitajilla
on aikaa heille ja että apua on helposti saatavilla. Naukkarisen 1999 tutkimuksen mu-
kaan henkilökunnan kiire ja avun huono saatavuus aiheuttaa potilaissa turvattomuutta.
Kiire voi heikentää myös potilaan hoidostaan saaman tiedon määrää ja laatua. Hoita-
jan työkokemuksella on merkitystä potilaan hoidossa. Työkokemuksen myötä hoitaja
kehittyy ammatillisesti hoidon tarpeen arviointitaidoissa, vuorovaikutustaidoissa sekä
käyttämään intuitiota potilaita hoitaessaan. Toimiva vuorovaikutussuhde on tärkeä
edellytys hyvälle hoidolle ja onnistuessaan se luo potilaalle tunteen arvostamisesta ja
välittämisestä. (Kaartinen 2003, 6 – 7)

Hyvän hoitamisen ydin on potilas- hoitaja suhteessa. Hyvä hoito määritellään moni-
mutkaiseksi inhimilliseksi toiminnan muodoksi, jossa aloitteellisuus, aktiivisuus ja
vastuullisuus vaihtelevat osapuolten kesken. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 25)

Hyvä hoito liitetään usein hoitajan ominaisuuksiin. Tärkeitä hoitajan ominaisuuksia
potilaiden mielestä ovat siisteys, siisti ulkonäkö, huumorintaju, tehokkuus, nopeus se-
kä itsenäisyys. Potilaiden mielestä hoitajien ominaisuuksista korostuvat ystävällisyys,

asiallisuus, ammattitaitoisuus ja siisteys. Harvoin mainittiin tärkeiksi ominaisuuksiksi mm. itsevarmuutta ja älykkyyttä. (Hilden 2002, 56)

Asiakkaat ovat tulleet yhä tietoisemmiksi oikeuksistaan. He osaavat vaatia palveluilta yksilöllisyyttä ja hyvää laatua sekä henkilöstöltä osaamista. Myös työyhteisöt odottavat sairaanhoitajalta kykyä hyvään asiakaspalveluun. Tämä pitää sisällään muun muassa sen, että sairaanhoitaja kykenee hyvää yhteistyötä potilaan/asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa ja hän pitää aktiivisesti yhteyttä potilaan/asiakkaan omaisiin. Sairaanhoitaja käyttää rohkeasti erilaisia vuorovaikutus- ja viestintätapoja ja on aktiivinen potilaan tukija. (Hilden 2002, 56)

Potilaslähtöisyys on 2000-luvulla yksi laadunhallinnan painopistealueista valtakunnallisessa suosituksessa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Hoidon laadun ennakkoluulotonta arviointia potilaan näkökulmasta tarvitaan, sillä hoidon laatua voidaan kehittää vain niin, että lähtökohtana on tieto asiakkaiden/ potilaiden tarpeista, heidän kokemuksistaan ja mielipiteistään. Hoidon arvioinnissa potilaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunnan ja organisaation toimintaa arvioidaan potilaan näkökulmasta ja potilas itse toimii arvioijana. Tutkimusten mukaan potilaat arvioivat tietojen saannin terveydentilastaan kaikkein tärkeimmäksi oikeudeksi ja lisäksi potilailla oli tiedonsaantia koskevia odotuksia. (Leino - Kilpi & Välimäki, 20)

Potilaalla on päätöksentekoon koskevia odotuksia. Pidempään sairaalassa olleet potilaat olisivat halunneet osallistua enemmän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitajat arvioivat potilailla olevan enemmän osallistumisoikeutta hoitoaan koskevaan päätöksentekoon kuin potilaat. Hoitajat myös mielestään päättivät potilaan kanssa yhdessä hoitoa koskevat asiat, mutta potilaat olivat eri mieltä. Sairaala voi luoda riippuvuuden ympäristön, jolloin potilasta voidaan pitää liian sairaana tai kykenemättömänä päättämään hoidostaan. Hänen odotetaan pysyvän passiivisena ja henkilökunnan päätöksistä riippuvaisena. Osa potilaista on sitä mieltä, että heiltä puuttuu asiantuntemus, tieto tai kyky päättää asioistaan. He myös kunnioittavat ja arvostavat henkilökunnan työtä sekä luottavat täysin hoitajiin. (Naukarinen 2008, 14)

Kohtaaminen hoitotyössä eroaa normaalista arkipäivän kohtaamisesta. Potilas ja hoitaja hakeutuvat tarkoituksellisesti yhteyteen toistensa kanssa. Jokin syy ohjaa potilaan tekemisiin hoitohenkilökunnan kanssa. Syy voi olla sairastuminen, toimenpiteeseen tai

leikkaukseen tuleminen tai lapsen syntyminen jne. Taustalla olevat syyt voivat järkyttää potilaan perusturvallisuutta ja kohdatessaan hoitajan häntä pelottaa ja ahdistaa. Hoitajan ja potilaan kohtaamisessa lähtötilanne on erilainen kuin arkielämässä. Myös ympäristöllä on oma merkityksensä kohtaamisessa. Sairaala ympäristö saattaa olla potilaalle vieras ja pelottava. (Heikkinen & Laine 1997, 10 – 11)

Kohdatessaan hoitajan potilas odottaa pysähtymistä. Potilaat aistivat herkästi hoitajan ilmeitä ja eleitä. Kiireettömyys, ystävällisyys, katsekontakti ja koskettaminen ovat viestejä, jotka kertovat, että hoitaja on potilasta varten. Tämä pysähtyminen on ikään kuin odotushuone. Se on yhteyden hakemista toiseen. Ilmeisesti tämä hetki on kohtaamistilanteessa herkin. Tilanteessa potilaalle välittyvä tunne on kohtaamisen kannalta merkittävä. Olisiko tämä se, mitä tarkoitetaan aidolla läsnäololla hoitotyössä? Hoitaja kohtaa potilaan omana persoonanaan. Potilas kokee hyvää oloa, jos hänelle välittyy tässä tilanteessa tunne turvallisuudesta eli hänen horjunut perusturvallisuutensa alkaa jälleen eheytyä. (Heikkinen & Laine 1997, 10 – 11)

Uusimmissa hoitoyön teorioissa korostetaan hoitajan ”aitoa” läsnäoloa potilaan kohtaamisessa. ”Aito” läsnäolo edellyttää, että hoitaja ja potilas ovat samanaikaisessa dialogisessa suhteessa. Hoitotyön tavoitteellisuus estää samanaikaisen dialogisen suhteen tai ainakin se on hyvin harvinaista. Kuitenkin on tärkeää, että potilas kokee suhteen dialogisena. Näyttää siltä, että hoitaja on ”aidosti” läsnä useimmiten potilaan näkökulmasta. Hoitajan kokemukset dialogisesta suhteesta ovat hyvin harvinaisia ja yllätyksellisiä. Ne muistuttavat arki kohtaamista ja hoitaja ei tällöin omasta mielestään toimi ammatti roolissa. Hoitaja ei pidä omista asioista puhumisesta hoitotyöhön kuuluvana. (Heikkinen & Laine 1997, 13)

2.2.4 Hoitajan ominaisuudet ja ammatillisuus

Sensitiivisyys on ihmisen herkkyyttä havainnoida toista ja vastata tämän tarpeisiin. Sensitiivinen työntekijä kykenee virittäytymään asiakkaan tunnetilaan ja jakamaan sen hänen kanssaan. Sensitiivisyyttä ei kuitenkaan ole se, että työntekijä ottaa asiakkaan tunnetilan itselleen niin, että se estää häntä näkemästä asiakasta syvällisesti. (Vilen ym. 2008, 81)

Hoitotyöntekijän ominaisuudet ja tehtävät korostuivat potilaiden hyvän hoidon kokemusten arvioinnissa. Hoitajan työkokemuksella oli merkittävä yhteys hoitajan vallankäyttöön perus hoito tilanteessa. Potilaan käsittely kovin ottein oli vähäistä, mutta toisaalta, jos potilasta käsiteltiin kovin ottein pestessä, käsiteltiin häntä kovin ottein myös syötettäessä, siirrettäessä ja lääkkeitä annettaessa. (Vilen ym. 2008, 81)

Eläytyminen voi olla muun muassa sympatiaa ja empatiaa. Empatia on tärkeä ammatillinen perustaito hoitotyössä. Empatian osoittaminen tulee tapahtua tilanteeseen nähden vuorovaikutuksen oikeassa vaiheessa. Empatia ei saa olla asennetta ”Kyllä minä tiedän, miltä sinusta tuntuu”. Jos työntekijä ei kykene hyödyntämään empatian todellista tavoitetta eli pyrkimystä asiakkaan tilanteen ymmärtämiseksi, empatian osoitus voi kääntyä asiakkaan kokemusmaailmassa alistamiseksi. Tärkeää on, että asiakas kokee tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi. (Vilen ym. 2008, 81 – 82)

Empatia on asiakkaalle stressiä lievittävää ja turvallisuutta luovaa. Se myös edistää työntekijän ja asiakkaan yhteistyötä ja antaa työntekijälle tietoa asiakkaan tilanteesta. Lindqvistin mukaan empaattisuus on eettisyyden äiti. Hän varoittaa kuitenkin auttajan työssä vaanivasta vaarasta: kun auttaja pyrkii hyvään, hän saattaa luulla, että hän muuttuu itse samalla hyväksi. Lindqvist toteaaakin, että sokeutemme omalle varjolleemme muodostuu uhkaksi meistä riippuvaisille ihmisille. Oleellista on, että työntekijä näkee myös itsensä inhimillisenä, virheitä tekevänä. Tällöin hänen oma ammatillisuutensa ei ole niin uhattuna silloin, kun asiakas arvostelee häntä tai toimii tavoitteiden vastaisesti. Samalla anteeksi pyytäminen helpottuu. (Vilen ym. 2008, 83)

Hoitotyö edellyttää yhteistä suhdetta toisen kanssa. Tällöin syntyy myös toisen ymmärtämisen tarve. Potilaalla on ”sisäinen” näkökulma tilanteeseen, hoitajalla ulkoinen. Tätä eroa kuvataan usein sanoilla hoitajan objektiivisuus ja potilaan subjektiivisuus. Ongelmaksi on usein koettu, että tulkitsemme usein virheellisesti potilaan tunteet voimakkaammiksi kuin hoitajan. Tunteista puhuttaessa käytetään kumppanuustunne-käsitettä. (Heikkinen & Laine 1997, 12)

Viime vuosina on alettu yhä enemmän kiinnostua ammatillisesta osaamisesta ja siitä, minkälaista osaamista yrityksessä tai organisaatiossa edellytetään ja minkälaista osaamista niissä tällä hetkellä on. Ammatillisen osaamisen tarkastelu on tärkeää myös hoitotyössä, sillä osaaminen on yksi tärkeimmistä kilpailutekijöistä työelämässä ja samalla tärkeä osa työssä jaksamista ja viihtymistä. (Hilden 2002, 50)

Ammatillinen kasvu on yksilön valmiuksien ja erilaisten ammatillisten taipumusten ja pyrkimysten kehittymistä ja muuntumista. Ammatillisuuteen kuuluu myös omien voimavarojen ja tarpeiden tunnistaminen niin työ- kuin yksityiselämässä. Säilyttämällä kosketuksen itseensä voi löytää yhteyden myös toiseen ihmiseen. Ammatillisuuteen kuuluu oman alan asiantuntijuus, joka kasvaa niin koulutuksen kuin kokemuksenkin mukana. Asiantuntijuuteen liittyvät myös motivaatio kehittää itseään ja kyky oppia kokemuksista. Kokemuskaan sellaisenaan ei kasvata ammatillisuutta, jos työntekijä ei näe tai halua oppia tilanteesta mitään uutta. Ammatillisuuteen kuuluu oman alan asiantuntijuus, joka kasvaa niin koulutuksen kuin kokemuksenkin mukana. Asiantuntijuuteen liittyvät myös motivaatio kehittää itseään ja kyky oppia kokemuksista. Kokemuskaan sellaisenaan ei kasvata ammatillisuutta, jos työntekijä ei näe tai halua oppia tilanteesta mitään uutta. Ammatillisuuteen kuuluu oman alan asiantuntijuus, joka kasvaa niin koulutuksen kuin kokemuksenkin mukana. Asiantuntijuuteen liittyvät myös motivaatio kehittää itseään ja kyky oppia kokemuksista. Kokemuskaan sellaisenaan ei kasvata ammatillisuutta, jos työntekijä ei näe tai halua oppia tilanteesta mitään uutta. Vastuu ihmisen terveydestä ja hyvinvoinnista koetaan stressaavammaksi kuin esim. vastuu rahasta. (Vilen ym. 2008, 76)

Hoitotyö on muuttunut vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä saa ottaa ja joutuukin ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan yhä itsenäisemmin. Vastuulliseen ja itsenäiseen toimintaan on ohjannut yksilövastuinen hoitotyö. Vastuullinen ja itsenäinen työ koetaan usein haasteelliseksi ja mielenkiintoiseksi. Moni hoitotyöntekijä on havahtunut huomaamaan, että hoidettavat potilaat kärsivät aikaisempaa useammista sairauksista, he ovat huonokuntoisempia, iäkkäämpiä ja jopa turvattomampia. Samalla he eivät kuitenkaan enää tyydy olemaan vain hoidon kohteina vaan haluavat itse vaikuttaa omaan hoitoonsa esittämällä omat tarpeensa ja toiveensa. Hoidossa olevat potilaat odottavat ja osaavat vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa. Tämä tuo haasteita hoitotyöntekijöiden ammatilliselle osaamiselle. (Hilden 2002, 24 – 27)

Hoitotyön tutkimuksissa on noussut esiin hoitotyöntekijöiden osaamistarpeiden muuttuminen. Hoitotyössä ei enää riitä suppea-alainen, kokemusperäinen ja adaptiivinen osaaminen, joka johtaa arvostamaan pysyvyyttä ja pelkäämään muutoksia. Hoitotyöntekijän tarvitsee laaja-alaista, analyttistä ja innovatiivista osaamista, joka mahdollis-

taa sekä sopeutumisen muuttuviin tilanteisiin että kehittymisen ja työn jatkuvan muuttumisen. (Hilden 2002, 117)

Hoitamisessa on paljon ns. hiljaista tietoa, jota opitaan kokemuksen kautta. Onko tämä hiljainen tieto juuri sitä, jota kertyy hoitajalle hänen kohdatessaan potilaita ja aistiesseen, mikä tuottaa potilaalle turvallisuuden tunnetta. Tämän kokemus tiedon kautta hoitaja muuntaa omaa olemistaan kohtaamistilanteissa. Hiljaista tietoa ei voi oppia toiselta, vaan jokaisen on kehityttävä siinä itse. Pitkälle edistyneen asiantuntijan sano taankin pystyvän refleктоimaan itse tilanteessa ja toimimaan silti tilanne herkästi. (Heikkinen & Laine, – 1997 13)

3 VALLAN KÄYTTÖ HOITOTYÖSSÄ

3.1 Vallankäyttö käsitteenä

Väkivalta voidaan määritellä monella eri tavalla. Väkivallan erilaiset ilmenemismuodot mahdollistavat ilmiön tieteellisen mittaamisen. Tässä opinnäytetyössä vallan käytön määritelmää ei rajattu, koska ihmiset kokevat vallan käytön eri tavalla. WHO:n määritelmän mukaan väkivaltaa on fyysinen väkivalta ja vallan tahallinen käyttö tai sillä uhkaaminen. Väkivalta voidaan kohdistaa omaan itseensä, toiseen ihmiseen, ihmisryhmään tai yhteisöön ja sillä on aina tuhoisia voimia. Väkivallan kohde voi saada fyysisen tai psyykkisen vamman, hänen kehityksensä voi häiriintyä tai hänen perustarpeensa voi jäädä tyydyttämättä. Äärimmäinen seuraus väkivallasta on kuolema. Väkivaltaa on myös sellainen toiminta, mikä ei suoranaisesti johda vammautumiseen tai kuolemaan, mutta aiheuttaa suurta kärsimystä yksilöille ja yhteisöille. Piilevät ja välittömät seuraukset ovat rasite perheille ja terveydenhuoltojärjestelmälle. (Krug ym., 2002, 21 – 22)

Väkivalta muuttuu vallaksi tai valta muuttuu väkivallaksi. Asiaa voi lähestyä kissa ja hiiri- leikillä. Kun saalistaminen on ohi, kissa käyttää valtaa leikkimällä hiirellä. Valta muuttuu väkivallaksi, kun hätäileminen loppuu. Tähän voi myös johtaa peruuttamaton toiminta. Vallankäytössä voidaan nähdä myös uskonnollista alistumista, jumalallista väkivaltaa tai yliluonnollista jumalan otetta, minkä osallistuvat tuntevat ”kouraisuna”. (Canetti 1998, 360 – 362)

Kaltoin kohtelu on vaikeasti määriteltävissä. Hoitotieteellisesti se voidaan nähdä persoonaa tai ominaisuutta loukkaavana suhtautumisena, millä on vahingollinen seuraus. Kaltoin kohtelu voi olla psyykkistä esim. eristäminen, viivyttely tarpeisiin vastaamisessa, uhkailu, lapsenomaisesti suhtautuminen, kohtuuttomien vaatimusten asettaminen, nöyryyttäminen tai fyysistä esim. hoitotoimenpiteiden tekemättä jättäminen. (Häyhänen 2000, 13 - 14)

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää valtaa. Valta liittyy kaikkiin sosiaalisiin suhteisiin. Se on tavoitteellista, todellinen tai mahdollinen kyky saavuttaa päämäärä. Henkilön valta tarkoittaa sitä, että pystyy vaikuttamaan asioihin, jotka häntä koskevat, joita hän haluaa ja jotka ovat riippuvaisia ulkoisista olosuhteista tai muiden ihmisten tahdosta ja teoista. Itsemääräämisen kannalta on tärkeää valta toiminnan vapautteen ja avunsaantiin. Itsemääräämiseen sisältyy vapauden käsite. (Mäki & Valkonen 2002, 8)

3.2 Vanhuksiin kohdistuva vallan käyttö hoitolaitoksissa

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan määrittelyyn vaikuttaa kaltoin kohtelun toistumistiheys, kesto, vakavuus, seuraukset sekä kulttuurinen yhteys. Vanhuksiin voi kohdistua fyysistä, emotionaalista, taloudellista, seksuaalista ja yleistä laiminlyöntiä. Vanhukselle voidaan aiheuttaa kipua ja vammoja tai häntä voidaan pakottaa fyysisesti tai aiheuttaa lääkkeillä vapaudenriisto. Väkivaltaa ovat myös emotionaalisen tuskan aiheuttaminen, epäasiallinen omaisuuteen kajoaminen, muu kuin suostumukseen perustuva seksuaalinen kontakti ja hoivavelvollisuudesta kieltäytyminen tai täyttämättä jättäminen. (Krug ym., 2002, 147)

Laitoshoidon pidetään nykyään yleisesti hyväksyttävänä vanhusten hoitomuotona kansainvälisesti. Länsimaissa suuntaus on kohti kotihoitoa ja hoivakoteja. Kehitysmaissa usein taloudellisen kehittymisen myötä perheiden kyky huolehtia vanhusväestön tarpeista on lisännyt laitoshoidon tarvetta. Laajat tutkimukset vanhusten kaltoin kohtelusta ja hoidon laadusta puuttuvat. Pienimuotoisten tutkimusten mukaan väkivalta saattaa olla luultua yleisempää. Asian lähestymistä saattaa vaikeuttaa se, että vanhuksiin kohdistuva väkivalta on tiedostettu vasta 1970-luvulla. (Krug ym., 2002, 151)

Vanhustenhoito on saanut 2000-luvulla runsaasti arvostelua mm. välittömän hoidon henkilökunnan vähäisyyden takia. Jopa kansanliike on noussut puolustamaan iäkkäi-

den oikeuksia omaisten taholta. Eerikäisen mukaan laitoshoidon laadun on oltava hyvää ja iäkkäillä tulee olla mahdollisuus ihmisarvoiseen vanhuuteen. Asianmukaisen kohtelun edellytyksenä on pysyvä ammattitaitoinen henkilökunta, jolla on selkeä vanhuskäsitys. (Eerikäinen 2000, 6 – 8)

Suomalaiset vanhukset sekä heidän omaisensa olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon terveyskeskuksissa. He olivat vähään tyytyväisiä ja arvostivat henkilökuntaa kovassa työssään. Tutkimuksessa tuli ilmi, että vanhukset eivät välttämättä luottaneet ulkopuoliseen tutkijaan. Toisaalta muissa maissa laitosta ei koeta kodiksi, koska siellä asuminen on jatkuvasti kontrolloitavissa ja laitoksesta puuttuu yksityisyyden tunne. Rutinomisesta hoidosta seuraa arvottomuutta, tarpeettomuutta, yksinäisyyttä ja avuttomuutta. (Eerikäinen 2000, 6 – 8)

Hoitajista neljäsosalla oli käyttäytymisessä toivomisen varaa, yleisesti kohtelu oli asiallista ja auttavaista, kosketus hyvää ja turvallista. Vuorovaikutus tapahtuu kiireessä, apua ei haluta pyytää ja kuuntelulle (asioiden muistelu) ei ole aikaa. Hoitajat eivät ole kiinnostuneita eivätkä anna henkistä tukea, ovat haluttomia keskustelemaan. Kiireinen työtahti voi lisätä kaltoin kohtelua. Omaishoitajuus nähdään tärkeänä. Terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ole mahdollista saada riittävästi tietoa lääkityksestä, potilaat eivät pääse riittävästi liikkumaan eikä heillä ole aina mahdollisuutta vaikuttaa hoidon päätöksentekoon. Ruokailuun liittyvät toiveet otetaan huomioon. Yleisesti kehittämisalueita ei tuoda aina esille. (Eerikäinen 2000, 41–46)

3.3 Valtaa käyttävä työntekijä

Vainoharhainen ihminen ei kykene käyttämään väkivaltaa. Vallankäyttäjä antaa anteeksi vain näennäisesti, hän olettaa vastustajan alistuvan. Vastustajan tulee odottaa armahdusta, tuomiota. Tällöin vallankäyttäjällä on viimeinen mahdollisuus korostaa valtaansa. (Canetti 1998, 384 – 385)

Nykyisen tiedon mukaan väkivaltaa tarkastellaan hoitajan ja hoidettavan keskinäisen suhteen luonteen pohjalta. Hoitajan uupumuksella on merkitystä, muttei se ole ainoa oikea selittävä tekijä. Hoivattavan väkivaltainen käyttäytyminen saattaa laukaista vastavuoroisen väkivallan. Väkivaltaan voivat vaikuttaa monet eri tekijät esim. uupumus, keskinäisen suhteen laatu, hoivattavan repivä ja aggressiivinen käytös ja hoitajan masennus. (Krug ym., 2002, 152)

Vallan käyttöön ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyy vaistomaista toimintaa. Valta näkyy ihmiskunnassa ryhmittymisenä, vakaisissa ja perinteisissä asennoissa. Valtaa käyttävä ihminen mieluummin seisoo. Makaava henkilö on aseista riisuttu. Uni on uhka ihmiskunnalle, koska ihminen on turvaton nukkuessaan. Seisova ihminen osoittaa suuruuttaan ja itsenäisyyttään vrt. makaavan voimattomuus. Makaaja erkanelee ympäristöstään, turvallisuus takautuu. Makaajalla on kosketus johonkin, joka ei ole itseä, hän ei tunne painoaan. Tahtomattaan makaavat pyydystetyt eläimet. (Canetti 1998, 483 – 500)

Tiettyjä ihmisryhmiä ovat hoitohenkilökunnan mukaan raskashoitaisempia, hankalia, häiritseviä ongelma-asiakkaita tai potilaita. Tällaisina nähdään mm. nostettavat ja kannettavat potilaat. Myös puhumattomat ja omissa maailmoissaan elävät pitkäaikaispotilaat ovat tällaisia sekä oman toiminnallisen vajavuuden takia toisesta riippuvaiset asiakkaat esim. dementoituneet, Parkinsonin tautia sairastavat, HIV-potilaat tai häiritsevästi käyttäytyvät. (Häyhänen 2000, 19 – 21)

Vanhustyö on tunnetäyteistä ja työssä koettu tunnetaakka voi kasautua, jos sitä ei kyetä ohjaamaan tavoitteelliseen toimintaan. Tunnetakaan keventämisen kautta löytyvät keinot käsitellä sekä työn kielteisiä että myönteisiä puolia ja tästä seuraa työyhteisöön tunnevoiman viriämistä. Tunnetietoinen työote tarvitsee tunneälyä, mikä koostuu omien tunteiden tiedostamisesta ja niiden hallinnasta ja valjastamisesta päämäärän saavuttamiseksi. Lisäksi on tärkeää havaita ja hallita muiden tunteita. (Molander 2003, 169 – 170)

Hoitajan emotionaalinen väsymys, kyynisyys ja alentunut ammatillinen itsetunto kertovat työuupumuksesta. Tunnekuormitus johtaa sisäiseen puutumiseen, tyhjyyteen ja onttouteen. Työpaikalla voi olla myös henkilöriiriitoja ja ylivoimaisia vaatimuksia, mitkä voivat laukaista työuupumuksen. Tunneväsynyt hoitaja käyttäytyy kyynisesti. Hän on vieraantunut ja voimaton, ihmissuhteisiin paneutumattomuus johtaa kovettumiseen. Tästä on seurauksena ihanteiden romuttuminen. Kun hoitajalla ei ole ihanteita hän on välinpitämätön asiakkaita ja työtovereita kohtaan. (Molander 2003, 173)

3.4 Ikäihmisen laitoshoido tänään

Etelä-Suomen lääninhallituksen toimesta selvitettiin keväällä 2008 läänin alueella toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden

ohjeita ja käytäntöjä asiakkaisiin tai potilaisiin kohdistuvissa pakote- ja rajoitustoimenpiteissä. Selvitykselle oli tilaus, koska julkisuudessa uutisoitiin useista tapauksista, joissa vammaisten ja vanhusten kohtelua kummasteltiin. (Forssén & Virtanen 2009)

Selvityksen tavoitteena on ollut saada tietoa kehitysvammaisten kohtelusta sosiaalihuollon toimintayksiköissä ja kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käytäntöjä pakote- ja rajoitekysymyksessä. Tavoitteena on ollut myös lääninhallitusten toimesta tapahtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan kehittäminen ja vaikuttaminen lainsäädännön vahvistamiseen näiden asioiden osalta. Vanhustenhuollosta puuttuu pakote- ja rajoitetoimia koskeva normisto ja valtakunnallinen ohjeistus dokumentointimenettelyineen. Tahdonvastaisessa hoidossa em. asioista on ohjeistus mielenterveyslaissa, mutta vapaaehtoisessa tai somaattisessa hoidossa pakkotoimenpiteitä ei ole säädetty eikä ohjeistettu. Tilanne vaarantaa potilasturvallisuutta sekä potilaiden ja henkilökunnan oikeusturvaa. (Forssén & Virtanen 2009)

Kyselyssä olivat mukana vammais- ja kehitysvammahuolto, vanhustenhuolto ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat ja potilaat. Psykiatrisille sairaaloille tehtiin erillinen kysely. Selkeitä ylilyöntejä ei tullut suurelta osalta esiin. (Forssén & Virtanen 2009)

Selvityksen vastauksista voidaan todeta, että vanhustenhuollossa käytetään yleisesti rajoitus- ja pakotuskeinoina lukittuja ovia, erilaiset vöitä ja valjaita, siteitä, lonkkahousuja, sängyn laitoja sekä muita liikkumisesteitä. Myöskään asukkaiden WC-käyntejä ei voida järjestää yksilöllisesti tai häntä voidaan lääkitä salaa joko uni- tai rauhoittavilla lääkkeillä. Osassa vastauksissa tuli ilmi, että pakotteiden tai rajoitteiden määritelmä nähtiin hyvin laajana ja henkilön itsemääräämisoikeutta kunnioittavana. (Forssén & Virtanen 2009)

Pakotteita tai rajoitteita käytetään tilanteissa, joissa asiakas tai potilas aiheuttaa vaaraa joko itselleen tai muille. Tällöin asiakas ei ymmärrä omaa etuaan ja hänen terveydentilansa voi vaarantua. Vaikeasti dementoitunut tai somaattisesti sairaan potilaan ollessa sekava, aggressiivinen, levoton tai ymmärtämätön tai muistamaton sanallisiin ohjeisiin nähden, häntä saatetaan joutua rajoittamaan tai pakottamaan.

Erityistä huomiota herätti henkilökunnan tilapäinen puutteen peruste rajoitustoimenpiteiden käyttämiselle. (Forssén & Virtanen 2009)

Perehdyttämistä työhön ja hoidettavien käytösoireisiin nähtiin erittäin tärkeänä. Lisäksi henkilökunnan riittävä määrä tulisi turvata kaikissa olosuhteissa. Vastauksissa henkilökuntamitoitusta koskevien velvoittavien normistojen puute nähtiin vakavana epäkohtana. Monessa vastauksessa toivottiinkin lain tasoista sääntelyä henkilökuntamitoitukseen. Pakote tai rajoite saattaa olla myös omaisten pyyntö esim. lonkkamurtuman pelossa. Lähes kaikissa vastauksissa korostettiin ammattitaitoisen henkilökunnan merkitystä ennaltaehkäisevänä ja varhaisen reagoinnin ja seurannan turvaavana seikkana. Hyvän ammattitaidon myötä muodostuva asiakkaiden tuntemus mahdollistaa tilanteiden ennakoinnin siten, että varsinaisiin rajoitustoimenpiteisiin ei ole pakko turvautua. (Forssén & Virtanen 2009)

Selvityksen perusteella nähdään lainsäädännölle uudistumistarpeita. Myös hoitolaitosten henkilökuntamitoitusten tulee olla selkeämmät. Hoidossa tulee korostua moniammatillinen osaaminen ja osaamisen ylläpitäminen. Eettisen neuvottelukunnan ja Valviran rooli korostuu lakien ja asetusten sekä hyvän hoitokäytäntöjen valvojana. Kirjaamiseen ja asukkaiden oikeanlaiseen sijoittamiseen sekä apuvälineiden asianmukaisuuden varmistamiseen ja tutkimukseen kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota. (Forssén & Virtanen 2009)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää omaisten kokemana vanhuksiin kohdistuvaa vallankäyttöä hoitolaitoksissa, miten hoitajan vallankäyttö näkyy hoitotyössä ja miten potilas tunnistaa vallankäytön.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmä on laadullinen. Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Laadullisen tutkimusmenetelmän tiedon intressinä on saavuttaa

tietoa, joka auttaa ilmiön tai asian ymmärtämisessä. (Tuomi & Sarajärvi vuosi 2002, 73 – 74)

Laadullisen tutkimuksen näkökulmasta arkielämässä sekä määrällisyys että laadullisuus ovat tärkeitä asioita. Joitakin asioita ei voi mitata määrällisesti esim. tunnetta tai asennetta. Laadullisella tutkimuksella voidaan kuvata selkeämmin tavallista elämää, koska todellisuus on moninainen. Tapahtumat vaikuttavat toisiinsa ja asioille voidaan löytää yhteneväisyyksiä. Koska kokonaisvaltainen tutkimusote ja arvot ovat ilmiöiden taustalla, objektiivisuus saattaa olla vaikeaa. Kietoutuminen tuloksena voidaan saada ehdollisia selityksiä aikaan ja paikkaan rajoittuen. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väitteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156 – 158)

Vanhuksiin kohdistuvaa vallankäyttöä voi olla vaikea mitata määrällisesti, koska kyse on ihmiseen käyttäytymiseen liittyvästä ilmiöstä. Vallankäyttö käsitteenä koetaan eri tavalla sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta: esimerkiksi tervehtimättä jättäminen saatetaan kokea loukkaavana. Laadullisessa tutkimuksessa voivat näkyä sekä omaisten että tutkijoiden omat tunteet, arvot ja käsitykset tutkittavasta ilmiöstä. Omassa tutkimuksessamme pyrimme saamaan uutta tietoa vanhuksiin kohdistuvasta vallankäytöstä.

Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista. Aineisto kootaan luonnollisissa todellisissa tilanteissa. Tutkimusmateriaalin keruussa suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina mm. havainnointia, apulomakkeita ja testejä. Laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa tuo tutkittavan aiheen eri näkökulmat ja äänen esiin. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, mikä mahdollistaa tutkimuksen joustavan toteutuksen. Joustavan tutkimussuunnitelman pohjalta tapauksia voidaan käsitellä ainutlaatuisesti ja tutkitaan aineistoa sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 160) Omassa tutkimuksessamme hahmotimme tutkimustehtävää omaisten havaintojen kautta tutkittavasta ilmiöstä, koska he elävät lähellä potilasta.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan ryhmitellä. Aineistosta voidaan tehdä johtopäätöksiä kielen piirteistä, keksiä säännönmukaisuuksia, tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtämistä. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää reflektoida yhteyksiä kokonaisvaltaiselle siirtymiselle ja jatkumolle. (Hirsjärvi, Remes & Saja-

vaara, 2007, 161 – 162) Omassa tutkimuksessamme pelkistimme omaisten alkuperäiset havainnot vallankäyttöä lyhyesti kuvaaviksi ilmiöiksi (liite 2).

Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme saada todellista tietoa vanhuksiin kohdistuvasta vallankäytöstä hoitolaitoksissa. Laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa tämän ilmiön syvällisemmän tarkastelun.

5.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä

Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat vallankäyttöä kokeneiden vanhusten omaiset. Laitoimme kirjoituspyynnön Suomi24 - verkkoyhteisöön ja Vanhustyön keskusliiton keskustelupalstalle 20.1.2008. Suomi24-internetsivuston kysely oli omaiset osiossa. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja vastaukset kerättiin internetsivustolta olevalla ilmoituksella (liite1). Tutkimukseen oli mahdollisuus osallistua myös sähköpostitse. Vastauksia saimme neljä kappaletta. Vastaukset saimme kertomuksina suoraan keskustelupalstalta. Laitoimme uuden ilmoituksen 7.7.2009. Aineiston keruu lopetettiin 30.9.2009. Uudella kirjoituspyynnöllä emme saaneet lisää vastauksia. Vastauksista kolme oli käyttökelpoista. Yhden vastauksen hylkäsimme, koska siinä ei ollut vastattu ilmoituksessamme kysytyyn asiaan.

Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääpaino on tapahtumissa ja kokemuksissa, osallistujien valintaperusteina käytetään henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 83) Lähdimme omassa tutkimuksessamme siitä, että omaiset elävät lähellä vanhusta ja juuri heillä olisi näkemystä vallankäytöstä hoitotyössä

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmämme oli laadullinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöisessä analyysissä pyrkimyksenä on luoda tutkimusaineistosta teorettinen kokonaisuus. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävän asettelu ohjaavat analyysiyksikön valintaa aineistosta. Analyysiyksiköt eivät saa olla ennalta sovittuja tai harkittuja. Aikaisemmilla havainnoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin lopputuloksen kanssa, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajarvi, 2002, 97)

Sisällönanalyysin tavoitteena on siis ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi tuottaa yksinkertaistettuja aineiston kuvauksia, koska sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Menetelmää on kritisoitu sen yksinkertaisuuden takia ja menetelmää ei ole pidetty riittävän laadullisena. Tilastollisten analyysien tekeminen on mahdotonta. Tulevaisuudessa odotetaan, että teorialähtöinen sisällönanalyysi vahvistuu hoitotieteen tutkimuksessa. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 134)

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto eli omaisten kirjoittamat kertomukset luettiin läpi moneen kertaan ja pyrittämään löytämään keskeiset vallankäyttöä kuvaavat tekijät. Aineistona käytetään kolmea kertomusta, joissa otetaan kantaa potilaaseen kohdistuvaan vallankäyttöön. Aineisto käsiteltiin tutkimustehtävien kautta pelkistämällä kertomuksissa olevat alkuperäiset ilmaisut ja purettiin auki tutkimustuloksissa.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu esim. tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaan, refleksiivisyyteen, eettisiin näkökulmiin ja tutkimuksen relevanssiin. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 164 – 166)

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää, kohdistuuko vanhuksiin vallankäyttöä hoitolaitoksissa. Tutkimustehtäväämme lähestyimme sekä hoitajan että potilaan käyttäytymisen ja asenteiden kautta. Näkökulmana oli omaisen kokemus vallankäytöstä. Kvalitatiivisen tutkimuksen kautta ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen ja sekä ihmisten näkemysten kuvaus korostuu. Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan selvittää uskomuksia asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. Toisaalta kvalitatiivinen tutkimus on nykyään sirpaloitunut ja sen hallinta on vaikeaa. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 49)

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentää vastausten vähäinen määrä. Saaduista vastauksista kolme neljästä oli käyttökelpoista. Kahdessa vastauksessa oli pohdittu syvällisemmin vanhuksiin kohdistuvaa vallankäyttöä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrän sijaan on keskeistä tutkimusaineiston tieteellisyys, laadukkuus, edus-

tavuus ja siirrettävyys. Jos aineisto on pieni, tulokset voivat olla pinnallisia. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 83)

Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistot ovat yleensä otoksiltaan pienempiä kuin kyselyjen, tilastollisuuden yleistettävyyden sijaan voidaan tavoitella teoreettista yleistettävyyttä. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 83) Tutkimuksessamme kertomuksista löytyi yhteneväisyyksiä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, mitä on myös kritisoitu sen analyysien epäselvyyden ja näkymättömyyden takia, koska ei voida selkeästi osoittaa mistä ja millaisten prosessien kautta tulokset ovat muodostuneet. Sisällön erittelyssä aineiston pelkistyksen ja luokituksen kautta aineistosta voidaan tulkita merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 131 - 134) Tutkimustyössämme käytimme aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Pelkistimme alkuperäiset ilmaisut vallankäyttöä kuvaaviksi ilmaisuiksi. Aineiston vähäisyydellä on saattanut olla merkitystä tutkimuksen pinnallisuuden kautta myös luotettavuuteen.

Tutkimuksen aineiston keruutavalla saattoi olla vaikutusta otannan määrään. Olisiko vastaajia ollut enemmän, jos olisimme käyttäneet tutkimusmenetelmänä esim. kyselyä hoitolaitoksessa. Tutkimuksemme otanta on pieni, joten tuloksia ei voi yleistää. Koimme aineistonkeruutavan onnistuneena, koska vastauksilla saimme tavoittelemaamme kokemukseräistä tietoa tutkimuksen aiheesta.

Tutkijan teoreettista herkkyyttä tarvitaan laadullisessa tutkimuksessa. Tutkija voi vahvistaa sitä teoriakirjallisuudella ja omilla ammatillisilla ja henkilökohtaisilla kokemuksilla. Teoreettinen herkkyys auttaa tutkittavan ilmiön ymmärtämisessä (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 163) Vastauksista näkyi, että aihe oli kirjoittajille läheinen. Kirjoituksista jäi vaikutelma, että kirjoittajilla oli kokemus ilmiöstä. Emme kuitenkaan varmasti voi tietää, olivatko kertomukset todenmukaisia ja kohderyhmäämme vastaavien henkilöiden kirjoittamia. Luotettavuutta kuitenkin lisää, että vastauksia oli haettu omaisille suunnatun keskustelupalstan kautta. Luotettavuuteen voi vaikuttaa tutkijoiden omat kokemukset, ymmärrys ja kyky tehdä johtopäätöksiä saaduista tuloksista.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että työssä on kaksi tekijää, jolloin kertomusten purkuun ja analysointiin on saatu kahden ihmisen näkökulma. Kertomukset luettiin useaan kertaan, että niistä löytyisi vastaukset tutkimusongelmiin. (Eskola & Suoranta 2005, 213) Kvalitatiivista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin. Tämä voi johtaa holistiseen harhaluuloon tai virhepäätelmään, mikä on seurausta sokeutumisesta omalle työlle. Tutkija vakuuttuu tutkimusprosessin aikana johtopäätöksensä oikeellisuudesta ja muodostamansa mallin todellisuudesta. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 159)

Tutkijoita askarrutti, olisiko jollain toisella tutkimusmenetelmällä saatu kattavampi tutkimusaineisto. Olisiko tulos ollut toisenlainen, jos vallankäytöstä olisi kysytty hoitajilta tai opiskelijoilta?

Verkkomateriaali avaa uuden tiedonsaantiväylän tutkimus ja lähdeaineistolle, jota uusi tutkijasukupolvi käyttää enenevässä määrin. Verkkomateriaalin käyttö on yksinkertaista. Riski-aineistot sanelevat mitä tutkitaan. Tällöin muiden aineistojen määrä vähenee eikä tutkimuksesta tule riittävän monipuolista. Toiminta saattaa antaa väärän kuvaa todellisuudesta. (Vilka 2007, 32 – 33)

Verkkomateriaalia käytettäessä on kiinnitettävä erityistä huomiota aineiston laatuun ja luotettavuuteen. Alusta alkaen on syytä tietää mihin tarkoitukseen aineistoa käytetään, erottaa toisistaan tutkimus- ja lähdeaineisto. Myös internetin viesti- ja artikkeliryhmiä (esimerkiksi new groups eli nyssit, keskusteluryhmät, blogit) voi käyttää soveltuvat molempiin. Kun viestiryhmien tekstejä käytetään tiedonlähteenä, tekstillä on tekijänoikeussuoja. Tämä tulee huomioida asianmukaisilla viitetiedoilla alkuperäiseen tekstiin. Tutkimusaineistona käytettävälle materiaalille tulee hakea tutkimuslupa. (Vilka 2007, 32 – 33)

Vaikka tekijää ei pystyisi määrittämään, on internet-aineistolla lähdeaineistona samanlainen tekijänsuoja kuin painetulla tekstillä. Vaikka se on helposti saatavissa, ei sen käyttö ole välttämättä luvallista. Myös verkkomateriaalia käytettäessä on noudatettava hyvää tutkimusetiikkaa ja lakia. Tutkimuseettisesti tulee erottaa toisistaan esim. yritysten ja yhteisöjen sivut ja chat-sivustot. Yritysten Internet-sivustot ovat täysin tai osittain vapaasti luettavissa. Organisaation vapaasti luettava sivusto on kuin julkinen asiakirja eikä sen käyttäminen edellytetä tutkimuslupaa. Luvanvaraisia sivustoja ovat mm. intranetsivustot. Lupa tarvitaan myös silloin kuin tutkijalla ei ole lupaa intranet

sivustoille tai ko. palveluihin. Tämä tulee esille etenkin työelämässä oleville opiskelijoille ja työnantajalle sekä opinnäytettä tekeville. Tärkeä on ottaa huomioon onko aineiston käyttö vapaata vai tarvitaanko lupa? (Vilka 2007, 97 – 98)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Hoitajan vallankäytön näkyminen ja tunnistaminen hoitotyössä

Vastausten perusteella hoitajien vallankäyttö hoitotyössä saattaa näkyä puhumattomuutena:

”Minulle hän valittaa, että kukaan hoitsu ei puhu hänelle koskaan mitään..”

Potilas voi tuntea itsensä esineellistetyksi. Hoidettaessa potilas kokee olevansa esine eikä ihminen. Esineellä ei ole tunteita, sille tehdään vain välttämätön. Potilas saattaa kokea, että hoidon aikana ei oteta huomioon hänen elettyä elämäänsä. Ihmisen eletty elämä on perustana hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. Mitätöimisellä ihmiseltä viedään ihmisarvo. Ihmisarvon vähättely vähentää sekä potilaan että hoitajan sitoutumista hoitoon ja altistaa vallankäytölle hoitosuhteessa:

”Eräs sossu taas mitätöi häntä ja hänen koko entistä elämäänsä (sanallisesti).”

Potilas saattaa kohdata hoidon aikana henkilökunnan taholta vastuun pakoilua. Tämä voi näkyä esim. hoitamatta jättämisenä tai selittelynä, ettei hoidon jatkamiseen tai loppuunsaattamiseen ole riittävästi tietoa. Vastuun kieltäminen tai pakoilu vastuusta voidaan kokea vallankäytöksi:

”Kaupungin sairaalan hammashuollon lääkäri sanoi myöhemmin, että eivät he voi vastata potilaan hampaista, jos hän on hammashoidossa tunnin vuorokaudessa ja loput 23 tuntia laitoksessa. Sanoin että kysymys oli lähinnä siitä, kun potilas ei päässyt jatkamaan hammashoittoaan ennen kuin hampaat olivat odottaessa menneet jo pilalle.”

Vallankäyttö saattaa näkyä myös hoidon laiminlyömisinä. Laiminlyönti voi näkyä, ettei kivunhoidon riittämättömyytenä tai hoidon jatkumattomuutena. Henkilökunta ei välttämättä kuuntele potilasta ja hänen toiveitaan. Päätöksiä ei tehdä asiakaslähtöisesti:

”siellä olisi edes järjestynyt kipulääkitys”

Hoidon vaikeuttaminen saattaa olla vallankäyttöä. Yhdessä tapauksessa omaiselle tuli ylimääräistä vaivaa järjestellessään potilaan kannalta sopivaa hoitopaikkaa. Välinpitämättömyys voi olla myös vallankäyttöä. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, ettei sairaalasta ollut mahdollisuutta lähteä saattamaan jatkohoitopaikkaan:

”tästä sitten seurasi kuukausia kestänyt prosessi, jossa jouduin taistelemalla hankkimaan hänelle uudelleen saattohoitopaikan, missä hänen ei tarvinnut kuolla sentää yksin ilman kipulääkitystä”

Kaikista kertomuksista tulee esille, että potilaat tunnistavat, että valtaa käytetään hoitotyössä. Yhdestä kertomuksesta tuli ilmi, että potilaalle jäi tuntemus, että hänelle tehdään vain välttämättömyys eikä oteta kokonaisuutena, ihmisenä huomioon. Toisessa kertomuksessa tuli esille, että potilaan ollessa muista riippuvainen hänen koko elämänsä ennen hoitoon tuloa saatetaan mitätöidä.

Kolmannessa kertomuksessa tuli esille, että valtaa käytettiin niin että potilaan aloitettua hammashoitoa ei jatkettu riittävän nopeasti. Tämän seurauksena potilaan hampaat menivät piloille.

6.2 Hyvän hoidon tunnistaminen

Hyvä hoito ei ole hoidon laiminlyöntiä. Yhdessä kertomuksessa omaisen mukaan potilas ei saanut kunnon kipulääkitystä terveyskeskuksessa. Taisteltuaan kuukausia, omaisen sai potilaalle järjestettyä saattohoitopaikan, jossa kipulääkitys saatiin kuntoon.

Toisessa kertomuksessa potilaan hammashoitoa ei jatkettu omaisen vaatimuksesta huolimatta. Tämän seurauksena potilaan hampaat menivät pilalle:

”Niissä oli väliaikaiset raudat, jotka putosivat vuosien kuluttua itsestään pois. Hammaslääketieteen oppilas kysyi vaimoani vastaanotolle entisestään hammashoitopaikastaan, koska em. raudat keräisivät bakteereita mm. hampaistoihin”.

Asiaan herättiin vasta, kun lähiomainen kertoi vievänsä asian hoitamattomuuden kaupunginvaltuustoon. Omaisen hoitaessa potilaan hammasasiaa, kaupungin hammashuollon lääkäri vastasi lähiomaiselle myöhemmin, ettei hammashuolto voi ottaa vastuuta potilaan hampaiston pilaantumisesta, jos potilas on tunnin vuorokaudesta hammashuollossa ja 23 tuntia laitoksessa. Lähiomainen selvensi, että kysymys oli lähinnä siitä, että miksi potilas ei päässyt jatkamaan mielisairaalassa jo aiemmin aloitettua hammashoitoa ennen kuin hampaat olivat menneet pilalle.

Lähiomainen kysyi asiaa hoitavalta taholta kirjallisesti, lähiomaiselle selvitettiin, ettei tietoja ollut tarpeeksi toimenpiteisiin. Potilasasiakirjoissa oli mukana tiedot hammashoidosta ennen mielisairaalaksoa ja hammashoidon jatkamisesta mielisairaalahoitajakson aikana. Lähiomainen ihmettelee, mitä tietoa kaivataan vielä lisää ja hän kaipaa sitä edelleen. Hänen luottamuksensa joihinkin lautakuntiin ja niiden toimintaperiaatteisiin on horjunut.

7 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää, esiintyykö hoitotyössä vanhuksiin kohdistuvaa vallankäyttöä hoitolaitoksissa omaisten kokemana. Vastauksia saimme neljä kappaletta, joista kolmea käytimme tutkimuksessamme. Pohdimme yhden vastauksen kohdalla syytä, miksi se ei ollut käyttökelpoinen. Kertomuksessa ei ollut vastattu ilmoituksessa esitettyyn kysymykseen, joten emme voineet käyttää vastausta. Keskustelua oli käyty lukemassa lähes 400 kertaa.

Vanhusväestön lisääntyessä omaiset kiinnittävät enemmän huomiota vallankäyttöön hoitotyössä. Ovatko omaiset huomannet hoidon tason heikentyneen? Esiintyykö vanhusten hoidossa selkeitä laiminlyöntejä? Kaikilla vanhuksilla ei ole omaisia puolustamassa heidän oikeuksiaan eikä kaikkia omaisia kiinnosta.

Kiinnostuimme siitä, miten hoitajan vallankäyttö näkyy päivittäisessä hoitotyössä ja miten potilas tunnistaa vallankäytön. Aihevalinta oli mielenkiintoinen, mutta vaikea ja

haastava. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvasta vallankäytöstä on tehty tutkimuksia. (Pitkänen, 2003; Rasimus, 2002)

Aloitimme opinnäytetyömme suunnittelemisen syksyllä 2007. Kesän 2007 aikana uutisoitiin useita vammaisiin henkilöihin hoitolaitoksissa kohdistuneita surmayrityksiä. Toisen elämän päättäminen on äärimmäinen muoto vallankäytöstä. Esiintyykö hoitolaitoksissa vanhuksiin ja vammaisiin kohdistuvaa vallan käyttöä?

Aloitimme keskustelun vallankäytöstä Suomi24 -verkkoyhteisössä ja Vanhustyön keskusliiton keskustelupalstalla. Yllätyimme siitä kuinka vähän keskustelua aiheesta syntyi, vaikka aihe oli ajankohtainen. Lukijoita oli satoja, mutta harva halusi kertoa kokemuksistaan. Suuntasimme keskustelun omaisille. He kuitenkin osallistuivat aktiivisesti moniin muihin keskusteluihin esim. omaishoidon tuki ja omaishoitajan vapaat.

Haimme vastauksia puolentoista vuoden ajan. Ensimmäinen kysely tuotti neljä vastausta. Toinen kysely ei tuottanut mitään lisäarvoa. Odotimme enemmän vastauksia. Ajattelimme, että aihe on ajankohtainen ja kiinnostava ja ihmiset innostuvat kirjoittamaan. Vastauksista näkyi, että ilmiö oli kirjoittajille henkilökohtainen, koska kirjoituksissa oli tunnepitoisia ilmaisuja. Omaisat saattavat pelätä, että hoidon arvostelu vaikuttaa hoidon laatuun. Potilaat eivät välttämättä tiedä omia oikeuksiaan. Osalle potilaista vallan käyttö jossain muodossa on saattanut olla osa elämää.

Tutkimustyötä aloittaessamme ja tutkimusprosessin edetessä pohdimme, olisiko joku toinen kohderyhmä tuottanut enemmän aineistoa aiheesta. Ilmoituksemme oli esillä vain internet - sivustolla. Tämä rajasi vastaajat vain internetin käyttäjiin. Vastausten vähäisyyteen saattoi vaikuttaa se, että seniorikansalaiset eivät käytä internetiä.

Kaikissa kolmessa kertomuksessa tulee esille, että hoitajat käyttävät valtaa. Vallankäyttö saattaa näkyä mm. hoidon laiminlyöntinä, puhumattomuutena tai vastuun pakoiluna. Potilaat tunnistavat vallankäytön mm. siitä että heidän hoitonsa ei ole kokonaisvaltaista. Potilaat saavat vain välttämättömän hoidon ja heidän entinen eletty elämänsä mitätöidään. Hoidon aikana voi tapahtua laiminlyöntejä. Vastauksista selviää, että potilaat ja heidän omaisensa tunnistavat millaista hyvän hoidon tulisi olla. Vastauksista selviää, että hyvä hoito ei ole hoidotta jättämistä esim. kipulääkityksen tai hammashoidon laiminlyöntiä. Opinnäytetyömme tulokset eivät ole yleistettävissä, joskin jokainen kertomus on oma tarinansa.

Tutkimuksen tuloksissa potilaisiin kohdistuva vallankäyttö näkyi lähinnä psyykkisellä ja sosiaalisella ja jonkin verran fyysisellä osa-alueella. Hoitaja voi olla puhumatta potilaalle, huomioimatta häntä ja mitätöidä potilaan elämää. Potilaan hoidon saamista voidaan vaikeuttaa. Potilas saattaa jäädä ilman tarpeellista hoitoa esim. tarvottavaa kipulääkitystä. Hoitamatta jättäminen aiheuttaa kärsimystä potilaalle. Tuloksista käy ilmi, ettei hoito ole hyvää, koska hyvän hoidon eettisiä periaatteita ei kunnioiteta esim. potilas voi tuntea itsensä esineeksi, jolle tehdään vain välttämätön. Vaikka hyvälle hoidolle on olemassa eettinen ja lakisääteinen perusta, henkilökunnan vallankäyttöä on vaikea valvoa. Hoitotyön kuuluisi olla asiakaslähtöistä, mutta potilaan tarpeet jätetään huomiotta esim. saattohoitopäätöstä tehdessä iäkkäälle, vaikeasti sairaalle vanhukselle. Hoitajan ammatilliseen osaamiseen vaikuttaa esim. koulutus, omat valmiudet ja persoona. Myös työyhteisöllä ja hoitoympäristöllä on merkitystä, miten hoitaja työskentelee.

Opinnäytetyömme herätti innostusta, mutta työn tekeminen opiskelun ja oman työn ohella tuntui ajoittain raskaalta. Emme tarttuneet aluksi tarpeeksi ripeästi ja suunnitelmallisesti opinnäytetyömme tekemiseen ja siksi työn tekeminen venyi. Toisaalta viime aikoina aiheestamme on tullut entistä ajankohtaisempi ja se on lisännyt innostustamme työn saattamiseen loppuun. Tutkimusmateriaalin vähäisyys latisti jonkun verran innostustamme. Eivätkö omaiset tunnista millaista on hyvä hoito vai ovatko he väsyneet taistelemaan byrokratiaa vastaan? Pelätäänkö, että jos asioista puhutaan ääneen, joku saa tietää ja hoito muuttuu vieläkin huonommaksi? Verkossa vastuu on kuitenkin aina kirjoittajan.

Henkilökunta saattaa ottaa hoitoa koskevan kritiikin liian henkilökohtaisesti, palautteen vastaanottaminen saattaa olla vaikeaa. Hankalista omaisista ja potilaista keskustellaan julkisesti Internetin keskustelupalstoilla esim. hoitajat.net tai sosiaalisessa mediassa esim. Facebook. Työpaikoilta puuttuu usein avoin keskustelu, asioita tai toimintamalleja ei aseteta kyseenalaiseksi. Onko hoitajien työmoraaali heikentynyt, jos on niin miksi?

Onko vallankäyttö syytä vai seurausta? Hoitotyö on maassamme monella tapaa kriisissä. Taantuman heikentämässä hyvinvointi yhteiskunnassa sosiaalisen hyvän murenemisen myötä auttajat väsyvät ja kansalaiset voivat huonosti. Hoitajien työn paine on suuri, työvoimamitoitukset ovat tiukentuneet osastoilla ja yksiköissä, sijaisia ei saada

tai ei voida heikentyneiden talousresurssien takia ottaa. Hoidettavat ovat monisairauksisempia ja fyysisesti raskashoitaisempia. Hoitolaitokset ja -paikat ovat usein fyysisiltä tiloiltaan usein vanhanaikaisia ja epäkäytännöllisiä. Hoitajilla on usein riittämättömyyden tunne. Kiire aiheuttaa stressiä, koska ei ehdi tehdä työtään hyvin.

Potilailla ja hoitajilla on myös erilainen elämisen tausta ja he kokevat vallankäytön ilmenemismuodot eri tavalla. Toiselle joku asia ei ole vallankäyttöä, toiselle taas on. Vallankäytön esille ottaminen on edelleen tabu suomalaisessa hoitokulttuurissa.

Haastavaa on ollut aihepiirin ajankohtaisuuden lisääntyminen työmme tekovaiheen aikana. Tänä syksynä on saatu Etelä-Suomen lääninhallituksen toimesta valmiiksi selvitystyö, joka peräänkuuluttaa lainsäädännöllisiä muutoksia esim. rajoitus- ja pakote-toimintaan myös vapaaehtoisessa hoidossa oleville. Tämä koskettaa sekä asumisyksiköitä että somaattisien sairauksiin erikoistuneita sairaaloita. Kysymys on ennen muuta laitoksissa ja hoitokodeissa asuvien ihmisoikeuksista. Ikääntyneiden hoidon tasosta on keskusteltu paljon tänä syksynä, mutta mitään konkreettista ei ole vielä tapahtunut.

Ihmisillä on usein käsitys, että kaikki sairaanhoitajat ovat ”sisar-hento-valkoisia”. Tähän käsitykseen liittyy yleensä positiivinen tunnelataus. Todellisuus voi joskus kuitenkin olla jotain muuta – onneksi ei kuitenkaan aina. Lehdistä on voitu lukea mm. potilaiden huonosta ja epäasiallisesta kohtelusta, välinpitämättömyydestä potilasta kohtaan tai jopa potilaan kovasta käsittelystä pesu- tai pukeutumistilanteissa. Ajoittain tulisi pysähtyä miettimään, mikä piirre potilaassa/asiakkaassa mahdollisesti aiheuttaa sellaista ”kiukkua”, joka voi johtaa epäasialliseen kohteluun. Erään tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla on ammatillisessa osaamisessa edelleen myös kehittymisen tarvetta. Sairanhoitajilla tulisi olla laaja-alaisempaa ja syvällisempää tietoa terveydenhuollosta ja hoitotyöstä sekä erityisesti enemmän tietoa omasta erityisalastaan. (Hilden 2002, 61 - 62)

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana meillä heräsi ajatus jatkotutkimuksesta. Jatkossa voitaisiin tutkia opiskelijoiden kokemuksia potilaisiin kohdistuvasta vallankäytöstä käytännön harjoittelussa.

LÄHTEET

Alaspää, A. 1999. Ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Tammerpaino Oy.

Canetti, E. 1998. Joukko ja valta. Helsinki: Cosmoprint.

De Wit, A. 2004. Vanhusten ihmisarvon kunnioitus ensihoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala Pori. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma.

Eerikäinen, S. 2000. Terveyskeskuksen hoivaosastolla hoidettavien vanhusten käsitys saamastaan kohtelusta hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Eriksson, K. 1995. Kärsivä ihminen hoidossa. Hoitotieteen laitos. Yhteiskunta- ja hoitotieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.

Forssén, T & Virtanen, J. 2009. Hoivaa ja huolenpitoa vai rangaistuksia ja kiusantekoa. Etelä-Suomen lääninhallitus. Saatavissa: www.poliisi.fi

Heikkinen, A. Laine, B . (1997). Hoitava kohtaaminen.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007 Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos.

Keuruu: Otava.

Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa, selvitys pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä Etelä-Suomen läänin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, Etelä-Suomen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2/2009

Häyhänen, I. 2000. Esittävän taiteilijan kokema kaltoin kohtelu terveydenhuollossa. pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Janhonen, S., Nikkonen M. (toim.) 2009. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy

Kaartinen, M. 2003. Hyvä hoito yhteispäivystyksessä potilaiden arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Kankare, H., Hautala - Jylhä, P-L., Munnukka, T. 2004. Lähimmäisen rakkauden puolustus- uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Tammi.

Koivisto, J.1994. Potilaan oikeudet ja potilasasiameiestoiminta. Helsinki. Kuntaliitto

Lehestö, M., Koivunen O., Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita prima Oy.

Leino - Kilpi, H., Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Turku: WSOY.

Markkanen, K. Sadat omaiset valittavat vuosittain hoitohenkilökunnan käytöksestä. Helsingin sanomat 7.7.2009.

Molander, G. & Työterveyslaitos. 2003. Työtunteet. Esimerkkinä vanhustyö. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkola L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Mäki, T. & Valkonen, R. 2002. Potilaan itsemääräämisoikeus ja osastonhoitajan toiminta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemäärääminen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa (Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle). Kuopion yliopisto.

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä Tampereen yliopisto. hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoin kohtelusta vanhainkodeissa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.stm.fi> [viitattu 10.5.2010].

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1. – 2. painos. Jyväskylä: Tammi.

Viinikainen, S. 2007. Ylihoitajien kokemuksia vallasta ja sen yhteydestä hoitotyöhön Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi.

Väkivalta ja terveys maailmassa. toim. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi ja Rafael Lozano. WHO:n raportti. 2005.

Liite 1

Keskustelun avaus verkossa 21.1.2008

Hei!

Onko hoitaja kohdellut omaistasi hoitolaitoksessa kaltoin? Onko omaistasi nipistely, lyöty, nimitelty, jätetty huomiotta, uhkailtu jne.?

Olemme terveydenhoitajiksi opiskelevia sairaanhoitajia Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa. Meillä on vuosien työkokemus ikääntyneiden hoitotyöstä. Teemme opinnäytetyötä ikääntyneisiin potilaisiin kohdistuvasta vallankäytöstä/väkivallasta hoitolaitoksissa.

Kerro meille kokemuksesi ja ehdotuksesi, miten olisi voitu toimia toisin. Asiat eivät muutu, jos niistä vaietaan.

Opinnäytetyömme tuloksista laitamme yhteenvedon tälle palstalle toukokuun loppuun mennessä.

Osallistu keskusteluun tällä palstalla tai sähköpostitse, tutki2@suomi24.fi

Kokemuksesi on meille tärkeä, vastauksista etukäteen kiittäen.

Terveisin Irina ja Arja

ALKUPERÄINEN ILMAISU

että kukaan hoitsu ei puhu hänelle koskaan mitään

hän on esine, jolle tehdään se välttämätön

eräs sossu taas mitätöi häntä ja hänen koko entistä elämäänsä (sanallisesti).

päätös hoitamattajättämisestä oli tehty keskussairaalassa,

kaupungin sairaalan hammashuollon lääkäri sanoi myöhemmin, että eivät he voi vastata potilaan hampaista, jos hän on hammas hoidossa tunnin vuorokaudessa ja loput 23 tuntia laitoksessa, Kysyttäessä asiaa paperein Helsingistä, mihin asia kuului, sain ymmärtää, ettei tietoja ollut tarpeeksi toimenpiteisiin

siellä olisi edes järjestynyt kipulääkitys

koska häntä ei päästetty jatkamaan hammashoitoaan joka oli jäänyt kesken ennen sairaalaan joutumistaan,

, kun potilas ei päässyt jatkamaan hammashoitoaan ennen kuin hampaat olivat odottaessa menneet jo pilalle

PELKISTETTY ILM.

PUHUMATTOMUUS

ESINEELLISTÄMINEN

MITÄTÖIMINEN

VASTUUNPAKOILU

HOIDON LAIMINLYÖN

kotisairaanhoido, jolla oli kokemusta siitä miten mahdotonta kotihoito on järjestää, samoin kun paikalla olleet omaiset vastustivat heittämistä takaisin "kotiin" kuolemaan

tämä "veteraanikuntouttaja" päätti kuitenkin yksin että, kyseinen kuolemaan tuomittu syöpää sairastava vanhus toimitetaan kotiin, jos HÄN siihen itse suostuu

tästä sitten seurasi kuukausia kestänyt prosessi, jossa jouduin taistelemalla hankkimaan hänelle uudelleen saattohoitopaikan, missä hänen ei tarvinnut kuolla sentää yksin ilman kipulääkitystä/

mutta en saanut sairaalasta kenenkään saattamaan häntä min-käänlaiseen jatkohammashoitoon

TOIVEITA EI KUUNNE

YLIKÄVELY

HOIDON VAIKEUTTAN

VÄLINPITÄMÄTTÖMY