

Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa

Väitöskirjatutkimuksessani olen tarkastellut fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten itsensä, heidän omaisten, hoitohenkilökunnan ja esimiesten näkökulmasta. Eräs tutkimukseeni osallistunut vanhus totesi haastattelussa: ”Liikkuminen on hirveän tärkeää, minusta tuntuu, että minä en pystyisi enää elämään, jos en pääsisi liikkumaan.” Uskon, että me kaikki voimme samaistua kyseisen vanhuksen toteamukseen. Liikkuminen on useimmille meille elinehto, jonka tärkeys huomataan vasta sitten, kun se ei enää ole itsestään selvää. Liikkumisen pitäisi kuitenkin olla kaikkien ihmisten perusoikeus, myös vanhusten. Tutkimustulokseni osoittavat, että näin ei kuitenkaan aina tänä päivänä ole, ja terveydenhuollon historian tarkastelu osoittaa, ettei aina myöskään näin ole ollut.

Levottomien ja aggressiivisten potilaiden rauhoittamiseen ja käytäytymisen valvontaan on satoja vuosia käytetty erilaisia fyysisiä rajoittamiskeinoja, kuten esimerkiksi lepositeitä ja -lakanaa. Samalla tavalla fyysisten rajoitteiden käyttö eri muodoissaan on kuulunut myös suomalaiseen vanhustenhoitoon vuosikymmenten ajan. Fyysisiä rajoitteita on käytetty sekä köyhäin- eli vaivaistalojen aikakaudella että myös kunnalliskodeissa ja nyt edelleen vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tarkasteltaessa vanhusten hoitotyön historiaa löytyy erilaisista dokumenteista merkintöjä vanhojen ihmisten fyysisestä rajoittamisesta ja ei aina ko-

vinkaan laadukkaasta kohtelusta ja hoidosta. Vuonna 1967 eli vain noin 40 vuotta sitten erään pohjois-suomalaisen kunnalliskodin tarkastusraporttiin oli kirjattu seuraavaa: ”Henkilökunnan toimesta suoritettavaa valvontaa myös yön aikana on kuitenkin huomattavasti lisättävä, sillä nyt joudutaan potilaita yöllä sulkemaan koppeihin henkilökunnan vähäisyyden vuoksi.” Tai kunnalliskodin ohjesääntö vuodelta 1923 antoi kunnalliskodin johtajalle mahdollisuuden rankaista vanhusta sopimattomasta käytöksestä eristämällä hänet esimerkiksi aterioinnin ajaksi muista asukkaista enintään kahden viikon ajaksi (Paasivaara 2002).

Historian tarkastelu siis paljastaa fyysisten rajoitteiden käytön olleen osa suomalaista vanhusten laitoshoidoa. Tästä huolimatta fyysisten rajoitteiden käyttöä on Suomessa tutkittu niukasti. Kansainvälisesti fyysisten rajoitteiden käyttöä on sen sijaan tutkittu hyvinkin laajasti. Näiden aikaisempien tutkimusten perusteella vaikuttaa siltä, että fyysisten rajoitteiden käytöllä pyritään yleisimmin vanhuksen turvallisuuden varmistamiseen, estämään vanhusta häiritsemästä ympäristöään eli hoitajia ja muita asukkaita sekä hoitotoimenpiteiden mahdollistamiseen. Aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat myös, että fyysisten rajoitteiden käyttö saattaa olla vanhukselle hyvinkin haitallista, jos se aiheuttaa eristeistä vahinkoa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin alueella. Aikaisempien tutkimusten painopistealueet ovat olleet fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydessä, syissä, seurauksissa ja hoitajien kokemuksissa. Vanhusten ja omaisten näkökulmasta fyysisten rajoitteiden käyttöä on tutkittu liian vähän.

Väitöskirjatutkimukseni tarkoituksena oli kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Toteutin tutkimukseni kahdessa vaiheessa. Tutkimukseni ensimmäisessä vaiheessa keräsin aineiston kyselylomakkeella vanhusten hoitotyöhön osallistuvilta henkilökunnalta. 1148 henkilöä vastasi kyselyyn. Tutkimukseni toisessa vaiheessa keräsin aineistot vanhuksilta, omaisilta sekä hoitotyöhön osallistuvilta henkilöiltä ja hoitotyön esimiehiltä. Tutkimusmenetelmänä käytin osallistuvaa havainnointia ja yksilö- ja ryhmähaastattelua.

Tutkimustulosteni mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa oli yleistä, sillä 88 prosenttia kyselyyn vastaajista ilmoitti, että heidän työyksikössään oli tutkimusta edeltävän viikon aikana käytetty jotakin fyysisen rajoittamisen muotoa. Yleisimmin käytetty rajoittamismuoto oli ylösnostetut sängynlaidat, geriatrisen tuolin käyttö siten, että pöytälevy oli estämässä vanhuksen liikkumisen sekä pyörätuolin tai tavallisen tuolin käyttö vyökiinnityksellä. Hoitajat käyttivät myös tuplarajoittamista eli kahta erilaista rajoittamismuotoa yhtä aikaa. Näiden niin sanottujen perinteisten rajoittamismuotojen lisäksi hoitajat käyttivät vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen myös keinoja, jotka nimesin epäsuoriksi rajoittamismuodoiksi. Näitä olivat muun muassa liikkumisen apuvälineen kuten rollaattorin tai kävelytelineen ottaminen pois vanhukselta, tai soittokellon ottaminen pois vanhukselta, jolloin estettiin vanhuksen mahdollisuus pyytää liikkumisapua hoitajalta. Vanhuksen liikkumista rajoitettiin

epäsuorasti myös pitämällä vanhuspuutteellisesti pukeutuneena.

Tutkimukseni tulosten mukaan useat tekijät altistivat vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle. Nämä tekijät liittyivät vanhuksen itseensä, omaiseen, hoitajaan, hoitotyöhön, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan. Vanhuksen liittyvä tekijä oli esimerkiksi se, että vanhus käyttäytyi ympäristöä häiritsevästi: oli levoton ja aggressiivinen tai vaelteli taukoamatta ympäri osastoa. Vanhuksen liikkumisen rajoittamista esimerkiksi ympäristön häiriintymisen takia ei kuitenkaan tänä päivänä voida pitää laadukkaaseen vanhusten laitoshoidon kuuluvana toimintana.

Vanhusten laitoshoidon laatua linjataan muun muassa lakien, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien sekä suositusten avulla. Vanhusten laitoshoidon tavoitteeksi on asetettu kaikkien vanhusten hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen riippumatta heidän toimintakyvystään. Laadukkaaseen laitoshoidon palveluun kuuluu muun muassa se, että hoito on asiakaslähtöistä ja perustuu vanhuksen toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan (Stakes 2007, STM 2007). Anneli Sarvimäen (2008) mukaan eettisesti hyvälle gerontologiselle hoitotyölle on ominaista huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja koskemattomuuden kunnioittaminen inhimillisessä hoitosuhteessa. Huolenpitoa ja ihmisarvoa voidaan pitää keskeisimpinä arvoina. Huolenpito ilmenee pyrkimyksenä toteuttaa se, mikä on hyvää, ja välttää pahaa: eli tuetaan, suojellaan ja luodaan turvallisuutta. Vanhan ihmisen ihmisarvoa ei saa rajata hänen fyysinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakykynsä. Ihmisarvoon vedoten myös vanhalla ihmisellä on oikeus

omaan elämäänsä: eli oikeus itsemääräämisoikeuteen, oikeus yksityisyyteen, oikeus loukkaamattomuuteen ja koskemattomuuteen.

Tutkimustulosteni mukaan hoitajat kokivat fyysisten rajoitteiden käytön eettisenä ristiriitatilanteena, sillä vanhuksen liikkumisen rajoittaminen tuntui julmalta ja ahdistavalta, vanhuksen henkilökohtaisen vapauden riistämiseltä, mutta toisaalta hoitajat pitivät rajoitteiden käyttöä välttämättömänä keinona tilanteessa, jossa heillä ei ollut vanhuksen turvallisuuden takaamiseksi muita vaihtoehtoja. Tätä tunnetta kuvaa hyvin erään tutkimukseeni osallistuneen hoitajan lausuma: ”Siis se on hirveän ristiriitainen tunne, minulla ainakin, siis semmoinen, siis se on aivan kuin paha olo, että voi kun minä voisin jotenkin paremmin tämän asian hoitaa, mutta kun minä en pysty.”

Fyysisten rajoitteiden käyttötilanteille ominainen ristiriitaisuus aiheutuu vanhuksen itsemääräämisen ja toisaalta hoitajan velvollisuuksiin kuuluvan suojaamisen periaatteen joutumisesta vastakkain. Tutkimukseeni osallistuvat hoitajat ja esimiehet pitivät eräänä fyysisten rajoitteiden käytölle altistavana tekijänä sitä, ettei Suomessa ole voimassaolevaa lainsäädäntöä fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. Lisäksi vain 33 prosenttia kyselyyni vastanneista ilmoitti, että heidän työyksikössään on kirjalliset ohjeet vanhuksen liikkumisen rajoittamisesta.

Totta onkin, että selkeän ohjeistuksen tai lainsäädännön puuttuminen fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa saa aikaan harmaan vyöhykkeen, jossa yksittäisen henkilön on vaikeaa ja jopa ahdistavaa pohtia onko hänen toimintansa oikeutettua. Toki Suomen perustuslaissa yksiselitteisesti kielletään rajoitteiden käyttö toteamalla, että yksilön henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain, jos ra-

joittaminen perustuu lakiin eikä ole mielivaltaista. Vanhusten vapauden rajoittamisesta ei ole säännöksiä, toisinkuin kehitysvamma- ja mielenterveyspotilaiden kohdalla. Korkean tason suosituksia ja kannanottoja on kuitenkin esitetty fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa. ETENE eli valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja TEO eli entinen terveydenhuollon oikeusturvakeskus ovat suositaneet seuraavaa: jokainen rajoittamistilanne tulee arvioida yksilöllisesti, vanhusta ja/tai omaista tulee kuulla, päätöksen tekee aina lääkäri punnittuaan rajoituksen haitat ja hyödyt, rajoittaminen saa tapahtua vain asianmukaisella välineellä ja välineen käyttöohjeiden mukaisesti, rajoitteiden käyttö tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin, rajoitetun vanhuksen riittävästä valvonnasta tulee huolehtia ja rajoittaminen tulee lopettaa heti, kun se ei enää ole välttämätöntä.

Peruspalveluministeri Paula Riisikko on julkisuudessa esittänyt erillisen lain säätämistä vanhustenhuollosta, joka muuttaisi nykyiset laatusuositukset kuntia sitoviksi. Lain tarkoituksena olisi nostaa vanhuksen asemaa yhteiskunnassa. Tässä laissa voisi olla linjattuna myös fyysisten rajoitteiden käyttö. Myös aikaisempien tutkimusten perusteella kirjallisten ohjeiden ja lainsäädännön avulla voidaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa pitää hallinnassa. Toki lainsäädännön olemassaolo toisi mukanaan uusia kysymyksiä muun muassa siitä, kenelle lain toteutumisen valvominen kuuluisi ja miten valvonta toteutettaisiin, mitä sanktioita lain rikkomisesta seuraisi ja tulisivatko ne yksittäiselle hoitajalle vai organisaatiolle?

Tutkimukseni tulosten mukaan ominen oli aktiivinen osallistuja päätettäessä fyysisten rajoitteiden käytöstä läheisen vanhuksen koh-

dalla. Omaisen käyttämät rajoittamismuodot olivat joko suoria tai epäsuoria. Omaiset käyttivät suoraan rajoittamista nostessaan itse vanhuksen sängynlaidan ylös tai sitoessaan vanhuksen pussilakanan avulla sänkyyn kiinni. Omaisen käyttämä epäsuora rajoittaminen ilmeni hoitajille esitettyinä toiveena tai jopa vaatimuksena fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhuksen kohdalla. Omaisten käyttämien rajoittamismuotojen takana oli huoli vanhuksen turvallisuudesta. Ilmeisesti omaiset sekä arvioivat hoitoyksiköiden fyysisen ympäristön turvattomaksi vanhukselle että myös ottivat mallia hoitajien käyttämistä tavoista rajoittaa vanhuksen liikkumista. Tärkeää olisi selvittää, mikä vanhusten laitoshoidon rakenteissa ja toiminnoissa saa aikaan omaisessa tunteen, että vanhus ei ole turvassa ilman fyysisten rajoitteiden käyttöä. Aiheutuuko omaisen turvattomuuden tunne liian vähäisestä työntekijämäärästä, isoista hoitoyksiköistä, huonokuntoisista vanhuksista vai hoitajien toimintatavoista?

Tutkijana työskenteleminen ja tutkimustyö on haastavaa, antoisaa ja ikuinen löytöretki. Olen usein ajatellut tutkimustyön olevan kuin palapelin kokoamista: nurkkapala paikalleen, siihen kuuluva pala viereen ja pikkuhiljaa maltillisesti työskennellen kaikki palaset löytävät paikkansa ja lopputuloksena on ehjä kaunis kuvio. On kuitenkin mahdollista, että tutkijana löytää tuloksia, jotka eivät ole tutkittavalle ilmiölle mairittelevia, ja jotka tutkija mieluummin unohtaisi, jättäisi löytämättä ja raporttoimatta. Eli palapelin kuva ei olekaan mieluinen ja siloinen. Tutkimusaineistoja analysoidessani huomasin olevani edellä kuvaamassani tilanteessa. Tutkimustyöni nosti esiin asioita, jotka eivät ole kunniaksi vanhusten hoidolle ja siellä työskentelevien hoitajien toiminnalle kuten esimer-

kiksi hoitajan epäammattillinen toiminta rajoittamistilanteessa, jolloin vanhuksen rajoittamisen syynä oli hoitajan kokemus siitä, että levottoman vanhuksen sitominen oli helpompaa kuin hänen vieressään istuminen tai fyysisten rajoitteiden käytön seurauksena tapahtuva kaltoinkohtelu.

Näiden tulosten raportointi yhteiskunnallisessa tilanteessa, jossa vanhustenhoito on muutoinkin ollut negatiivisessa mielessä esillä mediassa, on ajoittain tuntunut minusta tutkijana vaikealta ja epämiellyttävältä. Olen kuitenkin pitänyt kiinni siitä, että ainoastaan asioiden tekeminen näkyväksi, nostaminen yleiseen objektiiviseen tarkasteluun, lähtökohtaisena ajatuksena se, ettei ketään eikä mitään tahoa syyllistytä, voi ainoastaan mahdollistaa muutoksen. Saatujen tulosten, myös epämiellyttävien, rehelliseen raportointiin velvoittaa toki jo tutkijan etiikkakin. Toivon, että tutkimustuloksieni auttavat tiedostamaan fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvän haasteellisuuden ja toivon, että niiden avulla voidaan kehittää vanhusten hoidon käytäntöjä.

Tutkimustuloksieni ovat tarjonneet myös ilonaiheita. Tulosten mukaan vanhusten laitoshoidossa työskentelevät hoitajat käyttävät erilaisia vaihtoehtoisia menetelmiä vanhuksen fyysisen rajoittamisen sijaan. Hoitajat rauhoittivat levottoman vanhuksen läsnäolollaan istumalla vanhuksen vieressä juttelemassa mukavia, omaiset kutsuivat tätä ”positiiviseksi rajoittamiseksi”, hoitajat myös ottivat yhteyden omaiseen ja yrittivät yhdessä löytää sopivan tavan toimia levottoman vanhuksen kanssa. Myös hoitoympäristön muokkaaminen vanhukselle turvallisemmaksi liikkua oli vaihtoehtona fyysisten rajoitteiden käytölle. Tutkimustulokset osoittivat myös useita keinoja, joilla voidaan tukea ja edistää näiden vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä.

Näitä olivat muun muassa moniammattillinen yhteistyö, lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen vanhuksen hoitoon ja esimiehen tuki. Näiden tekijöiden huomiointiin toivoisin jatkossa kiinnitettävän huomiota.

Tutkijana koen myös, että tutkimukseeni osallistuvat hoitajat olivat rohkeita altistaessaan työnsä tutkijan katseen alle. Tutkimukseen mukaan lähtevät yksiköt löytyivät helposti ja samoin ryhmähaastatteluihin osallistujat. Myös kyselylomakkeeseen vastanneiden hoitajien määrä oli mittava. Kaiken tämän tulkitseen tutkijana siten, että vanhusten hoitotyössä toimivilla hoitajilla oli, ja varmasti on edelleen, suuri halu ja tarve kehittää omaa työtään. Uskoakseni tämä sai heidät osallistumaan tutkimukseen. Näistä lähtökohdista on hyvä katsoa eteenpäin.

KIRJALLISUUS

Paasivaara L. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Acta Universitatis Ouluensis D 707, Oulun yliopisto 2002.

Sarvimäki A. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen P, Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki 2008, 27–40.

Stakes. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakesin raportteja 19/2007.

STM. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8.

REETTA SAARNIO

TtT, lehtori

Terveystieteiden laitos,

hoitotiede

Oulun yliopisto