

## **FYYSISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ**

**Hoitajien ja omaisten ajatuksia ja kokemuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodissa**

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Oulaisten yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

5.5.2011

Korpela Anne

Vasankari Tarja

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma, Oulainen

---

Tekijät: Korpela Anne ja Vasankari Tarja

Opinnäytetyön nimi: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoitotyössä.

Hoitajien ja omaisten ajatuksia ja kokemuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodissa.

Työn ohjaajat: Sirkka-Liisa Halme ja Maija Alahuhta

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: kevät 2011

Sivumäärä: 84 + 4 liitesivua

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa hoitohenkilökunnan ja omaisten näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kahdessa eri vaiheessa. Aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia ja omaisille suunnatun kyselylomakkeen avulla.

Tutkimuksesta käy ilmi, että fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoidossa on päivittäistä. Yleisimmät hoitajien käyttämät rajoittamismuodot ovat turvavyö, turvaliivi, geriatrinen tuoli pöytälevyn kanssa, sekä sängynlaidat. Rajoitteiden käyttö aiheuttaa hoitajissa ristiriitaisia tunteita. Fyysisten rajoitteiden käyttöön johtavia syitä ovat pelko vanhuksen kaatumisesta, vanhuksen levon tarve, jota hän ei itse ymmärrä, vanhuksen muistamattomuus, hoitajien kiire ja hoitohenkilökunnan vähyys. Osastoille kaivattiin selkeitä yhtenäisiä ohjeita fyysisten rajoitteiden käyttöön ja niiden kirjaamiseen.

Omaiset hyväksyvät fyysisten rajoitteiden käytön vanhuksen turvallisuutta lisäävänä tekijänä. Osa omaisista vaati fyysisten rajoitteiden käyttöä. Tutkimuksen perusteella omaisilla on halu kehittää hoitovälineitä ja he toivovat myös hoitajilta lisää aikaa vanhusten hoitotyöhön. Omaiset toivoivat, että hoitajat voisivat olla enemmän fyysisesti läsnä vanhusten arjessa.

---

Avainsanat: fyysinen rajoittaminen, laitoshoido, hoitaja, omainen, vanhus

## **ABSTRACT**

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing, Oulainen

---

Authors: Korpela Anne, Vasankari Tarja

Title of thesis: The use of physical restraints in elderly care

Supervisors: Sirkka - Liisa Halme and Maija Alahuhta

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011 Number of pages: 84 + 4

---

The use of physical restraints in elderly care

The objective was to study how nurses and the relatives of old people see and experience physical restraints. Physical restraints mean concrete actions which are used for restricting the physical activity of old people. The aim of the study was to arouse up discussion about using physical restraints and find better alternative methods.

The study was conducted in two phases. The data was collected at two municipal health center wards and at one old people's home by using a questionnaire form for nurses and relatives. The study used a qualitative method and the data was content analyzed.

The physical actions of old people are restricted daily. The most common ways are using a safety belt, a safety vest, safety barriers on the bed and a geriatric chair with a table. Using these restraints caused conflicting feelings in the nurses. Physical actions were restricted because the nurses feared that the person might stumble, forget where she/he was going, or they just wanted to give the old person a chance to rest (without the person him/herself realizing the need for rest). Busy times at work and the lack of resources caused also caused physical activities. Health center wards were clearly missing clear and common guidelines for using and registering restraint actions.

Relatives accepted the use of physical restraints as a way to increase the safety of old people. Some of the relatives even demanded using the restraints. Relatives also wished nurses had more time to be physically present in old people's daily lives. They were also willing to take part developing nursing methods.

---

Keywords: physical restraint, institutional care, nurse, relative, old people

Vanhuus on sitä varten  
että ymmärtäisi lapsuutensa,  
ymmärtäisi mitä on avuttomana  
pudota toisten käsiin,  
sellaisten joilla on valta sinun ylitsesi,  
valta päättää ja määrätä sinusta,  
valta antaa tai olla antamatta  
rakkautta,  
ehdollistaa kaikki.

Eeva Kilpi

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	1
ABSTRACT .....	3
1. JOHDANTO .....	10
2. VANHUKSEN HOITOTYÖ .....	12
2.1 Vanhuuden määrittelyä .....	12
2.2 Hoitotyötä ohjaavat periaatteet ja arvot.....	13
2.3 Omainen vanhustyössä .....	14
2.4 Vanhusten hoitotyön malli Tanskassa .....	15
3. RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ .....	17
3.1 Lainsäädäntö .....	17
3.2 Itsemääräämisoikeus .....	19
3.3 Yksilöllisyys.....	21
3.4 Yksityisyys.....	22
4. FYYSISET RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ AIEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN.....	23
4.1 Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoitotyössä .....	23
4.2 Fyysisinä rajoitteina käytetyt rajoittamismuodot .....	25
4.3 Hoitaja fyysisten rajoitteiden käyttäjänä .....	26

4.4	Fyysisten rajoitteiden käyttöön johtavat syyt.....	28
4.5	Omaisten suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön.....	30
4.6	Vaihtoehdot fyysisten rajoitteiden käytölle.....	31
4.7	Fyysisten rajoitteiden käytöstä johtuvat seuraamukset.....	32
5.	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....</b>	<b>34</b>
6.	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....</b>	<b>35</b>
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	35
6.2	Aineiston keruu.....	35
6.3	Aineiston analysointi.....	39
7.	<b>TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>42</b>
7.1	Hoitajien ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä .....	42
7.2	Fyysisten rajoitteiden muodot .....	43
7.3	Tilanteet jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön.....	44
7.4	Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys.....	45
7.5	Kirjaamiskäytäntö fyysisten rajoitteiden käytössä .....	45
7.6	Vanhuksille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä.....	46
7.7	Omaisille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä.....	47
7.8	Vaihtoehtoiset keinot fyysisten rajoitteiden käytölle .....	47
7.9	Omaisten havaintoja ja kokemuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä .....	49
7.10	Omaisten informointi tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa käytetään fyysistä rajoittamista	50



7.11	Omaisten toiveet hoitajien toiminnasta tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa joudutaan käyttämään fyysistä rajoittamista. ....	51
7.12	Omaisten ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi fyysisen rajoittamisen sijaan .....	52
<b>8.</b>	<b>TUTKIMUSTULOSTEN VERTAILUA AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN.</b>	<b>53</b>
8.1	Hoitajien ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä .....	53
8.2	Fyysisten rajoitteiden käyttö .....	54
8.3	Tilanteet jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön.....	56
8.4	Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys.....	58
8.5	Kirjaamiskäytännöt fyysisten rajoitteiden käytön yhteydessä.....	59
8.6	Vanhuksille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä.....	59
8.7	Omaisille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä.....	60
8.8	Ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi.....	62
8.9	Omaisten havaintoja ja ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten hoitotyössä .....	64
8.10	Omaisten informointi tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa käytetään fyysistä rajoittamista	65
8.11	Omaisten toiveet hoitajien toiminnasta tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa joudutaan käyttämään fyysistä rajoittamista. ....	66
8.12	Omaisten ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi fyysisen rajoittamisen sijaan .....	67
8.13	Tutkimustulosten pohdinta.....	67
<b>9.</b>	<b>TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b> .....	<b>69</b>
9.1	Tutkimuksen eettisyys.....	69
9.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	71
9.3	Oppimiskokemukset, jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat .....	73

LÄHTEET .....	76
LIITTEET .....	84

# 1. JOHDANTO

Vanhustenhoidon laatu on viimeaikoina aiheuttanut paljon keskustelua. Läänihallituksen tekemässä selvityksessä vanhustenhuollon nykytilasta on ilmennyt puutteita, yksi esiin nousseista asioista on ollut vanhuspotilaiden liikkumisen rajoittaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan vanhustenhoidossa käytetään paljon sitomista vanhusten hoito- ja suojaamiskeinona, eikä sitomisesta ole olemassa erillistä lainsäädäntöä. (STM, työryhmämuistio, 2001, 33.)

Tilastotietojen mukaan vuosina 2010 - 2040 on ennustettu suurta vanhusväestön kasvua, yli 75-vuotiaiden osuus koko väestöstä nousee 8,1 % -16,3 % (Stakes, 2008, 46). Hyvässä vanhustenhoidossa ei tule käyttää rutiininomaista sitomista. Hoitokäytäntöjen muuttaminen näyttää haasteelliselta. (Tideikstaar. 2005, 120.)

Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoidossa on arka aihe, joka saattaa aiheuttaa hoitajalle eettisesti ongelmallisen ja ristiriitaisen tunteen. Henkilökohtainen vapaus kuuluu jokaisen potilaan perusoikeuksiin ja kyky liikkua on tärkeä vanhuksen elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Jokaisella vanhuksella tulisi olla oikeus ja mahdollisuus päivittäiseen liikuntaan. (STM 2003, 103; Heimonen & Voutilainen 1998, 55.) Säännöllinen liikkuminen on laitoshoidossa olevan vanhuksen yksittäinen hyvinvointia lisäävä tekijä. (Nissinen 2000, 9).

Kiinnostuksemme opinnäytetyömme aiheeseen saimme kohdattuamme vanhustenhoitotyötä tehdessämme fyysisten rajoitteiden käyttöä. Käytyämme Reetta Saamion väitöstilaisuudessa kuuntelemassa hänen tekemänsä tutkimustyötä koskien fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa, varmistuimme aiheen ajankohtaisuudesta ja tärkeydestä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia fyysisten rajoitteiden käyttöä ja sen taustalla olevia syitä perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja vanhainkodissa haastatteleamalla

hoitohenkilökuntaa ja omaisia. Tavoitteena on saada uutta tietoa fyysisten rajoitteiden käytöstä, käyttöön johtavista syistä, sekä tutkimustulosten perusteella löytää uusia toimintatapoja. Tarkoituksenamme on myös selvittää tutkimuksen avulla fyysisten rajoitteiden kirjaamiskäytäntöjä. Tutkimuksen myötä toivomme saavamme uutta tietoa omaisten ajatuksista ja mielipiteistä liittyen fyysisten rajoitteiden käyttöön.

Fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten laitoshoidossa on tehty useita tutkimuksia ulkomailla, mutta vähemmän Suomessa. Tutkimuksissa on selvitetty esimerkiksi miten koulutus vaikuttaa hoitokäytäntöihin. Viimeisin tuore Saarnion (2009) tutkimustyö tuo uutta tietoa fyysisten rajoitteiden käytöstä ja hoitohenkilökunnan käsityksistä vanhusten liikkumisen rajoittamisesta, sekä niihin johtavista syistä.

Vanhukset ansaitsevat mielestämme laadukkaan hoidon ja huolenpidon yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. On tärkeää, että koko hoitohenkilökunta saadaan innostumaan työnsä kehittämisestä. Ei auta, jos muutama hoitaja muuttaa hoitokäytäntöjä vaan tarvitaan koko työyhteisön innostus, jotta uudet hoitokäytännöt toimivat vanhuspotilaan parasta ajatellen.

## 2. VANHUKSEN HOITOTYÖ

### 2.1 Vanhuuden määrittelyä

Vanhuus käsitteelle ei ole olemassa yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vanhuutta on myös vaikea määrittellä, koska vanheneminen on yksilöllistä. (Etene 2008, 6). Fyysinen vanheneminen merkitsee elintoimintojen hidastumista, siihen vaikuttavat myös sisäiset ja ulkoiset tekijät, kuten elintavat ja elinympäristö. Fyysistä vanhenemistä ei voi estää ja se tulisikin nähdä luonnollisena osana ihmisen kehitystä. (Vallejo Medina ym. 2006, 8; Hervonen 2001, 14.)

Vanhenemismuutokset alkavat jo 30 ikävuoden jälkeen. Kaikki samanikäiset iäkkäät eivät ole toimintakyvyltään samanlaisia, koska elämän ja perimän monimuotoisuus antaa toisille paremmat mahdollisuudet onnistuneeseen vanhenemiseen. Vanheneminen ei ole pelkästään fyysisten muutosten sarja, vaan siihen liittyy myös menetyksiä ja uusien roolien omaksumista. Psykkiset, fyysiset, sosiaaliset, sekä psykososiaaliset erityispiirteet kuuluvat ikääntymiseen ja vanhusten hoitotyöhön. (Kivelä 2006, 16.)

Työssämme käytämme laitoshoidossa olevasta yli 75- vuotiaista henkilöstä nimitystä vanhus. Ymmärrämme vanhuksen arvokkaaksi yksilöksi, jolla on itsemääräämisoikeus ja vapaus liikkumiseen.

Iäkkäät ihmiset eivät halua itseään kutsuttavan vanhuksiksi pelkän ikänsä perusteella. Varsinainen vanhuus alkaa iäkkäiden ihmisten mielestä silloin, kun ihmiselle alkaa ilmaantua ikääntymiseen liittyviä tyypillisiä toimintarajoitteita. Vanhuuteen kuuluu itsenäistä selviytymistä vaikeuttavien toimintarajoitteiden asteittainen ilmaantuminen ja esiintyminen, elämisen rajautuminen, sekä ulkopuolisen avun tarpeen kasvu. Iäkkäät ihmiset kokevat olevansa vanhoja, kun heillä on itsenäistä selviytymistä vaikeuttavia toiminnan rajoitteita, tai sellaisia rajoitteita, joihin he eivät koe saavansa riittävästi apua. Toisille rajoitukset sosiaalisessa

elämässä, harrastustoiminnassa tai muissa itselle tärkeissä elämänlaatua ylläpitävissä ajanvietteissä voivat aiheuttaa suurempia haittojen kokemuksia kuin ulkopuoliseen apuun turvautuminen esimerkiksi asioiden hoidossa. (Heikkinen & Martin 2002, 38 - 39.)

## 2.2 Hoitotyötä ohjaavat periaatteet ja arvot

Sairaanhoitajan työskentelyä ohjaavat eettiset periaatteet ja arvot. Eettiset ohjeet ovat osa hoitotyön ammattieettistä hoitoperustaa ja ammattietiikkaa. Hoitotyön alueella on olemassa useita eettisiä ohjeistuksia, joista tunnetuin on kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN, International Council of Nurses) eettiset ohjeet (INC). Suomessa hoitotyöntekijöitä ohjaavat Suomen Sairaanhoitajaliiton ry:n sairaanhoitajan eettiset ohjeet. (Ssl 1996.) Suomessa käytössä ovat myös kansalliset valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan yhteisesti kaikille terveydenhuollon ammattilaisille laaditut eettiset periaatteet. (Etene 2001). Näiden ohjeiden lisäksi eri hoitotyön alueilla on määritelty erilaisia eettisiä kannanottoja. (Heikkinen ym. 2005, 259).

Hoitajat korostivat eettisten ohjeiden merkitystä käytännön hoitotyön tukemisessa ja hoitotyöntekijöiden toiminnan ohjaamisessa haluttuun suuntaan. Eettisten ohjeiden todettiin tuovan esille ammattikunnan oikeuksia ja velvollisuuksia, sekä asettavan siten toivottuja sääntöjä ja rajoja hoitajien toimintaan. Eettiset ohjeet auttavat potilaan hyvän ja parhaan hoidon saavuttamisessa, sekä tukevat sairaanhoitajan päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Eettisten ohjeiden käyttämistä estävät resurssien puute, johdon tuen puute ja organisaation periaatteet, kuten jatkuvat säästölinjat. Eettisten ohjeiden käytön esteenä ovat myös arvostiriidat muiden ammattikuntien kanssa, sekä keskustelun ja yhteistyön puute. Ristiriidat omaisten kanssa ja työntekijöiden ammattitaidon puute vaikuttavat myös eettisten ohjeiden käyttämättä jättämiseen. Ohjeiden tulisi olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä, jotta niiden tulkitseminen olisi helppoa ja vaivatonta. (Strandell – Laine ym. 2004, 259 - 267.)

Hoitotyö on hyvin käytännönläheistä työtä, jonka tavoitteena on toisen ihmisen, potilaan, vanhuksen hyvän toteutuminen. Muistamaton ja huonokuntoinen vanhus tarvitsee myös inhimillistä kohtaamista. Tilanteessa jossa vanhus ei enää muista nimeään eikä ymmärrä

ympärillään olevaa maailmaa, on toisen ihmisen kohtaaminen ainoa yhteys inhimillisyyteen ja vain sillä on enää merkitystä. Yhteys toiseen ihmiseen on kaikkein viimeisimpänä sammuva aisti. (Haho 2009, 33 - 37.) Hoitotyö voi aiheuttaa potilaalle myös kärsimystä, joka johtuu potilaan arvon loukkaamisesta, tuomitsemisesta tai rankaisemisesta. (Eriksson 1996, 39 - 41).

### 2.3 Omainen vanhustyössä

Omaisien määrittelyminen yksiselitteisesti on ongelmallista. Omainen voi olla ikääntyneen puoliso tai sukulainen tai vaikkapa hänelle läheinen ihminen ja ystävä. Omainen on hoitohenkilöstölle tärkeä yhteistyökumppani, joka auttaa ymmärtämään hoidettavan taustaa ja käyttäytymistä. Omaisien olemassaolo ja yhteydenpito antavat ikääntyneelle elinvoimaa ja merkityksellisyyden tunnetta. Mitä vähemmän omaisella on mahdollisuutta osallistua läheisensä hoitoon ja mitä vähemmän hän saa tietoa hoidettavasta, sitä kielteisemmin hän arvioi hoidon ja palvelun laatua. Onnistunut yhteistyö omaisen kanssa on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet. (Voutilainen ym. 2002, 77.)

Omaisella tarkoitetaan oman perheen jäsentä tai lähisukulaista. Perhe- ja omaissuhteet ovat luonteeltaan pysyviä, yleensä tunnepitoisia ja vastavuoroisia, sekä korvaamattomia suhteita. Laajemmin määriteltynä omaiskäsite kattaa oman perheen jäsenten lisäksi sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista ja heidän puolisonsa, sekä myös hyvin läheiset ystävät. Usein kuitenkin hoitotyössä asiakas itse saa määrittellä omat perhe- ja omaissuhteensa, näin annetaan samalla arvoa asiakkaan omalle subjektiiviselle kokemukselle. (Gothi 1991, 14.)

Omaisilla on hyvin keskeisellä sijalla vanhusten hoidon arvioinnissa, koska monet vanhukset eivät itse kykene antamaan riittävää palautetta. Omaisilla on myös paljon arvokasta ja todellisuuspohjaista tietoa vanhusasiakkaasta, tätä voidaan käyttää laitoshoidon laadun parantamiseksi. (Kejo 2003, 3.)

Asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastatettiin psykososiaalisia tarpeita paremmin ja avun tarpeen kasvaessa kokemukset avun riittävydestä vähenivät, yhteistyö huonontui ja epäasiallinen kohtelu lisääntyi. Omaisilla arvioivat laatua parhaimmaksi yksityisissä palveluasumisen

yksiköissä, huonoimman arvosanan sai julkisten vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen hoitotyön laatu. (Perälä & Räikkönen 2000, 89 - 99.)

Omaisista 92 % oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä läheistensä saamaan hoitoon. Asiakkaan fyysisiin tarpeisiin onnistuttiin vastaamaan hyvin, mutta aktiviteetteja ja virikkeellisempää hoitoa toivottiin nykyistä enemmän. Puutteita koettiin olevan asiakkaan ja omaisen sosiaalisiin tarpeisiin vastaamisessa ja asiakasta koskevaan päätöksentekoon haluttiin osallistua enemmän, myös henkilökunnalta toivottiin tukea osallistumiseen. (Isola & Voutilainen 1998, 75.)

Omaisilla oli enemmän halua kuin tietoa, taitoja ja aikaa osallistua potilaan hoitoon. Omaiset osallistuivat esimerkiksi vanhusten syöttämiseen ja juottamiseen, mutta harvemmin potilaan fyysiseen auttamiseen. Henkistä ja sosiaalista tukea todettiin omaisten antavan usein. Tietoja potilaan voinnista oli kolmasosa omaisista saanut mielestään hyvin, mutta tukea omaisen hoitoon osallistumisesta hoitajilta yli puolet omaisista oli kokenut saavansa mielestään vähän. tutkimuksessa tuli esille, että mitä enemmän voimavaroja omaisella oli, sitä enemmän hän sai tukea henkilökunnalta ja hän osallistui useammin myös potilaan hoitoon. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 131 - 144.)

Vanhuksen omaisten tai ystävien kohtaaminen voi sisältää eettisiä kysymyksiä. Vanhuksen itsemäärääminen hoitotyön arvona voi olla heidän mielestään käsittämätön asia tai kokonaan väärin. Sairaanhoidajan ammattitaidon kyseenalaistamisen tai ylihuolehtivan suhtautumisen taustalla voi olla useita eri syitä. On tärkeää käydä myös ajoittain omaisten kanssa asiallista keskustelua hoitotyön arvoista ja erilaisista käytännöistä. (Haho, 2009, 33.)

#### **2.4 Vanhusten hoitotyön malli Tanskassa**

Tanskassa vanhusten hoitotyö eroaa Suomalaisesta vanhustenhoidosta oleellisesti, siellä vanhuspolitiikassa korostetaan itsemääräämisoikeutta ja omien voimavarojen käyttöä. Henkilöstömitoitus Tanskalaisissa vanhusten hoitokodeissa on selvästi korkeampi kuin Suomessa, henkilökunta on myös monipuolisemmin koulutettua. Tanskan vanhustenhoidossa hoitoon panostetaan ja vanhusten hyvä hoito on otettu selkeästi yhteiskuntapoliittiseksi



tavoitteeksi. Monet vanhustenhoitoa koskevat asiat on kirjattu muistiin tai niistä on tehty laki. Vanhusten elämänlaadun turvaamiseksi on järjestetty riittävästi henkilökuntaa ja erilaisia verkostoja, sekä suunniteltu monipuolista toimintaa. Tanskalaisessa vanhustenhoitossa korostuvat vanhus ja hänen omaisiaan kunnioittava toimintatapa. Hoitokodeissa pidetään tärkeänä yksityisyyden, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden huomioon ottamista. (Häkkinen ym. 2000, 10 - 31.)

Tanskassa vanhustenhoitossa ei käytetä rajoituksia toisin kuin Suomessa, tavoitteena on tuottaa vanhuksille elämyksiä. Vanhuksille annetaan vapaus kokeilla erilaisia asioita ja heidän toiveitaan pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan, vanhusten kanssa tehdään ulkomaanmatkoja ja erilaisia tutustumisretkiä. Yksilöön kohdistettujen rajoitteiden käyttö on erilaista verrattuna Suomessa vanhustenhoitossa käytettyihin rajoitteisiin. Esimerkkinä voidaan mainita, että käytännössä Tanskassa ovien lukitsemiseen tarvitaan viranomaisen lupa, periaatteessa ovia ei lukita lainkaan. Vanhusten karkaamisiin suhtaudutaan niin, että ajatellaan vanhuksillakin olevan lupa kokea vapauden tunnetta, jonka tuo mahdollisuus tulla ja mennä milloin ja minne itse haluaa. (Häkkinen ym. 2000, 10 - 34.)

### 3. RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ

#### 3.1 Lainsäädäntö

Suomessa ei ole erikseen vanhuksia koskevaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä. Terveystieteidenhuollossa usein kuitenkin eettinen velvollisuus potilaita kohtaan auttaa toimimaan lain edellyttämällä tavalla. Vanhuksia koskevat yleiset säännökset sosiaali- ja terveydenhuollosta ja tilanteen mukaan lisäksi erityislait. Vanhusten palvelut perustuvat vapaaehtoisuuteen. (Koivuranta 2002, 96.)

Periaatteessa ikääntyviin voidaan soveltaa tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämistä koskevia mielenterveyslain tai kehitysvammalain säännöksiä edellyttäen, että näissä laeissa säädetty hoitoon määräämisen edellytykset täyttyvät, sovellettaviksi voisivat tulla näiden lakien säännökset hoidon aikaisista rajoitustoimista, tämä on kuitenkin harvinaista. Apulaisoikeusmies on joissain tilanteissa pitänyt hyväksyttävänä vanhuksen oman turvallisuuden perusteella toteutettavia rajoitustoimia. (Koivuranta 2002, 96 - 45.) Tähän toimintaan on annettu valtuudet perustuslain momenteissa 108 §: ssa ja 109 §: ssa, joissa on säädetty, että oikeuskansleri, eduskunnan oikeusasiamies ja apulaisoikeusmies tehtävänsä hoitaessaan valvovat perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumista perustuslain 22 §: n säännöksen mukaisesti ihmisen perusoikeuksien turvaamiseksi. (Suomen perustuslaki 131/1999 11:6 22 §, 108 §, 109 22 §.)

Oikeus hyvään hoitoon on Suomessa turvattu lainsäädännöllä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 / 785. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden – ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992 17:8 3§.)

Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä on säädetty 1994 / 559 ja 1994 / 564, lain tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Lain avulla myös varmistetaan, että tässä laissa tarkoitetulla ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys, sekä ammatin edellyttämät muut valmiudet. Potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluja pyritään edistämään järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa terveyden- ja sairaanhoidossa, sekä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Lain 15 §: n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on aina velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista on säädetty. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 1 §, 564/1994 5:23 15 §.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet on kirjattu lain 15 §: ssa, jossa puhutaan ammattieettisistä velvollisuuksista. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäisy, sekä sairaiden parantaminen ja kärsimysten lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammatissaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemukseräisesti perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, joita hänen on pyrittävä aktiivisesti täydentämään. Ammattitoiminnassaan hänen tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty, sekä mahdolliset haitat. Terveydenhuollon henkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista on säädetty. (Ylipartanen 2004, 276.)

Kansanterveyslain mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien, sekä yksilön sairaanhoitoa. Lain 43 §: n mukaan, jos kansanterveystyön järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia tai jos toiminta on muutoin lain vastaista, voi terveydenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta. Potilasturvallisuuden niin edellyttäessä, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään (Kansanterveyslaki, 66/1972 18 43 §.) Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yleensä yksilöön tai hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa, sekä yksilön sairaanhoitoa ja niihin

liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Laissa sanotaan, että potilaalla on oikeus elämään, sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. (Ylipartanen 2004, 283.)

### 3.2 Itsemääräämisoikeus

Ammattieettisissä ohjeissa tärkeimpiin arvoihin kuuluvat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Hoidon oletetaan pohjautuvan tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vahvaan käytännön kokemukseen, lisäksi omien rajojen tunnistaminen ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen on tärkeää. (Leino – Kilpi & Välimäki 2003, 149.)

Vanhuksen hoidon etiikan keskeisempiä peruskäsitteitä ovat potilaan itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus. Leino- Kilven ja Välimäen (2003) mukaan itsehallinto liittyy hoitamiseen, se on omaan hoitoon liittyvien päätösten ja valintojen tekemistä. Potilan itsehallinnon kunnioittaminen tarkoittaa henkilökunnan kannalta sitä, että hoitohenkilökunta kunnioittaa potilaan valintoja ja päätöksiä, vaikka he eivät olisikaan kaikista asioista potilaan kanssa samaa mieltä. (Leino – Kilpi & Välimäki 2003, 125.)

Sosiaalihuollon asiakaslilla on monia yhtymäkohtia perus- ja ihmisoikeuksiin. Lain 8 § sisältää säännökset sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta, tätä pääsääntöä tulisi noudattaa kaikissa tilanteissa. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaalihuoltoa toteuttaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan oikeus määrätä itse omista asioistaan niin pitkälle kuin mahdollista. Itsemääräämisellä tarkoitetaan omasta elämästä määräämistä ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamista. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta. 812/ 2000 8 §, 9 §).

Itsemääräämisoikeuden tarkoituksena on suojata yksilöä yhteisöjen ja muiden henkilöiden perusteettomalta väliintulolta silloin, kun yksilön tavoitteena on määrätä itsestään ja elämästään. Itsemäärääminen tarkoittaa asiakkaan kohdalla tiedon antamista oikeaan aikaan ja oikeassa muodossa. On kuitenkin olemassa erityistilanteita, jolloin asiakas ei itse kykene päättämään ja ilmaisemaan omaa tahtoaan hoidon ja huollon järjestelyissä, kuten esimerkiksi

dementiaa sairastavat potilaat. Näissä tilanteissa on asiakkaan lisäksi otettava huomioon hänen laillisen edustajaansa tai omaisen mielipide, näin on mahdollista päätyä asiakkaan edun mukaiseen ratkaisuun. (Sundman 2000, 337 - 338.)

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa ihmisen oikeutta päättää asioistaan oman elämäkatsomuksensa hänen ajatus ja arvomaailmansa mukaisesti. Terveystieteidenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista ja nämä tiedot terveystieteidenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle siten, että potilas ymmärtää asian. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on pyrittävä yhteisymmärrykseen ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Tarvittaessa ammattihenkilöstö hakee vaihtoehtoja ja kuulee asiantuntijoita, ellei potilas pysty sillä hetkellä ilmaisemaan eikä ole myöskään aiemmin ilmaissut hoitoa koskevaa tahtoaan. Häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen kanssa. On tärkeää pyrkiä hoitoon, joka on todennäköisesti potilaan oman tahdon mukaista. Potilaalla on itsellään oikeus kieltäytyä tarpeellisesta hoidosta henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran uhatessa. (Etene 2008, 14.)

Itsemääräämisen kunnioittaminen merkitsee vanhukselle usein myös muiden hoivaan ja arjen toimintaan liittyvien toiveiden huomioon ottamista. Potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain sen verran, kuin se on hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä. Yleensä itsemääräämisoikeus edellyttää päätöksentekokykyä, joka on arvioitava tapauskohtaisesti. Itsemääräämisoikeuden tarvittava määrä riippuu ihmisen kyvystä ja päätöksen monimutkaisuudesta. Kun vanhuksille ei kerrota päätöksestä käyttäen fyysisiä rajoitteita eikä anneta mahdollisuutta sallia tai kieltää niiden käyttöä, samalla heiltä riistetään itsemääräämisoikeus ja itsenäisyys, johon kuuluu vapaus tehdä omaa elämää koskevia valintoja. Riistämällä vanhukselta liikkumisen vapaus hänen elämänlaatunsa heikkenee ja mielenterveytensä kärsii. (Etene 2008, 17; Tiedeksaar 2005, 123).

### 3.3 Yksilöllisyys

Jokainen vanhus on yksilö ja jokaisen vanhuksen elämänhistoria on yksilöllinen. Vanhukselle on muodostunut eletyn elämän aikana näkemys niistä seikoista, jotka ovat hänelle hyväksi ja edistävät hänen elämänlaatuaan. (Backman ym. 2002, 20.) Osataksemme hoitaa vanhusta hyvin, on hoitajan otettava huomioon jokaisen vanhuksen omat voimavarat, elämänhistoria, elämänarvot, toiveet ja tarpeet. (Etene 2008, 6 - 7; Backman ym. 2002, 20). Vanhus voi kokea itsensä arvottomaksi syyllisyyden tai häpeän vuoksi, hoitajat saattavat suhtautua ja arvostaa eri potilaita erilailla. (Eriksson 1996, 42).

Jokaisella vanhuksella on ainutkertainen ja loukkaamaton ihmisarvo riippumatta hänen taustastaan tai sairaudestaan. Vanhuksen ihmisarvoa tulee kunnioittaa kohtelemalla häntä omana yksilönä ja kuuntelemalla hänen mielipiteitään. Hoitajien on tehtävä aktiivisesti työtä sen eteen, että vanhus säilyttää ihmisarvonsa, yksityisyytensä ja itsemääräämisoikeuden sosiaali- ja terveyden huollossa. (Etene 2008, 17 Backman ym. 2002, 25). Vanhus kaipaa arvokkuuden tunnetta, jota sairaanhoitaja voi rakentaa olemalla vanhukselle läsnä ja kuuntelemalla. (Haho 2009, 32).

Yhtenä tärkeänä hyvän hoidon kriteerinä voidaan pitää vanhuksen yksilöllisyyden kunnioittamista. Vanhusten pitkäaikaishoidon laatu on ollut tarkastelun kohteena ja sen perusteella (Tutkimuksessa kerättiin tietoa läheisen elämästä, luonteesta, työstä, harrastuksista, sekä elämän tärkeistä tapahtumista ja näitä tietoja hyödynnettiin vanhusten hoidossa.) omaiset ovat tyytyväisiä pitkäaikaishoidon laatuun. (Kejo 2003, 34.) Mahdollisuus tehdä mielekkäitä asioita omien voimavarojen mukaan antaa vanhukselle tunteen hyväksytyksi tulemisesta ja osallisuudesta elämään omana persoonanaan. (Voutilainen 2002, 46).

Vanhuksen kohtaamiseen ja rakentavan yhteyden luomiseen vaikuttaa ratkaisevasti hoitajan suhde omaan itseensä. Hoitaja joka arvostaa itseään ja vanhustyötä, arvostaa myös vanhenemista ja vanhuksia. Myönteisen ja arvostavan asenteen vanhustyöhön omaava hoitaja kykenee muodostamaan vahvan perustan luottamuksellisen yhteyden vanhukseen.

Sairaanhoidajan ollessa läsnä kohtaamisessa, vanhus kokee hoitajan olevan nimenomaan häntä varten. Tämä vahvistaa vanhuksen kokemaa arvokkuuden tunnetta ja samalla ikääntymisen ja vanhenemisen tuoma raihnaisuus jää taka-alalle. Arvokkuuden tunne on inhimillisistä kokemuksista kaikista tärkein. (Haho 2009, 32 - 33.) Potilaan ja myös vanhuksen kokemuksella siitä, että ihminen on arvokas yksilö, on tärkeä merkitys paranemisprosessille. Loukkaamalla arvokkuuden kokemusta, pienennetään vanhuksen mahdollisuutta käyttää sisimpiä terveysresursseja. (Eriksson 1994, 88.)

### 3.4 Yksityisyys

Jokaisella vanhuksella on perustuslaillinen oikeus yksityisyyteen. Yksityisyyden kunnioittaminen hoitotyössä tarkoittaa yksinkertaisuudessaan vanhuksen pienten, mutta vanhukselle tärkeiden toivomusten huomioon ottamista. Vanhus, joka tarvitsee monenlaista apua selviytyäkseen arjesta, menettää usein yksityisyytensä ja samalla myös ihmisarvonsa. Esimerkiksi henkilökohtainen hygienia ja arkaluontoiset henkilötiedot ovat potilaan yksityisasiointia ja näiden asioiden pito luottamuksellisina on jokaisen hoitajan velvollisuus. (Etene 2008, 17.)

Laitoshoidossa olevalla vanhuksella on edelleen samat tarpeet kuin kotona asuessa. Näitä tarpeita ovat esimerkiksi mahdollisuus olla yksin omassa rauhassa ja toisaalta tarve kuulua yhteisöön. Vanhuksen laitoshoidossakin oma rauha toteutuu parhaiten omassa huoneessa, vanhus tarvitsee yksityisen tilan myös laitoshoidossa. Yksilöllisyys laitoshoidossa toteutuu myös vanhuksen saadessa sisustaa huoneensa hänelle rakkailla tavaroilla, tämä tuo mukanaan hänen oman elämänhistorian ja tunteen elämän jatkuvuudesta. On tärkeää, että vanhus saa päättää yksityisestä tilasta. (Voutilainen ym. 2002, 122 - 124.)

Omaisista 10 % oli sitä mieltä, että vanhuksen yksityisyys on huomioitu huonosti tai sitä ei ole otettu lainkaan huomioon. Omaiset olivat kokeneet myös, että omaisilla ja vanhuksella ei ole osastolla mahdollisuutta yksityiseen yhdessäoloon. Yksityisyyden kunnioittamista heikentävät suuret potilashuoneet ja hoitajien välinpitämättömyys. (Nissinen 2000, 47.)

## 4. FYYSISTEN RAJOITTEIDEN KÄYTTÖ VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ AIEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN

### 4.1 Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoitotyössä

Vanhusten hoitolaitoksissa tapahtuvaa kaltoin kohtelua ja fyysisten rajoitteiden käyttöä on tutkittu Suomessa suhteellisen vähän, koska se on aiheena arkaluontoinen. Yksi yleisimmistä kaltoin kohtelun muodoista on potilaan liikkumisen rajoittaminen. Stakesin tutkimuksen perusteella, jota myös Saarnion tutkimus tukee, terveyskeskusten vuodeosastoilla fyysisten rajoitteiden käyttö on yleisempää kuin vanhainkodeissa ja palvelukodeissa. Fyysisten rajoitteiden käytön taustalla on vanhusten lonkkamurtumien lisääntyminen. Lonkkamurtumien lisääntymisen seurauksena hoitokustannukset kasvoivat huomattavasti ja tästä hoitohenkilökunnan katsottiin olevan vastuussa. Vanhuksen makuuttaminen vuoteessa on yleistä ja vanhuksen itsemääräämisoikeutta ei ole riittävästi huomioitu hoitokulttuurissamme. (Björgren ym. 2005, 103; Saarnio 2009, 55.)

Vanhusten hoitotyössä käytetään paljon mekaanisia siteitä ja toimenpiteitä. Mekaanisella siteellä tarkoitetaan mekaanista laitetta, välinettä tai materiaalia joka on kiinnitetty henkilön vartalolle tai sen ympärille niin, että hän ei kykene liikkumaan vapaasti. (Saarnio 2009, 55.) Yleisin syy vanhusten liikkumisen rajoittamiseen on liikkumiseen liittyvät vaikeudet. (Hantikainen 2000, 45). Fyysisten rajoitteiden käyttöä perustellaan vanhusten turvallisuuden lisäämisellä, jolloin halutaan estää vanhuksen kaatuminen ja siitä aiheutuva loukkaantuminen. (Huitzing ym. 2009, 1139 -1148; Hantikainen 2000, 43; Tideiksaar 2005, 121).

Omaisat havaitsivat tarpeetonta sitomista ja vanhuksen kovakouraista käsittelyä vanhuspotilaan kohdalla hoitotoimien aikana. (Isola & Voutilainen 1998, 26). Omaisat eivät havainneet fyysistä kaltoin kohtelua, kun taas hoitajat havaitsivat sitä vähintään kerran



viikossa. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan tutkimuksessa itse kokenut aiheuttaneensa fyysistä kaltoin kohtelua juuri koskaan. (Rissanen & Vitikainen 1996, 61 - 62.) Jatkona edelliselle tutkimukselle tehtiin vuonna 2001 tarkistustutkimus jossa haluttiin selvittää ovatko omaisten näkemykset muuttuneet vanhusten kaltoin kohtelun suhteen. Verrattessa tuloksia vuoden 1998 tuloksiin, todettiin vanhusten kaltoin kohtelun vähentyneen omaisten arvioimana. (Isola ym. 2001, 28.)

Nissisen (2000) tutkimuksessa on selvitetty vanhusten laitoshoidossa tapahtuvaa vanhusten kohtelua omaisten näkökulmasta. Omaisten mielestä 3 % vanhuksista oli viikon aikana sidottu tarpeettomasti ja samalla rajoitettu heidän liikkumisvapauttaan. (Nissinen 2000, 54). Laitoshoidossa olevien vanhusten toiminta-, käsitys-, sekä havaintokyky ovat usein alentuneet dementian seurauksena, tämä vaikuttaa heikentyvästi vanhusten liikkumiskykyyn ja altistaa näin kaatumisille. (Voutilainen & Vaarama 2001, 87 - 97).

Yhdysvalloissa sänkyyn tai tuoliin sidottu vanhus on ollut tuttu näky 1990 luvulle asti sairaaloissa ja hoitokodeissa, tuolloin yli puoli miljoonaa vanhusta asetettiin lepositeisiin päivittäin. Sitomisen kielteisistä vaikutuksista ovat olleet huolissaan viranomaiset ja myös tavalliset kansalaiset. Yhdysvalloissa on syntynyt 1989 OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) liike, jonka tarkoituksena on fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen ja lopettaminen. Liikkeen myötä on syntynyt laki, jonka mukaan jokaisen hoitolaitoksen on tutkittava sitomiskäytäntöjään ja mietittävä vaihtoehtoja sitomisen tilalle. (Tideikstaar 2005, 120.)

Fyysisten rajoitteiden käyttö merkitsee aina vakavaa puuttumista vanhuksen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja vapauteen. (Etene, 2008, 169). Fyysisten rajoitteiden käyttöä tulisi välttää kaikin keinoin, siksi osastoilla tulisi olla selkeät ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. (Hantikainen 2000, 40 - 62). Myös aggressiivisten vanhusten hoidossa sitomista tulisi välttää ja käyttää harkiten, ainoastaan hätätilanteissa ja lyhyen aikaa. Fyysisten rajoitteiden käytöllä on aggressiivisuutta pahentava vaikutus, sen on todettu aiheuttavan terveysriskejä, rajoitteiden käyttö saattaa jopa lisätä kuolleisuutta. (Erkinjuntti 2006, 229; Etene, 2006, 16; Huizing 2009, 1139 – 1148.)

Professori Kivelä on raportissaan pohtinut useita vanhusten hoitotyöhön liittyviä eettisiä ongelmatilanteita. Yksi näistä ongelmista on vanhusten liikkumisen rajoittaminen. Hän kehottaa hoitotyöntekijöitä miettimään fyysisten rajoitteiden käytön eettistä puolta. Kivelä pitää tärkeänä, että eettisesti arkaluontoiset asiat herättäisivät keskustelua, vain näin vanhusten hoidon laadukkuus voidaan varmistaa. (Kivelä 2006, 30.)

Hoitotyöntekijän ja ikääntyneen väliseen suhteeseen muodostuu eettisiä ongelmia eri syistä ja ongelmat ovat erilaisia koti- ja laitoshoidossa, tämän vuoksi laitoshoidossa olevan iäkkään asiakkaan eettiset ongelmat korostuvat, sillä hoitotyöntekijät ovat heidän hoidostaan vastuussa. (Leino - Kilpi & Välimäki 2003, 230.)

#### **4.2 Fyysisinä rajoitteina käytetyt rajoittamismuodot**

Sitominen jaetaan yleensä kahteen lajiin, joko fyysiseen tai kemialliseen sitomiseen. Kemiallisella sitomisella tarkoitetaan lääkkeiden avulla tapahtuvaa sitomista kuten esimerkiksi psykyen lääkitystä. Fyysinen sitominen puolestaan tarkoittaa erilaisten välineiden ja materiaalin kiinnittämistä, joilla pyritään konkreettisesti rajoittamaan ja estämään potilaan liikkuminen. (Salo – Sirkiä 2005, 3.)

Liikkumisen rajoittaminen on hoitajalle eettinen valintatilanne ja hän joutuu tilanteeseen jossa on valittava joko vanhuksen turvallisuus tai liikkumisen vapaus. (Saarnio 2009, 58 - 59).

Yleisimpiä rajoittamisen muotoja ovat sängynlaitojen ylös nostaminen, lepositeiden käyttö vuoteessa ja geriatriiseen tuoliin istuttaminen siten, että pöytälevy estää liikkeelle lähtemisen. Muita fyysisen liikkumisen rajoittamisen muotoja ovat turvaliivin käyttö, ranteiden sitominen ja pyörätuoliin istuttaminen. (Heikkilä 2002, 31; Etene, 2008, 16; Tideksaar 2005, 43.)

Fyysisiin rajoitteisiin kuuluviksi luokitellaan myös pakkopaidat, valjaat, vyöt, kankaat, jalkasiteet, pyörätuolin turvatangot. (Tideksaar 2005, 135). Suljettu osasto ja vanhuksen huoneen lukitseminen ovat myös keinoja rajoittaa vanhuksen liikkumista. (Salo – Sirkiä 2005, 3). Hoitajien mielestä oikeita rajoitteita ovat esimerkiksi magneettivyö ja arkisia rajoitteita ovat sängynlaidat tai geriatriinen tuoli pöytälevyn kanssa. (Saarnio 2009, 59). Hoitajien mielestä

sängynlaitojen ylösnosto ja pöytälevyn avulla tapahtuva vanhuksen liikkumisen rajoittaminen eivät ole todellisia rajoittamismuotoja. (Saarnio 2009, 87). Vanhus saattaa myös itse vaatia fyysistä rajoittamista esimerkiksi haluamalla sängynlaidat nostettavan ylös. (Saarnio 2009, 59).

Hoitohenkilöstö voi käyttää myös epäsuoria rajoitteita vaikeuttaakseen vanhuksen liikkumista. Epäsuoria rajoitteita ovat esimerkiksi vanhuksen liikkumisen apuvälineiden ja soittokellon poisottaminen, vanhuksen pitäminen puutteellisesti pukeutuneena ja liikkumisen rajoittaminen niin, että ainoastaan pakolliset hoitotoimet saadaan suoritettua. Hoitaja ei aina itse huomaa käyttävänsä epäsuoria rajoittamiskeinoja. (Saarnio 2009, 87.) Vanhus joka ymmärtää hoitajan tarkoittavan hyvää, ei koe ihmisarvoaan loukatuksi. Ongelmana saattaa olla se, että hoitaja ei aina ole perillä potilaan kokemuksista eikä ole riittävän kiinnostunut kuunnellakseen potilasta ja ottaakseen selvää potilaan kokemuksista, tämä välinpitämättömyys loukkaa ihmisarvoa. (Toivanen 2009, 196.)

### **4.3 Hoitaja fyysisten rajoitteiden käyttäjänä**

Hyvinvoiva henkilökunta on perusta hyvän vanhushoidon toteutumiseen ja hyvä vanhustenhoito perustuu tälle pohjalle. Työmäärä on nykyään suuri ja työ on raskasta, tästä johtuen on tärkeää huomioida työkykyä ja työssä jaksamista parantavat toimenpiteet työpaikoilla yksilö- ja työyhteisötasolla henkilöstön ikääntyessä. (Honkonen 2003, 2.) Työntekijöiden yllirasittuminen ja kiireinen työtahti työelämässä ovat merkittäviä asioita jotka osaltaan johtavat vanhusten kaltoin kohteluun ja fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Honkonen 2003, 13).

Laadukkaan ja hyvän vanhustenhoiton edellytyksenä ovat ammattitaitoiset ja osaavat työntekijät. Työntekijöillä täytyy olla valmiuksia toimia vanhusten asioiden puolestapuhujina. Vanhustyössä korostuu hoitamisen perusvalmiudet, joita ovat empaattisuus, vuorovaikutustaidot, ystävällisyys, vastuullisuus, sekä kokonaisvaltaisuus. Vanhuksen tulee pystyä luottamaan siihen, että hänen asioistaan huolehditaan silloin kun hän ei itse pysty. (Peltari 1999, 78 - 81.) Hoitajan huoli ja huolestuminen ovat merkki siitä, että hoitaja on

aidosti läsnä potilaan kanssa, tämä on puolestaan osoitus siitä, että hän on aidosti kiinnostunut potilaan hyvinvoinnista. (Haho 2009, 39).

Työyhteisö, joka painottaa tehokkuutta, henkilökunnan keskinäinen kateus, tehtäväkeskeisyys, välineiden puutteellisuus, kiire tai toiminnan suunnittelemattomuus eivät saa vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen kanssakäymiseen eikä hoitotyön laatuun. Vaikka hoitajan ja vanhuksen tapaaminen olisi lyhytkin, se voi silti olla laadukas. (Haho 2009, 39.)

Hoitohenkilökunta arvioi vanhusten kohtelun yleensä hyväksi. Fyysistä tai psyykkistä kaltoin kohtelua tapahtui harvemmin kuin hoidon laiminlyöntiä. Vanhusten fyysinen kaltoin kohtelu oli kaikkein harvinaisinta. Yleinen hoidossa havaittu puute oli se, että vanhus jätetään tarpeettomasti yksin, häntä pidetään liian kauan märissä vaipoissa tai hän ei saa apua sitä tarvitessaan. Tahallinen hoidon laiminlyönti on kuitenkin harvinaista ja yleensä syynä siihen on liian vähäinen henkilökuntamäärä. Tärkeää on myös pohtia henkilökunnan asennoitumista vanhusten auttamiseen. Tutkimustulosten mukaan henkilökunta oli väsynyttä ja rasittunutta, sekä koki, ettei työorganisaatiossa kiinnitetty tarpeeksi huomioita heidän jaksamiseensa. Tähän seikkaan tulisi jatkossa kiinnittää huomioita, myös palautteen antaminen puolin ja toisin on tärkeää. (Honkonen 2003, 57 - 61.)

Rajoitteiden käyttö on monimutkainen asia, josta päätettäessä hoitajat ovat tärkeässä asemassa. Yleensä rajoitteiden käyttö perustui siihen, miten rajoite ymmärretään ja mitkä ovat asukkaiden ja henkilökunnan velvollisuudet. Hoitajat pitivät rajoitteita useammin suojelevina ja tukevinä välineinä, eivät niinkään vapautta rajoittava asiana. Rajoitteita käytettiin yleensä henkilökunnan suojelemiseksi asiakkailta tai asukkaiden käyttäytymisen takia. (Hantikainen 2000, 40 - 47.) Hoitajien uskomukset vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käyttöön. Joillakin hoitajilla on käsitys, että sidottujen vanhusten hoito on helpompaa ja tehokkaampaa. (Tideiksaar 2005, 122.)

Vallan käyttäminen on yksi tapa aiheuttaa vanhukselle kärsimystä, sitä on monenasteista ja sitä käytetään monenlaisissa tilanteissa. Vallankäyttö hoitotyössä on yleistä silloin kun halutaan pidättäytyä rutiineissa ja hoitajilla on vaikeuksia samaistua potilaan ajatusmaailmaan,

se on vapauden ryöstämistä pakottamalla toimimaan tavalla jota vanhus ei hyväksy. (Eriksson 1994, 91 - 92.) Vallankäyttöä ei useinkaan tiedosteta, eikä pohdita siihen liittyviä ongelmia. (Toivanen 2009, 219). On olemassa myös positiivista vallankäyttöä, jota toteutetaan silloin kun halutaan ajatella potilaan parasta. (Eriksson 1994, 91 - 92).

Hoitajien osallistuminen gerontologiseen täydennyskoulutukseen lisäisi vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. Tutkimuksessa havaittiin myös sijaisten huono mahdollisuus osallistua koulutuksiin, joka on käytännössä tosiasia. Jatkossa tulisi kiinnittää tähän epäkohtaan huomiota, koska on huomattu sijaisten käytön lisääntyvän vanhusten hoitotyössä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) ikäihmisten laatusuosituksessa yhtenä tavoitteena on, että kaikilla vanhusten hoitotyötä tekeillä työntekijöillä on oltava peruskoulutuksen lisäksi perus-, jatko- ja /tai täydennyskoulutuksessa hankittu asiantuntemus vanhusten hoitoon. (Saarnio 2009, 85.) Hoitajan omat näkemykset, arvot ja ennakkokäsitykset ohjaavat hänen päätöksentekoa ja näin koulutuksen lisääminen on keino vaikuttaa hoitajien asenteisiin ja sitä kautta fyysisten rajoitteiden käyttöön ja hoitokäytäntöihin. (Routasalo 2000, 57 – 65; Hantikainen 2000, 43). Vanhusten hoitolaitoksissa tulisi pysähtyä pohtimaan niitä syitä, jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Voutilainen ym. 2002, 175).

Työntekijät jakautuvat vakituisiin ja sijaisiin. Sijaiset tuntevat usein olevansa ulkopuolisia työyhteisössä, eikä heillä ole aina mahdollisuutta käsitellä hankalien potilaiden aiheuttamia kiellettyjä tunteita työyhteisössä. Sijaisilla on usein myös pelko seuraavan sijaisuuden menettämisestä ja näin ollen he eivät uskalla tuoda esille hankalien potilaiden aiheuttamia kielteisiä tunteita. (Kauppila 2000, 79.)

#### **4.4 Fyysisten rajoitteiden käyttöön johtavat syyt**

Hoitajat ovat avainasemassa päätettäessä fyysisen rajoittamisen käytöstä (Hantikainen 2000, 49). Fyysisten rajoitteiden käyttöä lisäävät vanhuksen fyysinen ja psyykkinen turvattomuus, vanhuksen häiritsevä käyttäytyminen, miessukupuoli, myös omaiset saattavat vaatia rajoitteiden käyttöä. Lisäksi hänen mukaansa hoitajien fyysisten rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä ovat hoitoalan ammatillinen koulutus, hoitajan myönteinen asennoituminen

rajoitteiden käyttöön, haluttomuus tehdä vanhustyötä, sekä vanhustyöhön väsyminen. Fyysisen hoitoympäristön ahtaat, sekä epäkäytännölliset tilat ja apuvälineiden puute vaikuttavat myös fyysisten rajoitteiden käyttöä lisäävästi, myös työyhteisön hoitokulttuuri voi sallia rutiininomaisen rajoitteiden käytön. Fyysisten rajoitteiden käyttöä koskeva lainsäädäntöä ei ole olemassa ja tämä saattaa osaltaan vaikuttaa siihen, että rajoitteita käytetään. (Saarnio 2009, 55 - 56.)

Hoitajien mielestä rajoitteiden käyttö estää vanhuksia vaeltamasta ja auttaa istumaan hyvässä asennossa, sitominen estää myös lääkkeiden sivuvaikutuksia. (Tideiksaar 2005, 121). Vanhuksen aggressiivinen käytös voidaan kokea uhkana toisille osastolla oleville potilaille, jolloin hoitajat voivat käyttää vanhuksen fyysistä rajoittamista suojellakseen toisia osastolla olevia potilaita. Hoitajat kokevat liikkumisen rajoittamisen suojelevana toimenpiteenä. (Hantikainen & Käppeli 2000, 1196 - 1205; Werner & Mendellson 2001, 784 – 791.)

Fyysistä rajoittamista saatetaan käyttää, koska vanhus kokee turvattomuutta. Vanhus saattaa pelätä potilaita, jotka kulkevat osastolla vapaana ja käyttäytyvät haasteellisesti. Tällaisissa tilanteissa vanhus saattaa pyytää hoitajaa lukitsemaan hänet omaan huoneeseen tai haluaa jäädä itse omaan huoneeseen lukitun oven taakse. (Saarnio 2009, 79.)

Vanhuksen ja hoitajan välinen ongelmatilanne saattaa johtaa fyysisten rajoitteiden käyttöön. Ongelmatilanne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun vanhus ei ymmärrä annettuja ohjeita, mikä saattaa johtua potilaan muistin ja ajattelukyvyyn heikentymisestä. Hoitaja saattaa myös ajatella vanhuksen hoitamisen helpottuvan käytettäessä fyysistä rajoittamista. (Hantikainen 2000, 42 - 45; Heimonen & Voutilainen 1998, 55.)

Fyysisten rajoitteiden käyttöä on perusteltu myös hoitohenkilökunnan vähäisyydellä. (Tideiksaar 2005, 121; Saarnio 2009, 56; Hantikainen 2000, 40 - 62). Hoitohenkilöstön kiire ja huonot vaikutusmahdollisuudet omaan työskentelyyn lisäävät vanhusten liikkumisen rajoittamista vanhusten laitoshoidossa. Tutkimuksen mukaan hoitajat jotka olivat tyytyväisiä työhönsä ja saivat käyttää monipuolisesti kykyjään, sekä taitojaan, käyttivät 6,9 % vähemmän fyysisiä rajoitteita hoitaessaan vanhuksia verrattuna hoitajiin jotka kokivat työnsä kiireiseksi ja

vaikutusmahdollisuudet työnsä toteuttamiseen vähäisiksi. Vanhusten toimintakyvyn heikkeneminen tai erilaiset käytösoireet selvittivät vain pienen osan näistä eroista. Alhainen henkilöstömitoitus ei vaikuttanut tässä tutkimuksessa rajoitteiden käyttöön. (Pekkarinen ym. 2006, 1114 - 1120.)

Fyysisiä rajoitteita käytetään myös, koska sitomatta jättäminen asettaa työntekijät ja laitoksen oikeudelliseen vastuuseen jos vanhus loukkaa kaatuessaan itsensä. Sitomista on perusteltu myös sillä, että vanhuksen hoidossa fyysisten rajoitteiden käyttö mahdollistaa tehokkaan ja täsmällisen hoidon antamisen. Toisinaan vanhuksen omaiset pyytävät ja vaativat vanhuksen ”turvallista” hoitoa, mikä sisältää fyysisten rajoitteiden käytön. On olemassa myös sellaisia tilanteita, joissa sitomisen tilalle ei ole olemassa vaihtoehtoja. (Tideiksaar 2005, 121.)

Osaston ilmapiiri saattaa vaikuttaa vanhuksen hoitoon. Hoitotyön johtavassa asemassa olevilta henkilöiltä saatavan tuen puute voivat johtaa työilmapiirin huononemiseen ja vanhusten välinpitämättömään kohteluun. Yirasittunut ja väsynyt hoitaja saattaa herkemmin käyttää vanhusta hoitaessaan liikkumisen rajoittamista. (Hantikainen 2000, 40 – 62; Mullins & Hartley, 2002, 35- 44.) Tutkimusten mukaan, myös epäpätevän henkilökunnan suuri määrä saattaa vaikuttaa fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Voutilainen 2002,174).

#### **4.5 Omaisten suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön**

Omaiset suhtautuvat eri tavoin läheisensä kohdalla tapahtuvaan fyysiseen rajoittamiseen. Toiset ovat hämmentyneitä ja vaativat rajoitteiden poistamista kaatumisvaarasta huolimatta, osa omaisista hyväksyy rajoitteiden käytön uskoen sen suojaavan kaatumiselta ja loukkaantumiselta. Omaiset hyväksyvät rajoitteiden käyttöä helpommin, jos hoitajat eivät tuo esille niiden käyttöön liittyvistä negatiivisia puolia ja vaihtoehtoisia menetelmiä joita voitaisiin käyttää rajoitteiden käytön sijasta. (Tideiksaar 2005, 124.)

Omaisten suhtautumisesta fyysisten rajoitteiden käyttöön on tutkimusnäyttöä olemassa vain vähän. Osa omaisista osallistuivat aktiivisesti rajoittamiseen nostamalla sängynlaidat ylös tai sitomalla vanhuksen sänkyyn pussilakanalla. Omaisten epäsuora rajoittaminen tuli esille myös omaisen vaatiessa entistä tiukempia otteita vanhuksen liikkumisen rajoittamiseksi. Saamion

tutkimuksessa omaisten suora osallistuminen tuli esille ensimmäistä kertaa, aiemmissa tutkimuksissa tätä ilmiötä ei ole tullut esille. Omaiset eivät osaa ajatella, että ennen kun rajoitteet otetaan käyttöön, on arvioitava tarkasti vanhuksen kaatumisriski ja toimintakyky. (Saarnio 2009, 8 - 82, 88.)

#### **4.6 Vaihtoehdot fyysisten rajoitteiden käytölle**

Todisteita vanhuksen fyysisen rajoittamisen tehokkuudesta ei ole olemassa. (Tideikstaar 2005, 121). Vanhusten laitoshoidossa olisi suositeltavaa tukea hoitajia käyttämään fyysisten rajoitteiden sijasta muita vaihtoehtoisia toimintatapoja. Osastoille tulisi luoda selkeät ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. (Heikkilä 2002, 50. )

Fyysisten rajoitteiden käytön sijasta on olemassa vaihtoehtoja. Näitä vaihtoehtoisia keinoja voivat olla rauhattoman potilaan käyttäytymisen syyn selvittäminen, vuorovaikutuksen lisääminen vanhuksen kanssa, sekä fyysisen hoitoympäristön järjestäminen niin että se on potilaalle turvallisempi. Vanhusten kuntoutus ja kävelyn harjoittaminen, sekä valvonnan lisääminen ovat myös hyviä vaihtoehtoisia toimintatapoja. (Hantikainen 2000, 40 - 62; Heikkilä 2002, 33; Hervonen ym. 291 - 292.)

Vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä lisäävät esimerkiksi vanhuksen kirjattu oma hoitotahto ja omainen, joka kieltää rajoittamasta vanhuksen liikkumista. Ammatillisesti toimiva hoitaja, jolla on taito arvioida vanhuksen toimintakykyä, koulutus, työkokemus, luovuuden käyttö hoitotyössä, elämäkokemus, omahoitajajärjestelmän käyttö, sekä lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen aktiivisesti vanhuksenhoidosta vastaavaan moni ammatilliseen työryhmään lisäävät vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. Keskustelu työyhteisössä rajoitteiden käytöstä mahdollistaa vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöön ottamisen. Koko henkilökunnan myönteinen suhtautuminen vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöön, sekä fyysisen toimintaympäristön turvallisuus vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käyttöä vähentävästi. Vakituiset työsuhteet, riittävä henkilökuntamäärä, laatutyö, sekä johdon tuki vaihtoehtoisten toimintatapojen käytölle ovat hyviä keinoja vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa. (Saarnio 2009, 58.)



Vaihtoehtoisten toimintatapojen esteenä saattaa olla vanhuksen kieltäytyminen apuvälineiden käytöstä. Hoitajan epäeettinen käyttäytyminen, riittämätön tieto-taitotaso, sekä kielteinen suhtautuminen vaihtoehtoisia toimintatapoja kohtaan voivat olla este vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöönotolle. Taloudelliset tekijät, kuten apuvälineiden puute ja liian vähäiset henkilökuntaresurssit vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käyttöä lisäävästi. (Saarnio 2009, 58.)

Hoitotyössä voidaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vähentää valitsemalla oikeanlaisia hoitotyötä helpottavia istuin- ja sänkyvaihtoehtoja. Vanhuksille, joilla on heikko liikuntakyky ja jotka ovat vaarassa kaatua tuolien säätelystä huolimatta, voidaan harkita muita istuinvaihtoehtoja. Pehmeä ja syvä nojatuoli, jonka istuinosa kallistuu taaksepäin ja alas, kiillatynny jonka leveä osa asetetaan tuolin etuosaan tai tyroxi pelleteillä täytetty säkkituoli voivat olla vaihtoehtoja tuoliin sitomisen sijalle. Näistä istuimista on vaikea nousta ylös, koska pakarat ovat alempana kuin polvet. Edellä mainitut istuimet ovat parempi vaihtoehto kun fyysisten rajoitteiden käyttö, vaikka tavallaan osaltaan rajoittavat vanhuksen liikkumista, koska liikkeellelähtö tehdään mahdolliseksi valitsemalla tietynlainen istuin. Sänkyyn on mahdollista asentaa hälytysjärjestelmä, joka ilmoittaa vanhuksen liikkeelle lähdöstä, jolloin hoitaja saa tästä tiedon. (Tideikstaar 2005, 100 - 115.)

Hoitohenkilökunnan koulutus on myös hyvä keino vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä. Toisaalta, Huizingin (2009) Yhdysvalloissa tekemässä tutkimuksessa, jossa selvitettiin voiko koulutuksella vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten hoitolaitoksissa, selvisi, että hoitokäytänteet eivät muuttuneet mitenkään kahdeksan kuukauden seurannassa. Tutkimuksessa selvisi, että pelkkä yksisuuntainen koulutus ei muuta hoitokäytänteitä ja hoidon laatu on aina riippuvainen hoitoyhteisön heikoimmasta lenkistä. Ellei koko hoitohenkilökunta sitoudu hoitokäytänteiden muuttamiseen, on vaarana, että koko koulutus menee hukkaan. (Huizing ym. 2009, 1139 - 1148.)

#### **4.7 Fyysisten rajoitteiden käytöstä johtuvat seuraamukset**

Sängynlaitojen ylösnostaminen ja kaikki muu fyysinen rajoittaminen lisää huomattavasti vanhusten kaatumisriskiä. (Capezuti & Maisling 2002, 90 - 96). Laitoksissa, joissa käytetään fyysisiä rajoitteita, esiintyy enemmän vakavia kaatumisesta johtuvia loukkaantumisia,

vanhuksen pyrkiessä liikkeelle laidallisesta sängystä, hänen on kiivettävä laidan yli. Tästä seurauksena on putoaminen ja pahimmassa tapauksessa murtuma. Sängynlaidat saattavat lisäksi aiheuttaa monia vammoja, kuten mustelmia, repeämiä ja ruhjeita, lepositeiden käyttö voi myös johtaa kaatumisiin. (Tideiksaar 2005, 43 - 44.)

Vanhuksen sitominen turvavyöllä saattaa aiheuttaa painaessaan ja hangatessaan vaurioita iholle, vanhus saattaa jopa hirttäytyä sitomisen seurauksena. (Saarnio 2009, 67). Vanhus voi avata itse huonosti kiinnitetyt turvavyöt ja pudota tuolilta tai vuoteesta. Vaarana on myös, että vanhus kompastuu vöihin poistuessaan vuoteesta. Vanhusten, joiden liikkumista rajoitetaan käyttämällä fyysisiä rajoitteita, fyysinen kunto heikkenee nopeasti ja liikuntakyky huononee, myös sairastavuus lisääntyy. Tämä johtaa hyvin nopeasti hoidon- ja avuntarpeen lisääntymiseen ja samalla kaatumisriski lisääntyy. Lepositeiden käyttö myös lisää vanhusten pelkotiiloja, levottomuutta, aggressioita ja sekavuutta. (Tideiksaar 2005, 43 - 44, 122.) Sitominen lisää vanhusten kuolleisuutta jopa kaksinkertaisesti. (Etene, 2008, 16; Huizing ym. 2009, 1139 – 114).

Fyysisten rajoitteiden käytön toimivuudesta kaatumisten ehkäisykeinona ei ole tutkimusnäyttöä, mutta vanhusten fyysisten rajoitteiden käytön vähentäminen alentaa vammaan johtaneita kaatumisia. Laitoksissa, joissa on luovuttu lepositeiden käytöstä, kaatumisten määrä ei ole lisääntynyt lainkaan tai vain hieman. Yhdestäkään kaatumisesta ei ole ollut seurauksena vakavaa vammaa. Vanhusten fyysisen toiminnan rajoittaminen ei ole perusteltua kaatumisten ja vammojen ehkäisykeinona. (Hervonen ym. 291 - 292; Tideiksaar 2005, 44.)

Rajoitteiden käytöstä seuraa paljon inhimillistä kärsimystä vanhuksille ja heidän omaisilleen. (Callinagh ym. 2001, 391 - 399). Fyysisten rajoitteiden käyttö, kuten joutuminen esimerkiksi tuoliin sidotuksi, aiheuttaa vanhuksilla pelkoa itsenäisyyden menettämisestä ja pelon, sekä paniikin tuntemuksia. Myös alemmuudentunne ja minäkuvan heikentyminen ovat yleisiä, koska kiinnisidottuja ihmisiä pidetään usein vaarallisina, häiriintyneinä ja älyllisesti heikompina. (Tideiksaar 2005, 21, 122 – 123.) Fyysinen rajoittaminen vähentää myös vanhuksen mahdollisuutta olla vuorovaikutuksessa toisten potilaiden kanssa ja tämä saattaa

johtaa yksinäisyyteen, sekä vanhuksen eristäytymiseen. Laitostumisen riski kasvaa fyysisten rajoitteiden käytön seurauksena. (Sullivan - Marx 2001, 56 – 61.)

## **5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää fyysisten rajoitteiden käyttöä terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä, rajoittamismuodoista, kirjaamisesta ja tuoda esille hoitajien sekä omaisten ajatuksia ja kokemuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä. Toivomme, että tutkimustuloksia hyödyntämällä vanhusten laitoshoidossa toimintatapoja rohkaistutaan muuttamaan niin, että tuloksena on vanhusten hyvän ja laadukkaan hoidon turvaaminen. Tutkimukseemme osallistuu kaksi terveyskeskuksen osastoa, joista toinen on kuntouttava osasto ja toinen perusterveydenhuollon vuodeosasto, sekä yksi vanhainkoti.

### **Tutkimustehtävät**

1. Selvittää hoitoyksiköissä fyysisten rajoitteiden käyttöä hoitajien ajatusten ja kokemusten kautta
2. Selvittää hoitoyksiköissä fyysisten rajoitteiden käyttöä omaisten ajatusten ja kokemusten kautta.

## **6. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **6.1 Tutkimusmenetelmä**

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen tutkimus on menetelmä, jonka tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Laadullinen tutkimus alkaa määrittelemällä ensin tutkittava alue. Laadullisessa tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota aineiston riittävyteen, on olemassa tietty määrä aineistoa, joka tuo esiin merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 2008, 177.)

### **6.2 Aineiston keruu**

Aineiston keräsimme syksyn 2010 aikana teemahaastattelulla ja omaisten osalta avoimella kyselylomakkeella. Ensin suoritimme teemahaastattelun hoitajille terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodissa haastattelemalla heitä. Tutkimuksemme aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla, joka on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei ole tarkkaan asetettu eikä esitysjärjestystä ei ole suunniteltu etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2008, 203.) Haastattelun lomassa teimme samalla kenttämuistiinpanoja tarkkailemalla haastateltavien sanatonta viestintää.

Haastatteluryhmä muotoutui tutkimuksemme tarkoituksen perusteella, haastattelemamme henkilöt olivat terveydenhuollon ammattilaisia. Haastattelijoukko koostui kuudesta hoitoalan työntekijästä, kolmesta sairaanhoitajasta ja kolmesta perushoitajasta. Suurimmalla osalla heistä oli pitkä työkokemus, mutta joukossa oli myös vähemmän työkokemusta omaavia hoitajia. Haastateltavat hoitajat saimme ottamalla yhteyttä osastonhoitajiin jotka valitsivat hoitajat haastatteluun.

Sovimme haastattelusta sähköpostin välityksellä ja lähetimme alustavasti haastatteluun liittyvää materiaalia haastateltaville, jotta heillä olisi mahdollisuus valmistautua haastattelutilannetta varten. Samalla sovimme haastattelun ajankohdan arkipäivälle, sekä haastattelupaikan. Ajoitimme haastattelumme iltapäivälle jolloin osastoilla oli hieman rauhallisempaa. On ajattelevaista ottaa huomioon, että arkipäivät ovat sopivampia kuin viikonloput haastattelun ajankohdaksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 193.) On hyvä antaa haastattelun aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi ja eettisesti oikein kertoa tiedonantajille aihe jota haastattelu koskee, voi olla, että haastateltavat eivät lupaudu tutkimukseen jos eivät tiedä mistä on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73 - 76.)

Vanhusten hoitolaitoksissa työskentelevillä hoitajilla on kokemusta käytännössä tapahtuvista vanhusten hoitoon liittyvistä ongelmatilanteista ja fyysisten rajoitteiden käytöstä, joten on perusteltua haastatella vanhustenhoitolaitoksissa työskenteleviä hoitajia. Haastattelu tallennettiin nauhurille jonka lainasimme sairaalasta. Haastateltavat ymmärsivät nauhurin käytön välttämättömyyden haastattelun materiaalin tallentamisen kannalta. Lisäksi kerroimme haastateltaville, että tallennettu materiaali on luottamuksellista ja hävitämme sen tutkimuksemme valmistuttua.

Suoritimme tutkimuksemme avoimella ryhmähaastattelulla, koska halusimme vastaajien kertovan omin sanoin fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvistä asioista. Rajaamattomien avoimien kysymyksien avulla voidaan tutkimukseen osallistuvilta kysyä erilaisia spontaaneja mielipiteitä, assosiaatioita ja mieleenjohtumia. (Heikkilä 2008, 49.) Avoimen haastattelun tarkoituksena on, että tutkimuksen viitekehys helpottaa tutkijaa hahmottamaan tutkittavaa ilmiötä. Avoimessa haastattelussa tutkijan tehtävä on pitää haastattelu aiheessa ja koossa, mutta antaa haastateltavan puhua vapaasti. Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että haastattelija voi samalla havainnoida haastateltavia haastattelun aikana. Muistiin voidaan kirjoittaa miten asia sanotaan ja myös kuinka se sanotaan, on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta.

Haastattelurungon tarkoitus oli olla apuna haastattelun aikana, sen avulla johdattelimme keskustelun kulkua. Tavoitteenamme oli, että haastattelun aikana syntyä avointa keskustelua,

eikä kaavamaista asioiden läpikäyntiä. Lähetimme osastojen osastonhoitajien välityksellä haastateltaville luettavaksi haastattelurungon (LIITE 3.) ja tutkimustyöhömmme liittyen lomakkeen joka sisälsi yleistä tietoa koskien työtämme (LIITE 1.).

Haastattelutilanne oli aluksi jännittynyt, mutta pian kahvittelun lomassa tunnelma vapautui ja syntyi leppoisaa, sekä vapautunut ilmapiiri. Haastattelun alussa kerroimme haastateltavien yksityisyyden suojan säilyttämisestä ja vaitiolovelvollisuudesta koskien haastattelutilannetta. Ennen haastattelutilannetta teimme esittelykierroksen, jonka tarkoituksena oli alun epävarmuuden purkaminen. (Valtonen 2005, 223 – 241). Haastattelutilanne eteni odotetulla tavalla, häiriötekijöitä ei ilmennyt ja kesti kokonaisuudessaan noin kaksi tuntia. Haastattelijan roolin tulee olla ammattimainen ja käytös asiallista, lisäksi hänen tulee olla tasavertainen haastateltavan kanssa, jolloin vuorovaikutustilanteesta muodostuu vapautunut ja luonnollinen. (Hirsjärvi ym. 2004, 193 - 199.) Käyttäytymisemme oli ammattimaista ja annoimme haastateltaville tilaa kertoa omista kokemuksistaan liittyen fyysisten rajoitteiden käyttöön vuodeosastolla. Kun keskusteluvastuu siirretään osallistujille, heidän on mahdollista ottaa esille niitä teemoja jotka he kokevat tärkeiksi. (Valtonen 2005, 223 – 241).

Omaisten kyselylomakkeet toimitimme terveyskeskuksen vuodeosastoille ja vanhainkotiin, jossa hoitajat antoivat lomakkeen vanhuksen omaisille. Tutkimustietoa omaisten käsityksistä koskien fyysisten rajoitteiden käyttöä ei ole paljoa saatavilla, joten omaisille suoritettu kysely toi arvokasta tutkimustietoa tutkimustyöhömmme. Omaisilla oli noin neljä viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Kyselyyn omainen sai vastata haluamassaan paikassa. Kyselylomakkeiden mukana toimitimme kirjekuoret, joihin vastatut kyselykaavakkeet palautettiin. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljetussa nimettömässä kirjekuoressa hoitopaikan henkilökunnalle. Haimme kirjekuoret itse hoitopaikoista.

Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja siinä voidaan myös kysyä monia asioita. Menetelmänä kysely on tehokas, sillä se säästää tutkijan aikaa ja vaivaa sekä tutkimuksen aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. Kyselytutkimukseen liittyy myös huonoja puolia. Tavallisesti aineistoa pidetään pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomina, lisäksi ei voi olla varma miten vakavasti

vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja ovatko he vastanneet kysymyksiin rehellisesti. Aina ei tiedetä, ovatko annetut vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita vastaajan näkökulmasta. Hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa ja se vaatii tutkijalta monenlaista tietoa ja taitoa. Voi olla mahdollista, että ei saada riittävästi vastauksia. Kysely voidaan suorittaa joko postikyselynä tai kontrolloituna kyselynä. Tutkimuksen kannalta tärkein asia on aihevalinta, lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. Lomaketutkimukset jaetaan kolmeen ryhmään, avoimiin kysymyksiin, monivalintakysymyksiin, sekä asteikkokysymyksiin. Avointen kysymysten etuna on se, että esille saattaa tulla ennakolta odottamattomia uusia näkökulmia. (Hirsjärvi ym. 2008, 90, 194.)

Vastauslomakkeita jaettiin jokaiseen tutkimusyksikköön 10, siis yhteensä 30. Vastauksia saimme 11, kolme omaista jätti palauttamatta saamansa kyselylomakkeen. Mielestämme saimme vastauksia kohtalaisen hyvin ajatellen kyselyn koskevan eettisesti arkaa aihealuetta. Osa tutkimukseen osallistuneista omaisilta oli vastannut lomakkeen kysymyksiin lyhyesti vain muutamalla sanalla, toisaalta muutamassa lomakkeessa oli erittäin perusteellisesti pohdittu aihetta ja vastattu laajasti kysymyksiin.

Laadullisessa tutkimuksessa ja lomaketutkimuksissa voidaan erottaa kaksi vaihetta, havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Ensimmäisessä vaiheessa, joka alkaa joltain osin ennen aineiston keruuta, määritellään muuttujat ja koodit, koodataan kerätty aineisto ja tehdään sitten tarvittavat analyysit. Tutkimustulosten tulkintaa tapahtuu toisessa vaiheessa. Tutkimuksen kahta vaihetta nimitetään havaintojen tuottamisen ja selittämisen vaiheiksi. Lomaketutkimuksessa havaintojen määrää rajoitetaan hallittavamman kokoiseksi ja tämä tapahtuu jo ennen aineiston keruuta lomakkeen suunnitteluvaiheessa. Lomakkeessa kysytään vain tiettyjä, tutkijaa kiinnostavia ja kysymyksen asettelun kannalta tärkeitä kysymyksiä. Lomaketutkimuksissa tavoitteena on se, että yksilö ennen vastaamista muodostaa käsityksen lomakkeissa olevien kysymysten merkityksestä. Vastaajalla on oltava jonkinlainen käsitys asiasta ennen kuin hän vaivautuu vastaamaan tai täyttämään kyselykaavakkeen. (Alasuutari 2001, 50 – 51, 150.)

Aineistoon perehdyimme käymällä nauhoitetut haastattelut ja kyselylomakkeet läpi, sekä tekemällä niistä loppuyhteenvedot. Nauhoituksen jälkeen tallennettu aineisto auki kirjoitettiin sanatarkasti tietokoneelle. Haastattelu eteni keskeisten teemojen mukaisesti., tarvittaessa kysimme tarkentavia kysymyksiä haastateltavilta. Teemahaastattelu ottaa huomioon haastateltavien yksilölliset tulkinnat asioista, myös heidän omat asioille antamat merkitykset ovat tärkeässä asemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47 - 48).

### 6.3 Aineiston analysointi

Teemahaastattelun avulla saatu aineisto voi olla suuri vaikka haastateltava joukko olisi pienikin. Aineiston laajuuteen vaikuttavat haastattelun kesto, sekä haastattelukertojen määrä. Tutkija ei välttämättä voi hyödyntää kaikkea saamaansa aineistoa analyysissään. Analyysivaihe voi olla erittäin mielenkiintoinen, koska kerätty aineisto voi olla elämänläheinen. Vaihe voi olla myös haastava ja ongelmallinen, koska aineiston järjestäminen voi olla vaikeaa, analysointi vie usein myös paljon aikaa. Aineistoa voidaan analysoida monella eri tavalla. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisimmin tilastollista analyysiä ja päätelmien tekoa ja ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään yleisimmin laadullista analyysiä ja päätelmien tekoa. Tarkoituksena on valita sellainen lähestymistapa, joka tuo parhaiten vastauksen haluttuun tutkimustehtävään. Tavallisimmat laadullisen aineiston analyysin menetelmät ovat: teemoittelu, tyypittely, sisällön erittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi ym. 2000, 135 -136, 219 - 220.)

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen selkeä kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, aineisto järjestetään tiiviiseen muotoon. On tärkeää, että analyysivaiheessa aineiston sisältöä ja sen tuomaa tietoa ei kadoteta. Analysoinnin tavoitteena on tiedon lisääminen tutkittavasta aihealueesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108;Hämäläinen, 1987, 33; Burns & Grove 1997, 64 - 100; Strauss & Gobin 1990, 143 – 157.)

Valitsimme aineiston analyysimenetelmäksi sisällön analyysin (Kuvio 1.), joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää yksittäisenä

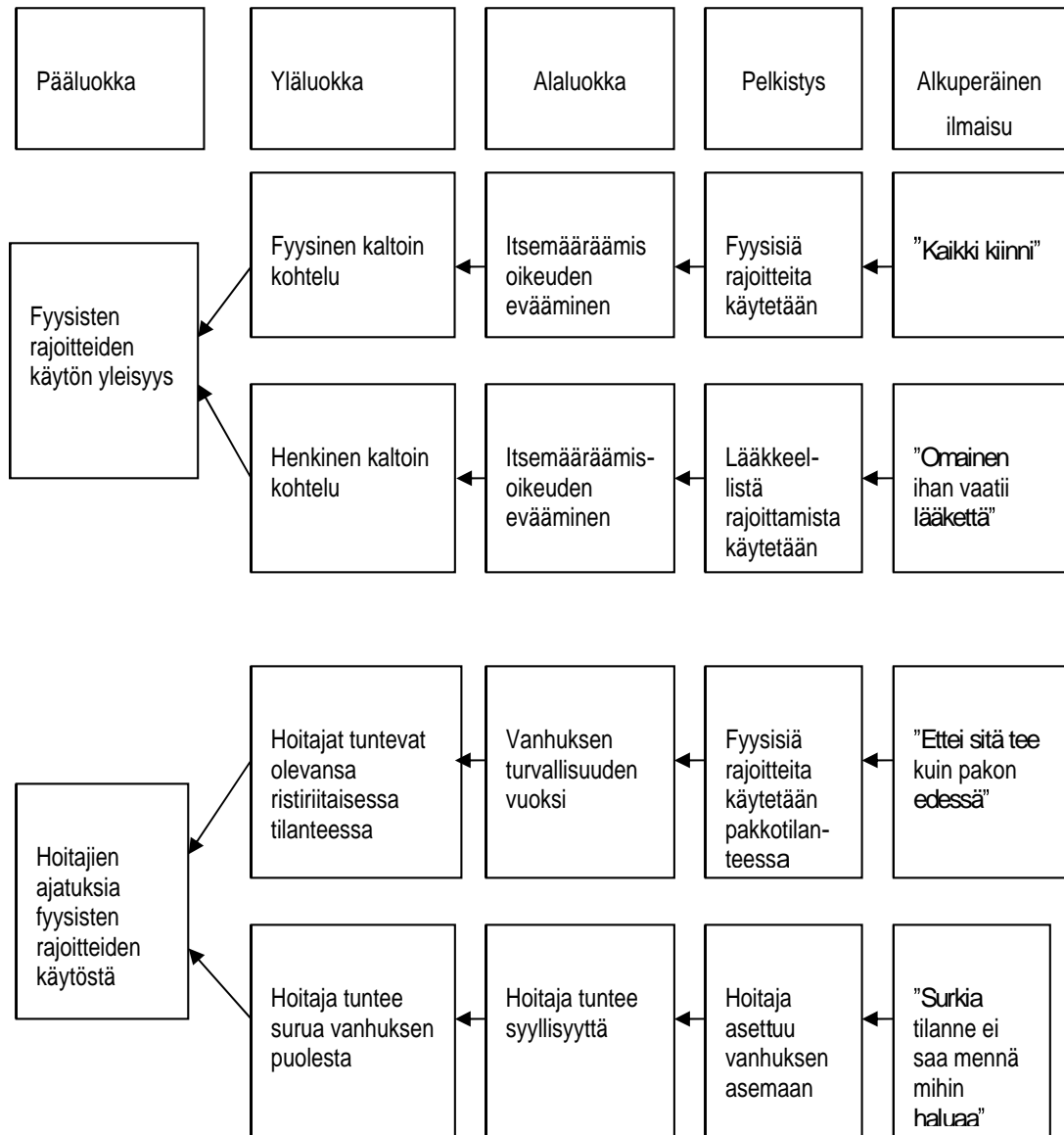


metodina tai väljänä teoreettisena kehyksenä joka voidaan yhdistää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Laadullinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104 - 118.)

Tutkiessamme fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten hoitotyössä, käytimme deduktiivista lähestymistapaa. Työssämme teoreettinen viitekehys muodostui kirjallisuuden pohjalta haetusta teorialiedosta ja aikaisemmista tutkimuksista. Käytimme tätä viitekehystä analysoidessamme aineistoa: hoitajien ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä, fyysisinä rajoitteina käytetyt rajoittamismuodot, hoitaja fyysisten rajoitteiden käyttäjänä, fyysisten rajoitteiden käyttöön johtavat syyt, omaisten suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttöön, vaihtoehdot fyysisten rajoitteiden käytölle, sekä fyysisten rajoitteiden käytöstä johtuvat seuraamukset.

Analysoinnin aikana on ratkaistava, keskitytäänkö vain siihen, mikä on ilmiselvästi ilmaistu vai analysoidaanko myös viestejä jotka eivät tule selkeästi esille. (Tanskanen 2001, 2 ). Analysoimme aineistosta ainoastaan sen mikä oli selvästi haastateltavien ja omaisten kertomaa. Tallennettu aineisto kirjoitettiin tekstiksi. Litterointi tehtiin koko haastatteludialogista ja se tapahtui heti haastattelun jälkeen. Litterointi on haastava ja aikaa vievä vaihe. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 140). Litteroitua tekstiä kertyi meillä 10 sivua.

Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitetun laadullisen aineiston sana sanalta puhtaaksi kirjoittamista. Puhtaaksikirjoittaminen voidaan tehdä koko kerätyistä aineistoista tai valikoiden, esimerkiksi teema-alueita mukaillen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 210.)



Kuvio 1. Esimerkki aineiston analyysistä.

## 7. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli tutkia fyysisten rajoitteiden käyttöä terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa fyysisten rajoitteiden käytön yleisyydestä, rajoittamismuodoista, kirjaamisesta ja tuoda esille hoitajien, sekä omaisten ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä. Tutkimustyömme tavoitteena on herättää keskustelua fyysisten rajoitteiden käytöstä. Toivomme, että tutkimustuloksia hyödyntämällä vanhusten laitoshoidossa toimintatapoja rohkaistutaan muuttamaan niin, että tuloksena on vanhusten hyvän ja laadukkaan hoidon turvaaminen.

### 7.1 Hoitajien ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä

Haastateltavat kokivat fyysisten rajoitteiden käytön kielteisenä asiana. Fyysisiä rajoitteita ei tulisi käyttää lainkaan, nykyaikana ei pitäisi enää sitoa ketään kiinni. Rajoitteita ei ole mukava käyttää ja niiden käyttö aiheuttaa pahaa mieltä. Rajoitteiden käyttö aiheutti ristiriitaisia tunteita, varsinkin vähemmän työkokemusta omaavien hoitajien kohdalla. Rajoitteita käytettiin vasta sitten kun kaikkia muita keinoja oli kokeiltu ensin.

*”Ettei sitä muuten tee kuin pakon eessä niin sanotusti kun kaikki muu on kokeiltu siinä vaiheessa.”*

Ensisijaisen tärkeää on saada vanhukseen hyvä yhteys puhumalla. Hoitajat kykenivät asettumaan myös vanhuksen asemaan ja ajattelemaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhuksen kannalta.

*”Surkia tilanne, kun ei saa mennä minne haluaa”.*

Hoitajia on ajoittain syyllistetty vanhuksen lihaskunnon heikkenemisestä sitomisen seurauksena. Tämä on heidän ammattietiikkansa vastaista. Tulee olla ehdoton valvonta jos vanhus on sidottu, kaikkia potilaita ei voi tuoda esimerkiksi kanslian eteen jonoon, todettiin paloturvallisuuden huononevan tuolloin. Käytännössä aktiivista valvontaa oli toisinaan vaikea toteuttaa.

## 7.2 Fyysisten rajoitteiden muodot

Rajoitteita ovat turvavyö, turvaliivit, haaravyö, geriatrinen tuoli pöytälevyn kanssa, sekä käsien sitominen. Turvavyö ja haaravyö olivat eniten käytössä olevat rajoittamisen muodot. Käsien sitomista käytettiin lähinnä levottoman vanhuksen kohdalla haluttaessa varmistaa hoidon onnistuminen, esimerkiksi i. v. kanyylin tai nenämahaletkun paikoillaan pysyminen. Käsien sitominen aiheutti eniten negatiivisia tunnereaktioita. Sängynlaitojen käyttö oli niin arkipäiväistä, että sen ei ajateltu olevan lainkaan fyysinen rajoite. Potilaat itse vaativat sängynlaitojen ylösnostoa, koska vanhukset kokevat sen lisäävän omaa turvallisuuttaan ja helpottavan asennonvaihtoa vuoteessa. Joissakin tapauksissa ylösnostettujen sängynlaitojen käyttöä perusteltiin sillä, että sängynlaitojen ylösnosto auttaa myös petivaatteiden pysymistä paikoillaan.

*”Peittokin pysyy paremmin päällä.”*

Osa perusteli ylösnostettujen sängynlaitojen käyttöä esimerkiksi hoitajan avustaessa potilasta ruokailutilanteessa sillä, että vanhojen sänkyjen laitoja on hankala laskea alas. Osa oli sitä mieltä, että sängyn reunaa ei tarvitse laskea alas kun potilasta avustetaan ruokailussa hoitajan istuessa korkealla tuolilla.

Huoneiden ovia ei lukittu missään tutkimuskohteessa, mutta rajoittamisen keinona käytettiin solun, eli pienen hoitoyksikön ovien lukitsemista. Esille tuli myös lääkkeiden käyttö rajoittamisen keinona. Yöaikana käytettiin herkemmin lääkettä levottoman vanhuksen rauhoittamiseen, käytännössä hoitajien välillä on eroja tämän asian suhteen, osa antaa herkemmin lääkettä. Osa omaisistakin haluaa ehdottomasti lääkitystä levottomalle potilaalle.

*”Omaisetki ihan vaatii lääkitystä. Ku on semmonen levoton potilas joka saattaa lyyäkki meitä ja pätkee ja jopa saatta omaisiaki lipasta, Omaisat sanoneet, että kyllä lääketä niin palijo että vaikka pää on kuinka tökkyrässä, parempi niin sille potilaalle, vaikka sille omaiselle olis parempi että sillä olis rauhallinen olo ku semmonen että on levoton olo.”*

Rollaattoria tai muuta vanhuksenliikkumisen apuvälinettä ei tarkoituksella siirretty kauemmaksi vanhuksesta, jos siirrettiin, toiminta perusteltiin. Osa perusteli apuvälineen siirtämistä kauemmaksi sillä, että vanhus on tottunut kyseiseen toimintaan.

Soittokellon soidessa tiheään, käytiin yleensä vastaamassa. Aina ei heti menty vanhuksen luokse, varsinkaan jos oli vasta käyty potilashuoneessa katsomassa vanhusta. Tuolloin saatettiin kurkistaa ikkunasta vanhuksen soittaessa hälytyskelloa, tarkoituksena varmistaa ettei mitään suurempaa hätää ole. Toimintaa perusteltiin sillä, että toisetkin potilaat on hoidettava, ei ole mahdollista antaa aikaa vain osalle potilaista.

Hoitajat löysivät rajoitteiden käytölle ”hyviä puolia”. Heidän mielestään potilas pystyy istumaan sen turvin paremmin, ajateltiin myös, että potilaalla ei tule tunnetta sidottuna olemisesta. Pidettiin hyvänä asiana sitä, että nykyään monet turvavyöt ovat pehmustettuja. Toivottiin, että fyysisten rajoittamiskeinojen, esimerkiksi turvavöiden ja turvaliivien käyttökävyyteen kiinnitettäisiin enemmän huomiota ja niitä kehitettäisiin vanhuksille miellyttävämmiksi ja huomaamattommiksi.

### **7.3 Tilanteet jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön**

Päällimmäinen syy fyysisten rajoitteiden käyttöön oli pelko vanhuksen kaatumisesta ja mahdollisista syytteistä omaisten taholta. Tänä päivänä omaiset ovat hyvin valveutuneita ja tietoisia oikeuksistaan. Hoitajilla oli myös kielteisiä kokemuksia siitä, mitä tapahtuu jos rajoite ”unohtuu”. Oletetaan, että hoitohenkilökunta on vastuussa vanhuksen turvallisuudesta.

Vanhuksen muistamattomuus altistaa rajoitteiden käyttöön. Muistiongelmainen vanhus ei muista, että hän ei kykene enää itsenäisesti liikkumaan. Hoitajat laittavat vanhuksen geriatriseen tuoliin varmistaakseen että vanhus ei lähde yksin liikkeelle ja loukkaa itseään.

Kiire lisää fyysisten rajoitteiden käyttöä. Osastoilla oli liian vähän henkilökuntaa potilasmäärään ja työn vaativuuteen nähden. Potilasaines osastoilla oli iäkästä ja moni sairasta, osastoilla oli paljon vanhuksia jotka tarvitsivat kahden hoitajan apua hoitotoimissa. Hoitajat kokivat, että heillä ei ollut riittävästi aikaa potilaiden kuntouttamiseen. Erityisesti tilanteissa joissa hoidetaan eristyspotilaita, hoitajat kokivat, että suojavaatetuksen pukeminen vie kohtuuttoman paljon aikaa potilastyöstä.

Kuntoutusosastolla kiinnitettiin erityisesti huomiota lonkka- ja polvileikattujen vanhuspotilaiden turvallisuuteen. Näitä potilaita varjeltiin erityisesti kaatumiselta käyttämällä fyysisiä rajoitteita, liikkumisluvan saannin jälkeen he saivat liikkua itsenäisesti.

#### **7.4 Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys**

Rajoitteiden käyttö oli hyvin yleistä ja sitä toteutettiin päivittäin. Fyysisten rajoitteiden käyttöä pidettiin osittain rutiinikäytäntönä. Hoitohenkilökunnan mukaan fysioterapeutitkin käyttivät fyysistä rajoittamista, mutta toisaalta antoivat ohjeita liittyen rajoitteiden käyttöön. Fysioterapeutit opastivat hoitajia kertoen esimerkiksi, että geriatriseen tuoliin ei saa sitoa vanhusta turvavyöllä kiinni mahdollisen kuristumisriskin vuoksi. Osassa osastoista rajoitteiden käyttö oli automaattista, vanhusten liikkumista rajoitettiin automaattisesti.

*”kaikki kiinni”*

#### **7.5 Kirjaamiskäytäntö fyysisten rajoitteiden käytössä**

Kirjaamiskäytänteet olivat puutteellisia ja poikkesivat toisistaan. Osastoilta puuttuivat selkeät kirjaamisohjeet ja paperiversio koettiin hankalaksi käyttää.

*”Paperiteksti hukkuu, pitäis olla sähköinen versio lomakkeesta.”*

Vanhainkodissa kirjaaminen oli säännöllisempää, kuntoutusosastolla kirjattiin vähiten. Kirjaaminen saattoi myös unohtua. Kirjaamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota jouduttaessa tekemään Hai Pro ilmoitus, eli ilmoitus potilaalle sattuneesta vahingosta tai vaaratilanteesta. Potilasasiakirjoihin kirjataan että vanhus on istunut, mutta ei turvavyön käyttöä.

*”En kyllä ikinä laita raporttiin tuommoista, ei käy kyllä mielessäkään, että laitan sen siihen”.*

Yhdellä osastoista oli selvitetty aina lääkärin lupa rajoitteiden käyttöön. Turvaliivin käyttö kirjattiin, turvavyön käyttöä ei. Oltiin sitä mieltä, että jos olisi käytettävissä yksinkertainen ja kätevä sähköinen versio fyysisten rajoitteiden kirjaamiseen, tämä parantaisi kirjaamiskäytäntöä. Lisäksi kirjaamisen merkitystä tulisi korostaa.

*”Olis kätevä ja tulisi kirjattua, siinä olisi kehittämisaihe. Leikkauksen jälkeen kun tulevat osastolle ja ovat vähän sekavia, siihen sitte panna. Vähitellen pääsee pois, pitää pohtia.”*

Tiedotusta myös omaisten ja hoitajien välillä pidettiin myös tärkeänä. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tietää, miten potilas on kotona liikkunut ja onko sängynlaitoja pidetty kotiloissa ylhäällä.

## **7.6 Vanhuksille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Pääsääntöisesti vanhuksille kerrottiin miksi hänen kohdallaan käytetään fyysistä rajoitetta, erityisesti jos potilas vastustelee, hänelle perustellaan fyysisten rajoitteiden käyttöä. Potilas hyväksyy paremmin, kun kerrotaan turvavyön olevan kuin auton turvavyö.

*”Mersuunkin pitää laittaa turvavyö.”*

Miespotilaat ovat jopa tästä mielissään ja hyväksyvät turvavyön käytön kun asiaa perustellaan ja verrataan esimerkiksi auton turvavyöiden käyttöön.

## 7.7 Omaisille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä

Fyysisten rajoitteiden käytöstä tiedotettiin vain jos omainen sitä kysyi. Omainen yleensä hyväksyy rajoitteiden käytön hoitajan perustellessa hyvin rajoitteiden käytön syyt.

*”Jos omaiset ihmettelee rajoitteiden käyttöä, sanotaan että miksi on laitettu näin. ja kyllä ne yleensä hyväksyy. niin, että se on se potilaan turvallisuus. Tuo tuli just mieleen ko on käjet sijottu, omaiset kysellee että eikö ne vois olla irti. ...sitte ollaan kokkeiltu ja sitte se on se nml ollu poies ja sitä on tympiä laittaa sitä nml yhtenään, potilaallekki se on hankala, kyllä ne sitte ymmärtää sen ku selivittää.”*

*”Sitte ko mietitään vaihtoehtoja niin ommaisetki on sitämieltä että käjet kiinni, melekeempä ainua, jos letkuruaalla on niin iliman muuta se pittää laittaa. Niin kauan ko se tullee( lääkärin ratkaisu) niin mejän pittää niitä keinoja käyttää, niitä omia keinoja joita on.”*

Oli tilanteita, joissa omainen oli opastanut käyttämään fyysisiä rajoitteita. Eräässä esimerkkitapauksessa omainen ei ollut hyväksynyt rajoitteiden käyttöä tarjoutuen itse valvomaan vanhuksen turvallisuutta, pian hän oli kuitenkin väsynyt tilanteeseen ja suostunut liivin käyttöön.

Pääsääntöisesti omaiset suhtautuivat myönteisesti fyysisten rajoitteiden käyttöön ja kokivat sen vanhuksen turvallisuutta lisäävänä tekijänä.

## 7.8 Vaihtoehtoiset keinot fyysisten rajoitteiden käytölle

Toivottiin lisää hoitohenkilökuntaa ja aikaa potilaille.

*”Hoitajia lissää vaan. niin justiin. Potilaitten kanssa vois olla puhevälleisä enempi.”*



Kaivattiin lisää valvovia silmäpareja, esimerkiksi omaisten mahdollisuutta osallistua vanhuksen jokapäiväiseen elämään. Lonkkahousujen ja turvakypärän käytön lisäämisen ajateltiin mahdollistavan vanhuksen turvallisemman ja vapaamman liikkumisen. Yhdellä osastolla oli hyviä kokemuksia lonkkahousujen ja turvakypärän käytöstä. Osa toivoi käytännöllisempiä ja toimivampia tiloja, joissa olisi ajateltu potilasturvallisuutta ja näin mahdollisuutta turvallisempaan liikkumiseen. Osa hoitajista työskenteli vasta remontoituissa tiloissa ja he kokivat tämän lisännen huomattavasti potilasturvallisuutta. Kaivattiin kuitenkin pienempiä hoitoyksiköitä, sekä mahdollisuutta suoraan näköyhteyttä vanhuksiin. Ehdotettiin myös huonekohtaista hoitajaa tai omahoitajasysteemiä. Käytännön arkisia apukeinoja kaivattiin kuten esimerkiksi kunnollisia potilastossuja.

*"Kunnon kengät. Hyviä kenkiä saatu ihan vasta. Ei "kusiluistimia."*

Tuottiin esille myös hyvin yksinkertaisia keinoja fyysisten rajoitteiden tilalle kuten esimerkiksi siskonpedin laittaminen lattialle.

*"Jos ei mitään muuta keinoa ole, niin laitetaan patja lattialle, vanhus ei tipu silloin minnekkään, tehdään siskonpeti."*

*"Sitte ykshän on se että lääkitystä lisätään tai jos sitä on liikaa, niin sitä puretaan. Joskus saa sen levottomuuen pois sillä lääkityksellä, siihen täytyy välillä turvautua."*

Koettiin, että aina ei ole vaihtoehtoja olemassa.

*"Kyllähän se on huonoa monien liikkuminen, aina ei ole vaihtoehtoja."*

## 7.9 Omaisten havaintoja ja kokemuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä

Omaisten mielestä vanhusten liikkumisen rajoittaminen on yleistä. Pyörätuoliin sitominen ja sängynlaitojen ylösnosto ovat yleisimmät rajoittamisen muodot, myös käsien sidontaa oli käytetty rajoitteena.

Suurin osa oli sitä mieltä, että fyysisiä rajoitteita tulee käyttää vanhuksen turvallisuuden takaamiseksi ja he hyväksyivät vanhuksen turvallisuuden vuoksi tapahtuvan fyysisten rajoitteiden käytön.

*”En ole kokenut rajoitetun omaiseni liikkumista muuten kuin turvallisuus syistä.”*

Osa omaisista vaatii rajoitteiden käyttöä haluten näin varmistaa omaisensa turvallisuuden. He toivovat hoitajan läsnäoloa vanhuksen liikkuesssa. Omainen halusi tuoda esille sairaalahoidossa tapahtuneita kaatumistapaturmia joissa seuraamuksena oli ollut murtumia.

*”Isämme on kaatunut sairaalassa 5 kertaa kolmen kuukauden aikana ja kotona yhden viikon aikana kahdesti. Seurauksena sairaalassa on ollut selkänikaman välin luhistuminen ja rannemurtuma on leikattu.”*

Osa koki vanhusta istutettavan liian vähän aikaa päivittäin pyörätuolissa ja vuoteessa oloaika oli päivittäin liian pitkä. He toivoivat vanhusten pääsevän sängystä ylös useammin kuin kerran päivässä.

Suurin osa hyväksyy rajoitteiden käytön, jopa vaatii sitä. Tärkein syy tähän on se, että omaiset haluavat suojella vanhuksia loukkaantumisilta, myös hoidon onnistumisen turvaamisella perusteltiin rajoitteiden käytön tärkeyttä.

*”Rajoitteiden käyttö on erittäin tärkeää kun suojellaan potilasta esim. kaatumiselta, itsensä vahingoittamiselta muuten tai esimerkiksi tippaletkun vetämiseltä pois suonesta.”*

Omaiset esittivät hyvin konkreettisia toiveita ja ehdotuksia fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyen. Yösnostettuja sängynkaiteita pidettiin hyvänä asiana, tämän ajateltiin lisäävän turvallisuutta. Käsien sitominen oli hyväksyttävää, jos se turvasi hoidon toteutumisen. Myös pöydän ääressä ruokailu koettiin turvallisemmaksi, kun vanhus sidotaan tuoliin.

*"Sängyn kaiteet molemmin puolin ovat hyvät. Syöminen sängyssä tarjottimelta, ei sängynlaidalla (jos on vaara pudota sängyltä). Kaikki liikkuminen sängyn ulkopuolella olisi tapahduttava hoitajan avustamana. Käsien sitominen silloin jos repii tippaletkuja. Syöminen pöydässä olisi turvallisempaa jos potilaan saisi sitoa tukevaan tuoliin kevyillä siteillä, ettei pääse putoamaan eikä tuoli kaadu. Minulla on kokemusta tuolilta putoamisesta kun isääni alkoi huimata ja tuoli kaatui."*

Vanhuksen ollessa hyvämuistinen ja täydessä ymmärryksessä omaiset toivoivat, että rajoitteita ei käytettäisi. Tilanteessa jossa rajoitteita kuitenkin joudutaan käyttämään, he toivoivat että vanhuksia kävelytetään ja tarjotaan myös muita virikkeitä esimerkiksi kirjat, lehdet, radio ja tv. Muistamattomien potilaiden liikkumisesta on voitava rajoittaa vanhuksen ollessa loukkaantumisvaarassa.

Rajoitteiden käytön tiedottaminen vanhukselle on tärkeää, vaikka kyseessä olisi muistamaton vanhus. Osalla oli selkeä kielteinen mielipide asiaan rajoitteiden käyttöön.

*"Niitä ei pidä käyttää ollenkaan."*

Omaisten mielestä hoitajia on liian vähän ja vanhusta ei ehditä sen vuoksi aina viemään ruokasaliin syömään.

*"Hoitajia on liian vähän, eivät kerkeä kускаamaan edes syömään."*

## **7.10 Omaisten informointi tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa käytetään fyysisiä rajoittamista**

Suurimmalle osalle omaisista oli kerrottu rajoitteiden käytön tarpeellisuudesta.

*”On kerrottu koska potilas irrottaa heti nenämahaletkun.”*

Eräs omainen oli tiedottanut oma-aloitteisesti hoitohenkilökunnalle fyysisen rajoittamisen käytön tärkeydestä omaisensa kohdalla. Hän oli joutunut pyytämään, että isän liikkumista itsenäisesti estettäisiin ja liikkuminen tapahtuisi vain hoitajien avustamana valvottuna, hän oli pyytänyt myös laitettavaksi kaiteet sänkyyn molemmin puolin.

Toivottiin, että hoitajat keskustelevat heidän kanssaan ennen fyysisten rajoitteiden käyttöönottoa ja kertovat siitä myös potilaalle, perustellen rajoittamisen käytön syyt molemmille.

*”Sekä potilaalle että omaiselle on tehtävä asia selväksi.”*

#### **7.11 Omaisten toiveet hoitajien toiminnasta tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa joudutaan käyttämään fyysistä rajoittamista.**

Toivottiin, että liikkumisen rajoittaminen ja valvonta aloitettaisiin heti, kun huomataan potilaan liikkumiskyvyn heikentyneen. Keskustelu vanhuksen ja omaisen kanssa koettiin tärkeäksi. Tuotiin esille myös, ettei vanhuksia kotiutettaisi liian aikaisin huonokuntoisina ja liikuntakyky heikentyneenä.

*”Katuilevia potilaita ei pitäisi päästää yksin kotiin. Isäni koki että ei ole turvallista olla kotona eikä sairaalassa kun aina tulee lisää murtumia. Sairaalaan oli jouduttu kun käsi murtui kahdesta kohtaa, yhteensä siis 4 murtumaa joista 2 tuli sairaalassa.”*

Käytettäessä fyysisiä rajoitteita, olisi tärkeää irrottaa vanhus välillä siteistä vapaaksi. Toivottiin hoitajien lisäävän vanhusten seurantaa jos vanhuksella näyttäisi olevan yritystä yksin liikkumiseen ja näin mahdollistavan vanhuksen oma-aloitteisen liikkumisen.

Eräs omainen halusi käytettävän enemmän vanhuksen suostuttelua rajoitteiden käytön sijasta.

*”Neuvotellen ja viekoitellen tulisi suostutella, en osaa muuta sanoa.”*

Tilanteissa joissa rajoitteita käytetään, haluttiin hoitajien tekevän sen rauhallisesti ja korostamatta, sekä samalla valvoen rajoitteen käytön toimivuutta ja turvallisuutta. Lisäksi he halusivat hoitajien käyvän useammin katsomassa vanhusta. Osalla oli luottamus siihen, että hoitajat toimivat asiallisesti.

Oli myös kokemuksia soittokellon eväämisestä vanhukselta

*”Ei ainakaan yöksi saisi ottaa kelloa pois, kuten on käynyt, kylläkin vain kerran.”*

### **7.12 Omaisten ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi fyysisen rajoittamisen sijaan**

Hoitajien määrää tulisi lisätä ja vanhusten valvontaa tehostaa. He toivoivat hoitajien pystyvän antamaan vanhuksille enemmän aikaa ja mahdollisuutta tehdä muutakin kuin vain välttämätön hoito. Keskustelu vanhuksen kanssa, ulkoiluttaminen, sekä mukavat yhteiset hetket muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan kanssa koettiin tärkeiksi.

*”Jos omaiseni joutuisi olemaan kauan sängyssä, toivoisin että häntä kävelytettäisiin tai työnnettäisiin rullatuolissa päivittäin, välillä myös ulkona etenkin kesällä.”*

Osa omaisista toi esille hyvin konkreettisia ehdotuksia vanhuksen liikkumisen turvaamiseksi. Ehdotettiin, että sairaalan sänkyjen tulisi olla matalampia jotta sängystä tipahtamisia sattuisi vähemmän, toivottiin tukevat kenkiä, joissa on hihnat myös kantapään takana.

Potilaspöydissä voisi olla edessä ja sivulla sivutangot joista potilas voisi ottaa kiinni kädellä kun nousee sängyltä, pöydät voisivat olla tukevampia, pöydän kääntyvä levyosa tukevampi ja kunnan jarrut potilaspöydissä. Ehdotettiin myös, että pöydän sivulla voisi olla kiinteä pieni kaide joka helpottaisi sängystä nousemista. Vanhuksia tulisi käydä katsomassa useammin huoneissa.

*”Liikuntakyvyttöä vanhusta tulisi ulkoiluttaa enempi, keskustella enempi. Hoitajia pitäisi olla enempi, jotta heillä olisi aikaa vanhukselle muutakin kuin se välttämätön hoito.”*

Omaiset ymmärsivät myös hoitajien kiireen ja ajanpuutteen vaikutuksen fyysisten rajoitteiden käyttöön.

*”Eipä taida olla keinoja, henkilökunta ei voine olla jatkuvasti vahtimassa.”*

## **8. TUTKIMUSTULOSTEN VERTAILUA AIKAISEMPIIN TUTKIMUKSIIN**

### **8.1 Hoitajien ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten hoidossa on arka aihe ja saattaa aiheuttaa eettisesti ongelmallisen ja ristiriitaisen tunteen. (Heimonen & Voutilainen 1998, 55). Liikkumisen rajoittaminen on eettinen valintatilanne jossa hoitaja joutuu valitsemaan joko vanhuksen turvallisuuden tai liikkumisen vapauden välillä. (Saarnio 2009, 58 - 59). Haastatellut hoitajat kokivat fyysisten rajoitteiden käytön kielteisenä asiana. Heidän mielestä fyysisiä rajoitteita ei tulisi käyttää lainkaan. Rajoitteiden käyttö aiheutti ristiriitaisia tunteita ja pahaa mieltä. Fyysiseen rajoittamiseen turvauduttiin vasta sitten, kun ei ollut enää muita vaihtoehtoja. Eettisesti hankalana asiana pidettiin vanhuksen käsien sitomista ja siitä kertomista, etenkin jos vanhus ei itse pysty sitä ymmärtämään. Jouduttaessa sitomaan kädet esimerkiksi nenämahaletkun vuoksi, toivottiin lääkärin miettivän mahdollisimman nopeasti vaihtoehtoista toimintaa kuten PEG napin laittoa, jolloin vältyttäisiin sekä vanhuksen, että hoitajan ahdistavalta tunteelta.

Hoitajat tunsivat surua ja pahaa mieltä tilanteessa jossa joutuivat käyttämään fyysistä rajoittamista vanhuksen kohdalla. (Chuang & Huang 2007, 486 – 494). Fyysisten rajoitteiden

käyttötilanteista johtuva tunteiden ristiriitaisuus aiheutuu vanhuksen itsemääräämisoikeuden ja toisaalta hoitajan velvollisuuksiin kuuluvan suojaamisen periaatteen joutumisesta vastakkain. (Mäki - Petäjä – Leinonen 2003, 80).

Osa pelkää joutuvansa itse vanhuksina fyysisesti rajoitetuksi. (Chuang & Huang 2007, 486 – 494). Kyseistä puolta toteutuneessa hoitajien haastattelussamme ei tullut esille.

Potilaaseen pitäisi saada hyvä yhteys puhumalla. Koettiin surua vanhuksen puolesta liikkumisen rajoittamisesta johtuen. Tutkimuksessamme tuli esille myös se, että hoitajia on syyllistetty vanhuksen lihaskunnan heikkenemisestä johtuen fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhuksen hoidossa.

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mielestä vanhuksilla pitäisi olla ehdoton valvonta käytettäessä fyysisiä rajoitteita. Tämä ei kuitenkaan aina ollut mahdollista toteuttaa käytännössä. Esille tuli käytännön ongelmia kuten sen, että kaikkia potilaita ei voi tuoda esimerkiksi kanslian eteen jonoon käytävän ahtauden vuoksi, todettiin että paloturvallisuusriskin lisääntyvän edellä mainitussa tilanteessa.

## **8.2 Fyysisten rajoitteiden käyttö**

Hoitajat mielsivät rajoitteiksi turvavyön, turvaliivit, haaravyön, käsien sitomisen ja geriatriksen tuolin pöytälevyn. Turvavyötä ja haaravyö olivat eniten käytössä olevat rajoittamisen muodot. Käsien sitomista käytettiin lähinnä levottoman vanhuksen kohdalla haluttaessa varmistaa i. v kanyyliin tai nenämahaletkun paikoillaan pysyminen. Käsien sitominen aiheutti haastatelluissa hoitajissa eniten negatiivisia tunnereaktioita. Aikaisempien tutkimusten mukaan yleisimpiä rajoittamisen muotoja ovat sängynlaitojen ylös nostaminen, lepositeiden käyttö vuoteessa ja geriatriseen tuoliin istuttaminen pöytälevyn kanssa. Muita fyysisen liikkumisen rajoittamisen muotoja ovat turvaliivin käyttö, ranteiden sitominen ja pyörätuoliin istuttaminen. (Heikkilä 2002,31; Etene, 2008, 16; Tideiksaar 2005, 43.)

Hoitajat eivät mieltäneet ylhäällä olevan sängynlaidan olevan fyysinen rajoite potilaalle, sängynlaitojen käyttö oli arkipäiväistä. Sängynlaitojen käytölle oltiin sokeuduttu niin, ettei niitä

laskettu alas hoitotilanteissakaan, esimerkiksi syöttäessään potilasta, tämä on esimerkki rutiininomaisesta rajoittamisesta. (Saarnio, R. 2009, 80).

Hoitohenkilöstö voi käyttää vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen myös epäsuoria rajoitteita. Epäsuoria rajoitteita ovat esimerkiksi vanhuksen liikkumisen apuvälineiden ja soittokellon poisottaminen, vanhuksen pitäminen puutteellisesti pukeutuneena ja liikkumisen rajoittaminen niin, että ainoastaan välttämättömät hoitotoimet saadaan suoritettua. Usein epäsuorien rajoittamiskeinojen käyttö tapahtuu hoitajan itse sitä tiedostamatta. (Saarnio 2009, 80.) Vastaavanlaisia tutkimustuloksia ei haastattelussamme tullut esille. Tutkimuksessamme liikkumisen apuvälineitä ei siirretty kauemmaksi, jos siirrettiin, kerrottiin siitä vanhukselle. Huoneiden ovia ei lukittu missään tutkimuskohteessa, mutta rajoittamisen keinona saatettiin käyttää solun ovien lukitsemista. Suljettu osasto ja vanhuksen huoneen lukitseminen ovat myös fyysisen rajoittamisen keinoja. (Salo – Sirkiä 2005, 3).

Vanhus saattaa myös itse vaatia fyysistä rajoittamista esimerkiksi haluamalla sängynlaidat nostettavan ylös. (Saarnio 2009, 59). Hoitajat perustelivat ylösnostettuja sängynlaitoja myös sillä, että potilaan on helpompi vaihtaa itsenäisesti asentoa vuoteessa, myös vanhojen sängyjen laitojen alas laskeminen tuotti ongelmia. Esille tuli myös lääkkeiden käyttö potilaan rauhoittamistarkoituksessa. Yöaikana käytettiin herkemmin lääkettä, jotta potilas rauhoittuu. Osa omaisistakin on voimakkaasti vailla lääkitystä levottomalle potilaalle.

Soittokellon soidessa tiheään, käytiin vastaamassa, ymmärrettiin sairaan vanhuksen kokema turvattomuus ja yksinäisyys. Hoitajat eivät aina heti menneet vanhuksen luokse, varsinkaan jos olivat vasta käyneet katsomassa vanhusta. Tuolloin saatettiin kurkistaa ikkunasta vanhuksen soittaessa hälytyskelloa, perusteluna oli, että toisetkin potilaat on hoidettava. Tutun vanhuksen ollessa kyseessä ajateltiin, että vanhus voi odottaa, kun hoitaja tietää että isompaa hätää ei ole. Haastattelemamme hoitajat eivät ottaneet soittokelloa pois potilaan ulottuvilta. Saatettiin käyttää epäsuoraa rajoittamista ottamalla vanhukselta soittokello pois tai jättämällä vastaamatta soittokellon kutsuun. (Saarnio 2009, 80).



### 8.3 Tilanteet jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön

Tutkimusten mukaan yleisin syy vanhusten liikkumisen rajoittamiseen on liikkumiseen liittyvät ongelmat. (Hantikainen 2000, 45). Fyysisten rajoitteiden käyttöä perustellaan vanhusten turvallisuuden lisäämisellä, jolloin halutaan estää mm. vanhuksen kaatuminen. (Huitzing ym. 2009, 1139 - 1148). Hoitohenkilökunta käyttää fyysisiä rajoitteita ehkäistessään vanhusten lonkkamurtumien syntymistä. Päällimmäinen syy fyysisten rajoitteiden käyttöön oli hoitajien pelko vanhuksen kaatumisesta ja mahdollisista syyteistä omaisten taholta. Fyysisten rajoitteiden historialliseen taustaan liittyy vanhusten lonkkamurtumien lisääntyminen, josta seurauksena on ollut hoitokustannusten huomattava kasvu, jonka katsottiin olevan hoitohenkilökunnan vastuulla. (Saamio 2009, 55.) Vanhuksen aikaisempi kaatuminen altisti vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle. Tämä sama ilmiö on noussut esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa. (Enbergh ym. 2008, 442 – 452).

Erityisesti kuntoutusosastolla kiinnitettiin erityistä huomiota lonkka- ja polvileikattujen vanhuspotilaiden turvallisuuteen. Näitä potilaita varjeltiin erityisesti kaatumiselta käyttämällä fyysisiä rajoitteita, liikkumisluvan saannin jälkeen nämä potilaat saavat liikkua itsenäisesti.

Vanhuksen ja hoitajan välinen ongelmatilanne saattaa johtaa fyysisten rajoitteiden käyttöön. Ongelmatilanne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun vanhus ei ymmärrä annettuja ohjeita, mikä saattaa johtua potilaan muistin ja ajattelukyvyn heikentymisestä. Hoitajalla voi olla myös käsitys, että vanhuksen fyysinen rajoittaminen helpottaa hoitamista. (Hantikainen 2000, 42 - 45; Heimonen & Voutilainen 1998, 55.) Muita syitä fyysisten rajoitteiden käyttöön oli mm. vanhuksen muistamattomuus, muistiongelmainen vanhus ei muista, että hän ei kykene enää itsenäisesti liikkumaan. Hoitajat istuttivat vanhuksen geriatriseen tuoliin varmistaakseen että vanhus ei lähde yksin liikkeelle ja loukkaa itseään. Fyysistä rajoittamista käytettiin herkemmin muistamattomien vanhusten kohdalla. Pelättiin, että vanhus ei muista liikuntakyvyttömyyttään ja liikkeelle lähtiessään kaatuu loukaten itsensä.

Omaiset vaativat aktiivisesti fyysisten rajoitteiden käyttöä. (Saamio 2009, 55 -56). Fyysisten rajoitteiden käyttöä on perusteltu myös hoitohenkilökunnan vähäisyydellä. (Tideksaar 2005,

121; Saarnio 2009, 56; Hantikainen 2000, 40 - 62). Hoitajat kokivat, että osastoilla oli liian vähän henkilökuntaa potilasmäärään ja työn vaativuuteen nähden, tämä aiheutti kiirettä joka johti helpommin fyysisten rajoitteiden käyttöön. Potilasaines osastoilla oli iäkästä ja moni tarvitsi kahden hoitajan apua hoitotoimissa. Todettiin, että aikaa ei ollut riittävästi potilaiden kuntouttamiseen. Erityisesti tilanteissa joissa hoidetaan eristyspotilaita, koettiin että suojavaatetuksen pukeminen vie kohtuuttoman paljon aikaa potilastyöstä.

Fyysisten rajoitteiden käyttöä lisäävät vanhuksen fyysinen ja psyykinen turvattomuus, vanhuksen häiritsevä käyttäytyminen, miessukupuoli. Lisäksi esille tuli myös se, että muita hoitajien fyysisten rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä ovat hoitoalan ammatillinen koulutus, hoitajan asennoituminen myönteisesti rajoitteiden käyttöön, vastentahtoisuus ja uupuminen vanhustyötä kohtaan. (Saarnio 2009, 56.) Vanhuksen kohdalla saatetaan käyttää fyysistä rajoittamista hänen kokemansa oman turvattomuuden tunteen vuoksi. Vanhus saattaa tuntea pelkoa muita haasteellisesti käyttäytyviä potilaita, jotka kulkevat vapaasti osastolla ja vieraillevat toisten potilaiden huoneissa. Tällaisissa tilanteissa vanhus saattaa pyytää hoitajaa lukitsemaan hänet omaan huoneeseen tai sulkeutuu itse omaan huoneeseen lukkojen taakse. (Saarnio 2009, 79.) Tämän suuntaista tutkimustulosta tutkimuksessamme ei suoranaisesti tullut ilmi.

Fyysisen hoitoympäristön ahtaat, sekä epäkäytännölliset tilat ja apuvälineiden puute lisäävät fyysisten rajoitteiden käyttöä, myös työyhteisö voi suhtautua myönteisesti rajoitteiden käyttöön. Fyysisten rajoitteiden käyttöä koskevaa lainsäädäntöä ei ole olemassa ja se osaltaan altistaa fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Saarnio 2009, 55 - 56.) Osa hoitohenkilökunnasta perusteli ylösnostettujen sängynlaitojen käyttöä hoitajan avustaessa potilasta ruokailutilanteessa sillä, että vanhojen sänkyjen laitoja on hankala laskea alas. Hoitajien mielestä sängyn reunaa ei tarvitse laskea alas kun potilasta avustetaan ruokailussa hoitajan istuessa korkealla tuolilla. Toisella tutkimuskohteena olleella osastolla hoitajat kokivat tilojen olevan epäkäytännölliset ja ahtaat, suoraa näköyhteyttä istumassa oleviin vanhuksiin oli vaikea saada. Tämä osaltaan saattoi vaikuttaa rajoitteiden käyttöön, haluttiin varmistaa vanhuksen turvallinen istuminen. Hoitajien havaittiin käyttävän rajoitteita hoitotoimien onnistumisen varmistamiseksi. (Saarnio 2009, 56.) Rajoitteiden käyttö estää vanhuksia

vaeltamasta ja auttaa istumaan hyvässä asennossa, sekä sitominen estää myös lääkkeiden sivuvaikutuksia. (Tideiksaar 2005, 121). Vanhuksen sitomista perusteltiin hyvällä istuma-asennolla.

Fyysisiä rajoitteita käytetään myös, koska pelätään tilannetta joka johtaa työntekijöiden ja hoitolaitoksen asettamiseen oikeudelliseen vastuuseen jos vanhus loukkaa kaatuessaan itsensä. Sitomista on perusteltu myös sillä, että vanhuksen hoidossa fyysisiä rajoitteita käytettäessä voidaan vanhusta hoitaa tehokkaasti ja täsmällisesti. On olemassa myös sellaisia tilanteita, joissa sitomisen tilalle ei ole olemassa vaihtoehtoja. (Tideiksaar 2005, 121.) Hoitajat toivat esille pelkonsa syyteeseen joutumisesta vanhuksen kaatuessa ja loukatessa itseänsä. Fyysistä rajoittamista käytettiin myös tehokkaan hoidon antamisen varmistamiseksi, varmistettiin i.v. kanyylin kiinnipysyminen vanhuksen kädessä tai ravitsemuksen saanti turvattiin estämällä rajoitteita käyttämällä vanhuksen toteuttama mahdollinen nenämahaletkun poisto.

Ylirasittunut ja väsynyt hoitaja saattaa herkemmin käyttää vanhusta hoitaessaan liikkumisen rajoittamista. (Hantikainen 2000, 40 - 62 & Mullins & Hartley 2002, 35 - 44). Hoitajien väsymys ja ylirasittuminen ei selkeästi tullut esille, mutta osastoilla vallitseva kiireinen työtahti vaikuttaa negatiivisesti hoitajien jaksamiseen ja tätä kautta saattaa altistaa fyysisten rajoitteiden käyttöön.

Hoitajan omat näkemykset, arvot ja ennakkokäsitykset ohjaavat hänen päätöksentekoaan. Koulutuksen lisääminen on keino vaikuttaa hoitajien asenteisiin ja suhtautumiseen fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Hantikainen 2000, 43.) On tärkeää, että vanhusten hoitolaitoksissa pysähtyä tutkimaan niitä syitä, jotka johtavat fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Voutilainen ym. 2002, 175). Tutkimuksessamme eteenkin nuoremmat hoitajat kokivat keskustelun fyysisten rajoitteiden käytöstä osastoilla liian vähäiseksi.

#### **8.4 Fyysisten rajoitteiden käytön yleisyys**

Rajoitteiden käyttö oli hyvin yleistä ja sitä toteutettiin päivittäin ja niiden käyttöä pidettiin rutiinikäytäntönä. Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä. (Saarnio 2009, 55; Hantikainen

2000, 45). Fyysistä rajoittamista käytettiin enemmän terveyskeskusten vuodeosastolla verrattuna vanhainkotiin. Tutkimustuloksemme tukee Björgrenin (2005) ja Saarnion (2009) tekemiä aikaisempia tutkimuksia kyseisestä asiasta. (Björgren ym. 2005, 103; Saarnio 2009, 55.) Fyysisten rajoitteiden käyttöä perusteltiin vanhuksen turvallisuutta lisäävänä toimenpiteenä.

### **8.5 Kirjaamiskäytännöt fyysisten rajoitteiden käytön yhteydessä**

Kirjaamiskäytännöistä fyysisten rajoitteiden käytön yhteydessä emme löytäneet aikaisempia tutkimuksia. Omassa tutkimuksessamme tuli selkeästi esille kirjaamisohjeiden ja kirjaamiskäytäntöjen puutteellisuus eri hoitoyksiköissä. Paperinen kirjaaminen koettiin hankalaksi käyttää ja toivottiin selkeää sähköistä versiota. Vanhainkodissa kirjaaminen oli säännöllisempää, kuntoutusosastolla kirjattiin vähiten. Kirjaaminen saattoi myös unohtua. Esille tuli se, että kirjaamiseen kiinnitettiin enemmän huomiota vasta vaaratilanteen sattuessa, jouduttaessa tekemään Hai Pro ilmoitus, eli ilmoitus potilaalle sattuneesta vahingosta tai vaaratilanteesta. Tutkimuksemme perusteella potilasasiakirjoihin kirjataan kyllä, että vanhus on istunut, mutta ei kirjata esimerkiksi turvavyön käyttöä.

Kirjaamisen merkitystä vanhusten laitoshoidossa tulisi korostaa. Omaisten ja hoitajien välinen toimiva tiedotus koettiin vanhuksen laadukkaan hoidon turvaamisen takaamiseksi tärkeäksi. Fyysisten rajoitteiden käyttöä olisi vältettävä kaikin keinoin, siksi osastoilla tulisi olla selkeät ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. (Hantikainen 2000, 40 - 62).

### **8.6 Vanhuksille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Tutkimuksessa on tullut esille eettisten ohjeiden tärkeys hoitajille. Eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajia päivittäisessä päätöksenteossa potilaan hyvän hoidon saavuttamiseksi. Eettiset ohjeet tuovat esille ammattikunnan oikeudet ja asettavat selkeät rajat hoitajien toimintaan. (Strandell – Laine, Heikkinen ym. 2004, 259 - 267.)

Vanhusten hoitoyksiköissä ei ole käytössä selkeää ohjetta eikä yhteistä käytäntöä miten vanhukselle tai omaiselle tiedotetaan fyysisten rajoitteiden käytöstä. Tiedottamista helpottaisi

oleellisesti osastoilla olevat selkeät ohjeet, joilla hoitajat voivat tarvittaessa perustella fyysisten rajoitteiden käyttöä.

Pääsääntöisesti vanhuksille kerrottiin ja perusteltiin miksi hänen kohdallaan käytetään fyysistä rajoitetta, erityisesti jos potilas vastustelee, hänelle perustellaan rajoitteiden käyttöön johtavat syyt. Haastattelemamme hoitajat sanoivat kertovansa vanhukselle fyysisten rajoitteiden käytöstä tilanteessa, jossa esimerkiksi laittavat turvavyötä tai turvaliiviä vanhuksen päälle. He kertoivat kaikki perustelewansa rajoitteiden käyttöä vanhukselle hänen turvallisuuttaan lisäävänä asiana itse tilanteessa fyysistä rajoitetta laitettaessa. Tavallinen tilanne oli vanhuksen tuoliin istuttaminen turvavyön avulla, tämän asian myönsivät kaikki haastattelemamme hoitajat tekevän. Tuoliin sidotuksi joutuminen saattaa aiheuttaa vanhuksille itsenäisyyden menettämisen pelkoa ja paniikin tuntemuksia. (Tideiksaar 2005, 21, 122 – 123).

Yli puolet hoitajista ilmoitti käyttävänsä fyysistä rajoittamista ja perusteli vanhukselle rajoitteiden käyttöön johtaneet syyt. Pieni osa hoitajista vastasi kertovansa vanhukselle vain joskus miksi käyttää rajoitetta. Yksikään ei jättänyt kertomatta vanhukselle rajoittamisen syytä. (Saarnio 2009, 60.) Tältä osin saimme tutkimuksessamme samansuuntaisia tuloksia. Tutkimuksessamme ei tullut ilmi vanhuksen informoimatta jättämistä.

### **8.7 Omaisille tiedottaminen fyysisten rajoitteiden käytöstä**

Fyysisten rajoitteiden käytöstä hoitajat tiedottivat vain jos omainen sitä kysyi. Hoitajien mukaan omainen yleensä hyväksyy rajoitteiden käytön saadessaan hyvät perustelut. Esille tuli myös tilanteita, joissa omainen oli opastanut hoitajia käyttämään fyysisiä rajoitteita. Eräässä esimerkkitapauksessa omainen ei ollut hyväksynyt rajoitteiden käyttöä tarjoutuen itse valvomaan vanhuksen turvallisuutta, pian omainen oli väsynyt tilanteeseen ja suostunut turvaliivin käyttöön.

Omaisat vaativat aktiivisesti rajoitteiden käyttöä. Saarnion tutkimus oli ensimmäinen jossa tämän tapainen omaisen suora osallistuminen tuli esille. (Saarnio 2009, 81). Omaisat

osallistuvat innokkaasti vanhusten liikkumisen rajoittamiseen vetoamalla turvallisuuteen ja osa omaisista oli jopa yrittänyt itse valvoa ja varmistaa rajoitteiden käytön toteutumista.

Jos hoitajat eivät kerro rajoitteiden käytön negatiivisista seuraamuksista eivätkä vaihtoehtoisista menetelmistä, omaiset kannattavat niiden käyttöä. Tutkimuksen mukaan omaiset suhtautuvat fyysisten rajoitteiden käyttöön läheistensä kohdalla eri tavalla, osa on hämmentyneitä, vaati rajoitteiden poistamista, osa taas hyväksyy rajoitteiden käytön vanhuksen turvallisuuden vuoksi. (Tideksaar 2005, 124.) Tämä ei suoranaisesti tutkimustuloksissamme tullut esille, mutta tutkimukseemme osallistuneet hoitajat eivät kertoneet omaisille vaihtoehtoisista toimintatavoista tai tuoneet esille fyysisten rajoitteiden huonoja puolia. Tutkimuksemme perusteella pääsääntöisesti omaiset suhtautuivat myönteisesti fyysisten rajoitteiden käyttöön ja kokivat sen vanhuksen turvallisuutta lisäävänä tekijänä.

Omaiset toimivat vanhuksen tukena rajoittamistilanteissa. He kertoivat vanhukselle rajoitteiden käyttöön johtavat syyt ja huolehtivat esimerkiksi, että rajoittamisvälineenä käytetty turvavyö ei ollut liian tiukalla. Tutkimuksen mukaan he pitävät tärkeänä, että vanhus tietää miksi hänen liikkumistaan rajoitetaan. (Saarnio 2009, 66 - 65.) Hoitajat kertoivat omaisille syyn rajoitteiden käyttöön yleensä vain jos he sitä kysyvät.

Havaitsimme mielenkiintoista samankaltaisuutta tutkimuksemme ja Saarnion tekemän tutkimuksen välillä. Omaiset käyttivät epäsuoraa rajoittamista esittäen hoitajille toiveita tai vaatimuksia fyysisen rajoitteen käytöstä vanhuksen hoidossa. (Saarnio 2009, 59). Esille tuli selkeästi omaisten vaatimus rajoitteiden käyttöön liittyen.

Omaisilla saattaa olla suuttumuksen ja pelon tunteita jos hoitaja ei ollut selittä rajoitteiden käytön syytä. (Saarnio 2009, 64). Vastaavanlaisia tunteita eivät tutkimukseemme osallistuneet hoitajat tuoneet haastattelussa lainkaan esille.

## 8.8 Ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi

On olemassa vaihtoehtoja fyysisten rajoitteiden käytölle. Näitä vaihtoehtoja voivat olla vuorovaikutuksen lisääminen vanhuksen kanssa, rauhattoman potilaan käyttäytymisen syyn selvittäminen, sekä fyysisen hoitoympäristön järjestäminen turvalliseksi. Muita vaihtoehtoisia toimintatapoja ovat vanhuksen kuntoutus ja kävelyn harjoittaminen, sekä valvonnan lisääminen. (Hantikainen 2000, 40 – 62; Heikkilä, 33; Hervonen 291 – 292.) Haastattelemamme hoitajat toivoivat myös lisää henkilökuntaa valvomaan ja turvaamaan vanhusten liikkumista sekä enemmän aikaa olla vanhusten kanssa. Haastattelussa tuotiin esille myös hyviä ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi, kuten esimerkiksi siskonpedin laittaminen lattialle.

Hoitajat toivat esille konkreettisen toiveen paremmista apuvälineistä hoitotyöhön, he kaipasivat uusia potilastossuja joissa ovat hyvät liukuesteet pohjissa, sekä toimivia potilassänkyjä. Käytännön hoitotyötä voidaan helpottaa valitsemalla oikeanlaisia hoitotyön vaihtoehtoja esimerkiksi erilaisia sänkyvaihtoehtoja tai parempia potilastossuja, tällä tavalla vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä. (Tideikstaar 2005, 100 - 115).

Hoitoympäristön turvallisuus vähentää tarvetta käyttää fyysisiä rajoitteita, myös henkilökuntamäärän lisääminen on keino vähentää fyysisten rajoitteiden käyttöä hoitotyössä. (Saarnio 2009, 56). Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoillaan toimivan henkilöstön määrä on vanhusten avuntarpeeseen nähden liian pieni. (Voutilainen ym. 2005, 166 - 175). Hoitajat kokivat, että osastoilla on liian vähän henkilökuntaa potilasaineksen huonokuntoisuuteen ja avuntarpeeseen nähden ja he toivoivat enemmän henkilökuntaa käytännön hoitotyöhön.

Kuntoutus ja kävelyttäminen, sekä valvonnan lisääminen mahdollistavat fyysisten rajoitteiden käytön vähentämisen. (Hantikainen 2000, 4). Tutkimukseemme osallistuneet hoitajat toivat myös esille halun osallistua enemmän vanhusten kävelyttämiseen ja valvontaan. He olivat tietoisia kuntouttamisen ja kävelyttämisen tärkeydestä, mutta he kokivat resurssien olevan

liian vähäiset vanhusten riittävään kuntouttamiseen. Usein vanhukset olivat myös niin huonokuntoisia, että kävelyttäminen onnistui vain kahden hoitajan avustuksella.

Hoitohenkilökunta kaipasi lisää valvovia silmäpareja, esimerkiksi omaisten mahdollisuutta osallistua vanhuksen jokapäiväiseen elämään. Lonkkahousujen ja turvakypärän käytön lisäämisen ajateltiin mahdollistavan vanhuksen turvallisemman ja vapaamman liikkumisen. Yhdellä osastolla olikin saatu hyviä kokemuksia lonkkahousujen ja turvakypärän yöstä. Osa hoitajista toivoi käytännöllisempiä ja toimivampia tiloja, joissa olisi ajateltu potilasturvallisuutta ja näin mahdollisuutta turvallisempaan liikkumiseen. Osa työskenteli vasta remontoituissa tiloissa ja he kokivat tämän lisännen huomattavasti potilasturvallisuutta. Kaivattiin kuitenkin pienempiä hoitoyksiköitä, sekä mahdollisuutta suoraan näköyhteyttä vanhuksiin. Ehdotettiin myös huonekohtaista hoitajaa tai omahoitajasysteemiä.

Tutkimuksemme oli lyhyt haastattelumuotoinen, tästä huolimatta havaitsimme samankaltaista fyysisten rajoitteiden toistuvaa käyttöä saman tietyn vanhuksen kohdalla, kuten Saarnio havaitsi omassa havainnointi tutkimuksessaan. Fyysisten rajoitteiden käyttö saman vanhuksen kohdalla oli toistuvaa ja pysyvää. Toistuva rajoitteiden käyttö voidaan keskeyttää käyttämällä fyysisten rajoitteiden sijaan vaihtoehtoisia toimintatapoja. Yksi vaihtoehtoinen toimintatapa on vanhuksen ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen lisääminen. Hoitaja voi lisätä vuorovaikutusta kuuntelemalla vanhuksen toiveita ja olemalla vanhuksen luona. (Saarnio 2009, 68, 83 – 84; Cotter & Evans 2006, 183; Nakahira ym. 2009, 807 – 816.) Hoitajat toivoivat lisää aikaa potilaille, sekä enemmän hoitohenkilökuntaa, tältä osin tutkimuksessamme saadut tutkimustulokset tukevat Saarnion laajemmassa mittakaavassa toteutetussa tutkimuksessa esiin tulleita tuloksia.

Lääkäri ja fysioterapeutin kuuluminen vanhuksen hoidosta vastaavaan moni ammatilliseen hoitotiimiin vaikuttaa vähentävästi rajoitteiden käyttöön ja lisää vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä. (Saarnio 2009, 87). Omassa tutkimuksessamme tämä puoli ei tullut selkeästi esille, fysioterapeutin osallistuminen vanhusten hoitoon ja sen toteutukseen, eteenkin kuntoutusosastolla oli kyllä päivittäistä.



Omaiset toivoivat vanhuksen yksilöllisten tapojen ja tottumusten parempaa huomioonottamista, sekä pääsevänsä enemmän mukaan hoidon suunnitteluun. (Perälä & Rääkkönen 2000, 98). Haastattelemamme hoitajat puolestaan toivoivat omaisten osallistuvan enemmän vanhustensa hoitoon.

### **8.9 Omaisten havaintoja ja ajatuksia fyysisten rajoitteiden käytöstä vanhusten hoitotyössä**

Tutkimuksia omaisten havainnoista ja ajatuksista liittyen fyysisten rajoitteiden käyttöön vanhusten laitoshoidossa on olemassa vain vähän. Kaivataankin lisätutkimustietoa tältä alueelta.

Omaisten vastausten perusteella vanhusten liikkumisen rajoittaminen on yleistä. Pyörätuoliin sitominen ja sängynlaitojen ylösnosto ovat yleisimmät omaisten havainnoimat rajoittamisen muodot. Suurin osa oli sitä mieltä, että fyysisiä rajoitteita tulee käyttää vanhuksen turvallisuuden vuoksi.

Perälä ja Rääkkönen (2000) ovat tutkineet hoidon laatua ja avun saantia omaisten näkökulmasta pitkäaikaislaitoshoidossa. Loukkaavaksi toiminnaksi heidän tutkimuksessaan käsitetään esimerkiksi sitominen. Tutkimuksen mukaan asiakkaan hoidon tarpeen lisääntyessä avun saamisen riittävyys vähenee. Tyttäret sanoivat avun saamisen riittämättömämmäksi kuin pojat tai muut läheiset. Omaisista muutama prosentti havaitsi erilaista loukkaavaa toimintaa päivittäin, viikoittain hieman useammat. Laitostyyppin perusteella suoritettuna tarkasteluna hoidotta jättäminen, kuten likaiset vaipat, oli yleisempää terveyskeskuksissa kuin julkisissa vanhainkodeissa. Sen sijaan loukkaavan toiminnan, kuten sitomisen yleisyydessä ei ollut eroja laitosten välillä. Kaikissa laitostyypeissä ja kaikilla osaluilla esiintyy huono- ja hyvälaatuista toimintaa. (Rääkkönen & Perälä 2000, 93 - 96.) Omaisten vastaustuloksista kävi ilmi hoitajien käyttävän fyysisiä rajoitteita ja että hoitajilla ei ole riittävästi aikaa paljon hoitoa tarvitsevia vanhuksia varten. Sitominen hyväksyttiin potilaan turvallisuuden vuoksi.

Hoitajat sitovat potilaan usein omaisen pyynnöstä vaikka potilas itse vastustaa sitä. Tutkimuksessa oli kuitenkin havaittu eriäväisyyksiä verratessa vuosien 1995 ja 2005 tuloksia. Uudemmassa tutkimuksessa hoitajat kokivat harvemmin syyllisyyttä ja hämmennystä potilaan omaisten edessä. Tämä kertoo siitä, että hoitohenkilökunta kokee omaisten hyväksyvän fyysisen sitomisen entistä useammin. (Salo – Sirkiä, 2005, 43.) Samansuuntaiseen tulokseen on tullut Tideiksaar (2005) tutkimuksessaan jossa omaiset hyväksyvät rajoitteen käytön uskoen sen suojaavan kaatumiselta ja loukkaantumiselta. (Tideiksaar 2005, 124). Samoin omassa tutkimuksessamme saimme samansuuntaisia tuloksia. Omaiset hyväksyivät fyysisten rajoitteiden käytön ja jopa vaativat sitä.

Ei ole perusteltua käyttää fyysisiä rajoitteita kaatumisten ja vammojen ehkäisykeinona. (Hervonen ym. 291 – 292; Tideiksaar 2005, 122). Tutkimukseemme osallistuneet omaiset halusivat rajoittaa vanhuksen liikkumista loukkaantumisvaran vuoksi. He halusivat käytettävän fyysisiä rajoitteita aktiivisesti. Omaiset ovat lisänneet päätösvaltaansa. (Saarnio, 2009, 82). Tärkein syy rajoitteiden käyttöön on omaisten halu suojella vanhuksia loukkaantumisilta, myös hoidon onnistumisen turvaaminen haluttiin varmistaa. Vanhuksen ollessa hyvämuistinen ja täydessä ymmärryksessä he toivoivat että rajoitteita ei käytettäisi. Tilanteessa jossa rajoitteita kuitenkin joudutaan käyttämään, he toivoivat että vanhuksia kävelytetään ja tarjotaan myös muita virikkeitä esimerkiksi kirjat, lehdet, radio ja tv.

Nissisen (2000) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin vanhusten laitoshoidossa tapahtuvaa vanhusten kohtelua omaisten näkökulmasta. Omaisten mielestä 3 % vanhuksista oli viikon aikana sidottu tarpeettomasti ja samalla rajoitettu heidän liikkumisvapauttaan. (Nissinen 2000, 54).

#### **8.10 Omaisten informointi tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa käytetään fyysisiä rajoittamista**

Vanhuksen ja omaisen mielipide tulee huomioida fyysisten rajoitteiden käyttöä koskevassa päätöksenteossa. Rajoitteiden käyttö aiheuttaa omaisissa pelkoa ja epäluottamusta, koska he olivat tietämättömiä rajoittamisen syistä. Vaarana pidetään sitä, että hoitajat ovat rutinoituneet

fyysisten rajoitteiden käytössä eivätkä sen vuoksi huomaa pyytää omaiselta lupaa fyysisen rajoitteen käytölle. (Sullivan - Marx 2001, 56 - 61.) Toteutuneessa tutkimuksessamme tulee esille hoitajien ja omaisten toive yhteisestä sopimuksesta ja suunnitelmasta rajoitteiden käytön suhteen jokaisen vanhuksen kohdalla yksilöllisesti toteutettuna. Omaiset toivat vastauksissa esille rajoitteiden käytön tiedottamisen tärkeyden myös vanhukselle, he pitivät tiedottamista tärkeänä vaikka kyseessä olisi muistamaton vanhus.

Kyselyn vastausten perusteella tulimme siihen tulokseen, että suurimmalle osalle omaisista oli kerrottu rajoitteiden käytön tarpeellisuudesta. Toivottiin, että heidän kanssaan keskustellaan ennen fyysisten rajoitteiden käyttöönottoa ja kertovan siitä potilaalle ja omaiselle perustellen syyt molemmille.

### **8.11 Omaisten toiveet hoitajien toiminnasta tilanteessa jossa vanhuksen hoidossa joudutaan käyttämään fyysistä rajoittamista.**

Liikkumisen rajoittaminen ja valvonta tulisi aloittaa heti, kun huomataan potilaan liikkumiskyvyn heikentyneen. Keskustelu vanhuksen ja omaisen kanssa on tärkeää. Omaisten pyyntö oli, ettei vanhuksia kotiutettaisi liian aikaisin huonokuntoisina ja liikuntakyky heikentyneenä.

Kivelä (2006) ja Leino- Kilpi & Välimäki (2003) ovat pohtineet raportissaan vanhusten liikkumisen rajoittamisen eettistä puolta. Tutkimuksemme omaiset eivät ajatelleet asiaa eettisyyden kannalta vaan ajattelivat asiaa omaisensa turvallisuuden kannalta. Laitoshoidossa korostuu iäkkään asiakkaan eettiset ongelmat ja silloin hoitotyöntekijöillä on heidän hoidossaan keskeinen vastuu. (Kivelä, S – L. 2006; Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 230).

Omaisilla on lisääntynyt tarve vaatia entistä tiukempia otteita vanhuksen liikkumisen rajoittamiseksi, todennäköisesti tutkimuksessa omaiset arvioivat hoitoyksiköiden ympäristön turvattomaksi. (Saarnio 2009, 87 - 88). Myös omassa tutkimuksessamme vaadittiin rajoitteiden käyttöä. Samoin tulimme siihen johtopäätökseen, että osassa tutkimuskohteina olleilla osastoilla ympäristön turvattomuus ja puuttuva näköyhteys vanhusten ja hoitajien välillä vaikutti lisäävästi fyysisten rajoitteiden käyttöön.

## **8.12 Omaisten ehdotuksia vaihtoehtoisiksi toimintatavoiksi fyysisen rajoittamisen sijaan**

Omaiset toivoivat hoitajien pystyvän antamaan vanhuksille enemmän aikaa ja mahdollisuutta tehdä muutakin kuin vain välttämätön hoito. Keskustelu vanhuksen kanssa, ulkoiluttaminen, sekä mukavat yhteiset hetket muiden potilaiden ja hoitohenkilökunnan kanssa koettiin tärkeiksi. Myös Saarnio (2009) oli päätenyt tutkimuksessaan samaan johtopäätökseen hoitajien määrän lisäämisestä. (Saarnio 2009, 56).

Fyysisten rajoitteiden käyttöä voidaan vähentää valitsemalla oikeanlaisia hoitotyötä helpottavia välineitä. (Tideikstaar 2005, 100 – 115.) Tutkimuksessamme tuli esille omaisten halu ja tarve kehittää käytössä olevia hoitovälineitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Ehdotettiin, että sairaalan sänkyjen tulisi olla matalampia jotta sängystä tipahtamisia sattuisi vähemmän, toivottiin tukevia kenkiä, joissa olisivat hihnat myös kantapään takana. Potilaspöydissä voisi olla edessä ja sivulla sivutangot joista potilas voisi ottaa kiinni kädellä kun nousee sängyltä, pöydät voisivat olla tukevampia, pöydän kääntyvä levyosa tukevampi ja kunnan jarrut potilaspöydissä. Ehdotettiin myös, että pöydän sivulla voisi olla kiinteä pieni kaide joka helpottaisi sängystä nousemista. Omassa tutkimuksessamme tuli toisaalta esille hoitoyöntekijöiden halu kehittää fyysisiä rajoitteita käyttöominaisuuksiltaan ”mukavammaksi”.

## **8.13 Tutkimustulosten pohdinta**

Vanhusten hoitotyössä käytetään fyysisiä rajoitteita päivittäin. Hoitajat kokevat fyysisten rajoitteiden käytön ongelmallisena. On luonnollista tuntee olevansa ristiriitaisessa tilanteessa joutuessaan rajoittamaan vanhuksen liikkumista. Hoitajan tulee toteuttaa kuntouttavaa työtä ja sallia vanhukselle vapaus itsenäiseen liikkumiseen. Toisaalta pelkona on vanhuksen kaatuminen ja syyllistämisen tunne muiden taholta. Käytännön kokemuksen perusteella hoitohenkilökunta ei riittävästi käytä vaihtoehtoisia toimintatapoja. Kiire, kiinnostuksen puute ja tietämättömyys ovat mielestämme syynä tähän.

Vanhusten riittävää valvontaa fyysisiä rajoitteita käytettäessä on vaikea toteuttaa, koska henkilökuntaa on osastoilla liian vähän. Omaiset ovat kanssamme samaa mieltä asiasta.

Hoitotyötä tekevät hoitajat eivät ajattele rajoittavansa vanhuksen liikkumista nostaessaan sängyn reunat ylös. Tutkimustyön tekemisen jälkeen oma käytöksemme asian suhteen on muuttunut, enää laitojen ylösnosto ei ole niin rutiininomaista.

Fyysisten rajoitteiden käyttöä lisäävät ahtaat ja epäkäytännölliset tilat, vanhusten valvonnan vaikeutuessa suoran näköyhteyden puuttuessa. Osastoilla vallitseva kiireinen työtahti aiheuttaa hoitajissa väsymistä ja uupumista. Hoitohenkilökunta ei jaksaa ajatella syvällisemmin fyysisten rajoitteiden käytöstä johtuvia seuraamuksia. Keskustelu rajoitteiden käytöstä on vähäistä, tämän asian olemme itsekkin havainneet hoitotyötä tehdessämme.

Fyysisten rajoitteiden käyttö terveyskeskuksen vuodeosastoilla on yleisempää kuin vanhainkodeissa. Pohtiessamme syytä tähän, tulimme siihen johtopäätökseen, että vanhainkodissa työtahti on rauhallisempaa ja henkilökunnan vaihtuvuus vähäisempää.

Kirjaamiskäytännöt ovat puutteellisia ja selkeät toiminta ohjeet puuttuivat. Näiden asioiden kohdalla kehittämistarve on ilmeinen. Yhdenmukaiset ohjeet selkeyttävät fyysisten rajoitteiden käyttöä, näin hoitajan toimintaa on myös helpompi perustella sekä vanhukselle että hänen omaiselleen. Omaisten toiveena on yhteinen sopimus ja suunnitelma hoitajien kanssa rajoitteiden käytön suhteen. Yhteisellä sopimuksella helpotettaisiin mielestämme päivittäisen hoitotyön tekemistä ja myös hoitajien ristiriitaiset tuntemukset vähenevät.

Omaiset hyväksyvät fyysisten rajoitteiden käytön ja jopa vaativat sitä. Hoitajat eivät informoi omaisille riittävästi fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyviä negatiivisia seuraamuksia. Tämä olisi mielestämme tärkeää, jotta omaiset oppisivat pohtimaan asiaa laajemmin huomioiden eettisyyden ja kuntouttavan työotteen tärkeyden merkityksen vanhusten hoitotyössä.

Hoitohenkilökunnan toiveena on henkilökunnan lisääminen. Tämä mahdollistaisi paremman vuorovaikutuksen ja kuntouttavan työotteen, sekä valvonnan lisäämisen. Kokemuksemme perusteella hoitohenkilökuntaa on liian vähän suhteutettuna potilaiden hoidettavuuteen ja avuntarpeeseen nähden.

Hoitajat kaipaavat konkreettisesti parempia apuvälineitä hoitotyöhön kuten esimerkiksi parempia potilastossuja ja käytännöllisempiä sänkyjä. Perusterveyden huollossa ei ole budjetoitu riittävästi rahaa näiden oleelliseen hoitotyön turvallisuutta ja käytännöllisyyttä lisääviin välineisiin.

Omaiset toivoivat, ettei vanhuksia kotiutettaisi liian nopeasti, huonokuntoisina ja liikuntakyky heikentyneenä. Tämän päivän vanhusten hoidossa vallitsee tehokkuuden ajattelu ja tämä näkyy etenkin terveyskeskuksen vuodeosastolla. Potilaita on jatkuvasti ylipaikoilla ja heitä tarjotaan enemmän kuin pystytään osastoille ottamaan. Tästä seuraa väistämättä tilanne, että potilaita joudutaan kotiuttamaan puolikuntoisina.

Omaisilla on halu ja tarve kehittää hoitovälineitä potilas turvallisuuden parantamiseksi toivottiin esimerkiksi sänkyjen olevan matalampia. Meilestämme he ajattelevat potilasturvallisuutta ja halusivat varmistaa turvallista vanhustenhoitoa. Omaisille on tärkeää että vaaratilanteita ei pääse syntymään. Tämä tuo mielestämme ymmärrystä myös heidän aktiiviseen vaatimukseen fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyen.

## **9. TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS**

### **9.1 Tutkimuksen eettisyys**

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. Yksi hyvän tutkimuksen kriteereistä on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus, hyvää tutkimusta ohjaa myös eettinen sitoutuneisuus. Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta, tutkimusaiheen eettiseen pohdintaan tulee miettiä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja myös se, miksi tutkimukseen ryhdytään. (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 127 - 129, 132 -133.) On hyvä, että tutkija on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja hänen on paneuduttava tunnollisesti tutkimukseensa, jotta hankittu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. (Pietarinen 1999, 11.) Valitsimme juuri tämän aiheen, koska olimme aidosti kiinnostuneita vanhusten hoidon laadusta ja hoidon kehittämisestä. Olemme paneutuneet tutkimustyömme tekemiseen tunnollisesti ja käyttäneet paljon aikaa tiedon hankkimiseen, sekä tutkimustulosten vertailuun.

Tutkimuksella ei saa tuottaa vahinkoa kenellekään ja tutkijan on myös kunnioitettava ihmisarvoa. (Pietarinen 1999, 12 - 13). Opinnäytetyöllämme ei ole tarkoituksena aiheuttaa haittaa tutkittaville hoitoyksiköille tai haastateltaville, vaan tuoda esille mahdollisia epäkohtia vanhusten hoidossa. Työssämme tuomme ilmi tutkimusaiheita koskevat valinnat ja niiden perustelut.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat vierekkäin. Hyvää tieteellistä käytäntöä on, että tutkijat noudattavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyötä tehdessään, sekä käyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerejä noudattavia tiedonhankinta, tutkimus, sekä arviointimenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127,129, 132 -133.) Tutkijan on otettava vastuu tutkimuksestaan, hänen tulee osaltaan vaikuttaa siihen, että tieteellisen tutkimuksen tuloksia käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. (Pietarinen, 1999, 16 - 17.)

Tärkeää on myös noudattaa avoimuutta tulosten julkaisutilanteessa ja ottaa muiden tutkijoiden työ huomioon kunnioittamalla heitä. Tutkijan tulee arvostaa toisten tutkijoiden työtä. (Pietarinen 1999, 18; Tuomi & Sarajärvi 2009, 127,129, 132 - 133.) Hyvää tieteellistä käytäntöä on myös suunnitella, raportoida ja tiedottaa tutkimuksesta yksityiskohtaisesti. Tutkimusryhmän asema ja oikeus, tekijän oikeus, vastuut ja velvollisuudet ovat määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkimuksen tekijällä ja myös tutkimusyksikön johtajalla on vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja rehellisyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127,129, 132 - 133; Pietarinen 1999, 11.) Olemme kaikin keinoin pyrkineet noudattamaan rehellisyyden periaatetta tutkimustyömme teossa.

Olemme huomioineet luottamuksellisuuden tutkimuksessamme. Emme laittaneet tutkimustulosten suoriin lainauksiin esimerkiksi haastateltavien mainitsemia henkilöiden nimiä ja paikkoja. Tällä varmistimme, että aineistosta ei voida tunnistaa tutkimukseemme osallistuneita henkilöitä. Emme muuttaneet suoria lainauksia, vaan kirjoitimme ne haastateltavien murteiden mukaisiksi. Näin suorat lainaukset ovat mielekkäämpiä lukea, mutta kuitenkin anonyymiteetti säilyy.

Olemme korostaneet eettisyyttä ja vastuullisuutta tutkimusta toteuttaessamme, tämä on mielestämme tärkeää, koska tutkimuksemme kohdistuu haastateltavien ja kyselylomakkeisiin vastanneiden omaisten henkilökohtaisiin näkemyksiin ja kokemuksiin. Olemme pyrkineet olemaan kriittisiä siinä, että emme tuo esille omia mielipiteitämme tutkimustuloksina vaan erottelemme saadun aineiston ja omat ajatuksemme selkeästi, jotta luotettavuus säilyisi. Pidimme haastateltavien ryhmäkoon tarkoituksella pienenä, koska arkojen aiheiden käsittely pienemmissä ryhmissä on helpompaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 9 - 22).

Tietojen käsittelyssä olemme huomioineet kolme tärkeää seikkaa. Emme ole tuoneet esille haastateltavien henkilöllisyyttä, tutkimuskohdetta tai muita tekijöitä joista voisi tunnistaa haastateltavan. Vaitiolovelvollisuutta olemme noudattaneet huolellisesti koko tutkimusprosessimme ajan. Hyvässä ajoin ennen tutkimuksemme suorittamista haimme tutkimusluvan tutkimuskohteena olevien hoitoyksiköiden ylihoitajalta. Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla ja omaisilla oli tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden tärkein kriteeri on tutkija itse ja sen vuoksi luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajan, tästä johtuen kvalitatiivinen tutkimusraportti on paljon henkilökohtaisempi ja sisältää tutkijan omaa pohdintaa enemmän kuin kvantitatiivisessä tutkimuksessa. (Eskola ym. 1998, 211 - 212).

Tarkensimme tutkimuksemme luotettavuutta kertomalla tarkasti tutkimuksemme eri vaiheet, tätä pitävät tärkeänä myös Hirsjärvi ym. teoksessaan. Heidän mielestään myös olosuhteet joissa aineisto on tuotettu, tulisi kertoa totuudenmukaisesti. Haastattelututkimuksessa



kerromme olosuhteet ja paikan jossa aineisto kerättiin. Tulosten tulkinnassa pätee sama tarkkuuden vaatimus, on kerrottava millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2008, 226 - 228.) Rikastutimme tutkimustuloksiamme ja päätelmiämme haastateltavien suorilla lainauksilla, jolloin lukijan kykenee arvioimaan mihin päätelmät perustuvat.

Kaikissa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä ja yksittäisessä tutkimuksessa on aina arvioitava myös tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä seikoista. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää huomioida tutkijan puolueettomuusnäkökulma. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus korostuu. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta tutkimusten tulosten arviointi on helpompaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34, 136, 141.)

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu tai jos tallenteiden kuuluvuus on huono, tai litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai jos luokittelu on sattumanvaraista, haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185.) Valmistauduimme haastatteluun huolellisesti ennakolta. Ennen haastattelua tarkastimme nauhurin toimivuuden ja äänikasettien riittävyden. Haastattelun kuluessa pyrimme huomioimaan jokaisen haastateltavan mahdollisuuden osallistua keskusteluun. Pyrimme kiinnittämään huomiota siihen, että litterointi noudatti samoja linjoja läpi koko työn analyysivaiheen.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää se, että tutkimustuloksemme ovat samansuuntaiset aikaisempiin tutkimuksiin vertailtaessa. Pohdimme, että hoitajien haastattelun rinnalla toteutunut havainnointitutkimus olisi mahdollisesti lisännyt tutkimuksen sisältöä ja parantanut samalla tutkimuksen luotettavuutta.

Ryhmiä sekoittaminen koulutuksen ja työaseman perusteella saattaa haitata keskustelua. (Valtonen 2005, 223 - 241). Omassa tutkimuksessamme sairaanhoitajat ja lähihoitajat

osallistuivat keskusteluun aktiivisesti. Haastattelemistamme hoitajista erottuivat vahvat persoonat, jotka toivat mielipiteensä selkeästi esille. Hiljaisemmat myötäilivät ja toivat vähemmän mielipiteitään esille. Emme huomanneet tämän haittaavan keskustelun kulkua millään tavalla.

### **9.3 Oppimiskokemukset, jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat**

Opinnäytetyön koostaminen on ollut vaativaa, voimia kysyvää ja aikaa vievää. Työn tekeminen on opettanut meitä suunnitelmallisuuteen ja pitkäjänteiseen työskentelyyn. Yhteistyötaitomme ovat kehittyneet ja olemme löytäneet erilaisia uusia ajatuksia ja näkökulmia käsiteltävään aiheeseen.

Opinnäytetyömme aihe on herättänyt keskustelua jo työmme alkuvaiheessa tutkimukseen osallistuneilla osastoilla. Mielestämme tämä kertoo siitä, että aihevalintamme on onnistunut ja fyysisten rajoitteiden käyttöä on alettu tarkastella lähemmin kyseisissä vanhusten hoitolaitoksissa.

Olemme oppineet laadullisen tutkimisen toteuttamista ja käyttämään erilaisia tiedonhankintamenetelmiä. Väitöstilaisuuden kuunteleminen oli myös meille uusi ja avartava oppimiskokemus ja se myös vahvisti aihevalintaamme.

Tutkimustyötä tehdessämme olemme lisänneet omaa tietopohjaamme fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyen. Uuden tutkimustiedon saannin myötä myös oma suhtautumisemme fyysisten rajoitteiden käyttöön käytännön hoitotyössä on muuttunut. Hankkiessamme tietoa Tanskan vanhustenhoitomallista, mielessämme heräsi ajatus; voisiko Suomessakin olla tulevaisuudessa vähemmän kontrolloitua vanhustenhoitoa, jossa vanhuksille mahdollistettaisiin itsemääräämisoikeus ja oikeus nauttia elämän tuomista nautinnoista ja iloista myös vanhana, ilman jatkuvaa kontrollia ja holhoamista?

Olemme sitä mieltä, että tulevaisuudessa fysioterapeuttien määrää tulisi lisätä, jotta heidän tietämystään ja osaamistaan olisi mahdollista käyttää vaihtoehtona fyysisten rajoitteiden

käytölle. Jatkossa tulee varmasti pohtia miten omaisia voidaan käyttää apuna laitoshoidossa, jotta se olisi yksi vaihtoehto estää vanhusta joutumasta fyysisen rajoitteen käytön kohteeksi.

Miettiessämme mahdollisia jatkotutkimushaasteita, mieleemme nousi työstämme esiin se, vaikuttaako tutkimuksemme millään tavoin hoitajien suhtautumiseen fyysisten rajoitteiden käyttöön, käytännön hoitotyön toteuttamiseen ja vaihtoehtoisten toimintamallien käyttöönottoon. Seurantatutkimuksen toteuttamisella myöhemmässä vaiheessa voitaisiin selvittää onko tutkimuksemme muuttanut hoitokäytänteitä.

Alkuperäisessä suunnitelmassamme tarkoituksenamme oli liittää opinnäytetyöhömmme uudelleen päivitetty fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvä seurantalomake. Tutkimustyömme suuntautui kahdelle taholle, hoitajiin ja omaisiin. Tutkimuksemme edetessä huomasimme sen laajuuden ja ymmärsimme, että seurantalomakkeen muokkaamiseen tarvittaisiin ihan oma tutkimustyönsä, joten jätimme tämän osion kokonaan tutkimuksestamme pois.

Yllättävänä seikkana haastattelussa nousi esille hoitajien voimakas halu ja tarve pyrkiä kehittämään käytössä olevia fyysisiä rajoitteita vanhuksille miellyttävämmäksi. Toivottiin pehmustettuja ja paremmin muotoiltuja turvavöitä, sekä ilmavampia ja huomaamattomampia turvaliivejä. Tarkempi tutkimus fyysisten rajoitteiden käyttömukavuuden kehittämisestä rajoitteiden käytön vähentämisen sijasta toisi mielenkiintoista tietoa tästä aihealueesta.

Opiskelijoiden suhtautumista fyysisten rajoitteiden käyttöön ei ole tutkittu, joten tutkimus opiskelijoiden näkemyksistä ja ajatuksista olisi hyvä tehdä. Vanhusten kemiallisen rajoittamisen, eli lääkkeiden avulla tapahtuvan rajoittamisen tarkempi tutkiminen olisi mielestämme myös aiheellista.

Vanhusten hoitotyössä on mielestämme paljon kehittämisen varaa. Lääkäreilläkin saattaa olla eri näkemys keskenään asiaan liittyen, tämä herättää hoitajissa ristiriitaisia ajatuksia ja epäselvyyttä miten käytännön hoitotilanteissa toimitaan. Käytännön hoitotyöhön kaivataan selkeitä ohjeita, sekä helppokäyttöinen ja selkeä kirjaamiskäytäntö.

Hoitajien tulisi käyttää luovuutta ja rohkeutta toteuttaessaan vanhusten hoitotyötä, hoitoyksiköiden johtajien tulisi tukea ja mahdollistaa uusien toimintatapojen käyttöön ottoa. Vanhuksia tulisi hoitaa yksilöinä, yksilölliset tarpeet huomioiden. Tavoitteeksi voidaan ottaa vanhusten liikkumisen mahdollistaminen samalla heidän yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden turvallisuutta unohtamatta, tämä on mahdollista lisäämällä hoitohenkilökunnan määrää ja pienentämällä hoitoyksiköiden kokoa. Täydennyskoulutuksen järjestäminen ja työssä jaksamisen tukeminen ovat oleellisia keinoja vanhustyön kehittämisessä. Hoitotyössä tulisi korostaa hoidon eettisyyden tarkastelua ja jatkuvaa keskustelua fyysisten rajoitteiden käytöstä hoitotyössä olisi myös erittäin tarpeellista käydä.

## LÄHTEET

Alafuzoff, I., Alhainen, K., Eloniemi -Sulkava, U., ym. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. painos. Porvoo: Karisto Oy.

Alasutari, P., 2001. Laadullinen tutkimus. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Backman, K., Finne-Soveri, H., Eloniemi-Sulkava, U., Paasivaara, L., Vaarama, M & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun.Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Björgren, M., Finne-Soveri H., Noro, A & Vähäkangas, P. (Toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Rai- järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Helsinki: Gummerus Oy.

Burns, N & Grown, S. 1999. Understanding Nursing research. Second edition. W.B Saunders Company.

Callinagh, R., Nerven, R., McAleese, L & Campell, L. 2001. Relative's perceptions of side rail use on the older person in hospital. British Journal of Nursing 10 (6), 391 -399

Capezuti, E & Maisling, G. 2002. Side rail use and bed -related fall outcomes among nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 55 (1) 90 -96

Chuang, Y-H & Huang, H - T. 2007. Nurses feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. Journal of Clinical Nursing 16, 486 – 494.

Cotter, V & Evans, L. 2006. Avoiding restraints in patents with dementia. Medsurgery nursing, 15 (3), 183.

Eriksson, K. 1996. Kärsivä ihminen. Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, institutionen för vårdvetenskap. Kokeilupainos. Åbo Akademi, Turku.

Eriksson, K. 1994. Den lidande människan. Liber Utbildning: Stockholm.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K & Rinne, J., 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy: Hämeenlinna.

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Gothoni, R. 1991. Omaiset loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriö, kehittämisosasto. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja. Helsinki.

Haapaniemi, H., ym., 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus Suomessa – Analyysi vuosina 1979 – 2000 tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä, Digipaino : Turun yliopisto, Turku.

Haho, A. 2009. Vanhuksen kohtaamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Sairaanhoidajalehti (9) 32 – 33.

Haho, A. 2009. Mitä on hoitaminen? Itsetuntemisestä ammatilliseen osaamiseen. Sairaanhoidajalehti (4) 36 – 39.

Hantikainen, V. 2000, Restraint use in older nursing home residents. Nursing staff perceptions and decision-making in swiss nursing homes. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, osa 418. Turku.

Heikkinen, A. Leino, H. Strandell – Laine, C 6 Van Der Arend, A. 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? Hoitotiede 17(5).

Heikkinen, E & Martin, M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita.

Heimonen, S & Voutilainen, P. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Tilvis, R & Sulkava, R. Toim. 2001. Geriatria. Sulkava: Karisto Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita.13 -14 painos. Keuruu: Otava.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Honkonen A - K. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä vanhusten laitoshoidosta. Pro –gradu tutkielma.Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.

Huizing, A. R. 2009. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home resident. J Am Geriatr Soc 57, 1139 - 1148.

Häkkinen, H., Kukkola, H & Tuomi A. 2000. Tanskan Vanhustenhuolto. Matkaraportti. Helsinki: Tyyli-paino.

Hämäläinen, J. 1987. laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadulliseen sosiaalitutkimukseen "käsityötaitoon". Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Isola, A. Voutilainen, P. 1998. Vanhusten pitkäaikahoidon ulkopuolinen tarkistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu. Helsinki.

Isola, A. ym. 2001. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu. Helsinki.

Järvenpää, M ym. 2003. Moderni Taloushallinto – Haasteet ja mahdollisuudet. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kallio, J. 1996. Yrittäjän oppikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Kansanterveyslaki 28.1 1972/66.

Kauppila, P. 2000. Hoitajien kuvauksia hankalista potilaista ja kielteisistä tunteista. Pro - gradu tutkielma. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu.

Kejo, P. 2003. Omaiset vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon laadun arvioijina. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Tampere.

Kivelä, S - L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö selvityksiä 2006: 30. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Koivuranta, E. 2002. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8 1992/785.



Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22. 9. 2000/812

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 1994/564.

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

Mullins, L & Hartley, T. 2002. Residents` autonomy. Nursing home personnel`s perceptions. Journal of Gerontological Nursing 28 (2), 33 - 44.

Mäki – Petäjä – Leinonen, A. 2003. Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, oikeustieteen tiedekunta.

Nakahira, M. Moyle, W, Creedy, D & Hitomi, H. 2009. Attitudes toward dementia related aggression among staff in Japanese aged care settings. Journal of Clinical nursing 18, 807 – 816.

Nissinen, T. 2000. Laitoshoidossa olevan vanhuksen hoitotyön laatu omaisen arvioimana. Pro-gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Oulu.

Nuutinen, H-L & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede, 3 (17) 131 - 144. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Peltari, P. 2009. Ammattitaitovaatimukset vanhusten hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P & Saarnio, R. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa, Oulun Yliopisto, Oulu.

Pekkarinen, L. Elovainio, M. Sinervo, T., Finne-Soveri, H & Noro, A. 2006. Nursing working Conditions in Relation to Restraint Practices In Long-Term Care Units. Medical Care. 44 (12), 1114 – 1120.

Perälä, M-L. & Rääkkönen. O. 2000. Hoidon laatu omaisten silmin - avun saamiseen ja yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu. 2(14).Kirjapaino Oma Oy. Helsinki.

Pietarinen, J & Lötjönen, S (toim.) 1999. Opetusministeriö. Tutkijan ammattietiikka. Koulutus – ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Rissanen, M & Vitikainen, A. 1996. Vanhusten kaltoin kohtelu hoitolaitoksissa. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Routasalo, P. 1999. Asiantuntemusta vanhusten hoitotyöhön. Teoksessa: Voutilainen, P., Sailo, K & Isola, A.(toim.) Hoitotyön vuosikirja 2000. Helsinki: Kirjayhtymä Oy 1999.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Oulu.

Salo - Sirkiä, A. 2003. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhuspotilaan fyysisestä sitomisesta – seurantatutkimus. Pro - gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Strandell - Laine, C., Heikkinen, A., Leino – Kilpi, H & Arend, A. 2004. Hoitotyön eettiset ohjeet- Mikä niiden merkitys on? Hoitotiede 17 (5), 259 - 267.

Strauss, A & Cobin, J. 1997. Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and techniques. United states Of America.

Sulin, C., Heikkinen, E., Heikkinen, R-L, Hirvensalo, M, Hietanen, A & Lyyra, T-M. (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003: 2. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sullivan - Marx, E. 2001. Achieving restraint-free care of acutely confused older adults. Journal of Gerontological Nursing 27(4), 56 - 61.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.

Suomen perustuslaki 11.6 1994/559.

Tideiksaar, R. 2005. Vanhusten kaatumiset. Opas hoidosta vastaaville. Helsinki: Edita.

Toivanen, K. 2009. Käsite ja argumentaatioanalyysi Katie Erikssonin kärsimystä koskevasta ajattelusta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy.

Vallejo Medina A., Vehviläinen S., Haukka, U - M., Pyykkö, V & Kivelä, S-L. 2006 Vanhustenhoito. Porvoo: Wsoy.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa. Ruusu vuori, J & Tiittula, L (toim.) haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.

Voutilainen, P., Isola, A & Backman, K. 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. Hoitotiede 17 (3), 166 – 175.

Voutilainen, P, Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U & Finne - Soveri, H.(Toim.). 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Voutilainen, P & Vaarama, M. 2001. Ikääntyneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat - skenaario hoivapalvelujen asiakasmäärien kehityksestä. Teoksessa: Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A & Mikkola, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2002. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Werner, P & Mendellson, G. 2001. Nursing staff members` intentions to use physical restraints with older people. testing the theory of reasoned action. Journal of Advanced Nursing 35 (5), 784 - 791.

Ylipartanen, A. 2004. Tietosuoja terveydenhuollossa, Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Pieksämäki: RT- Print Oy.

Etene. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset arvot- ja periaatteet. 2001. Hakupäivä 26.2.2010. [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)

Etene. Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Hakupäivä 24.3.2010  
[http://www.etene.org/dokumentit/Etene\\_vanhuusraportti\\_fin%20verkko.pdf](http://www.etene.org/dokumentit/Etene_vanhuusraportti_fin%20verkko.pdf)

Stakes. Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa.Seminaari 26.1.2006. Hakupäivä 29.1.2010 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T21-2006-VERKKO.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio. 2001:33. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali – ja terveydenhuollon pakotteista. Hakupäivä 20.4.2010  
[http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/pakoterap/pakoterap9\\_11.htm#10\\_3](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/pakoterap/pakoterap9_11.htm#10_3)

Tanskanen, A. 2001. Sisällön analyysi Hoitotieteessä.  
<http://www.uta.fi/laitokset/hoitoo/wwwoppimateriaali/luku5e.html>. Hakupäivä 19.10.2010.

Kilpi Eeva. 1987. Runoteos. Vuoroin minussa vanhuus, nuoruus. Suomalaisia runoja vanhenemisestä.

## LIITTEET

Hyvät haastateltavat ja kyselylomakkeeseen vastaajat

Työhömmme liittyy muutamia seikkoja, joista Teidän työhömmme osallistuvina tahdomme tietävän:

Henkilötietoja ei tulla käyttämään missään tutkimuksemme vaiheessa.

- Tallennamme haastattelun nauhurille, jotta voimme työstää työtämme paremmin eteenpäin.
- Kun työmme on valmis, hävitämme tallennetun haastattelun.
- Kyselylomaketta käytämme omaisten kohdalla ja he vastaavat siihen suljetussa kirjekuoressa.
- Haastattelun ja kyselylomakkeen tietoja käytämme ainoastaan tutkimuksemme aineistona.
- Kun työmme on valmis, hävitämme saamamme materiaalin.
- Teillä on oikeus keskeyttää työhömmme osallistumisenne milloin tahansa.
- Haastattelumme on avoin haastattelu, mikä tarkoittaa, että se on keskustelumuotoinen.
- Kysymme Teiltä mm. kokemuksianne fyysisten rajoitteiden käytöstä hoitotyössä. Tarkoituksemme olisi, että toisitte esille omia kokemuksianne ja mikä merkitys niillä on ollut hoitotyöhönne ja elämäänne.

Toivomme, että haastattelusta syntyy rento ja vapautunut tilanne ja kyselylomakkeeseen vastaavat omaiset voivat avoimesti vastata annettuihin kysymyksiin.

Anne Korpela ja Tarja Vasankari

## Arvoisa Omainen / Läheinen

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Valmistumme keväällä 2011 sairaanhoitajiksi. Teemme opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä, johon tarvitsemme Teidän apuanne. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa. Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan keinoja, joilla rajoitetaan vanhuksen liikkumisen vapautta, kuten esimerkiksi sitomista turvaliivillä sänkyyn tai tuoliin.

Henkilöllisyytenne ei tule tietoomme missään vaiheessa, eikä sitä myöskään kysytä. Opinnäytetyössä julkaistavista tutkimustuloksista ei voida tunnistaa vastaajien henkilöllisyyttä.

Vastattuanne kyselyyn, sulkekaa se mukana olevaan kirjekuoreen, jonka toimitatte vuodeosaston henkilökunnalle 30.9.2010 mennessä. Vuodeosastojen henkilökunta toimittaa kyselylomakkeet meille.

Toivomme, että teillä olisi hetki aikaa vastata laatimaamme kyselyyn. Tällä tavalla vuodeosastot saavat palautetta toiminnastaan ja voivat mahdollisesti kehittää sitä.

Ystävällisin terveisin

Anne Korpela ja Tarja Vasankari

## Hyvä hoitotyöntekijä

Tässä liitteessä ovat kysymyksemme, joita käytämme apunamme haastatellessamme teitä.

1. Minkälaisia ajatuksia fyysisten rajoitteiden käyttö tuo sinulle mieleen?
2. Minkälaisia fyysisen rajoittamisen keinoja käytät hoitoyössä?
3. Minkälaisissa tilanteissa käytät fyysisiä rajoitteita?
4. Mitkä ovat ne syyt miksi käytät fyysisiä rajoitteita?
5. Oletko käyttänyt rajoitteita työssäsi kuluneen viikon aikana?
6. Kirjaatko potilaspapereihin jos käytät fyysisiä rajoitteita vanhuksen hoitotyössä?
7. Perusteletko potilaalle miksi käytät fyysistä rajoittamista?
8. Keskusteletko omaisten kanssa fyysisten rajoitteiden käytöstä tilanteissa joissa olet käyttänyt rajoitteita?
9. Mitä vaihtoehtoisia toimintatapoja voisit ajatella käyttäväsi fyysisen rajoittamisen sijasta?

## Hyvä omainen

Tässä liitteessä ovat kysymyksemme, joihin toivomme teidän vastaavan omin sanoin, miten olette kokeneet fyysisten rajoitteiden käytön omaisenne kohdalla.

1. Onko omaisesi liikkumista rajoitettu / estetty osastohoidon aikana?

---

---

---

2. Mitä ajattelette fyysisten rajoitteiden käytöstä?

---

---

---

3. Onko teille kerrottu / kanssanne keskusteltu ja perusteltu, miksi omaisenne liikkumista on rajoitettu / estetty?

---

---

---

4. Miten toivoisitte hoitajien toimivan jos omaisesi liikkumista joudutaan rajoittamaan?

---

---

---