

Armi Raninen

# **Fyysinen rajoittaminen ja sen ennaltaehkäisy muistiyksikössä**

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Geronomi (AMK)

**SeAMK** 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Vanhustyön tutkinto-ohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Gerontologi (AMK)

Tekijä: Armi Raninen

Työn nimi: Fyysinen rajoittaminen ja sen ennaltaehkäisy muistisairauksissa

Ohjaajat: Teija Eskola ja Tarja Heinonen

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 60

Liitteiden lukumäärä: 3

---

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata fyysisten rajoitteiden ja vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä muistisairauksissa sekä löytää keinoja fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon itsemääräämisoikeuslaki asettaa vaatimuksia fyysisten rajoitteiden käytölle sekä korostaa vaihtoehtoisia toimintatapoja ja ennaltaehkäisyä fyysisen rajoittamisen sijaan. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää uuden itsemääräämisoikeuslain toimeenpanossa muistisairauksissa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Millaista fyysinen rajoittaminen on muistisairauksissa hoitajien kuvaamana? Millaisia vaihtoehtoisia toimintatapoja muistisairauksissa käytetään fyysisen rajoittamisen sijaan? Millaisia edellytyksiä muistisairauksissa on fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen? Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin kahdella ryhmähaastattelulla, joissa haastateltiin yhteensä kuutta muistisairauksen hoitotyöntekijää. Haastattelumuotona oli teemahaastattelu. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että muistisairauksissa käytettiin rajoittavina välineinä esimerkiksi sängynlaitoja, vyökiinnitystä ja lukittuja ulko-ovia. Rajoittamisen kirjaamisessa ja lupakäytännöissä oli kehittämisen tarvetta. Muistisairauksissa käytetyt vaihtoehtoiset toimintatavat rajoittamisen sijaan liittyivät hoitajan ammattitaitoon, luovuuteen ja läsnäoloon sekä muistisairauksen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Tutkimustuloksista ilmeni yhteiskuntaan, työyhteisöön ja hoitajaan liittyviä esteitä ja mahdollisuuksia ennaltaehkäistä fyysistä rajoittamista. Esteitä poistamalla ja mahdollisuuksia vahvistamalla pystytään ennaltaehkäisemään fyysistä rajoittamista. Avainasemassa fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyssä vaikutti olevan hoitajien asenne muistisairaita kohtaan. Jatkotutkimushaasteena esitetään hoitohenkilökunnan itsemääräämisoikeutta ja fyysistä rajoittamista koskevien asenteiden tarkempaa selvittämistä.

Avainsanat: fyysinen rajoittaminen, itsemääräämisoikeus, muistisairaudet

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Elderly Care

Specialisation: Health Care and Social Services

Author: Armi Raninen

Title of thesis: Physical restriction and its prevention in a dementia care unit

Supervisors: Teija Eskola and Tarja Heinonen

Year: 2015

Number of pages: 60

Number of appendices: 3

---

The purpose of this thesis was to describe the use of physical restraint and use of alternative modes of action in a dementia care unit and also find means to prevent the use of restraint. The government has proposed a self-determination act and it puts demands on use of physical restraint and underlines alternative modes of action and prevention instead of physical restriction. The aim of this thesis was to produce information to be used in implementation of a self-determination act in the dementia care unit.

The research questions of this thesis were: How do nurses describe physical restriction in the dementia care unit? What kind of alternative modes of action instead of physical restriction are used in the dementia care unit? What kind of conditions are there in the dementia care unit to prevent and reduce physical restriction? The study was conducted as a qualitative study. The data were collected in two group interviews from total six nurses working in the dementia care unit. The data collection method was thematic interview. The data were analyzed by using content analysis.

The results of this thesis showed that types of restraints used in the dementia care unit were bedrails, belts and locked doors. There was a need to develop documentation and decision-making about the use of restraint. Nurse's professional skill, creativity and presence enabled the use of alternative modes of action instead of physical restriction and so did physical and social environment of the dementia care unit. Obstacles and possibilities for prevent the use of physical restraint were related to society, work community and nursing staff. It is possible to prevent physical restriction by removing obstacles and asserting possibilities. The nursing staff's attitude seemed to play a key role in prevention of physical restriction. In the future nursing staff's attitude towards self-determination and physical restriction could be explicated more specifically.

Keywords: physical restriction, self-determination, persons with dementia

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 FYYSINEN RAJOITTAMINEN.....	7
2.1 Fyysisen rajoittamisen yleisyys, syyt ja seuraukset.....	7
2.2 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy ja vaihtoehtoiset toimintatavat.....	9
2.3 Fyysinen rajoittaminen lainsäädännössä ja kannanotoissa.....	13
2.3.1 Fyysinen rajoittaminen itsemääräämisoikeuslaissa.....	14
2.3.2 Fyysinen rajoittaminen ETENEn ja Valviran kannanotoissa.....	16
3 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS.....	18
3.1 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	18
3.2 Itsemääräämisoikeus vanhuspalveluissa.....	19
3.3 Itsemääräämisoikeus lainsäädännössä.....	21
3.3.1 Perustuslaki.....	21
3.3.2 Muu lainsäädäntö.....	21
3.3.3 Itsemääräämisoikeuslaki.....	22
4 MUISTIYKSIKKÖ.....	24
4.1 Muistiyksikön asukkaat.....	24
4.2 Muistiyksikön hoitotyö ja sosiaalinen ympäristö.....	25
4.3 Muistiyksikön fyysinen ympäristö.....	26
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	28
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
6.1 Tutkimusorganisaatio ja haastateltavat.....	29
6.2 Aineiston keruu.....	30
6.2.1 Teemahaastattelu.....	31
6.2.2 Haastattelun toteutus.....	31
6.2.3 Aineiston määrä.....	32
6.3 Tutkimusaineiston analysointi.....	33
7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	36
7.1 Fyysinen rajoittaminen muistiyksikössä.....	36

7.1.1	Fyysisen rajoittamisen toteuttaminen.....	36
7.1.2	Syitä fyysiseen rajoittamiseen.....	36
7.2	Vaihtoehtoiset toimintatavat muistiyksikössä .....	37
7.2.1	Hoitajaan liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat .....	38
7.2.2	Ympäristöön liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat .....	39
7.3	Esteet ja mahdollisuudet fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn .....	40
7.4	Johtopäätökset.....	43
8	POHDINTA .....	48
8.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	48
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus .....	49
8.3	Jatkotutkimushaasteet ja omat oppimiskokemukseni .....	52
	LÄHTEET .....	55
	LIITTEET .....	60

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrän kasvu lähivuosina lisää myös muistisairaiden määrää. Muistisairaiden kohdalla joudutaan usein turvautumaan fyysisten rajoitteiden käyttöön heidän turvallisuutensa takaamiseksi, koska heidän kykynsä itsenäiseen päätöksentekoon on heikentynyt. Rajoitustilanteissa joudutaan tasapainottelemaan itsemääräämisoikeuden ja fyysisen rajoittamisen kautta tapahtuvan turvallisuuden takaamisen välillä. Muistisairaille on perustettu omia hoivayksiköitä takaamaan heille hoito ja huolenpito, joka vastaa muistisairauden mukanaan tuomia erityistarpeita. Muistiyksiköiden tulisi pystyä tarjoamaan muistisairaille sellaista hoitoa ja huolenpitoa, joka mahdollistaa elämän ilman fyysisiä rajoitteita.

Fyysinen rajoittaminen muistisairaiden ikääntyneiden hoidossa ei nykyisellään ole lailla säädeltyä, mikä tekee asiasta vaikean sekä ikääntyneen oikeusturvan että hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta. Laki itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa on valmisteilla. Laki painottaa rajoitustoimien ennaltaehkäisyä ja itsemääräämisoikeuden edistämistä (HE 108/2014). Lain voimaantulon jälkeen fyysistä rajoittamista koskevia käytäntöjä ja ennaltaehkäiseviä toimintatapoja tullaan pohtimaan muistisairaiden hoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa fyysisten rajoitteiden käyttöä ja hoitajien käyttämiä vaihtoehtoisia toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan muistiyksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena on auttaa muistiyksiköitä kiinnittämään huomiota fyysisten rajoitteiden käyttöön ja kehittämään ennaltaehkäiseviä toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan uuden lain hengen mukaisesti.

## 2 FYYSINEN RAJOITTAMINEN

Rajoitteita ja rajoittamista voidaan määritellä monin eri tavoin. Rajoitteella tarkoitetaan henkilön vapauden rajoittamista ja sitä, että estetään henkilöä tekemästä, mitä hän haluaa. Rajoittaminen voidaan jakaa fyysiseen ja kemialliseen rajoittamiseen tai fyysiseen, mekaaniseen, kemialliseen, teknologiseen ja psyykkiseen rajoittamiseen. (Saarnio 2009, 20.) Hallituksen esityksessä itsemääräämisoikeuslaiksi käytetään määritelmää rajoitustoimenpide. Sillä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiseen liittyvää toimenpidettä, jolla rajoitetaan asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta tai muuta perusoikeutta. (HE 108/2014.) Rajoitustoimenpide on fyysistä rajoittamista laajempi käsite ja pitää sisällään fyysisen rajoittamisen, mutta myös muita perusoikeuksien rajoituksia esimerkiksi henkilötarkastuksen. Itsemääräämisoikeuslakia esiteltäessä käytetään siinä lakiesityksessä käytettyä rajoitustoimenpide-käsitettä.

Tässä opinnäytetyössä käytetään määritelmää fyysinen rajoittaminen. Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan toimintaa, jolla henkilön liikkumisvapautta rajoitetaan (Saarnio & Isola 2009, 267). Saarnio (2009, 59) jakaa fyysisen rajoittamisen suoraan ja epäsuoraan rajoittamiseen. Suoraa rajoittamista on ikääntyneen liikkumisen estäminen erilaisten laitteiden ja apuvälineiden avulla. Tällaisia laitteita ja apuvälineitä ovat esimerkiksi sängynlaidat, pöytälevyt geriatriassa tuoleissa, turvaliivit, vyökiinnitys pyörätuolissa, magneettivyö ja ranne- tai nilkkapidikkeet sekä ovien lukitseminen. Suoraa rajoittamista on myös henkilökunnan fyysisen voiman käyttö, jolla estetään henkilöä liikkumasta. Epäsuoraa fyysistä rajoittamista on esimerkiksi soittokellon tai liikkumisapuvälineen poistaminen sekä ikääntyneen pitäminen puutteellisesti pukeutuneena. (Saarnio 2009, 60.)

### 2.1 Fyysisen rajoittamisen yleisyys, syyt ja seuraukset

Reetta Saarnio (2009, 55) on tutkinut fyysistä rajoittamista ikääntyneiden laitoshoidossa Suomessa. Hänen tutkimuksensa mukaan fyysinen rajoittaminen on yleistä, koska 88 % vastaajista ilmoitti fyysisten rajoitteiden käytöstä työyksikössään. Huizing ym. (2009, 1139) toteavat tutkimuksessaan fyysisen rajoittamisen käytön vaihtelevan eurooppalaisissa hoitokodeissa 26 ja 56 prosentin välillä. Aust-

raliassa rajoitteiden käyttöaste oli 26 %, jota tutkijat pitivät korkeana (Koch, Nay & Wilson 2006, 151). Suomessa fyysistä rajoittamista käytetään Saarnion (2009, 55) tutkimuksen mukaan eniten terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vähiten yksityisissä vanhainkodeissa ja hoitoyksiköissä, joissa on korkeintaan 20 asiakaspaikkaa.

Yleisimmin fyysistä rajoittamista käytetään silloin, kun ikääntynyt on vaaraksi itselleen. Tällaisessa tapauksessa ikääntynyt on usein muistisairas, joka saattaa eksyä tai kaatua, koska ei muista oman kävelykykynsä heikenneen. Rajoittamisen tarkoituksena on ikääntyneen turvallisuuden takaaminen. (Saarnio & Isola 2009, 269.) Koch ym.(2006, 154) yhtyvät tutkimuksessaan näkemykseen rajoittamisen tuomasta turvasta hoidettavalle ikääntyneelle. Vaatimus ikääntyneen liikkumisen rajoittamiseksi voi tulla omaisten taholta, jotka näin pyrkivät lisäämään ikääntyneen turvallisuutta (Saarnio & Isola 2009, 269–270). Tätä näkemystä tukee Alarvo-Messon (2010, 55) tutkimus, jossa ikääntyneen omaiset hyväksyivät fyysisen rajoittamisen turvallisuuden vuoksi tapahtuvana toimenpiteenä. Saarnion ja Isolan mukaan (2009, 269) fyysisen rajoittamisen käyttöä perustellaan myös sillä, että ikääntynyt on häiriöksi ympäristölleen. Ympäristölle aiheutuvaksi häiriöksi katsotaan tilanne, jossa ikääntynyt voi aggressiivisella ja levottomalla käytöksellään häiritä muita asukkaita ja olla vaaraksi heille tai hoitohenkilökunnalle. Haasteellisesti käyttäytyvät muistisairaavat joutuvat usein fyysisen rajoittamisen kohteeksi. (Saarnio & Isola 2009, 269.)

Saarnio (2009, 56) toteaa, että fyysisten rajoitteiden käytön taustalla voi olla hoitajan myönteinen suhtautuminen rajoitteiden käyttöön, työuupumus sekä vastentahtoisuus vanhustyötä kohtaan. Fyysistä rajoittamista käytetään paljon silloin, kun työntekijät kokevat vaikuttamismahdollisuutensa omaan työhönsä vähäisiksi ja työnsä kiireiseksi (Saarnio & Isola 2009, 270). Hoitajat käyttävät fyysistä rajoittamista myös hoitotoimenpiteiden onnistumiseksi. Hoitoympäristö voi lisätä rajoitteiden käytön tarvetta, mikäli tilat ovat epäkäytännölliset eikä apuvälineitä ole riittävästi. (Saarnio 2009, 56.) Koch ym.(2006, 154) esittävät tutkimuksessaan rajoitteiden käytön kauan jatkuneena hyväksyttävänä käytäntönä. Tällaisessa rutiinimaisessa rajoittamisessa noudatetaan työyksikössä vallitsevaa tapaa, esimerkiksi sidotaan ikääntyneet tuoliin vyöllä kiinni (Saarnio & Isola 2009, 269).

Fyysinen rajoittaminen estää ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden toteutumista ja loukkaa perusoikeuksia. Fyysinen rajoittaminen aiheuttaa pitkittyessään ikääntyneille painehaavoja, inkontinenssia sekä infektioille, vaaratilanteille ja ennenaikaiselle kuolemalle altistumista. (Saarnio & Isola 2009, 272.) Fyysinen rajoittaminen voi altistaa ikääntyneen fyysiselle tai psyykkiselle kaltoinkohtelulle, kun ikääntynyttä kohtaan käytetään voimaa tai hänet eristetään toisista rajoitustilanteissa. Ikääntyneen liikkumisen rajoittaminen aiheuttaa liikuntakyvyn heikkenemistä ja laitostumista. Positiivisina seurauksina fyysisestä rajoittamisesta pidetään hoitoimien ja viriketoiminnan onnistumista. Rajoittaminen herättää monenlaisia tunteita ikääntyneessä, omaisissa ja hoitajissa. Vaikka omaiset ja ikääntyneet kokivat liikkumisen estämisen lisäävän turvallisuutta, kokivat he sen kuitenkin alentavan ihmisarvoa. Myös hoitajien tunteet olivat ristiriitaisia rajoittamisen suhteen. Rajoittamistilanteet nähtiin tilanteina, joissa ei ole muuta vaihtoehtoa kuin rajoitteiden käyttö. Näissä tilanteissa hoitajissa heräsi säälin ja syyllisyyden tunteita. (Saarnio 2009, 64–68.)

## **2.2 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy ja vaihtoehtoiset toimintatavat**

Saarnio (2009, 68) kuvaa fyysisen rajoittamisen toistuvuutta syklinä, joka pyörii tauotta rajoitetun ikääntyneen kohdalla. Syklin olemassaoloon vaikuttavat työyhteisössä vallitsevat arvot ja toimintakulttuuri. Syklin aloittaa rajoittamiselle altistava tekijä ja sitä seuraa fyysinen rajoittaminen. Seuraavina vaiheina ovat rajoittamisen herättämät tunteet rajoitetussa ja rajoittajassa sekä heidän keinonsa selviytyä rajoittamistilanteesta. Rajoitteiden käytöstä aiheutuu seurauksia ikääntyneelle. Käyttämällä vaihtoehtoisia toimintatapoja saadaan syklin pyöriminen loppumaan. (Saarnio 2009, 68–69.) Fyysistä rajoittamista voidaan ennaltaehkäistä ja vähentää yhteiskunnallisella, työyhteisön ja työntekijän toiminnan tasoilla (Saarnio & Isola 2009, 273).

Taulukko 1. Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy  
(Saarnio, R. & Isola, A. 2009, 277)

Yhteiskunnallinen taso	Organisaatio- ja työyhteisötaso	Hoitotyön taso
Lainsäädännön kehittäminen	Täydennyskoulutus	Haasteellisen käyttäytymisen ehkäisy
Pienemmät yksiköt	Henkilöstön työhyvinvointi	Ikääntyneen toiveiden huomiointi
Oikean hoitopaikan valinta	Johtamistapa	Vapauden kokemusten järjestäminen
Henkilöstön lisääminen	Yhteisesti sovitut toimintatavat	Neuvottelu ikääntyneen, omaisten, työtovereiden kanssa
	Kirjalliset ohjeet	
	Uusien työntekijöiden perehdyttäminen	
	Hoitoympäristön turvallisuus	

Fyysistä rajoittamista voidaan ennaltaehkäistä laajasti koko yhteiskunnan tasolla kehittämällä lainsäädäntöä (Saarnio 2009, 33). Uusi valmisteilla oleva itsemääräämisoikeuslaki velvoittaa työyhteisöt tarkastelemaan omia toimintatapojaan ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden edistämiseksi ja rajoitteiden käytössä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista pyrkii turvaamaan ikääntyneen väestön kotona asumisen, laitoshoidon vähentämisen sekä riittävän henkilöstömitoituksen (L.28.12.2012/980). Nämä tekijät vaikuttavat fyysisten rajoitteiden käyttöön, koska hoiva- tai hoitoyksikön koolla, oikealla hoitopaikan valinnalla ja sopivalla henkilöstömitoituksella voidaan ennaltaehkäistä fyysistä rajoittamista (Saarnio & Isola 2009, 273).

Työyhteisön ja organisaation tasolla yhteisesti sovitut toimintatavat koskien fyysisten rajoitteiden käyttöä, moniammatillinen yhteistyö, henkilökuntamäärän lisääminen sekä kuntouttavan henkilökunnan osallistuminen hoitotyöhön ennaltaehkäisevät fyysistä rajoittamista (Saarnio 2009, 33). Fyysistä rajoittamista ennaltaehkäisee myös hyvinvoiva henkilökunta. Henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtiminen ja henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sekä työn sisällön ja määrän huomioiminen tukevat henkilökunnan työssä jaksamista. Henkilökunnan täyden-

nyskoulutuksella voidaan lisätä työn hallintaa, vähentää työn kuormittavuutta ja siten vaikuttaa työhyvinvointiin. (Saarnio & Isola 2009, 274.) Johtamisella on suuri merkitys henkilökunnan osaamiseen, työmotivaatioon sekä työntekijän ja työyhteisön hyvinvointiin, minkä vuoksi johtamisosaamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota (Heimonen, Topo & Voutilainen 2008, 149). Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen tulee sisältyä ohjeistus fyysisten rajoitteiden käytöstä. Ympäristön turvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota, koska turvallinen fyysinen ympäristö ennaltaehkäisee fyysistä rajoittamista. Turvallisuutta voidaan lisätä esimerkiksi apuvälineiden, hyvän valaistuksen, matalien sänkyjen ja pyöreäkulmaisten huonekalujen avulla. Ympäristön turvallisuuteen tulisi kiinnittää huomiota jo tilojen suunnitteluvaiheessa. (Saarnio & Isola 2009, 274–277.)

Fyysistä rajoittamista voidaan vähentää ja ennaltaehkäistä hoitohenkilökunnan koulutuksen avulla. Fyysisten rajoitteiden käyttöä koskevista säännöistä, ohjeista ja eettisistä periaatteista tarvitaan lisää tietoa. Ikääntyneen muistisairaahan haasteellista käyttäytymistä ja siitä johtuvaa rajoittamista voidaan ehkäistä hoitajan tiedollisten ja taidollisten valmiuksien avulla. Näitä valmiuksia voidaan lisätä esimerkiksi gerontologisen hoitotyön täydennyskoulutuksen avulla. (Saarnio 2009, 33,85.) Laitala (2008, 66–67) toteaa, että muistisairaiden hoitotyössä tärkeää on lisäkoulutus, joka tuo ammatillista osaamista vuorovaikutustilanteisiin. Koulutuksella tuli pyrkiä vaikuttamaan henkilökunnan asenteisiin ja arvoihin, koska ne vaikuttavat työyhteisön toimintakulttuuriin, esimerkiksi myönteiseen suhtautumiseen fyysisten rajoitteiden käyttöön. Huizing ym. (2009, 1139) tutkivat koulutusintervention vaikutusta fyysisten rajoittamisen vähentämiseen psykiatriassa hoitokodeissa Alankomaissa ja totesivat, että hoitohenkilökunnan koulutus ei auttanut vähentämään fyysistä rajoittamista kahdeksan kuukauden seurannassa. Syyksi tähän tutkijat arvelivat sitä, että muutoksen toteutuminen on hidasta ja vaatii ajatusmallin muuttamista sekä rutiinien rikkomista rajoitteiden käytön suhteen. Koulutuksen vaikuttavuutta lisäsi, mikäli koulutus suunnataan koko organisaatioon eikä vain osastotasolle. (Huizing ym.2009, 1145–1146.)

Alarvo-Messon (2010, 56) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden omaiset luottivat siihen, että rajoittaminen perustui hoitajien ammattitaitoon ja tietoon. Hän toteaa, että omaisten suuri luottamus henkilökunnan ammattitaitoon ja päätöksentekoon fyysisten rajoitteiden käytössä lisää hoitajien ammattitaidon ja eettisen osaamisen vaatimusta (Alarvo-Messo 2010, 59). Muistiliitto korostaa kannanotos-

saan *Hallituksen esitys itsemääräämisoikeuslaiksi* ammattihenkilöstön osaamista. Kannanotossa todetaan, että ammattitaitoinen työntekijä osaa toimia ilman rajoitustoimenpiteitä. Täydennyskoulutusta tarvitaan liittyen asenteisiin rajoitustoimenpiteiden käytöstä ja muistisairaiden erityistarpeista. (Muistiliiton kannanotto 2013, 4.)

Saarnio (2010, 145) esittää neuvottelun omaisten kanssa hoitajien käyttämänä vaihtoehtoisena toimintatapana fyysisen rajoittamisen sijaan. Samoin Koch ym. (2006, 156) korostavat yhteistyötä omaisten kanssa keinona vähentää rajoitteiden käyttöä. Omaisten rooli nähdään muistisairaana ikääntyneen elämänhistorian, tapojen ja tottumusten esille tuojina. Elämänhistorian, tapojen ja tottumusten tunteminen auttaa tulkitsemaan ja ymmärtämään muistisairaana käyttäytymistä ja vastamaan hänen tarpeisiinsa, mikä ehkäisee haasteellista käytöstä ja siitä johtuvaa fyysisten rajoitteiden käyttöä. Haasteellista käytöstä ja siitä johtuvaa rajoitteiden käyttöä vähennetään myös luomalla muistisairaille turvallisuuden tunnetta rohkaisemalla omaisia osallistumaan muistisairaana päivittäiseen avustamiseen ja viettämään aikaa muistisairaana kanssa. (Evans & Cotter 2008, 42–48.) Alarvo-Messo (2010, 61) näkee ikääntyneen omaiset voimavarana. Heidän kanssaan tulisi yhdessä miettiä vaihtoehtoisia toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan ja ottaa heidät mukaan ikääntyneen hoitoon (Alarvo-Messo 2010, 61).

Hoitajien käyttämä vuorovaikutus on keskeisessä asemassa vaihtoehtoisena toimintatapana fyysisen rajoittamisen sijaan. Vuorovaikutus rauhoittaa ikääntynyttä. (Saarnio 2009, 83.) Onnistunut vuorovaikutus sisältää huumorin käyttöä, katse- ja kosketuskontaktin, läheisyyttä, selkeän puhutavan, ikääntyneen kunnioittavan kohtelun ja oman tilan kunnioittamisen (Saarnio & Isola 2009, 277). Laitalan (2008, 66–67) tutkimuksessa tuli esiin vuorovaikutuksen merkitys vaihtoehtoisena toimintatapana rajoittamisen sijaan haasteellisesti käyttäytyvillä muistisairailta. Hänen tutkimuksensa mukaan muistisairaiden haasteellista käyttäytymistä hoidettiin yleisimmin antamalla aikaa ja keskustelemalla (83 %) ja rajoittamalla vain vähän fyysisesti (6 %) (Laitala 2008, 66–67). Persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta ovat hoitajan käyttämiä keinoja haasteellisesti käyttäytyvän muistisairaana kohtaamisessa, ja ne toimivat samalla vaihtoehtoina haasteellisesta käytöksestä johtuvalle liikkumisen rajoittamiselle. Persoonan käyttö tarkoittaa ihmisenä olemista, johon kuuluvat aitous, avoimuus, herkkyyks, huumori, luovuus ja myönteinen elämänasenne. Järkipäristävää toimintaa ovat perustelu, vakuutta-

minen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen, jossa vaikutetaan erityisesti sosiaaliseen ympäristöön, ilmapiirin sallivuuteen ja leppoisuuteen. Intuitiivisessa toiminnassa hoitaja ohjaa ikääntyneen huomion muuhun tai menee mukaan muistisairaahan kokemusmaailmaan. (Isola ym. 2005, 148–151.)

### **2.3 Fyysinen rajoittaminen lainsäädännössä ja kannanotoissa**

Suomen perustuslaki (L 11.6.1999/731) turvaa yksilölle perusoikeudet, kuten liikkumisvapauden, henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden, yksityiselämän suojan sekä oikeuden sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon. Hallituksen esityksen itsemääräämisoikeuslaiksi (HE 108/2014) mukaan perustuslain oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen suojaa henkilötarkastuksia tai pakolla toteutettavia lääketieteellisiä tai vastaavia toimenpiteitä vastaan ja takaa sen, ettei ketään saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Yksityselämän suoja takaa oikeuden elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai ulkopuolisten puuttumista siihen sekä yksilön oikeuden määrätä itsestään ja ruumistaan (HE 108/2014). Perustuslaki (L 11.6.1999/731) velvoittaa julkista valtaa turvaamaan jokaiselle oikeuden välttämättömään huolenpitoon ja sosiaali- ja terveyspalveluiden saantiin.

Hallituksen esityksessä itsemääräämisoikeuslaiksi (HE 108/2014) todetaan, että perusoikeuksiin kohdistuvien rajoitusten tulee perustua lakiin. Tällainen lainsäädäntö on puutteellista ja vanhentunutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Rajoitustoimenpiteistä sosiaali- ja terveydenhuollossa on säädöksiä mielenterveyslaissa, lastensuojelulaissa, päihdehuoltolaissa, tartuntatautilaissa ja kehitysvammalaissa. Mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki pitävät sisällään säännöksiä rajoitustoimenpiteistä tahdosta riippumattomassa hoidossa. Tartuntatautilaissa säädetään esimerkiksi henkilön määräämisestä karanteeriin ja henkilön eristämisestä sairaanhoitolaitokseen. Kehitysvammalain mukaan tahdonvastaista erityishuoltoa voidaan antaa henkilölle, joka on määritelty kehitysvammaiseksi. (HE 108/2014.)

Hallituksen esityksen itsemääräämisoikeuslaiksi (HE 108/2014) mukaan rajoitusten käytöstä ei ole erikseen säännelty lailla muistisairaiden osalta. Käytännössä sosiaali- ja terveydenhuollossa kuitenkin käytetään rajoitustoimenpiteitä muistisairaiden hoivassa ja hoidossa. Tällaisia tilanteita syntyy silloin, kun muistisairaahan terveyden tai turvallisuuden suojaamiseksi käytetään fyysistä rajoittamista. Puuttu-

va lainsäädäntö asettaa hoidon ja hoivan piirissä olevat muistisairaat eriarvoiseen asemaan, koska rajoitustoimenpiteitä toteutetaan kunkin toimintayksikön omien ohjeistusten ja toimintakulttuurin mukaisesti. Rajoittamista voidaan käyttää ilman hyväksyttävää perustetta. (HE 108/2014.)

### **2.3.1 Fyysinen rajoittaminen itsemääräämisoikeuslaissa**

Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä (HE 108/2014). Tässä opinnäytetyössä lakiehdotuksesta käytetään nimeä itsemääräämisoikeuslaki. Itsemääräämisoikeuslain tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja ennaltaehkäistä ja vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain painopiste on ennakkollisissa toimenpiteissä, joiden tarkoitus on ennakoida ja ehkäistä haastavia tilanteita sekä vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Ennakollisten toimenpiteiden tulisi aina olla ensisijaisia suhteessa fyysisen rajoittamiseen. Lähtökohtana on se, että rajoitustoimien käyttö sallitaan vain, kun asiakas tai potilas vaarantaa oman tai toisen henkilön terveyden tai turvallisuuden. Lain tarkoitus on turvata sosiaali- ja terveystalouden saanti silloinkin, kun välttämättömän sosiaali- ja terveydenhuollon antaminen ei ole mahdollista ilman rajoitustoimenpiteitä. Niiden käyttö edellyttää itsemääräämiskyvyn alenemista koskevaa päätöstä. Rajoitustoimenpiteiden on oltava ammatillisesti perusteltuja, tarkoitukseen sopivia ja oikein mitoitettuja suhteessa päämäärään. Niitä toteutettaessa on kunnioitettava asiakkaan tai potilaan ihmisarvoa ja huomioitava turvallisuus. Rajoitustoimenpiteiden käyttö on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. (HE 108/2014.)

Ehdotuksessa itsemääräämisoikeuslaiksi (HE 108/2014) säädetään rajoitustoimenpiteiden käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Lakiehdotus sallii asiakkaan tai potilaan kiinnipitämisen tarkoituksena suojata asiakasta tai potilasta tai muita henkilöitä. Rajoittavien välineiden käyttö sallitaan mahdollistamaan asiakkaan tai potilaan päivittäinen ruokailu, pesu, lepääminen tai ulkoilu. Rajoitettavaa välinettä saa käyttää näissä tapauksissa vain lyhytaikaisesti, maksimissaan kaksi tuntia. Rajoittavia välineitä saa käyttää lakiehdotuksen mukaan myös asiakkaan tai potilaan kuljetuksissa. Lakiehdotus sallii asiakkaan tai potilaan

lyhytaikaisen erillään pitämisen hänen rauhoittamiseksi, jolloin erillään pidettävää henkilöä on valvottava koko erillään pitämisen ajan. (HE 108/2014.)

Ympäri vuorokautisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa on lakiesityksen mukaan sallittua estää asiakasta tai potilasta poistumasta yksiköstä voimakeinoin tai luki- tuilla ulko-ovilla. Asiakkaan tai potilaan poistumisen estämistä koskevan päätök- sen tekee palveluista tai hoidosta vastaava henkilö. Poistumisen estämistä koske- vaa päätöstä tehtäessä on pyydettävä arvio lääkäriltä ja toimitettava päätös sosi- aali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavan toimielimen arvioitavaksi. Tek- nisen välineen käyttö, jonka avulla voidaan saada tieto asiakkaan tai potilaan avuntarpeesta, on sallittua. Lääkityksen antaminen vastustuksesta riippumatta on sallittua, jos niiden antamatta jättäminen uhkasi vaarantaa vakavasti asiakkaan hengen tai terveyden, samoin välttämättömän terveydenhuollon antaminen vastus- tuksesta riippumatta. Laki sallii myös ravinnon tai nesteen antamisen vastustuk- sesta riippumatta asiakkaan terveyden suojelemiseksi lääkärin ohjeen mukaan. (HE 108/2014.)

Lakiehdotuksessa (HE 108/2014) on erikseen säädetty rajoitustoimenpiteitä kos- kemaan vain julkisyhteisön ylläpitämiä sairaaloita ja vaativia erityispalveluita tar- joavia sosiaalihuollon laitoksia. Näissä yksiköissä rajoittavan välineen tai asusteen käyttö on sallittua muissakin tilanteissa kuin ruokailun, pesun, lepäämisen tai ulkoi- lun mahdollistamisessa. Asiakas tai potilas saadaan sitoa vyöllä tai muulla vastaa- valla tavalla, jos muut toimenpiteet eivät ole riittäviä, kuitenkin yhtäjaksoisesti tai toistuvasti yhteensä enintään kahdeksan tunnin ajaksi. Lakiesitys mahdollistaa asiakkaan tai potilaan pitämisen erillään ulkopuolelta lukittavassa, erikseen tätä tarkoitusta varten varustetussa asianmukaisessa tilassa. (HE 108/2014.)

Rajoitustoimenpiteet on kirjattava ja tilastoitava. Tilastotiedot toimitetaan vuosittain aluehallintovirastolle, joka valvoo rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Rajoitustoimenpi- teiden käyttöä valvoo myös sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisestä vastaa- van toimielin. (HE 108/2014.)

### 2.3.2 Fyysinen rajoittaminen ETENEn ja Valviran kannanotoissa

ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, on ottanut kantaa potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteisiin jo ennen itsemääräämisoikeuslain säätämistä. Kannanotossa potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien suoja- tai rajoitustoimenpiteiden käyttöä perusteltiin potilaan turvallisuudella. Rajoitustoimenpiteet nähtiin oikeutettuina silloin, kun potilas on vaaraksi itselleen tai muille henkilöille. Henkilöstön pieni mitoitus ei kannanoton mukaan ole peruste rajoitustoimenpiteiden käytölle. Rajoitustoimenpiteiden käytössä tulisi ottaa aina huomioon potilaan tai omaisen kanta ja toteuttaa toimet yhteisymmärryksessä heidän kanssaan. ETENE esittikin lain säätämistä itsemääräämisoikeuden rajoitteista. Lain tavoitteeksi asetettiin rajoitustoimenpiteiden käytön vähentäminen, samalla sallien välttämättömät suoja- ja rajoitustoimenpiteet. (Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet 2009.)

ETENEn kannanotossa itsemääräämisoikeuslakiin pidetään lain rakennetta haasteellisena, koska rajoitustoimenpiteistä on säädetty erikseen eri toimintaympäristöissä toteutettaviksi. Vaarana on se, että muistisairaita asiakkaita siirretään toimintayksiköstä toiseen, sairauden edetessä ja rajoitustoimenpiteiden tarpeen kasvaessa. ETENEn mukaan laki on ristiriidassa muun lainsäädännön kanssa, jolla pyritään vahvistamaan ikääntyneiden kotona asumista. ETENEn kannanotossa todetaan, ettei laki riitä rajoitustoimenpiteiden vähentämiseen. Lisäksi tarvitaan henkilöstön koulutusta, jolla pyritään muuttamaan toimintakulttuuria vähemmän rajoittavaan suuntaan. (Lausunto hallituksen esityksestä 2014.)

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, on ottanut kantaa liikkumista rajoittavien turvallisuusvälineiden käyttöön. Kannanotossa korostetaan, että päätös vanhuspotilaan liikkumisen rajoittamisesta tulee tehdä jokaisella kerralla potilaskohtaisesti harkiten. Päätöksen tulee perustua turvallisuuden takaamiseen väliaikaisessa tilanteessa. Päätöksestä tulee keskustella potilaan tai – mikäli hän ei kykene kantaansa ilmaisemaan – hänen omaisensa kanssa. Rajoituksesta potilaalle koituvia haittoja ja hyötyjä on mietittävä tarkasti. Päätöksestä vastaa hoitava lääkäri, ja hoitohenkilökunta vastaa päätöksen toteuttamisesta. Potilasta tulee valvoa riittävästi liikkumisen rajoittamisen aikana. Liikkumista rajoittavan välineen käytön perusteet, käyttö ja käytön kesto tulee kirjata potilasasiakirjoihin. (Ohjeet liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla 2008.)

Muistiliitto on ottanut kantaa itsemääräämisoikeuslakiin ja esittää huolensa siitä, että itsemääräämisoikeuslaissa luetellut rajoitustoimenpiteet nähdään mahdollisuutena rajoitteiden käyttöön. Muistiliitto korostaa, että rajoitustoimenpiteiden käyttö on hoivan epäonnistumista. Kannanotossa vaaditaan kemiallisen sitomisen lisäämistä itsemääräämisoikeuslakiin. (Muistiliiton kannanotto 2013, 3.)

### 3 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Itsemääräämisoikeus on jokaiselle aikuiselle yksilölle kuuluva moraalinen oikeus tehdä vapaasti omaan elämäänsä liittyviä päätöksiä ja valintoja ja toteuttaa niitä. Itsemääräämisoikeus edellyttää yksilöltä valmiuksia itsenäiseen ajatteluun ja toimintaan. (Pietarinen ym. 1998, 51.) Itsemääräämisoikeus on keskeinen käsite ihmisoikeussopimuksissa ja perusoikeuksissa. Itsemääräämisoikeuteen kuuluvat oikeus vapauteen, tasa-arvoon, yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen sekä syrjinnän kieltö. Yksilön vapaita valintoja, fyysistä ja psyykkistä koskemattomuutta voidaan rajoittaa tai loukata vain, mikäli laki antaa siihen oikeuden. (Pahlman 2010, 293.)

Itsemääräämisoikeus sisältää monta ulottuvuutta. Itsemääräämiseen kuuluvat oikeus tuntee itsensä kyvykkääksi sekä ylläpitää ja käyttää kykyjään, oikeus saada itseään koskevaa tietoa, oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja mahdollisuus saattaa päätös toimeksi ja oikeus yksityisyyteen. (Topo 2012.) Hollsten (2014, 7) jaottelee itsemääräämisoikeuden kolmeen osaan, kykyyn, tietoon ja valtaan. Kyky pitää sisällään kognitiivisen kyvyn, kyvyn vastaanottaa tietoa aistien välityksellä, emotionaalisen ja sosiaalisen kyvyn sekä moraalisen kyvyn, joiden avulla tehdään päätöksiä ja valintoja. Tietoa tarvitaan päätöksenteon pohjaksi. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen tarvitaan valtaa vaikuttaa omaan elämään. Itsemääräämisoikeus toteutuu vain osittain, mikäli jokin sen kolmesta osasta puuttuu. (Hollsten 2014, 8–11.)

#### 3.1 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaalialan työ perustuu ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteisiin. Sosiaalialan työssä tavoitteena on ihmisen hyvinvoinnin lisääminen. Keskeisin arvo sosiaalityössä on jokaisen ihmisen yhtäläinen ihmisarvo. Sen kunnioittaminen sosiaalityössä näkyy siten, että noudatetaan itsemääräämisoikeutta, osallistumisoikeutta, oikeutta yksityisyyteen ja oikeutta tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti. Sosiaalialan ammattilainen pyrkii toiminnassaan takaamaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden. Itsemääräämisoikeuden takaamiseksi asiakkaalle annetaan päätöksenteon pohjaksi tarvittavaa tietoa ja päätöksenteossa ko-

rostetaan asiakkaan vastuunottoa ratkaisuihin. (Arki, arvot, elämä, etiikka 2012, 7–14.)

Terveystieteissä hoitotyön tavoitteena on sosiaalityön tavoin ihmisen hyvinvoinnin edistäminen. Hoitotyön etiikan lähtökohdaksi on potilaan tai asiakkaan ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen, joiden taustalla on YK:n ihmisoikeuksien julistus. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 58.) Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 2014). Lähihoitajien eettiset ohjeet korostavat myös ihmisen itsemääräämisoikeutta. Periaatteena on, että potilas tai asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hänen tarpeensa ovat ensisijaisia hoitotyössä. Tasa-arvon periaate lähihoitajien eettisissä ohjeissa tukee itsemääräämisoikeutta määrittelemällä jokaiselle ihmiselle yhtäläisen oikeuden elämään ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 209–210.)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn julkaisussa *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta* todetaan sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kunnioittavan asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeutta osana ihmisarvon kunnioittamista. Henkilöllä on oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästään. Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen voidaan ryhtyä vain vaaratilanteissa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5.) ETENE on linjannut ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta raporteissaan. Itsemääräämisoikeus on ikääntyneiden oikeutta osallistua omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeus edellyttää päätöksentekokykyä, joka on arvioitava. Itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa siinä määrin, kuin se on välttämätöntä hoidon onnistumisen kannalta. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 17.)

### **3.2 Itsemääräämisoikeus vanhuspalveluissa**

Järnström (2011, 201) tuo tutkimuksessaan julki ikääntyneiden potilaiden itsemääräämisoikeuden puutteellista toteutumista geriatrisessa sairaalassa. Ikääntyneet kokevat, että heitä ei kuulla, heidän mielipiteitään ei oteta huomioon, eikä niistä olla edes kiinnostuneita. Muut määrittelevät heidän tarpeensa ja päättävät heidän asioistaan. Ikääntyneet kokevat olevansa sairaalahoidossa ilman omaa suostu-

mustaan, eikä heille anneta riittävästi tietoa heidän terveydentilastaan tai jatko-suunnitelmista. Heidän itsemääräämisoikeuttaan loukataan käyttämällä fyysisiä rajoitteita. Sängynlaitoja pidetään ylhäällä ikääntyneiden tahdon vastaisesti. (Järnström 2011, 201–202.)

Koch ym.( 2006, 156) toteavat tutkimuksessaan, että osa hoitotyöntekijöistä näki ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja rajoittamisen välttämisen ikääntyneiden heitteillejättönä ja hoidon puutteena, kun taas osan mielestä itsemääräämisoikeus oli ikääntyneiden tärkein oikeus. Itsemääräämisoikeus voidaan sivuuttaa antamalla omaisten päättää ikääntyneiden puolesta, vaikka ikääntyneillä olisi kykyä ilmaista oma tahtonsa. Toisaalta taas, kun ikääntyneiden päätöksentekokyky on heikentynyt, voi omaisten mielipiteen kunnioittaminen päätöksenteossa tukea ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta, jos omaiset tietävät ikääntyneen tahdon. Itsemääräämisoikeuden toteutumista sairaalaympäristössä vaikeuttaa se, että henkilökunta arvioi ikääntyneet usein kykenemättömiksi päätöksentekoon, vuorovaikutus ei ole tasavertaista ja ikääntyneiden kyky toimia itsenäisesti on alentunut. (Järnström 2011, 207, 259.)

Muistisairaus ei merkitse itsemääräämisoikeuden päättymistä, vaan muistisairaana päätöksiä tulee kunnioittaa niin kauan, kun hän kykenee itsenäiseen päätöksentekoon. Kun muistisairas ei sairautensa edetessä enää kykene itsenäisesti tekemään päätöksiä, tulee hänen päätöksentekokykyisenä ilmaisemaansa tahtoa kunnioittaa. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Nikumaa 2014, 4–5.) Topo (2012) toteaa, että muistisairaana kykyjen heikentyessä kasvaa riski itsemääräämisoikeuden kapenemiseen ja esineellistävään kohteluun. Hän esittääkin, että itsemääräämisoikeuden kunnioittamista tulisi pitää hoito- ja hoivatyössä laadun mittarina. Topo (2012) kuvaa esimerkein, kuinka muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteutumista voidaan edistää vanhusten hoito- ja hoivatyössä vaikuttamalla itsemääräämisoikeuden eri ulottuvuuksiin: tiedon saantiin, oikeuteen tehdä itseään koskevia päätöksiä, kyvykkyyden tunteeseen ja yksityisyyteen. Tiedon saantia voidaan edistää kertomalla asiat muistisairaalle ymmärrettävästi. Päätöksentekoon tulee antaa riittävästi aikaa ja työntekijän tulee toimia muistisairaana päätöstä kunnioittaen. Kyvykkyyttä voidaan edistää tukemalla toimintakykyä ja yksityisyyden suojaamista noudattamalla vaitiolovelvollisuutta. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat työntekijäntoiminnan lisäksi fyysinen ympäristö, toimintakulttuuri ja tavat sekä johtaminen. (Topo 2012.)

### **3.3 Itsemääräämisoikeus lainsäädännössä**

#### **3.3.1 Perustuslaki**

Hallituksen esityksen itsemääräämisoikeuslaiksi (HE108/2014) mukaan perusoikeudella tarkoitetaan perustuslain mukaista yksilölle kuuluvaa oikeutta, joita ovat yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, omaisuuden suoja, oikeus sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon, oikeusturva ja perusoikeuksien turvaaminen. Itsemääräämisoikeus kuuluu osaksi perusoikeusjärjestelmää, vaikka sitä ei ole erikseen mainittu perustuslaissa. Itsemääräämisoikeus on perustana perustuslain säännöksille henkilökohtaisesta vapaudesta, koskemattomuudesta, turvallisuudesta ja yksityiselämän suojasta. ( HE108/2014.)

Hallituksen esityksessä itsemääräämisoikeuslaiksi (HE108/2014) todetaan, että perustuslaissa säädettyjä perusoikeuksia voidaan rajoittaa vain lainsäädännöllä. Rajoitusten tulee olla mahdollisimman tarkkarajaisia ja täsmällisesti määriteltyjä. Näin pystytään turvaamaan perusoikeuksien toteutuminen. Perusoikeuksien rajoittaminen ei saa olla ristiriidassa Suomea velvoittavien kansainvälisten ihmisoikeussopimusten kanssa. (HE108/2014.)

#### **3.3.2 Muu lainsäädäntö**

Laki edunvalvontavaltuutuksesta (L 25.5.2007/648) antaa henkilölle mahdollisuuden järjestää asioidensa hoidon etukäteen sen varalta, että hän ei enää myöhemmin itse kykene asioistaan päättämään. Laki tukee näin henkilön itsemääräämisoikeutta. Lain mukaan valtuuttaja voi oikeuttaa toisen edustamaan itseään esimerkiksi terveyttään tai talouttaan koskevissa asioissa. Itsemääräämisoikeus on kuitenkin voimassa niin kauan, kuin henkilö kykenee omista asioistaan päättämään, eikä edunvalvontavaltuutus voi sitä syrjäyttää. (L 25.5.2007/648.)

Potilaan itsemääräämisoikeus terveydenhuollossa perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785). Itsemääräämisoikeus on lain tärkein oikeus. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan, mikäli hänellä on riittävä päätöksentekokyky. Mikäli potilas ei kykene käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, on hänen laillista edustajaansa tai lähiomaistaan kuultava hoitopäätöksen tekemisessä. (L17.8.1992/785.) Potilas voi turvata itsemääräämisoikeuden toteutumisen sellaisen tilanteen varalta, jolloin hän ei ole kykenevä ilmaisemaan tahtoaan, teemmällä hoitotahdon. Hoitotahto voi olla kirjallinen tai suullinen, ja tekijän tulee ymmärtää hoitotahdon tekemisen merkitys ja sisältö. (Pahlman 2010, 293–296.)

Sosiaalihuollossa asiakkaan itsemääräämisoikeudesta on säädetty laissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812). Lain mukaan asiakkaalla on oikeus hyvään kohteluun ilman syrjintää, hänen ihmisarvoaan ja itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. Asiakkaalla on oikeus vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaan laillista edustajaa tai lähiomaista on kuultava asiakkaan tahdon selvittämiseksi, mikäli asiakas ei itse kykene osallistumaan palvelujen suunnitteluun. (L 22.9.2000/812.)

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (L 28.12.2012/980) eli vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea iäkkään henkilön terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lain tarkoitus on parantaa ikääntyneen mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun. Sen tarkoituksena on myös parantaa mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvuluja sekä vahvistaa ikääntyneen mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen sisältöön.

### **3.3.3 Itsemääräämisoikeuslaki**

Itsemääräämisoikeuslain (HE108/2014) tarkoitus on vahvistaa asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Lain tarkoituksena on varmistaa, että henkilön itsemääräämisoikeutta rajoitetaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa annettaessa vain silloin, kun se on välttämätöntä. Laki vahvistaa erityisesti itsemääräämiskyvyltään alentuneiden asiakkaiden ja potilaiden asemaa, koskien muun muassa muistisairaita. Itsemääräämisoikeuslakiehdotuksessa on säädetty itsemääräämisoikeuden ensisijaisuudesta. Pääsääntönä on se, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa toteutetaan yhteisymmärryksessä asiakkaan tai potilaan kanssa. Lakia sovelletaan sekä julkisessa että yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Hallituksen esityksessä itsemääräämisoikeuslaiksi (HE108/2014) määritellään palvelun tuottajan velvollisuudet asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamiseksi. Tällaisia velvollisuuksia ovat yleisen itsemääräämisoikeussuunnitelman laatiminen toimintayksiköihin, henkilöstön perehdyttäminen ja täydennyskoulutus sekä itsemääräämisoikeutta vahvistavien tilaratkaisujen, kalusteiden ja välineiden suunnittelu ja hankinta. Palvelun tuottajalla on tiedonantovelvollisuus asiakkaalle tai potilaalle hänen asemastaan ja oikeuksistaan sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamisen edellytyksistä.(HE108/2014.)

Lakiehdotuksessa (HE108/2014) edellytetään asiakkaan tai potilaan itsemääräämiskyvyn arviointia. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää miltä osin henkilön itsemääräämiskykyä ja -oikeutta voidaan tukea ja miltä osin henkilön oman tai toisten henkilöiden terveyden ja turvallisuuden takaaminen edellyttää rajoitustoimenpiteiden käyttöä. Mikäli henkilön itsemääräämiskyky todetaan alentuneeksi, hänelle on lain mukaan laadittava itsemääräämisoikeussuunnitelma. (HE108/2014.) Lakiesityksen (HE 108/2014) mukaan suunnitelman tavoitteena on itsemääräämisoikeuden vahvistaminen ja ongelmatilanteiden ennakoiminen niin, että rajoitustoimenpiteiden käyttö voidaan minimoida.

Muistiliitto kannattaa itsemääräämisoikeutta edistävää lakia. Muistiliitto määrittelee muistisairaana itsemääräämisoikeuden tarkoittamaan hänen kyseisellä hetkellä ja aiemmin terveenä ollessaan ilmaistun tahdon kunnioittamista. Hoitotahto nähdään ensisijaisena tahdonilmaisuna, joka on huomioitava silloin kun asiakas ei kykene enää itse tahtoaan ilmaisemaan. Itsemääräämisoikeussuunnitelma ei saisi kumota hoitotahtoa. (Muistiliiton kannanotto 2013, 1–5.) Hoitotahto onkin kirjattu sisältyväksi itsemääräämisoikeussuunnitelmaan esityksessä itsemääräämisoikeuslaiksi (HE 108/2014).

## 4 MUISTIYKSIKKÖ

Muistisairaat ovat sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon suuri käyttäjäryhmä. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä osa on muistisairaille suunnattuja muistiyksiköitä. Vaikka ympärivuorokautisen hoidon vaihetta pyritäänkin lyhentämään suunnittelemalla palvelut ja tuet muistisairaalle muuttuvan toimintakyvyn mukaisesti, tulee sairauden edetessä usein ympärivuorokautinen hoito esimerkiksi muistiyksikössä ajankohtaiseksi. (Voutilainen 2009, 119–110.)

Muistiyksiköllä tarkoitetaan muistisairaiden ihmisten ympärivuorokautista hoitoa antavaa ryhmäkotia tai -osastoa (Eloniemi-Sulkava 2003, 8). Muistiyksiköt yleistyivät Suomessa 1990-luvulla. Suurissa, erilaisia potilasryhmiä hoitavissa hoitoyksiköissä ei pystytty vastaamaan erilaisten potilasryhmien tarpeisiin. Tästä aiheutui rauhattomuutta ja aggressiivisuutta muistisairaille asiakkaille, mikä johti rauhoittavien lääkkeiden ja fyysisten rajoitteiden lisääntyneeseen käyttöön. Keskityttäessä vain yhden asiakasryhmän hoitoon, voidaan hoitoyksikössä määrittää selkeästi yksikön tehtävä ja tavoite sekä toiminta-ajatus. Hoitohenkilökunnan sitoutuminen yksikön toiminta-ajatuksen, arvoihin ja hoitotyön periaatteisiin on perusta muistisairaiden ikääntyneiden hyvälle ja laadukkaalle hoidolle. (Voutilainen 1997, 128–132.)

### 4.1 Muistiyksikön asukkaat

Muistisairaudessa sairastuneen muisti, kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmotaminen ja toiminnanohjaus ovat heikentyneet. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. Muistisairaudet johtavat useimmiten dementiaan, jolloin useat kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet vaikeuttaen sairastuneen sosiaalista kanssakäymistä ja selviytymistä päivittäisistä toimista. Dementia tarkoittaa oireyhtymää, jonka taustalla voi olla etenevä muistisairaus, pysyvä jälkitila esimerkiksi aivovamma tai jokin parannettava sairaus kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 17–19.)

Muistisairaista jopa 90 %:lla esiintyy haasteellista käytöstä. Muistisairaalle haasteellisesta käytöksestä käytetään kirjallisuudessa myös nimitystä käytösoire. Täs-

sä opinnäytetyössä käytetään nimitystä haasteellinen käytös. Haasteellisella käytöksellä tarkoitetaan haitallisia käyttäytymisen ja psyykkisten toimintojen muutoksia. Haasteellista käytöstä ovat muun muassa masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muutokset, psykoottiset oireet (esimerkiksi näkö- ja kuuloharhat), uni-valverytmin häiriöt ja seksuaaliset käytösoireet. (Vataja 2010, 91–95.) Haasteellinen käytös on vaikeimmillaan muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Se heikentää sekä muistisairaiden että heidän läheistensä elämänlaatua ja on merkittävä syy ympärivuorokautiseen hoitoon päättymiselle. Haasteellisella käytöksellä on myös vaikutusta muistisairaita hoitavan henkilökunnan työhyvinvointiin. Haasteellinen käytös nähdään muistisairaana keino saavuttaa elämänhallinta tai muuten mielekkäänä toimintatapana hänen tilanteessaan. Muistisairaana käyttäytymisen ymmärtäminen ja syyn tunnistaminen mahdollistavat haasteelliseen käyttäytymiseen vastaamisen hoidollisin ja lääketieteellisin keinoin. Haasteellista käyttäytymistä tulisi hoitaa moniammatillisena yhteistyönä hyödyntäen psykososiaalisia, hoidollisia ja lääketieteellisiä keinoja. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 232–237.)

## **4.2 Muistiyksikön hoitotyö ja sosiaalinen ympäristö**

Eloniemi-Sulkavan (2003, 8) mukaan muistiyksikössä hoitotyön keskeisenä tavoitteena voidaan pitää asukkaiden optimaalista toimintakykyä, hyvää oloa ja hyvää elämää. Hoitotyön tulee olla kuntoutumista mahdollistavaa ja näyttöön perustuvaa. Henkilökunnan tulee pystyä vastaamaan dementoitumisen aiheuttamiin erityiskysymyksiin, kuten haasteelliseen käytökseen. (Eloniemi-Sulkava 2003, 8.) Tutkimuksessa dementiaoireisten ihmisten hoidon laadusta Topo ym. (2007, 113) korostavat, että henkilökunnan ammattitaidoton vuorovaikutus muistisairaiden kanssa voi lisätä asukkaiden haasteellista käytöstä ja altistaa fyysisten rajoitteiden käytölle. Muistisairaiden hoidossa nouseekin esille vuorovaikutustaitojen merkitys. Hyvä hoito muistiyksikössä pohjautuu asukkaiden elämänsä historian tuntemiseen, tietoon asukkaiden persoonallisuudesta ja tietoon dementoivista sairauksista. Näiden tietojen pohjalta hoitaja pystyy ymmärtämään muistisairaana tilannetta, tunnistamaan asukkaan tunnetilan ja luomaan vuorovaikutustilanteen, jossa asukas kokee tulleensa ymmärretyksi. (Topo ym. 2007, 113.) Vuorovaikutusosaamisen lisäksi muistisairaiden laadukas hoito edellyttää henkilökunnalta erityisosaamista

dementoivista sairauksista sekä laajaa geriatriasta osaamista, koska muistisairailta on dementoivan sairauden lisäksi yleensä muitakin sairauksia ja he ovat iäkkäitä (Sormunen ym. 2008, 127–128).

Muistiyksikössä hoitoyhteisön ilmapiiri vaikuttaa merkittävästi asukkaiden elämänlaatuun. Muistisairaat vaistoavat herkästi ilmapiirin ja tunnetiloja, mikä vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä. (Dementiamaailma 2006, 35.) Topo ym.(2007, 121) korostavat muistisairaiden oikeutta tulla kohdelluksi ihmisinä ja nostavat esiin henkilökunnan asenteet muistisairaita kohtaan heidän elämänlaatuunsa vaikuttavina tekijöinä. Hoitoyhteisön ilmapiirin vaikuttavat Eloniemi-Sulkavan (2003, 9) mukaan toimivat ihmissuhteet ja henkilökunnan jaksaminen, joiden myötä syntyy turvallinen ja arvostava ilmapiiri. Henkilökunnan jaksamiseen vaikuttaa henkilöstön määrä. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Muistiyksiköissä tulisi mitoituksen olla korkeampi, vähintään 0,6. Tämä mitoitus on kuitenkin vähimmäismäärä ja hyväksi mitoitukseksi katsotaan 0,7–0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus 2008, 15.)

### 4.3 Muistiyksikön fyysinen ympäristö

Muistiyksikössä tulisi olla enintään 10–12 asukaspaikkaa. Mikäli asukaspaikkoja on enemmän, niin yksikkö jaetaan soluihin edellä mainitun kokoisiksi yksiköiksi. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus 2008, 17.) Muistiyksikön asuinympäristön tulee olla sellainen, että se tukee muistisairaiden selviytymistä, mahdollistaa onnistumisen elämykset ja luo tunnelmaa (Dementiamaailma 2006, 36). Koska fyysistä rajoittamista käytetään muistisairaiden turvallisuuden takaamiseksi, tulee ympäristön olla niin turvallinen, ettei fyysistä rajoittamista tarvita ympäristöstä johtuvien tapaturmariskien vuoksi. Ympäristön turvallisuutta voidaan lisätä muun muassa matalilla sängyillä ja pyöreäkulmaisilla huonekaluilla sekä hyvällä valaistuksella. (Saarnio & Isola 2009, 274–27.) Fyysisesti turvallinen ympäristö on esteetön. Liukastumisen, putoamisen tai kompastumisen vaarat minimoidaan ja tilaa tulee olla riittävästi huomioiden apuvälineiden käytön. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 115.) Koska muistisairaahan kyky hahmottaa on heikentynyt, muistiyksiköiden sisustamisessa käytetään hahmottamista helpottavia tekijöitä. Ympäristön on sel-

keä ja värikontrasteja käytetään tukemaan selviytymistä. (Eloniemi-Sulkava 2003, 13.)

Vapaa liikkuminen tukee muistisairaahan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Liikkumisen estäminen ja erilaiset kiellot aiheuttavat epäonnistumisen tunteita, levottomuutta ja ärtyisyyttä. Muistiyksikön fyysisen ympäristön tulee olla sellainen, että se tukee muistisairaahan vapaata liikkumista. Kuitenkin sellaisten ovien lukitseminen, joihin muistisairaahan ei toivota menevän, on perusteltua. (Eloniemi-Sulkava 2003, 11.) Kotilaisen ym. (2008, 115–116) mukaan ulkona liikkuminen tukee elämän hallinnan tunnetta, tuottaa myönteisiä kokemuksia ja vähentää muistisairaiden levottomuutta ja masentuneisuutta. Siksi ulkoilu tulee mahdollistaa esteettömällä ulospääsillä ja turvallisella piha-alueella. Ulkoilu onkin nimetty Topon ym.(2007, 100–101) tutkimuksessa muistisairaiden hoidon hyväksi, asiakasta tukevaksi käytännöksi. Teknologia mahdollistaa muistisairaiden toimintakyvyn tukemisen. Paikannus- ja kulunvalvontateknologian avulla muistisairas voi vapaasti liikkua yksikössä ja piha-alueella. Teknologian käyttöä muistiyksiköissä tulee kuitenkin miettiä siten, ettei se romuta pyrkimystä kodinomaisuuteen tai aiheuta asukkaissa pelkoa ja levottomuutta. (Topo 2003, 40–42.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata fyysisten rajoitteiden ja vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä muistiyksikössä. Tarkoituksena on löytää keinoja fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn. Itsemääräämisoikeuslaki asettaa vaatimuksia fyysisten rajoitteiden käytölle sekä korostaa vaihtoehtoisia menetelmiä ja ennakoivia fyysisen rajoittamisen sijaan. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää itsemääräämisoikeuslain toimeenpanossa muistiyksikössä.

Tutkimuskysymykset ovat:

Millaista fyysinen rajoittaminen on muistiyksikössä hoitajien kuvaamana?

Millaisia vaihtoehtoisia toimintatapoja muistiyksikössä käytetään fyysisen rajoittamisen sijaan?

Millaisia edellytyksiä muistiyksikössä on fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn ja vähentämiseen?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta. Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ja selittämään ilmiötä mahdollisimman syvällisesti (Kananen 2014, 18). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää ja paljastaa tosiasioita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 161). Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksesta tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustuloksia ei voida yleistää, vaan ne kertovat vain tutkimuskohteesta. (Kananen 2014, 19.) Opinnäytetyössä tutkittiin ilmiötä fyysinen rajoittaminen. Ilmiöön liittyviä yksityiskohtia ovat vaihtoehtoiset toimintatavat, joiden avulla voidaan vähentää fyysistä rajoittamista muistiyksikössä sekä tekijät, jotka estävät ja mahdollistavat rajoittamisen ennaltaehkäisyä. Laadullinen tutkimusote soveltui opinnäytetyöhön, koska tutkittavasta ilmiöstä haluttiin saada kokonaisuutena hyvä kuva ja ymmärrys.

### 6.1 Tutkimusorganisaatio ja haastateltavat

Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin länsisuomalaisessa kaupungissa sijaitsevassa muistiyksikössä. Muistiyksikkö ei ollut opinnäytetyöntekijälle ennestään tuttu. Kohdeorganisaation esimieheen oltiin yhteydessä puhelimitse kesällä 2014 ja varmistettiin organisaation sopivuus opinnäytetyöhön. Sopivuuden kriteerinä oli se, että kohdeorganisaatio oli muistiyksikkö. Opinnäytetyöntekijä päätti pitää kohdeorganisaation nimettömänä tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi. Ajatuksena oli myös se, että tutkimukseen saisi helpommin luvan, kun kohdeorganisaatio pysyy nimettömänä. Opinnäytetyön tutkimusta varten haettiin tutkimuslupaa kohdeorganisaatiolta 1.10.2014. Tutkimuslupa myönnettiin 10.10.2014. Sopimus opinnäytetyöstä saatekirjeen kera lähetettiin kohdeorganisaation esimiehelle allekirjoitettavaksi marraskuussa 2014. Samalla tutkimusorganisaatioon lähetettiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja tiedotuskirje haastateltaville, joissa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja toteuttamisesta (Liite1).

Haastateltaviksi valittiin muistiyksikön hoitotyöntekijöitä, koska oletettiin, että heillä on opinnäytetyössä tutkittavasta ilmiöstä eniten tietoa. Haastatteluihin osallistui kuusi muistiyksikön hoitotyöntekijää. Haastateltavien ikä vaihteli 50–60 vuoden välillä. Viidellä haastateltavalla oli yli 30 vuoden kokemus hoitotyöstä. Yhdellä

haastateltavalla hoitotyön kokemusta oli neljä vuotta. Kaikilla haastateltavilla oli sosiaali- ja terveysalan koulutus. Tuomen ja Sarajärven (2009, 85) mukaan tutkimushaastatteluun valitaan henkilöitä, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkittavien tulisi tietää tutkittavasta ilmiöstä eniten ja edustaa oleellista ja osuvinta havaintoyksikköä tutkittavan ilmiön kannalta (Kananen 2014, 97).

## 6.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin haastattelua aineistonkeruumenetelmänä. Haastattelu katsottiin sopivaksi menetelmäksi, koska tutkittava aihe oli osittain vähän kartoitettu. Haastattelussa vastauksia pystyttiin selventämään, mikä olisi ollut mahdotonta pelkässä lomakekyselyssä. Aineistonkeruumenetelmänä olisi voinut käyttää apuna lomakekyselyä, jota olisi täydennetty haastattelulla. Lomakekysely olisi sopinut hyvin selvittämään fyysisten rajoitteiden käyttöä muistiyksikössä ja pohjaksi vaihtoehtoisten toimintatapojen selvittämiseen. Vaihtoehtoiset toimintatavat ovat vähemmän tutkittu aihealue ja sen tutkimiseen haastattelu sopi parhaiten. Kananen (2014, 18) mukaan laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruuseen liittyy suora kontakti tutkijan ja tutkittavan välillä. Aineisto kerätään tutkittavilta vuorovaikutussuhteessa esimerkiksi haastattelun avulla, joka on laadullisen tutkimuksen käytetyin tiedonkeruumenetelmä (Kananen 2014, 18–70.) Haastattelua käytetään silloin, kun kysymyksessä on vähän kartoitettu alue tai kun halutaan tutkia arkoja aiheita (Hirsjärvi ym. 2000, 201–202). Haastattelun etu kyselyyn verrattuna on se, että siinä on mahdollista käydä keskustelua haastateltavien kanssa, syventää ja tarkentaa ilmaisuja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruussa ei tehty koehaastatteluja. Tämä olisi ollut kuitenkin aiheellista haastattelijan vähäisen haastattelukokemuksen vuoksi. Koehaastattelu olisi auttanut hiomaan haastattelutekniikkaa toimivammaksi. Hirsjärven ym. (2000, 208) mukaan ennen varsinaista haastattelua olisi hyvä tehdä koehaastatteluja haastatteluteemojen sopivuuden testaamiseksi.

### 6.2.1 Teemahaastattelu

Haastattelumuotona oli teemahaastattelu. Haastatteluteemat johdettiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä. Teemoja täydennettiin tarkentavilla lisäkysymyksillä, joita oli laadittu valmiiksi. Tässä opinnäytetyössä käytetty teemahaastattelun runko on liitteenä (Liite 2).

Teemahaastattelu on laadullisen tutkimuksen yleisimmin käytettyjä tutkimusmenetelmiä. Teemahaastattelulla halutaan saada ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä keskustelemalla haastattelijan asettamista teemoista. (Kananen 2014, 76.) Teemahaastattelussa valitaan etukäteen keskeiset teemat ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Haastatteluteemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

### 6.2.2 Haastattelun toteutus

Opinnäytetyön teemahaastattelut toteutettiin muistiyksikössä kahdelle eri vastaajaryhmälle joulukuun lopussa 2014 ja tammikuun alussa 2015. Haastattelujen ajankohdat sovittiin puhelimitse muistiyksikön esimiehen kanssa. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma oli toimitettu muistiyksikön esimiehelle, joten haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua siihen ennen haastatteluja. Tutkimussuunnitelma sisälsi teemahaastattelun rungon. Haastattelut tehtiin muistiyksikössä haastateltavien työajalla. Ennen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Kukaan ei kieltäytynyt haastatteluista. Molemmissa haastatteluryhmissä oli kolme haastateltavaa, joten haastatteluun osallistui yhteensä kuusi työntekijää. Sopivaksi haastateltavien määräksi ryhmässä esitettiin Hirsjärven ym. (2000, 207) mukaan kahta tai kolmea haastateltavaa, jotta haastateltavien äänet pystytään erottamaan nauhoituksesta. Eskola ja Suoranta (2008, 96) esittävät toimivan haastatteluryhmän kooksi neljästä kahdeksaan haastateltavaa.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin ryhmähaastattelua siksi, että opinnäytetyöntekijöitä oli yksi ja ryhmähaastattelulla saatiin kerättyä tehokkaasti tietoa monelta tiedonantajalta yhtä aikaa. Ryhmähaastattelun eduksi havaittiin myös se, että ryhmä toimi keskustelun herättäjänä ja innostajana. Haastattelulla saatiin esiin työyhteis-

sön näkökulmaa. Haastatteluryhmissä kukaan ei dominoinut tilannetta, vaan kaikki haastateltavat saivat vapaasti tuoda julki omia mielipiteitään ja näkemyksiään. Eskolan ja Suorannan (2008, 97) mukaan ryhmähaastatteluun voi tuoda ongelmia ryhmää dominoiva yksittäinen henkilö, jolloin haastattelijalta vaaditaan taitoa kontrolloida tilannetta. Ryhmähaastattelussa pitää ottaa huomioon ryhmän kontrolloiva vaikutus, jolloin ryhmä voi estää kielteisten asioiden esille tulon. Ryhmä voi myös auttaa väärinymmärrysten korjaamisessa ja asioiden muistamisessa. (Hirsjärvi ym. 2000, 206–207.)

Haastattelutilanteessa pyrittiin huomioimaan jokainen haastateltava, vaikka haastattelussa jokaiselta haastateltavalta ei erikseen pyydetty vastausta jokaiseen kysymykseen. Tarkoituksena oli pitää haastattelutilanne mahdollisimman rentona ilman tunnetta, että vastaamiseen painostetaan. Haastattelut kestivät 35 ja 40 minuuttia ja ne nauhoitettiin tietokoneella. Nauhoituksesta informoitiin haastateltavia jo saatekirjeessä sekä haastattelujen alussa. Ennen varsinaista haastattelua haastatteluun osallistujat täyttivät lyhyen taustatietolomakkeen.

### **6.2.3 Aineiston määrä**

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään käsitettä saturaatio, joka merkitsee aineiston kylläntymistä. Tutkija ei etukäteen päättää haastateltavien määrää, vaan kerää aineistoa niin kauan kuin saa haastateltavilta uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2000, 181.) Kananen (2014, 18–19) toteaa, että aineiston analyysi ei ole tutkimusprosessin viimeinen vaihe vaan tutkimusprosessia ja tiedonkeruuta ohjaava toiminta. Hän jatkaa edelleen, että analyysi määrittää sen, milloin aineistoa on kerätty riittävästi tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laatua pidetään määrää tärkeämpänä. Tutkimustulosten laatuun vaikuttavat tiedonkeruun ja analyysin syvyys. (Kananen 2014, 95.) Tuomi ja Sarajärvi (2009, 85) toteavat, että opinnäytetyöissä aineiston kokoa ei voida pitää merkittävänä kriteerinä.

Tässä opinnäytetyössä haastateltavien määrä määriteltiin etukäteen eikä saturaatioon pyritty. Ajankäytön ja opinnäytetyön tekemisen kannalta oli helpompi määrittellä etukäteen haastateltavien määrä ja analysoida kerätyt tulokset, kuin tehdä haastatteluja yksi kerrallaan niin kauan, kuin uutta tietoa löytyy. Ensimmäinen

haastattelu litteroitiin heti haastattelupäivänä ja sen perusteella toisen ryhmän haastattelussa pystyttiin tarkentamaan joitakin aiheita.

### 6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Eskola ja Suoranta (2008, 150) kuvaavat laadullisen aineiston analyysissä kerätyn aineiston purkamiseksi ja järjestämiseksi uudelleen. Aineisto pyritään selkeyttämään tiivistämällä se ja näin tuottamaan uutta tietoa. Analyysimenetelmällä etsitään vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Eskola & Suoranta 2008, 137, 225.) Tässä opinnäytetyössä käytetystä sisällönanalyysista esitetään esimerkki taulukossa 2.

Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriaohjaava. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Aiempi tieto tai teoria ei ohjaa analyysia tai sen lopputulosta. Päättely on induktiivista eli aineistolähtöistä. Teorialähtöistä analyysia ohjaa aiempi tieto, jolloin päättely on deduktiivista eli teorialähtöistä. Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla, mutta teoreettiset käsitteet pohjautuvat valmiiseen teoriaan. Teoriaohjaavan analyysin päättelyn logiikka on usein abduktiivista. Siinä tutkija yhdistelee valmiita teorioita ja aineistoaan. Teoriaohjaava analyysi voi olla kuitenkin lähellä induktiivista tai deduktiivista päättelyä, riippuen siitä missä vaiheessa teoria otetaan mukaan ohjaamaan päättelyprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–117.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysia ohjasi teoria. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisesti, mutta analysoinnissa käytettiin valmiita käsitteitä. Päättely vaihteli induktiivisesta abduktiiviseen eri tutkimuskysymysten vastausten kohdalla.

Sisällönanalyysissä aineisto litteroidaan eli muutetaan tekstimuotoon mahdollisimman sanatarkasti. Litteroinnissa voidaan huomioida eleet, äänenpainot ja tauot. (Kananen 2014, 101–102.) Tämän opinnäytetyön ryhmähaastattelujen aineisto litteroitiin sanatarkasti heti haastattelujen jälkeen, äänenpainoja ja puheen taukoja ei huomioitu. Aluksi haastateltavat nimettiin koodeilla ja heidän puheenvuoronsa eriteltiin litteroinnissa. Myöhemmin tästä luovuttiin, koska vastausten analysoinnissa ei ollut tarvetta tunnistaa haastateltavien vastauksia. Haastateltavien taustatietoja ei otettu mukaan analysointiin, koska tämän ei nähty tuovan esiin tutkimusky-

symysten kannalta oleellista tietoa. Vastaajien tunnistamisesta äänen perusteella ei kaikkien vastausten kohdalla ollut täydellistä varmuutta, mikä olisi heikentänyt tutkimustulosten luotettavuutta. Litteroitua tekstiä kertyi 22 sivua rivivälillä 1,5 tekstinkäsittelyohjelmalla.

Litteroinnin jälkeen aineistosta haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tätä kutsutaan aineiston pelkistämiseksi eli redusoinniksi. Ennen analyysiprosessin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Eskola ja Suoranta (2008, 152–153) toteavat, että haastatteluteemat muodostavat aineiston jäsenyyksen ja toimivat hyvänä apuvälineenä aineiston analysoinnissa. Tässä opinnäytetyössä aineiston jäsentämistä ohjasi teemahaastattelun runko. Analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuuksia, jotka sisälsivät vastauksia teemahaastattelun aiheisiin ja samalla tutkimuskysymyksiin. Litteroidusta aineistosta haettiin analyysiyksikön sisältäviä alkuperäisilmauksia, jotka korostettiin eri väreillä. Alkuperäisilmaisut koottiin taulukkoihin värikoodien mukaan ja tiivistettiin pelkistetyiksi ilmauksiksi.

Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa pelkistetyistä ilmauksista haetaan yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään omaksi luokaksi ja nimetään sen sisältöä kuvaavalla nimellä. Pelkistetyistä ilmauksista luodaan alaluokkia. Samansisältöiset alaluokat yhdistetään yläluokiksi. Yläluokista muodostetaan yhdistämällä käsitteitä. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.) Tässä opinnäytetyössä aineiston abstrahoinnissa käytettiin osin valmiita käsitteitä opinnäytetyössä käytetystä teoriasta. Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisy estävät ja mahdollistavat tekijät jaoteltiin Saarnion (2009, 31–32) tutkimuksessa esitetyn teorian mukaisesti hoitajaan, työyhteisöön ja yhteiskuntaan liittyviksi tekijöiksi. Aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen tehtiin tietokoneella tekstinkäsittelyohjelmalla taulukoinnin avulla. Alkuperäinen aineisto säilytettiin omina tiedostoinaan.

Taulukko 2. Opinnäytetyössä käytetty sisällönanalyysin esimerkkitaulukko

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Se on vaan tuolla takaraivossa. Onhan siitä ollu niissä koulutuksissakin, mutta se on vaan joku semmonen tossa takaraivossa että niin pitkälle kuin mahdollista liikkeelle vaan.	Kuntouttava hoitotyö on hoitajien omaksuma asenne. Koulutusta siihen on saatu	Kuntouttava työote	Hoitajan toimintatapa	Hoitaja
Ei. kyllä ne aika vähän kantaa ottaa asukkaiden asioihin tai kieltää mitään. tai sitte ne sanoo että kyllä me tiedetään mikä on heidän parhaaksi. Ne luottaa teiän ammattitaitoon? Kyllä	Omaisot ottavat vähän kantaa asukkaiden hoitoon, luottavat henkilökunnan ammattitaitoon	Yhteistyö omaisten kanssa	Hoitajan toimintatapa	Hoitaja
jumpparin kautta on tullu apuvälineet jos jotakin tommosta uutta tulee.	Kuntoutuksen henkilökunta huolehtii apuvälineiden hankinnasta	Kuntoutuksen henkilökunta	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisö
kyllä niiltä sitte apua saa että ne tulee kattomaan tilanteen ja tilataan sit yhdessä apuväline. (kuntoutuksen hk)	Kuntoutuksen henkilökunta auttaa apuvälineiden valinnassa ja hankinnassa	Kuntoutuksen henkilökunta	Moniammatillinen yhteistyö	Työyhteisö

## 7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Fyysinen rajoittaminen muistiyksikössä

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat fyysisen rajoittamisen toteuttamisen tapahtuvan välineiden avulla tai viemällä asukas omaan huoneeseen. Rajoittamisen toteuttamiseen liittyivät myös sen dokumentointi ja lupamenettely. Fyysistä rajoittamista kuvatessaan haastateltavat toivat esiin syitä rajoitteiden käyttöön.

#### 7.1.1 Fyysisen rajoittamisen toteuttaminen

Fyysisen rajoittamisen välineinä muistiyksikössä haastateltavat kertoivat käytettävän eniten sängynlaitoja. Sängyssä ei käytetty vyökiinnitystä. Käytössä oli geriatri- nen tuoli ja siinä vyökiinnitys, jota mainittiin käytettävän vain yhdellä muistiyksikön asukkaista. Suihkutuolissa olevaa käännettävää käsinojaa käytettiin liikkumisen estämiseen pesun aikana. Yksiköstä poistumista estettiin lukituilla ovilla ja aidatulla pihalla. Teknologian käyttö rajoittamisessa oli vähäistä. Käytössä oli yöaikana ovihälytys. Käytössä ei ollut liiketunnistimia, kameravalvontaa tai hälytysrannekkeita asukkailla. Omaan huoneeseen viemistä, asukkaan erillään pitämistä käytettiin myös.

Sängynlaitojen ylös nostamiseen kysyttiin lupa lääkäriltä. Geriatri- sen tuolin vyökiinnitykseen lupaa ei kysytty. Haastateltavat kertoivat itse tekevänsä päätöksiä liikkumisen rajoittamisesta. Lääkäriltä kysytty lupa sängynlaitojen ylösnostamiseen kirjattiin asukkaan tietoihin, mutta ei hoitosuunnitelmaan. Rajoittamisen toteuttamista ei kirjattu asukkaan asiakirjoihin

#### 7.1.2 Syitä fyysiseen rajoittamiseen

Syitä asukkaiden fyysiseen rajoittamiseen haastateltavien mukaan olivat rajoittaminen päivittäisten toimien ja yölevon mahdollistaminen, asukkaasta johtuvat syyt ja omaisesta johtuva syy.

Rajoittamista ylös nostettavien sängynlaitojen avulla kerrottiin tapahtuvan varsinkin yöaikaan, mutta myös päivällä. Päivittäisten toimien mahdollistamista rajoitteita käyttämällä tapahtui pesujen aikana laittamalla suihkutuolin käännettävä käsinoja estämään asukkaan putoaminen tuolista. Rajoittamista asukasta kiinni pitämällä ei käytetty päivittäisten toimien yhteydessä. Ruokailun mahdollistamiseksi ei käytetty lainkaan asukkaan fyysistä rajoittamista.

Asukkaasta johtuvia syitä fyysisten rajoitteiden käyttöön olivat haasteellinen käyttäytyminen ja se, että asukas on vaaraksi itselleen. Haasteellinen käytös ilmeni huutamisena, jonka vuoksi asukas vietiin omaan huoneeseen. Haasteellinen käytös ei kuitenkaan aina ollut syy rajoittaa liikkumista, vaan levoton asukas sai liikkua vapaasti yksikössä. Asukkaan ollessa vaarassa kaatua, karata tai pudota hänen liikkumistaan rajoitettiin. Haastateltavien vastauksissa korostui asukkaan turvallisuuden takaaminen syynä liikkumisen rajoittamiseen.

*Kun ne istuu siinä tuolissa ja meinaa lähteä ja kaatua. Kaatumisriskin takia. Ja yleensä kun laitetaan tuoliin, niin se tehdään heidän turvallisuutensa takia. Ei me minkään muun takia, ei meidän vuoksi. (Ryhmähaastattelu 1.)*

Omainen saattoi vaatia asukkaan liikkumisen rajoittamista, vaikka hoitajat olisivat antaneet asukkaan liikkua vapaasti. Tällöin omaisen vaatimukseen suostuttiin.

## **7.2 Vaihtoehtoiset toimintatavat muistiyksikössä**

Haastateltavien käyttämät vaihtoehtoiset toimintatavat jakaantuivat hoitajaan ja ympäristöön liittyviksi toimintatavoiksi. Nämä haastateltavien kokemukset vaihtoehtoisista toimintatavoista on koottu yhteenvedoksi taulukkoon 3. Tämän luokittelun ulkopuolelle jätettiin lääkkeetön hoito. Haastatteluissa tuli ilmi, ettei rauhoittavia lääkkeitä käytetty vaihtoehtoisena menetelmänä fyysisen rajoittamisen sijaan. Haastateltavat kertoivat, että rauhoittavia lääkkeitä käytettiin yksikössä vähän.

Taulukko 3. Haastateltavien kokemuksia vaihtoehtoisista toimintatavoista

Hoitaja	Ympäristö
Hoitajan ammattitaito <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rajoittamisen välttäminen suunnitteleamalla tilanne</li> <li>▪ Haastavien tilanteiden ennakointi</li> <li>▪ Asukkaan tarpeista huolehtiminen</li> <li>▪ Kuntouttava hoitotyö</li> <li>▪ Hoitajan vuorovaikutustaidot</li> </ul>	Fyysinen ympäristö <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esteetön ympäristö</li> <li>▪ Pieni yksikkö</li> <li>▪ Apuvälineet</li> </ul>
Hoitajan luovuus <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Huomion ohjaaminen muuhun</li> </ul>	Sosiaalinen ympäristö <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rauhallinen tunnelma</li> <li>▪ Musiikki</li> <li>▪ Tutut hoitajat</li> </ul>
Hoitajan läsnäolo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoitajan jatkuva läsnäolo yksikössä</li> <li>▪ Hoitajan kyky seurata tilannetta</li> </ul>	

### 7.2.1 Hoitajaan liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat

Hoitajaan liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat fyysisen rajoittamisen sijaan jaoteltiin tässä opinnäytetyössä hoitajan ammattitaitoon, hoitajan luovuuteen ja hoitajan läsnäoloon liittyviksi toimintatavoiksi. Hoitajan ammattitaitoon kuului rajoittamisen välttäminen suunnitteleamalla hoitotilanne. Haastateltavat kertoivat, että esimerkiksi pesutilanteessa levottoman asukkaan kanssa hoitaja varautui tilanteeseen varuamalla kaiken tilanteessa tarvittavan valmiiksi. Tällöin hoitajan ei tarvinnut poistua asukkaan luota ja sen vuoksi estää asukasta liikkumasta. Haastavien tilanteiden ennakointia oli haastateltavien kuvaama kuulolla oleminen ja riitatilanteiden ehkäisy.

*Me yritetään ainakin pitää jalkoja mahan alla, ettei ainakaan hirveitä riitoja tuu, että nyt menit mun huoneeseen. Hyvin helposti tulee riitojakin sitte, että täytyy koko ajan olla kuulolla, että on siihen menossa väliä selvittelemään, ettei pahemmaksi pääse. (Ryhmähaastattelu 2.)*

Asukkaan tarpeista huolehtiminen oli osa hoitajan ammattitaitoa. Tällaista oli esimerkiksi asukkaan avustaminen mukavampaan istumapaikkaan, kun asukas liikehti levottomasti istuessaan. Kuntouttavan hoitotyön ote nousi haastatteluissa esiin. Asukkaiden liikuntakyvyn säilyminen nähtiin tärkeänä.

*Pitäis vaan saada kaikki liikkeelle. Ihan kaikilla meidän osastolla on tuolla selkäytimessä se kuntouttavan hoitotyön ote, ettei ehdoin tah-*

*doin ketään laitettais mihinkään ja sidottais vaan saatais porukka liikkeelle. (Ryhmähaastattelu 1.)*

Haastateltavat korostivat hoitajan vuorovaikutustaitoja osana ammattitaitoa. Muis-  
tisairaiden asukkaiden kanssa hoitajan ystävällinen käytös nähtiin tärkeänä, sa-  
moin yhteyden saaminen asukkaaseen, jolloin yhteistyö onnistui.

*Mut joku joka pistää hanttiin ja sanoo, ettei lähde täältä sängystä, vaikka on ihan pissanen. Niin saa laitta ittensä likoon aika lailla, että saa houkuteltua, että löytäis sen mistä nykäistä, että se ihminen läh-  
tee sieltä liikkeelle. (Ryhmähaastattelu 2.)*

Hoitajan luovuus ilmeni asukkaan huomion ohjaamisena muuhun kuin epätoivot-  
tuun toimintaan. Tällöin hoitaja käytti yksilöllistä tapaa rauhoittaa asukas.

*Yks mummo on semmonen, että se menee aina toisten huoneisiin te-  
kemään inventaariota, mut kun antaa sille sen nukan niin hän hyvin  
nätisti istuu nojatuolissa siinä ja hoitaa sitä (Ryhmähaastattelu 1).*

Haastateltavat kertoivat, että yksikössä on aina hoitaja paikalla. Hoitajat kävivät  
vuorotellen tauolla tai viettivät taukonsa yksikössä. Tilanteen jatkuva seuraaminen  
vaati hoitajan läsnäoloa yksikössä.

## **7.2.2 Ympäristöön liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat**

Ympäristöön liittyvät vaihtoehtoiset toimintatavat jakaantuivat sosiaaliseen ja fyysi-  
seen ympäristöön kuuluviksi toimintatavoiksi. Ympäristön rauhallinen tunnelma  
nähtiin tärkeänä, koska haastateltavien mukaan tunnelma tarttui asukkaisiin. Mu-  
siikin todettiin rauhoittavan. Hoitajien tuttuus oli merkittävä asukkaiden käytökseen  
vaikuttava tekijä.

*Kyllä nää on paljon tarkkasilmäisempiä. Ne seuraa meitä kyllä. Vaikka  
luulis ettei ne mitään, mutta kyllä vielä paremmin kuin terveemmät.  
Kyllä ne on hyvinkin tarkkoja justiin siitä, että on tuttuja ihmisiä, että  
kyllä ne rissaa, jos tänne tulee ihan vieras.*

*Ja tuntevat.*

*Kyllä tuntevat omat hoitajat. (Ryhmähaastattelu 2.)*

Fyysiseen ympäristöön kuuluivat esteetön ympäristö, apuvälineet ja yksikön pieni koko. Esteettömyytenä nähtiin selkeät tilat, joissa ei ole liikkumisen esteitä sekä asukkaiden vapaa ulkoilu kesäisin.

*Kesällä on avoimet ovet, pääsee hyvin tuohon menemään. Kun on tuo laatoitettu piha niin, ne pääsee siellä menemään. (Ryhmähaastattelu 2.)*

Asukkailla todettiin olevan tarvittavat apuvälineet liikkumiseen. Muistiyksikön pienen koon koettiin rauhoittavan asukkaita.

*Kun se ei vielä ollu tällä osastolla, niin se kulki ympäri taloo. Kun oli isot tilat, niin se oli paljon levottomampaa se käytös. Ja se kuletti tavaroita paikasta toiseen ja oli häiriöks, ja varmaan sidottiin tuoliinkin sen takia. Mut nyt se on paljon rauhottunu kun tää alue on pienempi. (Ryhmähaastattelu 2.)*

### **7.3 Esteet ja mahdollisuudet fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn**

Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyä tarkasteltiin yhteiskunnan, työyhteisön ja hoitajan näkökulmasta. Tarkastelukohteina olivat haastateltavien kokemukset ennaltaehkäisyä estävistä ja mahdollistavista tekijöistä. Haastateltavien kokemuksia aiheesta on koottu taulukkoon 4.

Yhteiskunnan tasolla fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn vaikuttavia tekijöitä ovat henkilöstömitoitus, lainsäädäntö ja talous. Haastatteluissa ilmeni, että henkilöstömitoitus ei suoraan vaikuta rajoitteiden käyttöön. Esimerkiksi iltavuorossa, jossa oli alhaisempi henkilöstömitoitus, ei asukkaiden liikkumista kuitenkaan rajoitettu pienemmän henkilöstömäärän vuoksi. Alhaiseksi koetun henkilöstömitoituksen todettiin vaikuttavan hoitotyöhön niin, ettei asukkaille ole aikaa, vaan vain välttämätön perushoito tehdään. Uuden itsemääräämisoikeuslain pelättiin vaikuttavan negatiivisesti asukkaiden hyvinvointiin, koska rajoitustoimien vähentämisen nähtiin lisäävän vaaratekijöitä. Esimerkiksi hygienihaalarin käytön kieltämisen pelättiin aiheuttavan virtsakatetrin poisrepimistä. Itsemääräämisoikeuslain ajateltiin lisäävän omaisten kannanottoja rajoitustoimien käyttöön, minkä ajateltiin vähentävän fyysistä rajoittamista.

Työyhteisön tasolla ympäristön turvallisuus ja tarkoituksenmukaisuus sisälsi haastateltavien mukaan sekä mahdollisuuksia että esteitä rajoittamisen ennaltaehkäisyyn. Vaikka liikkumisen apuvälineitä koettiin olevan riittävästi, ilmeni tiedonpuutetta uusista apuvälineistä. Haastateltavat toivoivat täydennyskoulutusta, mutta sen toteuttamisessa oli puutteita. Esimerkiksi sijaisilla ei ollut samanlaista mahdollisuutta osallistua koulutuksiin kuin vakituisella henkilökunnalla. Työhyvinvointia heikensi työn kuormittavuus, mutta jaksamaan auttoi työtovereiden tuki. Uusien työntekijöiden perehdyttämisestä rajoitteiden käyttöön liittyvistä asioista tai kuntouttavasta työtavasta ei ollut kirjallista ohjeistusta, mutta perehdytystä annettiin työn ohessa.

Hoitajan toimintatapoihin kuuluva yhteistyö omaisten kanssa sekä esti että mahdollisti rajoitteiden vähentämistä. Haastateltavat kertoivat että, omaiset eivät olleet päättämässä rajoitteiden käytöstä. Omaiset luottivat henkilökunnan ammattitaitoon päätöksenteossa, mikä antoi hoitajille mahdollisuuden välttää rajoittamista. Toisaalta omaiset saattoivat itse vaatia rajoitteiden käyttöä. Haastateltavien mukaan asukkaiden elämänhistoriaa ei hyödynnetty vaihtoehtoisten menetelmien käytössä, mutta hoitajat toimivat luovasti asukkaiden kanssa. Kuntouttava hoitotyö yhteinäisenä toimintatapana mahdollisti rajoittamisen vähentämisen, samoin hoitajien muistisairasta ymmärtävä asenne.

Taulukko 4. Haastateltavien kokemuksia esteistä ja mahdollisuuksista fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn

	Estävät tekijä	Mahdollistavat tekijät
<b>Yhteiskunta</b>		
Henkilöstömitoitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alhaisen henkilöstömitoituksen vaikutus hoitotyöhön: ei aikaa asukkaille, vain perushoito tehdään</li> <li>▪ Kouluttamaton henkilökunta: lisää koulutetun henkilökunnan vastuuta työssä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Henkilöstön pienempi määrä ei lisää rajoitteiden käyttöä</li> </ul>
Lainsäädäntö	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Itsemääräämisoikeuslain vaikutus: negatiivinen vaikutus asukkaiden hyvinvointiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Itsemääräämisoikeuslaki: lisää omaisten päätöksentekoa rajoitteiden käytöstä</li> </ul>
Talous	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taloudelliset syyt apuvälineiden hankinnan esteenä</li> <li>▪ Taloudelliset syyt täydennyskoulutuksen esteenä</li> <li>▪ Taloudelliset syyt henkilökunnan lisäämisen esteenä</li> </ul>	

Taulukko 4. Haastateltavien kokemuksia esteistä ja mahdollisuuksista fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn (jatkuu)

	Estävät tekijät	Mahdollistavat tekijät
<b>Työyhteisö</b>		
Hoitoympäristö	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoitoympäristön turvallisuus: apuvälineiden puute, tiedon puute uusista apuvälineistä</li> <li>▪ Hoitoympäristön tarkoituksenmukaisuus: epätarkoituksenmukaiset tilat (ahtaat tilat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoitoympäristön turvallisuus: riittävät apuvälineet</li> <li>▪ Hoitoympäristön tarkoituksenmukaisuus: vapaan liikkumisen mahdollistava ympäristö</li> </ul>
Moniammatillinen yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vapaaehtoistyö: vapaaehtoistoiminnan vähäisyys</li> <li>▪ Kuntoutuksen henkilökunta: harvoin paikalla yksikössä</li> <li>▪ Lääkäri: asioiden hoitaminen tapaamatta asukkaita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kuntoutuksen henkilökunta: apua ja neuvoja saa tarvittaessa</li> <li>▪ Lääkäri: käy yksikössä, puhelin-yhteys tarvittaessa</li> </ul>
Täydennyskoulutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Koulutuksen esteet: sijaisten saanti yksikköön koulutuksen ajaksi, koulutusten anominen hankalaa, sijaiset pääsevät vähemmän koulutuksiin, koulutuspyynnöt eivät toteudu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Koulutus muistisairauksista</li> <li>▪ Myönteinen asenne koulutukseen</li> </ul>
Työhyvinvointi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Työn kuormittavuus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Työtovereiden tuki</li> </ul>
Uusien työntekijöiden perehdyttäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ei suunniteltua perehdytystä rajoitteiden käytöstä ja kuntouttavasta hoitotyöstä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perehdytys työn ohessa rajoitteiden käytöstä ja kuntouttavasta työotteesta</li> </ul>
Kirjalliset ohjeet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kirjalliset ohjeet rajoitteiden käytöstä puuttuvat</li> </ul>	
Johtamistapa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Johdon tuki: ei tukea arjen työhön, ymmärrys arjen työstä puuttuu</li> </ul>	
<b>Hoitaja</b>		
Hoitajan toimintatapa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yhteistyö omaisten kanssa omaiset eivät ole mukana päättämässä rajoitteiden käytöstä tai omaiset vaativat rajoitteiden käyttöä</li> <li>▪ Vaihtoehtoisia menetelmiä ei kirjata hoitosuunnitelmiin</li> <li>▪ Asukkaiden elämänhistoria tietoja ei hyödynnetä vaihtoehtoisten menetelmien käytössä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yhteistyö omaisten kanssa: omaiset luottavat henkilökunnan ammattitaitoon.</li> <li>▪ Luovuus hoitotyössä</li> <li>▪ Yhtenäiset toimintatavat</li> <li>▪ Kuntouttava työote</li> </ul>
Hoitajan asenne		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muistisairaana ymmärtäminen</li> <li>▪ Vapaan liikkumisen salliminen</li> <li>▪ Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen</li> </ul>

## 7.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata fyysisten rajoitteiden ja vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä muistiyksikössä. Tarkoituksena oli löytää keinoja fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää itsemääräämisoikeuslain toimeenpanossa muistiyksikössä. Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan johtopäätösluvussa muun muassa itsemääräämisoikeuslain valossa, että nähdään, mitä kehitettävää muistiyksikössä on lain vaatimuksia ajatellen.

Haastateltavat kertoivat, että muistiyksikössä käytettiin rajoittavina välineinä siihen tarkoitukseen tarkoitettuja välineitä kuten sängynlaitoja, vyökiinnitystä ja lukittuja ulko-ovia. Itsemääräämisoikeuslaki edellyttää, että rajoittamiseen käytetyt välineet ovat tätä tarkoitusta varten suunniteltuja (HE 108/2014). Saarnion (2009, 59) tutkimuksessa rajoittamisvälineinä käytettiin myös esimerkiksi lakanoita. Hänen tutkimuksessaan rajoittamisvälineiden lisäksi käytettiin epäsuoria rajoittamismuotoja, esimerkiksi ikääntynyttä ei autettu liikkumisessa (Saarnio 2009, 59). Tässä opinnäytetyössä tällaista passivoivaa tapaa ei tullut ilmi, vaan haastateltavat korostivat kuntouttavan hoitotyön merkitystä ikääntyneiden liikuntakyvyn tukemisessa. Muistiyksikön asukkaita estettiin poistumasta yksiköstä lukituilla ovilla. Tämä edellyttää lain voimaantultua poistumisen estävää päätöstä jokaisesta asukkaasta ja näiden päätösten arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastaavassa toimielimessä.

Tässä opinnäytetyössä rajoittamista päivittäisten toimintojen mahdollistamiseksi tapahtui päivälevon ja pesujen aikana, minkä itsemääräämisoikeuslaki sallii. Lain perusteluissa mainitaan päivittäisissä toimissa käytettyjen rajoitusten sallituksi kestoksi kaksi tuntia (HE 108/2014). Tässä opinnäytetyössä ei selvitetty ylittikö asukkaiden päivällä vuoteessa vietetty lepoaika laitojen takana tuon lain asettaman tuntimäärän. Turvallinen yölepo mahdollistettiin muistiyksikössä laitojen käytöllä vuoteessa. Vyökiinnitystä ei käytetty vuoteessa. Itsemääräämisoikeuslaissa yölevon aikainen rajoittaminen sallitaan julkisyhteisöjen ylläpitämissä sairaaloissa, mutta ei ympärivuorokautisesti tuetuissa yksiköissä (HE 108/2014). Vaihtoehtona yölaitojen käytölle voidaan ajatella teknologiaa esimerkiksi erilaisia liiketunnistimia, joita yksikössä ei ollut käytössä. Saarnion (2009, 80) tutkimuksessa hoitajat käyttivät sängynlaitoja rutiininomaisesti eivätkä mieltäneet niitä todelliseksi rajoittami-

seksi. Hoitajat tiedostivat kuitenkin ylösnostettujen sängynlaitojen aiheuttaman turvallisuusrisikin ja käyttivät lisäksi esimerkiksi myös vyökiinnitystä (Saarnio 2009, 80).

Tässä opinnäytetyössä rajoittamisen syynä korostui asukkaan turvallisuuden takaaminen, minkä itsemääräämisoikeuslaki esittää hyväksyttävänä syynä rajoitteiden käytölle asukkaan itsemääräämiskyvyn ollessa alentunut (HE 108/2014). Saarnio (2009, 78) muistuttaa, että ikääntyneen turvallisuuden korostaminen voi kuitenkin johtaa ylisuojeluun liiallisen rajoittamisen muodossa.

Haastateltavien mukaan rajoittamisen dokumentoinnissa oli puutteita muistiyksikössä. Itsemääräämisoikeuslaki velvoittaa kirjaamaan rajoitustoimien perusteet, alkamis- ja päättymisajankohdat, päätöksentekijän ja rajoitustoimien toteuttajan asukkaan asiakirjoihin (HE 108/2014). Rajoitteiden käytön kirjaaminen oli vaihtelevaa Saarnion (2009, 61) tutkimuksessa. Hänen tutkimuksessaan fyysisten rajoitteiden käytön perusteita ei kirjattu ja kirjaaminen oli epäsäännöllistä. Myös Kirkevold ja Engedal (2004, 903) havaitsivat tutkimuksessaan, että rajoitteiden käytön kirjaaminen oli puutteellista. Kirjaaminen oli yleisempää, mikäli lääkäri oli tehnyt päätöksen rajoitteiden käytöstä (Kirkevold & Engedal 2004, 903).

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat kertoivat, että osaan rajoitustoimenpiteistä kysyttiin lupa lääkäriltä, mutta hoitajat päättivät itsekin fyysisestä rajoittamisesta. Saarnion (2009, 63) tutkimuksessa päätöksen rajoitteiden käytöstä teki moniammatillinen työryhmä, yksittäinen hoitaja tai lääkäri. Myös omainen päätti fyysisten rajoitteiden käytöstä (Saarnio 2009, 63). Kirkevoldin ja Engedalin (2004, 903) tutkimuksessa ilmeni, että vastuussa oleva hoitaja päätti useimmiten fyysisten rajoitteiden käytöstä. Itsemääräämisoikeuslaki määrittää lääkärin tai muun palvelusta tai hoidosta vastaavan henkilön vastuulle itsemääräämiskyvyn arvioinnin ja päätöksenteon itsemääräämiskyvyn alenemisesta sekä päätöksenteon useiden rajoitustoimenpiteiden käytöstä (HE 108/2014). Saarnio (2009, 84) toivoi lääkärrien tiiviimpää osallistumista ikääntyneiden hoitotyöhön. Näin lääkärit pystyisivät luotetavammin arvioimaan ikääntyneiden toimintakykyä ja päättämään fyysisten rajoitteiden käytöstä (Saarnio 2009, 84).

Tässä opinnäytetyössä muistiyksikön hoitajien käyttämät vaihtoehtoiset toimintatavat fyysiselle rajoittamiselle liittyivät hoitajaan ja ympäristöön. Hoitajan ammatti-

taito, luovuus ja läsnäolo toimivat vaihtoehtoina rajoittamiselle. Isolan ym. (2005, 148–151) tutkimuksessa hoitajat käyttivät persoonaansa luovuuden ja vuorovaikutuksen keinoin muistisairaiden haasteellisen käytöksen ehkäisemisessä. Ajan antaminen oli eniten käytetty keino muistisairaiden haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa Laitalan (2008, 65) tutkimuksessa. Saarnion (2009, 84) tutkimuksessa hoitajan läsnäoloa kuvattiin positiiviseksi rajoittamiseksi. Sekä fyysisen että sosiaalisen ympäristön merkitys rajoittamisen ennaltaehkäisyssä nousi esiin niin tässä opinnäytetyössä kuin Isolan ym. (2005, 150) tutkimuksessa, jossa hoitajat muokkasivat ympäristöä meluttomaksi, sallivaksi ja turvallisiksi.

Tässä opinnäytetyössä haastateltavien kokemuksissa nousi esiin monia rajoittamisen ennaltaehkäisyn esteitä, mutta myös ennaltaehkäisyä mahdollistavia tekijöitä. Henkilöstömitoitus herätti paljon keskustelua ja haastateltavat toivoivat korkeampaa henkilöstömitoitusta muistiyksikköön. Saarnion (2009, 56) mukaan alhainen henkilöstömitoitus altisti ikääntyneen fyysisten rajoitteiden käytölle. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat kertoivat, että iltavuoron alhaisempi henkilöstömitoitus ei lisännyt rajoitteiden käyttöä, mutta se vähensi kuitenkin asukkaille annettavaa aikaa. Haastateltavat toivoivat, että heillä olisi enemmän aikaa asukkaille muuhunkin kuin vain perushoidon toteuttamiseen. Laitalan (2008, 41) tutkimuksessa todettiin ajan antaminen läsnäolon, keskustelun ja koskettamisen avulla hoitotyön keinoksi haasteellisissa tilanteissa. Jos tällaiseen ei ole aikaa, voi alhainen henkilöstömitoitus lisätä rajoittamista ja vähentää vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä. Tässä opinnäytetyössä haastateltavat kertoivat myös, että alhaiseksi koettu henkilöstömitoitus rasitti hoitajia fyysisesti ja henkisesti. Vaarana on tällöin uupuminen, joka lisää Saarnion (2009, 56) mukaan rajoitteiden käyttöä. Itsemääräämisoikeuslaissa todetaan, että henkilöstön riittämättömyys ei saa olla syynä fyysiseen rajoittamiseen. Itsemääräämisoikeuslain voimaantulo lisää henkilöstöntarvetta sellaisissa yksiköissä, joissa on asiakkaita, joiden itsemääräämiskyky on merkittävästi alentunut. (HE 108/2014.)

Haastateltavien mukaan kuntouttavaa hoitotyötä toteutettiin ja se koettiin ensiarvoisen tärkeänä asukkaiden hyvinvoinnin kannalta. Alhainen henkilöstömitoitus voi vaarantaa kuntouttavan työotteen käytön, koska monesti on nopeampaa tehdä puolesta kuin antaa ikääntyneelle aikaa tehdä asia itse. Saarnio (2009, 80) piti tutkimuksessaan merkityksellisenä sitä, että hoitajat ymmärsivät ikääntyneiden

liikkumisen tärkeyden ja tukivat liikkumista. Itsenäisen tai avustetun liikkumisen on todettu lisäävän muistisairaiden henkilöiden hyvinvointia (Topo ym. 2007, 70).

Haastateltavat toivoivat moniammatillisen yhteistyön lisäämistä. Muistiyksikössä toivottiin lääkärin ja kuntoutuksen henkilökunnan tiheämpää läsnäoloa. Lääkärin todettiin tekevän asukkaita koskevia päätöksiä kansliassa näkemättä asukkaita. Itsemääräämisoikeuslaki velvoittaa itsemääräämiskyvyn arvioinnin tapahtuvan moniammatillista asiantuntemusta hyödyntäen. Lain mukaan asiakkaan itsemääräämiskykyä tulee arvioida hänen omassa asuin- ja toimintaympäristössään. Itsemääräämisoikeuslaki asettaa palvelusta ja hoidosta vastaavalle henkilölle, joka voi olla lääkäri, veloitteen vastata itsemääräämiskyvyn arvioinnista, tehdä päätös itsemääräämiskyvyn alenemisesta ja tehdä päätöksiä rajoitustoimista. (HE 108/2014.) Saarnion (2009, 63) tutkimuksen mukaan ikääntyneen toimintakyvyn arvioinnin todettiin vähentävän fyysisten rajoitteiden käyttöä. Saarnio (2009, 84) esitti tutkimuksessaan, että lääkärin tulisi säännöllisesti osallistua ikääntyneiden hoidon suunnitteluun ja arviointiin koskien rajoitteiden käyttöä ja vaihtoehtoisia tapoja niiden käytön sijaan. Hän toivoi myös fysioterapeuttien määrän lisäämistä ikääntyneiden laitoshoidon (Saarnio 2009, 84). Evans ja Cotter (2008, 44) pitivät tärkeänä fysioterapeuttien osallistumista ikääntyneiden muistisairaiden liikuntakyvyn, lihasvoiman ja tasapainon ylläpitämiseen. Niihin vaikuttamalla ehkäistiin kaatumistapaturmia ja vältettiin rajoitteiden käyttöä (Evans & Cotter 2008, 44). Tässä opinnäytetyössä haastateltavat toivoivat kuntoutuksen henkilökunnalta aktiivisempaa osallistumista muistisairaiden asukkaiden kuntoutukseen muistiyksikössä.

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat olivat yli 50-vuotiaita ja heillä oli työkokemusta hoitoalalta yhtä lukuun ottamatta yli 30 vuotta. Tämä saattoi vaikuttaa hoitajien myönteiseen asenteeseen muistisairaita kohtaan. Saarnion, Isolan ja Laukkalan (2008, 138) tutkimuksessa iäkkäämmät ja kokeneemmat hoitajat käyttivät eniten vaihtoehtoisia toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan. Heillä oli rohkeutta toimia luovilla tavoilla ja he pystyivät käyttämään kokemustaan haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohtaamisessa (Saarnio ym. 2008, 139). Haasteena onkin kokeneiden hoitajien hiljaisen tiedon siirtäminen nuoremmille työntekijöille. Tässä apuna voidaan käyttää suunnitelmallista perehdytystä rajoitteiden käytöstä ja vaihtoehtoisista menetelmistä kirjallisine perehdytysohjeineen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tässä opinnäytetyössä haastateltavien kertomuksista nousi esiin monia seikkoja, jotka voivat estää fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyä. Muistiyksikön hoitajat kertoivat kuitenkin käyttävänsä fyysisiä rajoitteita melko vähän. Hoitajien asenteessa muistisairaita kohtaan korostui itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vapaan liikkumisen salliminen ja muistisairaana ymmärtäminen. Lisäksi hoitajat korostivat kuntouttavan työotteen käyttöä yhtenäisenä toimintatapana. On tärkeää, että mahdollisuuksia fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn vahvistetaan ja esteitä poistetaan. Tämä tapahtuu esimerkiksi mahdollistamalla täydennyskoulutus kaikille, takaamalla aina riittävä henkilöstömitoitus, laatimalla kirjalliset ohjeet rajoitteiden käytöstä, hankkimalla apuvälineitä, saneeraamalla tiloja tarkoituksenmukaisemmiksi ja lisäämällä moniammatillista yhteistyötä muistiyksikössä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Tutkimuksen tulisi rakentaa tutkittavan aihealueen tietoperustaa. Lisäksi tutkimuksesta tulisi olla yhteiskunnallista hyötyä. Pelkkä uteliaisuus ei saisi ohjata aiheen valintaa. Tutkimusaiheen sensitiivisyys tulisi ottaa huomioon siten, että huomioidaan tutkittavan aiheen arkaluontoisuus ja tutkimukseen osallistujien haavoittuvuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 144–145). Sarvimäki (2006, 10) toteaa, että vanhustyön tutkimuksesta pitäisi hyötyä yhteiskunnan lisäksi ikääntyneet ja heidän hoitajansa. Tässä opinnäytetyössä aiheen valintaa ohjasi sen yhteiskunnallinen ajankohtaisuus, mutta myös aiheen henkilökohtainen kiinnostavuus. Opinnäytetyöntekijällä on paljon henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä ja halu vaikuttaa tutkittavaan asiaan. Opinnäytetyöllä pyritään vaikuttamaan fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäisyyn ja siten parantamaan muistisairaiden asemaa. Tutkimusaiheen arkaluontoisuuden vuoksi tutkimusorganisaatio pidettiin salassa. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut vahingoittaa tutkimusorganisaatiota tuomalla julki epäkohtia, vaan kiinnittää huomio kehitettäviin asioihin ja organisaation vahvuuksiin tutkittavan ilmiön suhteen.

Tutkimuksen eettiseen arviointiin kuuluu tutkittavien suoja. Tutkittavien asema turvataan antamalla tutkimukseen osallistujille tietoa tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja siitä mihin tutkimustietoa käytetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kylmän ja Juvakan (2007, 149) mukaan tutkimukseen osallistujilla täytyy olla tietoa tutkimuksen vastuuhenkilöstä ja siitä, millä perusteella tutkimukseen osallistujat on valittu. Tässä opinnäytetyössä tutkimussuunnitelma lähetettiin tutkimusorganisaatioon ennen tutkimushaastatteluja, joten haastateltavilla oli mahdollisuus saada tietoa opinnäytetyöstä. Samoin saatekirje haastateltaville kertoi pääpiirteet opinnäytetyöstä, opinnäytetyöntekijän yhteystiedot ja perusteli haastateltavien valintaa (Liite 1). Tutkittavien suojaan kuuluu tutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Saatekirjeessä tutkimusorganisaatioon korostettiin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelun alkua haastattelun vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta kieltäytyä haastattelusta. Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) mukaan tutkimustietojen luottamuk-

sellisuus ja tutkimukseen osallistujien nimettömyys ovat osa tutkittavien suojaa. Tässä opinnäytetyössä haastateltaville kerrottiin luottamuksellisuudesta saatekirjeessä sekä ennen haastattelun alkua. Tutkimustietoja käsiteltiin nimettöminä ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään ulkopuoliselle. Tutkimusnauhat purettiin kuuntelemalla ne kuulokkeilla. Tutkimusaineisto on opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisella tietokoneella, jota ei käytä kukaan muu. Lisäksi tietokoneen avaaminen vaatii salasanan. Kaikki tutkimukseen osallistujat pysyvät nimettöminä eikä tutkimusorganisaatio tule julki opinnäytetyössä. Opinnäytetyöstä on häivytetty sellaiset seikat, jotka voisivat paljastaa tutkimusorganisaation tai haastateltavat.

Tutkimustulosten eettinen raportointi on oikeudenmukaista silloin, kun kaikki tärkeät tutkimustulokset raportoidaan. Raportoinnissa haastateltavia on suojeltava, mutta raportoitava silti tutkittava ilmiö mahdollisimman tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Tätä opinnäytetyötä raportoidessa mietittiin suorien lainausten käyttöä ja valittiin sellaiset, joista ei voi tunnistaa haastateltavia. Samoin mietittiin kaikkien analyysitaulukoiden liittämistä tutkimukseen, mutta päädyttiin esittämään niistä vain osa tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyden suojelemiseksi. Liitteessä 3. esitetään esimerkkinä opinnäytetyön aineiston analyysistä yksi analyysitaulukko.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tutkimusta tarkastellaan kokonaisuutena, jossa painottuu tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Eskola ja Suoranta (2008, 210) toteavat, että tutkija itse on luotettavuuden tärkein kriteeri ja arviointikohteena on tutkimusprosessi. Tutkittava ilmiö tulee nimetä selkeästi, tutkimuksen merkitys perustella, aineiston keruu ja analyysi kuvata ja tutkimustulokset raportoida niin, että lukija ymmärtää tutkittavan ilmiön (Kylmä & Juvakka 2007, 130–133).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereitä. Tutkimustulosten uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkija varmistaa, että hänen tulkintansa vastaavat

tutkittavien käsityksiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Sisällönanalyysin uskottavuutta voidaan lisätä face-validiteetin avulla. Siinä tutkimustulokset annetaan tutkittavien arvioitaviksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37.) Tämän opinnäytetyön tulokset lähetettiin sähköpostitse muistiyksikköön haastateltavien kommentoitaviksi. Tarkoituksena oli vahvistaa opinnäytetyöntekijän tulkinnat haastatteluista oikeiksi. Haastateltavat eivät kommentoineet tutkimustuloksia, joten voidaan ajatella, että niissä ei ilmennyt selkeitä ristiriitaisuuksia haastateltavien lausumien kanssa. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija on tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa riittävän pitkään, jotta hän ymmärtää tutkittavien näkökulman. Opinnäytetyöntekijä on työskennellyt yli 20 vuotta ikääntyneiden hoitotyössä, jossa fyysinen rajoittaminen on yleistä. Muistiyksikkö, jossa haastattelut tehtiin, ei ollut opinnäytetyöntekijälle ennestään tuttu. Opinnäytetyöntekijällä on työkokemusta vastaavanlaisesta muistiyksiköstä, jossa tutkimus tehtiin, joten opinnäytetyöntekijän voidaan katsoa ymmärtävän tutkittavien näkökulmaa.

Opinnäytetyön uskottavuutta olisi voinut lisätä triangulaation avulla, jota ei kuitenkaan käytetty tässä opinnäytetyössä. Triangulaatio voi kohdistua tutkimusaineistoon, tutkijaan, teoriaan tai tutkimusmenetelmiin. Tutkimusaineistoon kohdistuva triangulaatio tarkoittaa sitä, että tietoa kerätään monelta eri tiedonantajaryhmältä. Tutkijaan liittyvässä triangulaatiossa tutkijoina on monta henkilöä. Teoriaan liittyvässä triangulaatiossa tutkimuksessa käytetään useita teoreettisia näkökulmia ja tutkimusmenetelmiin liittyvässä triangulaatiossa useita eri tutkimusmenetelmiä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 143–145.) Tämän opinnäytetyön uskottavuutta olisi vahvistanut esimerkiksi menetelmätriangulaatio, jossa havainnointia olisi käytetty henkilökunnan haastattelun rinnalla. Aiheen arkaluontoisuuden takia tutkimuslupaa havainnointiin olisi voinut olla vaikeampi saada kuin pelkkään haastatteluun. Opinnäytetyöntekijä oivalsi vasta haastattelut tehtyään, että kyselyn ja haastattelun yhdistäminen olisi voinut tuoda syvempää tietoa ilmiöstä. Tällöin haastattelu olisi täydentänyt ensin tehtyä kyselyä. Mikäli tekijöitä olisi ollut useampia, olisi todennäköisesti päädytty monipuolisempaan tietojenkeruuseen eri menetelmiä hyödyntäen. Aineistotriangulaation avulla tutkimusaineistoa olisi voitu kerätä hoitajien lisäksi myös muistiyksikön asukkailta tai heidän omaisiltaan. Haasteena olisivat olleet eettiset kysymykset. Sarvimäen (2006, 11) mukaan palveluista riippuvaiset ikääntyneet eivät uskalla ilmaista tyytymättömyyttä, koska pelkäävät jäävänsä il-

man palveluita. Tutkimuksissa, joissa tietoa kerätään muistisairailta itseltään, on haasteita tiedonkeruussa. Tutkijan tulee tuntea muistisairaudet ja niiden aiheuttamat seuraukset, jotta hän pystyy arvioimaan miten kerätä tietoa ja arvioida tuloksia. Tutkijan tulee myös pystyä arvioimaan keneltä kysyä lupa tutkimushaastatteluun, asukkaalta itseltään vai omaiselta. (Topo 2006, 26.) Osittain näiden haasteiden vuoksi tässä opinnäytetyössä ei päädytty haastattelemaan muistiyksikön asukkaita. Opinnäytetyö rajattiin hoitajien näkökulmaan tutkittavasta ilmiöstä.

Vahvistettavuuden kannalta koko tutkimusprosessi tulee kirjata niin, että lukija voi seurata prosessin kulkua ja tutkijan päättelyä. Toinen tutkija voi kuitenkin päätyä erilaisiin tulkintoihin samasta tutkimusaineistosta, mikä on hyväksyttävää laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön raportin kirjoittamista auttoi tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Tämä raportti on kirjoitettu niin, että opinnäytetyöprosessi tulee siitä ilmi. Haastattelujen analyysitaulukoita ei liitetty kokonaisuudessaan opinnäytetyöhön, koska on mahdollista, että alkuperäisilmauksista voitaisiin tunnistaa haastateltavat.

Kylmä ja Juvakka (2007, 129) kuvaavat refleksiivisyyttä siten, että tutkimuksen tekijä arvioi sitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. Heidän mukaansa tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus liittyy vahvasti tutkijaan. Tutkijan taidot, arvostukset ja päättelykyky korostuvat aineiston keruussa ja analysoinnissa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyöntekijällä oli paljon omakohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta, mikä toi ennakko-odotuksia tutkimustulosten suhteen. Tutkimustuloksista saattoi jäädä huomaamatta jotain odottamatonta tai tuloksissa nähtiin sitä, mitä osattiin odottaa. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt se, jos myös toinen tutkija olisi analysoinut aineiston.

Kanasen (2014, 73) mukaan haastattelussa saatu tietomäärä, sen laajuus ja syvyys ovat riippuvaisia tutkijan kysymyksenasettelusta. Hän varoittaa dikotomisten, kahtiajakoisten kysymysten käytöstä. Tällaisiin kysymyksiin voidaan vastata kyllä - tai ei-vastauksilla. Dikotomiset kysymykset tuottavat lyhyitä ja yksipuolisia vastauksia ja soveltuvat siksi huonosti laadulliseen tutkimukseen. (Kananen 2014, 73–74.) Haastattelussa erilaiset kyselytekniikat, esimerkiksi ”entä sitten”- ja ”miksi” -tekniikka auttavat haastattelijaa pääsemään asian ytimeen. Saatuja vastauksia

syvennetään edellä mainituilla kysymyksillä. Tekniikoiden käytössä tulee muistaa hienovaraisuus, ettei haastattelutilannetta koeta ahdistavaksi. (Kananen 2014, 87.) Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksiin vaikuttivat opinnäytetyöntekijän haastattelutaidot. Haastatteluissa käytettiin kysymyksiä, joihin saatiin lyhyitä yhden sanan vastauksia, haastattelijan vähäisen haastattelukokemuksen vuoksi. Vastauksia ei syvennetty ”entä sitten”- ja ”miksi”-kysymyksillä. Tekniikan käyttöä esti haastattelijan kokemattomuus tutkimushaastatteluissa sekä ajatus siitä, että vastausten kaiminen koetaan epämiellyttävänä.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tämän mahdollistaa riittävän tarkka kuvaus tutkimusympäristöstä ja tutkittavista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Vaikka tutkimustulosten siirrettävyys toiseen ympäristöön on mahdollista, vaikeuttaa yleistysten tekemistä sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuus (Eskola & Suoranta 2008, 211–212). Tässä opinnäytetyössä tutkimusympäristöstä ja tutkittavista ei anneta tarkkaa kuvausta siksi, että tutkimusorganisaatiota tai haastateltavia ei voitaisi tunnistaa. Opinnäytetyön teoriaosassa on kuitenkin yleisellä tasolla kuvattu millainen on muistiyksikkö, jollaista tutkimusorganisaatio edustaa. Haastateltavista on kerrottu heidän ikänsä ja työkokemuksensa pituus sekä se, että heillä on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus.

### **8.3 Jatkotutkimushaasteet ja omat oppimiskokemukseni**

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni minua ilahdutti haastattelemani muistiyksikön hoitajien kohtaaminen. Hoitajien asenne muistisairaita kohtaan oli salliva ja ymmärtävä. Vaikka haastattelussa nousi esiin monia seikkoja, jotka olisivat voineet lisätä rajoitteiden käyttöä, ei yksikössä kuitenkaan näin tapahtunut. Selittävänä tekijänä tässä on mielestäni hoitajien asenne. Jatkotutkimushaasteena näen asenteisiin liittyvän tutkimuksen. Tutkimuksen kohteena voisi olla erilaisia vanhuspalveluiden toimintayksiköitä, joissa työskentelevien henkilöiden asennetta ikääntyneiden muistisairaiden itsemääräämisoikeutta ja fyysistä rajoittamista kohtaan selvitettäisiin. Tältä pohjalta voitaisiin suunnitella koulutuskokonaisuuksia muokkaamaan asennetta ja ajatusmaailmaa.

Itsemääräämisoikeuslaki kieltää rajoitustoimien käytön muistisairaiden kotihoidossa. Tämä voi aiheuttaa sen, että muistisairaita henkilöitä voidaan joutua siirtämän

pois kotoa vanhuspalveluiden yksiköihin, mikä on vallitsevan ikääntymispolitiikan ja vanhuspalvelulain vastaista. Mielenkiintoista olisi selvittää, miten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja rajoitustoimien käyttäminen toteutuvat kotihoidossa.

Tämän opinnäytetyön tekeminen eteni sujuvasti alusta loppuun suunnittelemani aikataulun mukaan. Tekemistä siivitti koko ajan kasvava kiinnostukseni tutkimaani aihetta kohtaan, mutta myös kiinnostus itse tutkimustyön tekemisen prosessia kohtaan. Opinnäytetyön tekemisessä minua auttoivat geronomiopintoihin liittyvä tutkimusmenetelmien kattava läpikäyminen ja niiden harjoittelu sekä ohjaajien taustatuki. Opinnäytetyöprosessi on lisännyt kiinnostustani tieteellistä tutkimusta kohtaan. Se auttaa minua jatkossa löytämään oman alani uusinta tieteellistä tietoa ja hyödyntämään sitä vanhustyössä.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut ajatuksia herättävä prosessi. Se on saanut minut pohtimaan ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta omassa työssäni vanhuspalveluissa. Muistisairaiden ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on mielestäni usein puutteellista ikääntyneiden hoito- ja hoivatyössä. Ammatilainen on monesti määräävässä asemassa ikääntyneeseen nähden ja tietää, mikä on ikääntyneelle parasta. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei tarkoita kuitenkaan muistisairaana heitteillejättöä. Rajan määrittäminen turvaamisen ja heitteillejätön välillä on usein vaikeaa ja siinä tarvitaan avointa yhteistä keskustelua ja tilanteen arviointia yhdessä ikääntyneen, omaisten ja hoitavien tahojen kanssa. Tärkeää on etsiä ja löytää vaihtoehtoja fyysiselle rajoittamiselle. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen lähtee ajatuksistamme ja asenteistamme muistisairaita ikääntyneitä kohtaan. Se voi ilmetä pieninä asioina, joissa ikääntynyttä kuunnellaan ja hänen tahtoaan kunnioitetaan. Hänet nähdään oman elämänsä päähenkilönä. Tällainen ajattelutavan pitäisi olla itsestäänselvyys eikä asia, joka pitää turvata lailla ikääntyneille muistisairaille.

Olen havainnut, että käynnissä on asenteiden ja ajattelun muutospyrkimystä koskien hyvää vanhuutta. Itsemääräämisoikeuslaki on osa tätä muutosta. Samoin tämä opinnäytetyö toimii osana muutosprosessia auttamalla kiinnittämään huomiota fyysiseen rajoittamiseen ja miettimään sille vaihtoehtoja. Geronomiopintoihini liittyen olen vienyt asennemuutosta eteenpäin kertomalla itsemääräämisoikeuslaista vanhuspalveluiden yksiköissä. Geronomina voin auttaa luomaan ja vahvistamaan

itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa asennetta muistisairaita ikääntyneitä kohtaan omassa työssäni. Velvollisuuteni on puuttua havaitsemiini epäkohtiin itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa ja fyysisten rajoitteiden käytössä. Tehtäväni on myös vaikuttaa myönteisen asennoitumisen vahvistamiseen. Pystyn vaikuttamaan yhteiskunnallisella tasolla, vaikuttamaan esimiehenä vanhuspalveluyksiköissä ja omalla esimerkilläni missä ikinä geronomina työskentelenkin.

## LÄHTEET

- Alarvo-Messo, S. 2010. Liikkumisen rajoittaminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa perheenjäsenen kuvaamana. [Verkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 21.10.2014]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/81436>
- Arki, arvot, elämä, etiikka: Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. 2012. [Verkojulkaisu]. 5. p. Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta. [Viitattu 19.10.2014]. Saatavana: [www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas\\_2012.pdf](http://www.talentia.fi/files/558/Etiikkaopas_2012.pdf)
- Dementiamaailma. Perustietoa dementiasta ammatti-ihmisille, opiskelijoille ja omaisille. 2006. 4.p. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys. Sarja: Perusopaat. Julkaisu 1.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2003. Dementoituneen ihmisen asumisen tarpeet. Teoksessa: H. Kotilainen, C. Virkola, U. Eloniemi-Sulkava & P. Topo (toim.) Dementia koti-koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 8–13.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 232–246.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa: T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 16–20.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.p. Tampere: Vastapaino.
- Evans, L.K. & Cotter, V.T. 2008. Avoiding Restraints in Patients with Dementia. *American Journal of Nursing* 108 (3), 40–49.
- HE 108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- Heimonen, S., Topo, P. & Voutilainen, P. 2008. Laadukkaiden dementia palveluiden pääpiirteet. Teoksessa: S. Sormunen & P. Topo (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 145–152.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 5. p. Helsinki: Tammi.

- Hollsten, R. 2014. Arjen autonomiaa. Tutkimus potilaan itsemääräämisoikeuden mahdollisuuksista. [Verkkójulkaisu]. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 21.10.2014]. Saatavana: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/97755/Arjen%20autonomiaa%20.pdf?sequence=2>
- Huizing, A., Hamers, J., Gulpers, M. & Berger, M. 2009. A Cluster-Randomized Trial of an Educational Intervention to Reduce the Use of Physical Restraints with Psychogeriatric Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (7), 1139–1148.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145–153.
- Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. [Verkkójulkaisu]. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 21.10.2014]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5.uud. painos. Helsinki: WSOY.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 176.
- Kirkevold, Ø. & Engedal, K. 2004. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing* 13 (15), 902–905.
- Koch, S., Nay, R. & Wilson, J. 2006. Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing* 1(3), 151–158.
- Kotilainen, H., Topo, P. & Hurnasti, T. 2008. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa: S. Sormunen & P. Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 105–118.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- L 25.5.2007/648. Laki edunvalvontavaltuutuksesta.
- L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

Laitala, O. 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, hoitotiede. Pro gradu-tutkielma. Julkaisematon.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Lausunto hallituksen esityksestä (HE 108/2014 VP) sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi 2014. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 17.12.2014]. Saatavana: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=703603&name=DLFE-7405.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=703603&name=DLFE-7405.pdf)

Muistiliiton kannanotto HE itsemääräämisoikeuslaiksi ja siihen liittyväksi lainsäädännöksi. 9.9.2013. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.12.2014]. Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/files/4413/7906/9322/MLn\\_kannanotto\\_IMOlakiluonnokseen\\_elokuu\\_2013.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/4413/7906/9322/MLn_kannanotto_IMOlakiluonnokseen_elokuu_2013.pdf)

Mäki- Petäjä-Leinonen, A. & Nikumaa, H. 2014. Muistisairaana ihmisen ja hänen läheisensä oikeusopas. Helsinki: Muistiliitto.

Ohjeet liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytöstä vanhuspotilailla. 10.4.2008. Kannanotto. [Verkkosivu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). [Viitattu 5.8.2014]. Saatavana: [http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/liikkumista\\_rajoittavien\\_turvallisuusvalineiden\\_kaytosta\\_vanhuspotilailla\\_tehta](http://www.valvira.fi/tietopankki/kannanotot/liikkumista_rajoittavien_turvallisuusvalineiden_kaytosta_vanhuspotilailla_tehta)

Pahlman, I. 2010. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Teoksessa: M. Koskinen (toim.) Terveystieteiden lainsäädäntö. Helsinki: Edita.

Pietarinen, J., Launis, V., Räikkä, J., Lagerspetz, E., Rauhala, M. & Oksanen, M. 1998. Oikeus itsemääräämiseen. 2.p. Helsinki: Edita.

Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. 10.6.2009. Kannanotto. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). [Viitattu 8.8.2014]. Saatavana:

[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17279&name=DLFE-582.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17279&name=DLFE-582.pdf)

Saarnio, R., Isola, A. & Laukkala, H. 2008. The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurse's individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing* (18), 132–140.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. [Verkkójulkaisu]. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede. Väitöskirja. [Viitattu 7.8.2014]. Saatavana: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>

Saarnio, R. & Isola, A. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö – onko vaihtoehtoja? Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYPro Oy, 266–277.

Saarnio, R. 2010. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 47, 143–145.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 3.10.2014. [Verkkosivu]. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto. [Viitattu 19.10.2014]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sarvimäki, A. 2006. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa P. Topo (toim.). *Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa*. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Stakes, 9–13. Stakesin työpapereita 21/2006. [Viitattu 20.2.2015]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77099/T21-2006-VERKKO.pdf>

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Anderson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa: S. Sormunen & P. Topo (toim.). *Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille*. Helsinki: Stakes, 125–136.

Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus. Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut. 2008. [Verkkójulkaisu]. Tampere: Etelä-Suomen lääninhallitus, Itä-Suomen lääninhallitus, Lapin lääninhallitus, Länsi-Suomen lääninhallitus, Oulun lääninhallitus. [Viitattu 6.8.2014]. Saatavana: [www.valvira.fi/.../Vanhustenhuollon%20valvontasuunnitelma%2012022](http://www.valvira.fi/.../Vanhustenhuollon%20valvontasuunnitelma%2012022)

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE), Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE -julkaisuja 32. [Viitattu 3.10.2014]. Saatavana: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)

- Topo, P. 2003. Teknologia dementoituneen apuna. Teoksessa: H. Kotilainen, C. Virkola, U. Eloniemi-Sulkava & P. Topo. (toim.) Dementiakoti-koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 40–43.
- Topo, P. 2006. Dementiaoireisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tutkimus ja tutkijan ammattitaito. Teoksessa P. Topo (toim.). Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Stakes, 24–29. Stakesin työpapereita 21/2006. [Viitattu 20.2.2015]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77099/T21-2006-VERKKO.pdf>
- Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 162.
- Topo, P. 2012. Autonomia on arkinen asia. [Verkkolehtiartikkeli]. Memo 3. [Viitattu 21.10.2014]. Saatavana: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?&udpview=read&src=db25114&sid=69&issue=2012-03>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. 2008.[Verkojulkaisu]. 2.p. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2. p. ETENE-julkaisuja 20. [Viitattu 15.8.2014]. Saatavana: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf)
- Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa: T. Erkinjuntti, J. Rinne & H. Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 91–99.
- Voutilainen, P. 1997. Hyvä hoitoyhteisö dementoituvalle -keskeisiä hyvän hoitotyön edellytyksiä. Teoksessa: S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 127–148.
- Voutilainen, P. 2009. Ikäänntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 109–122.

## **LIITTEET**

LIITE 1. Saatekirje haastateltaville

LIITE 2. Teemahaastattelun runko

LIITE 3. Sisällönanalyysin esimerkkitaulukko: vaihtoehtoiset toimintatavat

## LIITE 1. Saatekirje haastateltaville

Hyvät xxx:n hoitajat,

Olen Armi Raninen vanhustyön koulutusohjelman opiskelija Tampereen ja Seinäjoen ammattikorkeakoulujen yhteistyökoulutuksesta. Valmistun geronomiksi keväällä 2015. Teen opinnäytetyön fyysisestä rajoittamisesta (liikkumisen rajoittaminen) ja sen ennaltaehkäisystä dementiayksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa fyysisten rajoitteiden käyttöä ja hoitajien käyttämiä vaihtoehtoisia toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan dementiayksikössä. Laki itsemääräämisoikeudesta ja rajoitustoimenpiteiden käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa on valmisteilla ja sen on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2015. Laki painottaa rajoitustoimien ennaltaehkäisyä ja itsemääräämisoikeuden edistämistä. Lain voimaantulon jälkeen fyysistä rajoittamista koskevia käytäntöjä ja ennaltaehkäiseviä toimintatapoja tullaan pohtimaan vanhustenhuollossa, joten opinnäytetyötä voitaneen hyödyntää tässä yhteydessä myöhemmin.

Toivon saavani haastateltaviksi 4–6 hoitajaa (lähihoitajia ja /tai sairaanhoitajia). Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut toteutetaan nimettöminä ja käsittelen ne luottamuksellisesti. Nauhoitan haastattelut, että pystyn myöhemmin analysoimaan niitä tarkemmin. Haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä ei myöskään tule julki organisaatio tai kunta, missä tutkimushaastattelut on tehty. Haastattelujen ajankohta olisi joulukuussa viikolla 51 ja tammikuussa 2015 viikolla 1 ja 2. (Muitakin ajankohtia voidaan sopia tammikuulle)

Toivon teidän osallistuvan opinnäytetyöhöni suostumalla haastateltaviksi, sillä teidän kokemuksellinen tietonne on tärkeää opinnäytetyöni valmistumisen kannalta. Tutkimustyöni aihe voidaan kokea arkaluontoisena, mutta opinnäytetyön tarkoitus ei ole etsiä epäkohtia, vaan auttaa dementiayksiköitä kiinnittämään huomiota fyysisten rajoitteiden käyttöön ja kehittämään ennaltaehkäiseviä toimintatapoja fyysisen rajoittamisen sijaan. Olen aiemmalta koulukseltani sairaanhoitaja ja olen työskennellyt vanhustyössä xxx:ssä yli 20 vuotta, joten tunnen itsekin vanhustyön arjen. Vastaa mielelläni sähköpostilla tai puhelimitse, mikäli teillä on jotain kysyttävää.

Terveisin Armi Raninen

## LIITE 2. Teemahaastattelun runko

1. Haastateltavan taustatiedot: ikä, ammattinimike, työkokemuksen pituus hoitoalalla

2. Fyysinen rajoittaminen muistiyksikössä (Fyysinen rajoittaminen= henkilön liikkumisvapauden rajoittaminen)

Miten asukkaiden liikkumista rajoitetaan?

Minkälaisissa tilanteissa liikkumista rajoitetaan?

Miten rajoitteiden käyttöä kirjataan?

Millaiset lupamenettelyt yksikössä on rajoitteiden käytölle?

3. Fyysisen rajoittamisen vaihtoehdot ja ennaltaehkäisy

Millaisia vaihtoehtoisia menetelmiä käytetään?

Miten rajoittamista voitaisiin vähentää?

Millaiset seikat mahdollistavat/estävät vaihtoehtojen käyttämisen?

## LIITE 3. Sisällönanalyysin esimerkkitaulukko: vaihtoehtoiset toimintatavat

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Yks hyvä keino on se kun laittaa musiikkia. Se on muuten totta. musiikilla on ihmeellinen voima.	Musiikin rauhoittava vaikutus	Musiikki	Sosiaalinen ympäristö	Ympäristö
ja semmonen rauhallisuus se niinku tarttuu.	Rauhallisuus tarttuu	Rauhallinen tunnelma		
Mut nyt se on paljon rauhottunu kun tää alue on pienempi, tutut hoitajat. Kyllä ne meiät tunnistaa. Paljon rauhallisempaa on se käytös	Tutut hoitajat rauhoittavat	Tutut hoitajat		
Kyllä nää on paljon tarkkasilmäisempiä. Ne seuraa meitä kyllä. Vaikka luulis ettei ne mitään, mutta kyllä vielä paremmin kuin terveemmät. Kyllä ne on hyvinkin tarkkoja justiin siitä että on tuttuja ihmisiä että kyllä ne rissaa jos tänne tulee ihan vieras. Ja tuntevat. Kyllä tuntevat omat hoitajat	Tutut hoitajat rauhoittavat	Tutut hoitajat		
Kesällä on avoimet ovet, pääsee hyvin tuohon menemään. Kun on tuo laatoitettu piha niin ne pääsee siellä menemään.	Vapaa ulkoilu kesäisin, ovet auki, piha laatoitettu	Esteetön ympäristö	Fyysinen ympäristö	
Ettei oo mittää esteitä, ei oo mattoja maassa, ei oo paljoo mitään semmosia tavaroita edessä, että on semmoset selkeät tilat missä kulkea.	Ei ole esteitä, selkeät tilat	Esteetön ympäristö		
kun oli isot tilat niin se oli paljon levottomampaa se käytös ja se kuletti tavaroita paikasta toiseen ja oli häiriöks, ja varmaan sidottiin tuoliinkin sen takia Mut nyt se on paljon rauhottunu kun tää alue on pienempi, tutut hoitajat.	Pieni yksikkö, tutut hoitajat rauhoittaa  Iso tila toi levottomuutta	Pieni yksikkö		
Muitakin on ollu semmosia että ne on täällä sitte rauhottunu. Se jo ihan muuttaa, nämä toiminnot.	Täällä (muistiyksikössä) rauhoittuminen	Pieni yksikkö		
Kyllä jokainen saa semmosen minkä tarvitsee (liikkumisen apuväline)	Tarvittavat liikkumisen apuvälineet	Apuvälineet		
ja nostovöitä on ollu ja rollaattoreita on käytössä	Liikkumisen apuvälineet käytössä	Apuvälineet		