



Suvi Pitkänen
Senja Viitavaara
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

MUISTISAIRAAN FYYSINEN RAJOITTAMINEN

- työohje hoitohenkilökunnalle

TIIVISTELMÄ

Suvi Pitkänen

Senja Viitavaara

Muistisairaahan fyysinen rajoittaminen- työhje hoitohenkilökunnalle

37 sivua ja 1 liite

Kevät, 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan AMK-tutkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkeä tutkimuksiin ja säädöksiin pohjautuva kirjallinen työhje muistisairaahan fyysisestä rajoittamisesta Hoivakoti Pieni Pelakuun hoitohenkilökunnan käyttöön. Työhjeessä kerrotaan mikä on fyysistä rajoittamista, millä keinoilla sitä voidaan ennaltaehkäistä ja miten toimitaan, kun fyysiseen rajoittamiseen päädytään. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallista menetelmää hyödyntäen.

Työhjeen tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää Hoivakoti Pieni Pelakuun hoitohenkilökunnan toimintatapoja muistisairaahan fyysiseen rajoittamiseen liittyen ja näin lisätä hoidon laatua.

Asiasanat: fyysinen rajoittaminen, itsemääräämisoikeus, muistisairaudet

ABSTRACT

Suvi Pitkänen

Senja Viitavaara

Physical restraining of a patient with memory disorder – instructions for health care personnel

37 pages and 1 appendix

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Health Care

Registered Nurse

The purpose of this thesis was to form explicit instructions on physical restraining of a patient with memory disorder to be used by the health care personnel in the nursing home Pieni Pelakuu. The instructions were written based on the studies and regulations. In the instructions it is defined what physical restraint means, how it can be prevented, and how to do it correctly when necessary. The thesis was made using functional work methods.

The aim of the thesis was to develop and standardize the physical restraint procedures used in the nursing home Pieni Pelakuu and thereby improve the quality of care.

Keywords: memory disorders, physical restraint, self-determination

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 4 |
| 2 MUISTISAIRAUDET | 5 |
| 2.1 Muistisairauksille tyypilliset käytösoireet ja niiden hoito | 5 |
| 2.2 Muistisairas palvelukodissa..... | 6 |
| 2.3 Hoitohenkilökunnan ammattitaito palvelukodissa..... | 7 |
| 3 FYYSINEN RAJOITTAMIEN..... | 8 |
| 3.1 Fyysisen rajoittamiseen johtavat syyt ja seuraukset | 10 |
| 3.2 Fyysinen rajoittaminen kaltoinkohteluna | 11 |
| 3.3 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäiseminen..... | 12 |
| 3.4 Fyysisestä rajoittamisesta kirjaaminen..... | 13 |
| 4 FYYSISTÄ RAJOITTAMISTA OHJAAVAT LAIT | 14 |
| 4.1 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa..... | 14 |
| 4.2 Muistisairaana itsemääräämisoikeus | 15 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET..... | 17 |
| 6 TYÖOHJEEN TUOTTEISTAMINEN | 18 |
| 6.1 Työelämän yhteistyökumppani..... | 18 |
| 6.2 Menetelmän kuvaus | 18 |
| 6.3 Työohjeen suunnittelu ja toteutus | 19 |
| 6.4 Työohjeen viimeistely ja arviointi..... | 22 |
| 7 POHDINTA | 23 |
| 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 24 |
| 7.2 Ammatillinen osaaminen ja kehittyminen | 25 |
| LIITE Työohje hoitohenkilökunnalle | 33 |

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä kasvaa kaiken aikaa, jolloin myös muistisairauksia sairastavien määrä nousee. Usein muistisairaiden kohdalla joudutaan turvautumaan fyysisten rajoitteiden käyttöön, jotta heidän turvallisuutensa ei vaarantuisi. Näissä tilanteissa joudutaan tasapainottelemaan itsemääräämisoikeuden ja fyysisen rajoittamisen välillä. (Raninen, 2015, s. 6.)

Opinnäytetyössä käsitellään muistisairaiden fyysistä rajoittamista sekä sen ennaltaehkäiseviä menetelmiä. Tietoperustassa tuodaan esille myös hoitajan ammatillisen osaamisen merkitys fyysisen rajoittamisen yhteydessä sekä fyysiseen rajoittamiseen liittyvä keskeisin lainsäädäntö.

Käsitteenä fyysinen rajoittaminen on laaja, kuten opinnäytetyön tietoperustaa koostaessa huomattiin. Opinnäytetyönä tuotettu työohje käsittelee pääosin muistisairaahan liikkumisen rajoittamista, jota fyysinen rajoittaminen suppeimmillaan on. Opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään käsitettä fyysinen rajoittaminen, sillä sellaisena se esiintyi useimmissa käytetyissä lähteissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkeä työohje hoivakodin hoitohenkilökunnalle muistisairaahan fyysisestä rajoittamisesta. Työohjeen painopiste on muistisairaahan liikkumisen rajoittamisessa. Työohjeen tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitohenkilökunnan toimintatapoja muistisairaahan fyysiseen rajoittamiseen liittyen ja näin lisätä hoidon laatua. Työohje on laadittu työelämäyhteistyössä ODL Hoivapalvelut Oy:n hoivakoti Pieni Pelakuuhun.

2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus on etenevä aivosairaus, jonka vuoksi muisti ja muiden tiedonkäsittely alueiden toiminta heikkenee. Etenevistä muistisairauksista yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen eli aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa- ohimolohkorappeumat. Muistisairauteen sairastuu Suomessa vuosittain 14 500 henkilöä. Maailman laajuisesti sairastuvuuden oletetaan kaksikertaituvan vuoteen 2030 ja kolmin kertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. Muistisairauden eteneminen aiheuttaa muutoksia muistisairaahan henkilön toimintakykyyn eri osa-alueilla, johon kuuluu kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykinen, sosiaalinen ja oikeudellinen toimintakyky. Muistisairauden hoidon tavoitteena on muistisairaahan mahdollisimman täysipainoinen ja omannäköinen elämä voimavarat huomioiden. Muistisairaahan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista voidaan tukea lääkkeettömillä menetelmillä. Vuorovaikutus, ohjaus sekä omatoimisuuden mahdollistaminen ovat keskeisessä roolissa muistisairaiden hoitotyössä. (Parisod ym., 2019; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2020; Tranvåg ym., 2014, s. 578.) Tässä opinnäytetyössä muistisairaalla tarkoitetaan mitä tahansa muistisairautta sairastavaa henkilöä.

2.1 Muistisairauksille tyypilliset käytösoireet ja niiden hoito

Ikääntyneellä muistisairaalla voi olla käytösoireita, jotka voivat vaikuttaa sekä ikääntyneen omaan että hänen asuinympäristönsä turvallisuuteen. 90 %:lla eri muistisairauksia sairastavista esiintyy käytösoireita jossakin vaiheessa sairautta. Tällaisia käytösoireita ovat esimerkiksi apatia, masennus, ahdistuneisuus, levottomuus tai jopa aggressiivisuus. Käytösoireita pidetään usein muistisairauteen kuuluvana asiana, eikä niistä välttämättä haluta puhua. Käytösoireita tulee hoitaa, silloin kun ne rasittavat muistisairasta tai kun käytösoireet aiheuttavat

vaaratilanteita muistisairaalle itselleen tai muille. Käyttöoireita ja haasteellista käyttäytymistä voidaan ehkäistä tai lievittää lääkkeellisesti esimerkiksi rauhoittavilla lääkkeillä. Muistisairaat ovat alttiimpia keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden haittavaikutuksille. Yleisimpiä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden haitoista ovat kaatuilu, sekavuus, jalkojen kantamattomuus, huimaus ja verenpaineen liiallinen lasku. Lewyn kappale- tautia sairastavat ovat erityisen herkkiä psykoosilääkkeiden, Parkinsonin taudin lääkkeiden ja verenpainetta laskevien lääkkeiden haittavaikutuksille. Lääkehoidon arviointi tulisi tapahtua aina muistisairaana tilanteen muuttuessa tai kolmen kuukauden välein moniammatillisesti. (Korvenpää & Kujala, 2017, s. 9; Lönnroos, 2019, s. 278–280; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä, 2020.)

Lääkkeettömiä keinoja voidaan hyödyntää käyttöoireiden hoidossa, jolloin käyttöoireita pyritään ymmärtämään niin, että ne viestivät ikääntyneen pahasta olostai kivusta. Kuuntelemalla ja ymmärtämällä pystytään lieventämään käyttöoireita. Käyttöoireita ja haasteellista käyttäytymistä voidaan ehkäistä hyvällä fyysisellä perushoidolla. Ikääntyneen muistisairaana toiminnallisuutta tulisi tukea turvallisilla ihmissuhteilla ja elinympäristöllä. Keskeistä on pyrkiä vaikuttamaan syihin, jotka aiheuttavat käytöshäiriöitä tai jopa aggressiivisuutta. Taustalla voi olla jokin somaattinen oire, esimerkiksi kipu, joka esiintyy aggressiivisuutena. (Korvenpää & Kujala, 2017, s. 9.)

2.2 Muistisairas palvelukodissa

Muistisairaana pitkäaikaishoitona siirtyminen on ajankohtaista, kun kotona asuminen on muistisairaalle turvatonta ja kotiin saatavat tukipalvelut ovat riittämättömiä. Pysyvään ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan siirtyminen tulee monelle muistisairaalle jossain vaiheessa välttämättömäksi turvallisuuden ja riittävän hoidon takaamiseksi. Hoitopaikka tulisi valita niin, että samassa paikassa voisi asua elämän loppuun asti. (Hallikainen & Mönkäre, 2019.)

Muistisairaiden ympärivuorokautinen hoito tulisi järjestää muistisairauksien hoitoon erikoistuneissa yksiköissä, sillä henkilöstöltä edellytetään erityisosaamista ja erityistä soveltuvuutta. Ympärivuorokautisten hoitoa tarjoavien yksiköiden arvokeskustelu on tärkeää, jotta muistisairaiden ihmisarvosta ja hyvästä hoidosta syntyy yhteinen näkemys. Sairaudesta huolimatta hyvän ja arvokkaan vanhene-
misen mahdollistaa hoitohenkilökunnan hoitofilosofian ja käytännön työn korkea eettinen taso. Tällaisten yksiköiden hoitokulttuuri on parhaimmillaan ihmistä kun-
nioittavaa, sallivaa, sekä luovuutta ja joustavuutta tilanteen mukaan hyödyntä-
vää. Yksiköiden arvot, periaatteet ja toimintatavat on suositeltavaa kirjata toimin-
takäsikirjaan kaikkien nähtäville. (Kankare & Virjonen, 2013, s.81.)

2.3 Hoitohenkilökunnan ammattitaito palvelukodissa

Hoitohenkilökunnan toimintaa vaikuttaa muun muassa ammatillinen osaaminen, ymmärrys ja empatiakyky, työpaikan olosuhteet ja -yhteisö sekä oma elämänti-
lanne ja jaksaminen. Ammatillinen kasvu, kehittyminen ja oppiminen tukee hoito-
henkilön taitoa olla läsnä sekä ymmärtää, arvostaa ja toteuttaa hoitoa, joka edis-
tää kuntoutumista. (Mönkäre, 2017, s.60.)

Hoitokodissa hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu huolehtia sairauksien ennalta-
ehkäisystä, perushoidosta, sairaanhoidosta ja elämän loppuvaiheenhoidosta. Laadukkaan perus- ja sairaanhoidon lisäksi tavoitteena on kokonaisvaltainen asukkaan hyvän elämän ja hyvinvoinnin turvaaminen. Hoitajan tulisikin olla tie-
toinen keinoista, joilla iäkkään hyvinvointia voidaan edistää, kuten esimerkiksi tieto musiikin positiivisesta vaikutuksesta muistisairaahan kognitiiviseen toimintaky-
kyyn, mielialaan ja elämänlaatuun. Konkreettisten ja näkyvien tehtävien lisäksi hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa havainnoida ja pohtia asukkaan hyvinvointiin vaikuttavia asioita. (Kiljunen, 2019, s. 42–43.)

Hoitotyössä hoitajalle voi tulla ratkaistavaksi eettisiä ristiriitoja esimerkiksi tilan-
teita, joissa tarvitaan taitoa tukea asukkaan itsemääräämisoikeutta ja samalla kuitenkin taata asukkaan turvallisuus. Eettisesti haasteellisissa tilanteissa tarvi-
taan rohkeita hoitajia, jotka nostavat arkaluonteisia asioita yhteisesti

pohdittavaksi. Esimerkiksi muistisairaahan henkilön fyysiseen rajoittamiseen saattaa liittyä useita hoitokäytäntöjä, jotka loukkaavat hänen oikeuksiaan. Aikaisempien tutkimusten mukaan fyysistä rajoittamista käyttivät vähemmän vanhemmat ja kokeneemmat hoitajat, ja heillä oli myös enemmän vaihtoehtoisia toimintatapoja kuin nuoremmilla hoitajilla. (Kiljunen, 2019, s. 46; Saarnio ym., 2013, s. 73.)

Asukkaiden hyvinvointiin voidaan vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan osaamisella. Osaamista tarvitaan esimerkiksi eettiseen toimintaan sekä vuorovaikutustilanteisiin. Hoitotyössä osaaminen pitää sisällään tiedot, taidot ja asenteet. Hoitajalla tulee olla teoreettista ja näyttöön perustuvaa tietoa sekä tietoa yksittäisen asukkaan mieltymyksistä, tavoista ja tottumuksista. Yksilöllisen hoidon ja huolenpidon edellytyksenä on asukkaan elämänhistorian ja tapojen tunteminen. Suomessa sekä muuallakin maailmassa tavoitellaan hoitokulttuurin muutosta suuntaan, jossa tehtäväkeskeisestä ja rutiinin omaisesta työskentelytavasta siirryttäisiin asukaskeskeiseen, yksilölliseen lähestymistapaan. (Kiljunen, 2019, s. 42–43.)

3 FYYSSINEN RAJOITTAMIEN

Rajoitteelle ja fyysiselle rajoitteelle ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyä ja käytössä olevaa määritelmää, se voidaan määritellä monin eri tavoin. Erään määritelmän mukaan rajoitteella tarkoitetaan henkilön vapauden rajoittamista tai estämistä, tekemästä mitä hän haluaa. Perinteisesti jako on tehty fyysisiin ja kemiallisiin rajoitteisiin. Laajimmillaan fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan mitä tahansa toimenpidettä, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toimintaa tai valvoa hänen käytöstään. Kun taas kapeampi käsitys fyysisestä rajoittamisesta tarkoittaa henkilön liikkumisen estämistä jonkin laitteen avulla. Kemiallisia rajoitteita ovat henkilölle tarvittaessa annettavaksi määrätyt rauhoittavat lääkkeet, joiden avulla pyritään vaikuttamaan hänen käytökseensä. (Saarnio, 2009, s. 20, s. 23.)

Fyysinen rajoite voi olla laite, materiaali tai apuväline, jonka tietoisella käytöllä estetään tai pyritään estämään henkilön vapaa liikkuminen. Rajoittamiseen käytettävä laite tai apuväline voi olla joko lähellä henkilön vartaloa tai kiinni vartalossa, niin ettei henkilö itse voi sitä hallita tai poistaa sitä helposti. Rajoitteesta voidaan käyttää myös määritelmää mekaaninen rajoite, joka estää vapaan liikkumisen. Mekaanisia rajoitteita ovat esimerkiksi vyöt, pöytälevyt ja sängynlaidat. Kirjallisuuskatsauksissa liikkumisen rajoittamisesta käytetään erilaisia käsitteitä, esimerkiksi pakote, sitominen ja rajoittaminen. Kaikilla käsitteillä tarkoitetaan samaa eli liikkumisvapauden rajoittamista. (Saarnio, 2009, s. 20, s. 22; Korvenpää & Kujala 2017, s. 8.) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä tähdentää, että rajoittamiseen käytettävien välineiden on täytettävä terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain (629/2010) mukaiset vaatimukset. (HE 108/2014). Turvavöitä voidaan käyttää myös ennaltaehkäisemään kaatumisia kävelykyvyn menettäneillä potilailta ja tällöin niiden käyttämistä ei pidetä liikkumisen rajoittamisena (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2016).

Saarnio (2009, s. 59) jakaa väitöskirjassaan fyysisen rajoittamisen suoraan ja epäsuoraan rajoittamiseen. Saarnion tutkimuksen mukaan yleisin rajoittamismuoto oli ylös nostetut sängynlaidat, muita rajoittamismuotoja olivat geriatrisen tuolin käyttö siten, että vanhuksen liikkuminen estetään pöytälevyn avulla, pyörätuoli ja tavallinen tuoli vyökiinnityksellä, turvaliivi, magneettivyö, lepositeet, ja huoneen oven sulkeminen/lukitseminen. Hygieniahaalarin käyttö lukeutuu myös rajoitusmuodoksi (Kokko ym., 2017). Suoran rajoittamisen keino on myös vanhuksen asettaminen sellaiseen asentoon, josta itsenäinen pois pääseminen on mahdotonta. Esimerkiksi tuolin selkänojan kallistaminen taaksepäin. Epäsuoraan rajoittamista on esimerkiksi liikkumisenapuvälineen tai soittokellon poistaminen niin ettei vanhus saa tarvitsemaansa apua liikkumiseen. (Saarnio, 2009, s. 59–60.)

Oulun kaupunginsairaalaan ja ikäihmisten palveluasumisen yksiköihin laaditussa ohjeessa esimerkiksi otteenestokintaiden ja rannesidosten käyttö määritellään suoja-toimiksi. Suoja-toimilla tarkoitetaan toimenpidettä, jonka avulla mahdollistuu

potilaan avustaminen päivittäisissä toiminnoissa tilanteissa, joissa potilas voisi vahingoittaa itseään. Suojatoimet rajoittavat itsemääräämisoikeutta ja niitä tulisi käyttää vain hoitotoimien ajan. (Oulun kaupunki, 2017.)

3.1 Fyysisen rajoittamiseen johtavat syyt ja seuraukset

Fyysisten rajoitteiden käyttämisestä on tutkittu laajasti, mutta niistä saadut tulokset voivat vaihdella. Tämä johtuu siitä, että jokaisessa tutkimuksessa on käytetty eri määritelmää fyysiselle rajoittamiselle. 2000-luvun tutkimustulosten mukaan rajoitteiden käyttäminen on yhä yleistä. Rajoittamista perustellaan yleensä turvallisuudella vanhustenhoidossa. Fyysisellä rajoittamisella pyritään vähentämään kaatumisia, putoamisia ja karkaamisia tai sillä pyritään turvaamaan hoidon onnistuminen, esimerkiksi nenämahaletkun paikallaan pysyminen. (Korvenpää & Kujala, 2017, s. 9; Kokko ym., 2017.)

Saarnion (2009, s.55.) tutkimuksessa esitetään seitsemän tekijää, jotka altistavat fyysisten rajoitteiden käytölle. Näitä tekijöitä olivat vanhukseen, omaiseen, hoitajaan, hoitotyöhön, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon ja työyhteisöön sekä yhteiskuntaan liittyvät syyt.

Vanhuksesta johtuvia tekijöitä on esimerkiksi tarve lisätä fyysistä turvallisuutta. Taustalla voi olla kaatuminen tai vanhuksen tarve liikkumisen avustamiseen. Rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä ovat myös rauhoittavan lääkityksen käyttö, vanhuksen häiritsevä käytös tai toisten asukkaiden levottomuudesta aiheutuva pelko. Omaisilta voi myös tulla toive tai vaatimus käyttää rajoitteita. Hoitajasta johtuvia tekijöitä ovat hoitoalan ammatillinen koulutus, rajoitteiden käyttöön myönteisesti asennoituminen, vastentahtoinen suhtautuminen vanhustyöhön sekä vanhustyöhön uupuminen. Hoitotyössä fyysiselle rajoittamiselle altistaa virheelliset potilasmerkinnät, hoitajien tietämättömyys rajoitteiden käytön syistä tai vanhuksen toimintakyvystä, hoitajien erilaiset toimintatavat sekä rajoittaminen, jotta hoitotoimet onnistuisivat. (Saarnio, 2009, s. 57.)

Saarnion (2009, s. 56) tutkimuksen mukaan fyysisen hoitoympäristön epäkäytännölliset ja ahtaat tilat sekä apuvälineiden puute altistavat käyttämään fyysisiä rajoitteita vanhuksella. Tutkimuksessa todetaan myös, kuinka hoitokulttuuri voi olla salliva rutiinomaiseen rajoitteiden käyttöön organisaatiossa ja työyhteisössä. Fyysisten rajoitteiden käytölle altistaa myös hoitajien vähäinen määrä, etenkin ilta- ja viikonloppuvuoroissa. Yhteiskunnallisesti altistavana tekijänä pidetään lainsäädännön puuttumista fyysisten rajoitteiden käyttämisestä vanhuslaitoshoidossa.

Fyysisestä rajoittamisesta voi aiheutua sekä positiivisia että negatiivisia seurauksia. Saarnion mukaan positiivisena seurauksena ajateltiin olevan hoitotoimenpiteiden onnistuminen ja viriketoiminnan mahdollistuminen. Negatiivisena seurauksena tuotiin esille vanhuksen altistuminen vaaratilanteille, kaltoinkohtelulle, laitostumiselle sekä toimintakyvyn aleneminen. Fyysisten rajoitteiden käyttö voi aiheuttaa vakavia negatiivisia haittavaikutuksia, pahimmillaan terveyden heikkenemiseen tai jopa kuolemaan. Fyysisen rajoittamisen seurauksena voi iäkkään virtsankarkailu lisääntyä sekä painehaavojen ja ihotulehdusten riski kasvaa. Rajoituksista johtuen käytösoireet voivat lisääntyä ja niiden hoitoon saatetaan käyttää psyykelääkkeitä, jolloin kyseessä on myös kemiallista rajoittamista. (Saarnio 2009, s. 67–68; Zwijzen, S. A, 2011 s. 826; Kivelä, 2012, s.160.)

3.2 Fyysinen rajoittaminen kaltoinkohteluna

Vanhuksiin suuntautuvalla kaltoinkohtelulla tarkoitetaan tekoa tai tekemättä jättämistä, joka tapahtuu luottamuksellisessa suhteessa. Seurauksena ikääntyneen hyvinvointi, turvallisuus tai terveys vaarantuu. Kaltoinkohtelua voi esiintyä niin asukkaiden, omaisten kuin henkilökunnan tekemänä esimerkiksi vanhusten asu- mispalveluissa. Kaltoinkohtelu ilmenee muun muassa vanhuksen huonona ja epäeettisenä kohteluna tai laiminlyömällä hoitoa ja apua. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2016.)

Kovakouraisuus toimenpiteissä, liikkumisen rajoittaminen ja toimenpiteisiin pakottaminen ovat fyysistä kaltoinkohtelua. Rajoitteiden käyttö heikentää iäkkään

itseään rajoittamista ja virheellisesti toteutettuna ja äärimmäisessä muodossa se on kaltoinkohtelua. Rajoitustoimenpiteet saattavat olla arjen rutiinia ja osa hoitokulttuuria, joka ensisijaisesti vaikuttaa työntekijöiden työn sujuvuuteen. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2016; Kivelä, 2012, s.161.) Saarnion (2009, s.67.) tutkimuksessa todettiin vanhuksen altistuvan psyykkiselle ja fyysiselle kaltoinkohtelulle, kun liikkumista estettiin käyttämällä fyysisiä rajoitteita. Tutkimuksessa myös todettiin fyysistä kaltoinkohtelua tapahtuvan tilanteissa, joissa vanhuksen kiinni pitämiseen käytetään raakaa voimaa.

Rajoittamisen muuttumista kaltoinkohteluksi pystytään ennaltaehkäisemään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden täydennyskoulutuksella, iäkkäiden ja heidän omaistensa ohjauksella, suojaamalla erityisesti muistisairaiden ja toimintakyvyttömiä iäkkäiden ihmisarvoa sekä keskustelemalla vanhusten hoidon arvoperustasta ja etiikasta. Hoitohenkilökunnan perus- ja täydennyskoulutukseen tulisi kuulua vanhusten hoidon eettisiä perusteita sekä eettisistä näkökulmista tulisi keskustella säännöllisesti työyhteisössä. Kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa keskeistä on avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Yhteisillä pelisäännöillä ja ohjeilla voidaan ehkäistä kaltoinkohtelua ja helpottaa siihen puuttumista. (Kivelä, 2012, s. 171; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2016.)

3.3 Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäiseminen

Rajoitustoimenpiteiden käytön ehkäisyssä tulisi kiinnittää huomiota rajoitustoimenpiteiden taustalla oleviin tyypillisiin tilanteisiin, kuten ympäristöön, ammattitaidottomaan kohtaamiseen tai riittämättömään tukeen muistisairaalle (Nikumaa, 2017, s.192). Rajoittamisen tarvetta voidaan vähentää seurantateknologiaa hyödyntämällä, esimerkiksi liiketunnistimien avulla. Liiketunnistin antaa tietoa asukkaalle liikkumisesta ja mahdollisesta avun tarpeesta. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, 2010.)

Oikeusasiamiehen vuonna 2019 suorittamissa vanhusten oikeuksia koskevissa tarkastuksissa tuli esille mainittavan hyviä rajoittamista ennalta ehkäiseviä

käytänteitä. Tilojen suunnittelulla, akustiikan ja metelin huomioimisella on pystytty vaikuttamaan asukkaiden hyvinvointiin ja ennaltaehkäisemään kriisitilanteiden syntyä. Lääkkeettömiä ennaltaehkäiseviä keinoja ovat muun muassa liikunta, musiikki, virikkeet sekä luovat menetelmät. Potilaiden elämänrytmin huomioiminen koettiin tärkeänä, toisilla väsymys lisää levottomuutta iltaisin, kun taas toisille on tärkeää nukkua riittävän pitkään aamuisin. Hoitohenkilökunnan läsnäololla pyritään luomaan turvaa ja rauhoittamaan ilmapiiriä. (Eduskunnan oikeusasiamies, 2019, s.279.)

Suomalaisesta tutkimuksesta saadun näytön mukaan: osaavalla ja muistisairaalle yksilöllisesti räätälöidyllä kahdesti viikossa tapahtuvalla liikuntakuntoutuksella pystytään vaikuttamaan kaatumisten ja terveystalvaiden käytön väheneemiseen. Liikuntakuntoutuksesta saadut hyödyt koskevat taudin kaikkia vaiheita. Todennäköisesti myös ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta on hyötyä siihen sitoutuille. (Pitkälä & Laakkonen, 2015.) Ikääntyneiden liikuntaa käsittelevän käypä hoito- suosituksen mukaan, monipuolisen liikunnan avulla voidaan parantaa laitoshoidossa olevien kävelykykyä ja tasapainoa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä, 2016).

3.4 Fyysisestä rajoittamisesta kirjaaminen

Päätös rajoittaa liikkumista tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Ennen päätöksentekoa tulisi pyrkiä selvittämään potilaan näkemys asiasta. Potilaan ollessa kykenemätön päättämään hoidostaan, tulee kuulla hänen lähiomaistaan tai muuta läheistään tai laillista edustajaansa ja periaatepäätökseen liikkumisen rajoituksista tulee saada suostumus. Suostumus tulee myös kirjata. Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät kaikista käyttökerroista, jolloin on käytetty liikkumista rajoittavia välineitä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2020.)

4 FYYSIKÄ RAJOITTAMISTA OHJAAVAT LAIT

Suomen perustuslaissa taataan jokaiselle oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Ilman lailla säädettyjä perusteita ei voi puuttua henkilökohtaiseen koskemattomuuteen eikä myöskään viedä vapautta mielivaltaisesti. Liikkumisvapaudesta on myös säädetty perustuslaissa. (L 731/ 1999.) Perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole erikseen säädetty lakia vanhuspalveluiden palveluasukkaita koskien. Vanhusten oikeuksien laillisuusvalvonnassa on kuitenkin vakiintuneesti todettu, että lääkärin lupa tarvitaan asukkaisiin kohdistuviin perusoikeuksien rajoitustoimenpiteisiin. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019, s. 278.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään myös, kuinka niidenkin potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät kykene päättämään omasta hoidostaan (L 785/1992). Ennen tärkeitä hoitopäätöksiä tulisi kuulla potilaan lähiomaista, muuta läheistä tai laillista edustajaa, jotta saataisiin selville millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2018).

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon laatimaan omavalvontasuunnitelman, jolla varmistetaan sosiaalihuollon laatu, turvallisuus ja asianmukaisuus (L 1301/2014). Omavalvonta suunnitelma ohjaa itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja rajoittamisen toimenpiteiden seuranta ja arviointia hoitoyksikössä (Nikumaa, 2017, s. 191).

4.1 Itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtavana periaatteena on potilaan itsemääräämisoikeus. Periaatteessa korostuu vapaaehtoisuus suostua hoitoon sekä oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaalta tulee olla suostumus ja tieto kaikista asiaan vaikuttavista seikoista, jotka liittyvät hänen

hoitoonsa. Potilaalla on myös oikeus tehdä päätöksiä, jotka voivat olla vahingollisia hänen terveydelleen tai hengelle. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Potilaan omia päätöksiä tulee kaikkien hänen hoitoonsa osallistuvien kunnioittaa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2018.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan yleisimmin käyttämällä erilaisia liikkumista estäviä välineitä, joita ovat esimerkiksi turvavyöt, turvaliivit, sängyn laidat, tuoliin kiinnitettävät pöydät, magneettivyöt ja raajasidokset. Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanoton mukaan potilaan liikkumista voidaan fyysisesti rajoittaa ainoastaan potilaan turvallisuuden takaamiseksi ja vain siinä määrin kuin se on välttämätöntä. Ennen kuin tehdään päätöstä fyysiselle rajoittamiselle sekä jokaisella rajoittamiskerralla tulee harkita, onko rajoittaminen välttämätöntä, vai voidaanko turvallisuutta edistävää soveltuvien keinoin. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2020.)

Päätöksestä rajoittaa potilaan liikkumista tulee keskustella potilaan tai hänen lähiomaistensa tai muiden läheisten kanssa, jos potilas on kykenemätön päättämään hoidostaan itse. Hoitava lääkäri vastaa päätöksestä käyttää liikkumista rajoittavia turvavälineitä ja niiden käytöstä on tehtävä yksilöity päätös. Lääkäri käyttää arvioinnissa apuna hoitajien asiantuntemusta. Liikkumista estävien välineiden käytössä olennaista on, että niitä käytetään vain tarpeellisen ajan. Tarve käytölle tulee arvioida usein. Lääkärin tehtyä päätöksen liikkumisen rajoittamisesta tulee ammattihenkilön harkita jokaisella käyttökerralla rajoitustoimenpiteen tarvetta. Lääkäri arvioi, milloin lopetetaan turvavälineiden käyttö tai antaa hoitohenkilökunnalle ohjeistusta asiasta. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 2020.)

4.2 Muistisairaana itsemääräämisoikeus

Oikeus itsemääräämiseen koskee myös jokaista muistisairasta ihmistä. Muistisairas ihminen voi myös kyetä tekemään itseään koskevia päätöksiä eikä näin ollen muistisairaus automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta. Niin kauan kuin hän kykenee päättämään omista asioistaan itse, on hänen

tekemät ratkaisut etusijalla laillisen edustajan ja lähiomaisen mielipiteestä huolimatta. Kognitiivisten kykyjen heikkeneminen johtaa kuitenkin ennen pitkään tilanteeseen, jossa henkilö ei pysty itsenäisesti päätöksiä tekemään omista asioistaan. Tällaisissakin tilanteissa itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, jos hän on päätöksentekokykyisenä ilmaissut oman tahtonsa joko kirjallisesti tai suullisesti. Muistisairaana itsemääräämisoikeutta hoitohenkilökunta voi kunnioittaa ja vahvistaa tukemalla muistisairaana osallistumista arjen ja tulevaisuuden suunnitteluun. (Mäki- Petäjä- Leinonen 2016, s. 399; Nikumaa 2017, s.191.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkeä tutkimuksiin ja säädöksiin pohjautuva työohje hoivakodin hoitohenkilökunnalle muistisairaana fyysisestä rajoittamisesta. Työohjeen tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoivakodin henkilökunnan muistisairaana fyysistä rajoittamista koskevia toimintatapoja sekä lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta aiheesta ja näin lisätä hoidon laatua.

6 TYÖOHJEEN TUOTTEISTAMINEN

Opinnäytetyön aihe on peräisin työelämän yhteistyökumppanin tarpeesta yhtenäistää yksikön toimintaa selkeän ohjeistuksen mukaiseksi. Yksiköllä ei ole ollut aiemmin käytössä fyysistä rajoittamista ohjaavaa työohjetta. Työohje suunniteltiin yhteistyössä työelämän yhteistyökumppanin kanssa, jolloin se valmistuessaan oli käyttökelpoinen kyseiseen yksikköön ja sovellettavissa myös muihin vastaavalaisiin tehostetun palveluasumisen yksiköihin.

6.1 Työelämän yhteistyökumppani

Työelämän yhteistyökumppanina ja toimintaympäristönä oli ODL Hoivapalvelut Oy:n hoivakoti Pieni Pelakuu. Hoivakoti Pieni Pelakuu on 34 ikäihmisen tehostetun palveluasumisen palvelukoti Kempeleessä, jossa asukkaan on mahdollista elää itsensä näköistä elämää kodinomaisissa tiloissa elämän loppuun saakka (ODL hoivapalvelut Oy, i.a). Hoivakoti on jaettu kolmeen 10-12 asukkaan pienkotiin. Jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja. Noin 80 prosentilla hoivakodin asukkaista on jonkin asteinen muistisairaus ja osalle heistä on tehty päätös käyttää rajoitustoimenpiteitä. Asukkaiden terveyspalveluista vastaa oman kunnan terveyskeskuslääkäri tai sen kunnan terveyskeskuslääkäri, josta asukas on halunnut terveyspalvelunsa hankkia.

6.2 Menetelmän kuvaus

Käytettävästä menetelmästä riippumatta, opinnäytetyön tulee aina pohjautua tutkittuun tietoon. Kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä tarkoituksena on kehittää, toteuttaa ja arvioida uusia tuotteita, palveluja, toimintatapoja sekä työkäytäntöjä. Kehittämispainotteisen työn tuloksena tai kehittelyn lopputuotteena saadaan aikaiseksi tuote ja/tai toiminnallinen tapahtuma. Kehittämispainotteiset opinnäytetyöt voidaan jakaa joko tuotekehittelyyn eli produktioon tai kehittämishankkeisiin. Tuotekehittelyssä saadaan aikaiseksi uusi konkreettinen tuote tai palvelu ja

kehittämishankkeessa kehitetään ja kokeillaan uusia toiminta keinoja ja työtapoja osana isompaa työelämähanketta. Kehittämispainotteisesta työstä voidaan käyttää myös nimitystä toiminnallinen opinnäytetyö. (Diakonia- ammattikorkeakoulu 2010, s. 32–33.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin toiminnallista menetelmää. Toteutustapana oli tuotekehittely ja valmis tuote oli työohje hoitohenkilökunnalle.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote tai ohjeistus tehdään tietylle käyttäjäryhmälle, koska tavoitteena on selkeyttää toimintaa oppaan tai ohjeistuksen avulla. Tuotekehittely pitää sisällään suunnittelu- ja valmistusprosessin, tuotteen kokeilun tai toteutuksen, arvioinnin sekä mahdollisesti markkinoinnin. Tuotekehittelyn aluksi määritellään tavoite ja pohditaan, miten työ sopii ammatilliseen käyttöön. Opinnäytetyön painottuessa tuotekehittelyyn pitää se sisällään sekä varsinaisen tuotoksen että siihen liittyvän kirjallisen raportin. (Diakonia -ammattikorkeakoulu 2010, s. 34; Vilkka & Airaksinen, 2003, s. 38.)

6.3 Työohjeen suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyöprosessi lähtee liikkeelle aiheen ideoinnista ja aihetta valittaessa ensisijaisen tärkeää on valita aihe, joka motivoi (Vilkka & Airaksinen 2003, s.23). Opinnäytetyöprosessi aloitettiin keväällä 2020 ideoinnilla ja yhteistyötahon etsimisellä. Opinnäytetyöntekijöillä on kokemusta vanhustyöstä, jolloin oli luontevaa, että opinnäytetyön aihe suuntautuisi vanhustyöhön. Yhteistyötaho löytyi kevään 2020 aikana ja yhteistyötaho esitti tarpeen työohjeelle, joka sisältäisi tietoa fyysisen rajoitteiden käyttämisestä hoivakodissa. Opinnäytetyön aihetta pidettiin yhteistyökumppanille merkityksellisenä ja opinnäytetyöntekijöiden ammatillista kasvua tukevana.

Idean pohjalta aloitettiin tiedonhankinta. Keskeisiä käsitteitä ja hakusanoja etsittiin Finto- sivuston avulla. Hakusanoina käytettiin fyysinen rajoittaminen, liikkuvuuden rajoittaminen, rajoittaminen, vanhus, ikääntynyt, muistisairaus, itsemääräämisoikeus, eettisyys ja palvelukoti. Aineistoa koostettiin käyttäen Finna-, Medic- ja Elektra -tietokantoja. Tietoperustaa luodessa ja aiheen lähdemateriaaliin tutustuessa havaittiin, että aihepiiriä lähellä olevia opinnäytetöitä ja pro graduja

oli tehty jo useampia. Tämän opinnäytetyön näkökulma asian tarkasteluun oli kuitenkin uudenlainen aiempiin julkaisuihin verrattuna, koska työohjetta hoitohenkilökunnalle ei ollut aiemmin tehty. Haasteeksi nousi jo alkuvaiheessa lainsäädännön puuttumisen aiheesta. Aihe rajattiin jo heti alkuvaiheessa koskemaan muistisairaana fyysistä rajoittamista, jotta opinnäytetyö ei kasvaisi liian laajaksi.

Syksyllä 2020 kirjoitettiin opinnäytetyön suunnitelma. Suunnitelmassa konkretisoidaan opinnäytetyön idea toimintaohjelmaksi, joka ohjaa tuotekehittelyn toteutumista (Diakonia -ammattikorkeakoulu 2010, s. 41). Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin opinnäytetyöseminaarissa hyväksytysti lokakuussa 2020, jonka jälkeen pidettiin tapaaminen työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Tapaamisessa laadittiin yhteistyösopimus ja keskusteltiin tarkemmin työohjeen sisällöstä, laajuudesta ja otsikoista.

Kehittämistoiminta voi kohdistua joko kokonaan uuden toiminnan luomiseen tai jo olemassa olevan toiminnan uudistamiseen. Asiakkaalla on vahva rooli innovaatioiden tuottamisessa, asiakas sidotaan myös kehitystyöhön. (Moilanen ym., 2015, s. 85–87.) Tämän opinnäytetyönä tehtävän työohjeen tavoite on ohjata olemassa olevaa toimintaa yhteneväiseksi, tästä syystä työelämän yhteistyökumppanin kanssa tehtävää yhteistyötä pidettiin erityisen tärkeänä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tietoa voidaan koota asiantuntijan konsultaationa ja saatua tietoa voidaan käyttää lähdeaineistona (Vilkkä & Airaksinen 2003, s.58). Työelämän yhteistyökumppanin toiveesta oltiin yhteydessä aluehallintovirastoon ja opinnäytetyössä hyödynnettiin aluehallintoviraston asiantuntijan konsultaatiota. Ennen konsultaatiota asiantuntijalle lähetettiin kysymykset, jotka toimivat keskustelun pohjana. Konsultaatiosta saatiin tietoa rajoitustoimenpiteitä ohjaavasta lainsäädännöstä. Asiantuntijan kanssa käydyn keskustelun perusteella valikoituivat opinnäytetyössä käsiteltävät lait. Aluehallintoviraston asiantuntija korosti, että rajoittamistoimenpiteisiin päädyttäessä kyse on aina perusoi-keuksien rajoittamisesta ja päätöksen tekee lääkäri. Lääkäriin tehtyä päätöksen, tulee hoitohenkilökunnan arvioida jokaisen käyttökerran kohdalla erikseen, onko liikkumisen rajoittaminen välttämätön asiakkaan turvallisuuden takaamiseksi. Olennaista on, että rajoittaminen pitää aina olla perusteltua hoidollisesta

näkökulmasta. Rajoitustoimenpiteiden taustalla tulisi aina olla hoidon toteuttaminen ja asiakkaan turvallisuus. Konsultaatiossa selvisi että, rajoitustoimenpiteisiin on olemassa jonkin verran sairaanhoitopiiri, kunta sekä toimintayksikkö kohtaisia ohjeita, mutta lainsäädännössä ei yksityiskohtaisia ohjeita ole. Keskustelussa pohdittiin hoitajan ammattitaidon merkitystä ja kykyä toimia eettisesti vaikeissa tilanteissa oikein. Esimerkiksi turvavyöllä tai pöytälevyllä rajoitettu tuolissa istuva asukas saa jäädä omaan huoneeseen asukkaan niin halutessaan, mikäli hoitaja arvio sen turvalliseksi ja vakuuttuu siitä, ettei asukas pääse näin loukkaamaan itseään yksin ollessaan. Tästä syystä opinnäytetyössä päätettiin tuoda esille hoitajan ammatillisen osaamisen merkitys.

Kehittämishankkeen prosessin ideointi- ja suunnitteluvaiheen jälkeen tehdään käytännön toteutus ja lopuksi laaditaan tulokset ja julkistetaan työ. Koko prosessin aikana tehdään tiedonhankintaa, yhteistyötä niin ohjaajan kuin työelämän edustajan kanssa sekä toimitaan ammattietiikan mukaisesti. (Diakonia -ammattikorkeakoulu 2010, s. 39.)

Ennen työohjeen koostamista työelämän yhteistyökumppania tiedotettiin aluehallintoviraston asiantuntijalta saaduista tiedoista ja neuvoista. Niiden pohjalta tehtiin päätöksiä työohjeeseen sisällöstä ja päätettiin korostaa hoitohenkilökunnan asiantuntijuuden merkitystä työohjeessa.

Opinnäytetyön ideasta alkaen oli selvää, että työohjeesta tulisi löytyä tietoa: mikä on fyysistä rajoittamista, millä keinoilla sitä voidaan ennaltaehkäistä ja miten toimitaan, kun fyysiseen rajoittamiseen päädytään. Työohje on koostettiin opinnäytetyön tietoperustan pohjalta. Työohje tehtiin Word-ohjelmalla, jotta se on helposti päivitettävissä ja tulostettavissa. Työohjeen ensimmäisellä sivulla määritellään mikä on fyysistä rajoittamista, jotta lukija saa laajemman käsityksen fyysisestä rajoittamisesta. Seuraavalla sivulla käsitellään fyysisen rajoittamisen syitä ja seurauksia. Työohjeeseen koostettiin sellaista tietoa, joka ohjaisi lukijaa toimimaan turvallisesti ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Kolmannella sivulla tuodaan esille työelämän yhteistyökumppanin toiveesta fyysistä rajoittamista ennaltaehkäiseviä keinoja ja toimintatapoja. Ennaltaehkäisevät keinot voivat olla juuri siinä hetkessä toimivia tai niiden vaikutus voi tulla esille vasta myöhemmin. Esimerkiksi

liikunnalla voidaan vaikuttaa kävelykyvyn säilymiseen, joka ennaltaehkäisee kaatumisia ja pidemmällä aikavälillä myös mahdollisesti fyysistä rajoittamista. Neljäs sivu ohjeistaa hoitajan toimintaa, kun päätös fyysisestä rajoittamisesta tehdään. Työohje ohjaa hoitajaa toimimaan yhteistyössä asukkaan, omaisen ja lääkärin kanssa. Työohjeessa korostetaan hoitajan harkinta ja arviointi kykyä, jotta toteutettu rajoittaminen olisi tarpeellinen. Fyysisestä rajoittamisesta kirjaaminen otettiin omaksi osaksi työohjetta, sillä näin ajateltiin yksikkökohtaisen tiedon löytyvän siitä tarpeen tullen helposti. Työohje ohjeistaa hoitajaa yksityiskohtaisesti kirjaamiseen. Päätös fyysisestä rajoittamisesta kirjataan potilastietojärjestelmään ja päivittäinen kirjaaminen kirjataan hoitosuunnitelmaan. Työohjeen teksti pyrittiin pitämään helppolukuisena. Työohjeen jokaisen sivun teksti jaettiin pienempiin kappaleisiin, tällä tavoin asiasisällöt saatiin jäsenneltyä ja työohjeen luettavuus parani.

6.4 Työohjeen viimeistely ja arviointi

Työohjeen alustava versio vietiin hoitohenkilökunnan nähtäville, jonka jälkeen keskusteltiin työohjeen sisällöstä, selkeydestä ja tarpeellisuudesta. Työohje koettiin tarpeelliseksi, erityisesti sen ajateltiin toimivan uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena. Työohjeen kerrottiin sisältävän riittävästi tietoa ja herättävän tarkkailemaan omaa toimintaa. Työohjeen pituus koettiin sopivaksi. Työohjeesta saatiin myös palaute hoivakodin palveluesimieheltä, joka toimi myös työelämän yhteistyökumppanina. Palautteessa pyydettiin tarkentamaan ohjeeseen yksikön tapaa kirjata fyysisestä rajoittamisesta. Tämä lisäys työohjeeseen tehtiin. Palautteiden ja keskustelun pohjalta työohjeessa mainitut rajoittamisen välineet ja keinot laajennettiin koskemaan myös ns. suojatoimia. Mahdollisen tarpeen vuoksi työohje sisältää myös sellaisia rajoittamisen keinoja, joita ei tällä hetkellä ole käytössä hoivakodissa.

Työohje viimeisteltiin ulkoasultaan yhteneväiseksi työelämän yhteistyökumppanin muiden työohjeiden kanssa. Kirjasin-tyyli ja koko valikoituvat myös sen mukaisesti. Yhteneväisyyden vuoksi työohjeen jokaisen sivun vasempaan

yläkulmaan lisättiin ODL:n logo. Tehtyjen muutosten ja viimeistelyn jälkeen työelämän yhteistyökumppani totesi työohjeen olevan valmis käyttöön.

Valmis työohje esiteltiin hoitohenkilökunnalle opinnäytetyön julkaisutilaisuudessa helmikuussa 2021. Tällöin työohje luovutettiin kokonaisuudessaan Hoivakoti Pieni Pelakuun käyttöön. Jatkossa työohjeen käyttö- ja muokkausoikeus on työelämän yhteistyökumppanilla. Työelämän yhteistyökumppani totesi työohjeen olevan merkityksellinen työyhteisölle. Erityisen tärkeänä pidettiin työohjeen ennaltaehkäisevää näkökulmaa sekä hoitajan roolia siihen liittyen. Työelämän yhteistyökumppanin pyynnöstä sovittiin, että valmis opinnäytetyö toimitetaan hoitohenkilökunnalle luettavaksi, sillä se sisältää tutkittua tietoa, jonka pohjalta työohje on koostettu. Työelämän yhteistyökumppani totesi työohjeen olevan sovellettavissa myös muihin ODL Hoivapalvelut Oy:n ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksiköihin.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön työstäminen on ollut mielenkiintoinen prosessi. Tiedon hankinta on jatkunut koko prosessin ajan ja olemme kehittyneet etsimään tutkittua näyttöön perustuvaa tietoa sekä suhtautumaan kriittisesti löytämäämme tietoon. Tästä taidoista on meille hyötyä, kun toimimme sairaanhoitajina. Mahdollisesti myös työuran aikana tulemme laatimaan ohjeistuksia. Opinnäytetyön työn tekeminen on ollut sujuvaa ja molempien tekijöiden vahvuuksia on pystytty hyödyntämään opinnäytetyötä tehtäessä. Lukuisat keskustelut opinnäytetyöprosessin aikana ovat tuoneet erilaisia näkökulmia esiin. Työelämässäkkin haastavissa tilanteissa tarvitaan taitoa keskustella ja vaihtaa ajatuksia kollegoiden kanssa, joissakin tilanteissa asiantuntijoiden hyödyntäminen on tarpeellista. Opinnäytetyösämme hyödynsimme aluehallintoviraston asiantuntijan asiantuntijuutta. Käytyjen keskustelujen vaikutuksesta vahvistui käsitys siitä, mitä haluttiin tuoda tässä opinnäytetyössä esille.

Jatkossa olisi mielenkiintoista kuulla miten työohjetta on hyödynnetty ja onko työohje yhtenäistänyt toimintaa. Jatkossa fyysisestä rajoittamisesta voisi tehdä omaisille suunnatun tietopakettin. Mielenkiintoista olisi myös tutkia lisääkö fyysinen rajoittaminen käytösoireita muistisairailla.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ihmisen kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen ovat tavoitteena kehittämistoiminnan eettisissä ratkaisuissa. Eettisyyttä on myös kriittinen suhtautuminen vallitsevia toimintatapoja ja tarjottua tietoa kohtaa. (Diakonia- ammattikorkeakoulu 2010, s. 11.) Opinnäytetyön ja työohjeen sisältävän tiedon avulla pyritään vaikuttamaan muistisairaahan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja ohjaamaan toimintaa eettisesti oikeaan suuntaan.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisemassa ohjeistuksessa käsitellään hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus vaatii, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisiä tutkimusta ohjaavia toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Käytetään tieteelliseen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä kunnioitetaan toisten tekemiä julkaisuja sekä viitataan niihin asianmukaisesti. Lähteiden käytön tulee olla harkittuja ja kriittisesti arvioituja. Suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle määriteltyjen ohjeiden edellyttämällä tavalla. Myös tutkimusluvut tulee olla hankittuna ja tarvittaessa eettinen ennakoarviointi tehtynä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, s. 6; Vilka & Airaksinen 2003, s. 72.)

Tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa on haettua luotettavista tietokannoista. Opinnäytetyössä käytettiin harkittuja ja mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta tieto olisi ajankohtaista. Opinnäytetyössä käytettiin myös joitakin vanhempia lähteitä, jotka arvioitiin kriittisesti ja niiden todettiin olevan tärkeitä opinnäytetyön kannalta. Viittaukset teksteihin on tehty asianmukaisesti, eikä opinnäytetyössä

ole käytetty toisen kirjoittajan tekstiä meidän omana tekstinämme. Opinnäytetyön raportissa kuvattu aluehallintoviraston asiantuntijan konsultaatio on asiantuntijan itsensä hyväksymä ja näin ollen tieto luotettavaa. Opinnäytetyöhön liittyvä eettinen haaste oli luotettavan ja ajantasaisen tiedon saaminen. Joissakin lähteissä viitattiin mielenkiintoiisiin kansainvälisiin tutkimustuloksiin, mutta ilman lukuoi-keutta alkuperäislähteisiin näitä tietoja ei voitu opinnäytetyössä hyödyntää.

7.2 Ammatillinen osaaminen ja kehittyminen

Usein hoitotilanteessa oleva hoitaja joutuu tekemään päätöksen fyysisen rajoittamisen käytöstä ja huomattavan usein myös omaiset vaikuttavat ikääntyneen rajoittamiseen. Päädyttäessä fyysisen rajoittamiseen, pitäisi päätöksen taustalla olla tietoinen prosessi. Tällöin hoitoon osallistuneet ammattihenkilöt olisivat keskustelleet ja arvioineet ikääntyneen tilanteen ja olisivat pohtineet myös vaihtoehtoja fyysiselle rajoittamiselle. Selkeiden ohjeiden puuttuminen fyysiseen rajoittamiseen työyksiköissä ajaa yksittäisen hoitajan eettisesti vaikeaan valintaan tilanteeseen. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, s. 272.) Zwijsen ym. (2011 s. 826) tutkimuksessa ilmeni myös sairaanhoitajien kokevan fyysisen rajoittamisen etenkin turvavöiden aiheuttavan moraalisia ongelmia.

Saarnion tutkimuksen mukaan, suuressa osassa vanhusten laitosten kirjallinen ohjeistus fyysisten rajoitteiden käytöstä on puutteellista. Tutkimusten mukaan kirjallisten ohjeiden avulla pystytään hallitsemaan fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa. (Saarnio, 2009, s. 78.) Myös Hynninen toteaa väitöskirjassaan, että selkeiden toimintaohjeiden puuttuessa rajoitteiden käyttö on yksittäisen hoitajan päätettävissä. Selkeillä vaihtoehtoisilla toimintatapoilla sisältävillä toimintaohjeilla pystytään takaamaan muistisairaille yhtenäinen hoidon laatu. (Hynninen, 2016, s. 65, s. 67.) Opinnäytetyönä tuotettu työohje koettiin eettisesti tärkeäksi, koska tutkimuksiin ja säädöksiin pohjautuva työohje ohjaa hoitajaa toimimaan eettisesti oikein tilanteissa, joissa pohditaan fyysisen rajoittamisen tarpeellisuutta.

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on ohjata vaihtelevia hoitokäytäntöjä yhtenäisiksi parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuen. Työyksikössä noudatettavien hoitokäytäntöjen muuttaminen edellyttää, että käytännön toimintaan laaditaan konkreettiset työohjeet työyksikköön. (Holopainen ym., 2018.) Tämän konkreettisia ja vaihtoehtoisia toimintaohjeita sisältävän työohjeen avulla voidaan kehittää hoitotyötä yhteneväiseksi sekä laadukkaammaksi ja näin lisätä muistisairaahan hyvinvointia.

Molemmilla opinnäytetyöntekijöillä oli entuudestaan vuosien kokemus muistisairaiden hoitotyöstä, sekä fyysisten rajoitteiden käyttämisestä hoitotyössä. Tämän opinnäytetyön koostaminen on lisännyt varmuutta toimia eettisesti oikein pohdittaessa rajoitustoimenpiteitä tai päädyttäessä rajoitustoimenpiteisiin. Opinnäytetyötä tehdessä asiantuntijuus muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja fyysiseen rajoittamiseen on syventynyt. Tämän johdosta rohkeus herättää keskustella rajoitustoimenpiteiden käyttämisestä muistisairaanhoidossa on lisääntynyt. Asiantuntijuuden myötä pystymme sairaanhoitajina kriittisesti arvioimaan muistisairaahan fyysisten rajoitteiden tarpeellisuutta ja perustelemaan sitä, niin lääkäreille, muille hoitajille kuin myös muistisairaahan asukkaalle omaisille.

Kuopion kaupunginsairaalan akuuttiosastoilla joulukuussa 2014 vuorokauden ajalta kerätyissä tutkimustiedossa selvisi, että 100 potilaasta 56 potilasta rajoitettiin fyysisesti, mutta vain 2 potilaan rajoittamiseen oli lääkärin lupa ja 6 potilaan rajoittamisesta kirjattiin potilastietojärjestelmään. Potilaiden lääketieteellisen arvioinnin puutteellisuus ennen rajoittamista ja siitä kirjaamatta jättäminen on huolestuttavaa ja suositusten vastaista. (Kokko ym., 2017.) Tutkimusta käsittelevästä artikkelista ei käynyt ilmi, että oliko kaupunginsairaalassa käytössä toimintaohjeita fyysisen rajoittamisen toteuttamiseen.

Opinnäytetyönä tuotetusta työohjeesta odotetaan olevan konkreettista apua hoitohenkilökunnalle, kun pohditaan rajoitustoimenpiteiden tarpeellisuutta tai kun rajoitustoimenpiteitä päädytään käyttämään. Toivomme työohjeen lisäävän kriittistä keskustelua fyysisestä rajoittamisesta sekä muuttavan hoitokulttuuria niin, että ennaltaehkäiseviä keinoja olisi pohdittu ja kokeiltu ennen päätyä fyysiseen rajoittamiseen. Työohje ohjeistaa suositusten mukaiseen toimintaan ja

kirjaamiseen. Työohjetta voidaan myös hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu. (2010). *Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. C Kat-sauksia ja aineistoja 17*. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opin-näytetöitä varten. Saatavilla 14.2.2021
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/303869/C_17_ISBN_9789524930994.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Eduskunnan oikeusasiamies. (2019). *Vanhusten oikeudet. Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2019*. Saatavilla 20.11.2020
<https://www.oikeusasiamies.fi/documents/20184/233701/Vanhusten+oikeudet+2019/a673a811-e709-4842-8014-b403cf3c795a>
- Hallikainen, M., & Mönkäre, R. (16.4.2019). *Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille*. Lääkärikirja Duodecim. Saatavilla 12.2.2021
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899#s9
- HE 108/2014. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 108/2014. <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>
- Holopainen, A., Siltanen, H., Hahtela, N. & Korhonen, T. (2018). *Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön kuvaamana*. Hoitotyön tutkimussäätiö.
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>
<https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>
- Hynninen, N. (2016). *Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla*. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526214559>
- Kankare, H. & Virjonen, K. (2013). Palveluita muistipolulle. Teoksessa K. Virjonen (toim.), *Muistin ongelmat – Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon* (s. 59–84). PS-kustannus.

- Kiljunen, O. (2019). Hoitokodeissa työskentelevien hoitotyön ammattilaisten osaaminen iäkkäiden hoidossa. *Gerontologia*, 33(1), 42–46 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-2520723>
- Kivelä, S-L. (2012). *Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen*. (1.p.) Kirjapaja.
- Kokko, K., Hokkinen, K., Vanjoki, A. & Lönnroos, E. (2017) Fyysisten rajoitteiden käyttö perustuu harvoin lääketieteelliseen arvioon. *Lääkärilehti* 8, 529–530. <https://www-laakarilehti-fi.anna.diak.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/fyysisten-rajoitteiden-kaytto-perustuu-harvoin-laaketieteelliseen-arvioon/>
- Korvenpää, S. & Kujala, J. (2017). *Ikääntyneen hoidollinen rajoittaminen tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kuvaamana* [Opinnäytetyö, Hämeen ammattikorkeakoulu]. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123405/OPIN-NAYTETYO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Pidp445893840>
- L 731/1991. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P7>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lönnroos, E. (2019). Muistisairaahan lääkehoito. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre, & P. Pihlakari (toim.), *Muistisairaahan hoito*. (1.p., s. 268–282). Kustannus Oy Duodecim.
- Moilanen, T, Ojasalo, K, Ritalahti, J. (2015). Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. (3–4. p.) Sanoma Pro.
- Mäki- Petäjä- Leinonen, A. (2016). Vanhuksen itsemääräämisoikeus ja suojaaminen. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava, & M. Viitanen (toim.), *Geriatría*. (3. uud. p., s.397–404). Kustannus Oy Duodecim.
- Mönkäre, R. (2017). Käyttämisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutosten ilmenemiseen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, & T. Nukari (toim.), *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt* (1.p., s. 58–61). Kustannus Oy Duodecim.

- Nikumaa, H. (2017). Muistisairaana itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, & T. Nukari (toim.), *Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt* (1.p., s.190–194). Kustannus Oy Duodecim.
- ODL hoivapalvelut Oy. (i.a.). *Tehostettu palveluasuminen. Kempeleen Pieni Pe-lakuu*. Saatavilla 6.10.2020 https://www.odl.fi/fi/odl_hoivapalvelut_oy/ikaantuvien_palvelut/palveluasuminen/kempeleen_pieni_pe-lakuu/
- Oulun kaupunki. (12.6.2017.) *Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttö Oulun kaupungin sairaalassa sekä ikäihmisten laitoshoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Ohje hoitotyöntekijöille rajoitteiden käytöstä ja kirjaamisesta*. Saatavilla 29.1.2021 <https://www.ouka.fi/documents/247408/12006249/Potilaan+itsemääräämisoikeuden+rajoittaminen.pdf/62281261-e914-4707-8255-c733c23a9999>
- Parisod, H., Haapala, O., Koskenniemi, J., Okkonen, E., Saarnio, R., & Tuomikoski, A. (18.12.2019). *Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä*. Hotus-hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussatiö. <https://www.hotus.fi/muistisairaana-henkilon-paivittaistoiminnoista-suoriutumisen-tukeminen-laakkeettomat-menetelmat-hoitotyossa-hoitosuositus/>
- Pitkälä, K., & Laakkonen, M-L. (2015.) Vaikuttavia kuntoutusmuotoja muistisairauksissa. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. Kustannus Oy Duodecim.
- Raninen, A. (2015). *Fyysinen rajoittaminen ja sen ennaltaehkäisy muistiyksikössä* [Opinnäytetyö, Seinäjoen ammattikorkeakoulu]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91527/Raninen_Armi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Saarnio, R. (2009). *Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa*. [Väitöskirja, Oulun yliopisto]. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514292088>
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H., & Isola, A. (2013). Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys

omastatunnosta. *Hoitotiede*, 25(1), 62–76
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1587689>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (24.8.2018). *Potilaan asema ja oikeudet. Potilaan itsemääräämisoikeus*. Saatavilla 14.5.2020 <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (26.5.2016). *Vanhusten kaltoinkohtelulla on monia muotoja- työyksikön avoin ilmapiiri helpottaa kaltoinkohteluun puuttumista*. Saatavilla 19.11.2020 <https://www.valvira.fi/-/vanhusten-kaltoinkohtelulla-on-monia-muotoja-tyoyksikon-avoin-ilmapiri-helpottaa-kaltoinkohteluun-puuttumista>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (27.1.2020). *Potilaan asema ja oikeudet. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö*. Saatavilla 7.2.2021 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. (13.1.2016). *Liikunta*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50075>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (27.08.2020). *Muistisairaudet*. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#K1>

Tranvåg, P., Nåden, D. & Petersen, K. (2014). Relarional interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. *Nursing ethics*, 22(5), 557–593. <https://doi.org/10.1177/0969733014549882>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavilla https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.
(2010). *Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. ETENE-julkaisuja 30.* <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3081-0>
- Vilka, H., & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö.* (1.–2. p.). Tammi.
- Voutilainen, P., & Tiikkainen, P. (toim.). (2009). *Gerontologinen hoitotyö* (1. p.). WSOY.
- Zwijzen, S., Depla, M., Niemeijer, A., Franke, A., & Hertogh, C. (2011). The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(5), 826–834.
DOI:10.1017/S1041610210002267

LIITE Työohje hoitohenkilökunnalle



Muistisairaana fyysinen rajoittaminen

– työohje hoitohenkilökunnalle

Fyysinen rajoittaminen

- Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa laajimmillaan mitä tahansa toimenpidettä, jonka tarkoituksena on rajoittaa henkilön liikkumisvapautta, vartalon normaalia toimintaa tai valvoa hänen käytöstään. Kapeampi käsitys fyysisestä rajoittamisesta tarkoittaa liikkumisen estämistä tietoisesti jonkin laitteen, materiaalin tai apuvälineen avulla. Rajoittamiseen käytettävä laite tai apuväline voi olla joko lähellä henkilön vartaloa tai kiinni vartalossa, niin ettei henkilö itse voi sitä hallita tai poistaa sitä helposti.

- Fyysisen rajoittaminen voi olla joko suoraa tai epäsuoraa rajoittamista. Suoraa rajoittamista ovat ylös nostetut sängynlaidat, geriatrisen tuolin käyttö siten, että vanhuksen liikkuminen estetään pöytälevyn avulla, pyörätuoli ja tavallinen tuoli vyökiinnityksellä, turvaliivi, magneettivyö, lepositeet, hygieniahaalari ja huoneen oven sulkeminen/lukitseminen. Suoran rajoittamisen keino on myös vanhuksen asettaminen sellaiseen asentoon, josta hänen on itse mahdotonta päästä pois, esimerkiksi kallistamalla tuolin selkänojaa taaksepäin. Epäsuoraan rajoittamista on esimerkiksi liikkumisenapuvälineen tai soittokellon poistaminen, niin ettei vanhus saa tarvitsemaansa apua liikkumiseen.

- Turvavöitä voidaan käyttää myös ennaltaehkäisemään kaatumisia kävelykyvyn menettäneillä asukkailla ja tällöin niiden käyttämistä ei pidetä liikkumisen rajoittamisena.

- Turvavyöllä tai pöytälevyllä rajoitettu tuolissa istuva asukas saa jäädä yksin omaan huoneeseen niin halutessaan, mikäli hoitaja arvio sen turvalliseksi ja vakuuttuu siitä, ettei asukas pääse näin loukkaamaan itseään.



Fyysisen rajoittamisen syyt ja seuraukset

- Fyysisen rajoittamisen perusteena tulee olla hoidon toteuttaminen ja asukkaan turvallisuuden takaaminen. Liikkumista voidaan fyysisesti rajoittaa vain siinä määrin kuin se on välttämätöntä.

- Fyysisellä rajoittamisella pyritään vähentämään kaatumisia ja putoamisia, kun asukkaan itsenäinen liikkuminen ei ole enää turvallista. Toisinaan sillä pyritään turvaamaan hoidon onnistuminen.

- Fyysisten rajoitteiden käyttö voi aiheuttaa negatiivisia haittavaikutuksia, kuten toimintakyvyn alenemisen tai terveyden heikkenemisen.

- Fyysisen rajoittamisen seurauksena asukkaan virtsankarkailu voi lisääntyä sekä painehaavojen ja ihotulehdusten riski kasvaa.

- Rajoittaminen voi lisätä ahdistusta ja käytösoireita, jolloin niiden hoitoon saatetaan joutua käyttämään psykelääkkeitä. Tällöin kyseessä on myös kemiallinen rajoittaminen.

- Rajoitteiden käyttö heikentää iäkkään itsemääräämisoikeutta ja virheellisesti toteuttuna ja äärimmäisessä muodossa se on kaltoinkohtelua.



Fyysisen rajoittamisen ennaltaehkäiseminen

- Muistisairaalle sopiva ympäristö, ammattitaitoinen kohtaaminen ja muistisairaana riittävä tukeminen ehkäisevät rajoitustoimenpiteiden tarvetta.

- Lääkkeettömistä keinoista liikunta, musiikki, virikkeet ja luovat menetelmät sekä asukkaan yksilöllinen elämänrytmin huomioiminen ehkäisevät rajoitustoimenpiteiden tarvetta.

- Monipuolisen vähintään kahdesti viikossa tapahtuvan liikuntakuntoutuksen avulla voidaan parantaa asukkaan kävelykykyä ja tasapainoa, sillä pystytään tutkitusti vaikuttamaan kaatumisten ja terveyspalveluiden käytön vähenemiseen.

- Lääkehoidon vaikutuksen säännöllinen arviointi auttaa havaitsemaan lääkityksestä aiheutuneita haittavaikutuksia, joita ovat esimerkiksi kaatuilu, sekavuus, jalkojen kantamattomuus, huimaus ja verenpaineen liiallinen lasku.

- Turvallisuutta ja rauhallista ilmapiiriä voidaan pyrkiä lisäämään hoitohenkilökunnan läsnäololla.

- Asukkaan kaatumisriskin lisääntyessä hyödynnetään liiketunnistimen käyttöä, jolloin tieto asukkaan liikkumisesta ja mahdollisesta avun tarpeesta välittyy hoitohenkilökunnalle.

- Hoitajan ammattitaidolla ja eettisellä osaamisella voidaan vaikuttaa asukkaan hyvinvointiin ja tukea asukkaan itsemääräämisoikeutta turvallisuutta vaarantamatta.



Päätös fyysisestä rajoittamisesta

- Fyysisiä rajoitteita käytettäessä on muistettava niiden rajoittavan asukkaan perusoikeuksia ja liikkumisvapautta. Yleisimmin asukkaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan käyttämällä erilaisia liikkumista estäviä välineitä.

- Päätöksestä rajoittaa potilaan liikkumista tulee keskustella potilaan tai hänen lähiomaistensa tai muiden läheisten kanssa, jos potilas on kykenemätön päättämään hoidostaan itse.

- Hoitava lääkäri vastaa päätöksestä käyttää liikkumista rajoittavia turvavälineitä ja niiden käytöstä on tehtävä yksilöity päätös. Lääkäri käyttää arvioinnissa apuna hoitajien asiantuntemusta. Lääkärin tehtyä päätöksen liikkumisen rajoittamisesta tulee hoitajan harkita jokaisella käyttökerralla rajoitustoimenpiteen tarvetta.

- Pienessä Pelakuussa fyysisen rajoittamisen tarpeellisuus arvioidaan kuukausittain asukaspalaverissa. Liikkumista estävien välineiden käytössä olennaista on, että niitä käytetään vain tarpeellisen ajan. Lääkäri arvioi, milloin lopetetaan turvavälineiden käyttö tai hän antaa hoitohenkilökunnalle ohjeistusta asiasta.

- Luvanvaraisia liikkumista rajoittavia välineitä tai keinoja ovat ylös nostetut sängynlaidat, pöytälevyn käyttäminen geriatrisessa tuolissa, turvavyöt, turvaliivi, magneettivyö, lepositeet ja hygieniahaalari sekä hoitotoimien ajan tarvittaessa käytettävät otteenestokintaat ja rannesidokset.



Fyysisestä rajoittamisesta kirjaaminen

- Päätös liikkumisen rajoittamisesta kirjataan Mediatriin HOKE:lle. HOKE:sta valitaan komponentiksi: **Hoitotyö** ja alaotsikoksi: **Hoito-ohjeet**. Tähän kirjataan päätöksen tekijä, päivämäärä ja rajoittamiseen johtanut tarve sekä käytettävä rajoite.

- Omaisen suostumus ja tiedottaminen kirjataan HOKE:lle.

- Hoitosuunnitelmaan kirjatessa hoidon tarpeeksi valitaan: **Turvallisuus** ja suunnitelluksi toiminnoksi valitaan: **Potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta**. Otsikon jälkeen kirjataan käytettävä rajoite ja kirjaus valitaan pysyväisluonteiseksi.

- Hoitosuunnitelmaan tehdään merkinnät kaikista käyttökerroista, jolloin on käytetty liikkumista rajoittavia välineitä. Kirjaamisen voi tehdä "klikkaamalla" hoitosuunnitelmasta suunnitellun toiminnon toteutuneeksi.

- Hoitosuunnitelman lisäksi rajoitteiden käyttö päivitetään myös asukkaan "huoneen-tauluun".

- Turvaliiviä käyttävän asukkaan turvallisuus ja hyvinvointi varmistetaan tunnin välein ja hoitajan varmistuskäynti todennetaan erilliselle seurantalomakkeelle ODL:n käytänteiden mukaisesti.